

Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt

B. Gasch, F. Lasogga

Teil 2: Diskussion + Praxis-Regeln

Im ersten Teil des Beitrages wurden die Ergebnisse von Interviews mit Herzinfarktpatienten vorgestellt, anhand derer die Grundlagen für einen Anforderungskatalog zur Psychischen Ersten Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt skizziert wurden. Im zweiten Teil des Beitrages werden nunmehr die Studienergebnisse diskutiert und praktische Regeln zur Psychischen Ersten Hilfe beim akuten Herzinfarkt aufgestellt, die für den Rettungsdienstalltag eine nicht unerhebliche Relevanz besitzen dürften.

*Fortsetzung
aus Ausgabe
4/99, S. 305*

Diskussion und ergänzende Überlegungen

Überwiegende Zufriedenheit

Erfreulich für den Rettungsdienst, für Ärzte, Angehörige und nicht zuletzt die Patienten dürfte sein, daß sich die Mehrheit der befragten Patienten (31 von 53) gut behandelt und gut versorgt gefühlt hat. So sagten mehrere Patienten: „Die haben mein Leben gerettet.“ Vor diesem Hintergrund wirken allerdings die berichteten negativen Einzelfälle um so drastischer. Arrogantes Verhalten, Anschreien von Patienten, keine Informationen, Unterstellung von Simulation sowie stundenlanges Wartenlassen der Angehörigen sind eindeutig zu beanstanden. Ebenfalls als bedenklich sollten die Berichte angesehen werden, in denen von Konflikten innerhalb der Rettungsteams berichtet wird.

Bandbreite der Ergebnisse

Überraschend mag wirken, daß sich trotz der Eindeutigkeit des Krankheitsbildes „Herzinfarkt“ in den berichteten Fällen sehr unterschiedliche Varianten erkennen lassen. Dies betrifft das Verhalten und Erleben der Patienten, das der Angehörigen und das der professionellen- und Laienhelfer. So tritt z.B. die in vielen Lehrbüchern genannte Todes- bzw. Vernichtungs-Angst nicht in jedem Falle auf oder wird nicht in jedem Falle sichtbar. Auch daß sich einige Patienten durch Bewe-

gung Erleichterung versprechen, paßt nicht in ein einheitliches Bild. Wahrscheinlich spielt hier neben den somatischen Varianten auch die Vorerfahrung jedes einzelnen Patienten mit sich und seinem Körper eine steuernde Rolle - eine Beobachtung, die sich ebenso in der vorangegangenen Untersuchung über Unfälle andeutete. Nicht einheitlich wird auch die Anwesenheit von Angehörigen bei der Untersuchung und Behandlung sowie die beruhigende Wirkung des psychologischen Körperkontakts erlebt.

Güterabwägung

So plausibel einige der obengenannten Forderungen wirken (wie beispielsweise alles zu vermeiden, was das Aktivitätsniveau des Patienten hebt, und alles zu tun, was es senkt), können sie auch zu schwierigen Entscheidungssituationen führen. Sollte man z.B. im Fall des Umherlaufens des Patienten den Angehörigen eher raten, dem Wunsch des Patienten zu folgen, oder ihn in einer Debatte überzeugen, daß er sich besser hinlegen sollte – wenn man gleichzeitig befürchten muß, dies erzeuge beim Patienten Ärger (und erhöht damit den Sauerstoffverbrauch)?

Ein weiteres Dilemma ergibt sich für die Helfer in der Frage des „richtigen“ Tempos der medizinischen Vollzüge. Diese müssen einerseits (aus medizinischen Gründen) relativ schnell vonstatten gehen, dürfen aber andererseits - aus medizinisch-psychologischen Gründen - beim Patienten nicht den Eindruck von „Hektik“ erzeugen.

Ähnliche Gedankengänge gelten für den Transport des Patienten in eine Klinik. Für die meisten Patienten ist dies eine völlig neue Erfahrung, die zu zusätzlicher Angst und Aufregung führt (noch drastischer beim Hubschrauber-Transport!). Eine empirische Studie (18) belegt bei einem Transport von 54 Freiwilligen unter 2 Bedingungen (70 km/h versus 40 km/h) im Rettungswagen bei schnellerem Tempo hochsignifikante Anstiege in den entsprechenden physiologischen Streßwerten (30 % in der Pulsfrequenz, 50 % im Blutdruck, 62 % im Cortisolwert, 46 % im ACTH). Selbst wenn man relativierend in Betracht ziehen muß, daß es sich dabei um gesunde Freiwillige handelt und Herzinfarktpatienten (die ja u.U. bereits unter Medikation stehen) möglicherweise nicht so extrem reagieren, kommen die Autoren zu folgendem Schluß: „Der schnelle Transport hat gerade beim kardialen Notfall keine absolute Priorität. Er bringt mehr Schaden als Nutzen.“

Unter diesem Aspekt ist auch der Einsatz von Blaulicht und Martinshorn zwiespältig zu bewerten. Einer der interviewten Patienten bestätigte dies sehr plastisch: „Die kamen schon mit

Anschrift für die Verfasser:

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

Blaulicht vorgefahren, rasten auch so ins Krankenhaus, das hat meine Panik noch gesteigert. Noch 1-2 Jahre danach fing mein Herz an zu stolpern, immer wenn ich Blaulicht sah und Martinshorn hörte.“ Es ergibt sich also das Dilemma zwischen

der medizinisch gebotenen Eile und der psycho-physiologisch gebotenen Vermeidung zusätzlicher Erregung. Der schnellste Transport muß somit nicht unbedingt der optimale sein. Manche der Rettungsdienste wählen in dieser Situation einen Kom-

Regeln zur „Psychischen Ersten Hilfe“

Regeln für Laien

Generell:

Vermeiden Sie alles, was den Patienten aufregen könnte!

Speziell:

1. Verständigen Sie sofort den Rettungsdienst (Tel. 112) und fordern Sie einen Notarzt an!
2. Sagen Sie dem Patienten, daß Sie einen Notarzt verständigt haben!
3. Bleiben Sie bei dem Patienten, lassen Sie ihn nicht allein!
4. Sprechen Sie in ruhigem Tonfall mit dem Patienten. Wenn er selbst redet, hören Sie geduldig zu!

Regeln für professionelle Helfer

a) gegenüber Patienten

Generell:

Behandeln Sie den Patienten als erwachsenen Menschen und nicht als ein „Krankheitsbild“. Sprechen Sie mit den Patienten!

Speziell:

1. Begrüßen Sie den Patienten! Nennen Sie Ihren Namen und Ihre Funktion. Sprechen Sie den Patienten mit seinem Namen an. („Guten Tag, mein Name ist Müller, ich bin Notärztin; Herr Schulze, wir werden uns jetzt um Sie kümmern!“)
2. Geben Sie Informationen über das, was Sie machen! („Ich messe den Blutdruck“, „Wir machen jetzt ein EKG“; „Ich setze Ihnen jetzt diese Maske auf, durch sie bekommen Sie Sauerstoff, das wird Ihnen gut tun!“)
3. Zeigen Sie, daß Sie kompetent sind, u.a. durch einen zügigen und ruhigen Vollzug der medizinisch notwendigen Verrichtungen!
4. Klären Sie den Patienten realistisch, aber vorsichtig, ohne dramatisierende, aber auch ohne beschönigende Worte über die Diagnose auf! („Sie haben wahrscheinlich einen Herzinfarkt, der muß in der Klinik behandelt werden“, ggf. auch: „Ich kann noch keine endgültige Diagnose stellen, im Krankenhaus wird dies geklärt!“)
5. Sprechen Sie dem Patienten Mut zu, zeigen Sie Zuversicht! („Wir haben die Sache im Griff.“)
6. Belassen Sie die Angehörigen im Raum, wenn Sie das Gefühl haben, der Patient wird dadurch beruhigt und Sie sich bei Ihrer Arbeit nicht behindert fühlen!
7. Lassen Sie den Patienten nicht allein!

b) gegenüber Angehörigen

Generell:

Beachten und beruhigen Sie die Angehörigen!

Speziell:

1. Geben Sie Angehörigen eine Aufgabe (Medikamente zusammensuchen, eine Tasche für die Klinik packen, in die Anamnese einbeziehen!)
2. Informieren Sie die Angehörigen über die weiteren Maßnahmen!
3. Lassen Sie einen Angehörigen entweder im Rettungswagen mitfahren oder hinterherfahren. Teilen Sie dies dem Patienten mit!
4. Machen Sie den Angehörigen keine Vorwürfe! (Negativ-Beispiel: „Warum haben Sie nicht früher angerufen?“).

c) Fehler

Generell:

Jedes Verhalten, das den Patienten aufregt.

Speziell:

1. Vermittlung eines Eindrucks von Hektik
2. Diskussion von Unstimmigkeiten im Rettungsteam
3. Dramatisierende oder zu „brutale“ Bemerkungen („Du liebe Zeit, wie sieht es denn bei Ihnen aus! Da hilft nur noch die Intensivstation!“). Dies gilt auch für bewußtlose Patienten!

d) Umgang mit sich selbst

1. Sprechen Sie mit Kollegen oder anderen Personen über Ihre berufliche Belastung!
2. Richten Sie eine professionelle Nachbereitungsgruppe in Ihrem Bereich ein!
3. Pflegen Sie Hobbies!

promiß: Blaulicht ja, Martinshorn nein. Dagegen sprechen allerdings einige regionale Rechts-Bestimmungen, die diese Kombination untersagen.

Unterschiede zur Unfallsituation

Das Konzept der Psychischen Ersten Hilfe wurde zunächst für Unfallsituationen entwickelt (10, 11). In der vorliegenden Studie wurden die meisten der für Unfälle entwickelten Regeln auch für Patienten mit akutem Herzinfarkt bestätigt, jedoch auch einige Differenzen gefunden. So ist z.B. die beruhigende Rolle des Körperkontakts (Hand halten, Hand auf die Schulter legen) offenbar bei Unfällen bedeutsamer als beim akuten Herzinfarkt.

Ein Unterschied zur Unfallsituation besteht auch in der Frage der Diagnosestellung gegenüber dem Patienten. Beim Unfall ist dies selten eindeutig möglich; der Patient ist dementsprechend auch mit einer vagen Aussage zufrieden („Sie sind schwerer verletzt und müssen in der Klinik behandelt werden!“). Beim akuten Herzinfarkt dagegen ist die Situation meistens klarer. Die Bestätigung der Diagnose durch den Notarzt wird dann sogar in gewisser Weise als Entlastung erlebt. Schließlich gewinnt im Vergleich zur Unfallsituation der Begriff der Kompetenz der Helfer noch mehr an Bedeutung. Daß diese „ihr Geschäft verstehen“, daß die medizinischen Maßnahmen reibungslos vonstatten gehen, daß der Eindruck entsteht, man habe „die Sache im Griff“, ist noch mehr als bei einem Unfall eine Schlüsselwahrnehmung, die den Patienten beruhigt und stabilisiert.

Wissen und Handeln

Häufig wird von Laien, aber auch gelegentlich von Experten bei der Diskussion über Psychische Erste Hilfe der Einwand erhoben, es würden eigentlich nur Selbstverständlichkeiten propagiert. Dies mag bei der puren Lektüre der nebenstehend aufgeführten Regeln auch so erscheinen. Hier wird ein Problem deutlich, das sich durch viele psychologische Bereiche

zieht: die Divergenz zwischen der kognitiven Erfassung des Inhalts einer Information oder Argumentation und der handlungsmäßigen Umsetzung, kurz: zwischen Wissen und Handeln. Leider werden auch sehr einsichtige Verhaltensweisen häufig in der konkreten Situation gerade nicht gezeigt; auf die Gründe kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Nötig wäre also nicht nur die Lektüre der abgedruckten Regeln, sondern auch das Üben der Handlungen selbst. Es ist wie beim Tennis: Die Technik des Aufschlags wird nur wenig verbessert, wenn man nur das einschlägige Kapitel in einem Lehrbuch liest und nicht selbst konkret übt.

Regeln

Auf der vorhergehenden Seite werden konkrete Regeln für Laien und professionelle Helfer für den Fall des akuten Herzinfarkts vorgestellt. Dabei wird es sich jedoch immer um „90%-Regeln“ handeln, d.h. sie werden - wie die Regeln zur medizinischen Ersten Hilfe auch - nicht in allen Fällen zutreffend sein; ihre Anwendung wird aber immer noch hilfreicher sein als ein Nicht-Handeln. Dabei sind die Erkenntnisse aus folgenden Quellen vereinigt:

- Aussagen der Patienten und Helfer der beschriebenen empirischen Untersuchung
- Erkenntnisse aus den obengenannten psychologischen Theorien
- Übertragung von Erkenntnissen aus der Untersuchung über Unfallopfer (soweit diese als symptom-unspezifisch angesehen werden konnten)
- Ergebnisse der Einschätzung durch eine Gruppe von insgesamt 149 Medizinern, die an einem Ausbildungsseminar über Notfallmedizin teilnahmen. Die Ärzte wurden dabei um eine Einstufung von 1 = sehr sinnvoll bis 5 = nicht sinnvoll und um zusätzliche Anregungen gebeten. (Die Einzel-Ergebnisse sind in dieser Publikation hier nicht aufgeführt). ■

Ein Teil der Interviews und der Auswertung wurde von Sybille Treukann durchgeführt. Wir danken ihr für ihr Engagement. Wir danken ebenfalls den Ärzten des 45. Seminarkongresses für Notfallmedizin der „Arbeitsgemeinschaft Intensivmedizin/Akademie für Notfallmedizin, Arnsberg“ für ihre Mitwirkung bei der endgültigen Formulierung der Regeln

Literatur:

- Felleiter P (1996) Qualitätsmanagement in der Luftrettung – Anwendungen am Beispiel einer Luftrettungsstation. *Der Notarzt* 12: 152-157
- Fiedler H, B Gasch, F Lasogga (1997) Umgang mit Schaulustigen. In: Bengel J (Hrsg.) *Psychologie in der Notfallmedizin und im Rettungsdienst*. Springer-Verlag, Berlin
- Gillmann H (1987) Die koronare Herzkrankheit. In: Gross, R, Schölmerich P, Gerok W (1987) *Lehrbuch der Inneren Medizin*. Schattauer-Verlag, Stuttgart (297-317)
- Grosser KD, V Homnath, HG Sieberth (1993) *Der internistische Notfall*. Schattauer-Verlag, Stuttgart
- Halhuber C (1987) *Notfälle in der inneren Medizin*. Verlag Urban und Schwarzenberg, München
- Huppmann G (1988) *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie*. Verlag Urban und Schwarzenberg, München
- Just, H u. H Jahrmärker (1988) *Herzinfarkt*. In Riecker G: *Therapie innerer Krankheiten*. Springer-Verlag, Berlin (40-59)
- Kaltenbach M (1989) *Krankheiten des Herzens*. In: Kühn HA u. Schirmeister J: *Innere Medizin*. Springer-Verlag, Berlin (630-709)
- Kochsiek K u. P Schanzenbächer (1991) *Akuter Myokardinfarkt*. In: Clas-

- sen M, V Diehl, K Kochsiek: *Innere Medizin*. Verlag Urban und Schwarzenberg, München (980-986)
- Lasogga F u. B Gasch (1997) *Psychische Erste Hilfe in Unfallsituationen*. Stumpf und Kossendey, Edewecht
- Lasogga F, B Gasch (1997) *Psychische Erste Hilfe*. In: Bengel J (Hrsg.) (1997) *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer-Verlag, Berlin (67-87)
- Loch, FC u. P Knutz (1995) *Notfallmedizin nach Leitsymptomen*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Oberländer W (1997) *Herzinfarkt*. *Medizin heute*: 30-31
- Roberts J u. JR Hedges (1985) *Clinical Procedures in Emergency Medicine*. Saunders, Philadelphia
- Schuster HP (1989) *Notfallmedizin*. Enke-Verlag, Stuttgart
- Schuster HP (1993) *Internistische Notfälle*. In: Gross R, Schölmerich P, Gerok W: *Die Innere Medizin*. Schattauer-Verlag, Stuttgart (1221-1232)
- Sörensen Th (1997) *Herzinfarkt – Einsatz für Christoph* 52. *Medizin heute*: 32-24
- Witzel K, H Hoppe, C Raschka (1998) *Der präklinische Notfalltransport – welche zusätzliche Belastung stellt er für den Patienten dar? Der Notarzt* 14: 27-31