

# EMOTIONALE AUSNAHMEZUSTÄNDE VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN IN DER PRÄOPERATIVEN PHASE

Bewältigungsstrategien und Präventionsmassnahmen aus Sicht der Anästhesiepflege



## DIPLOMARBEIT

IM RAHMEN DES  
NACHDIPLOMSTUDIUMS HF

### Anästhesiepflege

Aargauische Fachschule für Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege

Spital Muri

vorgelegt von

Lackinger-Schmutz Christine, MSc.

Lenzburg, 31.7.2018

## **Deklaration**

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Nachdiplomstudiums an der Aargauischen Fachschule für Anästhesie, Intensiv- und Notfallpflege der beiden Kantonsspitäler Aarau AG und Baden AG verfasst.

Ich, Christine Lackinger-Schmutz, MSc. bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen sind durch genaue Quellenangaben angegeben. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle von Plagiaten auf nicht erfüllt erkannt werden kann.

Lenzburg, 31.7.2018 \_\_\_\_\_

## VORWORT / DANKSAGUNG

Im Zuge meiner Tätigkeit als Anästhesiepflegefachkraft in Österreich und auch in meiner Ausbildung zur Anästhesiepflegeexpertin NDS wurde ich in den letzten Jahren immer mehr mit emotionalen Belastungszuständen der Patientinnen und Patienten konfrontiert. Deshalb habe ich mich intensiv mit den Schwierigkeiten und Herausforderungen im perioperativen Betreuungsprozess auseinandersetzt. So habe ich die Patientenkommunikation oftmals als unzufriedenstellend erlebt und auch dem fachgerechten Umgang mit den uns anvertrauten Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Ängste wurde zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Aus diesem Grund habe ich mit der Kommunikation und den emotionalen Ausnahmezuständen sowie deren Auswirkungen auf unser Patientengut einen Schwerpunkt in meiner Alltagsarbeit als Anästhesiepflegefachkraft gesetzt.

Meine langjährige Erfahrung hat gezeigt, dass Kommunikation als zentrales Element zur Vermeidung oder Reduktion von präoperativen Ängsten zu bewerten ist, obwohl es noch viele andere unterstützende Massnahmen wie z.B. Musikintervention oder Aromatherapie gibt. Keine andere Vorgehensweise kann so viel Positives bewirken, im Gegenzug aber auch negative Effekte erzeugen. Deshalb ist ein sensibilisierter Zugang unverzichtbar.

Auch im Zuge meiner Recherchen gewann das Instrument der Gesprächsführung als Angstbewältigungsstrategie für mich immer mehr an Bedeutung. Gerade deshalb sehe ich mich in der Auswahl meines Themas bestätigt. Es ist mir ein grosses Bedürfnis, auf die Bedeutsamkeit eines reflektierten Umgangs mit präoperativen Ängsten hervorzuheben und auf den gezielten Einsatz von Kommunikationsstrategien hinzuweisen. Es ist mir aber auch ein Anliegen die Grenzen im Bewältigungsprozess von emotionalen Ausnahmezuständen aufzuzeigen. Ich denke, es ist wichtig auch hier zu erkennen, wann Interventionen keinen Sinn machen. „Überlegter, reflektierter und gezielter Einsatz“ ist hierzu mein Motto, mit dem Bestreben meine Patientinnen und Patienten individuell und bestmöglich in der Prävention und Bewältigung etwaiger emotionaler Belastungen zu unterstützen.

Mein Dank gilt in erster Linie meiner Familie, insbesondere meinem Ehegatten, für seine Geduld und die emotionale Unterstützung, welche er mir in jeder Situation zuteilwerden liess. Ein besonderer Dank gilt den mir anvertrauten Patientinnen und Patienten. Durch ihre Offenheit, Aufrichtigkeit und ihr Vertrauen war es mir möglich, meine Aufgaben als Anästhesiepflegefachkraft nach bestmöglichem Wissen und Gewissen zu erledigen. Auch meinem Ausbilder Marc Keller am Spital Muri möchte ich für die Begleitung dieser Arbeit und den unermüdlichen Einsatz im Rahmen meiner praktischen Ausbildung meinen Dank aussprechen.

Ich widme diese Arbeit meiner verstorbenen Mutter, die stets an mich geglaubt hat und mir auch in den letzten Tagen ihres Lebens viel Zuspruch für meinen weiteren Lebensweg zukommen liess.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den emotionalen Belastungszuständen der Patientinnen und Patienten in der präoperativen Phase. Ausgehend von der Hypothese, dass patientenorientierte Gesprächsführung einen positiven Einfluss auf die Bewältigung von Angstzuständen haben kann, orientiert sich die Arbeit an folgender Fragestellung: „Welche Interventionsmöglichkeiten bezugnehmend auf Kommunikation und Gesprächsführung bieten sich für Anästhesiepflegekräfte bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit elektiven Eingriffen zur Prävention und Bewältigung von Ängsten im präoperativen Setting?“ Zudem wurden drei Subfragen formuliert, welche den „roten Faden“ dieser Arbeit bilden. Darauf basierend ist das inhaltliche Ziel die Erörterung von Angstzuständen und ihre perioperativen Einflüsse, Kommunikationstechniken und Formen der Gesprächsführung im anästhesiologischen Setting sowie die Auswirkung von Belastungszuständen auf die Patientenzufriedenheit.

Einführend wird die Problematik mit präoperativen Belastungszuständen aufgezeigt und auf die damit verbundenen Patientenbedürfnisse und deren Einflüsse auf die Patientenzufriedenheit Bezug genommen. In weiterer Folge werden relevante Begriffserklärungen beschrieben und auf die verschiedenen Arten von psychischen Belastungszuständen und deren Einflüsse und Faktoren eingegangen. Im Vordergrund stehen die Aspekte der Angst im Zusammenhang mit Anästhesie und Operation und der damit verbundenen Patientenzufriedenheit. Weiters werden zentrale Aufgabebereiche der Anästhesie(pflege) vorgestellt, deren Qualität weitestgehend durch Kommunikation bestimmt wird. Im Sinne einer patientenorientierten Gesprächsführung beschäftigt sich die Arbeit in logischer Konsequenz mit der verbalen und non-verbalen Kommunikation sowie mit dem Einsatz von Suggestionen. In der vorliegenden Arbeit wird die Notwendigkeit von Prävention und Massnahmen zur Bewältigung von Angstzuständen hervorgehoben und mit dem Instrument der kommunikativen Strategien in Verbindung gebracht. Abschliessend wurden Empfehlungen für eine patientenorientierte Gesprächsführung im anästhesiologischen Setting formuliert, die als praktischer Leitfaden im anästhesiologischen Alltag verstanden werden dürfen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine ganze Reihe von anästhesiepflegerischen Handlungsmöglichkeiten zur Angstminderung gibt. Diese können teilweise schon nur durch kleine Abweichungen im Routinealltag des Pflegepersonals das Ziel der Angstminderung bewirken. Die Optimierung mancher Rahmenbedingung würde sich sicher leicht in die pflegerische Praxis integrieren lassen (Gottschalk, 2004). Jedoch nimmt die patientenorientierte Kommunikation in der präoperativen Betreuung einen zentralen Stellenwert ein. So steht das Vermeiden von Negativsuggestionen an oberster Stelle, während sich die Anwendung von Positivsuggestionen als ideales Instrument zur Bewältigung und Prävention von Angstzuständen herausstellt. Dass diesen Massnahmen und dem Bestreben einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung hohe Priorität eingeräumt werden muss, belegt eine Reihe von Studien. Diese bestätigen durchwegs, dass bei präoperativer Angst mit höheren intra- und postoperativen Komplikationen zu rechnen ist. Sie zeigen auch, dass eine Angstminderung durch Suggestionen tatsächlich intraoperativ Einfluss auf die hämodynamische Stabilität haben und ein besseres postoperatives Outcome bewirken (Hansen, Bejenke, 2010). Darüber hinaus wirken sich emotionale Belastungszustände negativ auf die Patientenzufriedenheit aus, während bedarfsgerechte Gesprächsführung mit hohen Zufriedenheitswerten korreliert.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
1.1	Problemstellung	4
1.2	Fragestellung	6
1.3	Zielsetzung und Abgrenzung	7
1.4	Methodik und Aufbau	8
1.4.1	Methodische Vorgehensweise	8
1.4.2	Inhaltlicher Aufbau	9
<b>2</b>	<b>HAUPTTEIL</b>	<b>10</b>
2.1	Emotionale Belastungszustände	10
2.2	Arten von psychischen Belastungszuständen	11
2.2.1	Aggression	11
2.2.2	Scham	11
2.2.3	Stress	12
2.2.4	Angst	12
2.3	Aspekte der Angst im Zusammenhang mit Anästhesie und Operation	13
2.3.1	Auswirkungen von Vorinformation und Vorerfahrungen auf präoperative Ängste	14
2.3.2	Zusammenhänge zwischen psychologischen und physiologischen Parametern	15
2.4	Zusammenhänge von Belastungszuständen und Patientenzufriedenheit	16
2.5	Kommunikation zur Prävention von präoperativen Ängsten	19
2.5.1	Präoperative Patientenedukation (preoperative patient education)	19
2.5.2	Prämedikationsgespräch	20
2.5.3	Präoperative Anästhesiepflegevisite	20
2.6	Gesprächsführung und Kommunikation	21
2.6.1	Grundlagen der Kommunikation	22
2.6.2	Verbale und nonverbale Kommunikation	24
2.6.3	Kommunikative Fertigkeiten	25
2.6.4	Patientenorientierte Gesprächsführung nach Rogers	26
2.6.5	Ausnahmesituation – Natürlicher Trancezustand	27
2.6.6	Positive und negative Suggestionen	28
2.6.7	Anästhesiebezogene Kommunikation	29
2.7	Optimierung der Rahmenbedingungen	30
<b>3</b>	<b>SCHLUSSTEIL</b>	<b>32</b>
3.1	Gewonnene Erkenntnisse	32
3.2	Reflexion	33
3.3	Empfehlungen für den klinischen Alltag	34
	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>36</b>
	<b>WEBVERZEICHNIS</b>	<b>39</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>40</b>
	<b>ANHANG</b>	

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung

Für das Anästhesiepflegepersonal ist die Arbeit im Operationssaal meist Routine. Im Krankenhausalltag sind Prozesse meist strukturiert, überschaubar und standardisiert. Dies ist notwendig um die grossen organisatorischen Aufgaben effektiv erfüllen zu können. Insbesondere wenn eine operative Versorgung notwendig wird, befinden sich die Patientinnen und Patienten im Allgemeinen in einer physischen und psychischen Ausnahmesituation. Oftmals vergisst das routinierte Personal, dass ein Krankenhausaufenthalt für die Patientinnen und Patienten eine Ausnahmesituation und damit eine grosse Herausforderung darstellt. Die Patientinnen und Patienten sehen sich mit einer völlig anderen Welt konfrontiert. So erleben sie die Einschleusung als ein Transport mittels einer Art Förderband. Empfangen werden sie durch „grüne oder blaue Männlein“, die häufig bis auf die Augenpartie verummumt sind. Im Operationssaal selbst erwartet die Betroffenen dann blinkende Tasten, unbekannte Geräusche und sie werden durch plötzliche Signaltöne erschreckt. Mehrere unbekannte Personen tauchen plötzlich und abwechselnd auf und tragen zusätzlich zur Verunsicherung bei (Knipfer et al., 2015).

Die praktische Erfahrung der Autorin zeigt, dass Patientinnen und Patienten häufig ohne detaillierte Vorinformation über die zukünftigen Geschehnisse in den Operationssaal kommen. Viele haben keine Vorstellung davon, was sie erwartet. Wenn sich dann auch noch das Pflegepersonal dieser Ausnahmesituation nicht bewusst ist und keine entschärfende Massnahmen setzt, werden emotionale Belastungszustände der Betroffenen möglicherweise noch verstärkt und erhöhen damit das Komplikationsrisiko. Das Zitat „*Man braucht nichts im Leben zu fürchten, man muss nur alles verstehen*“ (<http://zitate.net/marie%20curie.html>, 20. April 2018) von Marie Curie hebt die Bedeutsamkeit der Information und Aufklärung hervor. So kann diese Aussage durchaus als Appell an das Pflegepersonal, die psychosoziale Betreuung in den Mittelpunkt der Pflege zu stellen, verstanden werden.

Weiters ist auch darauf hinzuweisen, dass Vorinformationen durch Dritte, die Qualität der Informierung sowie individuelle Vorerfahrungen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von präoperativen Stress spielen. Insbesondere wenn bereits individuelle negative Vorerfahrungen bestehen, steigt der Angst- und Stresslevel signifikant an. Im Fokus des anästhesiologischen Managements stehen dabei die präoperative Identifizierung solcher bestehenden Belastungen und die Anwendung von Präventionsmassnahmen (Aust et al., 2016).

Die gesamte Gesundheitsversorgung unterliegt einer Dienstleistung an der Patientin und am Patienten. Immer mehr tritt deshalb das Streben nach Qualitätssicherung und damit die Erhöhung der Patientenzufriedenheit und -sicherheit in den Vordergrund. Anhand zahlreicher durchgeführter Studien, bezogen auf das Qualitätsmanagement, wird die Relevanz zur Vermeidung bzw. Reduzierung von emotionalen Belastungszuständen deutlich, da sich Angst negativ auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten auswirkt (vgl. Freudenberg, 2014). In vielen Studien wird eine

„sehr gute“ Patientenzufriedenheit beschrieben, welche allerdings kritisch zu hinterfragen ist. Darüber hinaus bestehen in etlichen Bereichen grosse Defizite – insbesondere auf dem Gebiet der Kommunikation. Darauf basierend ergibt sich eine inhaltliche Relevanz zwischen emotionalen Belastungszuständen, Kommunikation und Patientenzufriedenheit.

Ein operativer Eingriff löst sehr oft bei Betroffenen Unsicherheit und Ängste aus. Dies gilt nicht nur für Notfallsituationen sondern auch für Elektiveingriffe. Viele verschiedene Faktoren und Einflüsse bestimmen die Angstzustände, welche im Folgenden aufgezeigt werden (Knipfer et al., 2015).

- Angst hilflos und ausgeliefert zu sein: Patientinnen und Patienten können das Gefühl haben die Situation nicht kontrollieren oder sich nicht wehren zu können. Auch die Scham, den Körper zur Schau stellen zu müssen, kann Ängste verstärken.
- Angst vor der Narkose / Anästhesie Dieser Punkt beinhaltet die Angst während der Narkose zu ersticken, während dem operativen Eingriff munter zu werden oder gar nicht mehr aus der Narkose aufzuwachen. Bei regionalen Anästhesieverfahren bestehen Ängste vor einer Querschnittlähmung oder vor Komplikationen mit einhergehendem Funktions- oder Extremitätenverlust.
- Angst vor der Operation und dem Operationsergebnis: Auch die Ungewissheit über das Ausmass des Eingriffs, die Angst vor Komplikationen und die Angst vor postoperativen Schmerzen spielen für die Betroffenen eine grosse Rolle. Betreffend dem Operationsergebnis gibt es Ängste vor hässlichen Narben, Funktionseinschränkungen und Leistungseinbussen, weiteren erforderlichen Operationen oder einer etwaigen schlechten Prognose.

So wie die nachfolgende Tabelle zeigt, gaben rund ein Drittel des befragten Patientenguts in einer von Hofer et al. (2004) durchgeführten Studie zu den Bedürfnissen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Anästhesie an, vermehrt präoperative Ängste zu haben. Der Unterschied zwischen Angst vor Anästhesie, Operation, Schmerzen oder Erbrechen waren nur geringfügig erkennbar. Die zu derselben Thematik befragten Anästhesisten schätzten dies allerdings anders ein. Sie gingen davon aus, dass die Betroffenen in der präoperativen Situation häufiger Angst verspürten. Dies zeigt, dass das Anästhesiepersonal durchaus die Relevanz von Ängsten erkennt und aufgrund der höheren Einschätzung mehr Bedeutung beimisst. Deshalb ist davon auszugehen, dass präventive Massnahmen zur Reduzierung der Ängste – vorausgesetzt diese sind bekannt – gesetzt werden (Hofer et al., 2004).

Abbildung 1: Präoperative affektive Situation (Hofer et al., 2004, S.1065)

a	% Patienten (n=200)				M±SD	% Anästhesisten (n=35)				M±SD	ΔM	p
	11	25	29	36		31	46	17	6			
Angst vor Anästhesie (1)	11	25	29	36	2.9±1.0	31	46	17	6	1.6±0.5	1.3	<0.01
Angst vor Operation (2)	8	34	28	31	2.8±1.0	31	46	17	6	2.0±0.9	0.9	<0.01
Angst vor Schmerzen (3)	11	31	27	32	2.8±1.0	23	57	20		2.0±0.7	0.8	<0.01
Angst vor Erbrechen (4)	12	19	32	39	3.0±1.0	23	49	29		2.1±0.7	0.9	<0.01

## 1.2 Fragestellung

Dass sich Ängste und Belastungszustände ungünstig auf den Operations-, Narkose- und Genesungsverlauf auswirken ist bekannt. Jedoch haben diese Erkenntnisse in der Praxis weder zu umfassenden berufsgruppenspezifischen noch zu berufsgruppenübergreifenden Konzepten geführt, welche die Situation des betroffenen Patientenguts verbessern könnte. Dennoch haben sich Bewältigungsstrategien entwickelt, die verschiedene Ebenen der anästhesiepflegerischen Intervention aufgreifen und als Handlungsvorschläge zur Angstminderung in der präoperativen Phase zuzuordnen sind (Preckel, 2016).

Da der Kommunikation als Präventivmassnahme ein hoher Stellenwert zuzuordnen ist, bedarf es einer genaueren Betrachtung, wie die Kommunikation und Gesprächsführung von Anästhesiepflegepersonal gestaltet werden kann. Im Zentrum dieser Überlegung stehen Patientinnen und Patienten mit emotionalen Belastungszuständen in der präoperativen Phase sowie mögliche Präventivmassnahmen zur Reduktion und Vermeidung von Ängsten. Darauf basierend wird eine zentrale Fragestellung formuliert, welche mittels Literaturrecherche beantwortet werden soll:

Welche Interventionsmöglichkeiten bezugnehmend auf Kommunikation und Gesprächsführung bieten sich für Anästhesiepflegekräfte bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit elektiven Eingriffen zur Prävention und Bewältigung von Ängsten im präoperativen Setting?

Daraus lassen sich weitere Subfragen formulieren, welche in der vorliegenden Arbeit schwerpunktmässig behandelt werden:

- Was ist unter „Angst(zuständen)“ zu verstehen und welche perioperativen Faktoren nehmen darauf Einfluss?
- Welche Kommunikationstechniken und Formen der Gesprächsführung bieten sich im präoperativen Setting zur Prävention und Bewältigung von Ängsten an?
- Wie wirken sich Belastungszustände im Sinne von präoperativen Ängsten auf die Patientenzufriedenheit aus?



### **1.3 Zielsetzung und Abgrenzung**

Im Zuge dieser Arbeit soll die Relevanz der psychosozialen Betreuung in der Anästhesie herausgearbeitet werden. Des Weiteren werden Massnahmen vorgestellt, die stressinduzierte Belastungen mit dem Fokus auf präoperative Ängste vorbeugen bzw. reduzieren können. Dabei steht die Patientenorientierung und Patientenzufriedenheit im Mittelpunkt. Auch der Aufgabenbereich der Anästhesiepflege im präoperativen Setting wird beleuchtet. Darüber hinaus wird in dieser Arbeit das Ziel verfolgt, die Gesprächsführung als zentralen Aspekt in der anästhesiologischen Versorgung herauszuarbeiten und Zusammenhänge zwischen der patientenorientierten Kommunikation und der Prävention und Bewältigung von Ängsten herzustellen.

Neben der inhaltlichen Aufarbeitung der beschriebenen Thematik, soll die vorliegende Arbeit als Grundlagenwerk für eine praxisnahe und patientenorientierte Kommunikation verwendet werden um davon in weiterer Folge Empfehlungen für den anästhesiologischen Praxisalltag abzuleiten.

Diese Arbeit beschäftigt sich ausschliesslich mit den emotionalen Belastungszuständen von Patientinnen und Patienten und nicht mit belastenden Herausforderungen des Anästhesiepflegepersonals. Da Kinder, geistig behinderte Menschen und Notfallereignisse eine eigene Herausforderung in der Anästhesiepflege darstellen und andere Bedürfnisse im präoperativen Setting aufweisen, findet das erwähnte Patientengut in dieser Arbeit keine Berücksichtigung. Auch das ärztliche präoperative anästhesiologische Aufklärungsgespräch, das neben der nötigen Sachinformation und der Einschätzung des physischen und psychischen Zustands der Patientinnen und Patienten auch die Prävention von emotionalen Belastungszuständen zum Ziel haben soll, wird bewusst nur gestreift.

Weiters wird auf eine ausführliche Erörterung der verschiedenen Kommunikationsmodelle ausdrücklich verzichtet. Lediglich zum Grundlagenverständnis werden diese ansatzweise vorgestellt, da sich patientenorientierte Gesprächsführung vorwiegend an deren Grundsätzen orientiert.

## 1.4 Methodik und Aufbau

### 1.4.1 Methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer ausführlichen Literaturrecherche und wurde als Literatuarbeit verfasst. Im Zuge dessen wurde das gesammelte Wissen aus aktueller Literatur analysiert und reflektiert. In Anlehnung an Schrems (2008) wird unter Einbeziehung der Betrachtungsperspektive und des Vorverständnisses der Autorin dieses Wissen interpretiert und zur Beantwortung der Fragestellung verwendet.

Ausgehend von der Literaturrecherche über emotionale Belastungszustände von Patientinnen und Patienten und Bewältigungsstrategien wurden die dabei gewonnenen Erkenntnisse in einen gemeinsamen Kontext gesetzt. Diese Ergebnisse boten die Ausgangsbasis für eine überblicksmässige Zusammenfassung von derzeitigen nationalen und internationalen Erkenntnissen. Die Literaturrecherche erfolgte über fachspezifische Datenbanken wie Cochrane Library, PubMed, EBSCO Cinahl, die elektronische Datenbank der Medizinischen Universität Wien sowie über Handsuche von Fachliteratur in der Bibliothek des Universitätsspitals Bern und der Hauptbibliothek der Universität Wien. Darüber hinaus wurde eine Handsuche in der „Österreichischen Pflegezeitschrift“ (Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes), in den deutschsprachigen Fachzeitschriften „Pflege“ (Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe) und „intensivpflege“, „AINS“ und „Der Anästhesist“ sowie in den englischsprachigen Fachzeitschriften „BMC Nursing“ durchgeführt. Auch Google Scholar wurde zur überblicksmässigen Literatursuche von Fachbüchern herangezogen.

Web-basierte Suchmaschinen kamen lediglich zum Verständnis und zur Ergänzung von Hintergrundwissen zum Einsatz. Die verwendete Literatur muss die Kriterien facheinschlägig, aktuell und praxisnah erfüllen. Die Aktualität der ausgewählten Publikationen bezieht sich grösstenteils auf zehn Jahre (2008-2018). Aufgrund sehr aussagekräftiger, aber durchaus älteren Publikationen, die jedoch in jüngeren Veröffentlichungen Berücksichtigung finden, wird in Einzelfällen auch auf diese Primärliteratur zurückgegriffen.

Um sich über die Thematik einen Überblick zu verschaffen, wurden vorläufige Suchbegriffe definiert, welche einen roten Faden in der Literaturrecherche darstellten: „emotionale Belastung“, „präoperativ“, „präoperative Belastungszustände“, „Intervention“, „Prävention“, „Anästhesiepflege“, „Gesprächsführung“, „patientenorientiert“, „Kommunikation“, „präoperative Angst“, „Operation“, „Narkose“, „Anästhesie“, „Aufklärung“, „Angstreduzierung“, „Gesprächstechnik“, „Patient“, „emotional stress“, „distress“, „preoperative“, „surgery“, „prevention“, „fear“, „anxiety“, „conversation“, „conversation technology“, „patient satisfaction“, „communication“, „anesthesia care“, „intervention“, „action“, „coping measures“, „stress reduction“, „treatment“, „coping strategies“.

Ausgehend vom ersten Überblick wurden Suchbegriffe ausgewählt und mit Bool'schen Operatoren kombiniert, um eine zielgerichtete Suche zu ermöglichen. Die vorliegende Arbeit erhebt jedoch nicht den Anspruch einer systematischen Literaturrecherche, sondern versucht aus der Vielzahl an Studien und Publikationen beson-

ders praxisnahe Erkenntnisse zusammenzufassen und zu präsentieren. Folgende Suchbegriffe wurden wie folgt priorisiert und kamen in der Suchstrategie zur Anwendung:

(A): anxiety, surgery, „coping skills“, “preoperative anxiety”, “preoperative stress”, “emotional effects”, anaesthesia, “preoperative care”, “patient care”

(B): prevention, patient satisfaction, “coping behavior”, treatment, “stress reduction”, complication

(C): “anaesthesia care”, communication, conversation, information

#### **1.4.2 Inhaltlicher Aufbau**

Die Einleitung befasst sich mit der Einführung in die Problematik, der Fragestellung und dient der Beschreibung von Zielsetzung und Abgrenzung. Auch die methodische Vorgehensweise und erste Erkenntnisse zur Studienlage finden ersten Kapitel Berücksichtigung.

Der Hauptteil beschreibt den theoretischen Hintergrund, wobei eingangs relevante Begrifflichkeiten definiert und beschrieben werden. Anschliessend erfolgt die Bearbeitung der Fragestellung und damit die Aufarbeitung der Literatur. Dabei wird zu Beginn auf die emotionalen Belastungszustände und deren Auswirkungen im präoperativen Setting eingegangen. Darauf basierend werden die Interventionsmöglichkeiten der Anästhesiepflege im Hinblick auf die Prävention und Bewältigung erörtert. Im Rahmen der Interventionen wird zu den kommunikativen Strategien Bezug genommen, vorgestellt. Um die Einflüsse des präoperativen Settings auf die Patientenzufriedenheit aufzuzeigen, wird auf die internationale Studienlage zurückgegriffen. Ebenso wird mittels der Studienlage erhoben, welchen Stellenwert die Kommunikation in der Patientenzufriedenheit einnimmt und welche kommunikativen Möglichkeiten sich zur Angstbewältigung ergeben.

Der Schlussteil widmet sich einer zusammenfassenden Darstellung des erarbeiteten Inhalts und versucht einen Ausblick auf die Entwicklung der vorliegenden Problematik zu verschaffen. Neben den selbstreflektierten Ausführungen und der Schlussfolgerung von gewonnenen Erkenntnissen, erlaubt sich die Autorin einige Empfehlungen zur Gestaltung einer patientenorientierten Gesprächsführung im perioperativen anästhesiologischen Setting, zu formulieren.

## 2 Hauptteil

### 2.1 Emotionale Belastungszustände

Emotion wird definitionsgemäss als Gemütsbewegung oder auch Gefühlsregung beschrieben. In der Psychologie versteht man darunter

*„die individuell unterschiedlich ausgeprägte Anteilnahme und Erregbarkeit, auch als Ausdruck eines unspezifischen Ab- oder Hinwendungsverhaltens“* (Brockhaus: DEU-HAM, S. 247).

Emotionale Belastungen in der Pflege entstehen oftmals durch den Verlust der Gesundheit, Verlust eines Organs oder Körperteils, Verlust von bestimmten Fähigkeiten, Verlust der eigenen Unabhängigkeit und möglicherweise sogar durch Verlust des Lebens. Patientinnen und Patienten sehen sich mit diesem Leid konfrontiert und sind auf die fachliche, soziale und persönliche Kompetenz der Pflegeperson angewiesen. Gefühle oder Emotionen haben weitreichende Auswirkungen auf das Verhalten des betroffenen Personenkreises sowie auf körperliche und kognitive Prozesse. Darüber hinaus können sie sich gegenseitig beeinflussen. Bei der Entstehung von Gefühlen spielen sowohl körperliche als auch Denkprozesse eine wesentliche Rolle. Es ist davon auszugehen, dass Menschen nicht durch die Dinge selbst, sondern durch die eigenen Einstellungen die sie zu einer Thematik haben, beunruhigt werden. Somit werden Emotionen von bewussten und unbewussten Denkweisen beeinflusst und entstehen aus subjektiven Interpretationen der Situation (Ekert, 2014).

Gefühlsäusserungen können verbal oder nonverbal erfolgen. Nicht alle Patientinnen und Patienten können ihre Gefühle verbal äussern, weshalb die Wahrnehmung von Emotionen einen wesentlichen Bestandteil der Patientenbeobachtung und -betreuung darstellt und als Voraussetzung für einen professionellen pflegerischen Umgang gelten muss. Die Berücksichtigung der Gefühlslage einer Patientin oder eines Patienten ist für den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Pflege und Patientengut unumgänglich (Ekert, 2014).

Belastungszustände werden als

*„Gesamtheit aller auf einen Menschen einwirkenden potentiell negativen psychischen, physischen und sozialen Einflüsse“* (Pschyrembel: Wörterbuch Pflege, 2003, S. 91) definiert.

Unterschieden werden vier Formen der psychischen Belastung: Arbeitsplatz, Informationen, Erwartungen und Umweltbelastungen. Hinsichtlich der präoperativen Betreuung von Patientinnen und Patienten sind als Ursachen die Information und Erwartungen zu nennen (Pschyrembel: Wörterbuch Pflege, 2003). Daraus ist zu schliessen, dass Informationen im Sinne von Aufklärung vor einem operativen Eingriff als auch bestimmte Erwartungen betreffend der postoperativen Phase zum Entstehen von Belastungszuständen beitragen können.

## **2.2 Arten von psychischen Belastungszuständen**

Im Folgenden werden die verschiedenen psychischen Belastungszustände und deren Begriffserklärungen erörtert. Meistens verspüren Patientinnen und Patienten Angst und Furcht, welche zu den Primär-Emotionen zählen. Aber auch Aggression und Gewalt können sich als Zeichen der Unsicherheit zeigen (Schwarz-Friesel, 2013). Im weiteren Verlauf der Arbeit wird aber speziell auf Angstzustände und deren Zusammenhänge in einem eigenen Kapitel eingegangen.

### **2.2.1 Aggression**

Vorab muss erwähnt sein, dass das Begriffsverständnis von Aggression sehr vielfältig ausgelegt werden kann. So umfasst Aggression für manche Menschen intensives Verhalten, wie körperliche oder verbale Angriffe oder Sachbeschädigung. Andere assoziieren Aggression bereits mit Missachtung oder mangelhafter Hilfeleistung. Auch affektive Erregung wird in der Regel mit Aggression in Zusammenhang gebracht. In der Psychologie gibt es keine eindeutige Definition. So wird die Ansicht wann jemand aggressiv ist und wann nicht, auf einer subjektiven Auslegung gestützt. Bach & Goldberg (1974) haben Aggression als jenes Verhalten gesehen, welches im Wesentlichen das Gegenteil von Passivität und Zurückhaltung darstellt (vgl. <http://www.fundus.org/pdf.asp?ID=10754>, 3. März 2018). Daraus ist zu schliessen, dass auch hier der Begriffsdefinition sehr viel Spielraum eingeräumt wird.

Aggressive Verhaltensweisen können viele unterschiedliche Ursachen haben und sind in der Regel leicht wahrzunehmen. Der Umgang mit Wut oder Aggression gestaltet sich aber schon schwieriger. Zuerst gilt es herauszufinden ob sie gerechtfertigt oder unangebracht sind. Um Zugang zum Patienten zu bekommen, muss eine vorherrschende Feindseligkeit aufgelöst werden und die Situation handhabbar gemacht werden. Ziel muss es sein, die Wut zu legitimieren und zu versuchen sie zu entwaffnen. Ähnlich ist es bei einer Aggression. Auch hier muss man sich bewusst sein, dass Aggressionen mit den Ängsten vor einer bestimmten Situation und dem Kontrollverlust über eine Lage eng verbunden sind (Niven, Robinson, 2001).

### **2.2.2 Scham**

Auch Scham gehört zu den grundlegenden Emotionen des Menschen und lässt sich nicht eindeutig von Angstgefühlen abgrenzen. Sie bezeichnet ein Gefühl des blossgestellt seins oder die Furcht blossgestellt zu werden. Das Schamgefühl umfasst die ganze Person, also ihr Denken, Handeln und Fühlen. Man schämt sich vor anderen und vor sich selbst. Scham wird durch Verletzungen der körperlichen Intimsphäre ausgelöst und entsteht, weil man den Anforderungen der anderen oder dem Anspruch an sich selbst nicht gerecht wird. Scham zeigt sich oft nonverbal, etwa in der Körperhaltung, einem gesenkten Blick oder durch Erröten (Ekert, 2005).

Eine besondere präoperative Belastung im Sinne eines Schamgefühls ist das subjektive Empfinden eines Identitätsverlusts aufgrund der fehlenden gewohnten Zahnprothese. Auch die ausschliessliche Bekleidung mit einem Tuch gehört zu den Scham auslösenden Faktoren. In diesem Zusammenhang sind auch die religiösen Hinter-

gründe der Patienten zu erwähnen, welche oftmals die Pflegepersonen vor grosse Herausforderungen stellen, um den Bedürfnissen der Patienten aus anderen Kulturen gerecht zu werden (Gottschalk, 2004).

### **2.2.3 Stress**

Stress bezeichnet eine von emotionellen Reaktionen begleitete Körperreaktion auf Stressoren und wird durch unspezifische Faktoren ausgelöst. Stress führt zu einem Verlust des physischen und/oder psychischen Gleichgewichts, welcher im Körper bestimmte Prozesse auslöst, die der Wiedererlangung des Gleichgewichts dienen (Pschyrembel - Wörterbuch Pflege).

Unter Stressoren sind Reize zu verstehen, die über die Sinnesorgane zum Gehirn gelangen und dort primär Reaktionen auslösen. Voraussetzung für die Stressauslösung ist das erhaltene Bewusstsein und die Begleitung einer physiologischen Reaktion von einer emotionalen Reaktion (Tolksdorf, 1985). Stressfaktoren können sehr vielfältig sein. Grob lassen sich diese in physikalische (schlechte Lichtverhältnisse, Hitze, Kälte), soziale (Konflikte, Ärger mit Kollegen, Mobbing), persönliche (Sorgen, Ärger, Enttäuschungen) und körperliche (Krankheit, Schmerz, Müdigkeit) und seelische Eigenschaften (Unsicherheit, Angst, Desorientiertheit) unterscheiden (Pschyrembel: Wörterbuch Pflege).

Stressreduktion bzw. -vermeidung in der präoperativen Phase dient der psychischen Stabilisierung und der Verbesserung der Kooperationsfähigkeit. Dies wird in der Regel mit einer anxiolytischen Prämedikation erreicht und hat einen erheblichen Einfluss auf das intraoperative Kreislaufverhalten und den postoperativen Analgetikabedarf (Roewer, Thiel, Wunder, 2012).

### **2.2.4 Angst**

Der Begriff Angst stammt aus dem Griechischen und dem Lateinischen und bedeutet „würgen, die Kehle zuschnüren“. In der Fachsprache der Psychologie und Philosophie wird im Allgemeinen zwischen Furcht als objektbezogen und Angst als unbegründet, nicht objektbezogen differenziert. In der Allgemeinsprache wird dagegen Furcht meist als gehobeneres Synonym zu Angst verwendet (<http://www.duden.de/rechtschreibung/Furcht>, 20. Mai 2018). Furcht ist auf eine äussere Gefahr hin ausgerichtet, während Angst als unbestimmt beschrieben wird. Aus psychologischer Sicht wird zwischen Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft unterschieden. Die Angst als Zustand bezeichnet eine vorübergehende Emotion infolge einer realen Gefahr. Im Gegensatz dazu führt die Angst als Eigenschaft dazu, dass Situationen auch ohne akute Bedrohung als gefährlich eingeschätzt werden ([http://www.planetwissen.de/alltag\\_gesundheit/psychologie/angst/](http://www.planetwissen.de/alltag_gesundheit/psychologie/angst/), 1. Mai 2018). Im Zusammenhang mit präoperativen Ängsten ist eine Differenzierung als irrelevant zu sehen, weshalb im weiteren Verlauf dieser Arbeit keine Unterscheidung gemacht wird.

Angst wird als beengendes, mit vegetativen Erscheinungen verbundenes Unlustgefühl beschrieben, das entsteht, wenn man einer unüberwindbaren Bedrohung gegenübersteht oder sich diese vorstellt (Bruch, Schwandner, 1997). Sie spiegelt sich

in körperlichen Symptomen wie erhöhter Herzfrequenz, Pupillenerweiterung oder hohem Blutdruck wieder. Grund dafür ist eine erhöhte Sympathikusaktivität, welche bei Angst ausgelöst wird. Dennoch hat Angst für das Individuum eine wichtige Schutzfunktion. Sie ist eine emotionale Reaktion auf äussere und innere Reize, die als Bedrohung erlebt werden. In diesem Sinne kann Angst auch als Stress verstanden werden (<http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/ Derivate- 5418/HagenHabil.pdf>, 20. Mai 2018). Das Ausmass von emotionalem Stress ist von verschiedenen Faktoren und individuellen Einflüssen abhängig, ist meist nur sehr subjektiv erfassbar und kann auch nur schwer quantifiziert werden (Aust et al., 2011)

Hinsichtlich der Disposition von Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal sind biologische Faktoren, demografische Merkmale und Sozialisationsfaktoren zu erwähnen. Die biologischen Faktoren sind bezugnehmend auf die Angst die genetischen Bedingungen am besten erforscht. So wird davon ausgegangen, dass zwischen 25 und 50 % der Disposition bei Konfrontation mit Stressoren stärkere Angstreaktionen durch Erbfaktoren bedingt sind. Hinsichtlich der demografischen Merkmale wird dargelegt, dass Frauen und Mädchen zwar subjektiv stärkere Angst als Männer und Jungen zeigen, diese jedoch einen höheren Grad an Angstleugnung aufweisen. Dies kann mit der geschlechtsspezifischen Erwartungshaltung an die männliche Rolle erklärt werden. Auch Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status und Angehörige ethnischer Minderheiten weisen höhere Angstwerte auf. Im Hinblick auf eine mögliche Ursache von späterer Angst erscheint die Eltern-Kind-Beziehung von Bedeutung indem ein ängstliches Verhalten von Müttern durchaus bei einer verstärkten Ängstlichkeitsentwicklung der Kinder eine Rolle spielt (Gottschalk, 2004).

### **2.3 Aspekte der Angst im Zusammenhang mit Anästhesie und Operation**

In der Regel durchleiden Patientinnen und Patienten am Operationstag verschiedene Ängste wie z.B. existentielle Ängste, weil sie nicht wissen, ob nach dem operativen Eingriff das Leben in gewohnter Art weiterlaufen kann. Auch die Angst vor Schmerzen wird häufig beschrieben. Insbesondere Patientinnen und Patienten, welche erstmals operiert werden verspüren eine Angst vor dem Unbekannten. Hinzu kommen auch noch Ängste vor dem Danach, der Narkose und der Operation selbst (vgl. Knipfer et al., 2015). Häufig wird aus Sicht der Patientinnen und Patienten Anästhesie und Operation in denselben Zusammenhang gesetzt. Dies resultiert daraus, dass die Anästhesie als eigenes medizinisches Fach oft nicht wahrgenommen wird bzw. das Wissen über die Zuständigkeit und Kompetenzen des Anästhesisten häufig unzureichend ist (Dinkel et al., 2000).

Darüber hinaus ist eine Trennung von Ängsten vor der Anästhesie und Ängste vor einem chirurgischen Eingriff ohnehin nur theoretischer Natur. Dennoch versuchte Schmidt 1984 die Ängste bezüglich der Anästhesie zu definieren und von den allgemeinen OP-Ängsten zu differenzieren. Demnach stehen die Ängste im Zusammenhang mit Kontrollverlust und den technischen Aspekten der Anästhesie im Vordergrund. Auch neuere Untersuchungen von Shafer (1996) oder von Mitchell (2010) bestätigen im Wesentlichen die Erkenntnisse von Schmidt (Laubach, 2012). Im Zusammenhang mit der Anästhesie muss zwischen dem objektiven Ausmass der Bedrohung und ihrer subjektiven Einschätzung durch die Betroffenen unterschieden

werden. So wird meist eine professionelle, objektive Einschätzung mit der subjektiven Sicht der Patientin oder des Patienten nicht übereinstimmen. Die Angst vor einer Operation bezieht sich auf einen konkreten, bedrohlichen Reiz, auf den das Individuum emotional und körperlich reagiert. Dieses subjektive Empfinden kann durchaus aus professioneller Sicht überzogen sein (Laubach, 2012).

Die Bedeutung präoperativer Angst im peri- und postoperativen Verlauf konnte in zahlreichen Studien belegt werden. So ist es bekannt, dass präoperative Ängste zu intra- und postoperativen Komplikationen führen können und auf das postoperative Schmerzerleben, die Qualität der postoperativen Erholung und das Outcomes nach chirurgischen Eingriffen einen negativen Einfluss nehmen (vgl. Laufenberg-Feldmann et al., 2015).

### **2.3.1 Auswirkungen von Vorinformation und Vorerfahrungen auf präoperative Ängste**

Aust et al. (2011) haben sich in ihrer Studie eingehend mit den Einflüssen von Vorinformation und Vorerfahrungen auf emotionale Stressauswirkungen im operativen Setting auseinandergesetzt. So sind die Autoren davon ausgegangen, dass subjektive Ausprägung von präoperativem Stress von Vorerfahrungen und Vorinformationen moduliert werden. In ihrer prospektiven Beobachtungsstudie mittels 3 Fragebögen und zwei verschiedenen Messzeitpunkten untersuchten die Autoren ein Patientenkollektiv mit 418 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, welche sich in einem in Allgemein-anästhesie elektiven Eingriff unterzogen. Ziel der Studie war die standardisierte Erfassung von Auswirkungen von Vorinformationen und Vorerfahrungen auf den präoperativen emotionalen Zustand der Patientinnen und Patienten sowie die Auswirkung des anästhesiologischen Vorgesprächs auf das individuelle Stresserleben.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei mehr als der Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten Vorinformationen bereits vorhanden waren, wobei ca. 25 % von Ihnen Negatives berichteten. Hinsichtlich des Angst- oder Beanspruchungslevels zeigten Patientinnen und Patienten ohne Vorinformationen gegenüber dem Patientengut mit positiven Informationen keine signifikanten Unterschiede. Bei Patientinnen und Patienten mit negativen Vorinformationen konnte jedoch beschrieben werden, dass die Prämedikationsvisite zu einer erheblichen emotionalen Entlastung beitragen konnte. Auch bei jenen Patientinnen und Patienten, welche bereits negative Vorerfahrungen mit Anästhesien hatten, konnte gezeigt werden, dass das Prämedikationsgespräch die emotionale Lage signifikant verbessert hat. Dabei zeigte sich eine Differenzierung bei Patientinnen und Patienten mit guten bzw. mit schlechten Vorinformationen. Jenes Patientengut mit schlechter Vorinformation und negativer Vorerfahrung zeigte signifikant hohe Einflusswerte auf Angst und innere Anspannung. Frauen sind emotional stärker belastet, eine ebenso stärkere Verbesserung des psychischen Stresses durch den positiven Einfluss des präoperativen Aufklärungsgesprächs konnte im Vergleich zu den Männern jedoch nicht festgestellt werden (vgl. Aust et al., 2011).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass neben der eigentlichen situativen Belastung auch noch andere Faktoren wie Vorinformation und Vorerfahrung bei der Entstehung von emotionalen Belastungszuständen, respektive Angstzuständen eine wesentliche Rolle spielen. Hinsichtlich der negativen Auswirkungen bleiben beson-



ders quälende Nüchternheit, Schmerzen und postoperative Übelkeit in starker Erinnerung, während positiv lindernde Faktoren schneller verblassen. Um das Mass der Belastung zu senken, wird auf eine gut strukturierte Patientenführung und eine qualitative Kommunikation hingewiesen. Der gezielten Frage nach Vorerfahrungen und Vorinformationen im Rahmen eines Erst-, Aufklärungs- oder Prämedikationsgesprächs und der damit verbundenen Abstimmung des Gesprächsinhalts hinsichtlich Ängste und Sorgen, sollte in der Gesprächsführung ein zentraler Stellenwert eingeräumt werden (Aust et al., 2011).

### **2.3.2 Zusammenhänge zwischen psychologischen und physiologischen Parametern**

Wie bereits in der Definition von Angst beschrieben wurde, sind beim Erleben von Angst sowohl körperliche als auch emotionale Prozesse beteiligt. Im Zuge des körperlichen Ausdrucks zeigt sich Angst sowohl in Mimik und Gestik als auch in physiologischen Reaktionen wie Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz und Hautwiderstand. Trotz dieser messbaren Parameter darf das Ausmass von Angst nicht als objektiv messbar gelten. Daraus lässt sich ableiten, dass zur Feststellung von aktueller Angst kommunikationsbezogene körperliche (Gestik, Mimik, Sprachgeschwindigkeit,...) Merkmale heranzuziehen sind (vgl. Laubach, 2012).

Aus medizinischer Sicht kann präoperativer Stress im Handlungsfeld der Anästhesie durchaus zu erheblichen Komplikationen führen. So weisen extremer Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz sowie hieraus resultierendem erhöhtem myokardialen Sauerstoffverbrauch insbesondere bei kardial vorerkrankten Personen ein nicht unwesentliches Risikopotential auf. Dies ist vor allem bei der Narkoseeinleitung relevant, da meistens ohnehin mit einem massiven sympathikotonen Reiz bei der Intubation zu rechnen ist. Ebenfalls muss auf einen mit Ängsten verbundenen erhöhten Bedarf an Analgetika- und Sedativa hingewiesen werden (Gottschalk, 2004).

Neben den schon beschriebenen vegetativen Auswirkungen wirkt sich das Spannungsfeld der präoperativen Ängste auch auf das individuelle Entscheidungsverhalten aus, welches die Ignoranz einer Krankheit, eines Risikos oder der Ausblendung eines alternativen Anästhesieverfahrens zur Folge haben kann. Bei bestehenden Ängsten konnten verschiedene Verarbeitungsstrategien festgestellt werden. So besteht bei manchen Patientinnen und Patienten ein ausserordentliches Informationsbedürfnis, während andere eine grundsätzliche Informationsvermeidung vorziehen. Williams (1993) weist - basierend auf eine Befragung - daraufhin, dass nicht der Informationsumfang an sich bei der Bestimmung des präoperativen Angstniveaus von Bedeutung ist, sondern dieses vielmehr damit zusammenhängt, wie zufrieden die Patientinnen und Patienten mit der erhaltenen Information sind (Aust et al., 2011). In diesem Zusammenhang darf auf das Kapitel Gesprächsführung verwiesen werden.

## 2.4 Zusammenhänge von Belastungszuständen und Patientenzufriedenheit

Emotionale Belastungszustände von Patientinnen und Patienten sind vielfach von Bedeutung. Nachfolgend wird erörtert, ob und in welchem Ausmass Belastungszustände mit der Patientenzufriedenheit korrelieren. Dazu muss Patientenzufriedenheit vorab definiert werden.

Dem Bedeutungswörterbuch des Duden gemäss, wird ‚zufrieden‘ als „a) *innerlich ausgeglichen, sich mit den Gegebenheiten in Einklang befindend und keine Veränderung der Umstände wünschend [...] b) mit den gegebenen Verhältnissen, Leistungen o.ä. einverstanden sein, nichts auszusetzen habend*“ (Das Bedeutungswörterbuch Duden, S. 1128), definiert.

Nach den im Internet erwähnten Ausführungen beruht

*“das Hauptproblem bei Erhebungen und Umfragen zum Thema Zufriedenheit in der Subjektivität der Definition respektive in der Subjektivität der Empfindung “Zufriedenheit”. Deshalb definieren viele Forscher(innen) im Bereich der Kunden- oder der Arbeitszufriedenheit diese der Einfachheit halber als “(Abwesenheit von Unzufriedenheit) + a” wobei die Unzufriedenheit ihrerseits als “Nichterfüllung der gestellten definiert wird. Gefragt wird nach den Erwartungen des Individuums sowie dem Grad der Erfüllung dieser Erwartungen. Werden die Erwartungen nicht nur erfüllt sondern übertroffen stellt sich ein Gefühl der Zufriedenheit ein.”* ([http://www.klinik-moenchengladbach.lvr\\_klinik\\_moenchenglasbach/ueber\\_uns/struktur\\_organigramm/pflegeportal/facharbeiten/Wueffel\\_2014.pdf](http://www.klinik-moenchengladbach.lvr_klinik_moenchenglasbach/ueber_uns/struktur_organigramm/pflegeportal/facharbeiten/Wueffel_2014.pdf), 2. Mai 2018)

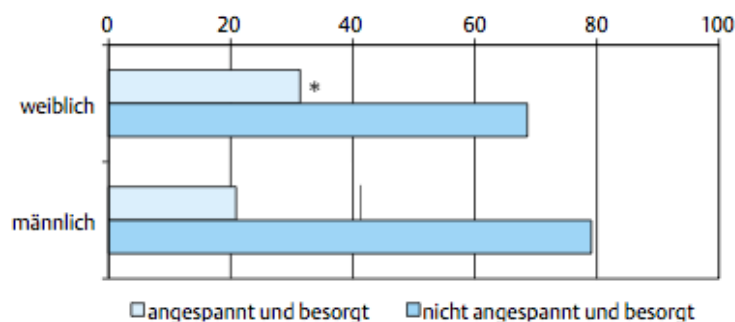
Die emotionale Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten hängt stark von individuellen Erlebnissen und Eindrücken ab und wird somit von subjektiven wie auch von objektiven Faktoren beeinflusst (Thierbach et al., 2003). Damit werden auch die Zusammenhänge zwischen erlebten Ängsten und der Patientenzufriedenheit deutlich. Da Patientenzufriedenheit und Patientenorientiertheit unweigerlich miteinander korrelieren, werden sich Patientinnen und Patienten nur dann zufrieden zeigen, wenn auf deren Bedürfnisse eingegangen werden kann und deren Erwartungen erfüllt werden.

Die letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass der Begriff „Patientenorientierung“ einer Wandlung vollzogen wurde. Genauere und umfangreiche Definitionen lassen den Schluss zu, dass Patientenorientierung und die daraus resultierenden Bedürfnisse in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung gewinnt und daher einen höheren Stellenwert in der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten einnimmt. Die Entwicklung vom kranken Patienten zu einem Konsumenten im Gesundheitswesen lässt sich nicht mehr ignorieren. Somit sind Anbieter einer Gesundheitsversorgungseinrichtung laufend damit konfrontiert, ihr Angebot im Sinne einer hohen Patientenzufriedenheit zu gestalten. Um diesem vor allem in der Anästhesie gerecht werden zu können, haben sich Präanästhesieambulanzen in den Spitälern etabliert, deren Aufgaben im Zuge eines Aufklärungsgesprächs mittlerweile über die Feststellung einer „Narkosefähigkeit“ und der rechtlichen Absicherung weit hinausgehen.

Verschiedene Autoren wie u.a. Hähnel et al. (1992) und Giebel et al. (1997) wiesen bereits vor drei Jahrzehnten in ihren zahlreichen Publikationen auf die hohe Bedeutung des Aufklärungsgesprächs zur Reduktion des psychovegetativen Stresses vor einer Anästhesie hin. Williams (1993) wie auch Ebert-Hampel et al. (1983) zeigen Zusammenhänge zwischen der Angst von Patientinnen und Patienten und der Zufriedenheit mit der Anästhesieinformation auf. Ängstliche Patienten zeigten sich deutlich öfter unzufrieden mit dem Aufklärungsgespräch als weniger ängstliche Patienten/innen. Zerbe et al. (2000) berichten, dass rund 30 % der Patienten/innen im Rahmen der Anästhesie Angst empfunden haben. Diese Aussage deckt sich mit den Ergebnissen einer von Thierbach et al. (2003) durchgeführten Untersuchung zum Thema „Emotionale Patientenzufriedenheit in der Anästhesie“. Auch Autoren neuerer Untersuchungen wie Al-Azawy et al. (2015), Seemann et al. (2015) oder Pereira (2016) kommen zu ähnlichen Ergebnissen und schreiben dem Prämedikationsgespräch respektive der Gesprächsführung hinsichtlich der Patientenzufriedenheit und der Prävention bzw. Reduktion von präoperativen Ängsten einen zentralen Stellenwert zu.

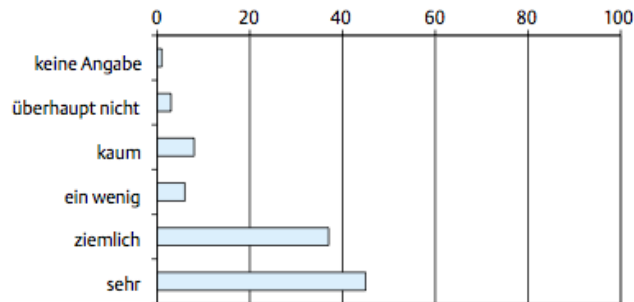
Im Zuge einer im Jahr 2003 durchgeführten deutschen Studie von Thierbach et. al. zu der Thematik der emotionalen Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit der anästhesiologischen Betreuung wurde unter anderem auch Bezug auf das emotionale Befinden vor und nach dem Aufklärungsgespräch genommen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass ängstliches Patientengut signifikant unzufriedener mit dem Aufklärungsgespräch waren als weniger ängstliche (Thierbach et al., 2003). In der Kategorie Besorgnis und Angespanntheit gaben über ein Viertel aller Patientinnen und Patienten an, nach der Anästhesieinformation angespannt und besorgt gewesen zu sein. Im Vergleich zu männlichen Patienten äusserten weibliche Patienten diese Gefühle signifikant häufiger. Patienten der Altersgruppe 31.- 50. Lebensjahr gaben im Vergleich zu den beiden anderen an, seltener angespannt und besorgt gewesen zu sein (Thierbach et al., 2003).

Abbildung 2: Besorgnis und Angespanntheit nach der anästhesiologischen Aufklärung in %,  $*=p<0,01$  (Thierbach et al., 2003, S. 89)



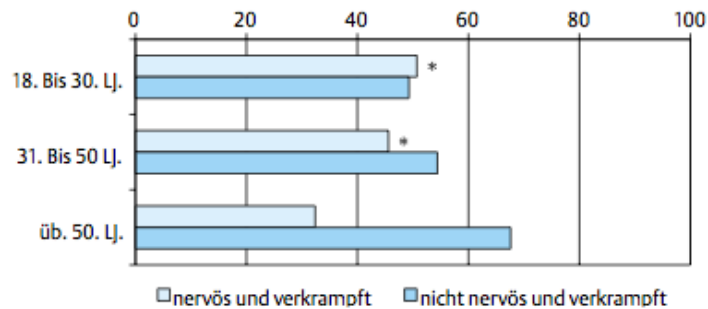
Im Gegensatz dazu stimmten 88,4 % der Aussage „Vor dem Informationsgespräch mit der Narkoseärztin / dem Narkosearzt (Befragung und Aufklärung vor der Narkose) fühlte ich mich ruhig und ausgeglichen“ zu (Thierbach et al., 2003). Somit lässt sich durchaus ein Zusammenhang zwischen Aufklärung und Angespanntheit herstellen.

Abbildung 3: Ruhe und Ausgeglichenheit vor der Aufklärung für die Anästhesie in % (Thierbach et al., 2003, S. 89)



Unmittelbar vor der Anästhesieeinleitung fühlten sich 38,5 % aller befragten Patientinnen und Patienten nervös und verkrampft. Jüngere stimmten dieser Aussage signifikant häufiger zu (Thierbach et al., 2003). Dass junge Menschen vor operativen Eingriffen vermehrt angespannt sind, lässt sich damit erklären, dass sie oftmals grosse familiäre und finanzielle Verpflichtungen haben, die im Falle von Komplikationen und bleibenden Schäden sich durchaus existenzbedrohend auswirken können.

Abbildung 4: Emotionales Befinden vor der Anästhesie in %, \* $p < 0,01$  (Thierbach et al., 2003, S. 89).



Aufgrund dieser Ergebnisse scheint eine regelmässige Erfassung von Patientenzufriedenheit in der Anästhesie nicht nur wegen der Qualitätssicherung sinnvoll. Sie ermöglicht die Identifikation von Patientengruppen, die eine besondere Aufmerksamkeit und Zuwendung benötigen. Dies könnte als erster Schritt zur Bewältigung von präoperativen Ängsten gesehen werden (Thierbach et al., 2003).

## **2.5 Kommunikation zur Prävention von präoperativen Ängsten**

Im folgenden Kapitel wird auf verschiedene Vorgehensweisen, die im anästhesiologischen Vorbereitungsprozess Anwendung finden, vorgestellt und mit dem Instrument der Kommunikation als Präventionsmassnahme in Verbindung gebracht.

### **2.5.1 Präoperative Patientenedukation (preoperative patient education)**

„Preoperative patient education (PPE)“ bezieht sich auf alle pädagogischen Schulungsmassnahmen, die vor der Operation durchgeführt werden, um das Wissen, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsergebnisse der Menschen zu verbessern. Der Inhalt der präoperativen Edukation variiert, umfasst jedoch häufig die Diskussion anästhesiologischer Verfahren, die eigentlichen Schritte des chirurgischen Eingriffs, die Nachsorge, mögliche chirurgische und nicht-chirurgische Komplikationen und Strategien zur postoperativen Schmerzbehandlung (McDonald et al., 2014). Im deutschsprachigen Raum ist es üblich, viele dieser Informationen in die Aufklärungsgespräche einzubetten.

Mit dem Ziel, die physischen und psychischen Belastungen bei operativen Eingriffen zu reduzieren, wurde das Konzept der „preoperative patient education“ (PPE) implementiert, das inhaltlich über die anästhesiologische und chirurgische Aufklärung hinausgeht. Die Schulungen werden häufig auch durch Physiotherapeuten, Pflegepersonal oder Mitglieder multidisziplinärer Teams, darunter auch Psychologen durchgeführt. Das Format der Schulung reicht von der mündlichen Kommunikation im Einzelgespräch über Patientengruppen-Sitzungen bis hin zu Videos oder Broschüren ohne verbale Kommunikation (McDonald et al., 2014). Vordergründig wurden in das Konzept nur Personen eingebunden, die über eine erweiterte kommunikative Ausbildung verfügten oder eine spezielle kommunikative Schulung absolvierten.

2014 wurde der Bedarf dieses Konzepts evaluiert. Es gibt Hinweise darauf, dass die präoperative Edukation die Schmerzen, die Funktion, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und postoperative Ängste nicht mehr verbessern kann als die übliche Vorgehensweise. Dennoch kamen die Autoren zu dem Schluss, dass bei einem bestimmten Patientengut (z.B. Depressionen, schlechte Vorerfahrungen, unrealistische Erwartungen, Ängste) das Konzept der „preoperative education“ eine sinnvolle Ergänzung ist. Diese gewährleistet nicht nur eine individuelle Betreuung hinsichtlich der physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse, sondern zieht auch einen gewinnbringenden Nutzen mit sich, indem eine Reduktion der präoperativen Ängste im Vergleich zu der gewöhnlichen Vorgehensweise erzielt werden konnte. Die Aussage konnte auch von Aydin et al. (2015) bestätigt werden, die eine signifikante Reduktion von präoperativen Ängsten durch PPE in Ihrer Publikation beschrieben.

Zur weiteren Abklärung dieser Annahme wurde anhand einer Patientenpopulation mit n=395, die sich einem kardiochirurgischen Eingriff unterzogen, eine Studie durchgeführt. Dabei wurde untersucht, wie sich PPE – ausschliesslich durchgeführt von geschultem Pflegepersonal – auf das postoperative Outcome sowie auf präoperative Ängste auswirkt. Die Ergebnisse zeigen, dass die PPE durch Pflegepersonal die Angst und die postoperativen Komplikationen bei Patienten verringert, sie war aber nicht wirksam bei der Reduzierung der Wiederaufnahme oder der Verweildauer (Ka-

logianni et al., 2016). Da in der PPE eine patientenorientierte Gesprächsführung als Voraussetzung gesehen wird, ist hier ein Zusammenhang mit der Reduktion präoperativer Ängsten klar ersichtlich. Weiters ist die Autorin der Ansicht, dass nicht ein einmalig geführtes (patientenorientiertes) Gespräch (wie in der Präanästhesieambulanz üblich) zur Angstreduktion führt, sondern dieses als ein Aspekt des anästhesiologischen Betreuungsprozesses, in dem die Kommunikation einen erheblichen Teil einnimmt, zu betrachten ist.

### **2.5.2 Prämedikationsgespräch**

Die Aufgaben der Prämedizierung und der Präanästhesie haben sich insbesondere in den letzten Jahren in dafür eigens geschaffene Ambulanzen (Präanästhesieambulanz) verlagert. Neben der Aufgabe, eine bessere Atmosphäre zwischen Arzt und Patient zu schaffen, steht die optimale präoperative Vorbereitung im Mittelpunkt. Weiters wird in der Präanästhesieambulanz eine zeitgerechte Aufklärung bei elektiven Eingriffen ermöglicht. In diesem Zusammenhang darf die Präanästhesieambulanz durchaus als Aushängeschild eines Spitals gelten (Laux et al. 2004).

Die Ziele der präoperativen anästhesiologischen Visite sind nicht immer von sich aus kongruent, weshalb das Prämedikationsgespräch für die anästhesiologische Ärzteschaft als eine Herausforderung gilt. Einerseits muss sich der Anästhesist oder die Anästhesistin ein objektives Bild vom physischen und psychischen Zustand machen und die nötige Sachinformation vermitteln und andererseits soll auch das Gefühl von Sicherheit im Fokus der Betreuung stehen (Roewer, 2017).

Darüber hinaus sollte das Gespräch patientenfreundlich gestaltet sein und im besten Fall eine perioperative Stressreduktion bewirken. Im klinischen Alltag kommt es aber immer wieder zu organisatorischen und strukturellen Problemen, die eine patientenorientierten Gesprächsführung deutlich erschweren. Umso wichtiger ist es, dass sich alle Personen, die in den Patientenprozess eingebunden oder daran beteiligt sind, mit den Richtlinien und Grundsätzen einer patientenorientierten Gesprächsführung auseinandersetzen (Seemann, 2015).

### **2.5.3 Präoperative Anästhesiepflegevisite**

Bereits vor geraumer Zeit war das Thema der prä-/postoperativen Anästhesiepflegevisite immer wieder im Programm von diversen Kongressen oder Fortbildungen der Anästhesiepflege zu finden. Aber auch in der Praxis haben die Forderungen, dass Teile des präoperativen Anästhesiegesprächs von Anästhesiepflegefachkräften übernommen werden sollen, zugenommen. Hinsichtlich einer patientenorientierten Anästhesie stellt die präoperative Anästhesiepflegevisite – nur nicht zur Gewährleistung der Transparenz pflegerischer Inhalte - eine absolute Notwendigkeit dar.

Es hat sich gezeigt, dass in Häusern, wo keine Pflegevisite durchgeführt wird, die Aufklärung weitestgehend nur die medizinischen Belange umfasst. Auf die präoperative Aufklärung in pflegerischer Hinsicht wird dabei nicht eingegangen. Das hat zur Folge, dass durch dieses fehlende Element im Pflegeprozess, den patientenorientierten Pflegebedürfnissen zu wenig Beachtung geschenkt wird. Eine eigenständig

durchgeführte präoperative Pflegevisite führt somit zu einer wesentlichen Verbesserung im Qualitätsmanagement mit dem Nebeneffekt einer Aufwertung der Anästhesiepflege (vgl. Lackinger-Schmutz, 2014).

Die Verwendung von Fragebögen hat sich dabei bereits als Leitfaden für die präoperative Pflegevisite in einigen Spitälern etabliert (z.B. Spital Hietzing der Stadt Wien, Österreich). Damit verbundenes Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten ein „*Gefühl zu geben, von menschlichen und kompetenten Pflegepersonen, vor, während und nach seiner Operation bestmöglich betreut zu werden*“ (vgl. <http://www.anaesthesie-hietzing.at/sites/pflege.html>). Unter diesem Gesichtspunkt dient das persönliche Gespräch hauptsächlich als Informationssammlung von pflege-relevanten Daten und bildet eine Vertrauensbasis zum Patienten, welche zur Reduktion von präoperativen Ängsten unverzichtbar ist (Lackinger-Schmutz, 2014).

Im Sinne einer Ablaufoptimierung bietet sich die Implementierung der Pflegevisite im Rahmen der Präanästhesie an. Die Praxis hat jedoch gezeigt, dass diese Möglichkeit (nahezu) nicht genutzt wird. Im Gegenteil wird oftmals versucht, die Inhalte des Gesprächs der Pflegevisite im Rahmen des ärztlichen Aufklärungsgesprächs abzuwickeln. Da es jedoch hinsichtlich der Schwerpunkte seitens ärztlicher und pflegerischer Bedürfnisse wesentliche Unterschiede gibt, können die wechselseitigen Aufklärungsversuche nur als unzureichend bzw. unbefriedigend eingestuft werden. Durch die sich überschneidenden Tätigkeitsfelder der Ärzteschaft und der Pflege herrscht bis dato noch die Ansicht, dass sämtliche Bedürfnisse eines Patienten (medizinisch wie auch pflegerisch) durch die Ärzteschaft wahrgenommen werden können. Dieser Umstand führt nach Ansicht der Autorin zur fehlenden Akzeptanz und in weiterer Folge zur fehlenden Durchsetzung der Pflegevisite. Auch wenn durch die Überschneidungen im Rahmen der Tätigkeiten Parallelen bestehen, bleibt dabei unberücksichtigt, dass mit dem präoperativen Aufklärungsgespräch die pflegerischen Aspekte, wie z.B. der anästhesiepflegerische Aufgabenbereich der psychosozialen Betreuung nur rudimentär gestreift werden und teilweise wichtige Informationen, wie z.B. schlechte Vorerfahrungen oder präoperative Ängste nicht weitergeleitet werden. Die Anästhesiepflegekraft ist in diesen Fällen auf Informationen eines Anästhesiologen angewiesen. Eine mangelhafte Informationsweitergabe stellt die Pflegeperson im Rahmen ihres Tätigkeitsbereichs vor teilweise nicht lösbare Herausforderungen und schränkt die psychosoziale Betreuung durch die Anästhesiepflege stark ein (Lackinger-Schmutz, 2014).

## **2.6 Gesprächsführung und Kommunikation**

In den vorigen Kapiteln wurde schon mehrmals auf die Zusammenhänge von Kommunikation und Ängste Bezug genommen. Dass Information und Aufklärung das bedeutendste Instrument sowohl für die Entstehung von Ängsten als auch als pflegerische Intervention für dessen Bewältigung darstellt wurde bereits hervorgehoben.

Die Effektivität einer Kommunikation hängt davon ab, wie und unter welchen Umständen diese durchgeführt wird. In den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wiesen Backs und Lenz in Anlehnung an Tausch (1981) auf die Zusammenhänge zwischen Angst und Aufklärung hin. Eine auf die Patientin oder den Patienten individuell angepasste Kommunikation ist hinsichtlich der patientenorientierten anästhesio-

logischen Betreuung unbedingt erforderlich. Insbesondere aufgrund der Ausnahmesituation, in der sich die Patientinnen und Patienten in der präoperativen Phase befinden, stellt eine patientenorientierte Kommunikation eine absolute Notwendigkeit dar.

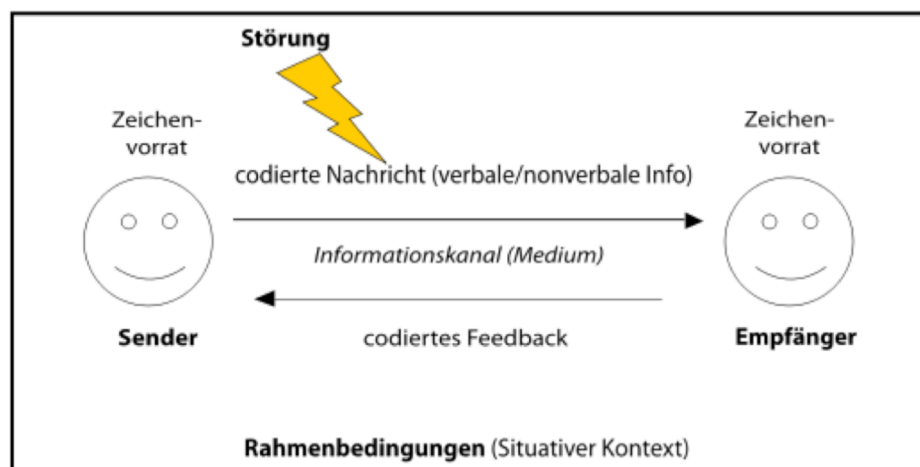
Die nachfolgenden Kapitel haben das Ziel, die präoperative Ausnahmesituation für den Patienten, die Grundlagen der Kommunikation, die Rahmenbedingungen für eine patientenorientierte Gesprächsführung sowie den Einsatz von kommunikativen Fertigkeiten und die Auswirkungen von positiven und negativen Suggestionen zu erörtern.

### 2.6.1 Grundlagen der Kommunikation

Das wahrscheinlich berühmteste Zitat von Paul Watzlawick „Man kann nicht nicht kommunizieren“ und die wohlbekannten Formulierungen „Vier Seiten einer Nachricht“ sind den meisten Menschen ein Begriff. Insbesondere die Pflegekräfte sehen sich spätestens seit ihrer Ausbildung mit diesen Begriffen konfrontiert. Was früher einfachheitshalber unter „mitteilen, sich besprechen“ oder „informieren“ (lat. *communicare*) verstanden wurde, hat sich mittlerweile zu den komplexesten und facettenreichsten Prozessen in der menschlichen Kommunikation entwickelt. So sind in der Literatur zahlreiche Kommunikationsmodelle, Gesprächstechniken und Richtlinien zur „richtigen“ Gesprächsführung“ zu finden. Damit in Zusammenhang zu bringen sind unweigerlich die Namen Shannon & Weaver, Paul Watzlawick, Virginia Satir, Reinhard Tausch, Friedemann Schulz von Thun, Albert Mehrabian und Peter Heintel. Da sich die „patientenorientierte Gesprächsführung“ an deren Erkenntnissen orientiert und starken Bezug darauf nimmt, werden im Folgenden die bedeutsamsten Aspekte und deren Ansätze zusammengefasst vorgestellt.

**Sender-Empfänger-Modell:** Shannon & Weaver identifizieren sechs Elemente: Informationsquelle, Verschlüsselung, Nachricht, Kanal, Entschlüsselung, Empfänger (http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml, 21. Juni 2018)

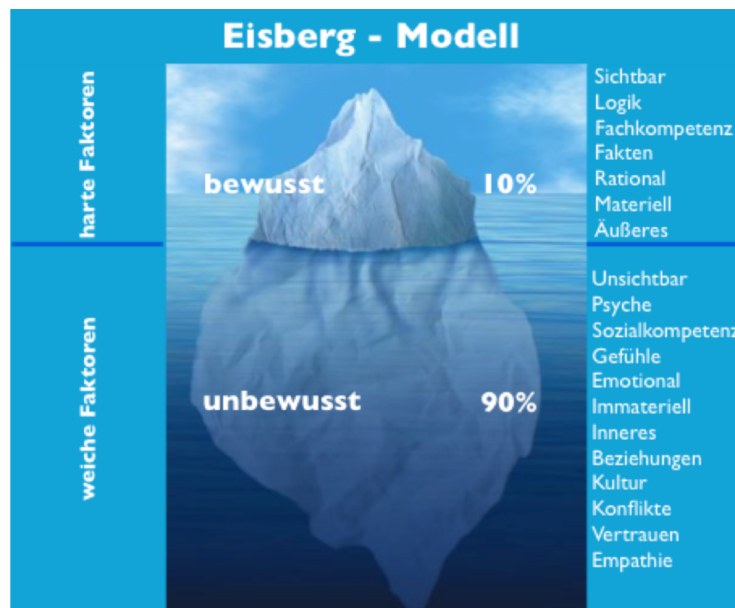
Abbildung 5: Sender-Empfänger-Modell nach Shannon & Weaver (https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Sender-Empfänger-Modell.svg, 21. Juni 2018)





**Eisbergmodell:** Watzlawick unterscheidet in der Kommunikation den emotionalen und den rationalen Inhalt. Die Beziehungsebene beeinflusst die Inhaltsebene (vgl. <http://lexikon.stangl.eu/8758/eisberg-modell/>, 20 Juni 2018).

Abbildung 6: Eisberg-Modell (<https://www.pinterest.at/source/silke-biedka.de>, 21. Juni 2018)



**4 Ebenen der Kommunikation:** Nach Heintel beeinflusst die emotionale Ebene die Sachebene. Darüber hinaus gibt es noch zwei weitere Einfluss-Ebenen, nämlich die „Struktur-Ebene“ und die „persönliche Prägung“.

**4 Seiten einer Nachricht:** Schulz von Thun beschreibt vier Ebenen über die Botschaften gesendet und empfangen werden: Appell, Sache, Selbstoffenbarung, Beziehung. Die Erkenntnis, dass jede Nachricht viele verschiedene Botschaften enthält, die unterschiedlich interpretiert werden, ermöglicht eine Sensibilisierung zwischen Sender und Empfänger (Welk, 2015).

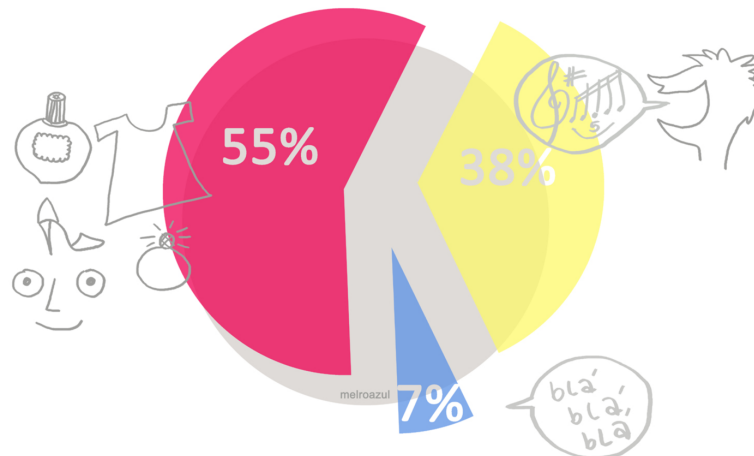
Abbildung 7: 4-Ohren-Modell nach Schulz von Thun (<https://www.kraus-und-partner.de/wissen-und-co/wiki/4-ohren-modell-kommunikation-berater>, 21. Juni 2018)



**Überlebenshaltungen nach Satir:** Virginia Satir hat vier Kategorien der Kommunikation oder Haltungen definiert, die Menschen dann annehmen, wenn sie unter Spannung stehen: Beschwichtiger, Ankläger, Rationalisierer, Ablenker. Jede dieser Kategorien zeichnet sich durch eine besondere Körperhaltung, eine spezielle Gestik, begleitende Körpergefühle und eine spezifische Wortwahl aus (<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml#Satir>, 20. Juni 2018).

**Silent Messages:** Mehrabian gewichtet verbale Inhalte und nonverbale Elemente der Körpersprache. So ist er der Ansicht, dass die Körpersprache mit 55 % den höchsten Anteil in der Kommunikation einnimmt. Dahinter folgen mit 38 % die Stimme und nur mit 7 % das gesprochene Wort (Welk, 2015).

Abbildung 8: Silent Messages nach Mehrabian (<https://www.lostudiodellopsicologo.it/2014/01/22/albert-mehrabian-e-la-comunicazione-non-verbale/>, 21. Juni 2018)



## 2.6.2 Verbale und nonverbale Kommunikation

Der Kommunikationsprozess findet auf verbaler und nonverbaler Ebene statt. Wie bereits im vorigen Kapitel zusammengefasst dargestellt wurde, geht die verbale Kommunikation über Sender und Empfänger weit hinaus und bezieht auch verschiedene, sich beeinflussende Ebenen mit ein. Der Beziehungsaufbau, der für die Entstehung einer Vertrauensbasis unverzichtbar ist, beeinflusst sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation und nimmt daher einen zentralen Stellenwert ein.

Verbale Kommunikation umfasst die Sprache, die aus sichtbaren oder hörbaren Zeichen besteht und eine paralinguistische Qualität besitzt. Dies bezeichnet die Art wie die Wörter gesprochen werden (Lautstärke, Stimmhöhe, Sprechtempo) und gehört zur paraverbalen Kommunikation (Elzer, Sciborski, 2007).

Die nonverbale Kommunikation ist die elementare Ausdrucksform des Menschen. Sie steht jedem Menschen von Geburt an zur Verfügung und wird noch vor dem Erwerb der Wortsprache angewandt und erweitert. Ausdrucksmittel der nonverbalen Kommunikation sind in der Regel die Körpersprache und das Verhalten im Raum (Hausmann, 2005). Körpersprache kann als all das bezeichnet werden, was an kommunikativem Verhalten (Haltung, Mimik, Gestik, Motorik, Atmung etc.) unbewusst zum Vorschein kommt. Der Mensch passt sich an jede Art von Rahmenbedingungen an und so kann Körpersprache als unbewusstes Anpassen an kommunikative Gesprächsprozesse verstanden werden (Schelberger, 2011).

Inhalte werden wirkungsvoller, jedoch weniger präzise durch nonverbale als durch verbale Kommunikation übermittelt. Dabei wird das nonverbale Ausdrucks- und Wahrnehmungsverhalten von emotionalen und unbewussten Motiven beeinflusst. Die nonverbale Kommunikation spiegelt häufig das somatische und psychische Befinden einer Person wieder (Selbstaspekt), zum anderen gibt sie Informationen darüber, wie eine Person zu einer anderen Person steht (Beziehungsaspekt) (Elzer, Sciborski, 2007).

Ausgehend vom „Silent Message“-Modell liegt ein Schwerpunkt der menschlichen Kommunikation in der Körpersprache, welche oftmals mehr über Emotionen und innere Haltungen preisgibt als die gesprochene Sprache. Körpersprache gilt als erste und unverfälschte Sprache, die mit Aneignung des gesprochenen Wortes zunehmend an Bedeutung verliert. Erst wenn aus verschiedensten Gründen eine Verbalisierung nicht möglich oder erschwert wird, nimmt die bewusste Bedeutung wieder zu. In gänzlich anderem Licht erscheint jedoch die unbewusste Bedeutung der Körpersprache, dessen Wirkungsweise sich in der Gesprächsführung auch zunutze gemacht werden kann (Bruno, Adamczyk, 2011). So bietet die nonverbale Körpersprache viele Informationen, welche aber immer nur im Kontext zu interpretieren ist. Richtig eingesetzte verbale und nonverbale Elemente haben grossen Einfluss auf den Kommunikationserfolg, wohingegen falsche oder unpassende Signale den Gesprächsverlauf hemmen (Welk, 2015).

Dass sich der kommunikative Prozess selbst bei „einfachen“ Gesprächen als komplex behaftet erweisen kann, sei nur formhalber erwähnt. Besonders Ausnahmesituationen wie z.B. vor einem operativen Eingriff, erfordern deshalb eine besondere Art der Kommunikation, die auch noch andere Einflüsse wie z.B. natürliche Trancezustände berücksichtigt.

### **2.6.3 Kommunikative Fertigkeiten**

„Kommunikation ist nicht die Begegnung in einer gemeinsamen Wirklichkeit, sondern bedeutet, eine Koppelung zwischen zwei verschiedenen Systemen herzustellen.“ (Heinzel, 1996). Aus Sicht der Autorin hebt dieses Zitat die kommunikative Herausforderung hervor und lässt keinen Zweifel daran, dass es adäquate kommunikative Fertigkeiten braucht, um sich zwischen den verschiedenen Wirklichkeiten zu verständigen. So ist es in der Regel nicht ein einzelnes Wort oder eine einzige Geste, dass den Zugang zu der Wirklichkeit unserer Patientinnen und Patienten ermöglicht, sondern ein Zusammenspiel verschiedenster Faktoren. Auf der anderen Seite kann es aber sehr wohl sein, dass nur ein einziges Wort oder eine unbedachte Mimik die-

ses Tor wieder verschliesst. Um diesen engen Pfad zwischen zwei Wirklichkeiten zu meistern, ist es hilfreich sich verschiedensten Fertigkeiten und Kommunikationsmodellen zu bedienen. Es geht dabei nicht um den fehlerfreien und präzisen Einsatz von Kommunikationstechniken, sondern um das Verständnis und das Bewusstsein in der Anwendung dieser Möglichkeiten und in der Vermeidung von negativen Skills.

Im Coaching finden sich drei Anglizismen, die sich aus der Hypnotherapie über den Umweg des NLP (Neurolinguistische Programmieren) in der gesamten Coaching-szene etabliert haben: Rapport-Pacen-Leaden (Migge, 2014). Obwohl Coaching mit einer Patientenkommunikation augenscheinlich nur wenig gemeinsam hat, finden sich darin viele Elemente, die genau auf eine patientenorientierte Gesprächsführung abzielen.

So bezeichnet Rapport die vertrauensvolle und wertschätzende Resonanz zwischen Pflegekraft und Patient. Rapport kann durch aktives Zuhören und eine emotionale und kognitive Einstimmung in deren Wirklichkeit hergestellt werden. Im Vordergrund steht die Abholung und der Vertrauensaufbau. So sollte eine Atmosphäre geschaffen werden, die von Authentizität, Akzeptanz und Wohlwollen geprägt ist. Auch die Vermittlung von wertschätzendem Interesse mit der Möglichkeit, dass die Patientinnen oder Patienten ihre subjektiven Ansichten äussern dürfen, stellt einen wichtigen Grundsatz dar. Unter Pacen wird jene Technik verstanden, mit der das Körperbild, die Bewegung und der Kommunikationsstil des Patienten widergespiegelt wird, um ihn in seiner Welt abzuholen. Leaden bezeichnet ein Handeln, mit dem der Patient aufgefordert wird, den Problemrahmen zu verlassen. Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Leading ist ein guter Rapport (Migge, 2014).

#### **2.6.4 Patientenorientierte Gesprächsführung nach Rogers**

Rogers (1951) zufolge beinhaltet eine patientenorientierte Gesprächsführung die Grundhaltungen „Positive Wertschätzung“, „Selbstkongruenz“, „Empathie“ und „Aktives Zuhören“. Positive Wertschätzung bedeutet, dass die Patienten akzeptiert und respektiert werden und diese grundsätzliche Zuwendung nicht von Bedingungen abhängig gemacht wird. Selbstkongruenz beschreibt den Begriff der Echtheit in der Beziehung zur Patientin oder zum Patienten. Dabei nimmt das Gegenüber den Gesprächspartner so wahr, dass er wirklich meint, was er sagt und was er darstellt. Empathie bezeichnet ein präzises und einführendes Verstehen und beinhaltet das Nachfühlen von Ereignissen und Standpunkten vom Standpunkt der Patientin oder des Patienten aus. Aktives Zuhören gilt als eine der wichtigsten Fähigkeiten im Gespräch mit Patienten. Im Vordergrund steht das Zuhören. Daher ist für diese Gesprächstechnik ein hohes Mass an Geduld, Konzentration, analytisches Denken, Gespür für Zwischentöne und Disziplin erforderlich (Elzer, Sciborski, 2007).

Abbildung 9: Aktives Zuhören nach Eberhard (2008), (Fischbeck, Laufenberg-Feldmann, Laubach (2012) S.79)

Art der Äußerung	Zweck	Methode	Beispiele
<b>a. Ermunterung</b>	1. Interesse bekunden	Weder widersprechen noch eindeutig zustimmen. Verwenden Sie unverbindliche Worte in bestärkendem Tonfall.	1. „Ich verstehe“ 2. „Ohh..., aha..., hmm...“ 3. „Tatsächlich“
<b>b. Wiederholung</b>	1. Wichtige Begriffe, Personen, Vorgänge usw. in Erinnerung rufen  2. Zu weiteren Ausführungen anregen	Wiederholen Sie Wörter, die gebraucht wurden, wortwörtlich.  Wählen sie solche Wörter, die wichtig scheinen.	1. „Sie sagten: Eine neue Planung“  2. „Sie sagten vorhin: v.a. die Mitarbeiter“
<b>c. Neu formulieren</b>	1. Zeigen, dass Sie zuhören  2. Zu erkennen geben, dass Sie den Kern verstanden haben	Formulieren Sie Hauptgedanken neu & stellen Sie Kernaussagen heraus.	1. „Wenn ich Sie recht versteh', so..“  2. „Mit anderen Worten...“
<b>d. Gefühlslage reflektieren</b>	1. Zeigen, dass Sie zuhören und verstehen  2. Wissen lassen, dass Sie verstehen, was der andere empfindet	Reflektieren Sie die wichtigsten Empfindungen und Gefühle des anderen.	1. „Sie haben dabei das Gefühl, dass..“  2. „Sie sagen das mit lächelnder Miene.“
<b>e. Zusammenfassung</b>	1. Wichtige Gedanken Fakten usw. zusammenfassen  2. Grundlage für weitere Diskussionen schaffen	Formulieren sie neu, reflektieren Sie, fassen Sie zusammen (Gedanken und Gefühle)	1. „Das / Folgendes scheinen Ihre Gedanken gewesen zu sein.“  2. „Sie wollen also das ... und das ... & fragen...“

### 2.6.5 Ausnahmesituation – Natürlicher Trancezustand

Wenn sich Menschen in einer medizinischen Situation befinden, reagieren diese häufig anders als normal und werden von Personen und Umständen viel stärker beeinflusst als wenn sie in einem bekannten Umfeld wären. Für manche Menschen stellt das medizinische Umfeld sogar eine Extremsituation dar (Hansen, Bejenke, 2010). Dabei agieren und reagieren Menschen anders als gewöhnlich, weil ihnen hierzu vertraute Copingstrategien fehlen. Dadurch kann es zu belastenden Gefühlen kommen, die durch Kontrollverlust bedingt sind (Seemann, 2015,).

„Jeder meint, dass seine Wirklichkeit die wirkliche Wirklichkeit ist.“ (Watzlawick, 1976). Dieses Zitat bringt die Ausnahmesituation, in der sich viele Patientinnen und Patienten befinden, auf den Punkt. In Extremsituationen begeben sich Menschen in einen anderen Bewusstseinszustand, der als natürlicher Trancezustand definiert ist.

Dies geschieht ohne deren Bewusstsein und ist auf die vier natürlichen Instinkte (Schutz, Unterwerfung, Flucht und Angriff) zurückzuführen. Dabei kommt es zu Momenten, in denen sich die Aufmerksamkeit nach innen wendet, die Gedanken abschweifen, Emotionen hochsteigen und man einen abwesenden Eindruck macht (Hansen, Bejenke, 2010). Dadurch sind Patientinnen und Patienten für Worte und andere Einflüsse nur bedingt zugänglich, was die Kommunikation und den Zugang zum Patienten erheblich erschwert.

Dieser natürliche Trancezustand ermöglicht und erfordert aufgrund einer erhöhten Aufmerksamkeit eine besondere Kommunikation. Der Zustand ist durch mehr bildhaftes und weniger rationales Verständnis, einer veränderten Wahrnehmung, Kognition sowie Reaktion auf Suggestionen gekennzeichnet. Eine fokussierte Aufmerksamkeit der Patienten führt dazu, dass diese ihre Umgebung sehr konzentriert wahrnehmen und alles, was für sie Bedeutung haben könnte, auf sich beziehen (Zech et al., 2014).

### **2.6.6 Positive und negative Suggestionen**

2010 haben erstmals Hansen und Bejenke in ihrer Publikation zu negativen und positiven Suggestionen in der Anästhesie festgestellt, dass diese zu einer verbesserten Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operation führen. Neben psychischen Funktionen wie Angst und Schmerz, werden auch physische Faktoren wie Hämodynamik und Immunantwort von Suggestionen beeinflusst (vgl. Zech et al., 2014)

So sollten Negativsuggestionen vermieden werden. Das erscheint nicht immer ganz einfach, da viele Ausdrücke der medizinischen Umgangssprache Negativsuggestionen darstellen (Hansen, Bejenke, 2010). Negative Suggestionen können auch über nonverbale Kommunikation vermittelt werden. So wirken verschränkte Arme des medizinischen Personals auf Patienten ablehnend. Auch eine herausgehobene Stellung gegenüber dem liegenden Patienten oder hochgezogene Augenbrauen beim Betrachten der Vitalparameter können negative Suggestionen erzeugen und die Patientin oder den Patienten beunruhigen (Zech et al., 2014). Wie verschiedene Aussagen auf Patientinnen und Patienten wirken können, wird im Folgenden anhand von mehreren Beispielen aufgezeigt.

„Ich hole noch schnell etwas aus dem Giftschränk, dann kann es losgehen!“, der Satz „Wir verkabeln Sie jetzt.“ oder gedankenlose Gespräche zwischen medizinischem Personal wie „Da läuft etwas schief, Fr. .... wird es auch nicht schaffen“ können Patienten sehr schnell auf sich beziehen. Auch gut gemeinte Aussagen wie „Sie brauchen keine Angst haben!“, „Der Schmerz wird nicht so stark sein.“ Oder „Machen Sie sich keine Sorgen.“ bewirken eher das Gegenteil. Als rationale Konstrukte wirken Negationen und Verkleinerungen nicht entlastend. In diesen Fällen bleiben die Worte „Angst“, „Schmerz“ und „Sorgen“ in Erinnerung. Üblicherweise sind diese mit starken negativen Bildern behaftet (Hansen, Bejenke, 2010).

Vor allem die Narkoseeinleitung kann auf Patienten verunsichernd wirken. So werden Ankündigungen oft negativ formuliert. Statt „Ich bin ihr Narkosearzt, ich lege Sie jetzt schlafen.“ könnte die Vorstellung des Anästhesieteams wie folgt lauten: „Ich bin Dr. ...., ihr Anästhesist und das ist Sr. .... Wir kümmern uns jetzt um Ihre Sicher-

heit und um Ihr Wohlbefinden.“ Auch die Ankündigung der Wirkung von Analgetika, dass diese einen Schwindel verursachen, sollte anders formuliert werden. So wäre die Aussage: „Sie bekommen jetzt das erste Medikament - etwas, das alles leichter macht, vielleicht sogar ein bisschen beschwingt.“ wäre eine gute Alternative. Auch die gängige Ankündigung, dass Propofol Venenschmerz auslösen kann, ist gänzlich unangebracht. So können die Patienten mit der Formulierung „Manchmal kann man im Arm etwas spüren, das wäre ganz normal und geht gleich wieder vorbei.“ gewarnt und auch gleichzeitig beruhigt werden (Hansen, Bejenke, 2010)

Patientinnen und Patienten reagieren zu Recht empfindlich, wenn sie das Gefühl haben, dass andere Interessen als ihr eigenes Wohl (z.B. kommerzielle) im Spiel sind. So ist es unangebracht in Anwesenheit der Patientinnen und Patienten auf Zeitdruck aus Kostengründen hinzuweisen. Es ist bekannt, dass Zeitdruck zu Fehlern führen. Auch abfällige Bemerkungen über andere Kollegen können stark verunsichern, da die Patientin oder der Patient sehr wohl weiss, dass der Behandlungserfolg von einer funktionierenden Teamarbeit abhängig ist (Zech et al., 2014). Die Anwendung von Humor zur Entspannung muss gut überlegt werden. Scherze und witzige Bemerkungen sind oft fehl am Platz. Um scherzhafte Wortspiele zu verstehen, bedarf es einer intellektuellen Leistung und eines rationalen Denkens. Dies ist in solchen Situationen nur eingeschränkt möglich. So ist ein angemessener Umgang mit Patienten einer vermeintlichen Auflockerung vorzuziehen (Hansen, Bejenke, 2010).

Da aber Patienten in solchen Trancezuständen sehr empfänglich für Suggestionen sind, können diese Zustände hervorragend zu einem besseren Wohlbefinden und zu einer verbesserten Stabilität der Patienten führen. Besonders ängstliche Patienten profitieren davon aufgrund der erhöhten Suggestibilität. Das Wort Suggestion stammt aus dem Englischen „to suggest“ und wird im Sinne von „eine Anregung geben“ oder „eine Möglichkeit anbieten“ verwendet. Dieser Ansatz der Wahlmöglichkeit seitens der Patienten zeigt, dass ihre Individualität und Selbstbestimmung respektiert wird (Hansen, Bejenke, 2010).

### **2.6.7 Anästhesiebezogene Kommunikation**

Dass die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten für alle beteiligten Personen eine grosse Herausforderung darstellen kann, wurde bereits mehrfach erörtert. Oftmals kommt es zu Fehlern, die es durch gute Kommunikationskompetenz unbedingt zu vermeiden gilt, um Patientinnen und Patienten einerseits nicht zu verunsichern und andererseits um bereits bestehende Ängste nicht zu verstärken. Allen voran steht im Anästhesiealltag der Zeitdruck, der meist den grössten Ursachenfaktor in einer inadäquaten Kommunikation darstellt. Oftmals sind es auch unpassende Aussagen wie z.B. „Kopf hoch“, die Verwendung von zu vielen Fachausdrücken oder eine ungeordnete Informationsflut, die im schlimmsten Fall dann auch noch heruntergebetet wird, die zu starker Verunsicherung führen. Ungenügendes Eingehen auf Fragen, Informationsmangel und -fehler, Missachtung des Krankseins und Selbstdarstellung können durchaus dazu führen, dass sich die Patientinnen und Patienten nicht ernst genommen fühlen (Seemann, 2015).

In Bezug auf kommunikative Verhaltensweisen sollten somit unbedachte und negative Suggestionen unbedingt vermieden werden. Der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist hier ein Schwerpunkt zu setzen. Dazu lohnt sich eine empathische Vorstellungskraft, wie Suggestionen auf die Patientinnen und Patienten wirken könnten. Indem die Aufrechterhaltung der Kommunikation im Vordergrund steht, können Sicherheit und Begleitung signalisiert werden. Neben dem Einsatz von Positivsuggestionen muss ein behutsamer, respektvoller und individueller Umgang mit Patientinnen und Patienten gewährleistet sein. Auch nonverbale Kommunikation kann sehr gut bei der Narkoseeinleitung genutzt werden, indem ein leichter Händedruck oder das Auflegen der Hand als schutzaustrahlendes Signal vermittelt wird. Weiters empfiehlt es sich den Mundschutz erst überzuziehen, wenn die Patientin oder der Patient ein vollständiges Bild vom Gesicht der primär agierenden Person hat (Hansen, Bejenke, 2010). Die Beachtung weniger Grundsätze trägt zu einer wesentlich patientenfreundlicheren Kommunikation bei, welche der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen ist:

Abbildung 10: Grundregeln und Beispiele für eine patientenfreundliche Kommunikation (Seemann et al., 2015, S. 144)

Grundregeln und Beispiele für eine patientenfreundliche Kommunikation	
Vermeidung von Negativsuggestionen	„Sie werden angekabelt.“ „Wir schläfern Sie ein.“
Verwendung von neutralen Formulierungen	„Infusionszugang legen“ statt „stechen“
Verwendung von Positivsuggestionen	Sicherheit, Beistand, Wohlergehen „Wir achten auf Sie, bis Sie die Operation gut überstanden haben.“
Erklären	„Wir machen ..., weil ...“ „Wir legen eine Blutdruckmanschette und ein EKG an, damit wir gut auf Sie aufpassen können.“
Blick auf Positives lenken	Zeit nach der Operation „Nach der Operation können Sie sich in Ruhe im Aufwachraum ausschlafen, und wenn Sie sich wohl fühlen, kommen Sie zurück in Ihr Zimmer.“
Autonomie zurückgeben	Patienten aktiv teilhaben und Wünsche äußern lassen „Wir können eine örtliche Betäubung oder eine Allgemeinnarkose durchführen. Beides ist bei Ihnen möglich. Sie dürfen wählen, was Sie möchten.“
Keine falschen Vorstellungen wecken	Beispiel Regionalanästhesie: falsch: „Sie werden nichts spüren.“ besser: „Sie werden spüren, dass etwas gemacht wird, z. B. Berührung oder Druck, aber es ist nicht unangenehm.“

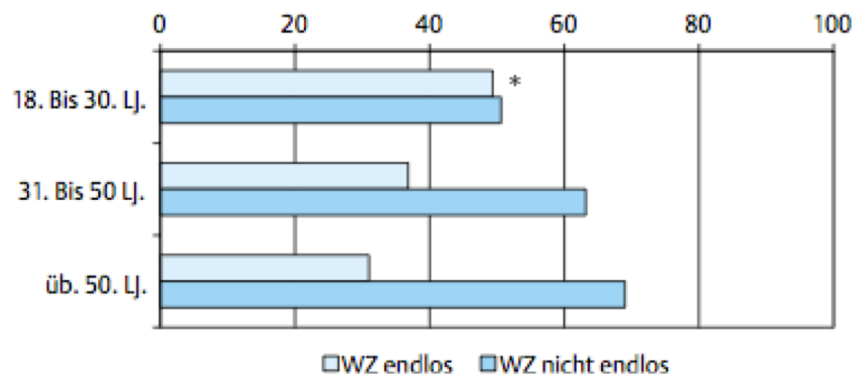
## 2.7 Optimierung der Rahmenbedingungen

Im perioperativen Betreuungsprozess gibt es eine Vielzahl von Stressoren, die durch pflegerische Interventionen beeinflusst werden können. Da eine Vermeidung dieser Stressoren zum Wohlbefinden beitragen und dadurch angstreduzierend wirken, wird auf die Optimierung verschiedener Rahmenbedingungen hingewiesen.

So kann die Wartezeit vor einer Operation durchaus eine Belastung darstellen. Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, dass vor allem jüngere Patienten die Wartezeit vor einer Operation als endlos bezeichneten (Thierbach et al., 2003). Aufgrund dieser Aussage kann darauf geschlossen werden, dass sie diese als belastend empfinden.



Abbildung 11: Wartezeit vor der Anästhesie (Thierbach et al., 2003, S. 89)



Die Autorin verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Vermeidung von Wartezeiten nicht immer umzusetzen ist und die Verantwortlichen zunehmend vor eine organisatorische Herausforderung gestellt werden.

Einen weiteren Stressfaktor stellt Lärm im OP dar. Es liegt im Aufgabenbereich der Anästhesiepflege dafür Sorge zu tragen, dass die Lärmbelastung auf ein Minimum reduziert wird. So zählen geschlossene Türen, die Vermeidung von Geschrei, lautem Gelächter, Diskussionen und lautstarken Anordnungen sowie eine sinnvolle Geräteeinstellung zur Verhinderung unangenehmer Warnsignale zu den Basismassnahmen (Gottschalk, 2004).

Grösstenteils kann der Entzug von Bewegung und Aktivität nach der Umlagerung der Patienten auf den Operationstisch nicht vermieden werden. Dennoch kann auf den Patientenkomfort geachtet werden, indem die üblichen fixierenden Massnahmen an Händen und Oberschenkeln bis zur tatsächlichen Notwendigkeit – nämlich unmittelbar vor Narkoseeinleitung – unterlassen werden. Dadurch werden die Patienten nicht unnötig in ihrer Mobilität eingeschränkt und es wird dem Gefühl des „Nicht-mehrweglaufen-Könnens“ vorgebeugt. Darüber hinaus sollten alle Lagerungsmassnahmen zur Operation erst nach Abschluss der Narkoseeinleitung am schlafenden Patienten erfolgen (Gottschalk, 2004)

Ebenso gilt es Missempfindungen durch Kälte zu vermeiden. Neben vortemperierten Zudecken sollte auch eine aktive Wärmung verwendet werden. Zusätzlich sollte hinterfragt werden, ob das Anbehalten von Nachthemd und / oder Unterwäsche für manche Operationen möglich wäre. Dies würde neben einer Erhöhung des Patientenkomforts auch einen Schutz vor Kälte sowie einen Schutz vor dem möglichen Gefühl der Nacktheit und Blossstellung bieten (Gottschalk, 2004,).

Um Hilflosigkeitsgefühle zu vermeiden, sollte es Patienten gestattet sein Zahnprothese, Brille und Hörgeräte mit in den OP zu geben. Das Bewusstsein, dass diese Dinge Kommunikationshilfsmittel sind und somit für die Patienten von grosser Bedeutung sind, sollte den organisatorischen Mehraufwand hinsichtlich der Notwendigkeit von Aufbewahrungsmöglichkeiten rechtfertigen (Gottschalk, 2004).

### **3    Schlussteil**

Das folgende Kapitel fasst die wesentlichsten Erkenntnisse, welche durch die Aufarbeitung der Thematik zur Beantwortung der Leit- und Subfragen gewonnen wurden, zusammen. Darüber hinaus setzt sich die Autorin mit ihrem eigenen Arbeitsumfeld konstruktiv auseinander und versucht praxisrelevante Empfehlungen für eine patientenfreundliche Gesprächsführung abzuleiten.

#### **3.1   Gewonnene Erkenntnisse**

Emotionale Belastungszustände lassen sich nicht nur auf Ängste reduzieren. So lassen sich andere Emotionen wie Scham, Stress und Aggressionen aber auf Ängste zurückführen bzw. hängen mit ihnen zusammen. Besonders in der präoperativen Phase sind Patientinnen und Patienten verschiedenen Ängsten ausgesetzt. Diese können sich sowohl in Form von körperlichen als auch emotionalen Prozessen zeigen und können zu erheblichen Komplikationen im Handlungsfeld der Anästhesie führen (Gottschalk, 2004). Die Einflüsse und Faktoren und damit die Ursachen von präoperativen Angstzuständen sind vielfältig. Dennoch lassen sich die Ängste vor der Anästhesie und die allgemeinen OP-Ängste nur schwer voneinander trennen. Das Gefühl der Hilflosigkeit und des totalen Ausgeliefertseins steht hier im Vordergrund (Laubach, 2012).

Aufgrund des grossen Einflusses auf die physischen und psychischen Prozesse sollte vorausgesetzt werden, dass die primär in den Betreuungsprozess eingebundenen Personen die Grundlagen einer patientenorientierten Kommunikation kennen und diese auch anwenden können. Die Anforderungen, welche an das Anästhesieteam gestellt werden, sind umfangreich. Dennoch ist Kommunikation als zentrales Element der Anästhesie zu sehen, welches auf den Krankheitsverlauf sowie auf die Patientenzufriedenheit und damit auf die Qualität in Medizin und Pflege grossen Einfluss nimmt. (Hansen, Bejenke, 2010). Aufgrund der bereits getätigten Aussagen lässt sich ein klarer Zusammenhang zwischen präoperativen Belastungszuständen, respektive Angstzuständen und der Patientenzufriedenheit herstellen. Je belastender der perioperative Betreuungsprozess erlebt wird, desto unzufriedener sind die Patientinnen und Patienten. Hinsichtlich der Qualitätssicherung muss es somit im Interesse der Gesundheitseinrichtung sein, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen das Wohlbefinden gefördert wird (Thierbach, 2003).

Auf den ersten Blick lässt sich das Konzept des Rapport-Pacen-Leaden im Anästhesiealltag, wenn Patientinnen und Patienten bereits im Aufwachraum, in der OP-Schleuse warten oder bereits am OP-Tisch Platz gefunden haben, nur schwer umsetzen. Bei näherem Hinsehen lässt sich dieser Zugang aber problemlos in den Aufgabenbereich der Anästhesiepflege einbetten. Voraussetzung dafür ist jedoch eine flexible und kreative Haltung der Pflegekraft, die die verschiedensten Copingstrategien der Patientinnen und Patienten (er)kennt und damit umgehen kann. Abschliessend ist zu sagen, dass es in der Betreuung von ängstlichen Patienten keine „Checkliste“ gibt. Der Umgang mit diesem Patientengut verlangt sowohl eine situationsbezogene als auch eine individuelle Fürsorge.

## 3.2 Reflexion

Die Autorin stimmt im Wesentlichen mit den Aussagen anderer Autoren überein, dass emotionale Belastungszustände in der Anästhesie erkannt werden müssen und aufgrund dieser Identifikation dementsprechende Massnahmen zu setzen sind. Die patientenorientierte Gesprächsführung stellt den Grundstein für pflegerische Betreuung dar, deren Notwendigkeit sich in der Wechselseitigkeit mit vielen anderen Massnahmen, insbesondere jener zur Angstbewältigung ergibt.

Die vorliegende Arbeit soll zu einer Diskussion über die Implementierung der präoperativen Anästhesiepflegevisite oder einer präoperativen Patientenedukation anregen. Nach Ansicht der Autorin ist diese ein besonders geeignetes Instrument zur Bekämpfung von Angstzuständen im präoperativen Setting und eignet sich hervorragend zur Identifizierung von Risikopatientinnen und -patienten. Die Durchführung einer Anästhesiepflegevisite darf aber nicht als isolierte Handlung gesehen werden, sondern muss in Kombination mit anderen Massnahmen angewendet werden. Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen einer fehlerhaften Kommunikation sollte in der Ausbildung der Anästhesiepflegeexpertise dieser Thematik ein hoher Stellenwert eingeräumt werden.

Aus persönlicher Sicht habe ich von der Erstellung dieser Arbeit durchaus sehr profitieren können. Einerseits ermöglichte die notwendige Literaturrecherche eine Vertiefung vorhandener Erkenntnisse mittels neuester Publikationen und Studien, andererseits setzte ich mich mit dieser Materie aufgrund der Verschriftlichung intensiv auseinander. Besonders spannend habe ich meine zunehmende Sensibilisierung gegenüber meinen Patientinnen und Patienten gefunden, welche mir auch das Erkennen von kleinen und unscheinbaren Anzeichen von präoperativen Ängsten und das Setzen von entsprechenden Massnahmen ermöglicht.

Da ich mich bereits seit vielen Jahren mit der kommunikativen Herausforderung in der Anästhesiepflege befasse, liegt mir sehr viel daran, meine Kolleginnen und Kollegen an den Erkenntnissen teilhaben zu lassen. Diese sind in Fachkreisen durchaus bekannt und im Wesentlichen nichts Neues, jedoch fehlt oft die Sensibilisierung für die Bedeutsamkeit. Davon betroffen sind allerdings nicht nur „Anästhesie-Neulinge“, die ihren patientenorientierten Zugang in der Anästhesie erst festigen müssen. Besonders bei „Alteingesessenen“ gilt es, eingefahrene Kommunikationsmuster zu durchbrechen und sich ihrer gewichtigen Haltung gegenüber den uns anvertrauten Patientinnen und Patienten bewusst zu machen.

### 3.3 Empfehlungen für den klinischen Alltag

	Leitfäden
Regelmässige Sensibilisierung bei allen am Betreuungsprozess beteiligten Personen	schriftliche Empfehlungen kommunikative Fortbildungen Hinweisen
Vermeiden von negativen Suggestionen	<p>Verunsicherung „Probieren wir das mal!“</p> <p>Unnötige Fragen „Merken Sie schon etwas?“</p> <p>Direkte Suggestion „Sie sind ein Risikopatient.“</p> <p>Suggestive Fragen „Ist Ihnen übel?“ „Haben Sie Schmerzen?“</p> <p>Fachjargon „Sie werden jetzt verkabelt.“ „Ich hole noch etwas aus dem Giftschrank.“</p> <p>Unbedachte Gespräche „Ich lasse dich allein mit Deinem Elend“ (zum Kollegen bei herausfordernden Patienten) „Das gibt Probleme“ (wenn das Monitoring nicht funktioniert) „Da ist etwas schief gelaufen (mit der Bestellung) „Die wird es nicht schaffen“ (rechtzeitig von Pause wieder retour zu sein)</p> <p>Verordnete Passivität „Lassen Sie uns nur machen.“ „Wir legen Sie jetzt schlafen“</p> <p>Fehlende Empathie „Herzschmerzen? Ihr EKG ist aber in Ordnung.“</p> <p>mangelndes Teamverständnis „Typisch Chirurg!“</p> <p>Ausweglosigkeit Immer, Nie, Unmöglich, ausgeschlossen</p> <p>Nonverbal Augenbraue hochziehen Über das Gesicht des Patienten beugen</p> <p>Beschönigen, Verschweigen „Es ist alles in Ordnung.“ (nach einem Unfall zB) „Das wird schon wieder!“ „So schlimm ist das nun auch wieder nicht.“</p> <p>Lügen „Das tut nicht weh.“ „Es dauert nicht lange.“</p> <p>Fehlinformation „Wir geben Ihnen eine Spritze, dann spüren Sie nichts mehr.“</p> <p>Falsche Ebene „Entspannen Sie sich halt!“ „Ich weiß genau wie Sie sich fühlen.“</p> <p>Missverständnisse „Der Befund ist negativ.“ „Ich schaue später nach Ihnen, wenn Sie dann noch da sind.“</p> <p>Verneinungen wirken nicht „Sie brauchen keine Angst haben.“ „Machen Sie sich keine Sorgen.“ „Vergessen Sie nicht Ihre Tabletten einzunehmen“</p> <p>Starke Bilder/Bildhaftes Verständnis „Das kann brennen.“ „Es gibt einen Stich.“ „Jetzt kann Ihnen schwindelig werden.“ „Das wird kurz weh tun.“</p>
Einsatz von positiven Suggestionen	<p>„Wir kümmern uns gut um Sie“</p> <p>„Wir achten auf Sie, bis Sie die Operation gut überstanden haben“</p> <p>„Das machen Sie gut.“</p> <p>„Wir sorgen für Ihre Sicherheit.“</p>
Neutrale Formulierungen	„Infusionszugang legen“ statt „Stechen“
Autonomie zurückgeben	PatientInnen aktiv teilhaben und Wünsche äussern lassen

Blick auf Positives lenken	„Sie dürfen sich im Aufwachraum ausschlafen und wenn Sie sich wohl fühlen, kommen Sie zurück in Ihr Zimmer“
Erklären	„Wir machen, weil ...“ Wir erklären Ihnen alles, was wir machen
Bewusster Einsatz der non-/paraverbalen Kommunikation	Offene Körperhaltung, Augenkontakt beruhigende Stimme, langsames Sprechen
Patientenadaptierte Kommunikation	Gesprächswillig/still Introvertiert/extrovertiert Humor/Ernsthaftigkeit
Regeln des Aktiven Zuhörens beachten	Paraphrasieren Verbalisieren Nachfragen Zusammenfassen Unklares aufklären
Trancezustand bewusst machen	Fokussierte Aufmerksamkeit Veränderte Wahrnehmung Partielle Amnesie Ich-Bezogenheit Wortwörtliches Verstehen Eingeschränktes abstraktes Denken Erhöhte Suggestibilität
Ausschaltung von Co-Faktoren	Lärm Kälte Wartezeit Intimsphäre
Identifizierung von RisikopatientInnen	Erhebung von Vorinformationen und Vorerfahrungen im Rahmen einer Prämedikationsvisite Präoperative Anästhesiepflegevisite Präoperative Patientenedukation
Grundhaltung beachten	Positive Wertschätzung Selbstkongruenz Empathie Aktives Zuhören
Patientenorientierte Informierung	Holen Sie den Patienten dort ab, wo er steht. Vermitteln Sie Informationen verständlich. Ermutigen Sie Ihren Patienten zum Fragen. Vergewissern Sie sich, inwieweit Ihr Patient Sie verstanden hat.
Wörter vermeiden	Schmerz, Angst, Brennen, Stich, Spritze, versuchen, probieren, Übelkeit (negative Assoziationen auslösend)
Wörter verwenden	Ruhe, Sicherheit, Wohlbefinden, Heilung, Genesung (positive Assoziationen auslösend)

## Literaturverzeichnis

- Al-Azawy M., Oterhals K., Fridlung B., Aßmus J., Schuster P. (2015): *Premedication and preoperative information reduces pain intensity and increases satisfaction in patients undergoing ablation for atrial fibrillation. A randomised controlled study.* In: Applied Nursing Research, Volume 28, Issue 4, November 2015, p:268-273
- Aust H., Borgert A., Vogelsang V., Zoremba M., Höltermann W. (2011): *Vorinformationen und Vorerfahrungen - ihre Auswirkung, Interaktionen und Prävention, erarbeitet am Thema Anästhesie.* In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, Thieme Verlag, 2011. 215:29-34
- Aust H., Rüscher D., Schuster M., Sturm T., Brehm F., Nestoriuc Y. (2016): *Coping strategies in anxious surgical patients* In: BMC Health Services Research. Biomedcentral, 2016. 16:250
- Aydin D., Klit J., Jacobsen S., Troelsen A., Husted H. (2015): *No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement – a systematic review.* In: Danish Medical Journal, Jul; 62(7): A5106
- Bedeutungswörterbuch DUDEN (2010): Bibliographisches Institut GmbH, Mannheim.  
Brockhaus – A-Z Wissen (2012): F. A. Brockhaus, München.
- Bruno T., Adamczyk G. (2011): *Körpersprache.* Haufe Verlag, Freiburg.
- Dinkel M., Schmidt T., Landsleitner B., Messner M., Börchers K. (2000): *Patientenorientierte Anästhesie.* In: Der Anästhesist, Springer Verlag, Heidelberg, 2000. 49: 1024-1029.
- Elzer Matthias, Sciborski Claudia (2007): *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege;* Hans Huber Verlag, Bern.
- Ekert B., Ekert C. (2014): *Psychologie für Pflegeberufe.* Thieme Verlag, Stuttgart. 3. Auflage
- Freudenberg S. (2004): *Die Rolle der Angst in der Chirurgie – The Relevance of Fear in Surgery.* In: Viszeralchirurgie, Thieme Verlag, Stuttgart. 39: 501-504
- Gottschalk E. (2004): *Bewältigung präoperativer Angst – Teil 1.* In: intensiv. Thieme Verlag, Stuttgart, 2004. 12: 14-19
- Gottschalk E. (2004): *Bewältigung präoperativer Angst – Teil 2.* In: intensiv. Thieme Verlag, Stuttgart, 2004. 12: 75-80
- Hansen E., Bejenke C. (2010): *Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie – Verbesserte Kommunikation mit ängstlichen Patienten bei Operationen.* In: Der Anästhesist. Springer Medizin Verlag. Online publiziert 14. Februar 2010; 59: 199-209

Hofer C.K., Ganter M.T., Furrer L., Guthauser G., Klaghofer R., Zollinger A. (2004): *Welche Bedürfnisse und Erwartungen haben Patienten an die Anästhesie?* In: *Der Anästhesist*. Springer Medizin Verlag, 2004. 53: 1061-1068

Kalogianni A., almpiani P., Vastardis L., Baltopoulos G., Charitos C., Brokalaki H. (2016): *Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?* In: *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016: 15(6) 447-458

Knipfer E., Kochs E., Durchdenwald G. (2015): *Klinikleitfaden Anästhesiepflege*. Elsevier Verlag, München. 3. Auflage.

Lackinger-Schmutz C. (2014): *Das präoperative Aufklärungsgespräch: Eine systematische Literaturübersicht*. Diplomarbeit. GRIN Verlag, München.

Laufenberg-Feldmann R., Kappis B., Schuster M., Ferner M. (2015): *Bedeutung präoperativer Angst für den postoperativen Verlauf bei urologischen Patienten – Eine prospektive Beobachtungsstudie*. In: *Der Schmerz*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, published online 5. August 2015.

Laubach W. (2012): *Aspekte der Angst im Zusammenhang mit Anästhesie und Operation*. IN: Fischbeck S., Laufenberg-Feldmann R., Laubach W.: *Patientenorientierte Kommunikation in der Anästhesie - Voraussetzungen- Konzepte-Effekte*, Band 6, Die gelbe Reihe, abbie

Laux T., Kawach H., Madler C. (2004): *Die Etablierung einer Anästhesieambulanz – Erfahrungen und praktische Hinweise zur Einrichtung und Organisation*. In: *Anästhesiologische Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 39: 391-399

McDonald S, Page M.J., Beringer K., Wasiak J., Sprowson A. (2014): *Preoperative education for hip or knee replacement*. In: *The Cochrane Collaboration*, Wiley and Sons, Ltd.

Migge B. (2014): *Handbuch Coaching und Beratung*. Beltz Verlag, Weinheim, Basel. 3. Auflage

Niven N., Robinson J. (2001): *Psychologie für Pflegende*, Hans Huber Verlag, Bern.

Pereira L., Figueiredo-Braga M., Carvalho I. P. (2015): *Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centere approach on psychological and clinical outcomes* In: *Patient Education and Counseling* 99 (2016) 733-738

Preckel E. (2016): *Ohne Angst in die Narkose*. In: *intensiv*. Thieme Verlag, Stuttgart. 2016; 24(05): 282-288

Pschyrembel – Wörterbuch Pflege (2003): Walter de Gruyter Verlag, Berlin.

Roewer N., Thiel H. (2017): *Taschenatlas Anästhesie*. Thieme Verlag, Stuttgart. 6. Auflage.

Roewer N., Thiel H., Wunder C. (2012): *Anästhesie compact. Leitfaden für die klinische Praxis*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 2012. 4. Auflage

Schelberger W. (2011): *Kommunikative Kompetenz* In: Rimser M., Hrsg. (2011): *Skills für Trainer*, Ökotopia Verlag, Berlin.

Schwarz-Friesel M. (2013): *Sprachen und Emotion*, UTB GmbH, Stuttgart, 2. Auflage.

Seemann M., Zech N., Graf B. M., Hansen E. (2015): *Das Prämedikationsgespräch – Anregungen zu einer patientenfreundlichen Gestaltung*. In: *Anästhesiologische Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 50: 142-146

Thierbach A., Fichtner K., Kugler A., Dick W. (2003): *Die emotionale Zufriedenheit von Patienten mit der anästhesiologischen Betreuung*. In: *Anästhesiologische Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 38: 85-93

Welk I. (2015): *Mitarbeitergespräche in der Pflege*. Springer Verlag; Berlin, Heidelberg

Zech N., Seemann M., Hansen E. (2014): *Noceboeffekte und Negativsuggestionen in der Anästhesie*. In: *Der Anästhesist*. Springer Medizin Verlag, 2014. 63: 816-824



## Webverzeichnis

<u>Webadresse:</u>	<u>abgerufen am:</u>
<a href="http://zitate.net/marie%20curie.html">http://zitate.net/marie%20curie.html</a>	20. April 2018
<a href="http://www.planet-wissen.de/alltag_gesundheit/psychologie/angst/">http://www.planet-wissen.de/alltag_gesundheit/psychologie/angst/</a>	1. Mai 2018
<a href="http://www.duden.de/rechtschreibung/Furcht">http://www.duden.de/rechtschreibung/Furcht</a>	20. Mai 2018
<a href="http://www.klinik-moenchengladbach.lvr.de/media/lvr_klinik_moenchengladbach/ueber_uns/struktur_organigramm/pflegeportal/facharbeiten/Wueffel_2014.pdf">http://www.klinik-moenchengladbach.lvr.de/media/lvr_klinik_moenchengladbach/ueber_uns/struktur_organigramm/pflegeportal/facharbeiten/Wueffel_2014.pdf</a>	2. Mai 2018
<a href="http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5418/Ha-genHabil.pdf">http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5418/Ha-genHabil.pdf</a>	20. Mai 2018
<a href="http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml">http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml</a>	21. Juni 2018
<a href="https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Sender-Empfänger-Modell.svg">https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Sender-Empfänger-Modell.svg</a>	21. Juni 2018
<a href="http://lexikon.stangl.eu/8758/eisberg-modell/">http://lexikon.stangl.eu/8758/eisberg-modell/</a>	20. Juni 2018
<a href="https://www.pinterest.at/source/silke-biedka.de">https://www.pinterest.at/source/silke-biedka.de</a>	21. Juni 2018
<a href="https://www.kraus-und-partner.de/wissen-und-co/wiki/4-ohren-modell-kommunikation-berater">https://www.kraus-und-partner.de/wissen-und-co/wiki/4-ohren-modell-kommunikation-berater</a>	21. Juni 2018
<a href="http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml#Satir">http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml#Satir</a>	20. Juni 2018
<a href="https://www.lostudiodellopsicologo.it/2014/01/22/albert-mehrabian-e-la-comunicazione-non-verbale/">https://www.lostudiodellopsicologo.it/2014/01/22/albert-mehrabian-e-la-comunicazione-non-verbale/</a>	21. Juni 2018

## Abbildungsverzeichnis

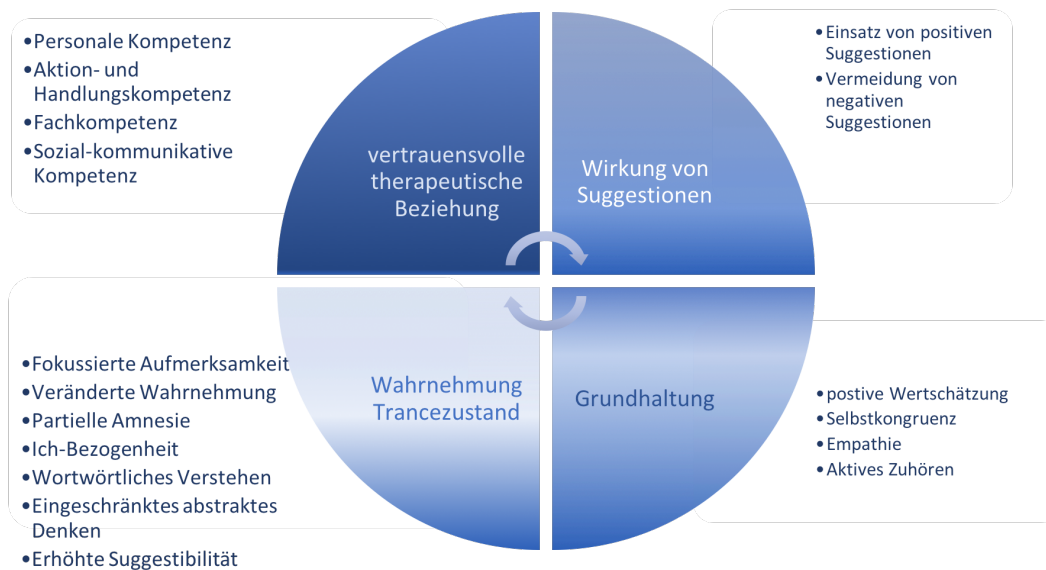
Abbildung 1:	Präoperative affektive Situation	S. 5
Abbildung 2:	Besorgnis und Angespanntheit nach der anästhesiologischen Aufklärung in %	S. 17
Abbildung 3:	Ruhe und Ausgeglichenheit vor der Aufklärung für die Anästhesie in %	S. 18
Abbildung 4:	Emotionales Befinden vor der Anästhesie in %	S. 18
Abbildung 5:	Sender-Empfänger Modell nach Shannon & Weaver	S. 22
Abbildung 6:	Eisbergmodell	S. 23
Abbildung 7:	4-Ohren Modell nach Schulz von Thun	S. 23
Abbildung 8:	Silent Messages nach Mehrabian	S. 24
Abbildung 9:	Aktives Zuhören nach Eberhard (2008)	S. 27
Abbildung 10:	Grundregeln und Beispiele für eine patientenfreundliche Kommunikation	S. 30
Abbildung 11:	Wartezeit vor der Anästhesie	S. 31

# Patientenfreundliche Kommunikation zur Angstminderung im anästhesiologischen Setting

**Hintergrund:** Operative Eingriffe lösen bei Betroffenen Unsicherheiten und Ängste aus, die präoperativen Stress verursachen und somit zu erheblichen Komplikationen führen können. Die Gestaltung einer patientenfreundlichen Kommunikation stellt den Grundstein einer patientenorientierten Betreuung dar und ist im Aufgabenbereich der Pflege und der Medizin tief verankert.

**Ziel:**  
Vertrauen in das Anästhesieteam  
Beruhigung / Angstreduktion  
Erfüllung von Informationsbedürfnissen  
Aufgabenoptimierung  
Patientenzufriedenheit  
Patientensicherheit  
Behandlungserfolg und Behandlungsqualität

## Elemente einer patientenorientierten Kommunikation



Präoperatives Setting:	Setting Einleitung:
Mein Name ist ... Ich gehöre zum Anästhesieteam und werde für Ihr Wohlbefinden sorgen. Ich beginne nun mit den Vorbereitungen, die für Ihre Sicherheit notwendig sind. Sie bekommen am Arm eine Infusionsleitung worüber wir die Medikamente verabreichen. Ich lege Ihnen eine Manschette an, um regelmässig Ihren Blutdruck messen zu können. Wenn Sie noch etwas wissen wollen, dürfen Sie mich gerne fragen.	Wir werden Ihnen sagen, was wir machen. Ist das für Sie in Ordnung? Ich werde nun eine Maske über Ihren Mund und Ihre Nase halten, daraus kommt Sauerstoff – bitte ruhig und tief ein- und ausatmen, das ist gut für Ihre Lungen. Sie machen das gut. Sie bekommen nun das erste Medikament und können spüren, dass sich vielleicht etwas ändert. Das hilft Ihnen sich zu entspannen. Sie werden nun müde werden und in Ruhe einschlafen. Denken Sie an etwas Schönes. Wir kümmern uns gut um Sie und wir werden Sie anschließend wieder in aller Ruhe aufwecken.
Setting Ausleitung:	Postoperatives Setting:
Guten Morgen (Grüezi,...) Fr. .... Die Operation ist vorbei und Sie werden wieder in Ruhe munter. Atmen Sie gut ein und aus. Wie geht es Ihnen? Sie kommen jetzt in den Aufwachraum, damit Sie sich noch gut ausschlafen können.	Mein Name ist .... und ich werde Sie im Aufwachraum weiterbetreuen. Wie haben Sie geschlafen? Wie fühlen Sie sich? Wenn Sie Fragen haben oder Sie etwas brauchen, dürfen Sie sich jederzeit gerne melden.

### Allgemeine Empfehlungen für den klinischen Alltag

- Co-Faktoren ausschließen (Lärm, Kälte, Wartezeit, Intimsphäre,...)
- Sensibilisierung durch Schulungen
- Identifizierung von Risikopatienten
- Patientenadaptierte Gesprächsführung
- Bewusstes Einsetzen der Körpersprache