

Markieren Sie Begriffe im Text um weitere Informationen zu erhalten.

 Drucken

 Beobachten

 Offline nutzen

› Psychologische, soziologische und pädagogische Grundlagen

Psychologische, soziologische und pädagogische Grundlagen

 Harald Karutz

(8.1, 8.4.2, 8.6.1, 8.6.2)

 Clemens Hausmann

(8.2.3, 8.3, 8.4.1, 8.4.3, 8.4.4, 8.5, 8.6.3)

 Clemens Hausmann

 Harald Karutz

(8.2.2)

 Verena Blank-Gorki

(8.2.1)

8.1 Einführung und Definitionen

8.2 Individuum und Persönlichkeit

- 8.2.1 Bilder vom Menschen
- 8.2.2 Persönlichkeitstheorien
- 8.2.3 Soziale Wahrnehmung

8.3 Entwicklung des Menschen und Lebensphasen

- 8.3.1 Säuglingsalter und frühe Kindheit
- 8.3.2 Kindheit
- 8.3.3 Jugend und frühes Erwachsenenalter
- 8.3.4 Erwachsenenalter
- 8.3.5 Alter

8.4 Gesundheit und Krankheit

- 8.4.1 Biopsychosoziales Modell
- 8.4.2 Modell der Salutogenese
- 8.4.3 Subjektive Krankheitstheorie
- 8.4.4 Gesundheits- und Krankheitsverhalten

8.5 Gesellschaft

- 8.5.1 Gesellschaftsmerkmale
- 8.5.2 Normen und Werte
- 8.5.3 Sozialisation
- 8.5.4 Rollen
- 8.5.5 Gesellschaftlicher Wandel

8.6 Erziehung und Bildung

- 8.6.1 Erziehungsstile und Erziehungsmittel
- 8.6.2 Bildungsprozesse
- 8.6.3 Lernen

RTW und Notarzt werden am frühen Abend, gegen 18 Uhr, zu einem akut erkrankten Kind mit Atemnot gerufen. Alarmiert wurde der Rettungsdienst von Mitarbeitern eines Jugendamtes, die die Familie in ihrer Wohnung aufgesucht haben.

Nach einer kurzen Anfahrt findet die RTW-Besatzung am Einsatzort eine stark verwahrloste Wohnung vor. Beide Elternteile rauchen offenbar stark, in der Wohnung kann man kaum atmen. Vater und Mutter sind arbeits- und weitgehend mittellos. Der kleine Patient – ein sechsjähriger Junge – wird umgehend untersucht, wobei zunächst lediglich ein akuter Atemwegsinfekt diagnostiziert werden kann.

Der Gesundheitszustand ist nicht lebensbedrohlich. Vor dem Hintergrund der Wohn- bzw. Lebenssituation entschließt sich das Rettungsteam dennoch dazu, den Jungen in Begleitung seiner Mutter zur stationären Aufnahme in eine Kinderklinik zu transportieren. Während des Transports weist die Mutter mehrfach besorgt darauf hin, dass sie und ihre Familie nicht krankenversichert seien und dass sie gehofft hätte, die Atemnot ihres Sohnes würde doch auch „*von allein wieder weggehen*“.

Das Rettungsteam tauscht untereinander ungläubige Blicke aus und führt den Transport professionell zu Ende. Bei der Übergabe wird gegenüber dem Personal des Krankenhauses deutlich auf die Begleitumstände dieses Einsatzes und die häusliche Situation hingewiesen. „*Typisch*“, meint die Krankenschwester dazu nur.

Inhaltsübersicht

8.1 Einführung und Definitionen

- Rettungsdienstliches Handeln setzt auch psychologische, pädagogische und soziologische Grundkenntnisse voraus.
- Psychologie untersucht das menschliche Erleben und Verhalten.
- Pädagogik ist die Wissenschaft von Erziehung und Bildung.

- Soziologie thematisiert gesellschaftliche Strukturen und den Menschen als Mitglied der Gesellschaft.

8.2 Individuum und Persönlichkeit

- Menschenbilder sind Modellvorstellungen, die Angaben über das Wesen, die Bestimmung und charakteristische Merkmale des Menschen enthalten.
- Es gibt viele unterschiedliche Menschenbilder; im rettungsdienstlichen Kontext sind vor allem das naturwissenschaftlich orientierte, das sozialwissenschaftlich orientierte, das humanistische und das religiöse Menschenbild relevant.
- In der Bedürfnispyramide nach Maslow sind wesentliche Bedürfnisse des Menschen hierarchisch angeordnet. Das Streben nach Selbstverwirklichung steht an der Spitze.
- Zentrale Persönlichkeitsmerkmale sind Extraversion bzw. Introversion, soziale Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, emotionale Stabilität und Offenheit für neue Erfahrungen.
- Bei der Wahrnehmung von Menschen können zahlreiche Verzerrungseffekte und Beurteilungsfehler auftreten.
- Häufige Beurteilungsfehler resultieren z. B. aus dem First-Look-Effekt, der Bildung von Stereotypen, unzutreffenden Verknüpfungen oder Attribuierungen.

8.3 Entwicklung des Menschen und Lebensphasen

- Zentrale Entwicklungsaufgaben resultieren aus biologischen Veränderungen, gesellschaftlichen Erwartungen, individuellen Lebenszielen und Wertvorstellungen sowie lebensverändernden Ereignissen.
- Nach Erikson gibt es acht aufeinanderfolgende Stadien, in denen individuelle Bedürfnisse und gesellschaftliche Anforderungen miteinander zu verbinden sind.
- Um sich psychisch, körperlich, geistig, sprachlich und sozial gesund zu entwickeln, benötigen Babys insbesondere Aufmerksamkeit, liebevolle Zuwendung und Interaktion mit stabilen Bezugspersonen.
- Auch Kinder sind auf die Nähe ihrer Bezugspersonen angewiesen, zunehmend ist aber auch die Informationsvermittlung von Bedeutung.

- Jugendliche übernehmen für ihr Handeln mehr und mehr eigene Verantwortung. Häufig tritt aber auch ein altersspezifisches Risikoverhalten auf.
- Das Leben Erwachsener ist von hoher Eigenständigkeit und Kontinuität geprägt. Kritische Lebensereignisse können jedoch eine Umstellung der bisherigen Lebensweise erforderlich machen.
- Im hohen Lebensalter lassen die Beweglichkeit, Organ- und Sinnesfunktionen sowie die Gedächtnisleistung nach.
- Wenn ältere Menschen das persönliche Anspruchsniveau ihren Fähigkeiten anpassen, kann die Lebenszufriedenheit erhalten bleiben.

8.4 Gesundheit und Krankheit

- Was als gesund oder krank betrachtet wird, hängt von individuell unterschiedlichen Auffassungen ab.
- Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als das vollständige körperliche, geistige und soziale Wohlergehen eines Menschen. Dies wird jedoch auch als Utopie bezeichnet.
- Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit greift objektiv feststellbare Veränderungen, das subjektive Erleben und gesellschaftliche Bewertungsprozesse auf.
- Das Modell der Salutogenese erklärt nicht die Entstehung von Krankheiten, sondern die Gesunderhaltung eines Menschen. Besonders relevant sind dabei Widerstandsressourcen und das Kohärenzerleben eines Menschen.
- Das subjektive Krankheitserleben wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Jeder Mensch erlebt Gesundheit und Krankheit individuell.
- Individuelle Vorstellungen davon, was gesund oder krank ist, können zueinander in einem Widerspruch stehen und zu Konflikten führen.
- Das Gesundheits- und Krankheitsverhalten hängt insbesondere ab vom subjektiven Krankheitsgewinn, der Dauer einer Erkrankung, der Erziehung und Bildung, der finanziellen Situation des Betroffenen, der privaten Lebensform, der kulturellen Prägung sowie dem Gesundheitssystem.

8.5 Gesellschaft

- Eine Gesellschaft grenzt sich durch eine gemeinsame Identität der Mitglieder, eine politische Organisation sowie eine spezielle Kommunikation von anderen ab.
- In jeder Gruppe oder Gesellschaft gelten bestimmte Verhaltensregeln und Wertvorstellungen.
- Normen legen fest, wie Menschen sich in bestimmten Situationen verhalten sollen. Allerdings unterliegen Normen einem zeitlichen Wandel.
- Gesellschaftlich vermittelte Normen und Werte haben einen großen Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten eines Menschen.
- Sozialisation ist die Vermittlung und Übernahme gesellschaftlicher Normen, Werte und Rollen.
- Zu unterscheiden sind primäre, sekundäre und tertiäre Sozialisation.
- Es gibt formelle und informelle soziale Interaktionen.
- Jeder Mensch ist in ein komplexes Rollengefüge eingebunden und muss verschiedenen Haupt- und Nebenrollen gerecht werden.
- „Role Taking“ bezeichnet die Annahme einer Rolle mit den entsprechenden Erwartungen, „Role Making“ bezieht sich auf die individuelle Ausgestaltung einer Rolle im Rahmen eines zulässigen Interpretationsspielraums.
- Ein Interrollenkonflikt resultiert daraus, dass mehrere Rollen einer Person nicht zu vereinbaren sind.
- Ein Intrarollenkonflikt entsteht daraus, dass an eine bestimmte Rolle von unterschiedlichen Personen Erwartungen gebunden sind, die sich nicht alle in gleicher Weise erfüllen lassen.
- Der gesellschaftliche Wandel beeinflusst auch das rettungsdienstliche Einsatzgeschehen enorm.

8.6 Erziehung und Bildung

- Erziehung und Bildung sind eng mit dem Sozialisationsprozess verbunden, aber mit diesem nicht identisch.

- Erziehung und Bildung zielen über die Integration eines Menschen in die Gesellschaft hinaus auf die Entfaltung einer individuellen Persönlichkeit, Emanzipation und Mündigkeit ab.
- Es gibt verschiedene Erziehungsstile: autoritär, demokratisch und laissez faire.
- Erziehungsmittel sind Belohnung, Bestrafung, Begleitung, Beurteilung, Erinnerung, Ermutigung, Übertragung von Aufgaben, Training und Übung.
- Formale Bildung bezieht sich auf die Entwicklung praktischer Kompetenzen.
- Materiale Bildung bezieht sich auf die Vermittlung von Wissen.
- Lernen bedeutet eine Veränderung des Erlebens und Verhaltens aufgrund von Erfahrung.
- Beim Lernen am Modell orientiert man sich an einem Vorbild und versucht, dieses zu imitieren.
- Verstärkungslernen findet durch positive oder negative Reaktionen auf ein Verhalten statt.
- Beim klassischen Konditionieren werden Zusammenhänge zwischen Hinweisreizen und Reaktionen verinnerlicht.

8.1 Einführung und Definitionen

Als Notfallsanitäter professionell handeln zu können, setzt nicht nur medizinische Kenntnisse voraus. Psychologische, pädagogische und soziologische Aspekte sind mindestens ebenso wichtig. Ein angemessenes Verständnis für die Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen von Patienten und Angehörigen erfordert, auf die individuelle Lebenssituation bzw. Lebensphase der Betroffenen zu achten und sich mit (subjektiven) Theorien von Gesundheit und Krankheit zu beschäftigen. Auch um eine harmonische Zusammenarbeit mit Kollegen zu gewährleisten und sich in der Öffentlichkeit bzw. Dritten gegenüber angemessen zu verhalten, sind psychologische, pädagogische und soziologische Grundkenntnisse für jede Rettungsfachkraft unabdingbar:

- **Psychologie** ist die Wissenschaft vom menschlichen Erleben und Verhalten. Dazu zählen Gefühle, Bedürfnisse, Gedanken und Erinnerungen ebenso wie Handlungen, Reaktionen und alle Arten von Kommunikation im Verlauf der Lebensspanne.
- **Soziologie** ist die Wissenschaft vom gesellschaftlichen (Zusammen-)Leben, von sozialem

Handeln und von sozialen Strukturen. Dabei beschäftigt sie sich insbesondere mit der Gesellschaft als Ganzem, sozialen Milieus, Organisationen, Teams und Familien, Machtstrukturen sowie sozialen Netzwerken.

- **Pädagogik** bzw. Erziehungswissenschaft thematisiert sowohl die Theorie als auch die Praxis von Erziehung und Bildung. Zur Abgrenzung des Teilbereichs der Erwachsenenbildung von Erziehungsprozessen bei Kindern und Jugendlichen existiert auch der allerdings eher unübliche Terminus **Andragogik**.

8.2 Individuum und Persönlichkeit

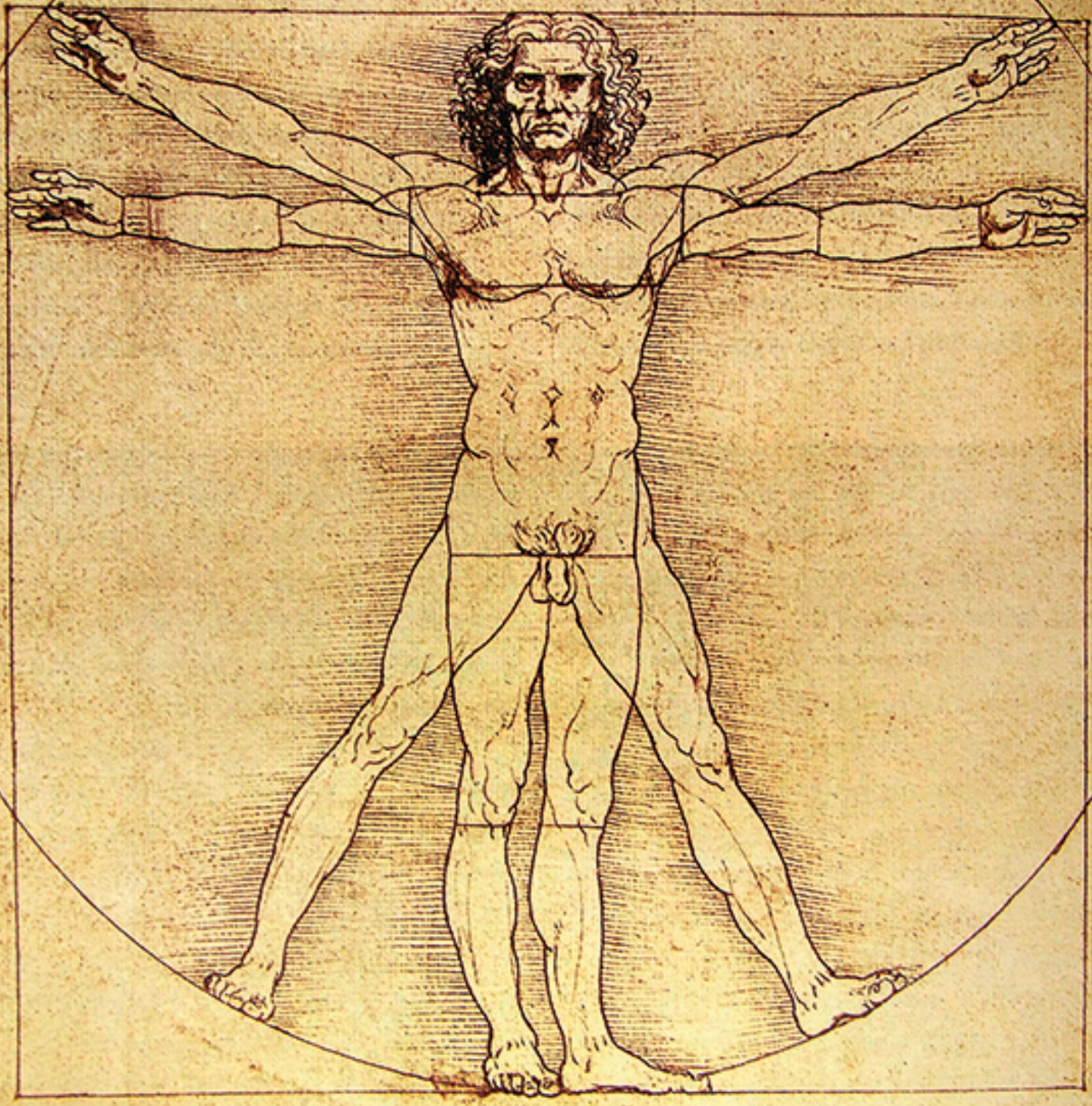
Jeder Mensch erlebt und verhält sich anders. Dies wird von anderen Menschen wiederum unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Dafür sind – neben diversen anderen beeinflussenden Faktoren – nicht zuletzt auch verschiedene Menschenbilder verantwortlich. Die folgenden Ausführungen sollen jede Rettungsfachkraft dazu anregen, sich im Rahmen der persönlichen beruflichen Positionierung auch einmal mit dem eigenen Menschenbild auseinanderzusetzen. Wohlgemerkt können Menschenbilder nicht ohne Weiteres als „richtig“ oder „falsch“ bezeichnet werden. Vielmehr verweisen sie alle mit einer gewissen Berechtigung auf einzelne Teilaspekte der menschlichen Existenz.

8.2.1 Bilder vom Menschen

Menschenbilder ([Abb. 8.1](#)) sind implizite Modellvorstellungen, die Angaben über das Wesen, die Bestimmung und charakteristische Merkmale des Menschen enthalten. Sie entstehen auf Basis verschiedener individueller Faktoren, wie z. B. Bildung, Alter, Kultur und Religion. Jeder Mensch verfügt daher über ein persönliches Menschenbild. Die in [Tab. 8.1](#) aufgelisteten Zitate bekannter Philosophen und Schriftsteller zeigen beispielhaft, wie unterschiedlich Menschenbilder ausfallen können. Je nachdem, was für ein Menschenbild man selbst hat, lassen sich Ansichten, Reaktionen und Verhaltensweisen eigener „Artgenossen“ – auch und gerade im Hinblick auf Notfallsituationen – anders einordnen.

Es gibt unzählige Bilder vom Menschen. [J787]

Handwritten notes in a cursive script at the top of the page, likely serving as a preface or introduction to the anatomical study.



A horizontal line with tick marks, possibly a scale or measurement line, located below the main drawing.

A large section of handwritten text at the bottom of the page, continuing the anatomical or philosophical notes.

B

Small signature or initials in the bottom right corner.

Tab. 8.1

„Was ist der Mensch? Jedenfalls nicht das, was er sich einbildet zu sein, nämlich die Krone der Schöpfung.“ (Wilhelm Raabe)

„Mensch: Im Grunde ein wildes Tier. Wir kennen es bloß im Zustand der Bändigung und Zähmung.“ (Arthur Schopenhauer)

„Der Mensch hat mehr von einem Affen als so mancher Affe.“ (Friedrich Wilhelm Nietzsche)

„Der Mensch ist eben ein unermüdlicher Lustsucher, und jeder Verzicht auf eine einmal genossene Lust wird ihm sehr schwer.“ (Sigmund Freud)

„Mensch: Ein Lebewesen, so angetan von Illusionen über sich, dass es völlig vergisst, was es eigentlich sein sollte.“ (Ambrose Gwinnett Bierce)

„Der Mensch ist das Maß aller Dinge.“ (Protagoras)

„Die Menschheit selbst ist eine Würde; denn der Mensch kann von keinem Menschen bloß als Mittel, sondern muss zugleich als Zweck gebraucht werden.“ (Immanuel Kant)

„Der Mensch ist die Krone der Schöpfung. Schade, dass es eine Dornenkrone ist.“ (Stanislaw Jerzy Lec)

„Das größte Wunderding ist doch der Mensch allein: Er kann, nachdem er's macht, Gott oder Teufel sein.“ (Angelus Silesius)

„Welch ein Meisterstück ist der Mensch! Wie edel durch Vernunft! Wie unbegrenzt in seinen Fähigkeiten! In Gestalt und Bewegung, wie ausdrucksvoll und wunderwürdig! In seiner Haltung, wie ähnlich einem Engel! Im Denken, wie ähnlich einem Gott! Die Zierde der Welt!“ (William Shakespeare)

„Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Teile.“
(Christian von Ehrenfels)

„Nur wer erwachsen wird und ein Kind bleibt ist ein Mensch.“ (Erich Kästner)

„Das größte Geheimnis ist der Mensch sich selbst.“ (Novalis)

Ein Rettungsteam war bei einer schweren Gewalttat im Einsatz. Das Leben einer jungen Frau konnte jedoch nicht gerettet werden: Sie wurde auf äußerst brutale Weise ermordet. Während ein Notfallsanitäter sich nur achselzuckend abwendet und damit beginnt, die Notfallausrüstung in den RTW zurückzubringen, ringt sein sichtlich betroffener Kollege um Fassung und wirft die Frage auf: „*Wie kann ein Mensch nur so etwas tun?*“. Die unterschiedliche Reaktion der beiden Mitglieder des Rettungsteams dürfte in diesem Beispiel durchaus auch mit den individuellen Menschenbildern zu tun haben.

Bei einer genaueren Auseinandersetzung mit Menschenbildern stehen somit insbesondere folgende Fragen im Vordergrund:

- Was macht den Menschen aus bzw. was charakterisiert das spezifische „Menschsein“?
- Was ist die Bestimmung des Menschen?
- Was soll der Mensch, was darf er eigentlich – und was nicht?
- Ist der Mensch nur die Summe seiner Organe oder – in welcher Weise – „mehr“?
- Warum handeln Menschen so, wie sie es tun?

Im Hinblick auf den rettungsdienstlichen Kontext sind vor diesem Hintergrund folgende Menschenbilder besonders relevant:

- **Naturwissenschaftlich orientiertes Menschenbild:** der Mensch als biologisches Lebewesen
- **Sozialwissenschaftlich orientiertes Menschenbild:** der Mensch als soziales Wesen
- **Religiös bzw. theologisch geprägtes Menschenbild:** der gläubige Mensch und der Mensch als Geschöpf Gottes
- **Humanistisches Menschenbild:** der selbstbestimmte, vernunftbegabte Mensch

Naturwissenschaftlich orientiertes Menschenbild

Begründet durch den französischen Philosophen René Descartes (1596–1650) sieht das

naturwissenschaftlich orientierte Menschenbild den **Menschen als rein biologisches Wesen**, das sich nicht grundsätzlich von Tieren unterscheidet. Für Descartes und weitere Vertreter dieser Sichtweise ist der Mensch ausschließlich die Summe seiner Organe und kann in seinen körperlichen Funktionen mit einer Maschine verglichen werden. Krankheit wird in diesem Menschenbild mit einem Defekt gleichgesetzt, der durch Reparatur oder Austausch von Teilen behoben werden kann. Dementsprechend wird Gesundheit durch den voll funktionstüchtigen Menschen repräsentiert. Die Existenz einer besonderen menschlichen „Seele“ (und damit verbunden auch einer besonderen Würde des Menschen) wird deutlich infrage gestellt.

Mit dem Aufkommen des naturwissenschaftlich orientierten Menschenbildes im 16. Jahrhundert wurden die zuvor vorherrschenden religiösen Sichtweisen abgelöst. Das Tabu, den menschlichen Körper zu Forschungszwecken nicht untersuchen zu dürfen, geriet z. B. in den Hintergrund. Der medizinische Fortschritt und die Entwicklung verschiedener Behandlungsmöglichkeiten basiert auf diesem Umdenken.

Entscheidender Nachteil einer solchen naturwissenschaftlichen Orientierung ist allerdings die Reduzierung des Menschen auf technische Handlungsabläufe. So geraten nichtkörperliche Aspekte und Funktionen und damit eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen aus dem Blick. Nicht berücksichtigt werden die Potenziale, die soziale Beziehungen in Heilungs- bzw. Bewältigungsprozesse nach einer Notfallerefahrung mit einbringen können.

Achtung

Ein Notfallsanitäter, der ein rein naturwissenschaftlich orientiertes Menschenbild verinnerlicht hat, führt letztlich eine Art „Vitalfunktionsmechanik“ durch.

Sozialwissenschaftlich orientiertes Menschenbild

Im sozialwissenschaftlich orientierten Menschenbild steht der **Mensch als soziales Wesen (homo sociologicus)** im Mittelpunkt. Denkend und auf sein soziales Umfeld bezogen, ist er in Beziehungen zu unterschiedlichen Gruppen eingebunden. Er interagiert in familiären,

freundschaftlichen, beruflichen oder auch gesellschaftlichen Gruppen, in denen bestimmte Regeln und Normen herrschen (Kap. 8.5). In diesen Gruppen nimmt der Mensch unterschiedliche Rollen ein, z. B. als Sohn bzw. Tochter oder Vater bzw. Mutter, als Freund bzw. Freundin, Ehemann bzw. Ehefrau oder auch als Angestellter bzw. Vorgesetzter.

In all diesen Beziehungen stehen Menschen in Abhängigkeit zueinander. Das wird besonders deutlich, wenn Notfallsituationen eintreten. Hier rücken die Angewiesenheit und Hilfsbedürftigkeit als zentrales Element des sozialwissenschaftlich orientierten Menschenbildes in den Vordergrund. Krankheit und Sterben können in hohem Maße durch soziale Beziehungen beeinflusst und durch den Menschen selbst gestaltet werden.

Religiös bzw. theologisch geprägtes Menschenbild

Eine wesentliche Gemeinsamkeit religiöser bzw. theologisch geprägter Menschenbilder ist die **Orientierung des Menschen am Glauben** und an den Lehren, die damit verbunden sind (Abb. 8.2). Im christlichen Glauben ist die entscheidende Bezugsgröße z. B. Gott. Nach diesem Verständnis ist der **Mensch ein Geschöpf Gottes (homo creatus)**, das eine untrennbare Einheit von Körper, Seele und Geist bildet. Seiner Begrenztheit, Endlichkeit und Verwundbarkeit, d. h. seiner Geschöpflichkeit, ist sich der Mensch im Angesicht Gottes bewusst.

Bei einer theologischen Betrachtung steht die Geschöpflichkeit des Menschen im Vordergrund.

[J787]



Zugleich ist der Mensch aber auch **Ebenbild Gottes (homo imago dei)**. Auf dieser Erkenntnis basierend ist es ihm möglich, sich selbst zu reflektieren, seine Zukunft zu planen sowie seine Umwelt und sein soziales Miteinander zu gestalten. Durch seinen Glauben ist er auch dazu in der Lage, in Krankheit und Not eine tiefere Bedeutung zu erkennen und z. B. auch in ethischen Konfliktsituationen entsprechend begründete Entscheidungen zu treffen.

Im Hinblick auf die Beantwortung der Frage, was ein Mensch darf und was nicht, haben im Christentum auch die Zehn Gebote eine erhebliche Bedeutung. In fast allen Religionen gibt es derartige Vorgaben für das Verhalten des Menschen. In inhaltlicher Hinsicht können sie jedoch erheblich variieren.

Fallbeispiel

Die Besatzung eines RTW wird zu einer Patientin gerufen, die über ein starkes Druckgefühl im Brustbereich klagt. Die Notfallsanitäter wollen ein EKG anlegen, werden allerdings durch den Ehemann der Frau daran gehindert. Beide, Ehemann und Patientin, sind Muslime und lehnen die aus medizinischer Perspektive einzuleitenden Maßnahmen durch das männliche Rettungsteam aufgrund bestimmter Vorgaben ihrer Religion ab.

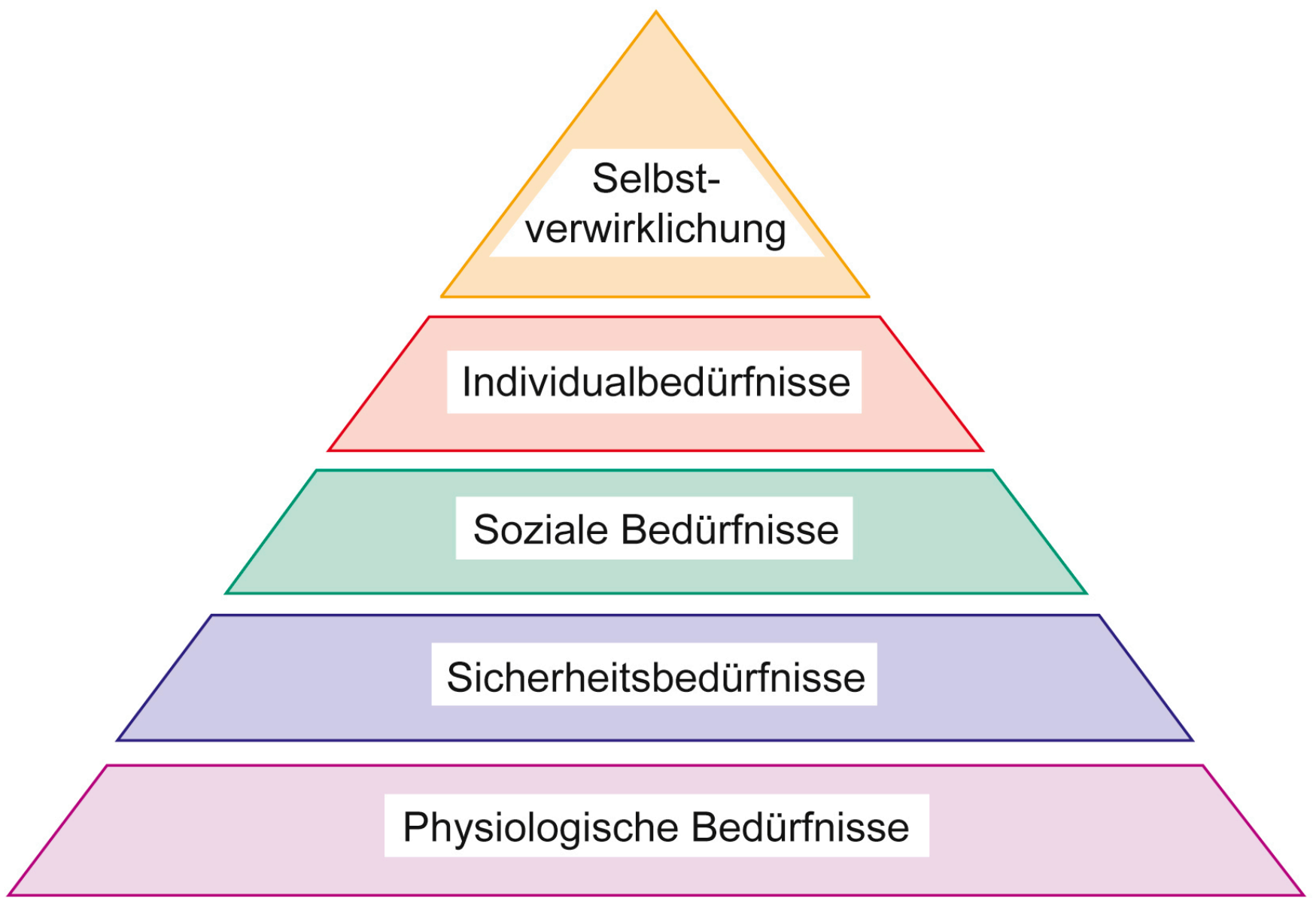
Humanistisches Menschenbild

Ähnlich wie im christlich-religiösen Menschenbild postuliert auch der humanistische Ansatz den **Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist** – allerdings unabhängig von einer höheren Instanz. Vielmehr steht der Mensch als autonomes, selbst denkendes Wesen im Mittelpunkt der Betrachtung (**homo sapiens**).

Der Mensch besitzt das Bewusstsein und die geistigen Fähigkeiten, sein eigenes Leben und seine Umwelt aktiv, aber vor allem auch sinngebend zu gestalten. Damit verbunden sind gleichzeitig das Recht und die Freiheit, alle Entscheidungen eigenverantwortlich treffen zu können und sich auf diese Weise selbst zu verwirklichen. Das bezieht sich auf alle Bereiche des Lebens, somit auch auf Krankheit, Leiden und Tod.

Voraussetzung für eine solche Selbstverwirklichung ist allerdings, dass bestimmte Grundbedürfnisse des Menschen zumindest teilweise erfüllt sind. Dieser Gedanke wird in der bekannten Bedürfnispyramide nach Maslow zum Ausdruck gebracht. Demnach stehen zunächst physiologische Bedürfnisse im Vordergrund, wie z. B. das Bedürfnis nach Luft zum Atmen und das Bedürfnis nach Nahrungsaufnahme. Sicherheits- und soziale Bedürfnisse, wie z. B. der Wunsch nach Kontakt und Anerkennung, schließen sich an. Erst wenn diese Bedürfnisse in einer angemessenen Weise befriedigt sind, treten weitere individuelle Bedürfnisse – und zuletzt dann auch das Streben nach Selbstverwirklichung – in den Vordergrund (Abb. 8.3).

Bedürfnispyramide nach Maslow [L143]



Merke

Menschenbilder spiegeln die persönlichen Vorstellungen über das Wesen des Menschen wider. Sie sind Grundlage dafür, wie Menschen ihrem Gegenüber begegnen und beeinflussen letztlich jedes Handeln. Für das berufliche Handeln im Rettungsdienst ist es grundlegend, sich bewusst mit seinem eigenen und anderen Menschenbildern auseinanderzusetzen.

Praxistipp

Über die wenigen, hier dargestellten Menschenbilder hinaus gibt es unzählige weitere, etwa das Menschenbild der Psychoanalyse, das Menschenbild in unterschiedlichen

Kulturen und auch Menschenbilder im historischen Wandel. Eine vertiefende Recherche zu diesem Thema kann daher nur ausdrücklich empfohlen werden!

8.2.2 Persönlichkeitstheorien

Persönlichkeit ist die individuelle Eigenart eines Menschen, also die Gesamtheit seiner Eigenschaften, Fähigkeiten, Motive und charakteristischen Verhaltensweisen. Einfache **Typologien** (Temperamente, Persönlichkeitstypen, Sternzeichen) bieten einfache und schnelle Orientierung, werden der Individualität eines Menschen aber nicht gerecht. Die moderne Psychologie untersucht deshalb Persönlichkeitsfaktoren und Haupteigenschaften einer Person, die ihr Persönlichkeitsprofil ausmachen.

Die **„Big Five“** sind fünf Persönlichkeitseigenschaften, die man auch im Alltag häufig anwendet, wenn man sich ein Bild von einer anderen Person macht ([Abb. 8.4](#)). Sie lauten:

Die „Big Five“ der Persönlichkeit [P094/L231]



- **Extraversion/Introversion:** kontaktfreudig, gesprächig, freimütig, unternehmungslustig, gesellig vs. schweigsam, verschlossen, zurückhaltend, zurückgezogen
- **Soziale Verträglichkeit:** gutmütig, wohlwollend, freundlich, kooperativ vs. ärgerlich, missgünstig, starrköpfig, feindselig
- **Gewissenhaftigkeit:** sorgfältig, zuverlässig, genau, beharrlich vs. nachlässig, unzuverlässig, ungenau, sprunghaft
- **Emotionale Stabilität:** ausgeglichen, entspannt, gelassen, belastbar, körperlich stabil vs. nervös, ängstlich, erregbar, wehleidig, verletzlich
- **Offenheit für neue Erfahrungen:** gebildet, aufgeschlossen, wissbegierig, interessiert,

fantasievoll, kultiviert, kunstverständlich vs. ungebildet, desinteressiert, unwillig, fantasielos, ungeschliffen, kunstunverständlich

Anhand dieser fünf Haupteigenschaften stufen Menschen einander in beruflichen wie in privaten Beziehungen tagtäglich ein. Die Beobachtung dieser Eigenschaften hat sich offenbar im Laufe der Evolution auch als sinnvoll erwiesen. So haben wohl schon unsere frühen menschlichen Vorfahren gelernt, auf diejenigen Eigenschaften ihrer Hordengenossen zu achten, die für das eigene Überleben entscheidend sein könnten.

Darüber hinaus sind die „Big Five“ auch jene Eigenschaften, nach denen wir selbst beurteilt werden. Wer also auf andere – Kollegen, Arbeitgeber, Patienten und auch in seinem privaten Umfeld – einen guten Eindruck machen will, sollte bei sich selbst die positiven Aspekte dieser Eigenschaften fördern und kultivieren.

Merke

Notfallsanitäter sollten

- kontaktfreudig, bei Bedarf aber auch verschwiegen,
- freundlich und kooperativ,
- sorgfältig und zuverlässig,
- belastbar und ausgeglichen,
- interessiert, wissbegierig und Neuem gegenüber aufgeschlossen sein.

8.2.3 Soziale Wahrnehmung

Bei der Wahrnehmung von Menschen können zahlreiche Beurteilungsfehler bzw. Verzerrungseffekte auftreten. Letztlich ist dies niemals auszuschließen bzw. vollständig zu verhindern. Jede Rettungsfachkraft sollte sich aber dieser Problematik bewusst sein und stets prüfen, ob die Einschätzung eines anderen Menschen – insbesondere auch eines Patienten, Angehörigen oder Kollegen – nicht möglicherweise fehlerhaft ist. Folgende Effekte bzw. Mechanismen sind häufig Ursachen von Beurteilungsfehlern:

Primacy-Effekt, „First-Look-Effekt“

Innerhalb von Sekunden wird über andere Menschen ein erstes Urteil gefällt. Grundsätzlich ist dies auch durchaus hilfreich, um möglichst rasch einschätzen zu können, welches Verhalten einer anderen Person gegenüber vermutlich angebracht ist. Gleichwohl kann der erste Eindruck täuschen. Hier ergibt sich dann ein Problem, wenn ein unzutreffender erster Eindruck in der Folge nicht mehr berichtigt wird. Häufig wird, nachdem einmal ein Urteil gefällt worden ist, aber selektiv nur noch das wahrgenommen, was eben dieses Urteil auch bestätigt. Was nicht dazu passt und ggf. eine Korrektur veranlassen müsste, wird unbewusst eher ausgeblendet. Aus diesem Grund haben Menschen kaum eine Chance, dass der erste Eindruck, den sie hinterlassen haben, doch noch einmal revidiert wird.

Akzentuierung

Viele Menschen neigen dazu, ihre Urteile über andere Menschen zu akzentuieren, d. h. zu überspitzen. Ein etwas ängstlicher Patient wird z. B. gleich als „sehr ängstlich“ dargestellt, ein leicht kritischer Unterton als „**sehr aggressives** Verhalten“ beschrieben, eine bloße Nachfrage als „**völliges** Misstrauen“ gedeutet.

Stereotype

Jeder Mensch hat bestimmte „Schubladen“, in die Menschen aufgrund bestimmter Merkmale eingeordnet werden. Dabei kann ein bestimmtes Erscheinungsbild, die Kleidung, Haarfarbe, Stimme oder ein beliebiges anderes Merkmal von Bedeutung sein. Problematisch ist, dass eine solche Kategorisierung meist unbewusst aufgrund früherer Erfahrungen erfolgt und u. U. auch vollkommen unzutreffende Übertragungen vorgenommen werden.

Verknüpfungsfehler

Hierbei wird von einzelnen Merkmalen auf andere geschlossen, was in vielen Fällen jedoch fehlerbehaftet ist. Beispiele für solche Trugschlüsse gibt es unzählige. So wird oftmals angenommen, dass attraktive Menschen auch besonders intelligent sind. Man geht davon aus,

dass Männer mit Tätowierungen wohl aus einem bestimmten Milieu stammen müssen oder dass jemand, der einen Anzug trägt, vermutlich reich und erfolgreich – aber auch arrogant – ist.

Sequenzialität

Die Aufmerksamkeit anderen Menschen gegenüber ist nicht permanent hoch. Daraus kann resultieren, dass man ein Urteil über einen Menschen mit einer bestimmten Wahrnehmung begründet, obwohl es bereits wenige Augenblicke später eine völlig andere Wahrnehmung hätte geben können.

Achtung

Wird die Gültigkeit einzelner „Momentaufnahmen“ nicht reflektiert, können schwerwiegende Fehleinschätzungen die Folge sein.

Attributionsfehler

Bei der Zuschreibung von Ursachen für Verhaltensweisen werden unbewusst wesentliche Unterscheidungen vorgenommen. Bei anderen Personen geht man davon aus, dass die Begründung für ein bestimmtes Verhalten eher in der Person liegt, während man dazu neigt, v. a. negative Verhaltensweisen bei sich selbst auf äußere, situative Umstände zurückzuführen.

Wenn man einen Praktikanten im Einsatz beobachtet und eine gewisse Aufregung feststellt, neigt man z. B. dazu, diesem Praktikanten eine geringe Belastbarkeit zu unterstellen. Ist man selbst in einem Einsatz aufgeregt, würde man dies eher auf Merkmale eines außergewöhnlichen Notfallgeschehens beziehen.

Merke

Ein etwaiges Fehlverhalten entschuldigt man bei sich selbst daher eher als bei anderen!

Sympathieeffekt

Natürlich findet man einzelne Menschen sympathischer als andere. Im rettungsdienstlichen Kontext könnte dies dazu führen, dass man bei der Versorgung eines Patienten, zu dem man sich in besonderer Weise hingezogen fühlt, noch sorgfältiger und engagierter arbeitet. Solange dies nicht im Umkehrschluss bedeutet, dass die Versorgung von weniger sympathisch empfundenen Patienten nachlässiger durchgeführt wird, muss dies auch nicht unbedingt problematisch sein. Es ist aber ebenso möglich, dass man aufgrund einer besonderen Sympathie für jemanden unvorsichtiger agiert und ansonsten übliche Vorsichtsmaßnahmen unterlässt. Dies wäre definitiv inakzeptabel.

8.3 Entwicklung des Menschen und Lebensphasen

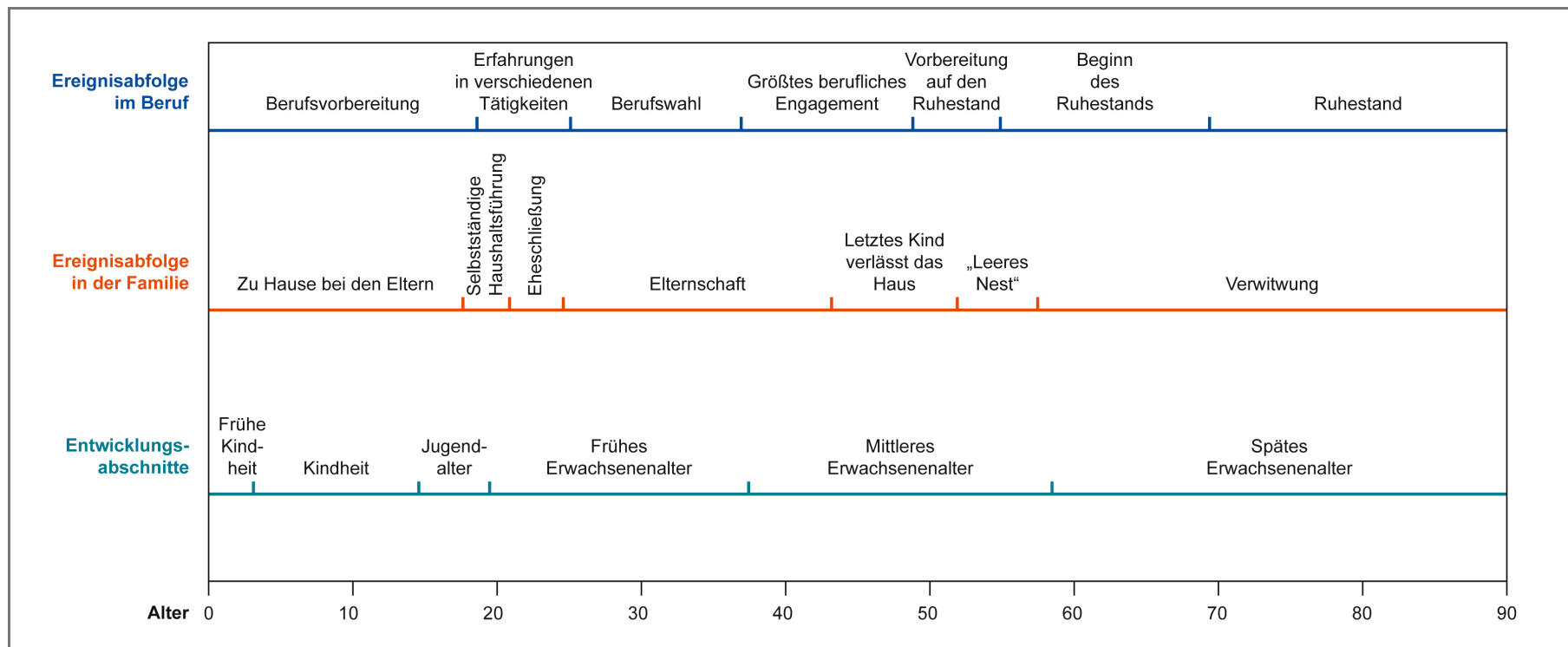
Die Versorgung von verletzten oder akut erkrankten Menschen soll nicht nur Bedürfnisse berücksichtigen, die sich unmittelbar aus einer Notfallsituation ergeben, sondern auch die jeweilige Lebenssituation insgesamt. Da der Rettungsdienst jedoch mit Patienten in allen Altersstufen konfrontiert wird, lohnt sich eine Auseinandersetzung mit Grundlagen der **Entwicklungspsychologie**.

Menschen entwickeln sich während des gesamten Lebens weiter ([Abb. 8.5](#)). Genetische Anlagen und Umweltfaktoren (Erziehung, Vorbilder) spielen dabei ebenso eine Rolle wie Tradition und Lebenschancen sowie die jeweils eigene Art und Weise, das Leben zu gestalten und auf Entwicklungsangebote zu reagieren. Verschiedene **Entwicklungsaufgaben** kennzeichnen die einzelnen Lebensabschnitte ([Abb. 8.6](#)). Sie ergeben sich aus

Jeder Mensch entwickelt sich permanent weiter. [J787-033]



Lebensalter, typische Ereignisfolgen und daraus resultierende Entwicklungsaufgaben [L231]



- biologischen Veränderungen (z. B. Pubertät, Altern),
- gesellschaftlichen Erwartungen (z. B. Berufsbild, soziale Normen),
- individuellen Lebenszielen und Werten (z. B. aufgrund persönlicher Erfahrungen) sowie
- lebensverändernden Ereignissen (z. B. Unfall, Krankheit, Arbeitslosigkeit).

Der Entwicklungspsychologe Erikson beschreibt acht aufeinanderfolgende Stadien, in denen individuelle Bedürfnisse und gesellschaftliche Anforderungen miteinander zu verbinden sind:

1. **Vertrauen vs. Misstrauen (1. Lebensjahr):** Die ersten Erfahrungen mit anderen Menschen führen bei den meisten Babys zur Entwicklung des Urvertrauens, das sich auf die Welt als Ganzes bezieht. Die Umwelt wird als freundlich, verlässlich und vorhersagbar erlebt. Wenn das Baby jedoch vernachlässigt und wiederholt mit seinen Nöten alleingelassen wird, entsteht ein grundsätzliches Misstrauen der Welt und den Menschen gegenüber.
2. **Autonomie vs. Scham/Zweifel (2. und 3. Lebensjahr):** Die motorische Entwicklung führt zu Konflikten zwischen dem kindlichen Streben nach Selbstständigkeit und der Abhängigkeit von den Eltern und Erwachsenen. Das Ichbewusstsein des Kindes entfaltet sich in der Auseinandersetzung mit Regeln, Vorschriften der Erwachsenen („Trotzphase“). Durch klare Grenzen, angemessene Unterstützung und Vertrauen in die Fähigkeiten des Kindes kann dieses in seinem Autonomiestreben bestärkt und gefördert werden. Scham und Zweifel entstehen, wenn das Kind wichtige Ziele nicht erreichen kann oder wenn das Kind nicht weiß, wie es sich den Regeln entsprechend verhalten soll.
3. **Initiative vs. Schuldgefühle (4. und 5. Lebensjahr):** Das Kind entfaltet eine große Neugierde, die Welt aktiv zu erkunden, kreativ zu gestalten und eigene Fantasiewelten zu entwerfen. Soziale Kontakte außerhalb der Familie werden ebenso wichtig wie sich einen Platz in einer Gemeinschaft zu erobern (z. B. im Kindergarten). Von den Eltern und Betreuern übernimmt das Kind wichtige Einstellungen und Verhaltensmuster; es bildet sich ein Gewissen. Ängstliche, rigide und fremdbestimmte Grundhaltungen sowie unrealistische Ziele und Idealansprüche können die kindliche Unternehmungsfreude lähmen und zu tief sitzenden Schuldgefühlen führen.
4. **Leistung vs. Minderwertigkeit (mittlere Kindheit):** Spätestens mit dem Eintritt in die Schule wird das Kind systematisch mit dem Wissen der Kultur und den Zivilisationstechniken vertraut gemacht. Die Leistungsanforderungen sind für die meisten Kinder zunächst eine spannende Herausforderung. Sie interessieren sich für verschiedenste Sachgebiete, haben Freude am Lernen und Üben und sind stolz auf das eigene „Werk“. Wenn jedoch Erfolgserlebnisse fehlen und ihre Leistungen übermäßig kritisiert werden, kann das zu Ängstlichkeit und Minderwertigkeitsgefühlen führen.
5. **Identität vs. Rollendiffusion (Jugendalter):** Eine zentrale Entwicklungsaufgabe für

Jugendliche ist es, ein Gefühl für die eigene Identität zu entwickeln und zu festigen. Sie wollen ihre Eigenschaften, Fähigkeiten und Interessen erproben und eigene Vorstellungen von ihrer Zukunft entwerfen. Die gleichaltrigen Freunde oder Gruppen werden dabei zunehmend wichtiger als Eltern und Schule. Dabei einerseits die widersprüchlichen Erfahrungen und Erwartungen miteinander in Einklang zu bringen und gleichzeitig einen eigenen Weg in die Selbstständigkeit zu finden, ist oft schwierig. Wenn das nicht gelingt, bleibt das Selbstbild unsicher oder unklar, was zu instabilen Zielen und übertriebenem oder oberflächlichem Engagement führen kann.

6. **Intimität vs. Isolation (frühes Erwachsenenalter):** Im frühen Erwachsenenalter gehört es zu den wesentlichen Aufgaben, stabile Beziehungen aufzunehmen und zu halten. Das betrifft sowohl eine private, intime Partnerschaft als auch stabile berufliche Beziehungen zu Kollegen und im Team. Junge Erwachsene versuchen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten ernsthaft umzusetzen. Waren die sozialen Kontakte der Jugendzeit oft flüchtig und unverbindlich, steht nun die Solidarität in einer überschaubaren Gruppe im Vordergrund. Wenn der Aufbau stabiler Beziehungen nicht gelingt, bleibt man sozial isoliert bzw. in unverbindlichen Beziehungen stecken.

7. **Generativität vs. Stagnation (mittleres Erwachsenenalter):** Je älter man wird und je mehr man erlebt hat, desto mehr Wissen, Können und Lebenserfahrung sammeln sich an. Diese an andere Menschen (die eigenen Kinder, andere junge Menschen, die nächste Generation) weiterzugeben, ist eine wichtige Entwicklungsaufgabe des mittleren Erwachsenenalters. Das kann am Arbeitsplatz und im Beruf ebenso geschehen wie im Rahmen sozialen oder politischen Engagements. Die Zukunft wird nicht mehr nur als eine persönliche Angelegenheit gesehen, sondern schließt die nachfolgenden Generationen mit ein. Wenn man hingegen den Eindruck hat, auf der Stelle zu treten und sich nicht mehr weiterzuentwickeln, kann das zu Langeweile, einem Gefühl der Nutzlosigkeit und Sinnlosigkeit sowie zur Selbstaufopferung in der Arbeit führen (Midlife-Crisis, Burn-out, Kap. 7.1.2).

8. **Ichintegrität vs. Verzweiflung (spätes Erwachsenenalter):** Im späten Erwachsenenalter ist man zunehmend mit Beschwerden und Verlusten konfrontiert (gesundheitliche Problemen, Ende der beruflichen Tätigkeit, Verlust von Bezugspersonen etc.). Zugleich können manche Menschen bis ins hohe Alter ihre Vitalität und ihr sinnstiftendes und produktives Engagement erhalten. Das eigene Leben wird in seiner Gesamtheit überblickt und in einem größeren Zusammenhang gesehen. Viele Menschen sind mit dem Erreichten zufrieden;

andere trauern um das, was sie im Leben nicht erledigt oder falsch gemacht haben, und sehen für sich keine Perspektiven mehr.

Merke

Eine der letzten und größten Entwicklungsaufgaben ist es, die Begrenztheit des eigenen Lebens zu akzeptieren.

8.3.1 Säuglingsalter und frühe Kindheit

Von Geburt an sind Neugeborene auf andere Menschen ausgerichtet. Sie bevorzugen menschliche Stimmen, Gerüche und Berührungen und sind ihren Eltern und anderen Betreuungspersonen bedingungslos zugewandt. Ihr Bindungsverhalten (lächeln, schreien, hinterherkrabbeln) löst bei den meisten Erwachsenen intuitives Eltern- und Fürsorgeverhalten aus (anlächeln, ansprechen, beschäftigen, trösten etc.). Babys brauchen die Aufmerksamkeit, liebevolle Zuwendung und Interaktion mit stabilen Bezugspersonen, um sich psychisch, körperlich, geistig, sprachlich und sozial gesund zu entwickeln.

Achtung

Deshalb ist es wichtig, dass bei einem Unfall oder einer schweren Erkrankung des Kindes ein Elternteil im Krankenhaus mit aufgenommen wird (Kap. 9.3.4).

8.3.2 Kindheit

Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus ist für Kinder wie für ihre Eltern oft mit erheblichen Belastungen verbunden. Für Kinder bedeutet ihre gewohnte Umgebung Sicherheit und Geborgenheit. Vor allem wenn sie plötzlich (nach einem Unfall, aufgrund einer akuten Erkrankung) aus dieser herausgerissen werden, fühlen sie sich unsicher, schutzlos und

alleingelassen. Ärger, Angst und Traurigkeit sind häufige negative Gefühle. In einer derart schwierigen Situation ist es besonders wichtig, dem Kind zu erklären, was geschieht und seine Fragen ehrlich und altersgerecht zu beantworten.

Die Vorstellungen von Kindern in Bezug auf ihren Körper, eine Verletzung oder Krankheit sowie auf notwendige Behandlungsschritte sind je nach Altersstufe sehr unterschiedlich:

- Bei **Kleinkindern** stehen das Bedürfnis nach Sicherheit und die Angst vor der Trennung von den Eltern im Vordergrund. Eltern oder andere nahe Angehörige sollten deshalb in die rettungsdienstliche Versorgung eingebunden werden und bei allen wichtigen Untersuchungen und Behandlungsschritten anwesend sein. Auch während des Transports sollte ein Elternteil im Patientenraum des RTW anwesend sein.
- **Kinder im Vorschulalter (3–6 Jahre)** sehen eine Verletzung oder Krankheit oft als „Bestrafung“. Symptome und Behandlungsmaßnahmen können „magisch“ interpretiert werden. Kindgerechte Erklärungen (z. B. in Form von märchenartigen Geschichten) können direkt darauf eingehen.

Achtung

Wichtig ist, dem Kind die aktuelle Situation so angenehm wie möglich zu gestalten (Kap. 9.3.4).

- **Im Grundschulalter (7–11 Jahre)** entwickeln Kinder ein Verständnis für medizinische und pflegerische Maßnahmen, ihre Absicht und Durchführung. Die Erklärungen, die sich das Kind bezüglich Verletzung, Krankheit und Behandlung gibt, werden zunehmend realistischer. Schulkinder kann man bereits mit sachlichen Informationen und Argumenten überzeugen und zur aktiven Mithilfe auffordern.
- **Jugendliche (12–18 Jahre)** sind in ihrem Denken und Empfinden nicht mehr von konkreten Erfahrungen abhängig. Ihre Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit stimmen weitgehend mit denen der Erwachsenen überein. Zugleich wollen Jugendliche Entscheidungen gerne selbst treffen und zunehmend mehr darüber bestimmen, was mit

ihnen geschieht.

Praxistipp

Es empfiehlt sich, mit Jugendlichen „auf Augenhöhe“ wie mit Erwachsenen zu sprechen.

8.3.3 Jugend und frühes Erwachsenenalter

In der Jugend (formal der Altersbereich zwischen 12 und 18 Jahren) ist die **Festigung der eigenen Identität** eine zentrale Entwicklungsaufgabe. Neben der Ablösung von den Eltern und dem Aufbau eines Freundeskreises, in dem man mit Gleichaltrigen neue Verhaltensweisen ausprobieren und über Werte, Ziele und Zukunftsperspektiven diskutieren kann, ist auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, seinen Veränderungen und Bedürfnissen sehr wichtig. Fragen nach Ausbildung und Beruf gehen Hand in Hand mit Entwürfen für den eigenen, selbstbestimmten Lebensweg. Im frühen Erwachsenenalter (bis ca. 25 Jahre) werden die Beziehungen zu anderen Menschen (Partnerschaft, Arbeitsplatz) und die Verantwortung für das eigene Handeln (Beruf, Freizeit) intensiver und spezieller. Der Eintritt ins Berufsleben, die Übernahme eigenverantwortlicher Tätigkeiten und die Suche nach einer tiefen Beziehung und Partnerschaft kennzeichnen die weitere Entwicklung.

In der Jugend ändert sich auch das **Gesundheits- und Risikoverhalten**. Viele gesundheitsrelevante Einstellungen und Gewohnheiten der Kindheit (z. B. in Bezug auf gesunde Ernährung, Zähneputzen, medizinische Untersuchung und Behandlung) nehmen wieder ab, während verschiedene problematische Verhaltensweisen (z. B. bezüglich Alkohol, Nikotin, gefährliche Mutproben) erprobt und manchmal auch beibehalten werden. Der Wunsch, dadurch die eigene Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu demonstrieren und mit den Gleichaltrigen mithalten zu können, ist oft stärker als rationale Aufklärung zu Gesundheitsfragen. Hinzu kommt ein Gefühl der „Unverwundbarkeit“, wodurch viele Jugendliche und junge Erwachsene objektiv vorhandene Risiken nicht auf sich beziehen oder gar bewusst eingehen („*Mir passiert schon nichts.*“).

8.3.4 Erwachsenenalter

Verschiedene **Lebensereignisse** können einen starken Einschnitt oder Wendepunkt in der persönlichen Biografie darstellen. Dies gilt für Heirat oder die Geburt eines Kindes ebenso wie für einen Unfall, schwere Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Scheidung. Kritische Lebensereignisse erfordern eine erhebliche Umstellung der bisherigen Lebensweise. Ihre positive Bewältigung führt oft zu einer Neuorientierung und neuen Perspektiven für das weitere Leben. Die Prioritäten verschieben sich, die eigenen Kräfte und Handlungsmöglichkeiten werden anders gesehen.

Vor allem im Erwachsenenalter kann die Entwicklung auch selbst gestaltet werden. Dieser Prozess wird **Entwicklungsregulation** genannt. Persönliche Ziele und Pläne können den Lebensverlauf erheblich mitbestimmen: Ausbildungen, Berufsziele und Familienplanung sowie die aktive Neugestaltung des Lebens nach einem Unfall oder angesichts einer lebensverändernden Krankheit. Persönliche Vorbilder (Angehörige, andere Patienten, Personen des öffentlichen Lebens) spielen dabei ebenso eine Rolle wie frühere Erfahrungen der Bewältigung schwieriger Situationen und äußere Umstände (familiäre Verhältnisse, finanzielle Situation etc.).

Junge Erwachsene versuchen oft, bewusst die beste Strategie zu finden, um ihre Ziele zu erreichen und Lebensprobleme aktiv zu lösen. Menschen im höheren Alter neigen eher zu internen psychischen Anpassungsprozessen (Genügsamkeit, Verzicht). Ziele, Wünsche und Vorlieben werden an die veränderten Lebensumstände und die geringer werdenden Handlungsmöglichkeiten angepasst.

8.3.5 Alter

Im höheren Lebensalter verlagert sich der Schwerpunkt der Entwicklung zu Konzentration der Kräfte und Nutzung vorhandener Stärken. Einerseits nehmen Verluste und Einschränkungen zu: Beweglichkeit, Organ- sowie Sinnesfunktionen und Gedächtnisleistung lassen nach ([Tab. 8.2](#)), gesellschaftliche Aufgaben, soziale Beziehungen und Selbstständigkeit gehen zurück. Gleichzeitig steigt die Fähigkeit, mithilfe der vorhandenen Fähigkeiten Aufgaben zu erledigen und Probleme zu bewältigen. Diese bessere Anwendung kann die formalen Leistungseinbußen bis ins höhere Alter abschwächen oder ausgleichen.

Ausgewählte Parameterveränderungen bei alten Menschen

Tab. 8.2

Parameter	Altersbedingte Parameterveränderungen bei über 75-Jährigen (in %) im Vergleich zu 30-Jährigen (= 100 %)
Gesamtkörperwasser	-18
Muskelmasse	-30
Mineralgehalt der Knochen <ul style="list-style-type: none">• Männer• Frauen	-15-30
Max. Dauerbelastung	-30
Max. kurzfristige Spitzenleistung	-60
Grundstoffwechsel	-16
Gehirngewicht	-44
Regulationsgeschwindigkeit des Säure-Basen-Haushalts	-83
Herzschlagvolumen (im Ruhezustand)	-50
Vitalkapazität der Lunge	-44

Wenn das persönliche Anspruchsniveau immer wieder angepasst wird, bleibt die Lebenszufriedenheit alter Menschen häufig gleich hoch wie bei jüngeren, trotz der Zunahme an körperlichen Beschwerden und sozialen Verlusterlebnissen („*Mir genügt das, ich bin zufrieden damit.*“). Viele vergleichen sich auch mit anderen Personen, denen es schlechter geht, und setzen sich selbst Ziele, die trotz der Altersveränderungen gut erreichbar sind.

8.4 Gesundheit und Krankheit

Wie lange ist ein Mensch gesund und ab wann krank? Welche Gefühle, Reaktionen und

Verhaltensweisen sind normal und welche gestört? Welche Auffälligkeiten überhaupt als Symptome einer Krankheit wahrgenommen werden und welche Diagnosen und Behandlungen daraus folgen, hängt sehr von individuellen Auffassungen ab. Eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit den Begriffen „Gesundheit“ und „Krankheit“ ist daher auch für das Rettungsfachpersonal in hohem Maße relevant.

- Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Gesundheit als das „*vollständige körperliche, geistige und soziale Wohlergehen*“ definiert. Da ein derart absolutes Wohlergehen jedoch, wenn überhaupt, nur äußerst selten eintreten dürfte, bezeichnet man die WHO-Definition von Gesundheit auch als eine **Utopie**.
- Nach einer anderen Normierung bedeutet Gesundheit ein angemessenes Gleichgewicht zwischen biologischen (körperlichen) und psychischen Systemen (Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse, Persönlichkeit) im Austausch mit der Umwelt (materiell, sozial, kulturell). Kleinere Störungen dieses Gleichgewichts kann ein gesunder Mensch selbst wieder ausgleichen. Gesundheit beruht insofern auf der grundlegenden Fähigkeit, schädliche Einflüsse aufzufangen und zu bewältigen. Diese Fähigkeit wird auch **Resilienz** genannt. Sie ermöglicht es, Spannungen und Schwankungen des Gleichgewichtszustands auszugleichen, ohne dass es sofort zur Entgleisung bzw. Krankheit kommt.
- **Krankheit** könnte man als einen gestörten Gleichgewichtszustand betrachten, in dem notwendige Funktionen (körperliche, psychische, soziale) nicht mehr aufrechterhalten werden können und/oder bestimmte Strukturen nachhaltig geschädigt sind.

8.4.1 Biopsychosoziales Modell

Aus **biologischer bzw. medizinischer Sicht** werden Krankheiten und Verletzungen als Störung bzw. Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen aufgefasst. Diese werden untersucht und mit gesunden Strukturen bzw. allgemeinen Normwerten verglichen. Die Behandlung erfolgt in Bezug auf die dadurch gestellte Diagnose.

Aus **psychologischer Sicht** werden Störungen mithilfe von allgemein verbindlichen Symptomlisten (z. B. ICD-10) diagnostiziert. Besonderes Gewicht hat dabei der subjektive Leidensdruck (d. h., als wie belastend die Symptome erlebt werden) und ob die Symptome bzw. Verhaltensweisen (Weinen, Wutausbrüche, Schweigen) verständlich oder angemessen sind. Wenn ein Mensch sehr extreme und bizarre Verhaltensweisen zeigt (z. B. bei Schizophrenie), kann das

auch ohne Krankheitseinsicht und Leidensdruck als Störung diagnostiziert werden.

Aus **soziokultureller Sicht** geht es darum, was von der Gesellschaft als akzeptabel bzw. problematisch angesehen wird. Das kann sich im Lauf der Jahrzehnte stark ändern.

Homosexualität wird heute beispielsweise nicht mehr als Krankheit diagnostiziert, während Rauchen inzwischen als Sucht eingestuft wird.

Merke

Die verschiedenen Sichtweisen bilden gemeinsam das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit ([Abb. 8.7](#)).

Das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit [P094/L231]



8.4.2 Modell der Salutogenese

Die Entstehung von Verletzungen und die Genese von Krankheiten (**Pathogenese**) sind leichter erklärbar als die Dynamiken, die zu Gesundheit (lateinisch: *salus* = Gesundheit) führen bzw. diese bewahren. Vor diesem Hintergrund hat Aaron Antonovsky (1923–1994) das Modell der **Salutogenese** entwickelt – ein Modell, mit dem eben nicht die Entstehung von Krankheit, sondern von Gesundheit beschrieben und verständlich gemacht wird.

Merke

Die **Kernfragen** der Salutogenese lauten: Warum bleiben einige Menschen gesund, obwohl sie einer Vielzahl von Belastungen bzw. Stressoren ausgesetzt sind? Was trägt dazu bei, ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten?

Einerseits hat dies offenbar mit der individuellen Verwundbarkeit (**Vulnerabilität**) bestimmten **Stressoren** gegenüber zu tun, andererseits aber auch mit der individuellen Widerstandskraft, die als **Resilienz** bezeichnet wird (Kap. 7.1.1). Insbesondere von der Ausprägung einzelner Widerstandsressourcen hängt demnach ab, ob eine Anforderung, eine Belastungssituation bzw. eine Krise gut bewältigt werden kann (jemand also gesund bleibt) oder nicht. Verschiedene **Widerstandsressourcen** lassen sich voneinander unterscheiden. Teilweise sind sie angeboren, teilweise resultieren sie aber auch aus der Erziehung, der Bildung, konkreten Fördermaßnahmen und Lebenserfahrungen eines Menschen:

- **Biologische Ressourcen** des Körpers können z. B. vor bakteriellen, viralen und anderen Krankheitserregern schützen.
- Aufgrund von **materiellen Ressourcen** kann man sich eine gesundheitsförderliche Umgebung schaffen, sich gesund ernähren und seine Freizeit angenehm gestalten.
- **Kognitive bzw. intellektuelle und emotionale Ressourcen** ermöglichen u. a. eine flexible und rationale Anpassung an sich verändernde Lebensbedingungen.
- Mit **sozialen Ressourcen** sind die Unterstützungspotenziale durch Freunde, Partner, Familienangehörige, Kollegen, Nachbarn etc. gemeint.

Neben diesen Widerstandsressourcen ist nach Antonovsky auch das **Kohärenzerleben (Sense of Coherence, SOC)** von herausragender Bedeutung. Dieses Kohärenzerleben setzt sich aus drei Aspekten zusammen:

- **Verstehbarkeit (Comprehensibility)** bedeutet, dass einzelne Ereignisse strukturiert bzw. geordnet erscheinen und man im Leben insgesamt Zusammenhänge erkennen, verstehen und nachvollziehen kann.
- **Handhabbarkeit (Manageability)** bezieht sich darauf, zu vertrauen, dass die eigenen Ressourcen schon ausreichen werden, um die gestellten Anforderungen bzw. Schwierigkeiten

und Probleme des Lebens angemessen bewältigen zu können.

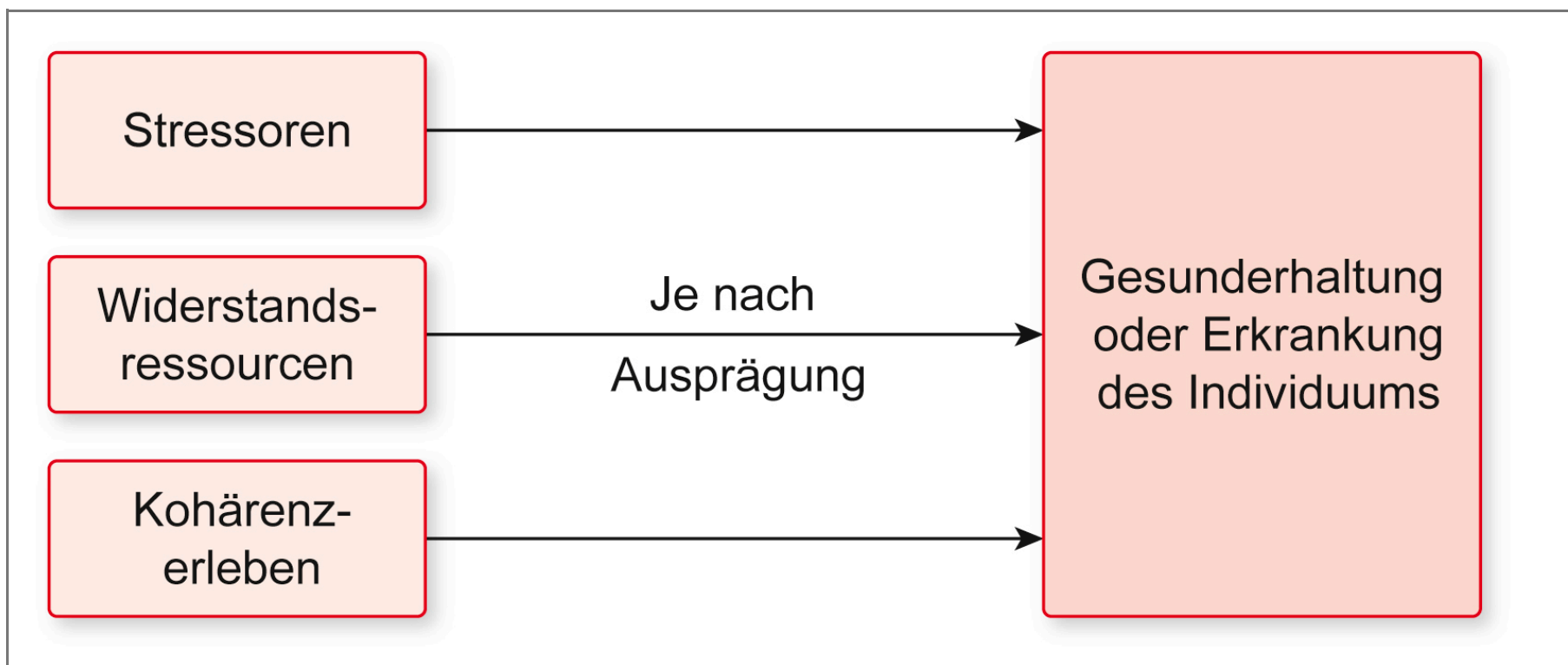
- Mit **Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)** ist gemeint, dass das Engagement zur Lösung von Schwierigkeiten grundsätzlich sinnvoll und angebracht ist, d. h., dass es sich lohnt, Herausforderungen konstruktiv zu begegnen.

Merke

Bei einem ausgeprägten Kohärenzerleben erscheint die Welt im Wesentlichen als in sich stimmig bzw. verstehbar, handhabbar und sinnhaft.

Ob jemand gesund bleibt oder nicht, hängt also nicht nur davon ab, welchen Stressoren jemand ausgesetzt ist. Vielmehr spielen auch die Ausprägung der individuellen Widerstandsressourcen sowie das Kohärenzerleben eine große Rolle ([Abb. 8.8](#)).

Das Salutogenesekonzept nach Antonovsky (vereinfacht dargestellt) [L143]



8.4.3 Subjektive Krankheitstheorie

Davon, was zur Gesundheit gehört und was eine Krankheit ausmacht, hat jeder Mensch bestimmte Vorstellungen. Diese Vorstellungen werden auch als **subjektive**

Krankheitstheorien bezeichnet. Sie bestimmen in hohem Maß, wie sich ein Mensch verhält,

wenn er sich krank fühlt, verletzt ist oder behandelt werden muss. Subjektive Krankheitstheorien beziehen sich auf:

- Anzeichen und Symptome, Schmerzen
- Ursachen (tatsächliche, vermutete)
- Folgen (tatsächliche, befürchtete)
- Heilungsaussichten, -möglichkeiten
- Verantwortung für die Behandlung

Sie sind jedoch bei jedem Menschen (und auch bei verschiedenen Krankheiten bzw. zu verschiedenen Zeiten) unterschiedlich. Frühere Erfahrungen, aktuelle Bedürfnisse und Erwartungen an andere Menschen und bezüglich der Zukunft spielen dabei eine große Rolle. Auch die Einstellung zum eigenen Körper, Gedanken, wer für die Behandlung verantwortlich ist, sowie verschiedene Abwehrmechanismen (z. B. Verdrängung, Verleugnung) bestimmen die subjektiven Krankheitstheorien. Das allgemeine Wissen (Bildung, Medien, Internet) sowie kulturelle Traditionen sind für Patienten und Angehörige oft ebenso wichtig wie fachliche Informationen von Ärzten, Pflegepersonen, Diätologen, Psychologen und anderen. Auch sozialer Druck in der Familie („*Das hilft dir*“) oder am Arbeitsplatz („*Bleiben Sie nicht zu lange krank*“) spielt oft eine Rolle. Patienten orientieren ihr Verhalten immer an der eigenen subjektiven Krankheitstheorie – unabhängig davon, ob die zugrunde liegenden Gedanken und Vermutungen sachlich begründet sind oder nicht.

Praxistipp

Manchmal haben Patienten auch subjektive Theorien zu ihrer gesundheitlichen Situation, die im krassen Widerspruch zu medizinischen oder allgemein wissenschaftlichen Erkenntnissen stehen. Wenn ein Notfallsanitäter so etwas bemerkt (z. B. während eines Gesprächs auf der Fahrt ins Krankenhaus), sollte er dies dem behandelten Arzt weitermelden. Unzutreffende Überzeugungen können der weiteren Behandlung und Krankheitsbewältigung im Weg stehen und sollten deshalb ernst genommen und professionell thematisiert werden.

In diesem Zusammenhang sind auch die Begriffe **„Befund“** und **„Befinden“** klar voneinander abzugrenzen (Tab. 8.3).

Befund und Befinden (nach Naidoo und Wills 2003)

Tab. 8.3

Fühlt sich hat eine Krankheit	... hat keine Krankheit
Krank	Person fühlt sich krank und hat eine Erkrankung	Person fühlt sich krank und hat keine Krankheit (führt rasch zur Etikettierung als „Simulant“)
Gesund	Person fühlt sich gesund und hat eine Krankheit (z. B. bei Vorsorgeuntersuchung entdeckt, noch keine erlebbaren Auswirkungen auf das Alltagsleben)	Person fühlt sich gesund und hat keine Krankheit (Person ist gesund)

- Jemand, der noch keine entdeckten oder entdeckbaren Symptome einer Erkrankung aufweist, hat aktuell zwar keinen (Krankheits-)Befund, d. h. keine objektive Diagnose, und möglicherweise auch ein gutes Befinden. Der betreffende Mensch fühlt sich durchaus gesund. Tatsächlich ist er aber nicht gesund. Auch ein Mensch, bei dem eine Erkrankung bereits diagnostiziert worden ist, kann sich völlig gesund fühlen, ohne es (rein medizinisch betrachtet) zu sein.
- Jemand, der keinerlei objektivierbaren Hinweise auf eine Erkrankung aufweist, fühlt sich womöglich trotzdem krank. Personen mit diesem Empfinden werden oftmals als „Simulanten“ betrachtet. Im Sinne der WHO-Definition wird ihnen auf diese Weise allerdings unrecht getan.

Praxistipp

Generell ist es wichtig, die Sichtweise des Patienten, seine Annahmen, Meinungen und Einstellungen zu Krankheit, Befund und Befinden zu kennen. Auch Notfallsanitäter können gezielt darauf eingehen und sie nutzen, etwa bei Kriseninterventionsgesprächen,

bei der Beratung von Patienten und Angehörigen (Kap. 10) oder unmittelbar in einem Einsatzgeschehen, z. B. bei der Information und Aufklärung über durchzuführende Maßnahmen. Die Mitarbeit von Patienten bei der rettungsdienstlichen Versorgung (**Compliance**) kann dadurch wesentlich gefördert und verbessert werden.

8.4.4 Gesundheits- und Krankheitsverhalten

Gesundheitsverhalten umfasst alle Handlungen einer Person, die zur Erhaltung der Gesundheit beitragen. Zum **Krankheitsverhalten** zählen alle Handlungen, die ein Mensch in Bezug auf eine (reale oder vermeintliche) Krankheit oder Störung unternimmt bzw. unterlässt (z. B. Befolgen ärztlicher Empfehlungen, Umgang mit einer Wunde, Aufsuchen geeigneter Hilfe, Kooperation mit dem Rettungsdienst, Einbindung der Angehörigen etc.). Das Gesundheits- und das Krankheitsverhalten orientieren sich vor allem an der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten; aber auch Vorbilder und spezielle (oft negative) Vorerfahrungen können eine Rolle spielen. Daneben wirken folgende weitere Faktoren:

Subjektiver Krankheitsgewinn

Krankheiten und Verletzungen bringen nicht nur Schmerzen und Einschränkungen, sondern oft auch gewisse **Freiheiten und Erleichterungen** mit sich.

Merke

Wenn dieser subjektive Krankheitsgewinn die Belastungen überwiegt, hat ein Patient wenig bis keine Motivation, wieder gesund zu werden bzw. mit den Helfern zu kooperieren.

Für eine sinnvolle Behandlung ist es daher wichtig, dass die angenehmen Seiten des Krankseins für den Patienten langfristig auch ohne Krankheit erreichbar sind.

Dauer der Erkrankung

Wenn eine Krankheit oder Behandlung mehrere Monate oder gar Jahre dauert, bestimmen die Gefühle, Einstellungen und psychosozialen Belastungen des Patienten immer stärker sein **Krankheitsverhalten**. Er wägt, ob bewusst oder unbewusst, den Aufwand der Behandlung gegen den Nutzen ab, den die Behandlung mit sich bringt.

Merke

Nur wenn dieser Nutzen (Genesung, Symptomlinderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität) den Aufwand übersteigt, ist ein Patient längerfristig bereit, die Belastungen der Behandlung auf sich zu nehmen und mit Ärzten, Krankenhauspersonal, Therapeuten etc. zu kooperieren.

Erziehung und Bildung

Wie Menschen auf ihren Körper und ihre Gesundheit achten, mögliche Symptome registrieren und sich an geeignete Fachkräfte (Ärzte, Therapeuten) wenden, hängt auch von ihrem Bildungsgrad ab. Menschen mit hoher Bildung sind beruflich oft geringeren körperlichen Belastungen ausgesetzt und haben mehr Möglichkeiten, ihren Alltag aktiv zu gestalten. Insgesamt leben sie länger als Menschen mit geringer Bildung. Bei diesen treten gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen und damit Unfälle und chronische Krankheiten häufiger auf (z. B. Diabetes, Übergewicht, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall), ebenso wie psychische Störungen (z. B. Depression, Angststörungen). Geringe Bildung geht oft einher mit geringerem Interesse für gesundheitsbezogene Fragen und wenig fundiertem Wissen (oberflächliche Informationen in Zeitschriften, Boulevardsendungen, Internet).

Merke

Insgesamt sind Menschen mit geringer Bildung oft nur mangelhaft über Entstehung und Folgen einer Krankheit sowie über sinnvolles Krankheitsverhalten informiert.

Schon die **Art und Weise der Erziehung** wirkt sich in diesem Zusammenhang deutlich aus. So sind Kinder aus sozioökonomisch niedrigen Schichten nicht nur generell benachteiligt, was ihre Bildungschancen angeht. Insbesondere gesundheitsbezogene Informationen und Kompetenzen werden ihnen meist nur in einem sehr geringen Umfang vermittelt. Umgekehrt lässt sich in Untersuchungen nachweisen, dass Kinder, bei denen zumindest ein Elternteil einem Gesundheitsfachberuf angehört, über ein deutlich umfangreicheres gesundheitsbezogenes Wissen verfügen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Eltern auch zu Hause über ihren Beruf sprechen und schon allein dadurch einen Beitrag zur Gesundheitserziehung leisten.

Letztlich ist entscheidend, was Kinder über ihren Körper sowie die Entstehung von Gesundheit und Krankheit wissen und was sie gelernt haben, um sich gesund zu verhalten. Außerdem spielt eine Rolle, welche konkreten **Bewältigungsstrategien** Kindern für Krankheitsfälle und Verletzungsstände vermittelt worden sind. Einige Kinder haben z. B. gelernt, Erste Hilfe zu leisten, oder sie wissen, dass man in einem Notfall den Rettungsdienst alarmieren muss. Andere Kinder, die keine entsprechende Erziehung erhalten haben, fühlen sich in Notfällen, aber auch bei Krankheiten und Verletzungen generell eher hilflos und ohnmächtig.

Finanzielle Situation

Menschen, die an oder unter der Armutsgrenze leben, leiden häufiger an chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen. Das hängt mit den **Wohnverhältnissen** zusammen (überdurchschnittlich oft Schimmel, schlechte Heizung), mit einer **belasteten Lebensumgebung** (Lärm, Luftverschmutzung) und **mangelhafter oder einseitiger Ernährung** (fett, süß, vitaminarm). Am Arbeitsplatz sind Geringverdienende häufig starken **physischen und psychischen Belastungen** ausgesetzt (schwere körperliche Arbeit, Lärm, Zeitdruck, Monotonie). Aus verschiedenen Gründen – beispielsweise fehlenden beruflichen Alternativen und Aufstiegschancen – gestaltet sich ein wünschenswerter Arbeitsplatzwechsel für sie jedoch besonders schwierig. Je geringer das Einkommen, desto schlechter ist außerdem das

Gesundheitsverhalten (häufigerer Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht, Bewegungsmangel).

Merke

Armutgefährdete Menschen nehmen seltener geeignete Versorgungsangebote in Anspruch als Menschen mit hohem Einkommen. Es fehlt ihnen oft an Zeit und Geld dafür.

Private Lebensform

Stabile Beziehungen innerhalb der Familie und im Freundeskreis wirken sich **positiv** auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten aus. Wer nicht allein, sondern mit mindestens einem anderen Menschen zusammenlebt, wird bei körperlichen Problemen eher unterstützt, gepflegt und im Alltag entlastet bzw. zu einer geeigneten Versorgungsstelle gebracht. Verheiratete Männer haben eine höhere Lebenserwartung und leiden seltener an körperlichen Krankheiten und psychischen Störungen als ledige. Alleinerziehende Mütter sind gesundheitlich überdurchschnittlich stark belastet, ebenso pflegende Angehörige. Ihnen fehlen oft Zeit und Gelegenheit, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern.

Kulturelle Prägung

In Deutschland haben rund 16,5 Millionen Menschen (20,5 % der Bevölkerung) einen sog. Migrationshintergrund (Zuwanderer seit 1950 und deren Nachkommen sowie ausländische Bevölkerung). Die jeweiligen **kulturellen Prägungen** wirken sich auch auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten aus, insbesondere was den Umgang mit Schmerzen und Scham, den Ausdruck von Beschwerden (weinen, jammern, schweigen, aushalten) und das Auftreten gegenüber Gesundheitspersonal und Einsatzkräften betrifft. Die Kommunikation kann durch sprachliche Barrieren erheblich erschwert sein. Die Rollenaufteilung innerhalb der Familie (Mann

und Frau, Söhne und Töchter) ist bei Migranten oft ebenso vielfältig wie das Verhältnis zu den allgemeinen Werten einer westlichen säkularen Gesellschaft.

Achtung

Religiöse Vorschriften, die in der Behandlung von Patienten eine Rolle spielen können, müssen auf jeden Fall berücksichtigt werden (Kap. 9.3).

Gesundheitssystem

Die **Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems** als Ganzes beeinflussen das Krankheitsverhalten jedes Einzelnen. Wenn Versicherungen eine medizinische Leistung bezahlen, wird sie auch in Anspruch genommen. Mangelnde fachärztliche Versorgung vor allem an Abenden und Wochenenden führt oft zu einer starken Beanspruchung der vorhandenen Krankenhausambulanzen. Krankenkassen versuchen durch verschiedene Maßnahmen (z. B. Selbstbehalte, Leistungsbegrenzung) das Krankheitsverhalten der Patienten zu steuern und die allgemeine Kostensteigerung im Gesundheitssystem zu begrenzen. Allerdings werden dadurch manche Krankheiten zu spät diagnostiziert oder nur unzureichend behandelt (z. B. psychische Störungen). Nach wie vor ist das Gesundheitssystem stark auf die Behandlung bereits aufgetretener Krankheiten ausgerichtet (**„Reparaturmedizin“**).

Merke

Eine wesentliche Aufgabe der kommenden Jahrzehnte ist der **Ausbau der Prävention**, d. h. von attraktiven Vorsorgeprogrammen und von Anreizsystemen, die zu einem gesünderen Lebensstil und dadurch auch zur Krankheits- und Unfallvermeidung beitragen sollen.

8.5 Gesellschaft

Der Rettungsdienst als Gesamtsystem, jede einzelne Rettungsdienstorganisation und nicht zuletzt natürlich auch das unmittelbare rettungsdienstliche Handeln sind immer eingebunden in einen **gesellschaftlichen Kontext**. Deshalb ist in der Ausbildung zum Notfallsanitäter eine Auseinandersetzung mit soziologischen Grundbegriffen angebracht.

8.5.1 Gesellschaftsmerkmale

Gesellschaft ist der Zusammenschluss von (vielen) Menschen, die durch verschiedenste soziale Beziehungen miteinander verbunden sind. Eine Gesellschaft grenzt sich von anderen ab in Bezug auf

- **gemeinsame Identität**, definiert über gemeinsame Geschichte, Werte, Traditionen und Symbole, durch die man sich von anderen unterscheidet.
- **politische Organisation** mit einer gemeinsamen Verwaltung, z. B. als Nationalstaat, Bundesland, Region, Gemeinde.
- **Kommunikation**, durch die Menschen innerhalb der Gemeinschaft einfach miteinander in Kontakt treten bzw. über Medien (Fernsehen, Radio, Zeitungen, Internet) als Gruppe angesprochen werden können.

Eine Gesellschaft ist allerdings **kein homogenes Gebilde**, sondern besteht aus vielen Untergruppen, Bereichen und Milieus. Dazu zählen u. a. Wirtschaft, Politik, Gesundheitssystem, Bildung, Recht, Medien, Sport, Wissenschaft, Kunst, Kultur und Religion.

8.5.2 Normen und Werte

In jeder Gruppe oder Gesellschaft gelten bestimmte **Verhaltensregeln** und **Wertvorstellungen**, die für alle Mitglieder verbindlich sind und deren Einhaltung kontrolliert wird. Dies können allgemeine Gebote sein (z. B. „*Du sollst nicht töten.*“), Gesetze und Vorschriften sowie Normen und Werte des sozialen Zusammenlebens (z. B. Regeln der Höflichkeit, ein wertschätzender, respektvoller Umgang miteinander, Gewaltverzicht). In verschiedenen Gruppen, Berufen oder Milieus können einzelne Werte besonders betont werden.

Wichtige Werte, die von (fast) allen Notfallsanitätern geteilt werden, sind z. B. das menschliche Leben an sich sowie Sicherheit und Geborgenheit, aber auch Schnelligkeit (nach einer Alarmierung), Zuverlässigkeit, hohe fachliche Kompetenz, Kameradschaftlichkeit bzw. Kollegialität, Verschwiegenheit und Vertraulichkeit.

Soziale Normen legen fest, wie sich Menschen in bestimmten Situationen verhalten sollen. Das Leben innerhalb der Gesellschaft wird dadurch planbar und sicherer. Manche dieser Regeln sind so selbstverständlich, dass sie nicht schriftlich fixiert werden müssen, um Gültigkeit zu erhalten, z. B. jemandem aufhelfen, der gestürzt ist. Andere Regeln sind dagegen in Form von Gesetzen, Verordnungen und Regelwerken schriftlich festgelegt. Die meisten sozialen Normen werden ohne Nachdenken einfach eingehalten. Bei Verstößen muss man mit Sanktionen rechnen; diese reichen von Missbilligung über Kritik bis zu medizinischen Maßnahmen (z. B. bei psychiatrischen Krankheiten) und dem Einschreiten der Polizei (bei Straftaten).

Achtung

Die Regeln und Normen des Zusammenlebens können kulturell sehr unterschiedlich sein. Was in der einen Gesellschaft als richtiges oder zumindest akzeptables Verhalten angesehen wird (z. B. Ausdruck von Schmerz, Umgang mit Trauer), kann in einer anderen als unpassend oder gar abstoßend gelten. Ferner unterliegen Normen auch einem zeitlichen Wandel. Viele Regeln und Ansichten, die Anfang oder Mitte des 20. Jahrhunderts normal und allgemein akzeptiert waren, gelten inzwischen als altmodisch, überholt oder gefährlich.

Gesellschaftlich vermittelte Normen und Werte haben große Auswirkungen auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der einzelnen Menschen. Sie beeinflussen auch die **Organisation des Gesundheitssystems** als Ganzes:

- Eine gesunde Lebensweise (Ernährung, Bewegung, Erholung) ist in den letzten Jahrzehnten für immer mehr Menschen wichtig geworden.
- Gesundheitliche Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht) werden zunehmend kritischer gesehen.
- Der hohe gesellschaftliche Stellenwert von Arbeit und Leistungsorientierung steht oft im Widerspruch zu angemessenem Krankheitsverhalten („*Die Arbeit darf nicht liegen bleiben.*“).
- Spezielle Rollenverpflichtungen gehen oft vor der Sorge um die eigene Gesundheit („*Ich kann jetzt nicht auf Kur gehen, meine Kinder brauchen mich.*“).
- Neben der Solidarität (hohe Qualität des Gesundheitswesens für alle) wird die Eigenverantwortung der Patienten zunehmend stärker betont.
- Kranken- und Unfallversicherungen fördern vermehrt Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen.

8.5.3 Sozialisation

Sozialisation ist die **Vermittlung und Übernahme gesellschaftlicher Normen, Werte und Rollen**. Durch aktive Auseinandersetzung mit seiner sozialen Umgebung wachsen Menschen in die Gesellschaft hinein und werden nach und nach zu Mitgliedern der Gesellschaft. Man unterscheidet primäre, sekundäre und tertiäre Sozialisation.

- **Primäre Sozialisation** erfolgt durch Eltern und Familie. Das Kind lernt die grundlegenden Regeln und Muster des sozialen Verhaltens, Umgangsformen sowie in der Familie wichtige Werte. Dadurch wird sowohl die Persönlichkeitsentwicklung als auch die gesellschaftliche Überlebensfähigkeit gefördert.
- **Sekundäre Sozialisation** durch Kindergarten, Schule, Gleichaltrige und Medien bezieht sich auf soziale Kompetenzen und rollenspezifisches Verhalten. Gesellschaftliche Regeln werden gefestigt, teilweise auch erweitert und hinterfragt (z. B. nicht alles, was die Eltern sagen, ist richtig). Die sekundäre Sozialisation bereitet auf die Rollenübernahme in Familie, Beruf und Gesellschaft vor.
- **Tertiäre Sozialisation** im Berufs- und Arbeitsleben erfolgt durch die spezifischen Aufgaben und Werte des Berufs und die damit verbundenen Anforderungen und Möglichkeiten (z. B. Wertewandel weg von der Freizeitorientierung hin zu Leistungs- und Karriereorientierung). In diesen Bereich gehört außerdem die Sozialisation im Hinblick auf verhaltenstypische

Charakteristika eines Berufsstandes.

Insbesondere auf Rettungswachen gibt es eine Vielzahl von Gepflogenheiten, Ritualen, Sitten und Gebräuchen, auf deren Einhaltung meist großer Wert gelegt wird. Beispielhaft und ohne eine Wertung kann hier aufgelistet werden:

- Das weitverbreitete Kuchenbacken nach Einsätzen, bei denen jemand verstorben ist
- Das oftmals übliche Erzählen heldenhafter Einsatzgeschichten
- Die Einhaltung bestimmter Ernährungstraditionen („Mettwoch“ und „Dönerstag“)
- Die routinierte Verwendung „interner“ Redewendungen, insbesondere auch Abkürzungen wie „PKlemm“ (Person eingeklemmt) „Hilope“ (hilflose Person) oder „Koplawu“ (Person mit Kopfplatzwunde)
- Ein bestimmter (schwarzer) Humor, d. h., gerade über besonders schreckliche Situationen wird in einer besonderen Art und Weise geschmunzelt und gelacht

Praxistipp

Reflexionsaufgabe: Überlegen Sie in einem ruhigen Moment, wann bzw. wo und durch wen Sie selbst etwas gelernt haben. Denken Sie darüber nach, wessen Ansichten, Haltungen, Werte und Normen Ihnen auch selbst wichtig geworden sind. Und überlegen Sie, auf wessen Meinung Sie besonderen Wert legen. Warum ist das so?

Letztlich hat (gelingende) Sozialisation immer auch damit zu tun, dass jeder einzelne Mensch gern Teil einer Gemeinschaft sein, d. h. „dazugehören“ möchte. Aus diesem Grund wird man nicht nur fremdbestimmt dazu gebracht, sich anzupassen – man passt sich i. d. R. auch selbst an, weil man sonst isoliert wäre und dies als unangenehm empfindet.

Merke

Zwar kann jedes Individuum in einem gewissen Ausmaß immer auch Einfluss auf die

Gesellschaft bzw. eine Gruppe nehmen. Wer als neu eingestellter Notfallsanitäter in seinem Kollegenkreis auf der Rettungswache integriert werden möchte, muss sich jedoch in vielerlei Hinsicht einfügen und anpassen.

Die Wechselwirkung aus der Einflussnahme auf Gruppe und der individuellen Anpassung ergibt sich aus **sozialen Interaktionen**.

Soziale Interaktion

In vielen Situationen orientieren wir uns daran, was andere Menschen (z. B. Patienten) denken, brauchen oder wollen, und stellen unser Verhalten auf das anderer Menschen (z. B. von Kollegen) ein. Auch das Handeln eines Notfallsanitäters basiert permanent auf **sozialen Interaktionen**.

Man unterscheidet

- **formelle Interaktion**, die in einem bestimmten Rahmen und nach festgelegten Regeln erfolgt (z. B. ärztliche Untersuchung, bei einer Prüfung), und
- **informelle Interaktion** in Situationen, die nicht näher geregelt sind (z. B. Begegnung von Freunden auf der Straße).

Soziale Interaktion bedeutet allerdings nicht unbedingt persönliche Begegnung. Menschen können auch im Internet, per E-Mail, Telefon oder Funk miteinander interagieren. Andererseits verweigern manche Menschen die Interaktion mit anderen anwesenden Personen.

8.5.4 Rollen

Jeder Mensch hat eine bestimmte Stellung in den verschiedenen Gruppen und sozialen Beziehungen, deren Teil er ist ([Abb. 8.9](#)). Die verschiedenen Haupt- und Nebenrollen sind mit unterschiedlichen Erwartungen und Normen verknüpft. Eine **soziale Rolle** wird definiert durch:

Jeder Mensch hat mehrere Rollen. [P094/L231]



- Erwartungen an die Person (was man tun soll)
- Möglichkeiten in dieser Rolle (Spielraum, Macht – was man tun darf)
- Ziele, die sich aus der Rolle ergeben (was man tun will)

Jeder Mensch hat mehrere Rollen inne, je nach Gruppe und sozialer Umgebung: als Erwachsener, als Vater bzw. Mutter, als Kollege, als Freund, als Patient, Notfallsanitäter usw. Dabei besagt die

Theorie des **symbolischen Interaktionismus** nach George Herbert Mead, dass man sich i. d. R. sicherlich so verhält und seine Rollen so gestaltet, wie es von einem erwartet wird (**Role Taking**) – dass man in einem bestimmten Rahmen aber auch Rollen selbst interpretieren und ausgestalten kann (**Role Making**). Bestimmte Rolleninterpretationen werden dann von der Umgebung akzeptiert und gelten demnach als „erlaubt“, andere nicht. Insofern ist die individuelle Ausgestaltung einer Rolle immer auch eine Gratwanderung.

Rollenkonflikte

In bestimmten Fällen treten Rollenkonflikte auf. Man unterscheidet dabei zwei Arten:

- Ein **Interrollenkonflikt** entsteht durch verschiedene Rollen, die eine Person innehat und die manchmal kaum miteinander vereinbar sind. Bei Patienten entsteht oft ein Konflikt zwischen den bisherigen Rollen in Beruf und Privatleben mit der Rolle als Kranker. Notfallsanitäter erleben manchmal einen Konflikt zwischen Berufs- und Elternrolle (z. B. im Zusammenhang mit Wochenend- und Nachtdiensten). Starke Konfliktbelastung kann dazu führen, dass eine Rolle überhaupt abgelehnt wird.

Fallbeispiel

Ein Notfallsanitäter wird zu seiner eigenen Wohnung gerufen. Aus der Meldung geht hervor, dass sein eigener Sohn eine Treppe hinuntergestürzt und offenbar schwer verletzt ist. Gelingt es dem Notfallsanitäter, seine Rolle als Rettungsfachkraft auszuüben – oder steht die Betroffenheit des Vaters im Vordergrund? Ähnliche Rollenkonflikte ergeben sich, wenn ein Notfallsanitäter am Einsatzort mit anderen Angehörigen, Freunden oder Bekannten konfrontiert wird.

- Beim **Intrarollenkonflikt** bestehen verschiedene, unvereinbare Erwartungen an dieselbe Rolle. Aus der Sicht von Patienten sollen Notfallsanitäter z. B. v. a. **geduldig** sein und stets freundlich auf deren Bedürfnisse eingehen. Die direkten Vorgesetzten oder auch

Leitstellendisponenten erwarten möglicherweise eine v. a. **rasche** Aufgabenerledigung, und aus der Sicht des Arbeitgebers geht es u. U. vorrangig um die **Wirtschaftlichkeit** der Arbeitsweise. In solchen Fällen nicht allen Erwartungen gleichermaßen gerecht werden zu können, kann außerordentlich stark belasten.

Konflikt durch die Übernahme der Krankenrolle

Wenn ein Mensch krank ist oder verletzt wird, kann er nicht mehr ohne Weiteres alle Aufgaben erfüllen, die sich ihm im Alltag, in der Familie und im Beruf stellen. Es verändert sich das Verhältnis zu den Mitmenschen.

Merke

Als krank gilt ein Mensch, wenn er an definierten Symptomen oder Krankheiten leidet. Zum Patienten wird ein Mensch, wenn er behandelt wird. Nicht alle Kranken werden tatsächlich behandelt. Nicht alle Patienten sind tatsächlich krank.

Patient zu sein ist immer mit einem Rollenwechsel verbunden. Die Rolle des Gesunden soll abgelegt und die Rolle des Kranken bzw. Patienten übernommen werden. Das geschieht jedoch nicht immer freiwillig. Manche Menschen sträuben sich dagegen („*Wie redest du mit mir, ich bin doch nicht krank!*“), manchen wird die neue Rolle auch zugeschrieben („*Ich hole jetzt den Arzt – keine Widerrede!*“). In die Rolle des Hilfsbedürftigen und Kranken gerät man entweder plötzlich (z. B. durch einen Unfall) oder man gewöhnt sich schrittweise an sie (z. B. bei einer chronischen Erkrankung). Folgende **Merkmale** sind für die Krankenrolle prägend:

- **Befreiung von alltäglichen Verpflichtungen:** Wer krank ist, wird üblicherweise geschont. Die Befreiung von alltäglichen Verpflichtungen beinhaltet, dass man Termine absagen und Haushaltsfragen abgeben kann, nicht zur Arbeit oder in die Schule gehen muss. Das wird von vielen Kranken als Entlastung erlebt. Es ist dem Patienten erlaubt, sich ganz auf sich selbst und den eigenen Körper zu konzentrieren. Zugleich wird ihm die Verantwortung für die Behandlung weitgehend abgenommen (die Entscheidung, welche Behandlung wann und in

welcher Form durchgeführt wird). Er darf Gefühle äußern, die er sonst eher zurückhalten würde (Unsicherheit, Traurigkeit, Angst) und darf sich verwöhnen lassen. Auf der anderen Seite entsteht ein sozialer Druck, dass sich der Kranke selbst schont. Die alltäglichen Rollenverpflichtungen aufzugeben, fällt vielen Menschen jedoch schwer.

- **Abgabe der Verantwortung:** Wenn ein Patient keinen oder wenig Einfluss auf die Entstehung einer Krankheit oder eines Unfalls hat, wird er für die Folgen nicht oder nur eingeschränkt verantwortlich gemacht. Dies trifft jedoch bei den verschiedenen Krankheiten und Störungen in unterschiedlichem Maß zu. Bei vielen Akutkrankheiten (z. B. Infektionen, Unfällen) spielt das Risikoverhalten des Einzelnen eine gewisse Rolle. Bei den sog. Konsumkrankheiten (z. B. Alkoholismus, Lungenkrebs nach Rauchen) wird der Betroffene mehr für die Entstehung mitverantwortlich gemacht. Auch was den Verlauf der Krankheit und die Genesung betrifft, rücken der Beitrag des Patienten und damit seine Mitverantwortung immer mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit.
- **Verpflichtung, wieder gesund werden zu wollen:** Die Freiheiten, die man einem kranken Menschen gemeinhin zugesteht, sind auf der anderen Seite mit Pflichten verbunden. Der Patient soll selbst zur Überwindung der Krankheit beitragen, zumindest aber wieder gesund werden wollen. Bei akuten Krankheiten, deren Ende absehbar ist (z. B. Grippe, Leistenbruch), ist diese Forderung leichter zu erfüllen als bei chronischen Krankheiten und Invalidisierung (z. B. nach einem Schlaganfall). Hier wird zumeist erwartet, dass der Betroffene den Willen und die Motivation zur bestmöglichen Rehabilitation aufbringt. Manche Patienten müssen allerdings erst überzeugt werden, dass es besser ist, gesund zu werden, als krank zu bleiben. Patienten, die scheinbar nicht gesund werden wollen, haben oft mit schweren sozialen Folgen zu rechnen. Nicht selten werden sie als Faulenzer, Simulanten oder Schmarotzer bezeichnet, die sich auf Kosten der Mitmenschen oder des Sozialsystems persönliche Vorteile herauschlagen.
- **Fachkundige Hilfe in Anspruch nehmen und mit den Helfern kooperieren:** Nach wie vor wird von einem Patienten erwartet, dass er sich um geeignete Hilfe bemüht und diese auch annimmt. Er soll sich im Notfall dem Wissen und Können der Ärzte oder Notfallsanitäter unterordnen und mit ihnen kooperieren. Damit ist auch die Forderung verknüpft, die Einschränkungen zu akzeptieren, die Transport und Behandlung mit sich bringen (Schmerzen, unbequeme Position, Wartezeit). Die meisten Patienten stellen sich darauf ein und akzeptieren das, manche reagieren jedoch auf diese Beschränkung der subjektiven Freiheit mit Widerstand

und Ärger. Unkooperative oder gar aggressive Patienten sind für Ärzte und Notfallsanitäter oft eine große Herausforderung. Sie verletzen scheinbar die Grundregel des Helfens: Dass der eine schwach ist und Hilfe annimmt, während der andere stark ist und Hilfe gibt. Oft ist jedoch, wie gezeigt, die fehlende Kooperation ein Symptom, das ein geschulter Helfer zum Verschwinden bringen kann.

- **Etikettierung:** Kranke werden von ihren Mitmenschen anders behandelt als Gesunde. In welcher Weise das geschieht, hängt von den jeweiligen Umständen, aber auch von der Art der Krankheit bzw. von der Diagnose ab. Jede Diagnose bedeutet auch Etikettierung (**Labeling**). Durch sie wird das Verhalten des Kranken ebenso beeinflusst wie das seiner Umgebung. Besonders deutlich zeigt sich das bei HIV bzw. AIDS. Viele Menschen gehen noch immer auf Distanz, wenn sie erfahren, dass ein Patient HIV-positiv ist, vermeiden körperliche Berührungen und ziehen sich oft ganz von ihm zurück – vor allem dann, wenn sie über die realen Ansteckungsgefahren nicht ausreichend informiert sind.
- Ein weiteres Beispiel ist die Diagnose Schizophrenie. Gefühle und Verhaltensweisen des Betroffenen werden von den Mitmenschen genau beobachtet, und manchmal wird sogar angenommen, dass der Betroffene an seinem Zustand selbst schuld sei. Eine solche soziale Etikettierung wirkt auf den Patienten zurück. Er findet sich oftmals in einer Außenseiterrolle wieder und erlebt vermehrten Stress. Dieser Stress kann wiederum einen neuen Krankheitsschub auslösen, womit sich der Teufelskreis der Etikettierung schließt: Symptome, die zu einer Diagnose geführt haben, werden durch diese Diagnose noch weiter verstärkt.

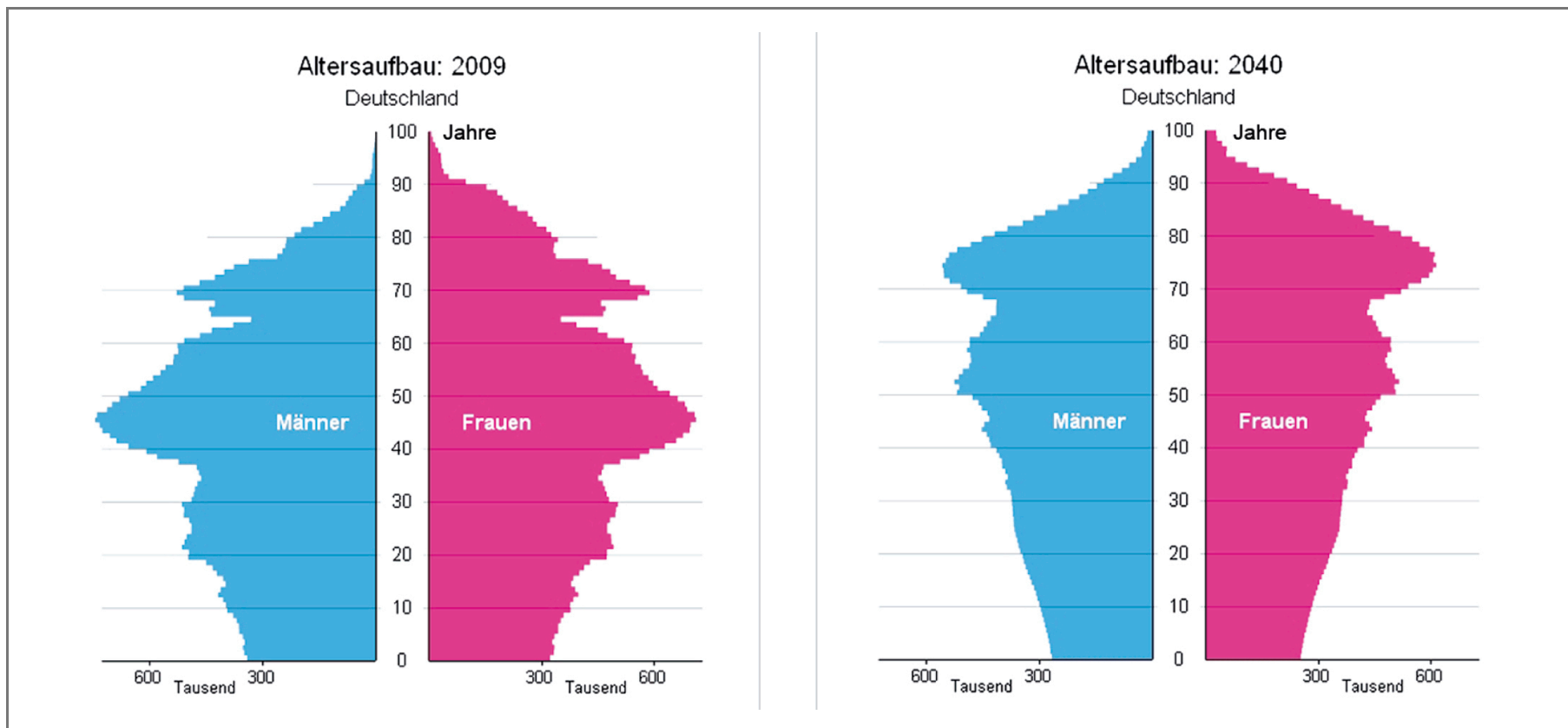
Achtung

Von Patienten wird zumeist stillschweigend erwartet, dass sie diese und weitere Rolleneinschränkungen hinnehmen bzw. bewältigen. Nicht alle sind aber von sich aus dazu in der Lage. Sie brauchen psychosoziale Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Krankheit und der damit verbundenen sozialen Folgen.

8.5.5 Gesellschaftlicher Wandel

In jeder Gesellschaft gibt es z. T. gravierende **soziale Unterschiede**. Diese können sich auf Einkommen und Besitz, Ansehen und Status, Einfluss und Macht, Bildung und Gesundheit sowie Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitswesens beziehen. Zugleich ändert sich gegenwärtig und in den kommenden Jahrzehnten die demografische Struktur der Gesellschaft: Es gibt immer mehr ältere Menschen mit besonderen Bedürfnissen auch in Bezug auf das Gesundheitswesen (Abb. 8.10).

Veränderung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland bis 2040 [W193]



Merke

Immer mehr Menschen leben als Singles und damit ohne enges soziales Netz, das bei Krankheit oder nach einem Unfall Unterstützung bietet. Im Notfall sind sie damit zunehmend auf die Hilfe von Rettungsdiensten angewiesen.

Auch der Druck auf dem Arbeitsmarkt bzw. am Arbeitsplatz nimmt zu, Arbeitgeber verlangen immer stärkere Flexibilität von ihren Mitarbeitern, was sich direkt auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten auswirkt („*Ich kann es mir nicht leisten, krank zu sein.*“).

Für den Rettungsdienst sind diese Prozesse besonders relevant: Die Patienten werden immer älter, der Transport und die Versorgung chronisch Kranker nimmt zu, während die Zahl der

Kindernotfälle zurückgeht; damit wird es zusehends schwieriger, die erforderlichen Handlungsroutinen für bestimmte Patientengruppen zu entwickeln. Immer mehr Einsätze finden im Zusammenhang mit sozialer Not, Verwahrlosung oder gar Verelendung statt.

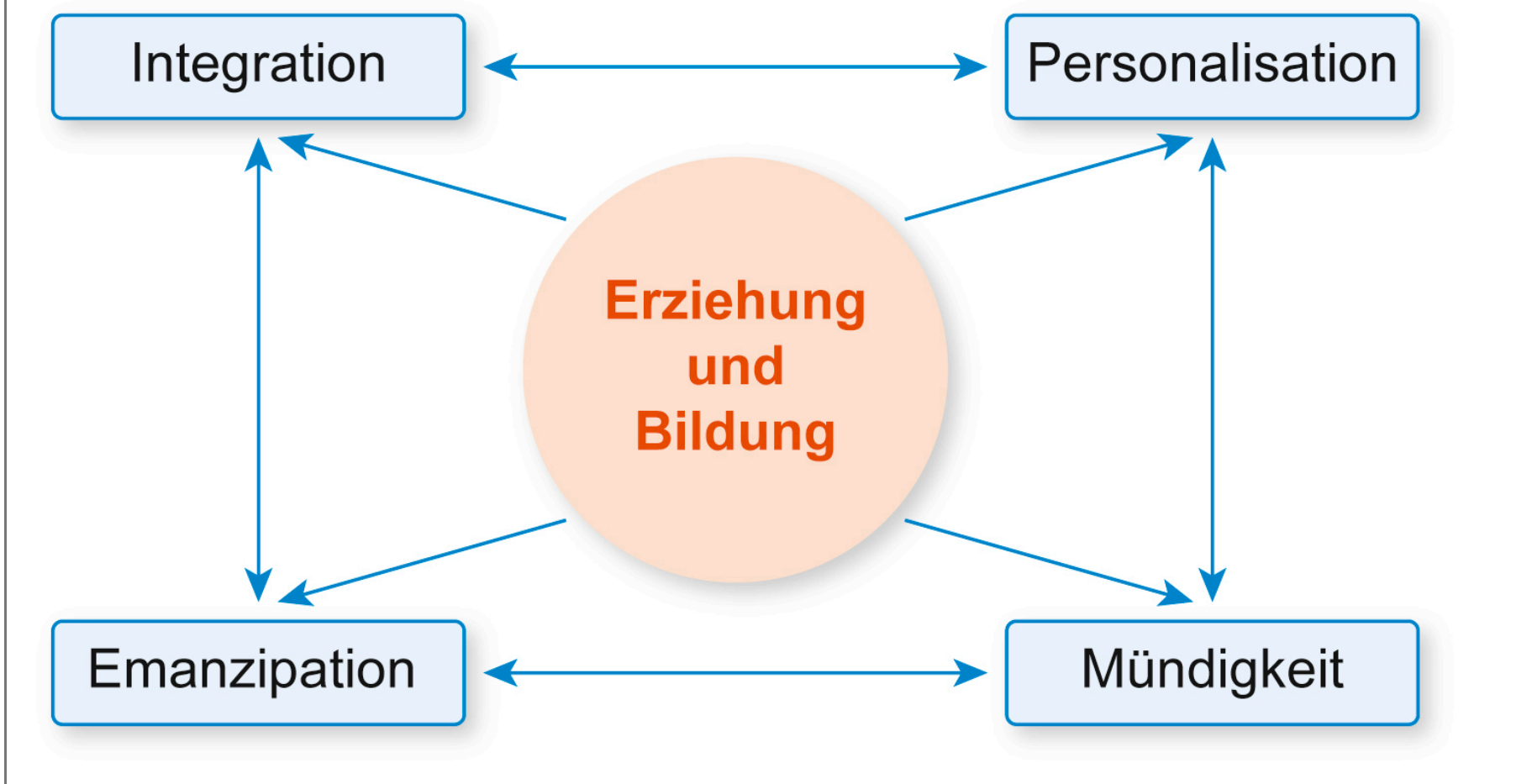
Merke

In gleicher Weise, wie sich die Gesellschaft verändert, wandelt sich auch das rettungsdienstliche Einsatzgeschehen.

8.6 Erziehung und Bildung

Erziehung und Bildung sind eng mit dem Sozialisationsprozess verbunden, aber keineswegs identisch. Erziehung und Bildung zielen zwar auch darauf ab, dass sich ein Mensch in eine bestimmte Gesellschaft integrieren kann. Dafür notwendige Voraussetzungen werden durch Erziehung und Bildung vermittelt. Darüber hinaus sollen Erziehung und Bildung aber auch dazu beitragen, eine individuelle Persönlichkeit zu entfalten, sich zu **emanzipieren** und **mündig** zu werden (Abb. 8.11). Dafür erforderlich sind (nach Klafki) drei fundamental bedeutsame Fähigkeiten:

Die einzelnen Erziehungs- und Bildungsziele sind eng miteinander verbunden. [P094/L231]



- **Fähigkeit zur Selbstbestimmung:** Jeder gebildete Mensch soll über sich selbst und über sein Leben sowie über die in diesem Leben zu treffenden Entscheidungen und einzugehenden Verpflichtungen verfügen bzw. bestimmen können.
- **Fähigkeit zur Mitbestimmung:** Jeder gebildete Mensch soll sich für die gemeinsame Gestaltung der kulturellen, politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse verantwortlich fühlen und entsprechend handeln.
- **Fähigkeit zur Solidarität:** Jeder Mensch soll Selbst- und Mitbestimmung nicht nur für sich selbst fordern, sondern auch dafür eintreten, dass alle anderen Menschen partizipieren können.

8.6.1 Erziehungsstile und Erziehungsmittel

Erziehung ist zunächst fremdbestimmt, d. h. ein Erzieher wirkt von außen auf einen zu erziehenden Menschen („**Edukand**“ von lateinisch „**educandus**“) ein, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Folgende **Erziehungsstile** können dabei (nach Lewin) grundsätzlich unterschieden werden:

- **Autoritär:** Entscheidungen werden (fast) ausschließlich vom Erzieher getroffen und es wird nicht darüber diskutiert. Von Kindern, Jugendlichen und Auszubildenden wird vor allem Gehorsam, Anpassung und Unterordnung eingefordert. Fehlverhalten wird rasch sanktioniert.

- **Demokratisch:** Hier werden Entscheidungen eher im Dialog getroffen und individuelle Absprachen vereinbart. Einem zu erziehenden Menschen ist es bei diesem Erziehungsstil auch gestattet, Kritik zu üben und Entscheidungen eines Erziehers infrage zu stellen.
- **Laissez faire:** Bei diesem Erziehungsstil hält sich der Erzieher mit Vorgaben zurück und gibt keine oder nur wenige Anweisungen. Stattdessen werden Heranwachsenden große Freiräume gegeben, um sich eigenständig zu entwickeln und eigene Erfahrungen zu sammeln.

Diese ursprüngliche Kategorisierung wird seit einigen Jahren aber noch weiter ausdifferenziert, sodass die genannten Erziehungsstile an dieser Stelle nur eine sehr grobe Orientierung bieten sollen (Kap. 13.1).

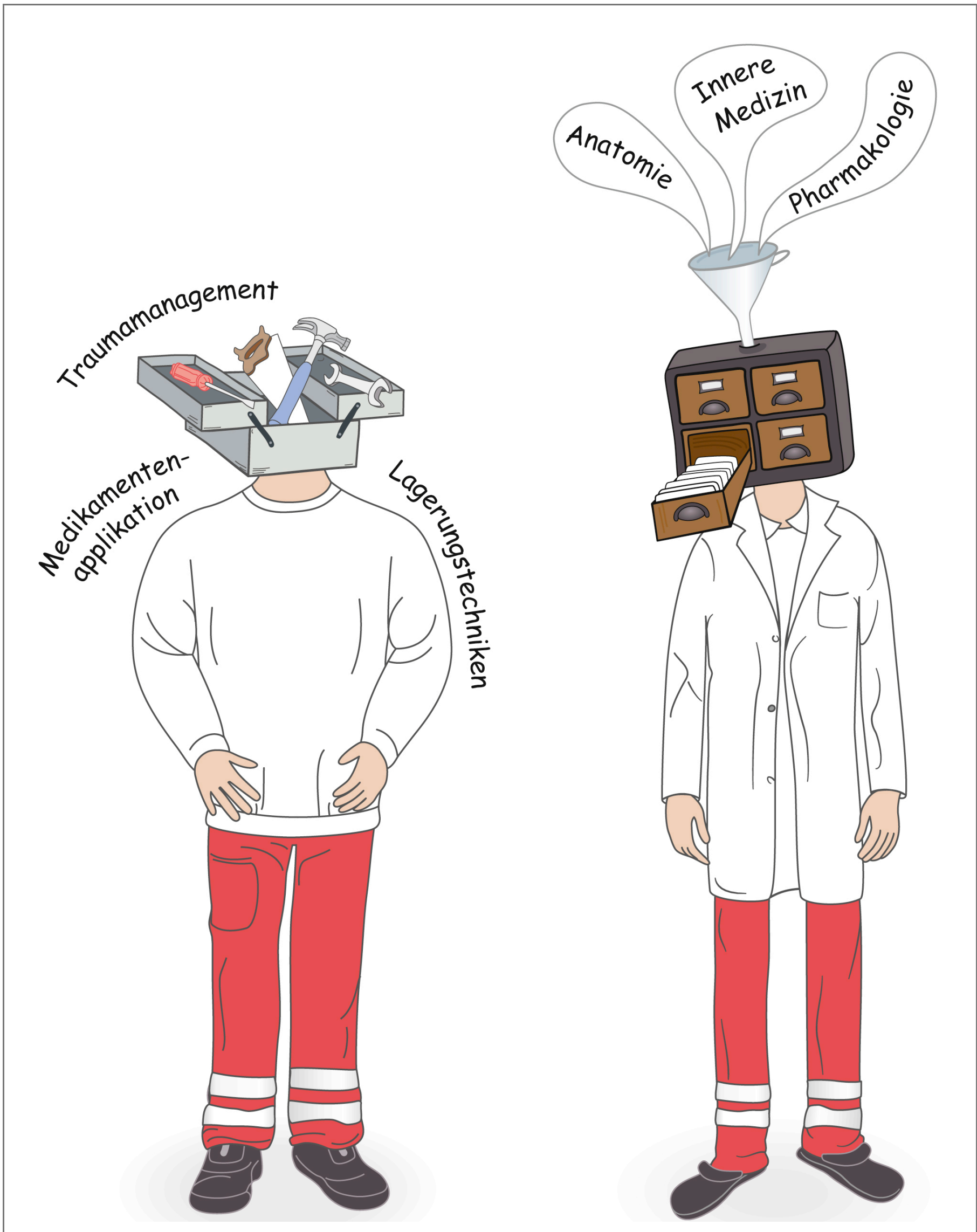
Mögliche **Erziehungsmittel** sind nicht nur Belohnung und Bestrafung bzw. Lob und Tadel, sondern auch Begleitung, Beurteilung, Erinnerung, Ermutigung, Übertragung von Aufgaben, Training und Übung.

Merke

Auch ein Notfallsanitäter muss im Rahmen seiner Arbeit mitunter erzieherisch tätig werden: Sowohl bei Besuchen von Kindergartengruppen auf einer Rettungswache als auch bei der Versorgung verletzter Kinder und Jugendlicher ist in einem gewissen Rahmen z. B. erzieherisches Engagement angebracht.

8.6.2 Bildungsprozesse

In **Bildungsprozessen** wird, anders als im Bereich der Erziehung, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit des zu bildenden Menschen betont, d. h., man **wird erzogen**, aber man **bildet sich**. Dabei kann Bildung in unterschiedlichen Bereichen erfolgen: **Formale Bildung** bezieht sich eher auf die Entwicklung von Fähigkeiten und auf die Anwendung bestimmter Methoden, d. h. auf praktisches Handeln, während **materiale Bildung** insbesondere die Vermittlung von Wissen und Verständnis in den Vordergrund stellt ([Abb. 8.12](#)). Zu beachten ist jedoch:



- Bloßes, rein enzyklopädisches Wissen ohne jeden Anwendungsbezug ist weitgehend nutzlos.

- Praktisches Handeln ohne jedes Verständnis für das, was man tut, ist mitunter sogar gefährlich.

In der Ausbildung zur Notfallsanitäterin und zum Notfallsanitäter findet daher sowohl formale als auch materiale Bildung statt. Grundkenntnisse im Bereich der Bildungstheorie sind für Notfallsanitäter aber nicht nur relevant, um Inhalte und Methoden der eigenen Ausbildung besser verstehen und einordnen zu können.

Merke

Im Rahmen der beruflichen Tätigkeit gestalten auch Notfallsanitäter regelmäßig Bildungsprozesse für andere Menschen mit: Maßnahmen der psychischen Ersten Hilfe für Patienten und Angehörige, insbesondere Informationsvermittlungen und Beratungsprozesse (Kap. 10), haben immer auch einen Bildungsaspekt.

8.6.3 Lernen

Die in den vorangegangenen Kapiteln thematisierten Grundbegriffe Sozialisation, Erziehung und Bildung wären undenkbar, wenn Menschen nicht lernfähig wären. Jeder Mensch lernt sein ganzes Leben lang immer wieder Neues hinzu. Viele dieser Lernvorgänge geschehen bewusst und beabsichtigt (vor allem in der Schule und im Beruf). Der Großteil erfolgt jedoch unbewusst und gleichsam nebenbei, z. B. wenn man jemanden kennenlernt und bald einiges über seine Gewohnheiten weiß oder wenn man lernt, mit schwierigen Situationen umzugehen. Auch in der Ausbildung zum Notfallsanitäter sowie in der späteren Tätigkeit im Rettungsdienst finden permanent Lernprozesse statt.

Merke

Lernen heißt, etwas im Gedächtnis abzuspeichern und es sich zu merken, damit es später, im Zuge des Erinnerns, wieder abgerufen werden kann.

Lernen und Gedächtnis

Früher nahm man an, der Mensch verfüge über ein einheitliches Gedächtnis. Heute ist es üblich, verschiedene Gedächtnissysteme zu unterscheiden.

- Das **sensorische Gedächtnis** speichert rund eine Viertelsekunde die Informationen, die von den Sinnesorganen aufgenommen wurden. Es ist eine Art Zwischenspeicher für Wahrnehmungen, die dann weiterverarbeitet werden.
- Das **Kurzzeitgedächtnis** speichert die wahrgenommenen Reize einige Sekunden. Es dient als Arbeitsspeicher zur Verarbeitung von Informationen und Bewältigung von Aufgaben (z. B. „Habe ich die Tür abgesperrt?“). Es ist auch entscheidend für die Kommunikation, zum Verstehen von Sätzen („Worum geht es?“), zur Gesprächsführung („Was wollte ich sagen?“) und zur Konzentration (z. B. beim Lesen).
- Das **Langzeitgedächtnis** ist sehr umfassend und dauerhaft. Alles, woran wir uns nach einigen Minuten noch erinnern können, ist im Langzeitgedächtnis gespeichert. Dazu gehören Allgemeinbildung und Fachwissen, persönliche Erlebnisse, praktisches Wissen und Fähigkeiten, eingelernte Abläufe etc.

Erhebliche Probleme können entstehen, wenn Inhalte nicht vom Kurzzeit- ins Langzeitgedächtnis verschoben werden. Dies ist bei bestimmten Erkrankungen oder Verletzungen bei Notfallpatienten der Fall. Sie verstehen zwar, was man ihnen erklärt (z. B. wohin sie gebracht werden), vergessen es aber sehr rasch wieder und fragen nach wenigen Minuten noch einmal.

Merke

Ein spezielles Gedächtnisproblem tritt vor allem bei älteren Menschen auf. Diese haben oft Schwierigkeiten, sich an Informationen der letzten Stunden, Ereignisse oder Besuche der letzten Tage und Wochen zu erinnern. Zugleich wissen sie viele Erlebnisse ihrer ersten Lebensjahrzehnte noch bis ins Detail.

Lerntheorien

Auf der Verhaltensebene bedeutet Lernen jede Änderung des Erlebens und Verhaltens aufgrund von Erfahrung. Lernprozesse werden dabei in verschiedenen Theorien näher erläutert:

- Durch **Lernen am Modell** bzw. **Imitationslernen** werden neue Verhaltensweisen gelernt, die man bisher noch nicht konnte bzw. nicht angewandt hat. Man orientiert sich an Vorbildern und bewährten Abläufen: Ein Auszubildender versucht bei Einsätzen z. B., die gleichen Tricks und Kniffe anzuwenden, die er bei seinem Praxisanleiter beobachtet hat. Imitationslernen findet allerdings ebenso statt, wenn eine Rettungsfachkraft ungünstige Verhaltensweisen von einem Kollegen übernimmt.
- Durch **Verstärkung** wird gelernt, wann, wo und wie oft ein bestimmtes Verhalten ausgeführt werden sollte. Man orientiert sich, oft unbewusst, an der eigenen Erfahrung sowie an der von anderen, je nachdem, ob darauf eine positive oder negative bzw. angenehme oder unangenehme Reaktion („Verstärkung“) erfolgt ist: Weil der Rettungswachenleiter eine wütende Ansprache über die mangelhaft gereinigten Einsatzfahrzeuge gehalten hat, geben sich die Mitarbeiter bei der Fahrzeugpflege nun auf einmal ganz besondere Mühe.
- Beim **klassischen Konditionieren** werden Zusammenhänge zwischen Hinweisreizen und Reaktionen gelernt: Weil ein Kind von einem weiß gekleideten Arzt einmal geimpft worden ist und ihm dies sehr wehgetan hat, fürchtet sich dieses Kind nun auch vor dem ebenfalls weiß gekleideten Notfallsanitäter.

Lerntipps für Auszubildende

Jeder Mensch hat seine individuelle Art, sich etwas zu merken, und seine persönlichen Lernstrategien. Die folgenden Tipps können dazu beitragen, diese Strategien zu verbessern und das Lernen großer Stoffmengen leichter zu machen.

- **Sich in einen lernbereiten Zustand bringen:** Wenn Sie für eine Prüfung lernen wollen, ist die wichtigste Vorbedingung, dass Sie aufnahmebereit sind. Bringen Sie sich in einen lernbereiten Zustand:
 - Körperlich: wach und frisch sein, nichts Schweres essen, kein Alkohol im Blut

- Psychisch: keine wichtigen anderen Dinge erledigen, keine aufwühlenden Dinge gerade hinter oder vor sich haben. Ansonsten tritt womöglich eine affektive Lernhemmung auf
- Lernumgebung: ungestört lernen können und nicht durch äußere Umstände abgelenkt werden, genug Platz haben und den Raum gut lüften
- **Den Stoff sichten:** Besorgen Sie sich alle Unterlagen, die Sie zum Lernen benötigen, und verschaffen Sie sich zuerst einen Überblick. Sichten Sie die verschiedenen Abschnitte von Büchern mithilfe des Inhaltsverzeichnisses. Heben Sie besonders relevante Informationen mit verschiedenen Leuchtstiften hervor. Markieren Sie Definitionen z. B. grün, Hinweise für die Einsatzpraxis rot und andere wichtige Aspekte gelb. Auf jeden Fall sollten Sie sich ein einheitliches Markierungssystem überlegen und dies auch konsequent anwenden.
- **In eigenen Worten zusammenfassen:** Achten Sie darauf, dass Ihnen ein Unterrichtsstoff klar und verständlich ist. Sie lernen nur Dinge dauerhaft, die Sie wirklich verstanden haben. Ob dies der Fall ist, merken Sie rasch daran, wenn Sie versuchen, einen Unterrichtsstoff bzw. auch den Inhalt eines Buches in eigenen Worten wiederzugeben. Wenn Ihnen etwas unklar ist, lassen Sie es sich lieber noch einmal erklären.
- **Den Stoff einteilen, Querverbindungen schaffen:** Teilen Sie den Stoff in kleinere Portionen auf, die Sie sich nach und nach einprägen. Nehmen Sie sich für jeden Lerndurchgang einen überschaubaren Abschnitt vor. Er sollte in 20–40 Minuten zu bewältigen sein. Machen Sie danach eine Pause, bevor Sie zum nächsten Abschnitt gehen. Schaffen Sie Querverbindungen zu anderen Dingen, die Sie bereits wissen. Stellen Sie sich den Stoff möglichst oft bildlich vor (z. B. physiologische Abläufe und Zusammenhänge) und überlegen Sie sich eigene Beispiele für die praktische Relevanz.
- **Laut lernen:** Lesen Sie sich beim Lernen nicht bloß den Stoff durch, sondern lernen Sie laut. Sprechen Sie die Sätze und Begriffe, die Sie lernen, aus (oder bewegen Sie zumindest die Lippen). Dadurch speichern Sie das Wissen im aktiven Teil des Langzeitgedächtnisses ab und können es leichter reproduzieren. Außerdem üben Sie so das Verhalten, um das es bei einer Prüfung geht, nämlich den Stoff wiederzugeben.
- **Pausen machen:** Machen Sie immer wieder Pausen. Wahrscheinlich merken Sie selbst am besten, wann Sie eine brauchen. Gestalten Sie die Pausen angenehm und ruhig. Machen Sie dabei nichts, was Sie geistig besonders beschäftigt oder fordert.
- **Wiederholen:** Mit einmal Lernen ist es bei größeren Stoffmengen nicht getan. Wiederholen

Sie deshalb den Stoff immer wieder. Das mag am Anfang mühsam sein, vor allem, wenn Sie vom ersten Lerndurchgang viel vergessen haben. Aber mit jeder Wiederholung wird es Ihnen leichterfallen, sich den Stoff zu merken. Wiederholen Sie auch gemeinsam mit Kollegen. Dadurch wird das Lernen häufig auch viel angenehmer, und Sie können sich gegenseitig prüfen. Stellen Sie sich gegenseitig Fragen und tauschen Sie Ihre Antworten untereinander aus.

Tipps zur Prüfungsvorbereitung

Bei einer Prüfung soll das im Gedächtnis abgespeicherte Wissen rasch wiedergegeben werden können. Ein gewisses Maß an Nervosität („Lampenfieber“) beschleunigt dabei die Leistungsfähigkeit. Zu viel Stress kann jedoch zum sog. Blackout führen (vergleichbar mit der elektrischen Spannung in einem Gerät – ist sie zu hoch, springt die Sicherung heraus und nichts geht mehr). Gedächtnisblockaden können jedoch durch verschiedene Methoden verhindert werden:

- **Für Transparenz sorgen:** Informieren Sie sich sorgfältig darüber, wie die bevorstehende Prüfung ablaufen wird und worauf Ihre Prüfer besonders achten. Lassen Sie sich auf jeden Fall auch die Erwartungen der Prüfer sowie ihre Beurteilungskriterien und -maßstäbe erläutern. So wissen Sie, worauf Wert gelegt wird und wie sich Ihre spätere Benotung zusammensetzen wird.
- **Sich Prüfungssituationen vorstellen:** Stellen Sie sich schon beim Lernen bevorstehende Prüfungssituationen und den Prüfer vor. Malen Sie sich dabei aus, wie Sie alle Fragen, die Ihnen gestellt werden, richtig beantworten. Stellen Sie sich vor, wie Sie die Antworten niederschreiben bzw. dem Prüfer ins Gesicht sagen oder wie Sie eine praktische Aufgabe sehr gut bewältigen. Sie nehmen damit eine Prüfungssituation vorweg und gewöhnen sich daran. Bei einer realen Prüfung reduziert sich dadurch die Aufregung. Es wird Ihnen leichterfallen, all das in Ihrem Gedächtnis zu finden, was Sie gelernt haben.
- **Sich startklar machen:** Körper und Gedächtnis sollten fit und startklar sein, wenn Sie zur Prüfung antreten. Gehen Sie die Prüfungssituation in Gedanken durch. Stellen Sie sich vor, wie Sie die Fragen hören bzw. lesen, die richtigen Antworten geben oder, bei einer praktischen Prüfung, ihre Ausrüstung in die richtige Position stellen. Lesen Sie in der letzten halben

Stunde vor der Prüfung nicht mehr in Ihren Unterlagen, Büchern etc. Besprechen Sie den Prüfungsstoff auch nicht mehr mit Kollegen („Kannst du das ...?“). Konzentrieren Sie sich auf Ihre Stärken und darauf, was Sie wissen.

- **Zu sich kommen, sich zentrieren:** Ablenkungen sollten so weit wie möglich ausgeschaltet werden. Um zur Ruhe zu kommen, kann Verschiedenes hilfreich sein: sich von den anderen fernhalten, zum Fenster hinaussehen, auf die eigene Atmung achten etc. Ziel dieser Konzentrationsübungen ist es, allzu großen Stress auf ein mittleres Maß zu reduzieren und geistig reaktionsbereit zu werden. Trinken Sie auf keinen Fall Alkohol, um sich zu beruhigen (Vorsicht auch bei alkoholhaltigen „Notfalltropfen“). Alkohol vermindert Ihre Leistungsfähigkeit und blockiert den Zugang zum Gedächtnis.
- **Hilfreiche Sätze:** Positive Erwartungen und Einstellungen können die Prüfungsleistung erheblich fördern. Hilfreiche Gedanken beziehen sich auf die eigenen Stärken und realistische Chancen, die Prüfung zu bestehen. Beispiele sind:
 - Ich bin vorbereitet.
 - Ich habe gelernt, jetzt sage ich es. Ich habe gelernt, jetzt schreibe ich es hin. Ich hab das oft genug geübt, jetzt mache ich das genau so.
 - Ich sage alles, was ich weiß. Ich schreibe alles, was ich weiß. Ich tue alles, was ich gelernt habe.
 - Meine Hand schreibt alles hin.
 - Ich überlege, bevor ich antworte.
 - Ich habe eine Chance und die nütze ich.
 - Wenn die anderen durchkommen, schaffe ich das auch.
 - Ich versuche mein Bestes.
 - Ich zeige, was ich kann.

Wiederholungsfragen

1. Erläutern Sie, warum Notfallsanitäter auch über psychologische, pädagogische und soziologische Grundkenntnisse verfügen müssen (Kap. 8.1).
2. Beschreiben Sie die unterschiedlichen Menschenbilder und mögliche Auswirkungen

dieser Menschenbilder auf den Umgang mit Menschen in einer Notfallsituation ([Kap. 8.2.1](#)).

3. Erläutern Sie die „Big Five“ der Persönlichkeitstheorie ([Kap. 8.2.2](#)).
4. Erläutern Sie häufige Verzerrungseffekte und Beurteilungsfehler bei der Wahrnehmung anderer Menschen ([Kap. 8.2.3](#)).
5. Beschreiben Sie die acht Entwicklungsstadien nach Erikson ([Kap. 8.3](#)).
6. Erläutern Sie die Merkmale der einzelnen Entwicklungsstadien eines Menschen und ihre besondere Relevanz für das Erleben einer Notfallsituation ([Kap. 8.3](#)).
7. Wovon hängt ab, was als gesund oder krank bezeichnet wird ([Kap. 8.4](#))?
8. Wie hat die Weltgesundheitsorganisation WHO den Begriff Gesundheit definiert und warum wird dies als eine Utopie bezeichnet ([Kap. 8.4](#))?
9. Beschreiben Sie das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit ([Kap. 8.4.1](#)).
10. Erläutern Sie das Modell der Salutogenese: Was trägt nach Antonovsky zur Gesunderhaltung eines Menschen bei ([Kap. 8.4.2](#))?
11. Von welchen Faktoren hängt das subjektive Krankheitserleben eines Menschen ab ([Kap. 8.4.3](#))?
12. Inwiefern haben gesellschaftlich vermittelte Normen und Werte einen Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten ([Kap. 8.5.2](#))?
13. Erläutern Sie den Begriff Sozialisation ([Kap. 8.5.3](#)).
14. Jeder Mensch ist in ein komplexes Rollengefüge eingebunden. Was bedeutet das konkret ([Kap. 8.5.4](#))?
15. Was bedeuten die Begriffe „Role Taking“ und „Role Making“ ([Kap. 8.5.4](#))?
16. Erläutern Sie, woraus ein Intra- und ein Interrollenkonflikt resultieren können ([Kap. 8.5.4](#)).
17. Inwiefern beeinflusst der demografische Wandel auch das rettungsdienstliche Einsatzgeschehen ([Kap. 8.5.5](#))?
18. Was sind die wesentlichen Ziele von Erziehung und Bildung ([Kap. 8.6](#))?
19. Beschreiben Sie die drei grundlegenden Erziehungsstile ([Kap. 8.6.1](#)).
20. Inwiefern wird auch ein Notfallsanitäter erzieherisch tätig ([Kap. 8.6.1](#))?
21. Erläutern Sie die Begriffe „formale“ und „materiale“ Bildung ([Kap. 8.6.2](#)).
22. Beschreiben Sie unterschiedliche Lerntheorien möglichst anhand konkreter Beispiele

Fortsetzung des Szenarios

Auf dem Rückweg zur Rettungswache tauschen sich die beiden Besatzungsmitglieder des RTW angeregt über diesen Einsatz aus. Zahlreiche Fragen beschäftigen sie: Wie kann eine Familie in solche Armut geraten? Wie können Eltern längere Zeit mehr oder weniger tatenlos zuschauen, während ihr Kind kaum noch Luft bekommt und offensichtlich medizinische Hilfe benötigt? Derartige Fragen können mit den vorangegangenen Ausführungen zumindest ansatzweise beantwortet werden.

So gibt es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Status. Möglicherweise haben die Eltern die Krankheit ihres Kindes nicht angemessen einschätzen können, weil sie selbst nur über einen geringen gesundheitsbezogenen Bildungsstand verfügen. Aus Angst vor entstehenden Kosten haben sie sich außerdem gescheut, frühzeitig einen Arzt aufzusuchen.

Die Empörung des Rettungsteams über ein solches Verhalten der Eltern kann im Rückgriff auf gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen erklärt werden: Ein Kind gilt gemeinhin als ein besonders hohes, wertvolles Gut, für das man engagiert und aufmerksam permanent zu sorgen hat. Sich nicht zu kümmern, verstößt gegen die Erwartungen, die an Eltern gestellt werden, und es verstößt gegen das entsprechende Rollenverständnis.

Dass die Krankenschwester meint, eine „typische“ Verhaltensweise zu erkennen, könnte anhand der Ausführungen im vorangegangenen Kapitel ebenfalls hinterfragt werden. Sofern aus den wenigen Informationen über die Eltern gleich die Schlussfolgerung gezogen wird, dass diese ihr Kind generell unzuverlässig erziehen und sie sich generell zu wenig um ihr Kind kümmern, könnte ein Beurteilungsfehler vorliegen.

Möglicherweise greift die Krankenschwester hier aufgrund bestimmter Vorerfahrungen und Erwartungen auf ein Stereotyp zurück und zieht anhand einzelner Beobachtungen

Schlüsse, die keineswegs begründet und damit unzulässig sind.

Denkbar ist beispielsweise, dass es sich sehr wohl um liebevolle und fürsorgliche Eltern handelt, die sich allein aufgrund ihrer schwierigen finanziellen Situation nicht dazu in der Lage gesehen haben, anders zu handeln. Durch die Norm, eine ärztliche Behandlung aufgrund der fehlenden Krankenversicherung ggf. privat bezahlen zu müssen, hätten sie womöglich rasch Probleme bekommen können, einer anderen Norm zu entsprechen – nämlich ausreichend Lebensmittel einzukaufen. Unter dieser schrecklichen, kaum aushaltbaren Situation haben u. U. sowohl der Vater als auch die Mutter massiv gelitten, sodass sie sich letztlich selbst Hilfe suchend an das Jugendamt gewendet haben könnten.

Weiterführende Literatur

Adler, 2005

 R. Adler

Einführung in die biopsychosoziale Medizin 2005, Schattauer Stuttgart

Hausmann and Koller, 2013

 C. Hausmann

 M. Koller

Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe


2. Aufl. 2013, Facultas Wien

Hausmann, 2013

 C. Hausmann

Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe 3. Aufl. 2013, Facultas Wien

 **Hurrelmann, 2010**

 K. Hurrelmann

Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von
Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

7. Aufl. 2010, Juventa Weinheim

 **Lenzen, 2004**

D. Lenzen Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs 2004, Rowohlt Reinbeck bei
Hamburg

 **Mietzel, 2009**

 G. Mietzel

Wege in die Psychologie 13. Aufl. 2009, Klett-Cotta Stuttgart

Medizinwelten

Abrechnung

Akupunktur

Allgemeinmedizin

Chirurgie

Gynäkologie



[Heilpraktiker](#)

[Homöopathie](#)

[Innere Medizin](#)

[Klinikleitfaden](#)

[Naturheilverfahren](#)

[Onkologie](#)

[Osteopathie](#)

[Psychiatrie](#)

[Psychosomatik](#)

[Psychotherapie](#)

[Pädiatrie](#)

[Rettungsdienst](#)

[Sprachtherapie](#)

Rechtliches

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[User Guide](#)

[Elsevier AGB](#)

Links

[Customer Service](#)

[Elsevier Portal](#)

[Elsevier Webshop](#)