

Samuel van den Bergh
Susan Schärli-Lim
Shih Shih Wong

INTERCULTURAL INTERACTIONS FOR HEALTH PROFESSIONS

A Critical Incident Approach

INTERKULTURELLE BEGEGNUNGEN IN GESUNDHEITSBERUFEN

25 Critical Incidents mit Erläuterungen



Table of Contents – Inhalt

ACKNOWLEDGEMENTS/DANKSAGUNG	7
Introduction	9
The Importance of Transcultural (Intercultural) Competence in Health Care	9
What is Culture?	9
What is Intercultural Competence?	10
The Critical Incident Method	11
What Is a Critical Incident?	11
Why Use Critical Incidents?	12
How to Use Critical Incidents	12
Descriptions of Themes and Related Critical Incidents	14
CRITICAL INCIDENT 1: A Cup of Tea	17
CRITICAL INCIDENT 2: Newborn Baby	19
CRITICAL INCIDENT 3: Hands Off!	21
CRITICAL INCIDENT 4: Infant Formula	23
CRITICAL INCIDENT 5: Just Can't Stay	25
CRITICAL INCIDENT 6: Keep Smiling!	27
CRITICAL INCIDENT 7: Listen to Me!	31
CRITICAL INCIDENT 8: The Mamma-Mia-Syndrome	35
CRITICAL INCIDENT 9: Me First!	37
CRITICAL INCIDENT 10: New Kid on the Block	41
Introduction to the DMIS	44
The Six Stages of the DMIS	44
CRITICAL INCIDENT 11: Not Today!	49
CRITICAL INCIDENT 12: Pain	51
CRITICAL INCIDENT 13: Incompetent Koga	53
CRITICAL INCIDENT 14: Yes, No, Maybe?	57
CRITICAL INCIDENT 15: The Shower Assessment	59
CRITICAL INCIDENT 16: Mourning	63
CRITICAL INCIDENT 17: Rubber Time	65
CRITICAL INCIDENT 18: The Final Moment	69
CRITICAL INCIDENT 19: Thumbs Up	71
CRITICAL INCIDENT 20: Touch Me Not	73
CRITICAL INCIDENT 21: Hydrotherapy	75
CRITICAL INCIDENT 22: Future Opportunities	79
CRITICAL INCIDENT 23: Who Is in Charge?	83
CRITICAL INCIDENT 24: The Shaitel	85
CRITICAL INCIDENT 25: Gender Separation	87

Einleitung	89
Warum ist transkulturelle (interkulturelle) Kompetenz im Gesundheitsbereich wichtig?	89
Was ist mit dem Begriff «Kultur» gemeint?	90
Was bedeutet interkulturelle Kompetenz?	91
Die Critical-Incident-Methode	92
Was sind Critical Incidents?	92
Was sind die Stärken der Critical-Incident-Methode?	93
Wie werden Critical Incidents eingesetzt?	93
Thematische Zuordnung	95
CRITICAL INCIDENT 1: Eine Tasse Tee	97
CRITICAL INCIDENT 2: Das neugeborene Kind	101
CRITICAL INCIDENT 3: Hände weg!	103
CRITICAL INCIDENT 4: Babynahrung	107
CRITICAL INCIDENT 5: Nein, nicht länger!	111
CRITICAL INCIDENT 6: Immerzu lächeln	113
CRITICAL INCIDENT 7: Konsens	116
CRITICAL INCIDENT 8: Das Mamma-mia-Syndrom	121
CRITICAL INCIDENT 9: Ein Privatpatient	123
CRITICAL INCIDENT 10: Neu im Team	127
Einführung ins Entwicklungsmodell der interkulturellen Sensibilität EMIS	130
Die sechs Phasen des EMIS	131
CRITICAL INCIDENT 11: Heute nicht!	137
CRITICAL INCIDENT 12: Schmerzen	141
CRITICAL INCIDENT 13: Der inkompetente Koga	145
CRITICAL INCIDENT 14: Ja, nein, vielleicht?	149
CRITICAL INCIDENT 15: Machen Sie sich zum Duschen bereit!	151
CRITICAL INCIDENT 16: Trauer	155
CRITICAL INCIDENT 17: Gummizeit	157
CRITICAL INCIDENT 18: Der letzte Moment	161
CRITICAL INCIDENT 19: Daumen nach oben	163
CRITICAL INCIDENT 20: Berühre mich nicht!	165
CRITICAL INCIDENT 21: Hydrotherapie	167
CRITICAL INCIDENT 22: Zukünftige Chancen	171
CRITICAL INCIDENT 23: Wer ist verantwortlich?	175
CRITICAL INCIDENT 24: Der Scheitel	179
CRITICAL INCIDENT 25: Geschlechtertrennung	181
AUTHORS/AUTOREN	190
RESEARCHER/MITARBEITERIN:	190
TRANSLATIONS/ÜBERSETZUNGEN	190

ACKNOWLEDGEMENTS/DANKSAGUNG

We would like to thank all the students who contributed to the pool of critical incidents in the module «Diversity in Health Professions» (BA.IP.23) in 2015 and 2016 at Zurich University of Applied Sciences (ZHAW). In addition, we would like to thank the following persons and organisations who supported this endeavour.

Wir danken allen Studierenden, die in den Jahren 2015 und 2016 im Modul «Diversity in Health Professions» (BA.IP.23) an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) den Pool der Critical Incidents gefüllt haben. Darüber hinaus möchten wir uns bei den folgenden Personen und Organisationen bedanken, die zu dieser Publikation beigetragen haben:

Zurich University of Applied Sciences, School of Health Professions/Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit:

Feusi Emanuel, Head of Interprofessional Education
Langlotz Kondzic Verena, Coordinator International Relations, Occupational Therapy
Fiechter Lienert Brigitte, Coordinator International Relations, Physiotherapy
Longerich Heidi, Head of the Institute of Nursing
Schmitzer Maria-Magdalena, Coordinator International Relations, Physiotherapy
Stärk Elisabeth, Organizer Institute of Nursing
Stiefel Andrea, Coordinator International Relations, Midwifery
Tamas Andrea, Head of International Relations

Additional persons and organisations/Weitere Personen und Organisationen:

Asia-Europe Institute – AEI, University of Malaya, Malaysia
Bauer, Marianne, Master of Arts UZH, Zürich
Engler Jürg, ZEPRA Prävention und Gesundheitsvorsorge
Faller Gudrun, Hochschule für Gesundheit, Bochum, Germany
Graf Irma, Social worker, Rorschach Hospital
International Affairs Office, ZHAW
Language Competence Centre, ZHAW
Market Mimi, PXL University College, Belgium
Thiagarajan Sivasailam, Bloomington, USA
van den Bergh Thiagi Associates, Neftenbach, Switzerland
Vanderlinden Julie, Odisee, Belgium
Wijnands Rose-Marij, Registered Nurse, Spitex

Contributors to the critical incidents/Mitwirkende bei der Erstellung der Critical Incidents:

Bachmann Katrin, Barudzija Vanja (Austria), Berger Ursina Martina, Blum Helena, Brunner Melanie, Büchi Judith, Feusi Emanuel, Fiechter Lienert Brigitte, Fischer Annina Romana, Frei Linda, Gerber Matthias, Graf Irma, Gruber Theresa (Austria), Haller Christina Barbara, Hauser Eric Friedrich, Hauser Stephanie, Höhn Alissa (Austria), Hügli Bettina Katharina, Kälin Samuel, Kim Sybille Manuela, Kunz Nathalie Angel, Langlotz Kondzic Verena, Leuenberger Myriam Blanca, Longerich Heidi, Lozza Ricarda, Mammolo Serena, Merkel Ida, Müller Michaela, Murer Andrea Carmen, Nyffenegger Franziska Sara, Schärli-Lim Susan, Schmitzer Maria-Magdalena, Silvestre Marisa (Portugal), Stehrenberger Andrea Lisa, Stella Nadine, Stiefel Andrea, Thüler Cristina, Treubig Anat Rachel, Tschanz Nora, van den Bergh Samuel, Wagmann Simone Julia, Walz Giulia Anita Augusta, Wiedemann Selina Natascha, Wijnands Rose-Marij, Wittwer Annette Julia, Wölflle Hana, Wong Shih Shih (Malaysia), Wüst Ramona

In order to ensure confidentiality and protect the identities of the individuals, all names mentioned in the critical incidents have been changed. The CIs were revised to create short and succinct incidents, while attempting to stick as closely as possible to the original stories.

Um die Vertraulichkeit zu gewährleisten und die Identität der genannten Personen zu schützen, wurden alle in den Critical Incidents erwähnten Namen geändert. Die ursprünglichen Geschichten wurden überarbeitet, um kurze und prägnante Incidents zu erhalten. Dabei wurde versucht, so nah wie möglich am Original zu bleiben.

Introduction

The Importance of Transcultural (Intercultural) Competence in Health Care

The Federal Office of Public Health (FOPH) in Switzerland claims that one of the inadequacies of the Swiss health system is the qualified staff's «lack of transcultural skills and inadequate sensitization to the specific health problems of the migrant population» (2008, p. 17). The research of Casillas et al. (2014) on cultural competencies of health care providers in Swiss hospitals also supports the need for improvement of cultural competency among health care providers. Further, the FOPH states that investing in the health of the migrant population is not just a noble gesture; it is worthwhile in terms of cost effectiveness. For example, in a study conducted in the USA by LaVeist, Gaskin and Richard (2009) it becomes clear how costly health care can be when health disparities remain. They state, «Researchers have determined that between 2003 and 2006 the combined direct and indirect costs of health disparities in the US was \$1.24 trillion» (p. 6). This figure only reflects the monetary cost, not the personal suffering of the patients and their families. Napier et al. (2014) claim that «the systematic neglect of culture in health and health care is the single biggest barrier to the advancement of the highest standard of health worldwide» (p. 1610). Failure of health professionals to acknowledge ethnicity, language, cultural beliefs and values in the provision of health services exacerbates health disparities, creates distrust and reduces health care quality specifically pertaining to noncompliance, inaccurate diagnosis and treatment, and ultimately causes poor health outcomes (IOM, 2010; Casillas et al., 2014; Purnell, 2014). So, what is this hidden elusive aspect called culture?

What is Culture?

For the purpose of this booklet, culture will be broadly defined as the «learned and shared patterns of beliefs, behaviours, and values of groups of interacting people» (Bennett, 1998, p. 197). So, culture does not just refer to persons who come from another nation. Sharing a common language, behaviour patterns and values allows individuals to predict the responses of others. Coming into contact with individuals who are culturally different may increase the chances of cultural misunderstanding because these individuals interact in ways that are not predictable (Bennett, 1998, p. 2). Unfortunately, behaviours that are effective or correct in one culture can be considered the opposite in another culture. Utilising one's own cultural norms is indicative of a more monocultural or ethnocentric perspective in comparison to a more intercultural or ethnorelative mindset where cultural differences and commonalities in their own and other cultures are *recognised* and adaptation takes place. Individuals with a monocultural perspective make sense of cultural differences and

commonalities based on their own cultural values and practice – this perspective does not allow for culturally sensitive patient care.

Bhawuk and Brislin (as cited in Altshuler, Sussman & Kachur, 2003) argue that intercultural sensitivity is regarded as an attitudinal forerunner to successful intercultural encounters and a predictor of cultural competence. Bennett (2004) supported this with the view that the potential for more intercultural competence is related to the development of intercultural sensitivity. Hammer, Bennett, and Wiseman (2003) explained that «the crux of the development of intercultural sensitivity is attaining the ability to construe (and thus to experience) cultural difference in more complex ways» (p. 421–443). In 1986, Bennett introduced a six-stage developmental model of intercultural sensitivity (DMIS) to explain one's ability to experience cultural difference, as illustrated in Figure 1.

The Developmental Model of Intercultural Sensitivity (DMIS)



Figure 1: The Developmental Model of Intercultural Sensitivity (Bennett, 2004)

Note: You can find a more detailed description of the model in the analysis of Critical Incident 10.

What is Intercultural Competence?

Intercultural competence in health care is not just about a positive attitude or common sense or using an interpreter or matching staff to the patient population or learning about specific cultures, or dos and don'ts. In a Delphi study of intercultural experts, the favoured definition of intercultural competence is «the ability to communicate effectively and appropriately in intercultural situations based on one's intercultural knowledge, skills, and attitudes» (Deardorff, 2006, p. 247). Intercultural competence is indispensable for providing safe and effective health care; it is also about patients having real options that are acceptable to them and it is about them being valued for the person they are. The lack of intercultural competence in health care professionals creates a need to develop intercultural competence. The Institute of Medicine in the US recommends the «integration of

cross-cultural education into the training of all current and future health professionals» (Smedley, Stith & Nelvson, 2003, p. 21).

The Critical Incident Method

For this booklet, multiple sources contributed to the critical incidents – lecturers, undergraduate and international students at the ZHAW and health professionals in Switzerland. Each critical incident is accompanied by four or five possible explanations and an analysis. The critical incidents require careful analysis and reflection. The analyses include culture-specific and culture-general knowledge from the intercultural field. Recommended solutions are based on interviewees' best practice, literature as well as recommendations from intercultural experts.

The critical incident approach is recognised as an effective tool used in intercultural training (Bhawuk & Brislin, 2000; Landis, Bennett & Bennett, 2004). It is useful for health care professionals to become conscious of their own cultural pattern and of the interpretation process in intercultural encounters and to suspend judgement long enough to allow for the contemplation of multiple interpretations. The basic rule is «You might be right, but probably you are wrong».

The introduction section was kindly provided by Susan Schärli, 2017.

What Is a Critical Incident?

Critical incidents are descriptions of situations where people from different cultures experience misunderstandings which are caused by another culturally different background. The CIs are followed by at least four possible alternative explanations of why the member of the other culture has acted in a specific way. The reasons for the likelihood of each alternative are then explained in the rationale for alternative explanations section. The possible options are selected and checked against the option that is the most appropriate in the other culture, based on research by the CI creator (Herfst, van Oudenhoven & Timmermann, 2008). Each incident is short but it clearly highlights at least one area for potential miscommunication or challenge faced in health care professions.

Why Use Critical Incidents?

(Adopted from Fowler & Blohm, 2004, p. 59)

- They engage participants at a personal level in examining attitudes and behaviour that will be critical to their effectiveness.
- They can be written for a variety of situations.
- They require analysis and reflection, decision-making; reduce idea of answers being available from an «expert».
- They require short reading time; move quickly into reflection.
- They can be used singly or grouped to illustrate concepts or processes.
- They can lead to role-playing and situational exercises to provide practice.
- They appeal to concrete experience and reflective observation learning styles.

How to Use Critical Incidents

1. The incident should be read carefully before the alternative explanations are evaluated. Each alternative explanation should be considered, as there could be more than one alternative explanation that may be considered appropriate for the situation described in the critical incident. This is congruent with the fact that there could be more than one explanation for incidents encountered in everyday life.
2. *Each* alternative explanation should be marked with the following words:
 - Very likely
 - Likely
 - Unlikely
 - Very unlikely
3. The responses made by the reader should be compared with the *rationales for the alternative explanations* for the particular critical incident, which are available on the next page following the alternatives.
4. If training takes place in a group, readers can compare results with each other, discuss their responses to the alternative explanations or role-play some of the incidents.
5. Readers could take notes and reflect on how the points raised in the incidents may be related to their own intercultural experiences.

Steps to use critical incidents for self- or group-study are illustrated in Figure 2.

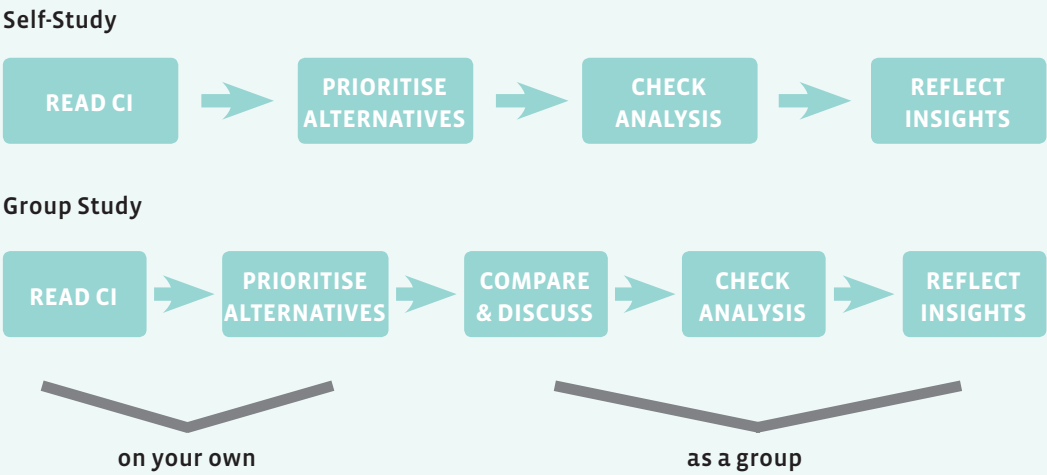


Figure 2: Steps to use critical incidents for self- or group-study (adapted from Gan & Tan, 2017)

The Critical Incident section (What is a Critical Incident? Why Use Critical Incidents? How to Use Critical Incidents?) was kindly provided by Hwei Sue Gan and Jie Min Tan, 2017.

Descriptions of Themes and Related Critical Incidents

Table 1: Descriptions of categories and related critical incidents

Category	Descriptions	Critical Incident (CI) No.
Power distance (Hofstede, 2017)	The extent to which less powerful members of a society people accept and expect that power is distributed unequally. People who accept that there is power inequality score high on power distance. People who have less acceptance towards power inequality score low on power distance. The distribution of power is based on the relative importance placed on age, status, social class, hierarchical position in the organisation and other societal markers. The level of inequality is determined by subordinates as much as by the leaders. <i>Note: The critical incidents under power distance could also be viewed under the aspect of status ascribed versus status achieved (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012). See explanations under these critical incidents.</i>	2, 3, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 23
Individualism vs communitarianism (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	The extent to which people attain their self-identity by relying on their own efforts or through group membership. People who are more individualistic focus strongly on themselves as individuals. By contrast, people who are more communitarian focus strongly on the group.	2, 4, 5, 13, 15, 16, 22
Outer vs inner directed (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	Inner and outer direction explains how people experience the world they are in. These orientations define the relation with nature and the environment. Some believe in controlling the environment and events around them and some believe in embracing these external realities.	3, 4, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25

Category	Descriptions	Critical Incident (CI) No.
Time orientation	People in a society have different styles in planning and managing their time to conduct their work and non-work activities. Some people are inclined to carry out work activities in a straight time line. Tasks are completed preferably one after the other. This is also referred to as monochronic (Hall, 1976). Others carry out numerous tasks concurrently; this is also referred to as polychronic. Time can also be viewed in long or short-term orientations and the relative importance of the past, present and future (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	9, 17, 22
Expression of feelings (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	The extent to which people openly express their emotions in public, either neutral or affective.	1, 2, 6, 8, 12, 16, 20
Rules and relationships (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	The extent to which people place importance on rules or on the relationship with the person they are dealing with. Societies which are rule-based tend to follow contracts strictly, while societies which are relationship-based tend to renegotiate contracts.	1, 9, 17, 22, 24, 25
Context in communication (Hall, 1976)	High-context communicators express their messages implicitly, and the receiver needs to have a lot of background knowledge and observe non-verbal communication to understand the message. Low context communicators express their messages explicitly and the receiver can understand the message directly.	1, 6, 13, 17, 19, 20, 22
Developmental Model of Intercultural Sensitivity (Bennett, 2013)	For a detailed explanation of this model, please refer to the analysis of critical incident 10.	7, 8, 10, 13, 25



CRITICAL INCIDENT 1: A Cup of Tea

Anita, a Swiss occupational therapist, is going for a first-time home visit to one of her patients who has immigrated from Nepal.

She met Mrs Maiya at the rehabilitation hospital where she was treated after a stroke. Part of the therapy involved making tea in the occupational therapy kitchen as this is a meaningful task for Mrs Maiya. It took much longer for Anita to establish a good therapist-client relationship than usual.

Anita does a home visit at Mrs Maiya's house. Mrs Maiya invites Anita to sit in the kitchen while Mrs Maiya prepares the tea. Anita is surprised to see that the tea is prepared very differently to the one they made in the hospital and learns that the traditional Nepali tea is a salted milky version. She remembers seeing a documentary about it and that refusing it would cause great offence.

Anita knows that drinking the salty tea would make her nauseous immediately. She worries that declining the tea would have a negative impact on her relationship with Mrs Maiya.

What should Anita do?

Please select the alternative(s) which are the best action(s):

1. Anita politely declines to drink the tea on the basis that she does not like it.
2. Anita politely declines the tea by saying that she is allergic to milk products, which is a white lie.
3. Anita drinks the tea and feels nauseous.
4. Anita takes a sip and remarks that this is a very new taste for her. She can then ask Mrs Maiya if she had a similar experience with Swiss food when she came.

Analysis

1. This is one of the solutions but not the best one. Anita's answer is an example of a low context communication in which the message is stated explicitly, vested in words of precise and unambiguous meanings (Hall, 1976). This contrasts to «high-context» communication in which most of the information is inarticulate, involves shared knowledge, experiences and assumptions and is conveyed even through non-verbal communications. The communication of many Nepalese tends to be high-context oriented, which appreciates a roundabout message if unpleasantness has to be conveyed. As such, it is not sensible for Anita to decline to drink the tea, as there are better strategies for Anita to cope with this undesirable social situation. Such one-sided behaviour is likely to stress the relationship building process. Please select again.
2. A white lie is a possible answer. Some people may feel uncomfortable using a white lie. In a professional context, a white lie may not be ideal for everyone. On the other hand, if you're building a relationship with a patient, a white lie can be used to give face to the tea maker by not explicitly confronting her. Maybe there is an even better answer – look for it.
3. This is probably not the best solution, although some people may do it and suffer. Anita needs to be fit to carry out the home visit assessment.
4. This is the best solution for both Mrs Maiya and Anita. By drinking a sip of the tea, Anita reinforces Mrs Maiya's ability to carry out her task in tea making. This boosts Mrs Maiya's confidence and fosters their relationship. Anita knows that a good patient-therapist relationship is crucial for the recovery of the patient. As personal relationships are often very important in Nepal, much time is spent on building the relationship, in this situation, over a cup of chai (this is common in high-context and/or particularistic cultures). Popular conversation topics to help building the relationship include family, work, life experience etc. According to Kim et al. (2012), changing the topic of conversation can disinvite further attention to the undesirable situation. One other option could be for Mrs Maiya to offer a choice in drinks.

Was sind die Stärken der Critical-Incident-Methode?

(nach Fowler & Blohm, 2004, S. 59)

Critical Incidents

- binden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf persönlicher Ebene in die Analyse von Einstellungen und Verhaltensweisen ein, die für ihre Effektivität entscheidend ist,
- können für eine Vielzahl von Situationen geschrieben werden,
- erfordern eine Analyse und Reflexion für die Entscheidungsfindung,
- reduzieren die Erwartungshaltung, dass Antworten immer von einem *Experten* verfügbar sind,
- benötigen wenig Lesezeit; man kann schnell in die Reflexion einsteigen,
- können für die Einzelreflexion oder für Gruppenarbeiten eingesetzt werden, um Konzepte oder Prozesse zu veranschaulichen,
- können Anregungen zu Rollenspielen und anderen situativen Übungen geben,
- regen an zum Lernen an konkreten Erfahrungen und mittels reflektierender Beobachtung.

Wie werden Critical Incidents eingesetzt?

Schritt 1: Jeder Critical Incident sollte sorgfältig gelesen werden, bevor die alternativen Erklärungen reflektiert werden. Jede der aufgeführten Optionen sollte in Betracht gezogen werden, da es manchmal mehr als eine zutreffende Erklärung gibt. Dies ist mit der Tatsache kongruent, dass es oft auch für Vorfälle im Alltag mehr als eine Erklärung gibt.

Schritt 2: Jede Erklärung sollte mit einer der folgenden Einschätzungen versehen werden:

- Sehr wahrscheinlich
- Wahrscheinlich
- Unwahrscheinlich
- Sehr unwahrscheinlich

Schritt 3: Die Einschätzungen des Lesers oder der Leserin sollten nun mit den Erläuterungen zu den einzelnen Optionen verglichen werden. Diese befinden sich auf der folgenden Seite.

Schritt 4: Wenn das Training in einer Gruppe stattfindet, können die Gruppenmitglieder die Ergebnisse miteinander vergleichen, ihre Einschätzungen der verschiedenen Erklärungen diskutieren oder einige der Situationen in einem Rollenspiel verdeutlichen.

Schritt 5: Für die Selbstreflexion können die Leserinnen und Leser Notizen machen und darüber nachdenken, wie die in den Critical Incidents angesprochenen Punkte mit ihren eigenen interkulturellen Erfahrungen in Verbindung stehen.

Schritte der Critical-Incident-Methode für das Selbststudium und für Gruppenarbeit

Selbststudium



Gruppenarbeit



Abbildung 2: Schritte der Critical-Incident-Methode für das Selbststudium und für Gruppenarbeit (nach Gan & Tan, 2017)

Der Abschnitt Critical Incident (Was ist ein Critical Incident? Was sind die Stärken der Critical-Incident-Methode? Wie werden Critical Incidents eingesetzt?) wurde von Hwei Sue Gan und Jie Min Tan 2017 zur Verfügung gestellt.

Thematische Zuordnung

Tabelle 1: Beschreibung der Kategorien und Zuordnung der Critical Incidents

Kategorie	Beschreibung	Critical-Incident(CI)-Nummer
<i>Machtdistanz</i> (Hofstede, 2017)	Machtdistanz bezeichnet den jeweiligen Bereitschaftsgrad einer Gesellschaft, Ungleichheit unter den Menschen innerhalb der Gesellschaft zu akzeptieren. Menschen, die akzeptieren, dass es Machtungleichheit gibt, erzielen eine hohe Punktzahl in der Machtdistanz. Menschen, die eine geringere Akzeptanz von Machtungleichheit haben, haben einen niedrigen Wert in der Machtdistanz. Die Machtverteilung basiert auf der relativen Bedeutung von Alter, Status, sozialer Klasse, hierarchischer Position in der Organisation und anderen gesellschaftlichen Markern. Das Ausmass der Ungleichheit wird von Untergebenen ebenso wie von den Führungskräften bestimmt. <i>Hinweis: Die hier aufgelisteten Critical Incidents zu Machtdistanz könnten auch unter dem Aspekt «Status» betrachtet werden, zugeschrieben aufgrund von Faktoren wie Alter, Geschlecht, soziales Netz etc. versus errungen durch Leistung (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012; siehe Erläuterungen zu diesen kritischen Vorfällen).</i>	2, 3, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 23
<i>Individualismus versus Gruppenorientiertheit</i> (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	Das Ausmass, in dem Menschen das Selbst (Individuum) oder die Gruppe in den Vordergrund rücken. Inwiefern verlassen sie sich auf ihre eigenen Anstrengungen oder auf die der Gruppe? Auch als <i>Individualismus versus Kommunitarismus/Kollektivismus</i> bekannt. Menschen, die individualistischer sind, konzentrieren sich stark auf sich selbst als Individuen. Im Gegensatz dazu konzentrieren sich Menschen, die gruppenorientierter sind, stärker auf die Gruppe.	2, 4, 5, 13, 15, 16, 22
Einstellung zu Natur und Umwelt: <i>eigenbestimmt versus von aussen bestimmt</i> (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	Die Begriffe <i>eigenbestimmt</i> und <i>von aussen bestimmt</i> erklären, wie Menschen sich in der Welt, in der sie leben, zurechtfinden. Diese Richtgrössen definieren das Verhältnis zu Natur und Umwelt. Manche glauben, die Umgebung und die Ereignisse um sie herum kontrollieren zu können, und andere glauben daran, dass alles vorbestimmt ist; es kommt, wie es kommen muss, es ist Schicksal.	3, 4, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25

Kategorie	Beschreibung	Critical-Incident(CI)-Nummer
<i>Zeitorientierung</i>	Zeit wird von unterschiedlichen Kulturen und Menschen unterschiedlich gehandhabt – in Bezug auf Planung und Durchführung ihrer Arbeit wie auch auf ihre ausserberuflichen Aktivitäten. Manche Menschen neigen dazu, Tätigkeiten nacheinander auszuführen. Hall bezeichnet diese Präferenz als <i>monochron</i> (Hall, 1976). Monochrome Menschen versuchen, Zeit fix zu planen, und halten sich strikt an zeitliche Abmachungen. Andere erledigen verschiedene Aufgaben gleichzeitig; dies wird auch als <i>polychron</i> bezeichnet. Polychrone Menschen handhaben Zeit flexibler/elastischer, sie können Zeitpläne situativ anpassen. Zeit kann auch mit <i>Langzeit-</i> oder <i>Kurzzeitorientierung</i> beschrieben werden. Trompenaars & Hampden-Turner fokussieren zudem auf <i>die relative Bedeutung von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft</i> (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012).	9, 17, 22
<i>Gefühlsneutral versus gefühlsbetont</i> (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	Von Bedeutung ist hier das Ausmass, in dem Menschen ihre Emotionen öffentlich ausdrücken, von <i>gefühlsneutral</i> bis zu <i>gefühlsbetont</i> .	1, 2, 6, 8, 12, 16, 20
<i>Universalismus versus Partikularismus</i> (Trompenaars & Hampden-Turner, 2012)	Inwieweit legen Menschen Wert auf Regeln oder auf das Verhältnis zur Person, mit der sie es zu tun haben? Kulturen und Menschen, die regelbasiert sind, fokussieren stark auf Planung, Termine und rasche Aufgabenerfüllung. Kulturen und Menschen, die beziehungsorientierter sind, gewähren Ausnahmen, fokussieren auf die Stimmung und die Beziehung.	1, 9, 17, 22, 24, 25
<i>High-Context- versus Low-Context-Kommunikation</i> (Hall, 1976)	Kommunikatorinnen und Kommunikatoren, die den Kontext stark gewichten, drücken sich implizit und nonverbal aus. Der Empfänger oder die Empfängerin braucht zusätzliches Hintergrundwissen und Beobachtungsvermögen. Kommunikatoren, die den Kontext schwach gewichten, drücken sich explizit aus. Der Empfänger braucht keine Zusatzinformationen.	1, 6, 13, 17, 19, 20, 22
Entwicklungsmodell der interkulturellen Sensibilität EMIS (Bennett, 2013)	Eine detaillierte Beschreibung dieses Modells finden Sie in der Analyse des Critical Incident 10.	7, 8, 10, 13, 25

CRITICAL INCIDENT 1: Eine Tasse Tee

Anita, eine Schweizer Ergotherapeutin, besucht zum ersten Mal eine ihrer Patientinnen zuhause. Frau Maiya kommt ursprünglich aus Nepal. Ergotherapeutin Anita lernte Frau Maiya im Rehabilitationszentrum kennen, wo sie nach einem Schlaganfall behandelt wurde. Ein Teil der Therapie bestand in der Zubereitung von Tee in der Ergotherapieküche, da dies für Frau Maiya eine vertraute und sinnvolle Aufgabe ist. Es dauerte schon damals viel länger als sonst, bis Anita eine gute Beziehung zwischen ihr als Therapeutin und Frau Maiya als Klientin aufgebaut hatte.

Anita macht nun einen Hausbesuch bei Frau Maiya. Frau Maiya bittet Anita, sich in der Küche hinzusetzen, während Frau Maiya den Tee zubereitet. Anita ist überrascht, dass der Tee ganz anders zubereitet wird als damals im Krankenhaus, und erfährt, dass der traditionelle nepalesische Tee mit Salz und Milch getrunken wird. Sie erinnert sich nun an einen Dokumentarfilm zur Teekultur in Nepal, in dem gezeigt wurde, dass die Ablehnung des Tees eine grosse Beleidigung darstellen würde.

Einerseits befürchtet Anita, dass das Trinken des salzigen Tees bei ihr Brechreiz auslösen würde, andererseits befürchtet sie, dass eine Ablehnung des Tees ihre Beziehung zu Frau Maiya beeinträchtigen könnte.

Was sollte Anita tun?

Bitte wählen Sie die beste(n) Alternative(n) aus

1. Anita lehnt es höflich ab, den Tee zu trinken, mit der Begründung, dass er ihr nicht schmeckt.
2. Anita lehnt den Tee höflich ab mit der Begründung, dass sie eine Allergie auf Milchprodukte habe, was eine Notlüge ist.
3. Anita trinkt den Tee und es wird ihr übel.
4. Anita nimmt einen kleinen Schluck und sagt, dass dies für sie ein ungewohnter Geschmack sei. Dann kann sie Frau Maiya fragen, ob sie bei ihrer Ankunft in der Schweiz ähnliche Erfahrungen mit Schweizer Speisen gemacht habe.

Erläuterungen

1. Das ist eine mögliche Lösung, aber nicht die beste. Die Antwort von Anita ist ein Beispiel für eine *Low-Context*-Kommunikation, in der die Botschaft explizit, möglichst eindeutig formuliert wird (Hall, 1976). Das steht in krassem Gegensatz zur *High-Context*-Kommunikation, in der Informationen implizit vermittelt werden, indem auf gemeinsames Wissen, gemeinsame Erfahrungen und Annahmen, die daraus resultieren, Bezug genommen wird. *High-Context*-Kommunikation bedient sich auch nonverbaler Kommunikationsmittel. Viele Nepalesen ziehen einen *High-Context*-Kommunikationsstil vor, besonders bei negativen Botschaften. Daher ist es nicht besonders klug, wenn Anita den Tee ablehnt, weil er ihr nicht schmeckt. Es gibt bessere Strategien, um mit dieser Situation umzugehen. Ein solches ichbezogenes Verhalten wird den Prozess des Beziehungsaufbaus belasten. Wählen Sie eine bessere Lösung.
2. Eine Notlüge ist in der interkulturellen Kommunikation eine mögliche Option, insbesondere für *High-Context*-Kommunikatoren. *Low-Context*-Kommunikatoren fühlen sich jedoch oft unwohl dabei, wenn sie eine Notlüge benutzen. Zusätzlich ist eine Notlüge im beruflichen Kontext nicht ideal. Wenn die Beziehung zur Klientin im Vordergrund steht, hilft eine Notlüge der Klientin allerdings, ihr Gesicht zu wahren, da sie nicht explizit konfrontiert wird. Es gibt jedoch eine noch bessere Antwort, suchen Sie danach.
3. Das ist keine gute Option, obwohl einige Leute es tun und still leiden würden. Anita sollte während des Hausbesuchs fit bleiben.
4. Das ist für beide die beste Option. Indem Anita einen Schluck Tee trinkt, bestärkt sie Frau Maiyas Vertrauen in ihre wiedergewonnenen Fähigkeiten und fördert die



Beziehung zwischen ihr und Anita. Anita weiss, dass ein gutes Verhältnis zwischen Klientin und Therapeutin für die Genesung entscheidend ist. Da persönliche Beziehungen in Nepal wichtig sind, wird viel Zeit damit verbracht, die Beziehung zu pflegen, in unserem Beispiel bei einer Tasse Chai (dies ist in *High-Context*- und/oder beziehungsorientierten Kulturen üblich). Beliebte Gesprächsthemen, die die Beziehung «schmieren», sind Familie, Beruf, Lebenserfahrung etc. Laut Kim et al. (2012) kann ein Themenwechsel von einer unangenehmen Situation ablenken. Entsprechend könnte Frau Maiya als weitere Option ein anderes Getränk anbieten.