

Differenzielle Betreuung von Notfallpatienten?

Eine Typologie als Diskussionsbeitrag

Autor:

Dipl.-Päd.

Harald Karutz

Gesundheits- und

Pflegewissen-

schaftliches

Institut St.

Elisabeth –

Studienzentrum

der Fachhoch-

schule für

Oekonomie &

Management,

Beethovenstr. 15,

D-45128 Essen,

h.karutz@

elisabeth-essen.de

Für die Psychische Erste Hilfe bei Notfallpatienten (PEH) wurde in den vergangenen Jahren bereits eine Vielzahl verschiedener Betreuungskonzepte entwickelt (2, 3, 4, 6, 7, 9). Während bei einigen Autoren allerdings ausdrücklich nur von allgemeinen Verhaltensanweisungen bzw. „Neunzig-Prozent-Regeln“ die Rede ist, deren Anwendung demnach in vielen, nicht aber allen Fällen sinnvoll und empfehlenswert sein kann (4), haben andere die theoretisch zwar gut begründete, letztlich aber wohl utopische Forderung nach einer differenziellen PEH erhoben, mit der individuell verschiedene Verhaltensmuster und Reaktionsweisen von Betroffenen stärker berücksichtigt werden sollen (9). Vor dem Hintergrund der hier bestehenden Problematik bzw. der noch ungeklärten Frage danach, wie differenziert Psychische Erste Hilfe tatsächlich geleistet werden kann (und geleistet werden muss!), enthält der folgende Beitrag neue Anregungen für eine Psychische Erste Hilfe, die auf der Zuordnung von Notfallpatienten in eine bislang nur ansatzweise entwickelte Typologie basiert.

Allgemeine oder differenzielle PEH?

Gasch und Lasogga – zwei „Väter“ der Psychischen Ersten Hilfe – weisen zweifellos zu Recht darauf hin, dass hundertprozentig gültige Aussagen zur PEH grundsätzlich nicht getroffen werden können: Bezug nehmend auf eine individuell exakt abgestimmte Betreuung sprechen sie sogar von einer Illusion, die sich u.a. deshalb nicht verwirklichen lässt, weil diese eine

Abb. 1:

Typologie I: ängstlich schweigender Notfallpatient



Abb. 2: Typologie II: überfordert-verwirrter Notfallpatient

viel zu umfassende psychologische Diagnostik voraussetzen würde, die im Notfallgeschehen schlichtweg nicht zu leisten ist. Ein weiteres Argument gegen eine zu starke Differenzierung einzelner Regeln für die Psychische Erste Hilfe ist im Übrigen die Tatsache, dass sich rasch sehr komplexe und unüberschaubare Regelwerke ergeben würden, die dann letztlich auch nicht mehr lehr-, lern- und anwendbar wären (4).

Einführung einer Patiententypologie als Kompromiss

Vor dem Hintergrund stark variierender Verhaltensweisen einzelner Notfallpatienten (1, 4, 5, 8, 9) stellt sich dennoch die Frage danach, ob eine maßvolle (!) Differenzierung von PEH-Konzepten nicht trotzdem sinnvoll ist, sofern potenzielle Anwender damit nicht überfordert würden.

Mit der Entwicklung und Einführung einer neuen Patiententypologie könnte hier möglicherweise ein sinnvoller Kompromiss gefunden werden, der u.U. eine deutlich differenziertere Hilfeleistung ermöglicht – und andererseits durchaus noch leicht vermittel- und anwendbar sein dürfte. Es würde nicht mehr nur angeregt werden, *was* prinzipiell betreuenerisch zu tun ist – sondern auch, *was* bei *wem* zu tun, d.h. welches Verhalten bei welchem Patiententyp angebracht ist.

Grundgedanke bei der Entwicklung einer solchen Patiententypologie ist die Überlegung, dass die in ihren Verhaltensweisen interindividuell durchaus stark variierenden Notfallpatienten zumindest in Gruppen ähnlich reagierender Personen zusammengefasst werden können, denen dann jeweils andere Betreuungsmaßnahmen bzw. Interventionsmöglichkeiten zuzuordnen sind. So wären in einer



auf diese Weise zu entwickelnden, derzeit sicherlich noch überarbeitungs- und erweiterungsbedürftigen „Typologie“ unter anderem folgende Patiententypen und Anregungen für die Psychische Erste Hilfe denkbar:

Der ängstlich schweigende Notfallpatient

Dieser Patiententypus (häufig ein Kind) verhält sich überwiegend passiv und traut sich kaum, etwas zu sagen oder sich zu bewegen. Er leidet unter massivsten Angstzuständen, und das äußerliche Schweigen darf keinesfalls als Gedankenlosigkeit interpretiert werden: Ganz im Gegenteil sind diese Patienten innerlich enorm angespannt und aktiv.

Die Interventionsmöglichkeit besteht hier vor allem im Versuch, dem Betroffenen Verständnis für seine Angst zu zeigen; nonverbale Zuwendung (Körper- und Blickkontakt, Gestik, Mimik!) scheint in diesem Zusammenhang besonders hilfreich. Ein Gesprächsangebot (nicht aber das Aufdrängen eines Gesprächs) ist sinnvoll. Im Hinblick auf die Informationsvermittlung über bevorstehende Maßnahmen und Behandlungstechniken ist große Vorsicht geboten – jede neue Information kann die ohnehin schon große Angst zusätzlich steigern!

Der überfordert-verwirrte Notfallpatient

Dieser Patiententypus (häufig ein älterer Patient) ist den Anforderungen der Situation nicht gewachsen. Er ist affektiv völlig blockiert und z.B. unfähig, auf Fragen des Helfers zu antworten („Wann haben Sie das letzte Mal etwas gegessen?“/„Was für ein Tag ist heute?“) und Anweisungen zu befolgen („Ziehen Sie bitte den Pullover aus!“). Hier besteht die Gefahr v.a. in einer Interpretation des Verhaltens als mangelnde Compliance des Betroffenen.

Der wichtigste Grundsatz für die Betreuung lautet hier: Geduldig sein! Der Patient braucht viel, sehr viel Zeit, um



Abb. 3:
Typologie III:
besorgt-erregter
Notfallpatient

auf Fragen zu antworten und Anweisungen zu befolgen – er kann beim besten Willen nicht schneller und darf auch nicht gedrängt werden. Stattdessen sollten Fragen und Anweisungen, aber auch einfache Informationen ruhig und häufig wiederholt werden. Nonverbale Zuwendung ist ebenfalls hilfreich.

Der besorgt-erregte Notfallpatient

Er spricht meist viel über die Dinge, die ihn zur Zeit bewegen: die Sorge um die Kinder (die evtl. allein zu Hause bleiben mussten), um das zerstörte Auto, die eventuelle Schuld an einem Verkehrsunfall etc.

Hier ist v.a. die nicht-direktive Gesprächsführung angebracht: Wichtig ist dabei, die Äußerungen des Betroffenen nicht (ab-) zu werten („Jetzt denken Sie mal nicht an das Auto – so schlimm war das doch gar nicht kaputt!“), sondern einführend zu verstehen, was den



Abb. 4:
Typologie IV:
panisch-hysterischer Notfallpatient

Betroffenen bedrückt („Sie sorgen sich um Ihr Auto? Das kann ich gut verstehen – das würde mir genauso gehen.“). Der gutgemeinte Versuch, den Betroffenen abzulenken bzw. auf andere Gedanken zu bringen, ist unangebracht: Er wird scheitern und stattdessen vermitteln, dass der Helfer den Betroffenen und seine Sorgen gar nicht versteht.

Der panisch-hysterische Notfallpatient

Er schreit, ist hochgradig erregt und hyperventiliert nicht selten. Wenn er könnte, würde er am liebsten ziellos und so schnell wie möglich davon laufen. Verbaler Kommunikation, d.h. sachlicher Argumentation, Informationsvermittlung oder gut gemeinter „Aufklärungsarbeit“ („Sie müssen jetzt ruhig atmen!“) ist dieser Patient meist nicht oder kaum zugänglich.

Wichtig hierbei: Den Betroffenen schnellstmöglich abschirmen und alle äußeren Einflüsse auf ein Minimum reduzieren (Transport in den RTW!). Es empfiehlt sich, verbal ruhig (!) und nonverbal deutlich spürbar auf den Patienten einzuwirken. Gleichzeitig wird konsequent und zielstrebig die medizinische Therapie durchgeführt. Eine medikamentöse Sedierung ist mitunter nicht zu vermeiden.

Diskussion

Dass jegliche Typisierung von Menschen zweifellos auch erhebliche Gefahren beinhaltet, liegt natürlich auf der Hand: So könnte die Zuordnung in „Schubladen“ dazu führen, wichtige Hinweise auf individuell unterschiedliche Belastungsfaktoren zu übersehen und somit notwendige Interventionen zu unterlassen. Die falsche Zuordnung in eine unangebrachte Typ-Klasse könnte möglicherweise sogar zu betreuerischen Fehlern führen, die durch die alleinige Anwendung allgemeingültiger Regeln sicherlich nicht entstanden wären.

Dennoch gilt: Auch Schmerzen im Brustkorb werden zunächst wie ein Herzinfarkt behandelt, d.h. man rich-

tet sich in den (seit Jahren bewährten) Strategien für die medizinische Versorgung von Notfallpatienten ohnehin meist nur nach (einigen wenigen) Leitsymptomen. Warum soll also nicht auch nach Leitsymptomen (hier: den entsprechenden Typklassen) Psychische Erste Hilfe geleistet werden?

Ausblick

Was für die sinnvolle Anwendung einer Patiententypologie natürlich unabdingbar notwendig sein würde, ist die vermutlich durchaus schwierige Vermittlung von sehr konkreten Hinweisen bzw. Indikatoren, nach denen Helfer ihre Patienten auch unter den ungünstigen Rahmenbedingungen einer Notfallsituation möglichst rasch und korrekt einer Typklasse zuordnen könnten.

Ebenfalls noch zu klären wäre, wie viele Typklassen überhaupt eingeführt werden können, um einerseits die Bemühungen um eine differenziertere (wohlgemerkt nicht differenzielle!) Psychische Erste Hilfe voranzubringen, ohne dass – andererseits – das Hilfspersonal dadurch schon überfordert ist und zugleich auch die Vermittelbarkeit der gesamten Patiententypologie von vornherein verunmöglicht wird. ■

Literatur:

1. Frommberger U/Lasogga F (1997): Psychische Situation und Reaktionen von Unfallpatienten. In: Bengel, Jürgen (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin/ Heidelberg/New York/Barcelona/Budapest/Hongkong/London/Mailand/Paris/Santa Clara/Singapur/Tokio, S. 23-38
2. Gasch B/Lasogga F (1999): Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt. Teil 1: Interview-Ergebnisse im Überblick. In: Rettungsdienst 22, S. 305-309
3. Gasch B/Lasogga F (1999): Psychische Erste Hilfe (PEH) beim akuten Herzinfarkt. Teil 2: Diskussion + Praxis-Regeln. In: Rettungsdienst 22, S. 398-401
4. Gasch B/Lasogga F (2000): Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. 2., überarb. Aufl., Edewecht/Wien
5. Hannich H-J (1997): Psychologie der Notfallsituation. In: Bengel, Jürgen (Hg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin/Heidelberg/New York/Barcelona/Budapest/Hongkong/London/Mailand/Paris/Santa Clara/Singapur/Tokio, S. 3-21
6. Karutz H (1999): KASPERLE: Psychische Erste Hilfe bei Kindern. In: Rettungsdienst 22, S. 1008-1012
7. Karutz H (2001): Psychische Erste Hilfe bei Kindern in akuten Notfallsituationen. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Duisburg
8. Nyberg E/Mayer M/Frommberger U (2000): Erleben der präklinischen Versorgung nach einem Verkehrsunfall. Bergisch-Gladbach (=Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, Heft M 117)
9. Remke S (1995): Erlebnisreaktion des Verletzten zwischen Unfall und stationärer Behandlung – Möglichkeiten psychischer Erster Hilfe. Unveröff. Diss., Universität Leipzig