

Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt

B. Gasch, F. Lasogga

Teil 1: Interview-Ergebnisse im Überblick

Beim Notfallpatienten ist die Berücksichtigung von Körper *und* Psyche besonders wichtig. Beide sind in der akuten Situation stark beeinträchtigt; aber es sind auch sehr gute Chancen gegeben, unmittelbar und schnell auf beide Seiten einzuwirken und damit den Gesamtorganismus zu stabilisieren. Medizinische und Psychische Erste Hilfe sind dabei nicht als konkurrierend zu betrachten. Erste Hilfe kann und muß so geleistet werden, daß sie neben den physiologischen auch gleichzeitig den psychologischen (und damit rückwirkend wiederum den physiologischen) Zustand verbessert. Medizinische Erste Hilfe ohne Berücksichtigung psychischer Aspekte beunruhigt den Patienten und verschlechtert somit den physiologischen Zustand oder behindert zumindest eine optimale Stabilisierung. Für Unfälle wurde hierfür bereits ein Konzept entwickelt (11, 12), das Regeln für Psychische Erste Hilfe sowohl für Laien als auch für Rettungspersonal enthält. Im Gesamtspektrum der Notfallsituationen dominieren jedoch – entgegen der öffentlichen Meinung – nicht Unfall-Einsätze, sondern internistische Probleme, vor allem im Zusammenhang mit kardiovaskulär begründeten Krankheitsbildern (17). *Kochsiek* und *Schanzenbächer* (10) schätzen deren Zahl in Deutschland auf 200.000, 35 % davon, also 70.000, enden tödlich. Im Vergleich zu den jährlichen Todesfällen durch Verkehrsunfälle (ca. 8.000), ist dies ein erheblicher Anteil. Dabei ereignet sich etwa die Hälfte aller Todesfälle vor der Einlieferung in eine Klinik (16). Dies stellt eine besondere Herausforderung an die präklinische Versorgung dar.

In der vorliegenden Arbeit soll nunmehr, bezogen auf die Symptomatik des akuten Herzinfarkts, ein ähnliches Konzept für Psychische Erste Hilfe wie das für Unfallsituationen vorgestellt werden.

Erkenntnisquellen

Sichtung der Literatur

Wie unter medizinischen Gesichtspunkten mit akuten Herzinfarktpatienten umgegangen werden sollte, wird in der medizinischen Literatur ausführlich dargelegt und auch in der Ausbildung vermittelt (Sedierung, Schmerzlinderung, EKG, Venenzugang, Sauerstoff, Aspirin, Beta-Blocker usw.). Konkrete Hinweise zum psychologisch angemessenen Umgang sind jedoch kaum zu finden. Häufig lauten die Ratschläge lediglich „Verbale Beruhigung des Patienten und der Angehörigen“ oder „persönliche Zuwendung des Arztes“ (5, 6). Dies ist jedoch wenig hilfreich, sondern klingt etwa so, als würde man im medizinischen Bereich sagen: „Normalisieren Sie die physio-

Die Wechselwirkung von Körper und Psyche war schon in der Antike bekannt: Der Körper hat Einfluß auf die Psyche, die Psyche Einfluß auf den Körper. Jede Erkältung, unzweifelhaft eine körperliche Erkrankung, beeinflusst die Stimmungslage, jeder Ärger läßt als körperliche Reaktion den Blutdruck steigen. Diese Wechselwirkung wurde in der Medizin zunächst auch berücksichtigt. Der „gute alte Hausarzt“ verschrieb nicht nur eine Arznei, sondern nahm sich auch Zeit für ein längeres Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen – nicht nur über die körperlichen Symptome. Später ging dieser Zusammenhang, verbunden mit einer zunehmenden Technisierung der Medizin („Apparatemedizin“) etwas verloren. Man sprach vom „Blind-darm auf Zimmer 110“ oder brachte Notfallhelfern bei: „Konzentriere Dich auf die Verletzung, nicht auf den Patienten!“ Heute dagegen scheinen psycho-somatische Zusammenhänge wieder deutlicher ins Bewußtsein von Ärzten, Rettungsassistenten und auch Patienten zu rücken.

logischen Körperfunktionen!“ Das Problem liegt in beiden Fällen nicht im Appell an sich, sondern in dessen konkreter Umsetzung. Medizinisch wäre die wichtige Information: Welche Medikamente in welcher Dosierung muß ich verabreichen, um die Körperfunktionen zu stabilisieren? Analog wäre psychologisch die wichtige Information: Welche Worte oder Sätze bzw. Handlungen wirken denn beruhigend?

In der psychologischen Literatur sind allerdings für den vorliegenden Fall ebenfalls keine konkreten Hinweise zu finden. Bei der Entwicklung des vorliegenden Konzepts konnte deshalb nur auf psychologische Theorien zurückgegriffen werden, die für andere Fragestellungen entwickelt wurden. Dabei handelte es sich z.B. um „Arousal“-Theorien, Handlungstheorien, Motivationstheorien und verschiedene Psychotherapie-Methoden. Neben den empirischen Daten gingen außerdem die Erfahrungen der Autoren aus dem Projekt zur Psychischen Ersten Hilfe bei Unfällen (11, 12) ein.

Anschrift für die Verfasser:

*Prof. Dr. Bernd Gasch, Universität Dortmund – Fachbereich 14,
Emil-Figge-Str. 50, D-44221 Dortmund*

Einige erste pauschale Hinweise für den psychologisch angemessenen Umgang mit akuten Herzinfarktpatienten können aber schon aus der medizinischen Symptomatik abgeleitet werden. Physiologisch betrachtet ist beim Herzinfarkt die Blutversorgung des Herzmuskels mehr oder minder stark eingeschränkt und damit die Sauerstoffversorgung des Gesamtorganismus in Gefahr. Daraus kann plausibel geschlossen werden, alles zu vermeiden, was den Sauerstoffverbrauch erhöht. Psychologisch sollte somit versucht werden, das *Aktivitätsniveau* des Patienten nicht zu erhöhen, sondern zu senken. Konkret bedeutet dies: Vermeidung von körperlicher Bewegung und Verhinderung von Aufregung und Streß in jeder Form.

Patienten- und Expertenbefragung

Um nun konkrete und empirisch fundierte Regeln zum psychologischen Umgang mit Herzinfarktpatienten zu entwickeln, liegt es nahe, zunächst die Betroffenen selbst zu befragen. Anhand eines Interviewleitfadens wurden halbstrukturierte Intensivinterviews mit insgesamt 20 ehemaligen Herzinfarktpatienten geführt. Der Kontakt zu den Patienten wurde über mehrere Koronar-Sportgruppen im Raum Dortmund und Umgebung hergestellt. Zusätzlich wurden 33 Patienten, ebenfalls durch Koronar-Herzsportgruppen gewonnen, gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, der aufgrund der Ergebnisse der Interviews entwickelt wurde. Zu folgenden Bereichen wurden den Patienten Fragen gestellt: Erste Reaktion (allgemein, psychisch), erster Gedanke, erster Kontakt, Verhalten der Kontaktperson und dessen Bewertung, besondere Belastungen, Verhalten der professionellen Helfer (Rettungsdienstpersonal, Notärzte etc.) und dessen Bewertung, Umgang der Helfer mit Angehörigen und dessen Bewertung. Da Ärzte und Rettungsassistenten über einen großen Erfahrungsschatz im Umgang mit diesem Personenkreis verfügen, wurden zusätzlich halbstandardisierte Interviews mit insgesamt 10 professionellen Helfern durchgeführt. In ihnen wurden die gleichen Problemkreise wie bei den Patienten angesprochen.

Ergebnisse

Zeit und Ort

Nach der Aussage der befragten Herzinfarktpatienten trat der Herzinfarkt etwa gleichverteilt über den gesamten Tag auf. Eine leichte Steigerung ist lediglich in den Abendstunden zu verzeichnen. Gelegentlich bleibt ein Infarkt zunächst auch unbemerkt. Die *Orte des Auftretens* differieren stark. Am häufigsten trat das Ereignis zu Hause (27 von 53) und während der Freizeit (9 von 53) auf, aber auch sogar während eines Arzt- bzw. Krankenhausbesuches (6 von 53). Recht selten kommt es zu einem Herzinfarkt während der Arbeit. Letzteres wirkt auf den ersten Blick überraschend, ist aber auch bei anderen Krankheitsbildern zu beobachten.

Erste Reaktion

Als Reaktion auf den Herzinfarkt berichteten die Patienten teilweise von starken *Schmerzen*, und zwar im Brustkorb und im Arm (12 von 20). Diese gingen teilweise mit Schweißausbrüchen einher. Ferner hatten die Betroffenen das Gefühl, keine

Luft zu bekommen. Ihnen war übel, teilweise wurden sie fast bewußtlos. Einige hatten das Bedürfnis, sich hinzulegen, andere wiederum liefen hin und her. Ähnliche Symptome berichten auch die professionellen Helfer: Starke Schmerzen im Brustkorb, „kaltschweißig“, Atemnot. Zusätzlich vermerken sie auch eine „graue“ Gesichtsfarbe.

Etwa die Hälfte der befragten Patienten dachte sofort an einen Herzinfarkt und war sich dessen völlig sicher (22 von 53). Andere sagten, daß sie zwar den starken Verdacht hatten, ihn aber nicht wahrhaben wollten (3 von 53). Die andere Hälfte gab aber auch an, daß sie dem Geschehen nur „erstaunt und verwundert“ gegenüber standen, an nichts „Schlimmes“ gedacht hätten oder sich selbst fragten, was denn mit ihnen los sei (25 von 53). Eine Minderheit stellte andere Diagnosen wie Magenbeschwerden, Gallenprobleme, Rippenfellentzündung, Arm ausgekugelt, Bronchitis, Nerv eingeklemmt oder Kreislaufschwäche.

Diese Angaben decken sich im großen und ganzen mit den Informationen in der medizinischen Fachliteratur. Demnach ahnt die Mehrzahl aller Herzinfarktpatienten entweder ihre Diagnose oder erkennt zumindest, daß es sich um eine schwere Krankheit handelt. (*In typischen Fällen ist die Diagnose einfach und wird schon vom Patienten selbst oder den Angehörigen gestellt*, 9). Es gibt gemäß der Literatur auch einen nicht unerheblichen Prozentsatz von „Verleugnern“. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, denkt aber auch ein bestimmter Anteil der Patienten an andere Diagnosen oder ist nur „verwundert“.

Gefühle

Hinsichtlich ihrer *Gefühle* berichteten die meisten Befragten von *Todesangst*, z.T. auch von Panikgefühlen oder zumindest starker Beunruhigung (27 von 53). Auch die professionellen Helfer bestätigen dies und verwenden dabei nicht selten den in der medizinischen Literatur häufig verwendeten Begriff „Vernichtungsangst“. Allerdings sind nach Aussage einiger Helfer vereinzelt auch gegenteilige Reaktionen zu verzeichnen: Einzelne Patienten bleiben offenbar ganz *ruhig* und wirken dabei fast apathisch. Todesangst kann also nicht hundertprozentig als typische Symptomatik beim Herzinfarkt angesehen werden.

Erste Kontaktpersonen

Die *ersten Kontaktpersonen* waren in aller Regel Familienmitglieder, am häufigsten der Ehepartner (32 von 53), aber auch Kinder und Schwiegerkinder (9 von 53). An zweiter Stelle standen Arbeitskollegen und Bekannte (9 von 53), an dritter Stelle Ärzte (6 von 53). Allein die *Anwesenheit* einer anderen Person wird von den Patienten schon als sehr angenehm empfunden. Dies wird verstärkt, wenn die Kontaktpersonen versuchen, die Patienten (mit welchen Methoden auch immer) zu beruhigen und z.B. einfach nur mit ihnen reden. Da somit bei den Patienten eine große Angst besteht, allein zu sein, ist es später auch für die professionellen Helfer wichtig, sie möglichst zu keinem Zeitpunkt allein zu lassen. Etwa die Hälfte (8 von 20) der „ersten Kontaktpersonen“ rief sofort professionelle Hilfe herbei. Auch hier wird schon die Mitteilung, daß gleich ärztliche Hilfe kommt, von Patienten merklich als Entlastung empfunden.

Diese erste wichtige Verhaltensweise (*Sofort handeln! Notarzt verständigen!*) wird auch von den professionellen Helfern eindeutig an erster Stelle genannt. Es wird jedoch kritisiert, daß die ersten Kontaktpersonen teilweise doch zu lange warten. Sind die professionellen Helfer eingetroffen, wird das Verhalten der Angehörigen von ihnen sehr unterschiedlich beurteilt. Teilweise wird es als recht hilfreich beschrieben. Eine ganze Reihe von Angehörigen sei jedoch nervöser als die Patienten selbst. Auch behindere ein Teil von ihnen den Einsatz oder mische sich in die Behandlung ein.

Kontakt mit professionellen Ersthelfern

Der *erste Kontakt mit professionellen Helfern* erfolgte etwa gleich häufig durch Hausarzt und Rettungsassistenten, gefolgt vom Notarzt. Die professionellen Helfer gaben nach Angaben der Patienten Medikamente, machten ein EKG und veranlaß-

meint hingegen, daß deren Anwesenheit sie stören und nervös machen würde. Einige Befragte wollen diese Entscheidung dem Arzt überlassen. Das Verhalten der professionellen Helfer *gegenüber den Angehörigen* wird von den Patienten unterschiedlich eingeschätzt: Positiv wurde häufig vermerkt, daß sie benachrichtigt wurden, Informationen und volle Auskunft bekamen (10 von 20), im Rettungswagen mitfahren durften (5 von 20) oder zumindest im eigenen Pkw hinterherfahren konnten (5 von 20). Sie konnten in der Klinik jederzeit anrufen (9 von 20) und so lange beim Patienten bleiben, wie sie wollten (7 von 20).

Allerdings wird auch von fast ebenso vielen Patienten genau das Gegenteil berichtet. Die Mehrzahl der Klagen bezog sich allerdings nicht auf das Verhalten der Ersthelfer, sondern auf die Situation der Klinikeinweisung: Dort bekamen die Angehörigen keine Auskunft (7 von 20), mußten „stundenlang“ auf den Fluren warten (5 von 20) und wurden nicht zu dem Patienten gelassen (3 von 20). In Einzelfällen wußten sie nicht einmal, wohin der Patient gebracht worden war (2 von 20) oder mußten sich lange durchfragen (3 von 20). Im Extremfall wurden sie überhaupt nicht beachtet oder sogar beschimpft (3 von 20).



ten den Transport ins Krankenhaus, verhielten sich also gemäß den medizinischen Anforderungen. Wie schon erwähnt, wirkt nach den Aussagen der Patienten (33 von 53) allein die *Anwesenheit der professionellen Helfer* bereits entlastend. Dies wird auch von den Helfern bestätigt. Allein den Puls zu fühlen, beruhige schon. Patienten erlebten es auch als sehr positiv, wenn mit ihnen *gesprächen* und dabei Blickkontakt gehalten wird. Die Helfer empfehlen auch, sich mit Namen vorzustellen und ebenfalls den Patienten möglichst mit seinem Namen anzusprechen. Es sollte den Patienten (ggf. auch den Angehörigen) auch explizit und deutlich gesagt werden, daß man ihnen helfen kann und wird. Besonders beruhigend wirkt auf den Patienten, wenn sie die Helfer als „kompetent“ erleben (28 von 53). Damit ist gemeint, daß die notwendigen Prozeduren zügig und sicher, ohne häufige Korrekturen und in einem Tempo durchgeführt werden, das vom Patienten nicht als „Hektik“ interpretiert wird.

Bei der Frage, ob die Angehörigen bei der *Untersuchung* und Behandlung anwesend sein sollten, spricht sich der größte Teil der Patienten dafür aus (43 von 53). Nur ein recht kleiner Teil

Mitteilung der Diagnose

Die Mitteilung der *Diagnose* wirkt auf die Mehrzahl der Patienten beruhigend (32 von 53). Einige davon sagten ausdrücklich, daß sie „die ganze Wahrheit“ wissen wollten (25 von 53). Die Aussage wurde allerdings teilweise in der Richtung eingeschränkt, daß man dem Arzt die Entscheidung übertragen solle, wie die Diagnose mitgeteilt

wird. Er sollte wissen, was man einem Patienten zumuten könne und dann ggf. die Wahrheit „in abgeschwächter Form“ mitteilen (11 von 53). Eine Reihe von Patienten merkte an, daß man selbst schon spüre, was mit einem los sei (7 von 20). Nur ein kleiner Teil der Patienten fand es dezidiert unangenehm und belastend, über ihre Diagnose informiert zu werden. Daraus kann abgeleitet werden, dem Patienten die Diagnose deutlich, aber ohne dramatisierende, jedoch auch ohne beschönigende Worte mitzuteilen.

Informationen

Das Erhalten von *Informationen* über die durchgeführten medizinischen Maßnahmen sowie über das weitere Geschehen wird, wenn es erwähnt wird, von den Patienten eher positiv gesehen (17 von 53). Ein Teil der Patienten beklagte sich sogar ausdrücklich, daß diese nicht gegeben wurden, selbst wenn sie diesbezügliche Fragen stellten. Auch die professionellen Helfer unterstützen diese Auffassung; als Beispiel wurde genannt, daß man dem Patienten sogar das EKG in einfacher Form erläutern könne.

Körperkontakt

Ein gewisses Ausmaß an *Körperkontakt* ist beim Herzinfarkt schon aus medizinischen Gründen erforderlich. Bei den Interviews der Patienten wurde aber auch die psychologische Wirkung von Körperberührungen (Hand halten, Hand auf die Schulter legen) angesprochen. Das Bild war (im Gegensatz zu den Befragungen bei Unfallpatienten) nicht einheitlich. Ein Teil der Befragten empfand derartige Berührungen als ausgesprochen angenehm (10 von 20). Sie betonten, daß sie dadurch Anteilnahme und Mitgefühl empfunden hätten, was die Angst gemindert und vertrauensfördernd gewirkt hätte. Eine andere Gruppe (6 von 20) stand dagegen diesen Kontakten eher neutral gegenüber. Eine kleine Gruppe (4 von 20) empfand Berührungen explizit als unangenehm. Von diesen Personen wird beispielsweise geäußert, daß sie keine „Streichelheiten“ benötigten. Nach Einschätzung der professionellen Helfer dagegen wirkt psychologisch intendierter Körperkontakt wie das Halten der Hand oder das Anfassen des Unterarms überwiegend beruhigend. Dies gelte besonders für ältere Personen. Bei Männern könne der Körperkontakt allerdings problematischer sein als bei Frauen.

Für Helfer kann aus diesen Ergebnissen somit keine generelle Regel entwickelt werden. Wenn sie den Eindruck haben, daß Körperkontakt unangenehm empfunden wird, sollte er auf das medizinisch Notwendige reduziert werden. Es sollte auch selbstverständlich sein, daß, wie sich ein Interviewpartner ausdrückte, der Patient keinesfalls ohne Erklärung „angegrapscht“ wird.



Allgemeine Beurteilung

Die generelle Einschätzung der professionellen Helfer fiel insgesamt recht positiv aus: Sie wurden als *freundlich und nett* empfunden (12 von 20); ihr Verhalten wurde als „rücksichtsvoll“ beschrieben, man fühlte sich ernst genommen. Auf die Frage, was insgesamt als besonders *belastend* erlebt wurde, gab es sehr unterschiedliche Antworten ohne eindeutigen Schwerpunkt. Angeführt wurden beispielsweise: „Schmerzen“; „Angst, sterben zu müssen“; „nicht genau zu wissen, was man hat“; „nicht genau zu wissen, wie man reagieren soll“; „man-

gelnde Aufklärung“; Gedanken, „wie es weitergeht“ („*Was wird aus der Familie, wenn ich sterbe oder ein Pflegefall werde?*“ „*Wie geht es finanziell weiter?*“); das Gefühl, „hilflos zu sein“; „auf fremde Hilfe angewiesen zu sein“; Angst vor Beruhigungsmitteln, die „einen lahmlegen“; das Erleben von „Blaulicht und Sirene“.

Fehler der Helfer

Trotz der überwiegend positiven Beurteilung des Verhaltens der professionellen Helfer wurden allerdings auch einzelne Klagen laut: Für besonders unangenehm und schädlich wird das Verbreiten von *Hektik* und Unruhe gehalten. Dies wird auch von den Helfern selbst bestätigt. Diese verurteilten auch zuweilen vorkommende überbetont *negative Äußerungen* („*Das sieht aber gar nicht gut aus!*“). In diesem Zusammenhang beklagten Patienten und Rettungsassistenten besonders das Auftreten einzelner Ärzte, die den Eindruck von „Fachidioten“ erweckten und nichts über Kommunikation und den Umgang mit Menschen zu wissen scheinen; auch wird ihnen teilweise „Arroganz“ unterstellt. Auch ein *zu routiniertes Verhalten* wird gelegentlich beanstandet, insbesondere weil dadurch der Eindruck entsteht, der Patient werde nur als Krankheitsbild wahrgenommen. Einige der Patienten beklagten dementsprechend, daß sie wie eine „Nummer“ behandelt wurden (4 von 20); sie hätten das „Menschliche“ vermißt (3 von 20).

Die professionellen Helfer selbst kritisierten auch das wechselseitige Hinweisen auf Fehler und die *Diskussion von Unstimmigkeiten* im Rettungsteam in Anwesenheit der Patienten. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Rettungsassistenten scheint nach deren Aussagen noch verbesserungsbedürftig zu sein. Beispielsweise erscheint es für einen Patienten befremdlich, wenn die ersteintreffenden Rettungsassistenten bereits eine Anamnese erhoben haben und diese von dem später eintreffenden Notarzt ein zweites Mal durchgeführt wird. Hier würde eine schlichte Vereinbarung im Rettungsteam (entweder: der Arzt macht die Anamnese, oder: der ersteintreffende Helfer macht die Anamnese) schon eine Verbesserung darstellen.

Klinikeinweisung

Die befragten Patienten äußerten sich auch zu dem Empfang in der jeweiligen Klinik. Auch hier differieren die Erfahrungen. In den positiven Fällen wird berichtet, daß schon alles *vorbereitet* war (3 von 20) und daß der Ablauf schnell und routiniert vonstatten ging (7 von 20). In den kritischen Fällen wurde beanstandet, daß der Patient *nicht ernst genommen* bzw. wie ein kleines Kind behandelt wurde (4 von 20). Vereinzelt wurde auch das vorrangige Abfragen der Stammdaten bemängelt sowie zu lange Wartezeiten. Ungünstig wurde auch erlebt, wenn im Laufe der Behandlung permanent wechselnde Personen für einen Patienten zuständig sind.

Auf einen speziellen Umstand wies die Schilderung einer Patientin hin, die auf einem Bett lag, während eine Reihe von Angehörigen um dieses herumstanden: „*Ich fühlte mich wie auf dem Totenbett!*“ In solchen Fällen Stühle herbeizuschaffen, ist somit nicht nur wegen einer möglichen Ermüdung der Angehörigen, sondern auch im Sinne eines Angstabbaus der Patienten sinnvoll.

Veränderung der Lebenseinstellung

Die Patienten wurden auch gefragt, ob sich ihre *Lebenseinstellung* durch den erlebten Herzinfarkt verändert habe. Der überwiegende Teil der Befragten bejahte dies (43 von 53). Sehr häufig wurde angegeben, daß man bewußter und erfüllter lebe und das Leben mehr genieße (21 von 53). Man freue sich mehr über Kleinigkeiten. Häufig sieht man nach eigenen Angaben alles „*nicht mehr so ernst*“, läßt manche Sachen einfach liegen und sei ruhiger und gelassener geworden. Nur ein geringer Teil sagte allerdings, daß sie gesünder essen, nicht mehr rauchen und weniger Alkohol trinken würden. Einige jedoch treiben vermehrt Sport oder haben sich sonstige Hobbies gesucht. Eine generelle Angst vor einem neuen Infarkt tritt als Folge des Herzinfarktes nur vereinzelt auf (nur 4 von 20 äußern dies). Die Befragten sagten vielmehr, daß sie vor anderen Krankheiten, vor allem Krebs, mehr Angst hätten (8 von 20). Im übrigen könne man seinem Schicksal ohnehin nicht enttrinnen.

Berufsbelastung der Helfer

Die professionellen Helfer wurden dahingehend interviewt, wie sie ihre *beruflichen Erlebnisse* verarbeiten würden. Schließlich stellt der alltägliche Umgang mit akuten Patienten eine nicht unerhebliche psychische Belastung dar. Wird diese nicht angemessen aufgearbeitet, schlägt sich dies auch negativ im Umgang mit den Patienten nieder. Die Mehrzahl gab auch an, darüber mit Kollegen und auch mit Lebensgefährten oder anderen vertrauten Personen zu sprechen. Auch die routinemäßige Installation von Nachbearbeitungsgruppen wurde angeregt.

Unterschiedliche Patientengruppen

Alle Erkenntnisse zur Ersten Hilfe sind Vergrößerungen. Natürlich existieren Unterschiede sowohl zwischen Patienten als auch zwischen den Helfern. Auf der anderen Seite würde jedoch eine zu weitgehende Differenzierung eine schnelle Hilfe verhindern. Deswegen sollen an dieser Stelle nur einige markantere Unterschiede zwischen Patientengruppen aufgeführt werden, wie sie sich aus den Äußerungen von Patienten und Helfern ergaben.

Altersunterschiede

Nach Angaben der professionellen Helfer fragen *jüngere Patienten* eher nach Informationen. Der Umgangston mit ihnen könne auch ruhig einmal etwas lockerer sein. Allerdings werden jüngere Patienten von den Helfern auch manchmal als schwieriger eingeschätzt, da sie nicht alles hinnehmen würden. Mit *älteren Patienten* sollte etwas langsamer gesprochen werden; sie sollten nicht geduzt werden. Es wird berichtet, daß bei ihnen das Obrigkeitsdenken noch deutlicher entwickelt sei. Als weiterer Hinweis wurde genannt, daß bei ihnen die Beachtung der Schamgrenzen besonders wichtig sei.

Geschlechtsunterschiede

Hier wurden kaum differenzierende Äußerungen gemacht – außer der, daß sich bei *Frauen* manchmal ein Problem durch die *Schamgrenze* ergebe. Es sei dann beispielsweise schwieriger, ein EKG anzulegen.

Ausländer

Bei *Ausländern* berichten die professionellen Helfer häufig von Sprachproblemen. Auch Unterschiede hinsichtlich der Mentalität können beobachtet werden: So reagieren Südländer hysterischer und übertreiben eher. Im Extremfall wurde sogar von Morddrohungen berichtet für den Fall, daß die Patienten nicht überlebten. Außerdem seien häufig sehr viele Angehörige anwesend, was sehr störend sei. Der Helfer sollte in diesem Fall konsequent auftreten und keinen Zweifel an seiner Kompetenz und Verantwortung aufkommen lassen.

Problempatienten

Für *problematisch* werden von professionellen Helfern z.B. Alkoholiker, Drogenabhängige, Obdachlose oder psychiatrische Patienten angesehen. Generell wird empfohlen, gegenüber diesen Gruppen *freundlich* zu bleiben, aber trotzdem *bestimmt* aufzutreten. Verbale Angriffe dieser Personen sollten überhört werden.



Verleugner

Einen Sonderfall im Bereich der Herzinfarktpatienten stellt die Minderheit der „*Verleugner*“ dar. Trotz eindeutiger Symptomatik wollen diese die Diagnose nicht akzeptieren. In diesem Fall sollte der Helfer seine Autorität in milder Form einsetzen. Eine mögliche Formulierung könnte sein: „*Das mag ja durchaus so sein, daß Sie das anders sehen, aber ich als Arzt muß Sie jetzt angesichts der Symptome in eine Klinik einweisen. Ich würde sonst meine ärztliche Pflicht verletzen, wenn ich das nicht täte!*“

Teil 2 des Beitrages mit Literatur und Diskussion der Ergebnisse sowie „Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe für professionelle Helfer“ im nächsten Heft

Besticken von Caps,
T-Shirt u. Poloshirt
Namenstreifen und
-schilder in fast
allen Farben
Klettnamenstreifen
Ärmelabzeichen

kaLka

MASCHINENSTICKEREI

Bgm. Bohl Str. 21 · 86157 Augsburg
Tel.: 08 21 - 52 60 48 / 52 33 28 · Fax 52 91 39
FORDERN SIE UNSEREN PROSPEKT AN!
Internet: <http://www.Kalka-Stick.de>