

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER
INTENSIVPFLEGE**

19. März 2012 bis 14. September 2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Myocardinfarkt

vorgelegt von: Sandra Gutternig

BKH Lienz

Interne Intensiv

begutachtet von: Kornelia Fiausch, MAS

LKH Villach

Pflegedienstleitung

Juli/2012



Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

[Unterschrift des Verfassers/ der Verfasserin einzufügen!]

Ort, Datum

KURZZUSAMMENFASSUNG

In der folgenden Abschlussarbeit wird das Thema Myokardinfarkt behandelt. Die Arbeit beginnt mit einer kurzen Vorstellung der Intensivstation des Bezirkskrankenhauses-Lienz in Osttirol, dem Arbeitsplatz der Verfasserin. Danach wird der Herzinfarkt mit seinen Symptomen und Ursachen sowie den Risikofaktoren im Allgemeinen beschrieben. Zusätzlich wird auch noch ein Einblick in die Diagnostik und die therapeutischen Verfahren gegeben. Der Hauptteil bezieht sich auf das Leben nach dem Herzinfarkt, indem zuerst auf die Rehabilitation und die psychische Situation eingegangen wird. Anschließend werden praktische Tipps zur Verbesserung des Lebensstils nach einem Herzinfarkt dargestellt und es wird auf häufig auftretende Fragen seitens der Patienten eingegangen. Am Ende des Hauptteils werden noch die Themen familiäre Beziehung und Beruf und soziale Stellung erörtert.

Nach Abschluss der gesamten Arbeit ist zusätzlich noch die Erstellung eines Folders geplant, der den Herz-Patienten der Intensivstation des Bezirkskrankenhauses-Lienz zur Verfügung gestellt werden soll.

Die gesamte Arbeit wurde anhand intensiver fachlicher Literatur- und Internetrecherche erstellt und soll als Informationsquelle sowohl Pflegepersonal, als auch Patienten zur Verfügung stehen.

INHALTSVERZEICHNIS

0.	VORWORT	7
1.	EINLEITUNG	8
2.	VORSTELLUNG DER INTENSIVSTATION DES BKH LIENZ	9
3.	DER HERZINFARKT	10
3.1.	Anatomie des Herzens	10
3.2.	Definition	11
3.3.	Krankheitsentstehung	11
3.4.	Risikofaktoren	12
3.5.	Symptome	14
3.6.	Therapie	14
3.7.	Labordiagnostik	15
3.8.	Echokardiographie	16
3.9.	Coronarangiographie (CAG)	16
3.9.1.	Rechtsherzkatheter (RHK):	16
3.9.2.	Linksherzkatheter (LHK):	17
3.10.	Therapeutische Maßnahmen	17
3.10.1.	PTCA	17
3.10.2.	Stent Implantation	18
3.10.3.	Der Bybass	20
4.	DAS LEBEN NACH DEM HERZINFARKT	21
4.1.	Rehabilitation	21
4.2.	Psychische Situation	23
4.3.	Tipps zum richtigen Lebenswandel	25
4.3.1.	Der Bluthochdruck	25
4.3.2.	Der Diabetes	26

4.3.3.	Nikotin	27
4.3.4.	Stress	28
4.3.5.	Bewegung	29
4.3.6.	Sexualität	30
4.3.7.	Ernährung	31
4.3.8.	Laufen	33
4.3.9.	Schwimmen.....	33
4.3.10.	Radfahren	34
4.3.11.	Skifahren.....	34
4.3.12.	Sauna.....	34
4.3.13.	Autofahren	34
4.3.14.	Flugreisen	35
4.3.15.	Höhenorte	36
4.3.16.	Zahnarztbesuche und Operationen.....	36
4.4.	Familiäre Beziehung.....	37
4.5.	Beruf und soziale Stellung.....	37
5.	ERSTELLUNG EINES FOLDERS	38
6.	ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT	39
7.	LITERATURVERZEICHNIS	40

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Die Anatomie des Herzens	10
Abbildung 2: Percutane Transluminale Coronare Angioplastie (PTCA)	18
Abbildung 3: Stentimplantation	18
Abbildung 4: Herzinfarkt vor Setzen eines Stents	19
Abbildung 5: Herzinfarkt nach Setzen eines Stents	19
Abbildung 6: Bypassmöglichkeiten	20
Abbildung 7: Schluss mit der Zigarette!	27
Abbildung 8: Das ist der innere Schweinehund und diesen gilt es zu bekämpfen	29
Abbildung 9: So sollte eine optimale Ernährung bei einem Herzpatienten aussehen	32

0. VORWORT

Seit Juni 2007 arbeitet die Verfasserin dieser Arbeit auf der Internen Intensivstation im BKH Lienz. Bei der Arbeit ist sie fast täglich mit dem Thema Myocardinfarkt konfrontiert.

Das Pflegepersonal des gehobenen Dienstes ist für die Betroffenen und deren Angehörigen meist die erste Anlaufstelle, weshalb für diese ein solides Grundwissen sehr wichtig ist, um den Patienten und deren Angehörigen plausible Erstauskünfte geben zu können. Es ist jedoch erkennbar, dass vielen Patienten die Einsicht fehlt, die Lebensweise der Krankheit entsprechend anzupassen. Der Hauptgrund dafür ist wahrscheinlich der, dass ein Myokardinfarkt bald nach der Diagnose nicht mehr wirklich spürbar ist. Die Worte „es ist eh nicht so schlimm, es geht mir schon wieder gut“, sind leider immer öfter von den Patienten zu hören. Gerade deshalb hat die Verfasserin dieser Arbeit das Thema „Ein Leben nach dem Herzinfarkt“ für ihre Abschlussarbeit gewählt.

Ein besonderer Dank gilt Fr. Kornelia Fiausch, MAS vom LKH Villach für die Betreuung dieser Abschlussarbeit sowie für viele wichtige und hilfreiche Informationen.

Die Verfasserin möchte sich außerdem bei ihrer Familie und ihren Freunden bedanken, die ihr während der Erstellung dieser Arbeit jede Menge Geduld entgegengebracht haben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die Verwendung von geschlechtsspezifischen Bezeichnungen, zum Beispiel „Patient/Patientin“ verzichtet. Die Bezeichnung Patient gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

1. EINLEITUNG

„Das Herz ist die leibliche und die psychische, auch die mythische Mitte unseres Lebens, der Motor des Daseins, das gefühlte Zentrum des Ichs, der Seele und der Leidenschaft. Herz und Gefühle, Liebe, Freude und Schmerz gehören für uns zusammen. Über alle Grenzen hinweg besteht hier ein seltener Gleichklang der Kulturen seit Anbeginn. Seit jeher hat das Herz die Phantasie des Menschen beschäftigt, galt es ihnen als Symbol des Lebens und der Stärke“ (Grönemeyer 2010, S 17).

Jährlich sterben in Österreich tausende Menschen an, den Folgen eines Herzinfarktes. Mittlerweile ist diese Erkrankung gut behandelbar und ein Leben danach kann für die Patienten durchaus lebenswert sein. Natürlich sind gewisse Einschränkungen in der Lebensweise zu beachten, trotzdem soll den Patienten bewusst gemacht werden, dass sie auch nach einem Infarkt nahezu ein Leben wie jeder Andere führen können. Da die Betroffenen bald nach der Behandlung des Herzinfarktes aufgrund der heutigen medizinischen Möglichkeiten keinen, beziehungsweise nur mehr einen leichten Schmerz verspüren, fehlt oft die Einsicht, sich von alten „Gepflogenheiten“ zu trennen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage für diese Abschlussarbeit:

In wie weit wird das Leben nach einem Myokardinfarkt beeinträchtigt und wie kann den Betroffenen bewusst gemacht werden, dass kein Schmerz nicht gleich keine Krankheit bedeutet?

2. VORSTELLUNG DER INTENSIVSTATION DES BKH LIENZ

Das Allgemein Öffentliche Bezirkskrankenhaus in Lienz wurde 1931 in der Emanuel von Hibleystraße eröffnet. Das Krankenhaus, welches über 370 Betten verfügt, ist mit seinen 739 Mitarbeitern der zweitgrößte Arbeitgeber in Osttirol (Stand 2010) (vgl. www.kh-lienz.at, 2012-06-05, 21:10).

Die Herzüberwachungsstation entstand schon in den 60er Jahren. In den 80er Jahren konnte bereits das Leistungsspektrum vergrößert werden und somit entstand die Medizinische Intensivstation, an welcher die Verfasserin seit 5 Jahren tätig ist. Maschinelle Beatmung, Nierenersatzverfahren, Permanent Implantierter Herzschrittmacher, Coronarangiographie und vieles mehr, konnte an die rasche Entwicklung angepasst werden. Eine ständige Aus- und Weiterbildung der dort beschäftigten Ärzte und des Pflegepersonals wurde gewährleistet, sodass heute die Mitarbeiter an der Intensivstation über die Qualifikation des Intensivkurses beziehungsweise zusätzlich zur Facharztausbildung für Innere Medizin auch noch die Ausbildung zum Facharzt für Interne Intensivmedizin verfügt. Aufgrund der Mitwirkung des Personals der Medizinischen Intensivstation wurde im Jahr 2000 der „Herzkatheterbetrieb“ aufgenommen. In weiterer Folge wurde im Jahre 2004 die Stroke Unit (Schlaganfalleinheit) mit zwei Betten implementiert (vgl. www.kh-lienz.at, 2012-06-05, 21:30).

Die Interne Intensivstation verfügt über:

- 6 Intensivbetten davon 3 Beatmungsmöglichkeiten
- 2 Stroke Unit Betten

Die 5 Hauptdiagnosen dieser Station sind:

- Myocardinfarkt
- Schlaganfall
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- Akutes Nierenversagen
- Pankreatitis

Unter den 5 Diagnosen befindet sich der Herzinfarkt, weshalb sich die Verfasserin der Arbeit für dieses Thema entschieden hat.

3. DER HERZINFARKT

Dieses Kapitel setzt sich zusammen aus der Anatomie, Definition, Krankheitsentstehung, Risikofaktoren, Symptome, Diagnostik und den therapeutischen Maßnahmen bei einem Herzinfarkt.

3.1. Anatomie des Herzens

Wie sich in der folgenden Abbildung zeigt, besteht das Herz aus einer linken und rechten Herzhälfte. Die rechte sowie die linke Hälfte bestehen aus einem Vorhof (dieser sammelt Blut aus dem Körper oder der Lunge) und jeweils einer Kammer (diese erhalten das Blut aus den Vorhöfen und pressen es in den Körperkreislauf beziehungsweise in den Lungenkreislauf). Die beiden Herzkammern haben je einen Ausgang und einen Eingang. Damit das Blut immer in die richtige Richtung fließt, ist ein spezielles Klappensystem vorhanden (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell 2001 S 626 f).

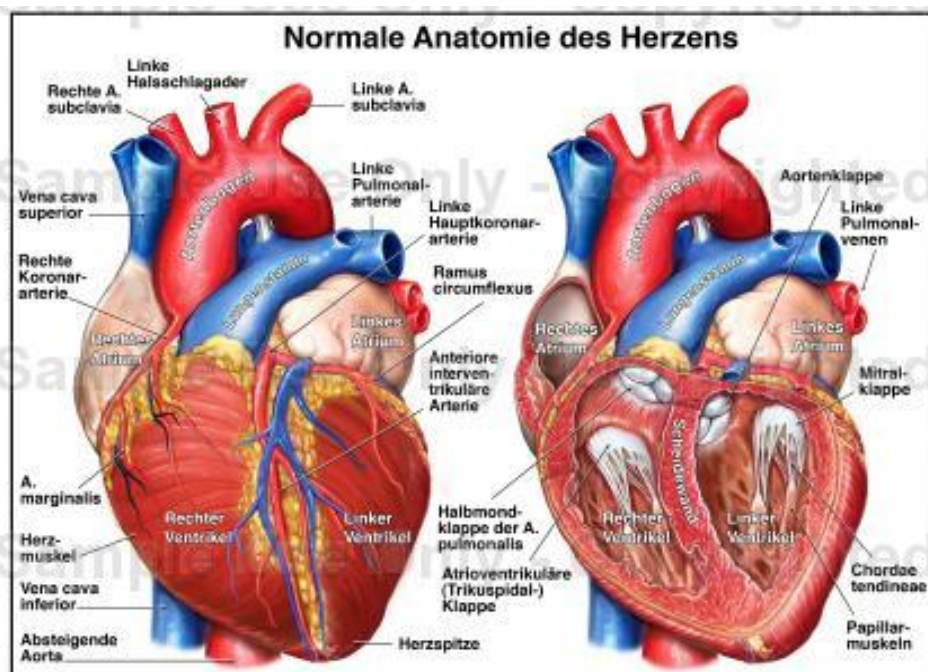


Abbildung 1: Die Anatomie des Herzen (catalog.nucleusinc.com).

3.2. Definition

„Herzinfarkt (Myokardinfarkt): Akute und schwerste Manifestation der Koronare Herzkrankheit mit umschriebener Nekrose (Gewebsuntergang) des Herzmuskelgewebes infolge einer Ischämie (Mangeldurchblutung).“ (Menche, Bazlen, Kommerell 2001, S 647)

In Österreich werden jährlich circa 24.000 Herzinfarkte registriert, wovon in etwa die Hälfte ein sogenanntes akutes Koronarsyndrom, in der Fachsprache instabile Angina pectoris genannt, darstellt. In Österreich sind 53% aller Todesfälle auf eine Herz-Kreislaufkrankung zurückzuführen (vgl. www.sanofi.at, 16.01.2012, 18:47 Uhr)

In Deutschland gehört der Herzinfarkt zu den häufigsten Todesursachen, schon vor Erreichen des Krankenhauses sterben 20-30% der Patienten (vgl. Larsen 2007, S 763).

3.3. Krankheitsentstehung

Ein Infarkt entsteht in 80% der Fälle durch einen Verschluss der Koronararterien. Dieser Verschluss erfolgt durch einen Thrombus, der sich im Bereich einer Gefäßstenose entwickelt: dadurch kann das distale Gewebe des Verschlusses nicht mehr ausreichend durchblutet werden, was zur Folge hat, dass dieser Gefäßabschnitt auch nicht mehr mit Sauerstoff versorgt wird. Dauert dieser Verschluss länger als 3 bis 6 Stunden bildet sich eine irreversible Nekrose des betroffenen Gewebes. Es wird zwischen dem transmuralen Herzinfarkt, wo alle Wandschichten beteiligt sind und der Patient eine schlechtere Prognose hat und dem nicht transmuralen Infarkt, wo sich die Nekrose auf Teilschichten begrenzt, unterschieden. Weiteres wird auch noch unterschieden zwischen: **Vorderwandinfarkt**: dies sind Infarkte die den Ramus interventricularis anterior der linken Koronararterie betreffen und dem **Hinterwandinfarkt**: dort sind die rechte Koronararterie oder der Ramus circumflexus der linken Koronararterie verschlossen (vgl. Menche, Bazlen, Kommerell 2001, S 647).

3.4. Risikofaktoren

Unterschiedlichste Faktoren können die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes erhöhen. Das größte Risiko ist immer noch **das Alter**, denn der Körper ist einem nicht umkehrbaren Alterungsprozess ausgesetzt. Wie viele andere Organe verliert auch der Herzmuskel im späteren Verlauf des Lebens einiges seiner Leistungskraft. Zweifellos, wenn nicht gerade genetisch bedingt, kann man durch eine gesunde Lebensweise auch dieses Risiko reduzieren (vgl. Koch 2011, S 192).

Wie schon erwähnt, spielt neben dem Alter, die **genetische Veranlagung** eine große Rolle. Wenn in der Familiengeschichte Herzerkrankungen bekannt sind, sollte das eine Warnung sein. Deshalb ist es umso wichtiger, die persönlichen Risiken zu erkennen und versuchen zu minimieren (vgl. Koch 2011, S 193).

Ein weiterer Risikofaktor ist der **Bluthochdruck**. Mit zunehmendem Alter oder auch durch hormonelle Einflüsse verringert sich die Elastizität der Blutgefäße. Es entsteht ein höherer Druck im System, der auf Dauer die empfindliche Innenhaut der Gefäße beschädigt (vgl. Koch 2011, S. 194 f).

Bei regelmäßigem **Alkoholgenuss** steigt der Blutdruck und somit zählt auch der Alkoholkonsum zu den Risikofaktoren. Gegen ein oder zwei Gläschen Wein oder Bier ist allerdings nichts einzuwenden (vgl. Koch 2011, S. 198).

Wie schon Paracelsus sagte: „Dosis sola venenum facit“, auf Deutsch: „Die Dosis macht das Gift“ (www.sprichwoerter.woxikon.de, 18.05.2012, 21:35 Uhr)

Jede Art und jede Menge von **Nikotin** ist schädlich, egal ob es aktives oder passives Rauchen ist. Rauchen führt nicht nur zu einem Herzinfarkt, sondern es besteht auch ein hohes Risiko, an Blasenkrebs, Demenz, Hirnleistungsstörungen, Osteoporose, Erektionsstörungen, Leukämie und anderen Krebskrankheiten zu erkranken. Die gute Nachricht ist, wenn man es schafft, das Rauchen aufzugeben, erholt sich das Herz sehr rasch. (vgl. Koch 2011, S. 203 f).

Durch Insulinmangel oder verminderte Insulinempfindlichkeit des Körpers kommt es zu einer chronischen Störung des Zuckerstoffwechsels mit Erhöhung des Blutzuckerspiegels (vgl. Pflege Heute S. 852). Dies wird **Diabetes Mellitus** oder auch Zuckerkrankheit genannt. Diabetes wirkt zerstörend auf die Gefäße. So können zum Beispiel in den Herzkranzgefäßen Entzündungen, Fettablagerungen oder kleine Thrombosen entstehen. Diese Thrombosen wiederum stören die Durchblutung und es kann zu einem Herzinfarkt kommen (vgl. Koch 2011, S. 200).

Über die Rolle des **Cholesterins** ist lange und kontrovers diskutiert, gestritten und geforscht worden. Heute ist bekannt, dass Störungen im Fettstoffwechsel und eine Überschwemmung des Blutes mit zu hohem Cholesterin Schäden an den Arterienwänden verursachen und Arteriosklerose entsteht. Somit steigt das Risiko an einem Herzinfarkt zu erkranken. Eine große Rolle spielt die Aufnahme zu vieler tierischer Fette (vgl. Koch 2011, S. 206 ff).

Leichter gesagt als getan ist es, den „**Stress abzubauen**“. Keiner begibt sich freiwillig in Stresssituationen, doch gerade wenn der Körper unter ständiger Anspannung steht, schüttet er Hormone wie Adrenalin und Kortison aus und diese lassen den Blutdruck stark ansteigen. Helfen können hier verschiedenen Entspannungsübungen, vor allem aber die Änderung der inneren Einstellung den Stresssituationen gegenüber. Eine gewisse Gelassenheit ist nichts Schlechtes (vgl. Koch 2011, S 198).

Ebenfalls ein Risikofaktor ist das **Übergewicht**, das den Blutdruck und auch den Blutzucker in die Höhe treibt. Denn wer übergewichtig ist, trägt seine „Speckpölsterchen“ nicht nur außen am Körper sondern auch innen im Bauchraum sind diese ungesunden Fettansammlungen zu finden. Einige Kilos abzunehmen genügt manchmal schon um den Druck in den Normalbereich abzusenken (vgl. Koch 2011, S 197 f).

3.5. Symptome

Bei fast allen Patienten treten starke retrosternale Schmerzen auf sowie ein Druck- und Engegefühl hinter dem Brustbein. Patienten beschreiben dies oft, als würde ein Elefant auf ihrem Brustkorb sitzen und klagen über Todesängste (Meinung des Verfassers). Am häufigsten strahlen diese Schmerzen in den linken Arm aus. Es gibt auch untypische Anzeichen, vor allem bei jüngeren Patienten, wo die Schmerzen in den Bauchraum, Kiefer oder Rückenbereich ausstrahlen. Dies wird oft nicht gleich als Infarkt gedeutet, was gefährlich werden kann. Bei einem Fünftel der Betroffenen zeigen sich nur leichte bis gar keine Symptome, dies wird auch als „stummer Herzinfarkt“ bezeichnet. Davon sind insbesondere Diabetiker und ältere Menschen betroffen (vgl. Grönemeyer 2010, S 219).

Weitere mögliche Symptome sind:

- Übelkeit und Erbrechen
- blasse, fahl-graue Gesichtsfarbe
- kalter Schweiß im Gesicht
- durch die Todesangst bis zur Fremdheit verzerrter Gesichtsausdruck
- Dyspnoe, die zum Hinsetzen zwingt
- plötzlicher Kreislaufzusammenbruch (vgl. Grönemeyer 2010, S 219 f)

3.6. Therapie

Die Therapie hängt vom Stadium und von der Lokalisation der Einengung ab und ist daher sehr unterschiedlich. Neben allgemeinen Maßnahmen wie Ernährungsumstellung, Bewegungstherapie und Gewichtsreduktion sowie einer gezielten Medikation, sind auch lokaltherapeutische Eingriffe wie zum Beispiel Stentimplantation oder Bypassoperationen notwendig (vgl. Grönemeyer 2010, S. 191).

3.7. Labordiagnostik

Neben der körperlichen und der radiologischen/kardiologischen Untersuchung gehört auch die genauere Analyse von Blut und Urin im Labor zur Herz-Kreislauf-Diagnostik.

Durch strukturelle Marker, unspezifische Entzündungsreaktionen und spezifische Herzenzyme kann ein akuter Infarkt nachgewiesen werden (vgl. Larsen 2007, S 765).

Grönemeyer beschreibt 2010 in seinem Buch folgende Werte als relevant:

High density Lipoprotein (HDL): ist das sogenannte „gute“ Cholesterin. Es transportiert Fett und Eiweiß zum Abbau in die Leber.

Low density Lipoprotein (LDL): bindet sich an die Gefäßwand und erhöht somit das Arterioskleroserisiko. Für die Veränderung gibt es andere verschiedene Ursachen, wie zum Beispiel familiäre Veranlagung, Stoffwechselstörung, Übergewicht und Alkoholmissbrauch.

Creatin Kinase (CK): erhöht sich, wenn bei einem Herzinfarkt Muskelzellen absterben. Leider ist dieser Wert wenig aussagekräftig, da er auch bei Infektionen, Muskelquetschungen oder nach starker sportlicher Belastung erhöht ist.

Troponin (TNT): ein spezifisches Eiweiß, dessen Erhöhung im Blut selbst bei einem normalen Elektrokardiogramm auf einen Herzinfarkt hinweisen kann. Bereits drei Stunden nach dem Ereignis ist der Troponin-Wert messbar. Nach ca. 20 Stunden erreicht dieser seinen Höhepunkt.

B-Typ Natriuretisches Peptid (NT-BNP): diese Bestimmung ist ein Standardverfahren. Es ist ein Vorläuferhormon, das in den Herzkammern freigesetzt wird. Mit diesem Wert lassen sich der Schweregrad und eine Prognose der Herzinsuffizienz abschätzen. Er wird zur Therapie und zur Verlaufskontrolle eingesetzt.

Blutzucker: ein erhöhter Wert kann auf ein Diabetes Mellitus hinweisen, der zu den Risikofaktoren eines Herzinfarktes gehört. Kann auch im Urin nachgewiesen werden (vgl. Grönemeyer 2010, S. 305 ff).

3.8. Echokardiographie

Die Echokardiographie ist eine Ultraschall-Untersuchung des Herzens. Die bildhafte Darstellung der Herzaktion kann dabei von außen, also auf der Vorderseite des Brustkorbs kontrolliert werden (vgl. www.netdoctor.at).

Es gibt verschiedene Arten der Echokardiographie:

bei der **Duplex Sonographie**, auch **Farb-Doppler** genannt, kann man nicht nur den Blutfluss kontrollieren, sondern mit einer Farbcodierung arterielles und venöses Blut sichtbar machen.

Bei einer **Transthorakale Doppler Echokardiographie (TTE)** wird die Anatomie und die Funktion des Herzens von außen untersucht. Es wird mit dem Schallkopf über dem Brustkorb (Thorax) geschallt und somit die Herzklappen, Muskulatur, Herzkammern und das Schlagvolumen beurteilt.

Eine weitere Art der Echokardiographie ist die **Transösophageal Dopplerechokardiographie (TEE)**. Dabei wird der Schallkopf über die Speiseröhre (Ösophagus) direkt hinter das Herz, ähnlich einer Gastroskopie (Magenspiegelung) eingeführt. Mit dieser Untersuchung werden die Funktion der Herzklappen beurteilt, es werden aber auch Herzmuskelerkrankungen, pathologische Veränderungen der Gefäße, Flüssigkeitsansammlung des Herzbeutels, Blutgerinnsel in den Hohlräumen oder Tumore erkannt (vgl. Grönemeyer 2010, S. 337f).

3.9. Coronarangiographie (CAG)

Es handelt sich dabei um ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Blutgefäße und es dient zur Feststellung von Gefäßmissbildungen, Gefäßerkrankungen und Gefäßverengungen (vgl. Grönemeyer 2010, S. 313).

Es gibt zwei Untersuchungsmöglichkeiten der CAG:

3.9.1. Rechtsherzkatheter (RHK):

Mit dieser Methode wird das rechte Herz und der Lungenkreislauf untersucht. Dabei punktiert der Arzt unter sterilen Bedingungen (wie im OP) eine Vene in der Leiste mit einer speziellen Einführkanüle. Nach der Punktion wird die Nadel entfernt und über die noch befindliche Kanüle wird der Führungsdraht eingeführt. Diese Methode wird auch Seldinger

Methode (wie beim Zentralvenösen Katheter) genannt. Unter Röntgenkontrolle führt der Arzt den Katheter über das Gefäßsystem bis in die rechte Kammer und in die Lungengefäße ein. Nach Entfernung der Führungssonde kann der Arzt über den Katheter Kontrastmittel einspritzen, Blut abnehmen oder auch die Drücke in der rechten Herzkammer oder Lungenschlagader messen (vgl. www.netdoctor.at, 06.05.2012, 19:26 Uhr).

3.9.2. Linksherzkatheter (LHK):

Hier wird die linke Herzhälfte untersucht. Dies wird unter der gleichen Bedingung wie beim RHK durchgeführt. Der Unterschied besteht darin, dass der Arzt eine Arterie in der Leiste punktiert und den Katheter in die linke Herzkammer einführt. Um die Herzkranzgefäße darzustellen (CAG), wird der Katheter am rechten bzw. linken Herzkranzgefäßabgang positioniert. Unter Röntgenkontrolle wird Kontrastmittel gespritzt um die Herzkranzgefäße am Monitor sichtbar zu machen (vgl. www.netdoctor.at, 06.05.2012, 19:26 Uhr).

3.10. Therapeutische Maßnahmen

Im Rahmen einer CAG kann der Arzt auch therapeutische Maßnahmen durchführen. Zu diesen Maßnahmen zählen:

- ▲ Percutane Transluminal Coronare Angioplastie (PTCA)
- ▲ Stent Implantation

3.10.1. PTCA

Hiermit werden verengte Koronararterien (Herzkranzgefäße) erweitert, dieses Verfahren wird auch Ballonangiographie oder Ballondilatation genannt. Während des Herzkatheter-Eingriffs wird der Ballonkatheter entlang des Führungsdrahtes bis zur Engstelle im Herzkranzgefäß vorgeschoben. Über den Katheter spritzt der Arzt Röntgen-Kontrastmittel und kontrolliert so die Position des Ballons am Bildschirm. Mit einem Gemisch aus physiologischer Kochsalzlösung und Kontrastmittel wird der Ballon nur für etwa 60 Sekunden aufgebläht, um die Gefäßstenose aufzudehnen. Dieser Vorgang muss mehrfach wiederholt werden. Das PTCA Verfahren nutzt die Elastizität der Gefäße aus. Die Ablagerungen und Verkalkungen werden durch das Aufblähen des Ballons in die Gefäßwand hineingepresst. Zu 90% gelingt es bei einer PTCA, die Verengungen zu

verringern und die Durchblutung wieder normal herzustellen. Da sich die Koronaren aber erneut verengen können, wird die PTCA oft mit einer Stent Implantation kombiniert (vgl. www.netdoctor.at, 06.05.2012, 19:32 Uhr).

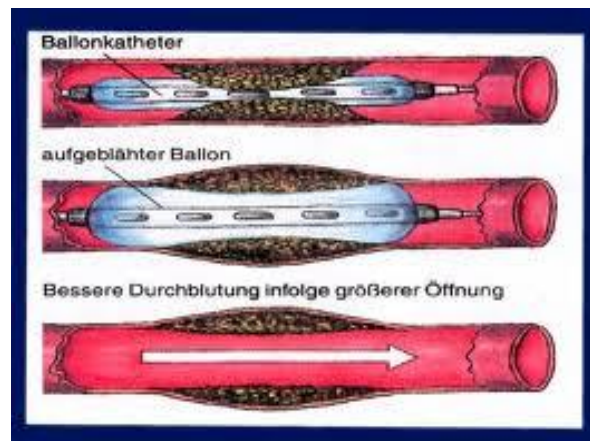


Abbildung 2: PTCA (www.gefaesserkrankungen.de)

3.10.2. Stent Implantation

Ein Stent ist eine kleine, gitterförmige Gefäßstütze, die bei der Aufdehnung von verengten Koronararterien eingesetzt wird. Stents stabilisieren die Gefäßwand mechanisch und es gibt verschiedene Arten davon.

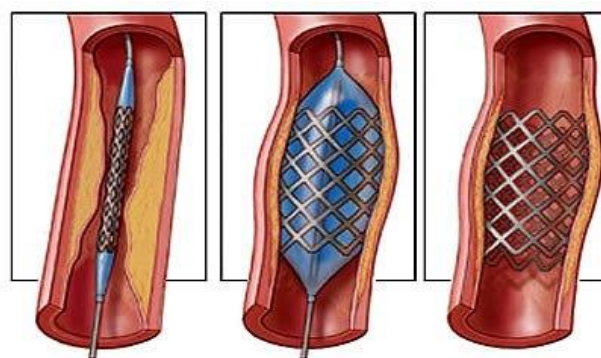


Abbildung 3: Stentimplantation (www.cardiolabel.com)

a. Selbstentfaltender Stent

Der Stent wird bei der CAG im nicht entfaltenen Zustand in das verengte Gefäß eingebracht, danach wird die darüber liegende Plastikhülle zurückgezogen und der Stent entfaltet sich.

b. Ballon expandierender Stent

Der Stent befindet sich im nicht entfalteten Zustand auf dem Ballonkatheter. Liegt der Ballonkatheter vor der Stenose, wird er über seine elastische Grenze hinaus gedehnt, um so seine Form nach der Ballondehnung zu erhalten.

c. Medikament beschichteter Stent

Dieser Stent ist mit einem Medikament beschichtet, wird im Gefäß platziert und gibt über einen bestimmten Zeitrahmen eine Wirkstoffmenge ab (vgl. www.netdoctor.at, 06.05.2012, 19:37 Uhr).

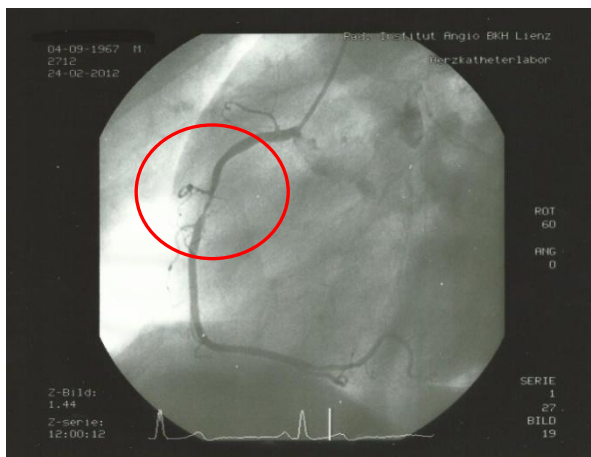


Abbildung 4: Herzinfarkt vor Setzen eines Stents

(Herzkatheterlabor BKH Linz)

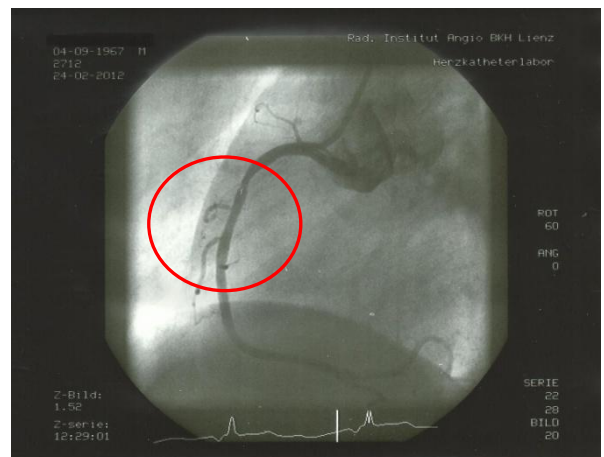


Abbildung 5: Herzinfarkt nach Setzen eines Stents

(Herzkatheterlabor BKH Linz)

Die Patienten haben in der Akutphase sehr starke Schmerzen. Da aber die heutigen medizinischen Möglichkeiten so weit fortgeschritten sind, sind diese Schmerzen oft nur von kurzer Dauer. Auch äußerlich ist das Krankheitsbild nicht erkennbar, sodass leider vielen Patienten ihre Krankheit nicht bewusst wird. Da manche keine Vorstellung haben, wie sich ein Herzinfarkt auswirkt, lässt erst der Ausdruck von Herzkatheteruntersuchungen, wie in Abbildung 2 und 3 abgebildet, den Patienten die Ernsthaftigkeit eines Infarktes erkennen (Meinung des Verfassers).

3.10.3. Der Bypass

In der Herzchirurgie dient die Bypass Operation zur Überbrückung eines hochgradig verengten Herzkranzgefäßes (Koronargefäß).

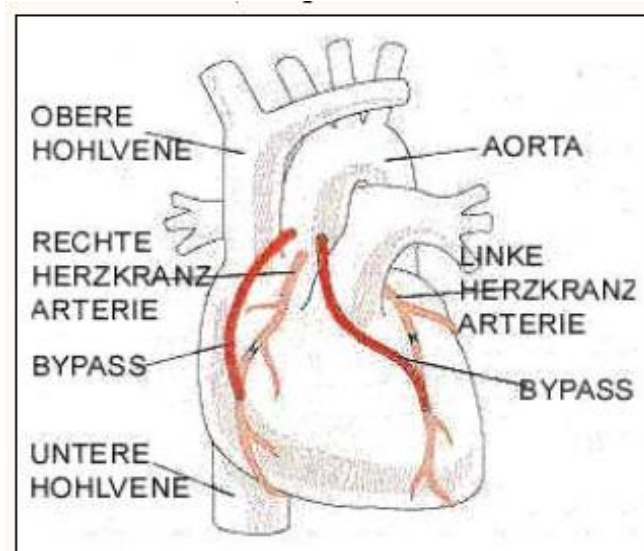


Abbildung 6: Bypassmöglichkeiten (www.cardiothoracic.at)

Indikation für einen koronaren Bypass besteht, wenn mehr als zwei für Sauerstoff- und Nährstoffversorgung des Herzens verantwortliche Hauptäste der Herzkranzgefäße von langstreckigen Einengungen betroffen sind, der Hauptstamm der Koronararterie verengt ist und dort eine Katheterbehandlung beziehungsweise Stentimplantation nicht mehr durchführbar ist. Bei der Verlegung des Bypasses werden meist körpereigene Arterien und Venen aus Beinen oder Unterarmen verwendet. Spendergefäße von Verstorbenen sind seltener, synthetische Gefäßprothesen werden nur in absoluten Ausnahmefällen verwendet.

Mit dem gewonnenen Teilstück (Arterie oder Venen) wird dann von der herznahen Hauptschlagader bis zum betroffenen Herzkranzgefäß verbunden.

Die Bypass Operation wird nach der Durchtrennung des Brustbeines am offenen, stillgelegten Herzen durchgeführt. Der Patient wird während dieser Operation an die Herzlungenmaschine angeschlossen.

Je nach Allgemeinzustand des Patienten werden mittlerweile auch schon Bypass-Operationen ohne Anschluss an die Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Auch endoskopische Operationen, ohne Eröffnung des Brustbeins, sind schon gängig. Abhängig jedoch Anzahl der Bypässe und dem Allgemeinzustand des Patienten (vgl. Grönemeyer 2010, S. 318 ff).

4. DAS LEBEN NACH DEM HERZINFARKT

„Ein Herzinfarkt ist ein einschneidendes Erlebnis. Es macht bewusst, dass das Leben endlich ist. Wie aber soll man nach dem Infarkt weiterleben? Die Herzerkrankung muss mit Medikamenten weiterbehandelt werden. Darüber hinaus sollten die Prinzipien einer gesunden Lebensführung - mit Abspecken, gesunder Ernährung, sportlicher Aktivität und Verzicht auf das Rauchen - nun mehr denn je beherzigt werden“ (www.lifeline.de, 13.05.2012, 18:45 Uhr).

Wenn der Herzinfarkt überstanden ist und keine Lebensgefahr mehr besteht, dann fühlen sich viele Betroffenen unsicher. Sie wissen nicht wie stark sie sich wieder belasten dürfen oder wie sie sich verhalten sollen. Sie haben Angst davor, dass sie so ein bedrohliches Ereignis nochmals erreichen könnte (vgl. www.lifeline.de, 13.05.2012, 18:45 Uhr).

Die ersten 48 Stunden nach einem Infarkt ist der gefährlichste Zeitraum für den Patienten, einen erneuten Herzinfarkt zu bekommen, deshalb wird er auch intensivmedizinisch überwacht. Wenn in dieser Zeit keine Komplikationen auftreten, erfolgt meist eine Verlegung auf die Normalstation und nach wenigen Tagen auch die Krankenhausentlassung. Als Anschlussbehandlung empfiehlt sich eine Teilnahme an einer Rehabilitation, wo der Patient die Möglichkeit hat seine körperliche Leistungsfähigkeit zurückzugewinnen. Dies erfolgt dort zum Beispiel durch Bewegungstraining oder Krafttraining, welches auf jeden einzelnen abgestimmt wird (vgl. Grönemeyer 2010 S 222).

4.1. Rehabilitation

Die Rehabilitation soll den Menschen nach einem Herzinfarkt helfen, wieder ins Alltags- und Sozialleben zurückzukehren und soweit wie möglich körperlich und seelisch gesund zu werden. Eine Rehabilitation zielt auch darauf ab, das Gesundheitssystem zu entlasten. Durch Betreuung und Schulung der Betroffenen sollen Krankenhausaufenthalte vermieden werden und die Menschen wieder fit für die Rückkehr in den Beruf gemacht werden (vgl. www.netdoctor.at, 26.05.2012, 17:05 Uhr). Wichtig ist auch den Patienten plausibel zu machen, dass sie durchaus noch ein lebenswertes Leben führen können, auch mit dieser Krankheit (Meinung der Verfasserin).

Im Rehabilitationsprogramm werden die Betroffenen in vier verschiedenen Bereichen betreut, die eng miteinander verbunden sind:

➤ Körperlicher Bereich:

ein Kardiologe überwacht und behandelt die herzkranken Menschen. Die Leistungsfähigkeit und die Herzgesundheit wird durch ein individuell gestaltetes Körpertraining verbessert. Die Basis bildet ein regelmäßiges Ausdauertraining, manchmal auch durch kontrolliertes Krafttraining ergänzt. Weiteres müssen auch Risikofaktoren wie Bluthochdruck, oder ein erhöhter Cholesterinspiegel behandelt werden (vgl. www.netdoctor.at, 26.05.2012, 17:15 Uhr).

➤ Erzieherischer Bereich:

Ärzte und Psychologen stehen zur Verfügung, um Patienten zu einem gesunden Lebensstil zu führen, wie zum Beispiel im Ernährungsbereich. Außerdem erfahren die Betroffenen, warum die Einnahme von gewissen Medikamenten so unumgänglich ist, welche Nebenwirkungen auftreten können oder wie sich manche Risiken, wie zum Beispiel Rauchen oder Stress minimieren lassen (vgl. www.netdoctor.at, 26.05.2012, 17:20 Uhr).

➤ Psychischer Bereich:

um mögliche Konflikte zu bewältigen und die Erkrankung seelisch zu verarbeiten, helfen den Betroffenen viele Therapeuten, wenn zum Beispiel Partnerschaftsproblem auftreten, die die Gesundheit ungünstig beeinflussen. Nicht selten leiden die Beteiligten auch unter psychischen Erkrankungen, beziehungsweise Reaktionen wie Depression oder Angststörungen, auch die Behandlung dieser gehört dazu. Angehörige können auch an der Therapie teilnehmen, wenn dies gewünscht ist (vgl. www.netdoctor.at, 26.05.2012, 17:25 Uhr).

➤ Sozialer Bereich:

dieser Bereich zielt darauf ab, den Patienten nach dem Herzinfarkt wieder ins Sozial- und Berufsleben einzugliedern. Auch hier kann der Lebenspartner miteinbezogen werden, denn es geht um Themen wie Autofahren, Sauna oder Sexualität (vgl. www.netdoctor.at, 26.05.2012, 17:25 Uhr).

4.2. Psychische Situation

Der Herzinfarkt ist für jeden Betroffenen ein einschneidendes Erlebnis in seinem Leben. Für die weitere Genesung ist sehr entscheidend, wie der Patient dieses Ereignis verarbeitet. Aus psychologischer Sicht gibt es drei verschiedene Verhaltensweisen die unterschieden werden: den „Verleugner“, den „Dominierenden“, und den „Labilen, Machtlosen“ (vgl. Mathes 2012, S 104).

➤ Der Verleugner:

gehört zu denen, der aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur den Infarkt am besten verarbeitet. Diese Personen haben auch den kürzesten Krankheitsverlauf. Sie sind auch überzeugt davon, Geschehnisse in ihrem Leben beeinflussen zu können sowie selbst zur Genesung beitragen zu können. Bei ihnen treten die wenigsten Komplikationen in der Akutphase auf. In dieser Phase ist diese Bewältigungsstrategie zwar günstig, aber auf lange Sicht hindert es den Patienten daran, die Realität zu erkennen und sich mit seinen Fehlern zu konfrontieren (vgl. Mathes 2012, S 104).

➤ Der dominante Typ:

dieser Typ hat Angst vor Risiko, er versucht neuen Erfahrungen auszuweichen, vermeidet alles Neue und Unbekannte. Durch den Infarkt ist seine Selbstsicherheit erschüttert. Diesen Patienten fällt es schwer sich auf Hilfe einzulassen. Hier ist viel Einfühlungsvermögen gefragt und nicht eingestandene Ängste müssen thematisiert werden (vgl. Mathes 2012, S 104)

➤ Der Labile, Machtlose Typ:

diese Patienten haben eine unrealistische Erwartungshaltung und sind sehr verletzlich. Sie quälen sich mit starken Stimmungsschwankungen. Sie prophezeihen sich selbst alles Negative. Diese Patienten neigen eher zur Passivität, sie glauben nicht daran, an ihrer Genesung etwas beitragen zu können. Ganz entscheidend für diese Patienten sind eine dauerhafte Unterstützung und eine beständige Zuwendung (vgl. Mathes 2012, S 105).

„So verschieden die Menschen sind, so unterschiedlich wird ihre seelische Reaktion auf den Infarkt sein. Ein seelisches Tief ist jedoch eine natürliche Reaktion. Unterstützung durch die Angehörigen ist ein wesentlicher Schritt zur Besserung. Fast alle Infarktpatienten können ihr vorheriges Niveau weitgehend wieder erreichen – auch wenn es zunächst nicht den Anschein hat“ (Mathes 2012, S 105).

Eine ganz natürliche Reaktion nach dem Herzinfarkt ist Angst und Niedergeschlagenheit. Der Betroffenen ist mit einer Situation konfrontiert, meist zum ersten Mal, die sein Leben bedroht oder zu deren Bewältigung er fremde Hilfe annehmen muss. Gerade die Personen, die vor einem Infarkt viel Wert auf ein unabhängiges und selbständiges Leben gelegt haben, tun sich sehr schwer, wenn sie plötzlich Hilfe in Anspruch nehmen sollen. Gerade für jene Personen, die vorher ganz auf ihre Stärken gebaut haben, ist es schwierig sich eine Schwäche einzugestehen (vgl. Mathes 2012, S 192).

Besonders schwer tun sich Menschen, die schon vorher an seelischen Problemen gelitten haben, denn der Infarkt wird für sie als Verschärfung der Situation gesehen. Wenn die Betroffenen Schwierigkeiten haben, sich den Menschen in ihrer Umgebung zu öffnen, sollten sie sich nicht scheuen, einen Psychologen aufzusuchen (vgl. Mathes 2012, S 195)

Außerdem kann übermäßige Schonung des Betroffenen zur Isolation führen. Die Sätze wie: „Das ist viel zu schwer für dich“ oder „Lass das, ich mach das schon“, hört der Patient sehr häufig in seinem Familien- und Freundeskreis. Diese Fürsorge wirkt sich oft negativ auf das Empfinden des Betroffenen aus (vgl. Mathes 2012, S 196).

Häufige Reaktionen nach dem Herzinfarkt sind auch Depression, Angst und das Gefühl von Wut. Für die Genesung des Betroffenen wäre es wichtig, eine Ausgeglichenheit seiner Emotionen wieder zu erlangen. Menschen, die nach einem Infarkt Depressionen entwickeln, sind innerhalb eines Jahres eher wieder in Spitalsbehandlung als solche, die depressionsfrei bleiben. Auch haben Betroffene mit Depressionen ein dreimal so hohes Risiko einen Re-Infarkt zu erleiden oder an anderen Herzerkrankungen zu versterben als jene, die keine Depression entwickeln. Dies beruht nicht zuletzt darauf, dass depressive Menschen in der Regel ihre Medikamente weniger konsequent einnehmen und ärztliche Ratschläge weniger strikt befolgen. Es wird empfohlen, dass Herz-Patienten offen über

ihre Gefühle sprechen sollen. Bei Verdacht einer Depression soll nicht gezögert und professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Wissenschaftler empfehlen als „Stimmungsaufheller“ viel Bewegung und die Wiederaufnahme jener Hobbys, die auch vor dem Infarkt betrieben worden sind (vgl. www.netdoctor.at, 29.05.2012, 20:20 Uhr).

Durch die „moderne“ Lebensweise ist bekannt, dass Stress, Übergewicht und andere Risikofaktoren zu einem Herzinfarkt führen können, jedoch weniger bekannt ist, dass Depressionen das Infarktrisiko ebenfalls deutlich erhöhen. Deshalb fordern Experten mittlerweile auch, dass Depressionen zu den Risikofaktoren von Herz-Kreislaufkrankungen zählen sollten (vgl. www.gesundheitswerkstatt.de, 29.05.2012, 20:50 Uhr).

4.3. Tipps zum richtigen Lebenswandel

Der richtige Lebenswandel nach einem Herzinfarkt besteht darin, die Risikofaktoren zu minimieren. Im nächsten Kapitel werden diese Faktoren nochmals erwähnt und es werden gleichzeitig einige praktische Tipps zur Verbesserung des Lebensstils dargestellt. Außerdem wird auf einige Fragen eingegangen, die bei Patienten nach einem Infarkt häufig auftreten.

4.3.1. Der Bluthochdruck

Der zu hohe Blutdruck kann mehrere Ursachen haben, aber bei 90% der Fälle beruht er auf einer spontanen Veränderung der Blutgefäße, meist genetisch bedingt. Hier ist der essentielle Bluthochdruck gemeint. Der Blutdruck sollte, egal wie alt jemand ist, in Ruhe nicht höher als 135/85 sein. Das Schlimme am hohen Blutdruck ist, dass er nicht gleich spürbar ist. Deshalb sollte regelmäßig gemessen werden, in jungen Jahren nur gelegentlich, aber ab 50 Jahren häufiger. Der Sinn dahinter ist, mit der Behandlung rechtzeitig beginnen zu können, falls eine Erkrankung vorhanden ist. Für diejenigen die schon älter als 50 Jahre sind, lohnt es sich, ein eigenes Messgerät zu haben. Wichtig ist, immer den Blutdruck in Ruhe zu messen, denn nur dieser ist aussagekräftig (vgl. Koch 2011, S 196 f).

Es wird heutzutage viel zu viel Salz zu sich genommen. Um die Bedürfnisse des Körpers zu decken, sind 2 Gramm Salz pro Tag genug. In Wirklichkeit verbraucht ein durchschnittlicher Mensch zirka 15 Gramm Salz pro Tag. Es ist daran zu denken, dass in

Lebensmitteln wie Suppe, Wurst und Käse sehr viel Salz enthalten ist. Dieser erhöhte Salzkonsum führt bei vielen Menschen zu einem deutlichen Anstieg des Blutdrucks. Wenn diese zu hohe Salzzufuhr über Jahre andauert, ist laut Untersuchungen eindeutig bewiesen, dass es zu einem dauerhaft hohen Blutdruck kommt. Deshalb wird vor zu hohem Salzkonsum gewarnt. Es empfiehlt sich in diesem Fall auf andere Gewürze auszuweichen, es sind im Grunde alle Gewürze erlaubt, bis auf Salz. Es ist darauf zu achten, dass zum Beispiel in zahlreichen Mineralwässern bis zu 1 Gramm Salz pro Liter enthalten ist (vgl. Mathes 2012, S 165)

Niemand nimmt gerne Medikamente zu sich, vor allem wenn es für ein Leben lang sein soll, doch es gibt bislang keine homöopathischen Mittel, denen eine Blutdrucksenkung nachgewiesen werden kann. Natürlich gibt es unendlich viele verschiedene Medikamente zur Blutdruckstabilisierung, welches davon das Richtige ist und zugleich nur minimale Nebenwirkungen zeigt, ist immer individuell mit dem Arzt auf jeden Patienten abzustimmen (vgl. Koch 2011, S 198 f).

4.3.2. Der Diabetes

Die Zuckerkrankheit ist auch ein großer Risikofaktor. Bei dieser Erkrankung ist der Körper nicht mehr fähig, die so lebenswichtigen Moleküle wie Glukose (Zucker) in die Zellen einzuschleusen. Es wird grundsätzlich unterschieden zwischen dem Diabetes Typ 1, bei dem das so notwendige Hormon Insulin nicht mehr ausreichend produziert wird und dem Diabetes Typ 2, bei dem die Zellen unempfindlich gegen Insulin geworden sind. Der Letztere wird auch häufig Altersdiabetes genannt. Auf jeden Fall handelt es sich hier in beiden Fällen um eine Erhöhung des Zuckers im Blut und dies schädigt Blutgefäße, Organe und Nerven. Auch bei dieser Erkrankung, ähnlich wie beim Bluthochdruck, wird erst sehr spät etwas verspürt. Wenn Symptome wie Mattigkeit, starkes Durstgefühl oder große Harnmengen wahrgenommen werden, sollte reagiert werden (vgl. Koch 2011, S 199).

Wenn Eltern oder Geschwister an Diabetes leiden, ist es zu empfehlen, sich regelmäßig bei einem Arzt daraufhin untersuchen zu lassen, denn die Zuckerkrankheit hat eine deutliche erbliche Komponente. Die Vorbeugung ist in diesem Fall die beste Therapie (vgl. Koch 2011, S 200).

Eine gute Methode um Kreislauf und Stoffwechsel in Schwung zu bekommen und dadurch auch die Zuckerverwertung anzukurbeln, ist körperliche Aktivität. Es ist wichtig, sich Sportarten auszusuchen, die einem auch tatsächlich Spaß machen. Zusammen mit

anderen Sportbegeisterten zu trainieren, ist sinnvoll und außerdem ist die Motivation in der Gruppe viel größer (vgl. Koch 2011, S 202).

4.3.3. Nikotin

Spätestens nach einem Infarkt sollte der Startschuss zum Nichtraucher folgen. Es ist keine andere Maßnahme so wichtig zur Verhinderung eines erneuten Infarktes, als das endgültige „AUS“ für die Zigaretten. Es können weder Medikamente noch Operationen einen ähnlich nachhaltigen Effekt auf das Infarktrisiko ausüben. Wenn bedacht wird, dass es nach der letzten Zigarette, die geraucht wird, ein ganzes Jahr dauert bis sich das Herzinfarktrisiko um die Hälfte reduziert hat, dann ist das schon schlimm (vgl. Mathes 2012, S 141).



Abbildung 7: Schluss mit der Zigarette! (www.augsburger-allgemeine.de)

Es wird zwischen verschiedenen Rauchertypen unterschieden: dem Gelegenheitsraucher, dem Genussraucher und dem Suchtraucher. Den ersten beiden Typen fällt es wesentlich leichter das Rauchen aufzugeben, aber für den Suchtraucher kann es zu einem ernsten Problem werden. Patienten müssen sich immer vor Augen halten, je später sie aufhören zu rauchen, desto größer ist der Schaden und umso weniger lohnt es sich. Die Selbstmotivation spielt eine große Rolle, denn wenn es der Patient nicht möchte, hilft auch jegliche Unterstützung nichts. In aufregenden Situationen greifen Menschen immer wieder zur Zigarette, da es sie einfach beruhigt. Das gleiche Ziel kann aber auch mit anderen Mitteln erreicht werden, wie zum Beispiel, Entspannungsübungen, ausreichend Schlaf oder oralem Trost (Kaugummi oder Pfefferminz) (vgl. Mathes 2012, S 142).

Für Infarktpatienten, die selbst nicht rauchen, stellt auch das Passivrauchen eine große Gefahr dar. Laut einem Bericht des Bundesgesundheitsamtes, soll das Passivrauchen

hundertmal gefährlicher als Asbeststaub sein. Inhaliert der Patient Rauch, dann wirkt sich das negativ auf die Entwicklung der Koronarsklerose aus. Wenn die Umgebung raucht, wird es für den Ex-Raucher besonders schwer, bei seinen guten Vorsätzen zu bleiben. Auf die verbundenen Gesundheitsschäden durch Passivrauchen sollte der Infarktpatient hingewiesen werden (vgl. Mathes 2012, S 149).

4.3.4. Stress

Wenn die Menschen nach einem Herzinfarkt gefragt werden, was sie glauben, was bei ihnen der Grund für einen Infarkt war, beantworten dies die meisten mit „Stress“. Doch die Bedeutung dieses Wortes ist vielfältig. Wenn den Medien geglaubt wird, stehen wir alle unter Dauerstress. Am Arbeitsplatz, in der Familie, im Verkehr und sogar im Urlaub. Ein Leben ohne Stress ist wahrscheinlich gar nicht mehr möglich. In der ein oder anderen Form gab es immer schon Stressbelastungen, doch im Laufe der Zeit haben die Menschen gelernt, sich Reaktionsweisen zuzulegen, um auf diesen Stress reagieren zu können. (vgl. Mathes 2012, S 48).

In kürzester Zeit kann uns das vegetative Nervensystem in Alarmbereitschaft versetzen und in diesem Zusammenhang wird eine ganze Kette von Reaktionen ausgelöst. Diese greifen möglicherweise in die Entstehung eines Herzinfarktes ein. Es gibt zwei Mechanismen, die bei Belastung unser Nervensystem in Gang setzen. Zum einen handelt es sich um ein System, das seinen Sitz im Nebennierenmark hat. Dieses kann sogenannte Stresshormone wie Adrenalin freisetzen, welches wiederum den Blutdruck erhöht und den Puls abrupt beschleunigen kann. Durch dieses System können innerhalb von Sekunden Höchstleistungen erbracht werden. Dem gegenüber steht das etwas weniger schnell reagierende System der Nebennierenrinde. Durch die Ausschüttung des Hormons Kortison werden hier die Energiespeicher angezapft. Über diese Systeme verfügt jeder Mensch, der infarktgefährdete sowie der nicht gefährdete (vgl. Mathes 2012, S 48).

Stress kann auch als etwas Wohltuendes empfunden werden, allerdings nur, wenn nach der Aufregung auch die Entspannung folgt. Wenn dies genau so geschieht, dann spricht man vom Eustress, vom „gutem Stress“, der zum Leben dazugehört. Anders ist es, wenn die Entspannung nicht mehr gelingt und somit diese hohe Belastung zum Dauerzustand wird, dann können Energiereserven nicht mehr aufgefüllt werden und der Mensch steht unter einer ständigen Anspannung und Belastung. Ist also kein Wechsel zwischen Spannung und Entspannung mehr vorhanden, wird vom Distress, dem „schlechten

Stress“ gesprochen. Die Menschen, die innerlich ausgeglichen sind, zählen zweifellos zu den Patienten, die weniger von einem Infarkt betroffen sind (vgl. Mathes 2012, S 48 f).

„Ein Leben ohne Stress ist nicht denkbar – auf die Verarbeitung kommt es an. Es ist nicht das Ereignis selbst, sondern unsere Reaktion darauf, die über das Ausmaß der Stressbelastung entscheidet“ (Mathes 2012, S 49).

4.3.5. Bewegung

Mit gutem Grund wird immer wieder über körperliche Aktivität gesprochen und die Bevölkerung dazu aufgefordert. Die beste Methode gegen das Altern ist einfach immer noch die Bewegung. Die Muskelmasse wird immer weniger, wenn sie nicht ständig benutzt wird. Es ist zu erwähnen, dass ohne entsprechendes Training der Mensch mit 70 Jahren nur noch die Hälfte der Muskelmasse besitzt, als die er mit 30 Jahren hatte. Blutgefäße, Muskeln und der Stoffwechsel profitieren schon von leichtem, aber regelmäßigem Sport. Auch Depressionen bessern sich und das Brustkrebsrisiko nimmt ab. Für die Erhaltung von Nervenzellen und somit auch für die Leistungsfähigkeit des Gehirns, ist körperliche Aktivität sehr wichtig. Weiteres steigert Bewegung die Durchblutung und ebenso die Produktion der Botenstoffe im Gehirn. Das Wichtigste überhaupt ist aber, dass der Herzmuskel ständig in seiner Leistungsfähigkeit gefordert werden muss, damit er gesund und stark bleibt. Das heißt also, dass jede Art von Aktivität in erster Linie zur Stärkung des Herzmuskels dient. Jede Bewegung ist wichtig, ganz egal ob es der gemütliche Spaziergang oder die anstrengende Bergwanderung ist. Die Durchblutung des Herzens verbessert sich durch ein gemäßigtes Ausdauertraining entscheidend. Das heißt also, 30 Minuten Training am Tag, ganz egal ob Sport, Spaziergänge oder das Fitnessstudio nach der Arbeit. Es sollte so trainiert werden, dass es Spaß macht und dass jeden Tag das Bedürfnis nach körperlicher Aktivität besteht. Es sollte zum Alltag dazugehören (vgl. Koch 2011, S 219 f).



Abbildung 8: Das ist der innere Schweinehund und diesen gilt es zu bekämpfen (Koch 2011, S 220)).

4.3.6. Sexualität

Das Infarktereignis hat nicht nur den Patienten selbst getroffen sondern auch seinen Lebenspartner. Vor allem was den intimen Bereich angeht ist Unsicherheit und Angst vorhanden. Ein viel größeres Problem als die Krankheit selbst, ist die Angst nicht mehr so zusammen sein zu können wie vor dem Ereignis. Es gibt viele verschiedene Ängste, von der Befürchtung versagen zu können, bis hin zum plötzlichen Liebestod. Es gibt kein anderes Thema, das in der Literatur so ausführlich behandelt wird, als dieses (vgl. Mathes 2012, S 197).

Natürlich können die meisten Patienten ihre normalen sexuellen Aktivitäten nach einem Infarkt wieder aufnehmen. Es darf dabei nur nicht das Ausmaß der Belastung überschätzt werden. Denn von der körperlichen Seite her entspricht das zirka 75 Watt und dies ist ein flotter Spaziergang. Die Umstände unter denen die Begegnungen stattfinden sind jedoch sehr wichtig. Die Belastung ist viel geringer, wenn die sexuellen Aktivitäten in Geborgenheit und in einer festen Beziehung stattfinden, in der, der Partner alle Befürchtungen und Wünsche offen aussprechen kann. Ganz anders ist es, wenn dies in einer fremden Umgebung, mit einer fremden Person und unter Zeitdruck sowie in Heimlichkeit passiert (vgl. Mathes 2012, S 197).

Nach einem Infarkt kommt es weniger auf die Häufigkeit des sexuellen Verkehrs an, sondern mehr auf die gefühlsmäßige Bindung und das Vertrauen zwischen den Menschen. Nicht zuletzt aber auch auf die gegenseitigen Interessen und ihre Fähigkeit, Erfahrungen zu verwerten. Ohne gegenseitige Offenheit und ohne Klarheit darüber, was beide Partner voneinander wollen, kann es zu keiner glücklichen Beziehung kommen. Auch das Ansprechen von allen auftauchenden zwischenmenschlichen Problemen ist von großer Wichtigkeit (vgl. Mathes 2012, S 197).

Obwohl oft das Gegenteil behauptet wird, ist Sexualität kein Leistungssport. Gerade in dieser neuen Lebenssituation kann entdeckt werden, dass vielleicht Zärtlichkeit eine Komponente ist, die bisher nicht so beachtet beziehungsweise vernachlässigt wurde. Der gesunde Partner sollte von nun an die aktivere Rolle bei sexuellen Aktivitäten einnehmen. Eine weitere Hilfestellung für den Infarktpatienten sind gewisse Stellungen, die in der Seitenlage oder Rückenlage sind. Sollten während des Verkehrs Beschwerden in der Herzgegend auftreten, muss unverzüglich ein Präparat eingenommen werden, dass die Gefäße erweitert (vgl. Mathes 2012, S 198).

4.3.7. Ernährung

Es ist bewiesen, dass die Art und Weise wie wir uns ernähren, einen entscheidenden Einfluss auf unser Wohlergehen hat (vgl. Koch 2011, S 211).

Wichtig ist auch, dass ein Herz nur funktionieren kann, wenn es gut durchblutet ist. Wie auch alle anderen Organe und Gewebe in unserem Körper, muss der Herzmuskel ständig mit ausreichend Nährstoffen versorgt werden. Entscheidend ist daher, eine ausgewogene Ernährung für die Gesunderhaltung des Herzens sowie für die Therapiebegleitung nach einem Infarkt. Zu einer ausgewogenen Ernährung gehören: 5 mal am Tag Obst und Gemüse, viele Ballaststoffe wie Vollkornbrot und Haferflocken, wenig tierische Fette, wenig Zucker, sehr wenig Koffein und KEINE Genussgifte wie Nikotin (vgl. Grönemeyer 2010, S 281).

Ein Auszug aus Ernährungsfehlern die am häufigsten begangen werden:

Brot, Wurst und Käse haben **zu viel Kochsalz**, aber auch Fertiggerichte enthalten große Mengen davon. Sogar Cornflakes, die eigentlich süß sind, enthalten jede Menge Kochsalz. Wie schon erwähnt, treibt Salz den Blutdruck in die Höhe.

Ein typisches Wohlstandsproblem ist, dass **zu viel tierische Fette** eingenommen werden. Diese enthalten, im Gegensatz zu Pflanzenprodukten, die „falschen“ Fette und erhöhen somit den Cholesterinspiegel und fördern die Gewichtszunahme.

Zu viele denaturierte Lebensmittel: Wenn die Nahrungsmittel einen industriellen Herstellungsprozess durchlaufen, sind sie zwangsläufig denaturiert und es müssen wieder künstliche Mittel hinzugesetzt werden um den Geschmack und Geruch wieder herzustellen. Das ist schlecht für unser Immunsystem.

Zu viele Giftstoffe: Nicht einmal beim Kauf von Bio-Ware ist der Verbraucher vor Schadstoffen und Pestiziden sicher. Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit, weniger belastete Produkte zu erhalten deutlich größer.

Zu viele Kalorien: der Stoffwechsel ist schon nach dem 20. Lebensjahr nicht mehr so wie im Jugendalter, wo die ganze energiereiche Nahrung sofort verbraucht wird, weil der Jugendliche noch im Wachstum ist. Was der Körper nicht sofort verbraucht, wird bei Erwachsenen sofort in „Speck“ verwandelt, Deshalb ist es wichtig, kleinere Portionen zu essen und diese entsprechend langsamer.

Zu wenig Ballaststoffe: Nur wenn reichlich Gemüse und Obst auf dem Speiseplan stehen und außerdem selbst gekocht wird, dann werden automatisch ausreichende Mengen an Ballaststoffen aufgenommen (vgl. Koch 2011, S 215).

Koch beschreibt in ihrem Buch „Das Herz-Buch“, dass es eine sogenannte Herzdiät gibt. Dabei geht es um eine dauerhafte Umstellung der Essgewohnheiten (vgl. Koch, 2011, S 216).

„Und das sind die Zutaten für eine Ernährung, die unser Herz optimal versorgt:

- Olivenöl
- jede Art von Gemüse: Tomaten, Paprika, Brokkoli, Artischocken, Auberginen, Bohnen, Karotten, Erbsen, Zucchini, Spinat, Spargel, Kohl, Wirsing und so weiter
- Salate
- Pasta (mit selbst gemachten Saucen) oder Reis
- Pellkartoffeln (keine Chips oder Fritten!)
- Hülsenfrüchte wie Bohnenkerne und Linsen
- Vollkornmüsli und –brot
- Frischer Fisch und Meeresfrüchte
- Huhn und Lamm
- (Mager-) Jogurt und Quark
- (Mager-) Käse
- Kräuter
- viel Obst
- Nüsse
- wenig Süßspeisen
- Wein (nicht zu viel)
- (Mineral-) Wasser“ (Koch 2011, S 216 f).

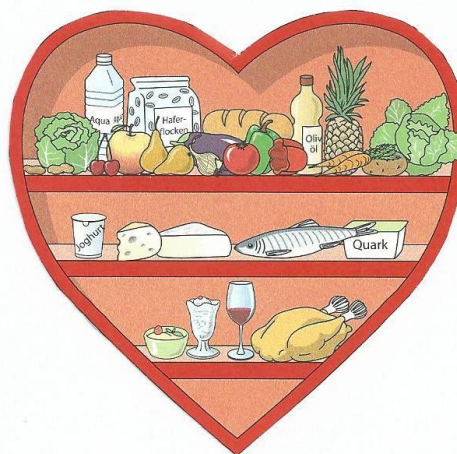


Abbildung 9: So sollte eine optimale Ernährung bei einem Herzpatienten aussehen (Koch 2011, S 217).

Diese Nahrungsmittel sollten den Großteil der Ernährung nach einem Herzinfarkt ausmachen. Diese sogenannte Herzdiät lässt sich eigentlich mühelos in jedem Haushalt einführen, denn sie ist nicht besonders teuer und in der Zubereitung auch nicht mit großem Aufwand verbunden. Dennoch sind einige Bedingungen zu erfüllen. Es soll selbst gekocht werden, zumindest die Hauptmahlzeit. Die Zutaten sollten immer frisch sein. Kochen nur mit Olivenöl oder einem anderen Pflanzenöl. Zutaten wie Butter, Sahne, Zucker und Eier dürfen nur in kleinen Mengen verwendet werden. Es könnte für manche ein Problem sein, dass sie sich bei Wurst, Rind, Kalb und Schweinefleisch sowie bei Torten und anderen Süßigkeiten einschränken müssen. Da hilft leider nichts dagegen, nichtsdestotrotz ist gelegentlich eine „Sünde“ erlaubt (vgl. Koch 2011, S 217).

4.3.8. Laufen

Als Ausdauersport für den Infarktpatienten hat sich der langsame Dauerlauf sehr bewährt. Der entscheidende Faktor für den Sauerstoffverbrauch ist die Geschwindigkeit. Und genau diese lässt sich bei dieser Sportart gut drosseln, sodass es möglich ist, für jeden Patienten sein eigenes Lauftempo zu finden. Das Tempo sollte sich nicht nach dem Minuten- oder Sekundenzeiger richten, der Patient soll die Umgebung noch wahrnehmen können und sich vor allem noch unterhalten können. Die Tagesverfassung ist nicht immer dieselbe, deshalb kann die Strecke, je nach Tagesform, kürzer oder länger sein. Denn es ist besser, eine kürzere Strecke gut zu laufen, als eine lange Strecke schlecht zurückzulegen. Da es beim Laufen zu keinem wesentlichen Blutdruckanstieg kommt, wird das Herz auch sehr viel weniger belastet als bei anderen Sportarten, die mit Kraftanstrengung zu tun haben. Ein Laufen bei einer Temperatur über 28°C ist nicht zu empfehlen, da es zu einem Hitzestau kommen kann. Ebenfalls ungünstig sind zu kalte Temperaturen, da sich die Gefäße bei Kälte zusammenziehen können (vgl. Mathes 2012, S 214).

4.3.9. Schwimmen

Für Koronarkranke kann das Schwimmen sehr wertvoll sein. Dadurch, dass der Auftrieb im Wasser die Eigenschwere des Körpers aufhebt, ist das Schwimmen auch für Patienten, die Probleme im Stütz- und Bewegungsapparat haben, sehr angenehm. Jedoch ist vom Tauchen für Herzpatienten grundsätzlich abzuraten. Nebenbei ist eine höhere Wassertemperatur, wie beispielsweise im Mittelmeer, für Herzpatienten besser als eine niedrige, wie sie in der Nord- oder Ostsee zu finden ist. Jedoch ist bei zu hohen Temperaturen, wie in Thermalbädern, Zurückhaltung angesagt (vgl. Mathes 2012, S 216).

4.3.10. Radfahren

Das Radfahren hat einen hohen Stellenwert für den Infarktpatienten. Nicht nur die Möglichkeit die Landschaft zu genießen ist reizvoll, zusätzlich wird auch der Stütz- und Bewegungsapparat entlastet, was wiederum für den übergewichtigen Patienten die Möglichkeit eines gut einteilbaren Ausdauertrainings bietet (vgl. Mathes 2012, S 215).

4.3.11. Skifahren

Gerade in unserer Region ist für viele der Winter die schönste Jahreszeit und sie erwarten es schon nicht mehr, eine herrliche Abfahrt im Pulverschnee zu machen. Dies ist für den Betroffenen nach einem Infarkt grundsätzlich auch wieder möglich, doch es sollten einige Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden. Die Patienten dürfen kein Schigebiet über 1500 Meter wählen. Außerdem müssen sie ihr gefäßerweiterndes Präparat immer in Reichweite haben und bei kalten Temperaturen für ausreichend Wärmeschutz sorgen. Diese Maßnahmen sollten unbedingt eingehalten werden (vgl. Mathes 2012, S 218).

4.3.12. Sauna

Für Infarktpatienten, die schon vorher gerne in die Sauna gegangen sind, ist das natürlich immer noch möglich. Doch es ist auch hier eine Mäßigung angezeigt. Es wird empfohlen, auf den unteren Bänken zu bleiben. Vor allem aber ist der Sprung in das kalte Wasser nach dem Saunagang mit sehr viel Vorsicht zu genießen. Denn es wurde beobachtet, dass es bei solch einem Sprung zu extremen Blutdruckanstiegen kommen kann. Wichtig für den Patienten ist, langsam unter der Dusche abzukühlen und für lange Ruhephasen zu sorgen, dann kann bei einem Saunabesuch nicht viel passieren (vgl. Mathes 2012, S 217).

4.3.13. Autofahren

Falls eine akute Gefahr von Herzrhythmusstörungen mit Schwindelgefühl besteht, sollte der Herzpatient auf das Autofahren verzichten. Letztendlich bleibt die Entscheidung, ob er sich und andere Verkehrsteilnehmer gefährden will, ihm selbst überlassen. Es wird empfohlen, in den ersten vier Wochen nicht selbst mit dem Auto zu fahren. Zusätzlich können bestimmte Medikamente, die der Infarktpatient einnehmen muss, Schwindelgefühle auslösen und somit die Fahrtüchtigkeit beeinflussen. Die meisten Herzpatienten müssen blutverdünnende Medikamente zu sich nehmen und sie sollten

deshalb immer ihren Krankenausweis dabei haben, denn im Falle eines Unfalls gibt dieser rasch Aufschluss über die Behandlung, sollte die Gefahr einer starken Blutung bestehen (vgl. www.hilfreich.de, 02.06.2012, 18:00 Uhr).

Wenn möglich, ist es am besten und bequemsten mit der Bahn zu fahren. Dort ist genügend Platz, der Patient kann sich zwischendurch die Beine vertreten und es besteht keine Eigenverantwortung für das Erreichen des Ziels (vgl. Mathes 2012, S 208).

4.3.14. Flugreisen

Das Fliegen ist für den Infarktpatienten ein „besonderes Kapitel“. Viele Patienten empfinden das Fliegen schon ganz automatisch als Gefahr. Wobei sie nicht unrecht haben, denn während des Fliegens kommt es zu einer Abnahme des Sauerstoffgehaltes in der Luft. Die Druckkabinen im Flugzeug schaffen in einer Höhe von 10.000 Metern an Bord eine Atmosphäre, die der in zirka 3000 Metern Höhe entspricht. Jedoch kann der Herzmuskel das verminderte Sauerstoffangebot dadurch ausgleichen, dass er einfach entsprechend mehr Sauerstoff aus dem Blut aufnimmt. Herzpatienten wird geraten, innerhalb der ersten Wochen nach einem Infarkt, keine Flugreisen anzutreten. Wenn Patienten immer wieder auftretende Angina pectoris Beschwerden haben, sollten sie generell keine Flüge antreten. Die Bedenken über das Fliegen sind natürlich berechtigt, dennoch gibt es erhebliche Widersprüche im Zusammenhang mit täglichen Erfahrungen. Denn wegen der beschränkten Operationskapazität flogen früher viele Patienten in die Vereinigten Staaten von Amerika, um sich dort operieren zu lassen und wenige Woche später kehrten sie auf demselben Weg wieder zurück. Somit steht fest, wenn der Infarktpatient eine größere Entfernung zurücklegen muss, steht doch die Flugreise im Vordergrund. Das Fliegen selbst ist also nicht das Problem, sondern der Weg zum und vom Flugzeug. Denn die damit verbundene Hektik mit raschem Treppensteigen, das Gedränge und die Bewältigung des Gepäcks, erhöhen das Risiko für Herz und Kreislauf viel mehr, als im Flugzeug selbst. Deshalb gilt es, genügend Zeit für Verbindungen einzuplanen und sich eventuell etwas Geld für einen Kofferträger bereitzuhalten (vgl. Mathes 2012, S 208 f).

4.3.15. Höhenorte

Als Reiseziel Höhenorte über 1500 Meter zu wählen, ist für den Flachländer eher ungünstig, unter dieser Höhe bestehen keine Bedenken. Klugerweise wird der Infarktpatient je nach Höhendifferenz seinen Aktionsradius in den ersten Tagen etwas einschränken. Ganz egal wo sich Patienten aufhalten, sobald Beschwerden bei Belastung auftreten, heißt es „Halt“ für den Herzpatienten, denn damit ist die Grenze der Belastbarkeit erreicht. Gute und interessante Wanderwege bieten Erholungsorte in Mittelgebirgsregionen. Der Trainingseffekt für den Infarktpatienten ist wesentlich stärker in höher gelegenen Landschaften, als im Flachland. Bei steilen Anstiegen wird die Belastung für das Herz unverhältnismäßig groß und deshalb sollte von vornherein ein niedriges Tempo gegangen werden. Falls es zu einem Angina pectoris Anfall kommt, ist es besser für den Patienten, die Wanderung abubrechen und es am nächsten Tag erneut zu versuchen, jedoch mit einem verlangsamten Tempo. Denn eine leichte, dauerhafte Belastung ist für den Körper wesentlich wohltuender, als der schrittweise Abstieg von einem hohen Ausgangsniveau (vgl. Mathes 2012, S 210 f).

4.3.16. Zahnarztbesuche und Operationen

Meistens müssen Betroffene, die einen Stent implantiert bekommen haben, nach ihrem Infarkt eine medikamentöse Therapie der Blutverdünnung zu sich nehmen. Deshalb sollten nicht dringende Operationen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Wenn dies nicht möglich ist, dann muss der Betroffene unbedingt mit seinem Kardiologen Rücksprache halten. Denn beim vorzeitigen Absetzen der blutverdünnenden Therapie kann es zu einem Verschluss eines Stents kommen (vgl. www.herzfonds.at, 01.07.2012, 12:05 Uhr).

In der Regel müssen diese blutverdünnenden Medikamente für einen Zahnarztbesuch und für kleinere Eingriffe nicht pausiert werden. Bei größeren Eingriffen sollten sich Kardiologen und Chirurgen absprechen.

4.4. Familiäre Beziehung

Die Auswirkungen eines Herzinfarktes betreffen nicht nur den Betroffenen selbst, ebenso die Familie leidet darunter, denn Angst und Depression nach einem Infarkt können den Patienten verändern. Obwohl 80 % der Herzpatienten ihr Leistungsniveau nach dem Ereignis wieder erreichen, wird es vor allem am Anfang immer wieder Phasen von Selbstzweifeln, Schuldzuweisungen und Depression geben. Außerdem werfen sich die Angehörigen selbst oft vor, aufgrund ihres Verhaltens auch mit schuld an der Erkrankung zu sein. Diese versuchen sie dadurch wieder gutzumachen, dass sie den Betroffenen jeden Wunsch von den Augen ablesen, doch das ist weder für ihn noch für seine Umgebung förderlich. Einige amerikanische Ärzte gehen sogar soweit, dass sie den abschließenden Belastungstest des Patienten vom Partner gleich mitmachen lassen, um diesen am eigenen Leib spüren zu lassen, wie gut der Partner belastbar ist. Diese Methode wird sich zwar nicht durchsetzen können, trotzdem ist die Absicht dahinter nicht falsch, denn die Angehörigen müssen wissen, dass sie keinen „Krüppel“ nach Hause bekommen, sondern eine weitgehend normal belastbare Person (vgl. Mathes 2012, S 200).

Ein besonderes Problem für den Infarktpatienten entsteht dann, wenn er seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. In diesem Fall ist emotionaler Rückhalt seitens der Familie sehr wichtig. Der Betroffene muss sich neue Aufgaben suchen, um die Leere zu überwinden, die in seinem Leben aufgetreten ist. Er soll einen neuen Sinn in der Bindung an seine Familie entdecken (vgl. Mathes 2012, S 201).

Auch sehr hilfreich ist, wenn Familienangehörige mehr über die Krankheit des Betroffenen wissen. Dadurch können sie die Situation besser verstehen, Ängste vermindern und dem Betroffenen die Unterstützung gewährleisten, die erforderlich ist. Sehr wichtig für viele Angehörige ist das Erlernen von Wiederbelebensmaßnahmen. Auch für den Betroffenen selbst ist es eine zusätzliche Sicherheit, wenn er weiß, dass ihm seine Umgebung in Notfallsituationen Erste Hilfe leisten kann (vgl. Mathes 2012, S 201).

4.5. Beruf und soziale Stellung

Ein großer Schritt zur Gesundung nach einem Infarkt ist die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. Das Wichtigste ist nun, dass der Herzpatient seine Ressourcen gut einteilt, das heißt also, dass er sein Arbeitspensum an die vorhandenen Möglichkeiten anpassen soll und vor allem die unerlässlichen Ruhezeiten einhalten muss. Die oberste

Devise sollte jetzt für den Patienten sein, seine Aufgaben so gut es geht zu delegieren. Es ist wichtig, den eigenen Willen dazu zu haben, seine Leistungen anzupassen. Die Leistung wird unter dieser Gelassenheit keinesfalls leiden müssen. Voraussetzung für eine gute Leistung ist ein ausgeglichenes Seelenleben und dafür ist ausreichend Ruhe wesentlich (vgl. Mathes 2012, S 201 f).

5. ERSTELLUNG EINES FOLDERS

Um den Patienten einen ersten Überblick über das Thema Herzinfarkt zu geben, hat sich die Verfasserin dieser Arbeit für die nähere Zukunft die Aufgabe gestellt, einen Folder über ihre Abschlussarbeit zu erstellen. Dieser Folder soll den Herz-Patienten der internen Intensivstation im BKH-Lienz zur Verfügung stehen. Nach einem Herzinfarkt ist es für die Patienten sehr schwierig, die ganze Menge an Informationen, welche sie erhalten, aufzunehmen beziehungsweise sich diese zu merken.

Das Leben ändert sich nach einem Herzinfarkt meist einschneidend. Allerdings kann der Betroffene, indem er mit der Situation richtig umgeht, das Leben noch lange aktiv genießen (vgl. www.herzfonds.at, 01.07.2012, 12:15 Uhr).

In diesem Folder soll erklärt werden:

- wie ein Herzinfarkt entsteht,
- was die Risikofaktoren eines Herzinfarktes sind und wie diese minimiert werden können, denn diese Faktoren erhöhen das Risiko auf einen neuerlichen Herzinfarkt drastisch,
- welche Therapiemöglichkeiten es gibt und
- wie es für Betroffene nach einem Herzinfarkt betreffend Lebensstil, medikamentöse Behandlung, bis hin zur Aufnahme, beziehungsweise Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten weitergeht.

Ziel dieses Folders sollte sein, die Patienten in der ersten Phase nach einem Infarkt zu unterstützen und ihnen wichtige Fragen zu beantworten.

6. ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

Ein Herzinfarkt ist für die Betroffenen ein einschneidendes Ereignis in ihrem Leben. Deshalb ist nach so einem Vorfall die Teilnahme an einer Rehabilitation absolut empfehlenswert. In dieser erhält der Patient immens wichtige, auf ihn abgestimmte Tipps und Informationen, die ihn auf das Alltags- und Sozialleben nach einem Infarkt vorbereiten sollen. Wichtig ist auch, dass Familie und enger Freundeskreis in die Rehabilitation mit einbezogen werden, damit diese Einblicke erhalten, wie sie dem Patienten zukünftig zu Hause am besten unterstützen können.

Aufgrund der in der Einleitung gestellten Forschungsfrage konnte erkannt werden, dass die Patienten durch den eingeschränkten Herzmuskel in gewissen alltäglichen Lebenssituationen nach einem Infarkt beschränkt sind. Jedoch wird ihnen viel Unterstützung angeboten. Diese erhalten die Patienten in Form der bereits oben genannten Rehabilitation sowie psychologischer Betreuung. Abgesehen von diesen Unterstützungen ist jeder einzelne Betroffene aber selbst verantwortlich wie er sein weiteres Leben gestaltet. Stress, schlechte Ernährung, Alkohol und Zigaretten sind zu vermeiden. Wenn die Tipps zum richtigen Lebenswandel strikt befolgt werden, ist die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Infarktes geringer und das Leben danach kann weitestgehend normal verlaufen.

Der zweite Teil der Forschungsfrage lautet: wie kann den Betroffenen bewusst gemacht werden, dass kein Schmerz nicht gleich keine Krankheit bedeutet. Bald nach der Erstbehandlung eines Herzinfarktes haben die Patienten keine Schmerzen mehr. Deshalb ist es schwer, ihnen bewusst zu machen, dass sie an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden. Haben Menschen zum Beispiel eine offene Fraktur, sehen sie auf dem ersten Blick, dass sie verletzt sind. Sie erhalten einen Gips, und sind somit für die Dauer des Genesungsprozesses eingeschränkt. Bei einem Infarkt ist das aber anders. Nach der Erstbehandlung wird die Krankheit meist nicht mehr verspürt, geschweige denn gesehen. Die einzige Möglichkeit den Patienten die Krankheit ersichtlich zu machen, sind die Bilder der Coronarangiographie. Ein Beispiel davon ist in dieser Arbeit auf Seite 19 abgebildet und beschrieben. Da es kaum andere Möglichkeiten gibt, ist auch die Gesprächstherapie enorm wichtig.

Als Zukunftsvision plant die Verfasserin die Erstellung eines Folders, der Patienten einen ersten Überblick über das Thema Herzinfarkt geben soll. Dieser Folder soll den Herzpatienten der Intensivstation des Bezirkskrankenhauses Lienz zur Verfügung stehen.

7. LITERATURVERZEICHNIS

Bücher:

Dr. med. Koch, Marianne: Das Herz Buch, Originalausgabe, München, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG 2011

Menche Nicole, Bazlen Ulrike, Kommerell Tilman: Pflege Heute, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag München, Jena 2001

Prof. Dr. Grönemeyer, Dietrich: Dein Herz: Eine andere Organgeschichte, 2. Auflage, Frankfurt am Main, S. Fischer Verlag GmbH, 2010

Prof. Dr. med. Larsen, Reinhard: Anästhesie und Intensivmedizin, 7. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2007

Prof. Dr. med. Mathes, Peter: Ratgeber Herzinfarkt, 7., vollständig aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin Heidelberg, Springer-Verlag 2012

Internet:

<http://www.augsburger-allgemeine.de/panorama/Steht-die-E-Zigarette-vor-dem-Aus-id18345691.html> (19.06.2012, 10:13 Uhr)

<http://www.cardiolabel.com/What%20To%20Expect%20During%20a%20Stent%20Procedure.html> (19.06.2012, 10:00 Uhr)

<http://www.gefaesserkrankungen.de/Herzbehandlung/herzbehandlung.html> (19.06.2012, 9:10 Uhr)

<http://www.kh-lienz.at/kh-lienz/angebot/medizinisch/innere/intensivmedizin.php?navid=29> (05.06.2012, 21:30 Uhr)

http://www.kh-lienz.at/kh-lienz/haus/310511_Leistungsbericht_2010.pdf (05.06.2012, 21:10 Uhr)

http://www.hilfreich.de/verzicht-zur-heilung-autofahren-nach-herzinfarkt_2303 (02.06.2012, 18:00 Uhr)

<http://www.lifeline.de/themenspecials/herzinfarkt/leben/alltag/nach-dem-herzinfarkt-wie-weiterleben-id34690.html> (30.05.2012, 18:45 Uhr)

<http://www.gesundheitswerkstatt.de/node/1689> (29.05.2012, 20:50 Uhr)

<http://www.netdokter.at/nachrichten/?id=117799> (29.05.2012, 20:20 Uhr)

<http://www.netdokter.de/Krankheiten/Herzinfarkt/Therapie/Herzinfarkt-Reha-10490.html>
(26.5 2012, 17:05)

www.gesundheitscoach.at/psychische-gesundheit-herzinfarkt-162/ (07.05.2012, 17:57
Uhr)

<http://www.herzfonds.at/drucksorten.html> (01.07.2012, 12:05 Uhr)

<http://www.netdokter.at/ratschlaege/untersuchungen/echokardiographie.htm> (06.05.2012,
19:27 Uhr)

http://www.netdokter.at/ratschlaege/untersuchungen/herzkatheter_untersuchung.htm
(06.05.2012, 19:26 Uhr)

http://www.netdokter.at/health_center/gefaesse/ptca.htm (06.05.2012, 19:32 Uhr)

http://www.netdokter.at/health_center/gefaesse/stents.htm (06.05.2012, 19:37 Uhr)

http://www.cardiothoracic.at/patienten_info_002_de.php (18.05.2012, 20:45 Uhr)

<http://sprichwoerter.woxikon.de/981/die-dosis-macht-das-gift> (18.05.2012, 21:35 Uhr)

<http://www.sanofi.at//at/de/layout.jsp?scat=26410DC5-56B4-4CC9-8B73-2E921A2AA28A>
(16.01.2012, 18:47 Uhr)