

## Klinik für Anästhesiologie



**Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie**  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie



[http://www.anaesthesie.medizin.uni-mainz.de/Bilder\\_allgemein/Narkosefuehrung.jpg](http://www.anaesthesie.medizin.uni-mainz.de/Bilder_allgemein/Narkosefuehrung.jpg)

# Psychosoziale Aspekte in der Prämedikationsambulanz – Programm und Abstracts –

## Kolloquium

unter dem Dach der  
Deutschen Gesellschaft für  
Medizinische Psychologie und Psychopathometrie  
(DGMPP)

**13.-14. Februar 2009**

**Freitag, der 13. Februar 2009**

- 16:00-16:30 **A. Depta**  
Patientenorientierte Anästhesiologie
- S. Fischbeck**  
Patienteninformation in der Anästhesiologie
- A. Schwerdtfeger**  
Angst und Stress in der Prämedikationsvisite: Ein Überblick
- W. Laubach**  
Arbeitsabläufe in medizinischen Institutionen: „idealtypische“ Patienten und Patientenorientierung
- 16:30-17:00 **N. Meyer**  
Zufriedenheit mit der anästhesiologischen Aufklärung in Abhängigkeit von soziodemographischen Daten und dem Krankheitsschweregrad (ASA)
- 17:00-17:30 **F. Cassel**  
Prävalenz des präoperativen Schmerzes: Differenzierte Schmerzerfassung in der Anästhesiesprechstunde
- 17:30-18:00 - *Pause* -
- 18:00-18:30 **D. Wegmann**  
Persönlichkeitsunterschiede in der Erinnerung von bedrohlicher Information in der Prämedikationsvisite
- 18:30-19:00 **A.-K. Krämer**  
Angst und Stress in der Prämedikationsvisite – Subjektive, behaviorale und physiologische Angst- und Stressindikatoren vor, während und nach der Prämedikationsvisite in Abhängigkeit von der Angstbewältigungsdisposition
- 19:00-19:30 **T. Baesslerer**  
Auswirkung des anästhesiologischen Aufklärungsgesprächs auf Stimmung und Angst der Patienten unter Berücksichtigung der Interaktionen im Gespräch

**Samstag, der 14. Februar 2009**

- 9:00-9:30 **S. Herrgen**  
Zusammenhang zwischen physiologischen Angst-Parametern und subjektiver Angst der Patienten in der PMA
- 9:30-10:00 **M. Augart**  
Effekte des anästhesiologischen Prämedikationsgesprächs auf die operationsbezogene Angst der Patienten
- 10:00-10:30 **P. Canaviri**  
Zusammenhang zwischen Cortisol (Speichel), Ängstlichkeit (MStF-K) und OP-Ängsten (STOA) während der PMA
- 10:30-11:00 **S. Fischbeck & S. Hennig**  
Informationsbedürfnis und Betreuungsqualität im Kontext des Prämedikationsgesprächs: Entwicklung und Evaluation einer „Fragen-Identifikationsliste (FIL)“
- 11:00-11:30 – *Pause* –
- 11:30-12:00 **S. Schäfer**  
Effekte einer Fragen-Identifikationsliste (FIL) für Patienten auf die Zufriedenheit, die Angst und die Stimmung nach der anästhesiologischen Aufklärung
- 12:00-12.30 **K. Wappelt**  
Effekte einer Fragen-Identifikationsliste (FIL) für Patienten auf den Gesprächsverlauf in der anästhesiologischen Aufklärung – eine qualitative Untersuchung

## Patientenorientierte Anästhesiologie

*A. Depta*

In der Anästhesiologie ist die Patientenorientiertheit sehr wichtig. Im Prämedikationsgespräch als Teil der präoperativen Visite des Anästhesisten sollen die zu operierenden Kranken in einer ihnen gerecht werdenden Form über das geplante Anästhesieverfahren, dessen Verlauf, Risiken und erforderlichen Verhaltensmaßnahmen sowie über mögliche Alternativverfahren informiert werden. Es gilt, sowohl ihre Informationsbedürfnisse als auch diejenigen nach professioneller emotionaler Unterstützung zu erfüllen. Mittels des interdisziplinären Forschungsprojektes "Psychosoziale Aspekte in der Prämedikationsambulanz" sollen Ansatzpunkte gefunden werden, Patienten narkosebezogene Ängste soweit wie möglich zu nehmen und ihre Zufriedenheit mit der Prämedikation zu verbessern.

## Patienteninformation in der Anästhesiologie

*S. Fischbeck*

Das Vermitteln narkosebezogener Information an den Patienten im Rahmen des Prämedikationsgespräches ist für den Anästhesisten eine ebenso wichtige wie schwierige Aufgabe. Die ärztliche Informierung soll sowohl juristischen Maßgaben genügen, aber ebenso in einer dem Patientenverständnis angepassten Form über das geplante Anästhesieverfahren, dessen Verlauf, Risiken und erforderlichen Verhaltensmaßnahmen sowie über mögliche Alternativverfahren informieren (Görlinger & Scherer, 2000). Aus anderen Kontexten sind viele positive kognitive und emotionale Effekte ärztlicher Information bekannt, etwa das Ermöglichen aktiver Teilnahme an Entscheidungen durch Erhöhung der Kontrollüberzeugung, Angstreduktion und Verringerung depressiver Verstimmungen (z. B. Stamatidis-Smidt & Sellschopp, 1993), ein Gewinn an sozialer Unterstützung (z. B. Molleman et al., 1982): und einer Verbesserung der Betreuungsqualität, d. h. der Patientenzufriedenheit (z. B. Montazeri et al., 1996) und Vertrauens in den Arzt (Morrow & Hoagland, 1981), das Stärken einer positiven Krankheitsbewältigung und der Patienten-Compliance (z. B. Montazeri et al., 1996). Andererseits kann ein Zuviel an Information auch Angst und Unruhe erzeugen (Hinds et al., 1995). Anästhesiebezogene Information sollte also in Inhalt, Menge, Zeitpunkt und Vermittlungsform an die Informationsbedürfnisse der Patienten angepasst werden. Im Referat werden Ansätze des patientenorientierten Informierens genannt und Befunde zu ihrer Wirkung dargestellt.

## **Angst und Stress in der Prämedikationsvisite: Ein Überblick**

*A. Schwerdtfeger*

Medizinische Eingriffe unter Vollnarkose oder Lokalanästhesie stellen einen nicht unerheblichen Stressor für Patienten dar, deren Verarbeitung sich auch negativ auf die perioperative Anpassung (Schmerzerleben, Komplikationen, Güte der postoperativen Erholung, Länge des Klinikaufenthalts) auswirken kann (Johnston, 1986; Krohne, Fuchs & Slangen, 1994; Vögele, 1988). Ausgehend von frühen Untersuchungen, die einen positiven Effekt von präoperativer Angst auf die postoperative Erholung nahelegen (Janis, 1958), konvergieren neuere Studien dahingehend, dass überwiegend negative Zusammenhänge gefunden werden konnten. Vor diesem Hintergrund kommt der Angst- und Stressbewältigungsforschung im Kliniksetting eine zentrale Rolle zu. Das Prämedikationsgespräch eignet sich in besonderer Weise, Angst und Stressreaktionen im Vorfeld eines medizinischen Eingriffs zu untersuchen und negative Affekte bzgl. des bevorstehenden Eingriffs günstig zu beeinflussen. Andererseits besteht die Gefahr, dass Angst und Stress durch Risikoaufklärung sowie prozedurale und sensorische Informationen im Rahmen des Prämedikationsgesprächs bei bestimmten Patienten auch verstärkt werden können. Hier sollte die individuelle Art der Bewältigung dieses Ereignisses berücksichtigt werden. In diesem Referat werden exemplarisch einige Befunde zum Verlauf von Angst- und Stressreaktionen während der Prämedikation vorgestellt, interindividuelle Unterschiede im Verlauf diskutiert sowie Perspektiven für weitere Forschung entwickelt.

## **Arbeitsabläufe in medizinischen Institutionen: „idealtypische“ Patienten und Patientenorientierung**

*W. Laubach*

Die medizin-soziologische Analyse medizinischer Institutionen beinhaltet in den letzten Jahren zum einen die Aspekte der Versorgungsforschung bzw. der Qualität der Versorgung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), zum anderen steht die Frage nach der Patientenperspektive im Gesundheitssystem, insbesondere die Patientenorientierung im Mittelpunkt. Hierbei ist auch auf die Thesen von J.J. Rohde (1974) und HH. Raspe (1976) zu verweisen, die von einer „partiellen Inhumanität einer humanen Institution“ bzw. von „institutionalisierter Zumutung an den Krankenhauspatienten“ sprachen. Aus systemtheoretischer Perspektive sind medizinische Institutionen mit einer Vielzahl von Anforderungen konfrontiert. Diese Komplexität muss reduziert werden, um als Institutionen effizient zu funktionieren. Die Folge ist die *Typisierung von Anforderungen*. Am Beispiel der Intensivmedizin wurde dies bereits näher untersucht. Die unterschiedlichen, unvereinbaren Perspektiven und Handlungsziele von Pflegekräften und Ärzten bei der Versorgung der Patienten und die komplexen Anforderungen führen zum generalisierten Handlungsmuster der „institutionalisierten Krisensituation“: der idealtypischer Patient der ICU ist der *Notfallpatient*.

Überträgt man dies auf die Organisation der Prämedikationsambulanz (PMA), dann sind zwei Aspekte der „Reduktion von Komplexität“ zu nennen: zum einen das Pavillon-System, das den organisatorischen Aufwand reduziert und eine Spezialisierung der

ärztlichen Tätigkeit erlaubt. Zum anderen die Typisierung von Patientenmerkmalen, an der sich das „durchschnittliche Aufklärungsgespräch“ im Ablauf und im zeitlichen Umfang orientiert.

Die Frage der Patientenorientierung der PMA aus medizin-soziologischer Sicht wäre dann an folgenden Punkten zu überprüfen: a) wie bewerten die Patienten die organisatorischen Rahmenbedingungen der PMA, b) welche „Zumutungen“ werden ihnen z. B. hinsichtlich der Wartezeit abverlangt? c) kann ein Merkmal des „idealtypische Patienten“ der PMA als den Erwartungen der Patienten entsprechend bewertet werden? d) welche Aspekte struktureller Deprivation z. B. hinsichtlich des Alters oder der Sozialschichtzugehörigkeit sind festzustellen?

## Zufriedenheit mit der Narkoseaufklärung in Abhängigkeit von soziodemographischen Daten und dem Krankheitsschweregrad (ASA)

*N. Meyer*

**Einführung:** Die Prämedikationsambulanz übernimmt nicht nur wichtige Funktionen in der Aufklärung der Patienten sondern dient auch der Informationsvermittlung und der Angstreduzierung. Im Zuge eines Qualitätsmanagements war es Ziel der Studie, die Zufriedenheit der Patienten in Abhängigkeit vom Krankheitsschweregrad und soziodemographischen Merkmalen zu überprüfen.

**Methode:** In zwei Zeiträumen von je einem Monat wurden die Patienten der Prämedikationsambulanz gebeten, umfangreiche standardisierte und nicht standardisierte Fragebögen auszufüllen. Von 585 zufällig ausgewählten Patienten nahmen 441 an der Erhebung teil. Die Patienten wurden bei der Aufnahme auf die Stationen zur sozialen Unterstützung (SozU14- Fragebogen), zur Beeinträchtigung durch die Erkrankung, zu Schmerzen und nach soziodemographischen Angaben befragt. Nach dem Narkoseaufklärungsgespräch durch den Anästhesisten wurde der Patient gebeten einen Fragebogen zu seiner Zufriedenheit mit diesem Gespräch und der Anästhesiesprechstunde auszufüllen.

**Ergebnisse:** Die Patienten waren überwiegend mit der Aufklärung durch die Ärzte zufrieden.

Höhere Ansprüche an das Narkoseaufklärungsgespräch wurden von Patienten, die von Haus aus über wenig soziale Unterstützung verfügen, sowie Patienten in jungem und mittlerem Lebensalter geäußert, wohingegen schwer kranke und ältere Personen sich zufriedener mit dem Aufklärungsgespräch zeigten.

Die Betreuung durch die Sprechstundenhilfen an der Anmeldung wurde ebenfalls überwiegend positiv bewertet. Hier ist besonders hervorzuheben, dass alte Patienten, Patienten der sozialen Unterschicht sowie Patienten, die in einer Partnerschaft leben eine höhere Zufriedenheit angeben.

Deutliche Unzufriedenheit wurde dagegen angegeben hinsichtlich der räumlichen Bedingungen und der Ausstattung der Sprechstunde, hinsichtlich der Sitzgelegenheiten und der Möglichkeiten, die Routine-Fragebögen für die Anästhesieaufklärung auszufüllen. Kritisch wird auch die Wartezeit beurteilt, die bis zu 2,5 Stunden betrug. 1/4 der Patienten gaben während der Wartezeit mittlere bis große Schmerzen an. Mehr als 40% der Patienten fühlen sich durch ihre Erkrankung in ihrem körperlichen, und mehr als 30% in ihrem seelischen Wohlbefinden mittelmäßig bis stark eingeschränkt. Es lässt sich eine Tendenz feststellen, dass Patienten mit starken Schmerzen sich weniger zufrieden mit dem Aufklärungsgespräch äußern als solche mit geringen Schmerzen. Ungefähr 40% der

Befragten gaben an, vor dem Arzt- Patienten Gespräch nur mittelmäßig bis schlecht über die Narkose informiert gewesen zu sein.

**Diskussion:** Die Ergebnisse zeigen Unzufriedenheit der Patienten, die sich vor allem auf den organisatorischen Ablauf und die räumlichen Bedingungen der Sprechstunde beziehen. Vor allem die lange Wartezeit, die Patienten zum Teil mit Schmerzen verbringen müssen, ist kritisch zu bewerten. In diesem Zusammenhang sind Interventionsmaßnahmen geplant, deren Auswirkung in weiteren Untersuchungen evaluiert werden sollen.

Durch die Studie konnten Patientengruppen identifiziert werden, die zusätzliche Unterstützung benötigen. Hier sollte in weiteren Studien erforscht werden, wie die Zufriedenheit verbessert werden kann.

## **Prävalenz des präoperativen Schmerzes: Differenzierte Schmerzerfassung in der Anästhesiesprechstunde**

*F. Cassel*

Fragestellung: Die Evaluation erfasst, im Rahmen einer Studie zur Patientensituation in der ambulanten anästhesiologischen Prämedikation, Unterschiede in der Prävalenz des präoperativen Schmerzes der Patienten aus den operativen Kliniken einer Universitätsklinik. Die Ergebnisse sollen Grundlage für eine möglichen Veränderung in der Organisation der Anästhesiesprechstunde und eine zu diskutierende präoperative Schmerztherapie seitens der Anästhesie sein. Darüber hinaus soll ein möglicher Zusammenhang von Schmerzen und Angst vor der OP erfasst werden. Es wurden Patienten aus der Allgemein-, Neuro-, Unfall- und Herz-Thorax-Gefäßchirurgie sowie der Orthopädie und Urologie befragt. Eine Selektion der Patienten erfolgte dadurch, dass jeder zweite Patient über 18 Jahren ausgewählt wurde. Die Teilnahme war freiwillig und die Patienten konnten diese jederzeit ohne Konsequenzen ablehnen. Zunächst wurden die Patienten gefragt ob sie momentan Schmerzen verspürten. War dies nicht der Fall, erhielten sie einen Fragebogen bestehend aus dem MStF-K, den STOA-T und STDS, sowie soziodemographischen Angaben. Jene Patienten, die Schmerzen angaben erhielten ebenfalls die o. g. Fragebögen ergänzt durch einen Fragebogen zur differenzierten Schmerzerfassung. Die Fragebögen wurden von den Patienten während der Wartezeit in der Anästhesiesprechstunde selbstständig ausgefüllt und von diesen nach der Untersuchung wieder abgegeben. Insgesamt nahmen an der Studie 139 Patienten teil. Von diesen hatten 86 (61,9%) zum Zeitpunkt der Ankunft in der Anästhesiesprechstunde Schmerzen. 53 (38,1%) gaben an, keine Schmerzen zu haben. Über die einzelnen Kliniken verteilten sich die Patienten wie folgt: AC: 9 (45%) mit Schmerzen, 11 (55%) ohne Schmerzen; UC 29 (76,3%), 9 (23,7%); HTG 4 (66,7%), 2 (33,3%); NC: 13 (72,2%), 5 (27,8%); Urologie: 16 (39,0%), 25 (61,0%); Orthopädie: 15 (93,7%), 1, (6,3%). Es zeigt sich eine Häufung der Patienten, die mit Schmerzen in die Sprechstunde kamen, in den Kliniken der Orthopädie, Unfallchirurgie und Neurochirurgie. Des Weiteren gaben 44 aller befragten Patienten einen Wert  $\geq 4$  auf der Schmerzskala an. Das sind ein Drittel aller Befragten und knapp die Hälfte der Patienten mit Schmerzen. Ein Vergleich der Patienten mit Schmerzen und der OP-Ängstlichkeit zeigt, dass im die Patienten mit Schmerzen häufiger in der hoch ängstlichen Gruppe vertreten sind, als die ohne Schmerzen.

## **Persönlichkeitsunterschiede in der Erinnerung von bedrohlicher Information in der Prämedikationsvisite**

*D. Wegmann*

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit den Gedächtnisleistungen im Rahmen der Prämedikationsvisite an den Universitätskliniken Mainz. Theoretische Grundlagen für die Untersuchung sind die unterschiedlichen Bewältigungsmodi in Bezug auf den Umgang mit bedrohlichen Situationen.

In der Literatur findet man die zwei zentralen Bewältigungsmodi ‚Represser‘ und ‚Sensitizer‘. Represser versuchen somatische Erregung zu kontrollieren indem sie aversive Reize möglichst unbeachtet lassen, während Sensitizer eher die Unsicherheit meiden und durch erhöhte Vigilanz reagieren. Die vorliegende Arbeit fußt auf der Konzeption der Repression-Sensitization, aus dem Modell der Bewältigungsmodi (Krohne, 1993, 1996), in welchem die Dimensionen „kognitive Vermeidung“ und „Vigilanz“ die grundlegende Rolle spielen. Dieses Persönlichkeitsmodell nimmt an, dass Personen sich habituell in ihrem Verhalten während Bedrohungssituationen voneinander unterscheiden. Bezüglich der kognitiven Komponente belegen zahlreiche Studien die Theorie der „repressiven Diskontinuität“, die davon ausgeht, dass Represser während des frühen Wahrnehmungsprozesses durchaus die bedrohliche Information aufnehmen, während erst spätere kognitive Hemmungsprozesse zur kennzeichnenden kognitiven Vermeidung führen. Daraus leitet sich die Hypothese ab, dass die Represser sich an weniger Informationen aus der Prämedikationsvisite erinnern sollten, als die Sensitizer.

Die Erfassung der Informationstiefe soll über einen eigens konstruierten Fragebogen stattfinden, der auf der Grundlage des Anästhesie-Patienteninformations-Bogens erstellt werden soll. Signifikante Unterschiede zwischen den Bewältigungsmodi werden dahingehend erwartet, dass die Erinnerungsleistung der Represser deutlich schlechter sein soll als die der Sensitizer.

## **Angst und Stress in der Prämedikationsvisite – Subjektive, behaviorale und physiologische Angst- und Stressindikatoren vor, während und nach der Prämedikationsvisite in Abhängigkeit von der Angstbewältigungsdisposition**

*A.-K. Krämer*

Die Entscheidung zu einer Operation und die damit verbundene Aufnahme in ein Krankenhaus stellen für viele Patienten eine große Belastung dar. Es treten Gefühle wie Verunsicherung, Vereinsamung durch die Trennung von der gewohnten sozialen Umgebung, Angst und Stress auf (Horatz, 1978; Tolksdorf, 1985). Diese psychischen Folgen ziehen mitunter auch körperliche Reaktionen nach sich, welche sich negativ auf die perioperative Anpassung auswirken können.

Das Ziel von Vorgesprächen zwischen Patienten und den behandelnden Ärzten ist Stress und Angst durch eine adäquate Gesprächsführung und Prämedikation zu reduzieren. Dadurch reduziert sich auch die sympathoadrenerge Symptomatik und die perioperative Anpassung verbessert sich, wodurch ein operatives Risiko vermindert wird. Im Alltag einer

Klinik hat sich die medikamentöse Behandlung der Angst und des Stresses durch Benzodiazepine, verabreicht am Morgen vor der Operation, durchgesetzt. Allerdings wird auch immer wieder auf die positive Wirkung des Prämedikationsgesprächs hingewiesen (Horatz, Schöntag, 1978; Leigh, Walker, Janaganathan, 1977; Mendl, 1990; Schneider, 1988).

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Stress speziell vor, während und nach dem Informations- und Aufklärungsgespräch mit einem Anästhesisten in einer Anästhesie-Sprechstunde in Abhängigkeit vom Bewältigungsstil. Untersucht wurden 164 Patienten, die in naher Zukunft einen operativen Eingriff vor sich hatten. Die Patienten gaben vor und nach dem Aufklärungsgespräch mit Hilfe von Fragebögen Auskunft über ihr subjektives aktuelles und allgemeines Befinden und über ihren Bewältigungsstil. Während des Aufklärungsgesprächs wurde eine Subgruppe von 50 Personen einer Verhaltensbeobachtung und einer physiologischen Messung (Pulsfrequenz, Perfusionsindex, Sauerstoffsättigung des Blutes) unterzogen.

Es zeigte sich, dass die subjektive Angst- und Stressbelastung über das Gespräch hinweg sank. Sowohl die Affektive als auch die Kognitive Angst wurden reduziert, wobei sich nur letztere signifikant verringerte.

Zudem konnten Effekte der Bewältigungsdisposition festgestellt werden. So zeigten Personen mit hohen Werten in Vigilanz vor und nach dem Gespräch mehr subjektive Beanspruchung als Personen mit niedrigen Werten in Vigilanz. Ebenso zeigten Personen mit hohen Werten in Kognitiver Vermeidung vor und nach dem Gespräch weniger subjektive Belastung als Personen mit niedrigen Werten in Kognitiver Vermeidung. Während bei Hoch- und bei Niedrigvigilanten der Stress über das Narkosegespräch hinweg abnahm, wurde dieser Unterschied nur für die Hochvigilanten signifikant. Personen mit hohen und mit niedrigen Werten in Kognitiver Vermeidung unterscheiden sich in ihrer Stressentwicklung über das Gespräch hinweg dagegen nicht signifikant. Personen mit hohen Werten in Kognitiver Vermeidung zeigen also niedrigere subjektive Angst- und Stresswerte als Personen mit niedrigen Werten in Kognitiver Vermeidung, während jedoch ihre physiologischen Stresswerte im Vergleich zu dieser Gruppe tendenziell erhöht sind.

Überdies konnte gezeigt werden, dass Personen mit hohen Werten in Kognitiver Vermeidung niedrigere Stress-Fremdeinschätzungen während des Gesprächs aufwiesen als Personen mit niedrigen Werten in Kognitiver Vermeidung.

Ferner konnte gezeigt werden, dass Patienten, die mit Begleitung zu dem Gespräch kamen, mehr physiologischen Stress auswiesen als Personen ohne Begleitung. Es ergab sich zwischen den beiden Geschlechtern kein Unterschied im physiologischen Stress. Allerdings erlebten weibliche Patienten mehr subjektive Beanspruchung und erreichten zudem höhere Werte in der Stress-Fremdeinschätzung als männliche Patienten.

#### Literatur:

- Horatz K., Schöntag, G. (1978). Die Angst vor Narkose und Operation. *Prakt. Anaesth* 13, 123
- Leigh J. M., Walker J., Janaganathan P. (1977). Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety. *Brit Med Journal* 2, 987.
- Mendl G. (1990). L'effet de L'éntretien préanesthésique sur l'anxiété avant des interventions mineures. *Cah Anesthésiol* 36. 237.
- Schneider H. (1988). Das Prämedikationsgespräch sinnvoll oder nutzlos? *Anästh Intensivmedizin* 29. 299.
- Tolksdorf W. (1985). *Der präoperative Stress*. Heidelberg: Springer.



---

## **Auswirkung des anästhesiologischen Aufklärungsgesprächs auf Stimmung und Angst der Patienten unter Berücksichtigung der Interaktionen im Gespräch**

*T. Baessler*

*- Abstract lag bei Redaktionsschluss nicht vor -*

## **Zusammenhang zwischen physiologischen Angst-Parametern und subjektiver Angst der Patienten in der PMA**

*S. Herrgen*

*- Abstract lag bei Redaktionsschluss nicht vor -*

## **Effekte des anästhesiologischen Prämedikationsgesprächs auf die operationsbezogene Angst der Patienten**

*M. Augart*

### **Einleitung:**

Das Ziel der Studie ist die Ausprägung der operationsbezogenen Angst bei Patienten in der anästhesiologischen Sprechstunde zu messen und herauszufinden ob das Prämedikationsgespräch Einfluss auf die Angst der Patienten hat.

### **Methode:**

Um die operationsbezogene Angst zu messen, wurde der STOA Fragebogen für Trait- sowie State-Angst verwendet. Beim Eintreffen in der Klinik (T1) füllten die Patienten den STOA-Trait Fragebogen aus. Der STOA-State wurde jeweils vor (T2) und nach (T3) dem Prämedikationsgespräch ausgefüllt. Die Stimmung der Patienten sowie soziodemografische Daten wurden ebenfalls erfasst. 441 Patienten konnten in die Studie eingeschlossen werden.

### **Ergebnisse:**

Frauen sind tendenziell ängstlicher als Männer. Deswegen wurden die Ergebnisse nach Geschlechtern getrennt betrachtet. Des Weiteren wurde das Kollektiv anhand der Trait-Skala in hoch-, niedrig- und normal-ängstliche Patienten unterteilt. Im Mittel zeigte sich bei beiden Geschlechtern eine signifikante Angstreduktion nach dem Prämedikationsgespräch. Bei Frauen war diese im Mittel jedoch stärker ausgeprägt. Durch das Prämedikationsgespräch wird hauptsächlich die kognitive Komponente der Angst positiv beeinflusst (am stärksten in den Gruppen der niedrig- und hoch-ängstlichen Männer). Das Prämedikationsgespräch beeinflusst die affektive Komponente der Angst, insbesondere der hoch-ängstlichen Patienten, unterschiedlich: so zeigt sich bei hoch-ängstlichen Männern ein Angstabfall, hingegen bei hoch-ängstlichen Frauen ein Angstanstieg.

### **Schlussfolgerung/Diskussion:**

Allgemein kann gesagt werden, dass in den meisten Fällen das Prämedikationsgespräch eine Reduktion der Angst bewirkt. Als Risikogruppe konnten hoch-ängstliche Frauen identifiziert werden. Wie diese jedoch in der Praxis identifiziert werden können, muss noch erarbeitet werden.

Der Abstract enthält Material einer bislang unveröffentlichten Dissertation von M. Augart.

## Zusammenhang zwischen Cortisol (Speichel), Ängstlichkeit (MStF-K) und OP-Ängsten (STOA) während der PMA

*P. Canaviri*

**Fragestellung:** Operationen stellen für den Patienten eine angstbehaftete Stresssituation dar. Im Rahmen der PMA gilt es zu klären, ob es einen Zusammenhang zwischen subjektiver und physiologischer Ebene der präoperativen Angst gibt und beide durch die Prämedikationsvisite beeinflusst werden.

**Methode:** Die Messung des subjektiven Angst- und Stresserlebens wurde mit Hilfe von Fragebögen, die Messung der physiologischen Ebene durch Cortisol im Speichel bestimmt. Auf subjektiver Ebene fand eine weitere Differenzierung in situative Angst und allgemeine Ängstlichkeit statt. Die Datenerhebung erfolgte zu drei Zeitpunkten: nach Aufnahme auf Station, beim Eintreffen in der Anästhesiesprechstunde und nach dem Prämedikationsgespräch. Es wurden Daten von 48 Patienten aus den verschiedenen operativ tätigen Bereichen erhoben.

**Ergebnisse:** Es fand sich keine generelle Korrelation zwischen der situativen Angst und den Cortisolwerten. Lediglich zu einem Zeitpunkt war ein Zusammenhang zu sehen. Eine Korrelation zwischen den Cortisolwerten und der allgemeinen Ängstlichkeit konnte hingegen gefunden werden.

Auf physiologischer Ebene fand sich keine Angstreduktion durch das Prämedikationsgespräch. Auf subjektiver Ebene konnte zu einem Zeitpunkt ein schwacher Mittelwertsunterschied verzeichnet werden.

In der Gruppe hochängstlicher Patienten war keine stärkere Angstreduktion auf subjektiver oder physiologischer Ebene erkennbar als bei der Gruppe der niedrigängstlichen Patienten.

## Informationsbedürfnis und Betreuungsqualität im Kontext des Prämedikationsgesprächs: Entwicklung und Evaluation einer „Fragen-Identifikationsliste (FIL)“

*S. Fischbeck, S. Hennig*

Für viele Patienten ist es nicht leicht, Fragen zu stellen, die ihren Informationsbedürfnissen entsprechen. Als Folge davon können diese seitens des Arztes nicht erfüllt werden. Eine Fragen-Identifikationsliste (FIL), ist eine strukturierte Liste mit Fragen, die den Patienten ermutigen soll, während der ärztlichen Konsultation Informationen zu bestimmten Sachverhalten einzuholen. Wir wollten untersuchen, ob eine FIL Patienten, die in das Prämedikationsgespräch der Anästhesiologie kommen, hilft, ihre narkosebezogenen Informationsbedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und sie zu erfüllen.

**Methode:** Literaturgestützt und mittels Expertenbefragung wurde eine entsprechende FIL entwickelt. Anhand eines weiteren Fragebogens sollte auch ihr Erfüllungsgrad ermittelt werden. Im Juni und August 2007 wurde der Fragebogensatz N = 193 Patienten (konsekutiv) prä- (t1) und postkonsultativ (t2) ausgehändigt. Zusätzlich wurden an T1 das Inventar State-Trait-Operations-Angst (Krohne & Schmukle, 2006) und zu T2 noch einmal

die state-Form dieses Instrumentes und dazu die CARE- Skala (Consultation And Relational Empathy; Neumann & Pfaff, 2006) vorgelegt.

**Ergebnisse:** Nach faktorenanalytischer Auswertung (67% Aufklärung der Gesamtvarianz) konnten vier reliable Skalen narkoserelevanter Informationsbedürfnisse ermittelt werden: (1) „Narkoseablauf und -wirkung“, (2) „Sicherheit/Bedrohlichkeit der Narkose“, (3) „Hinweise zu Verhaltensmaßregeln vor der Narkose“ und (4) „Narkosebezogenes ärztliches Handeln“. Am wichtigsten war den Patienten, über die Sicherheit der Narkose informiert zu werden, am wenigsten wichtig erschienen ihnen Hinweise zum Rauchen, Essen und Trinken. Die Antworten der Patienten zu T2 zeigen, dass es in einigen Bereichen des Narkosegespräches zu Über- bzw. Unterinformierung kommt. Die Ausprägung der Informationsbedürfnisse stand mit der narkose- und operationsbezogenen Eigenschaftsangst wie auch der Zustandsangst in Zusammenhang. Der Grad des Erfüllens der Informationsbedürfnisse der Befragten erwies sich bei einem Großteil von ihnen als assoziiert mit der von ihnen eingeschätzten Empathie des Narkosearztes. Die FIL wurde von 76% der Probanden als ziemlich oder sehr hilfreich für das Formulieren ihrer Fragen eingeschätzt.

**Schlussfolgerungen:** Die Befunde zeigen eine Hierarchie der Wichtigkeit, mit der verschiedene Aspekte des Informationsbedürfnisses der Kranken erfüllt werden sollten. Dieses Kenntnis ermöglicht dem Narkosearzt, seine Auskünfte zusätzlich zur gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärung am Patienten orientiert zu gestalten. Dies gilt vor allem auch für stark narkose- und operationsängstliche Patienten. Welche Applikationsform des die FIL einen Zufriedenheitsgewinn für die Patienten erbringt, soll zukünftig in einem experimentellen Ansatz untersucht werden

## **Effekte einer Fragen-Identifikationsliste (FIL) für Patienten auf die Zufriedenheit, Angst und Stimmung nach der anästhesiologischen Aufklärung**

*S. Schäfer*

Es ist kaum bekannt, welche Wirkung der Einsatz einer Fragen-Identifikationsliste (FIL) auf verschiedenen Effekt-Parameter des ärztliche Prämedikationsgespräches hat: das psychische Befinden der Kranken, die Empathie des Arztes aus der Perspektive des Patienten, das Erfüllen des Informationsbedürfnisses der Patienten sowie die die Patientenzufriedenheit mit der Konsultation und die Beurteilung der FIL. Darüber hinaus ist nicht bekannt, ob die genannten Effekt-Kriterien besser ausfallen, wenn Patienten die FIL ausfüllen und dann: nicht in das Prämedikationsgespräch hinein nehmen (Versuchsgruppe 1) oder dem Arzt des Prämedikationsgespräches übergeben und dieser die Liste zur Kenntnis nimmt, vorrangige Fragen registriert und auf sie eingeht (Versuchsgruppe 2).

Drei Gruppen von jeweils 50 Patienten, die in der Uniklinik Mainz zum Prämedikationsgespräch vorstellig wurden, wurden untersucht: eine Kontrollgruppe (Fragebogen ohne FIL), Versuchsgruppe1 (Fragebogen mit FIL, nicht mit ins Gespräch) und Versuchsgruppe 2 (Fragebogen mit FIL, mit ins Gespräch). Die Einschlusskriterien waren: Mindestalter 18 Jahre, gute Deutschkenntnisse, Neuvorstellung in der Anästhesiesprechstunde, Gesundheitszustand, der das Ausfüllen zulässt und eine eigenständige Kommunikationsfähigkeit.

Folgende Hypothesen wurden bisher untersucht: Das narkosebezogene Informationsbedürfnis wird in der Versuchsgruppe 2 besser erfüllt werden als in der

Versuchsgruppe 2. Die Bewertung der Fragenliste im postkonsultativen Fragebogen wird in der Versuchsgruppe 2 besser ausfallen als in Versuchsgruppe 1.

Teilgenommen habe 150 Patienten im Alter von 18-87 Jahren (Durchschnitt: 53 Jahre), davon 98 Männer und 52 Frauen. ASA-Scores: 1 6,6 %, 2 60,7 %, 3 30,6 %, 4 1, 3 %.  
Überweisende Stationen: Unfallchirurgie: 41, Urologie: 36, Allgemein- und Abdominal-Chirurgie: 31, Orthopädie: 17, Neurochirurgie: 12, Herz-Thorax-Gefäß-Chirurgie: 8  
Transplantationschirurgie: 3, Endokrinologie: 1.

27 Anästhesisten haben teilgenommen, davon 4 Oberärzte und 23 Assistenzärzte.

Das Informationsbedürfnis war in beiden Versuchsgruppen zum Thema „Sicherheit und Bedrohlichkeit der Narkose“ (Skala 2 der FIL) am größten (Mittelwerte V1: 4,06 V2: 4,28) und in beiden Versuchsgruppen bei den Themen „Narkosebezogenes ärztliches Handeln“ (Skala 4 der FIL) und „Narkoseablauf und -wirkung“ (Skala 1 der FIL ) ähnlich hoch (Mittelwerte V1: 4,01 V2: 3,98). In beiden Versuchsgruppen war es zum Thema „Hinweise zu Verhaltensmaßnahmen vor der Narkose“ am geringsten (Mittelwerte V1: 3,0 V2: 2,56)

Der Erfüllungsgrad in der Versuchsgruppe 1 war in den Skalenbereichen AN, SN und HN geringer als das Informationsbedürfnis. In der Versuchsgruppe 2 in den Skalenbereichen AN und HN wurde das Bedürfnis vollständig erfüllt und im Bereich „Sicherheit und Bedrohlichkeit der Narkose“ besser erfüllt als in Versuchsgruppe 1, aber nicht vollständig.

In beiden Versuchsgruppen zeigt sich im Bereich „Hinweise zu Verhaltensmaßnahmen vor der Narkose“ eine Übererfüllung des Informationsbedürfnisses.

75 % der Patienten in Versuchsgruppe 1 und 80 % der Patienten in Versuchsgruppe 2 empfanden die FIL postkonsultativ als „ziemlich hilfreich“ bzw. „sehr hilfreich“

In Zukunft werden weitere Hypothesen untersucht und die weiteren Auswertungen (STOA, Stimmungsfragebogen, CARE-Skala, Sonstige) vorgenommen.

## **Effekte einer Fragenidentifikationsliste (FIL) für Patienten auf den Gesprächsverlauf in der anästhesiologischen Aufklärung – eine qualitative Untersuchung –**

*K. Wappelt*

Es ist bislang noch nicht ausreichend untersucht worden, welchen Einfluss die Applikation einer Fragenidentifikationsliste (FIL) auf die Arzt- Patienten- Kommunikation während des Prämedikationsgespräches hat.

Da patientenorientierte Medizin auch im Bereich der Anästhesie zunehmend wichtiger wird, sollen in der aktuellen Studie in diesem Bereich neue Ergebnisse erzielt werden.

In der Studie wurden 150 Prämedikationsgespräche audiographisch aufgezeichnet und mit Hilfe von dem Roter Interaction Analysis System (RIAS) analysiert. Dieses Kodiersystem dient der Analyse von Interaktionsprozessen in Arzt-Patient-Gesprächen.

Dabei gab es drei unterschiedliche Versuchsgruppe à 50 Patienten. Die Kontrollgruppe erhielt keine FIL, die Versuchsgruppe 1 erhielt eine FIL, nahm sie aber nicht mit ins Gespräch hinein. Die Versuchsgruppe 2 hingegen nahm die FIL mit ins Gespräch.

Es soll untersucht werden, welchen Einfluss die Applikationsmethode einer FIL auf das Frageverhalten und die Erfüllung der narkosebezogenen Informationsbedürfnisse des Patienten hat. Des Weiteren soll das Ausmaß an psychosozialen bzw. emotionalen Themen im Gespräch beobachtet werden.

Zu erwarten ist, dass Patienten die eine FIL (V1 & V2) erhalten haben, dem Arzt mehr Fragen stellen, als die Kontrollgruppe (KG). Zudem ist davon auszugehen, dass ihr Gesprächsanteil jeweils höher ist als derjenige der KG, sowie das

Prämedikationsgespräch bei Ihnen länger dauert. Des Weiteren ist damit zu rechnen, dass Anästhesisten der VG1 Und VG2 narkosebezogene Ängste bzw. Unsicherheiten der Patienten vergleichsweise häufiger ansprechen und mehr Informationen zur Narkose geben.

Gesprächsbeispiele und die Anwendung des Kodiersystems werden vorgestellt.

### **Kontakt:**

Dr. med. Arno Depta  
Klinik für Anästhesiologie  
Universitätsmedizin Mainz  
Gebäude 505, 2. OG  
Langenbeckstr. 1  
55131 Mainz

Dr. rer. physiol. Dipl.-Psych. S. Fischbeck  
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universitätsmedizin Mainz  
Saarstr. 21  
D-55099 Mainz

Tel.: 06131/39-25939  
fischbec@mail.uni-mainz.de