

Aus dem Institut für Medizinische Psychologie
(Direktor: Univ. - Prof. Dr. rer. medic. H.-J. Hannich)
und der Klinik für Hämatologie und Onkologie
(Direktor: Univ.- Prof. Dr. med. G. Dölken)
der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Das ärztliche Visitengespräch in der Onkologie
- eine Feldstudie unter formal-quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten -

Inaugural – Dissertation
zur

Erlangung des akademischen
Grades

Doktor der Medizin
(Dr. med.)

der
Universitätsmedizin
der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Greifswald
2011

vorgelegt von:
Andreas Johannes Rüdiger
geb. am: 07.07.1983
in: Lutherstadt Wittenberg

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. Kroemer
1. Gutachter: Prof. Dr. rer. medic. H.-J. Hannich
2. Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. B. Strauß
Ort, Raum: Greifswald, Seminarraum der Klinik für Innere Medizin C
Tag der Disputation: 21. März 2012

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
1. <u>Einleitung</u>	008
2. <u>Die Situation des Patienten in der Onkologie</u>	009
2.1. Bewältigungsanforderungen an den Patienten bei einer hämatologisch-onkologischen Erkrankung	009
2.2. Zusammenfassung der Anforderungsschwerpunkte	011
3. <u>Die Visite – das ärztliche Gespräch am Krankenbett</u>	013
3.1. Arztperspektive	013
3.2. Patientenperspektive	014
3.3. Gesprächsmerkmale des Visitengesprächs	014
3.4. Ansätze zur Förderung des Patienteneinbezugs	017
3.5. Zusammenfassung	020
4. <u>Untersuchungsfragen</u>	022
5. <u>Methodisches Vorgehen</u>	023
5.1. Untersuchungsrahmen	023
5.2. Untersuchungsgruppe	023
5.2.1. Ärztliches Personal	023
5.2.2. Patienten	023
5.3. Ablauf der Untersuchung	026
5.3.1. „Warming up“ – Phase	026
5.3.2. Erhebungsphase	026
5.3.3. Transkriptionsphase	027
5.4. Untersuchungsinstrumente	027
5.4.1. Formal-quantitatives Untersuchungsinstrument	027
5.4.2. Qualitatives Analyseinstrument	031
5.4.3. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit der erlebten Visite	032
5.5. Auswertung der Ergebnisse	033

6.	<u>Ergebnisse</u>	034
6.1.	Ausprägungsgrad der formal-quantitativen Gesprächsmerkmale	034
6.1.1.	Dauer der Visitengespräche	034
6.1.2.	Teilnehmer der Visitengespräche	034
6.1.3.	Gesprächsaktivität	035
6.1.4.	Verständlichkeit	035
6.1.5.	Frage- und Antwortverhalten	037
6.1.6.	Art der Informationsvermittlung	038
6.1.7.	Zusammenfassung	038
6.2.	Ausprägungsgrad der qualitativen Gesprächsmerkmale	039
6.2.1.	Ausprägungsgrad der phasenspezifischen Gesprächsmerkmale	039
6.2.1.1.	Eröffnung des Gesprächs	040
6.2.1.2.	Sammeln von Informationen	040
6.2.1.3.	Körperliche Untersuchung	041
6.2.1.4.	Vermittlung von Befunden und Planung des weiteren Vorgehens	041
6.2.1.5.	Gesprächsabschluss	042
6.2.1.6.	Zusammenfassung	042
6.2.2.	Ausprägungsgrad der phasenübergreifender Gesprächsmerkmale	043
6.2.2.1.	Ausmaß der Patientenzentrierten Haltung	043
6.2.2.2.	Strukturierung des Visitengesprächs	043
6.2.2.3.	Zusammenfassung	044
6.3.	Patientenzufriedenheit mit der erlebten Visite	044
6.3.1.	Rahmenbedingungen des Arzt-Patienten-Gesprächs	044
6.3.2.	Verständlichkeit des Visitengesprächs	045
6.3.3.	Berücksichtigung der Patientenperspektive	046
6.3.4.	Allgemeine Einschätzung des Visitengesprächs	047
6.3.5.	Zusammenfassung	047
6.4.	Beeinflussungsfaktoren auf die Qualität des Visitengesprächs	047
6.4.1.	Einfluss von Patientenfaktoren	048
6.4.1.1.	soziodemographische Daten	048
6.4.1.2.	Krankheitsfaktoren	049
6.4.1.3.	(Gesprächs)-Verhalten der Patienten	051
6.4.1.4.	Zusammenfassung	052
6.4.2.	Einfluss von Rahmenbedingungen	052

6.4.2.1.	Teilnehmeranzahl	053
6.4.2.2.	Anzahl der Patienten pro Zimmer	053
6.4.2.3.	Zusammenfassung	054
6.4.3.	Einfluss von Arztfaktoren	054
6.4.3.1.	Zusammenfassung	055
6.4.4.	Einfluss von Gesprächsmerkmalen	055
6.4.4.1.	Lange und intensive Visitengespräche	056
6.4.4.2.	Erhöhtes Maß an Patientenorientierung	056
6.4.4.3.	Anwendung von qualitätsförderlichen Gesprächstechniken	057
7.	<u>Diskussion der Ergebnisse</u>	058
7.1.	Diskussion der Gesprächsmerkmale	058
7.1.1.	Diskussion der formal-quantitativen Gesprächsmerkmale	058
7.1.2.	Zusammenfassung	060
7.1.3.	Diskussion der qualitativen Gesprächsmerkmale	061
7.1.4.	Zusammenfassung	065
7.2.	Diskussion der Patientenzufriedenheit	067
7.2.1.	Zusammenfassung	070
7.3.	Diskussion ableitbarer Verbesserungsvorschläge	070
8.	<u>Zusammenfassung</u>	075
9.	<u>Literaturverzeichnis</u>	077
	Lebenslauf	093
	Eidesstattliche Erklärung	094
	Danksagungen	095
10.	<u>Anhang</u>	
I	Einverständniserklärung der Ärzte	
II	Einverständniserklärung der Patienten	
III	Bogen für Datenerhebung aus Patientenakten	
IV	Transkriptionsschema	
V	Modifizierter Fragebogen: „Das Arzt-Patientengespräch“ nach PAPSDORF 2008	

- VI Qualitatives Analyseinstrument
- VII Modifizierter Fragebogen des Calgary-Cambridge Leitfadens
für das medizinische Interview
- VIII Bildung des Patientenkollektivs
- IX Patientenzufriedenheit - Freitextkommentare der Patienten
- X Richtung der Gesprächsaktivität
- XI Lange und intensive Visitengespräche
- XII Erhöhtes Maß an Patientenorientierung
- XIII Anwendung von qualitätsförderlichen Gesprächstechniken
- XIV Gesprächsstörungen

Anmerkung

In der vorliegenden Arbeit schließt der vereinfachende Gebrauch der maskulinen Form in allen vom Sinn her ähnlichen Fällen die weibliche Form grundsätzlich mit ein.

1. Einleitung

Das ärztliche Gespräch mit dem Patienten wird in der Historie als eine wichtige medizinische Handlung beschrieben. Bereits „die hippokratischen Ärzte entwickelten [...] richtungsweisende Überlegungen zur ärztlichen Ethik und zur Arzt-Patienten-Beziehung [...]“ (UEXKÜLL & WESIACK 1998, S. 433). So nahm das Erheben der Krankengeschichte im Kontext der Lebensumstände des Patienten einen wichtigen Platz in der differenzierten Krankenbeobachtung ein (ECKART 2009). Diese zentrale Stellung des Gespräches setzt sich bis in unsere heutige Zeit fort und hat an ihrer Bedeutung für Arzt und Patient trotz der fortschreitenden technischen Entwicklung nicht eingebüßt.

Begibt sich eine kranke Person in die Obhut eines Arztes, so tritt sie mit ihm in Beziehung. Diese *Arzt-Patienten-Beziehung* wird durch Kommunikation geformt. Betrachtet man diese im Kontext eines Krankenhausaufenthaltes, so stellt das ärztliche Visitenengespräch *die* zentrale Gesprächssituation zwischen Arzt und Krankem dar. Der Arzt, unterstützt vom Pflegepersonal, tritt an das Bett des Patienten und schätzt die Wirkung der verordneten Therapie ein. Darüber hinaus plant und diskutiert er das weitere Vorgehen mit dem Patienten und dem Behandlungskollektiv. Für den Patienten besteht dabei die Möglichkeit mehr über seine Erkrankung und ihre Folgen zu erfahren und eine positive Beziehung zum Behandler aufzubauen.

Besonders in den letzten Jahrzehnten war die ärztliche Visite immer wieder Gegenstand zahlreicher Untersuchungen. Auf Grundlage derer geriet die historisch gewachsene Form einer sehr arztzentrierten Visitenführung immer mehr in die Kritik. Es wurde eine stärkere Berücksichtigung der Patientenperspektive auf die Visite gefordert. Eine Vielzahl von Untersuchungen (siehe Kapitel 3.4.) zeigt, dass bei deren Berücksichtigung der Gesundungsprozess des Patienten deutlich gefördert werden kann.

Die vorliegende wissenschaftliche Untersuchung der Visite legt das Augenmerk auf eine formal-quantitative und qualitative Analyse der dort stattfindenden Kommunikation. Inwieweit gelingt es dem Arzt in der Realität des Alltags die Patientenperspektive zu berücksichtigen? Als Untersuchungsfeld dient die Stationsarztvisite einer hämatologisch-onkologische Station.

2. Die Situation des Patienten in der Onkologie

2.1. Bewältigungsanforderungen an den Patienten bei einer hämatologisch-onkologischen Erkrankung

Wenn ein Mensch von einer schwerwiegenden Krankheit befallen wird, wie etwa einer Krebserkrankung¹, ändert sich sehr viel für diese Person. Ihre gewohnten Lebensbezüge verändern sich und eine Einweisung in ein Krankenhaus ist oftmals unumgänglich. Dort findet sich die Person in der Rolle des Patienten wieder. In dieser Krankenhausumgebung geben die Ärzte dem Leiden einen Namen, mit welchem viele unterschiedliche Empfindungen, Assoziationen und vermeintliche Prognosen verbunden sind.

In der Onkologie zeichnet sich so - im Gegensatz zu anderen Fachbereichen - ein besonderes Bild. Die Erkrankungen der Patienten sind zum überwiegenden Teil bösartiger Natur und es ist leider oftmals keine schnelle Heilung in Sicht. Nach REITZ & GUTJAHR (1994) sind Themen, die viele Menschen sofort mit dem Begriff *Krebs* assoziieren: eine lange Leidenszeit, eine schreckliche Therapie an deren Ende, weil Hilfe ja doch nicht möglich ist, dann unausweichlich der Tod wartet. Eine solche *Krebsdiagnose* bedeutet für den Betroffenen einen gewaltigen Einschnitt in den eigenen Lebensentwurf und die Lebensziele. Mit einem Schlag tritt bisher Wichtiges in den Hintergrund und Fragen über eigenes Leiden, den Tod, das Selbstbild, die veränderte soziale Rolle und die Sinnhaftigkeit des Lebens treten in den Mittelpunkt. „Ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung ist nur eines sicher: Nichts ist mehr sicher. Und nichts ist mehr so wie vorher. [...]“ (ANGENENDT et al. 2007, S. 43).

Speziell zu den psychologischen Vorgängen bei der Diagnosemitteilung beschreiben GRUMANN & SCHLAG (1999) und SCHUTH (2004), dass dies eine existenzielle Krise im Betroffenen auslöst. Der Patient erlebt es als eine schwere persönliche Katastrophe und häufig auch als ein Todesurteil. Zusätzlich zu körperlichen und mentalen Problemen können nach KOCH et al. (2006) Gefühle der Einsamkeit und Ungerechtigkeit entstehen. Es können spirituelle Zweifel entstehen; Angst Selbstbestimmung und Würde zu verlieren; Sorge um das eigene Körperbild und Besorgnis davor, anderen möglicherweise zur Last zu fallen (UEXKÜLL & WESIACK 1998).

¹ Der Begriff "Krebs" wird in der gesamten vorliegenden Arbeit im umgangssprachlichen Sinne einer malignen Tumorerkrankung verwendet.

Folge und Ausdruck dieses Schockerlebens können auf emotionaler Ebene Angst, Panik und Hilflosigkeit sein, die sich häufig durch motorische Ausdrucksformen äußern. Auch sind dissoziative Zustände, in denen die Integration von Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln aufgehoben ist, möglich. Diese kann sich auch in Form eines veränderten Zeiterlebens darstellen. Zusätzlich können Derealisierungs- oder Depersonalisierungszustände auftreten. Bei Ersterem wird die Situation distanziert wie im Film erlebt und bei Letzterem gewinnt der Betroffene den Eindruck es handele sich nicht um ihn sondern um eine andere Person. Auf körperlicher Ebene kann es zu Zittern, Schweißausbrüchen, einer starken inneren Übererregung und Atemnot kommen.

Infolgedessen lässt sich oftmals ein spezifisches Abwehrverhalten erkennen. So können beispielsweise zwanghafte Intellektualisierung, Verdrängen, Verleugnen oder abwechselnde Idealisierung und Abwertung des Ärzteteams auftreten. Aber auch eine Bagatellisierung oder Affektisolierung der Erkrankung sind möglich. Bei einem zu langen Andauern des Abwehrverhaltens kann es zu einer Schädigung kommen, wenn der Patient zu gesundheitswidrigem Verhalten verleitet wird: z.B. eine persistierende Verleumdung die zu einer fehlenden Krankheitseinsicht führt.

Im weiteren Krankheitsverlauf kommt es nach KOCH et al. (2006) zu einer gesteigerten Trauer, welche als Adaptation an die neuen Gegebenheiten zu verstehen ist. Diese Trauer ist durch den Verlust von Wohlbefinden und körperlicher Unversehrtheit, dem Verlust zukünftiger Lebensperspektiven, einer verminderten Arbeitsfähigkeit und sich in persönlichen Beziehungen einbringen zu können, gekennzeichnet.

KÜBLER-ROSS (1977) beschreibt, den Verarbeitungsprozess einer infausten Prognose betrachtend, fünf Phasen: das *Nicht-wahrhaben-wollen*, die *Phase des Zorns*, das *Verhandeln*, die *depressive Annahme* und schließlich die *Akzeptanz des Sterbens*.

Insgesamt werden die beschriebenen Reaktionen des Einzelnen nach ANGENENDT et al. (2007) durch verschiedene Faktoren beeinflusst. So ist es von Bedeutung ob der Patient schon einmal eine schwere Krisenerfahrung gemacht hat und mit Hilfe welcher Ressourcen er sie bewältigte. Weiterhin ist das soziale Netz, in welches der Patient eingebettet ist, von großer Wichtigkeit. BAIDER et al. (2000) stellen in der Familie die größte Quelle der Unterstützung für krebskranke Patienten fest.

Weiterhin sind die Compliance und das Vertrauen in die medizinische Behandlung und das Behandlungsteam wichtige Einflussgrößen auf die zu erwartenden Reaktionen.

Neben der Auseinandersetzung des Patienten mit seiner onkologischen Erkrankung, muss er die eigene Stellung im ausgeklügelten System Krankenhaus finden. Er hat im Zuge seiner Hospitalisierung nach WILKER et al. (1994) eine Reihe von Verlusten und Restriktionen hinzunehmen. Die Trennung von seiner gewohnten Umgebung und von seinen sozialen Bezügen kann eine *psychosoziale Entwurzelung* zur Folge haben. Darüber hinaus wird die Identität des Patienten umdefiniert und er erfährt in seiner Autonomie mitunter starke Einschränkungen. PHILIPP (2004 a) führt in diesem Zusammenhang die begrenzte Einflussnahme auf die Tagesabläufe oder den Mangel an Rückzugsmöglichkeiten und damit verbunden die Störbarkeit zu jeder Tages- und Nachtzeit auf. Dies führt zu einer relativen Entpersönlichung. Als ein weiterer Punkt ist die tendenzielle Infantilisierung zu nennen, welche durch die von der Institution des Krankenhauses erwarteten Annahme der Krankenrolle des Patienten, der Entpflichtung von gewohnten Aufgaben bei gleichzeitiger Anpassung an die neue Rolle im Krankenhaus gefördert wird. SIEGRIST (1972) spricht in diesem Zusammenhang von einem Verlust der Selbstkontrolle. Diese Restriktionen und Verluste können weitere Probleme für den Patienten bedingen.

Er ist hilfsbedürftig und emotional vom Personal des Krankenhauses abhängig. Seine bestehenden Ängste, wie die Furcht vor dem Fremden, Trennung, Liebesverlust, sinkender Selbstwert, Zukunftsängste; Angst vor Verletzung des Körpers, dem Verlust von Körperfunktionen und Schmerzen. Hinzu kommt die Bedrohung der Integrität in Kombination mit Veränderungen der sozialen Rolle, die diesen Zustand noch verstärken. Auch das Eindringen der Ärzte und Pflegenden in die Intimsphäre des Patienten trägt dazu bei, dass sich der Patient schutzlos ausgeliefert fühlt. In dieser schwierigen emotionalen Lage ist der Kranke von Kommunikationsmöglichkeiten mit Vertrauenspersonen abhängig. Er sieht sich jedoch einer Vielzahl von Fremden gegenüber, mit welchen er nur oberflächlich Kontakt hat.

2.2. Zusammenfassung der Anforderungsschwerpunkte

Die Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung löst körperliche, psychische und soziale Reaktionen im Patienten aus. Fragen nach der Zukunft, dem Erleiden von

Schmerzen, dem sinkenden Selbstwert, der Angst vor dem Verlust von Würde und die Fragen nach Tod und Sterben sind seine stetigen Begleiter. Zum Schutz der Psyche entwickelt er Abwehrmechanismen und Abwehrverhalten. Diese sind vom ursprünglichen Umfeld und den Eigenschaften des Patienten sowie der Arzt-Patienten-Beziehung abhängig. Neben dem Auseinandersetzen mit der Krebsdiagnose muss sich der Erkrankte im Krankenhaus zurechtfinden und den Verlust von Selbstkontrolle und Autonomie hinnehmen. Diesem Bündel an Bewältigungsanforderungen muss er sich stellen und dabei ist er auf die Unterstützung des Personals im Krankenhaus angewiesen.

Auf der Grundlage der beschriebenen Situation des Patienten und der oftmals chronischen Verläufe vieler Krebserkrankungen (HEIM 1997) lassen sich Anforderungen an das Krankenhausteam ableiten. So sollte die Auseinandersetzung mit der psychosozialen Krankheitsbelastungen des Krebskranken in jedem Fall bei der Therapieplanung berücksichtigt werden. Dadurch gewinnen psychoonkologische Betreuungsangebote an Bedeutung. Dies kann z.B. in Form eines begleitenden psychotherapeutischen Angebotes realisiert werden, wobei aber das gesamte Rehabilitationsteam zur psychosozialen Unterstützung des Patienten beitragen sollte (SCHWARZ & GÖTZE 2008).

In der Bewältigung seiner onkologischen Erkrankung wird der Patient vom Krankenhausteam unterstützt und somit kommt der Therapeuten-Patienten-Beziehung eine besondere Bedeutung zu. Neben dem spezifischen psychoonkologischen Angeboten der Krankheitsbewältigung spielen unspezifische quasi-therapeutische Ansätze eine wichtige Rolle. Gemeint sind damit psychosoziale Stützungsangebote, die sich aus der Behandler-Patienten-Beziehung ergeben. Insbesondere kommt dem Arzt-Patienten-Gespräch hierbei eine große Bedeutung zu (TSCHUSCHKE 2006, SCHÜTZE-KREILKAMP & ANGENENDT 2007, HERSCHBACH & HEUßNER 2008). Im Folgenden wird nun auf eine besondere Gesprächssituation zwischen Arzt und Patient eingegangen, die für beide aus jeweils unterschiedlichen Gründen hochbedeutsam ist. Es handelt sich um das ärztliche Visitengespräch am Krankenbett. Es wird aus Kommunikationsgesichtspunkten näher betrachtet.

3. Die Visite – das ärztliche Gespräch am Krankenbett

„Die therapeutische Beziehung des Verhältnisses des Arztes zu seinem Kranken wird am besten verstanden, wenn man es an der Bedeutung misst, die alle menschlichen Beziehungen für die Prägung der Persönlichkeit und für das Befinden haben: Wir werden zu dem, was wir sind, im Zusammenhang mit unseren Beziehungen [...]. Und unser alltägliches Befinden hängt weitgehend davon ab, wie unsere Beziehungen zu anderen sind und wie wir sie uns vorstellen.“ (BLEULER 1983, S. 144). Die therapeutische Beziehung zwischen Arzt und Patienten unterliegt dem stetigen Einfluss des täglichen Visitengesprächs, hier entsteht und verändert sie sich.

Das ärztliche Visitengespräch beschreibt HANNICH (2007) als die Hauptkontaktmöglichkeit zwischen Arzt und Patient. In diesem Kontaktfeld prallen die Wirklichkeit des Arztes und des Patienten aufeinander – jede Partei sieht mit der Visite unterschiedliche Aufgaben und Ziele verbunden.

3.1. Arztperspektive

Der Arzt, welcher sich an den naturwissenschaftlichen Kriterien der Behandlung orientiert, führt eine fachliche Diskussion über Diagnose sowie Diagnose- und Therapiemaßnahmen. Er verschafft sich einen Überblick über die Effekte der Behandlung, den Zustand des Patienten und begibt sich auf die Suche nach möglichen Komplikationen oder Nebenwirkungen der Therapie. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse plant er das weitere Vorgehen und weist Maßnahmen an das Pflegepersonal an. Darüber hinaus werden Informationen an den Patienten vermittelt, um diesem zu helfen seine Erkrankung und diesbezügliche Maßnahmen zu verstehen und auf dieser Grundlage sein Einverständnis/seine Ablehnung für die geplanten Maßnahmen geben zu können. Die Visite ist so ein Ort der Diagnostik, der Informationsvermittlung an den Patienten und der gemeinsamen Entscheidungsfindung (RANDALL & DOWNIE 1996, SCHWEICKHARDT & FRITZSCHE 2009).

Hieran wird deutlich, dass die somatische Behandlung des Patienten in der Regel einen sehr hohen Stellenwert für den Arzt besitzt.

3.2. Patientenperspektive

Für den Patienten ist die ärztliche Visite ein sehr wichtiges Element im Stationsalltag. Er kann konkrete Fragen zu seiner Erkrankung und deren Auswirkung auf sich selbst an einen Fachmann richten.

Während der Anpassung an die neue Situation im Krankenhaus entwickelt der Patient eine erhöhte Sensibilität, um die veränderte Umwelt besser wahrnehmen zu können. Das starke Bedürfnis nach thematisch relevanten Informationen und der egozentrische Wahrnehmungsmodus führen bei den Patienten zu einer gesteigerten Erwartungshaltung bei Anlässen der Informationsaufnahme. Auch während der ärztlichen Visite kann eine solche Erwartungshaltung gegeben sein. Die Frage nach der Bedeutung und Auswirkung der vorhandenen Krankheit auf das eigene Leben ist eine zentrale Frage, auf die sich die Informationssuche des Patienten gründet. Ihn interessiert also weniger die konkrete, oftmals abstrakte Diagnose, als vielmehr die Konsequenz der Erkrankung für ihn selbst (RANDALL & DOWNIE 1996, SCHWEICKHARDT & FRITZSCHE 2009).

Nach GEUE (1993) und HANNICH (2007) bezieht sich das Aufklärungsbedürfnis des Patienten vor allem auf Art und Prognose der Erkrankung und dem damit verbundenen Risiko für Behinderungen und Tod, aber auch auf die erforderlichen diagnostischen Maßnahmen und Behandlungsschritte sowie auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Eine für den Patienten ebenso wichtige Frage ist, wie viel Schmerzen in der nächsten Zeit auf ihn zukommen. Zusätzlich besteht neben dem Bedürfnis nach Aufklärung der Wunsch, sich der Realität des Krankseins anzupassen und Möglichkeiten zu finden, die Situation zu bewältigen. Der Wunsch des Patienten nach einem Maximum an Informationen geht nach GOTTSCHLICH (1998) mit dem Bestreben nach einer positiven emotionalen Beziehung zum behandelnden Arzt einher. „Der Patient sucht in seinem Therapeuten neben dem kundigen Fachmann vor allen Dingen den Menschen, welcher ihn wie ein Lotse durch Krankheit, Diagnostik und Therapie zur Genesung geleitet.“ (KRONES et al. 2006, S. 723)

3.3. Gesprächsmerkmale des Visitengesprächs

Die Unterschiedlichkeit der Erwartungshaltungen auf das Visitengespräch von Arzt und Patient hat einen latenten Konflikt zur Folge. Anhand einer Betrachtung der Gesprächsmerkmale im Visitengespräch lässt sich überprüfen, wie dieser Konflikt gelöst wird.

Im Zuge der Erforschung des Visitengesprächs wurde eine große Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung festgestellt (DÜRHOLOTZ 1993, DECKER 2006). PHILIPP (2004 a) führt folgende Merkmale für diese Asymmetrie an:

- *Unterschiedliche Wissensverteilung*: Der Arzt hat ein größeres Wissen über Diagnose und Therapie als der Patient. Weiterhin weiß der Arzt Fakten über den Erkrankten, die der Patient nicht über den Behandler weiß.
- *Abhängigkeitsgefälle*: Der Hilfe suchende Patient trifft auf einen in Routine handelnden Arzt.
- *Macht*: Der Arzt hat auf Grund seiner medizinischen Kompetenz die Befugnis der Diagnosestellung. Er entscheidet darüber, ob die Beschwerden des Patienten als Krankheit zu sehen sind und ob eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt.
- *Steuerungsmacht über Gespräche*: Der Mediziner kann bestimmen, wann ein Gespräch beginnt und worüber gesprochen wird. Er kann Initiativen des Patienten stattgeben und Gespräche unterbrechen.
- *Zuständigkeit*: Der Arzt trägt für die Erfüllung seines spezifischen Auftrags die Verantwortung.

Wie beschrieben zeichnet sich die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient durch eine unterschiedliche Wissensverteilung aus. Untersuchungsergebnisse von RASPE (1976) und MEREDITH et al. (1996) zeigen, dass das Informationsbedürfnis der Patienten über ihre Erkrankung mit 80-90% sehr hoch ist. Das begründet sich möglicherweise in dem nach READER (1957) und RASPE (1983) erschreckend geringen tatsächlichen Wissen der Patienten über die sie betreffenden medizinischen Belange. Oder es wird bedingt durch entstandene Fragen die durch eine Vorinformierung über das Internet oder Zeitschriften entstanden sind und die einer weiteren Klärung bedürfen (BUCKL 2010).

Stellt der Patient während des Visitengesprächs eine Frage oder versucht eine neue Thematik anzusprechen, so fanden SIEGRIST (1978) und WESTPHALE & KÖHLE (1982) durch die Untersuchung von Visitengesprächen sechs verschiedene Reaktionen auf Patienteninitiativen: *Nichtbeachten*, *Adressatenwechsel*, *Themenwechsel*, *Verschieben*, Äußern von *Unsicherheit* oder das Beantworten der Patientenfragen (*Symmetrie*). Diese Reaktionen können bewusst oder unbewusst erfolgen.

Es wurde weiterhin festgestellt, „[...] dass Ärzte dazu neigen, Fragen von Patienten zurückzuweisen, [...]“ (KÖHLE & RASPE 1982, S. 75). BLIESENER & SIEGRIST

(1981) detektierten darüber hinaus spezifisches ärztliches Verhalten, um Patienteninitiativen vor deren Äußerung zu verhindern. Dies geschieht z.B.: durch das Vermitteln des Eindrucks von Überbeschäftigung oder durch Kontaktvermeidung. Es wird auch beschrieben, dass der Patient am Gespräch beteiligt wird, aber durch eine Vielzahl von Fragen und Untersuchungen in seiner Aufmerksamkeit so gebunden ist, dass er kaum eigene Gedanken fassen und Fragen formulieren kann.

In diesem Sinne stellen LANGEWITZ et al. (2002) fest, dass in einem Visitingespräch der Redefluss des Patienten nach durchschnittlichen 22 Sekunden unterbrochen wird. Lediglich in 28% der von MARVEL et al. (1999) untersuchten Visitingespräche können Patienten ihren ersten Redeanteil beenden.

„Die meiste Zeit geht dadurch verloren, dass wir mit unseren Patienten nicht zu Ende sprechen.“ (GEISLER 1992, S. 274). Insbesondere bei Krebspatienten bestehen nach FALLOWFIELD et al. (2002), KIRK et al. (2004) und HAGERTY et al. (2005) ein hoher Informationsbedarf. WESTPHALE & KÖHLE (1982) erkennen, dass dieses Informationsbedürfnis am ehesten durch den Versuch, aus dem Gespräch der Ärzte bzw. der Ärzte und der Schwestern für ihn relevante Informationen aufzufangen, gestillt wird. Durch den Gebrauch von Fachtermini kommt es dabei häufig zu Fehldeutungen. KURTZ et al. (2005) stellen in Anlehnung an die Arbeit von Bertakis vor, dass lediglich 30% der gegebenen ärztlichen Informationen vom Patienten mit eigenen Worten richtig reproduzierbar sind. Zusammenfassend führen WILKER et al. (1992) das Informationsdefizit des Erkrankten auf Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient zurück.

Auch in Bezug auf das Frageverhalten zeigt sich eine Einseitigkeit des Informationsflusses von Patient zum Arzt. Im klinischen Alltag sind nach KÖHLE & RASPE (1982), LANGEWITZ et al. (2002), WEBER et al. (2007) und PAPSDORF (2008) geschlossene Fragen und Suggestivfragen die am häufigsten genutzten Fragetypen im Visitingespräch. Nach JÄHRIG & KOCH (1982) richtet der Arzt im Durchschnitt sechs Fragen an den Patienten und dieser hingegen stellt nur eine pro Visitingespräch an den Arzt.

Durch die Befragung des Patienten auf Grundlage der Arztperspektive auf die Visite (siehe Kapitel 3.1.), entsteht nach GEISLER (2003) das Bild eines fragmentierten Patienten. Der Fokus liegt klar auf den Einzelbeschwerden des Patienten und blendet dessen Selbstbild und Deutung der Erkrankung weitestgehend aus.

JÄHRIG & KOCH (1982) und SATOR et al. (2008) beschreiben weiterhin eine doppelt so große Arztredezeit im Verhältnis zur Patientenredezeit. So entfallen auf den Arzt von einem 3 1/2 min andauerndem Visitengespräch 2 min Redezeit. Davon nutzt dieser jedoch nur 40 Sekunden im direkten Patientengespräch.

Nach NOTHDURFT (1982) muss ein Gespräch, an dem sich beide Gesprächspartner beteiligen, beobachtbar, durchschaubar und absehbar sein. Diese Qualitäten sind in der Visite oftmals nicht gegeben. Für den Erkrankten besteht die Beobachtbarkeit nicht, wenn die Lautstärke im Gespräch wechselt oder wenn während der Visite über einen anderen Patienten gesprochen wird. Durch das ungleiche Hintergrundwissen von Arzt und Patient entsteht leicht eine Undurchschaubarkeit des Gespräches für den Erkrankten. Auch die Absehbarkeit des Visitengespräches ist eingeschränkt, da dessen Steuerung fast ausschließlich vom Arzt übernommen wird.

Die formalen Muster eines herkömmlichen Visitengespräches wurden durch WEINHOLD (1997) in Anlehnung an Lalouschek zusammengetragen.

- Ärzte übernehmen den aktiven Redepart, Patienten den Reaktiven
- Ärzte beanspruchen quantitativ mehr Redezeit
- Ärzte unterbrechen Initiativen von Patienten häufig, oft noch vor erkennbarem Inhalt
- Häufigster Fragetypus ist die geschlossene Frage

Die Ergebnisse der Visitenforschung zusammenfassend, kann festgehalten werden, dass sich die Arztperspektive gegenüber der Patientenperspektive durchsetzt. Eine solche Form der Visitenführung hat zur Folge, dass sich der Patient wenig einbezogen fühlt, einen niedrigen Motivationsgrad zur Mitarbeit entwickelt und die Kooperation mit dem Behandlungsteam eingeschränkt ist.

3.4. Ansätze zur Förderung des Patienteneinbezugs

Um die Patientenperspektive im Visitengespräch stärker zu berücksichtigen und das Ziel einer gestärkten Compliance mit den Folgen eines schnelleren und besseren Behandlungsergebnisses zu fördern, müssten die folgenden Gesprächstechniken angewandt werden: eine Begrüßung des Patienten mit Händedruck (GEISLER 1989), das Ansprechen des Patienten mit seinem Namen (KUTSCHER & SEßLER

2006), das Vorstellen des Arztes mit Name und Funktion (GEISLER 1989, ENGELHARDT 1999) und eine gut verständliche Sprache, wobei Gesprächsstörer wie für den medizinischen Laien unverständliche Fachausdrücke oder Abkürzungen zu vermeiden sind (PHILIPP 2004 a, FRANCK & STARY 2009). Um krankheitsrelevante Informationen zu sammeln, den Gesamtkontext, in dem sich der Erkrankte befindet, zu erkennen und dem Erkrankten das Gefühl des Verstandenwerdens zu vermitteln, sollte das *Trichterprinzip* angewandt werden (KUTSCHER & SEßLER 2006). Hierbei wird das Gespräch mit patientengeleiteten offenen Fragen begonnen, um sich dann, wie bei einem Trichter immer mehr zu geschlossenen Fragen hin zu verjüngen. ARBORELIUS (1991) und MAIN et al. (2010) unterstreichen die Wichtigkeit, Gründe und Erwartungen des Patienten an ein Arzt-Patienten-Gespräch zu erkennen, um so Kommunikationsprobleme zu vermeiden. Das Gespräch sollte also mit einer offenen Frage begonnen werden und der Patient in seinen Ausführungen nicht unterbrochen werden (PHILIPP 2004 a und KURTZ et al. 2005). „One of the most important resources health care providers can give patients is information that adequately addresses the patient’s health, informational, and emotional needs.” (GREEN & BURLESON 2003, S. 910). Beim Vermitteln von Informationen, die die Patientenperspektive berücksichtigen, sollte regelmäßig überprüft werden, ob der Patient die Informationen verstanden und Fragen an den Arzt hat (GREEN & BURLESON 2003). Darüber hinaus sollten Gesprächstechniken wie das *aktive Zuhören* und das *Paraphrasieren* angewandt und eine zugewandte Körperhaltung eingenommen werden. Weiterhin wichtig sind: das Erkennen und Benennen von Patientenproblemen (UEXKÜLL & WESIACK 1998, SILVERMAN et al. 2005), kurze inhaltliche Zusammenfassungen, das Vermitteln von emotionaler Wärme (AUE et al. 1995), das übereinstimmen von verbaler und non-verbaler Kommunikation, die Möglichkeit Gefühle zu äußern (GOTTSCHLICH 1998) und ein empathisches Eingehen auf geäußerte Patientengefühle. Die zwischenmenschliche Qualität des therapeutischen Kontaktes wird nach GEUE (1993) ganz wesentlich auf der nonverbalen Ebene entschieden. So ist eine *Synchronisation der eigenen Körpersprache mit der des Gegenübers* ebenfalls von großer Bedeutung. Beim Auftreten von Kommunikationsproblemen kann die Anwendung von *Metakommunikation* helfen, also das Kommunizieren über die stattfindende Kommunikation.

In der Literatur lassen sich die folgenden Belege für die Effekte der Anwendung der genannten Gesprächstechniken finden: Die innergesprächliche Isolation und die Ängste und Unsicherheiten des Patienten werden reduziert (GAISSER & STAMATIADIS-SMIDT 2004, ST.PIERRE et al. 2005), das Gespräch wird einfacher (GROSS & LÖFFLER 1997) und es kommt zu realistischeren Einschätzungen der Patienten von Therapiemöglichkeiten (RASPE 1979). Die Kooperation des Erkrankten wird verbessert (PHILIPP 2004 b) und seine Behandlungsmotivation steigt (KATON et al. 1999, SCHEIBLER et al. 2005). Daraus folgt, dass sich die Compliance, die Patienten- und die Arztzufriedenheit verbessern (RASPE 1979, SCHULMAN 1979, SHILLING 2003, GREEN & BURLESON 2003, GRIFFITH et al. 2003, LANGEWITZ et al. 2004, KURTZ et al. 2005, LOH et al. 2007, ROCKENBAUCH et al. 2010). Dies wiederum führt zu einer Reduktion der Symptome und zu einem verbesserten Outcome (LITTLE et al. 1997, GREEN & BURLESON 2003). Für das behandelnde Krankenhaus lässt sich so eine Kostenreduktion und die Abnahme von Regressforderungen feststellen (AHRENS 2003, DAVISON 2003). Darüber hinaus gewinnt im Rahmen der zunehmenden Privatisierung von Kliniken die Zufriedenheit der Patienten immer mehr an Bedeutung (BARTH 1999), denn zufriedene Patienten sind die besten Werbeträger für ein Klinikum.

Ansatzweise versuchte UEXKÜLL (1981) die Problematik der einseitigen Bearbeitung der Arztperspektive im Visitengespräch und deren Folgen durch eine Strukturänderung zu lösen. So entwickelte er an der Ulmer Universität ein Visitenmodell für die internistisch-psykosomatische Krankenversorgung. Dies versucht die Asymmetrie zwischen Arzt- und Patientenbelangen abzubauen, indem es die ärztliche Diskussion über Befunde und das weitere mögliche Vorgehen aus dem Patientenzimmer verbannt. Das Resultat dessen ist eine Vorbesprechung unter Sichtung der Akten und Befunde. Im Anschluss an die Vorbesprechung kommt nun das Visitengespräch im herkömmlichen Sinne. Durch die Aufteilung in einen patientenzentrierten und einen arztzentrierten Gesprächsteil entfallen unerfreuliche Überschneidungen, wie die ärztliche Diskussion am Patientenbett über das richtige Antibiotikum bei der Infektion X, Y, die sich der Patient zugezogen hat. In einer solchen fachlichen Diskussion wäre der Patient völlig außen vor, ja geradezu isoliert. Durch das Verschieben dieser Diskussion vor das Patientenzimmer wird die innergesprächliche Isolation des Patienten aufgehoben. Nach Verlassen des Patientenzimmers kann die Visite dokumentiert

und es können gegebenenfalls ärztliche Anweisungen bezüglich Pflege, Diagnostik und Therapie festgeschrieben werden.

In der praktischen Anwendung hat sich das Ulmer Modell vor allem auf internistischen Stationen durchgesetzt.

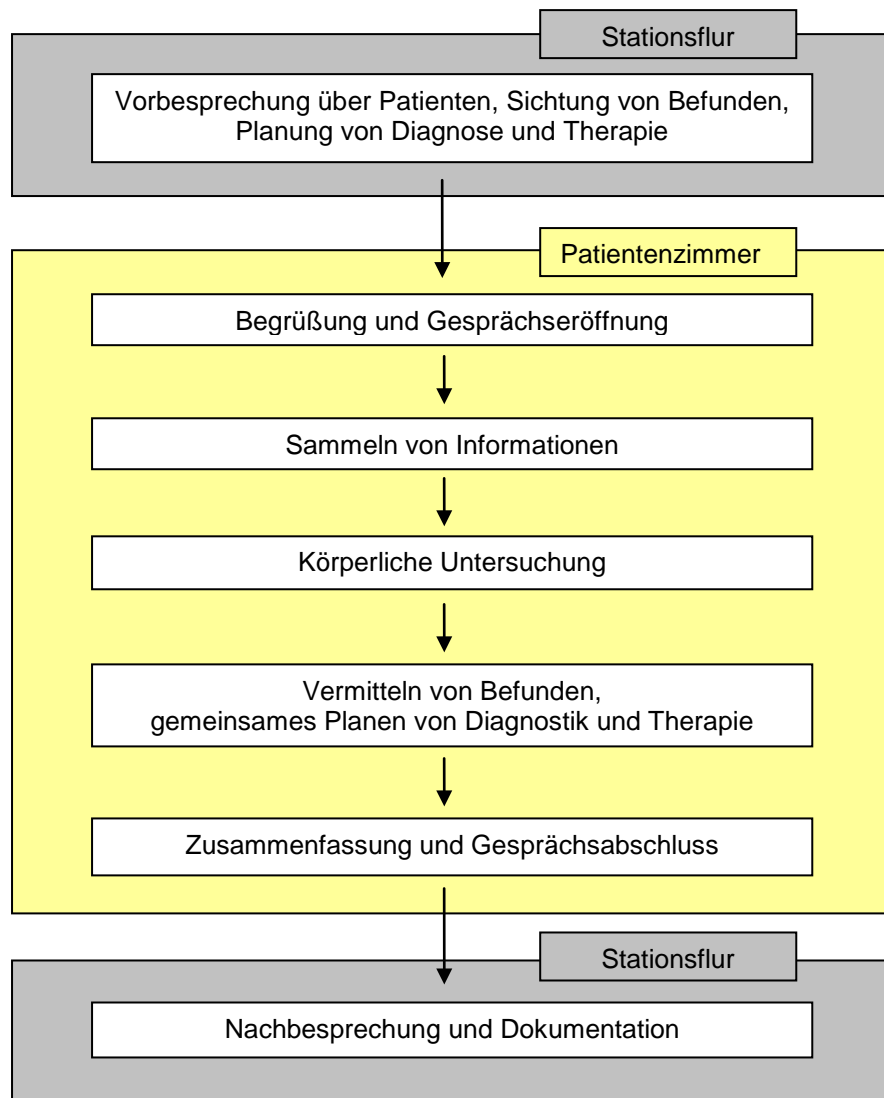


Abbildung 1: Ulmer Modell der Visitenführung

3.5. Zusammenfassung

In der Diskussion, wie es um das Visitengespräch steht, finden BLIESENER & KÖHLE (1986) drastische Worte. Sie bezeichnen die traditionelle Visite als einen *verhinderten Dialog* und nehmen damit auf eine sehr einseitige Bearbeitung der ärztlichen Ziele im Visitengespräch Bezug. In der Literatur werden ein großes Informationsdefizit auf Patientenseite und insgesamt eine starke Asymmetrie zwischen Arzt und Patient festgestellt. Patienteninitiativen werden häufig nicht gefördert oder be-

reits von vornherein verhindert. Weiterhin ist durch den vermehrten Gebrauch von Fachtermini die Verständlichkeit des Arzt-Patienten-Gesprächs beeinträchtigt.

Die Studienlage zeigt auch, dass Visitengesprächen mit einer stärkeren Berücksichtigung der Patientenperspektive herkömmlichen Visiten in ihrer Wirkung überlegen sind. Die Patienten werden im Schnitt schneller gesund, sind zufriedener, haben eine kürzere Krankenhausliegedauer und verursachen somit weniger Kosten für das Krankenhaus. Folglich müssten die vorgestellten Gesprächstechniken aufgrund ihrer Wirksamkeit bevorzugt eingesetzt werden.

Insgesamt weist das Arzt-Patienten-Gespräch nach MÖLLER et al. (2001) neben diagnostisch-explorativen und begleitend-beratenden Aspekten auch eine helfende und heilende Komponente auf. Wenn sich der Arzt seiner Wirksamkeit als Wirkstoff (im Sinne der *Droge Arzt* nach BALINT 1957) bewusst ist und sich selbst in wirksamen Dosen einzusetzen weiß, dann sind viele positive Effekte erzielbar, die alleinig mit Medikamenten nicht in diesem Maße zu erreichen sind.

4. Untersuchungsfragen

Der latente Konfliktgehalt zwischen Arzt und Patient in der Visite zugrundegelegt (siehe Kapitel 3.3.), stellt sich nun die Frage wie dieser Konflikt im Konkreten gelöst wird. Dies kann durch eine Untersuchung von arzt- und patientenzentrierten Gesprächsmerkmalen und dem Verhältnis von arzt- und patientenbezogenen Aussagen erfolgen. Eine Visite, die idealerweise ausgewogene Arzt- und Patientenmerkmale enthält, kann als geglückte Visite bezeichnet werden, wenn sie die unterschiedlichen Perspektiven von Arzt und Patient angemessen berücksichtigt. Im Zentrum des Untersuchungsinteresses steht die Frage, in welchem Ausmaß die Einbeziehung sowohl der Arzt- als auch der Patientenperspektive in die Visitengestaltung gelingt. Dies soll am Beispiel der Visite auf einer hämatologisch-onkologischen Station näher untersucht werden. Als Unterfragen dazu ergeben sich:

1. Durch welche Gesprächsmerkmale lässt sich das Arzt-Patienten-Gespräch am Krankenbett charakterisieren?
 - in formal-quantitativer Hinsicht
 - in qualitativer Hinsicht
2. Wie zufrieden sind die Patienten mit den durchgeführten Visitengesprächen?
3. Sind Patientenfaktoren, Rahmenbedingungen, Arztfaktoren oder Gesprächsmerkmale als Ursache für Unterschiede in den qualitativen Visiteneigenschaften ableitbar?

5. Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Untersuchungsfragen wurde ein Studienplan entwickelt. Dieser wird nun im Folgenden vorgestellt.

5.1. Untersuchungsrahmen

Die Untersuchung fand in der Klinik für Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Greifswald statt. Auf der Station befinden sich Ein- und Zweibettzimmer.

Die tägliche Visite fand im Zeitraum von 8.30 Uhr bis 11.45 Uhr statt. Nach Abschluss der Vorbereitungen auf dem Flur wurde das jeweilige Visitengespräch im Patientenzimmer geführt. Anschließend wurden vor der Zimmertür etwaige Befunde und Anordnungen in die Akten notiert.

5.2. Untersuchungsgruppe

5.2.1. Ärztliches Personal

Das in die Untersuchung einbezogene ärztliche Personal bestand ausschließlich aus Ärzten in der Facharztausbildung (Assistenzärzte). Die Chefarztvisite sowie Visitengespräche der Oberärzte wurden nicht aufgezeichnet. Dadurch sollte ein möglichst alltäglicher Eindruck der Arzt-Patientengespräche gewonnen werden, da der größte Teil der im Krankenhaus durchgeführten Visitengespräche von Assistenzärzten geführt wird. Die untersuchten Gespräche wurden von zwei Assistenzärztinnen (30% der Gespräche) und drei Assistenzärzten (70% der Gespräche) geführt. Auf eine Erhebung spezieller Arztparameter wurde verzichtet, um deren Anonymität zu wahren. Arzt 1 führte 16 (32%) und Arzt 2 11 (22%) der 50 aufgezeichneten Visitengespräche. Die übrigen 23 Gespräche wurden von den Ärzten 3 (8 Gespräche), 4 (6 Gespräche) und 5 (9 Gespräche) gehalten.

5.2.2. Patienten

Die analysierten Visitengespräche stammen von 50 unterschiedlichen Patienten der Klinik für Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Greifswald, wobei Patienten mit sehr stark eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten von der Untersuchung ausgeschlossen blieben.

Insgesamt wurden 59 Patienten um ihr Einverständnis einer Studienteilnahme gebeten. Neun Patienten gaben ihr Einverständnis nicht. Sechs davon waren Männer und

drei Frauen. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme wurden die folgenden Punkte angeführt:

- Ein Patient äußerte, dass er wegen seines Alters manchmal Phasen habe, in denen er geistig nicht mehr ganz fit sei und deswegen lieber nicht möchte, dass die Gespräche aufgezeichnet würden.
- Drei Patienten wiesen auf ihre baldige Entlassung hin und lehnten ab.
- Eine Patientin fühlte sich körperlich zu krank und zu erschöpft, die Belastung durch den Fragebogen wäre ihr zu viel.
- Einer Patientin fiel das Sprechen subjektiv zu schwer und sie lehnte ab.
- Ein Patient, bei welchem ein Rezidiv einer bösartigen Tumorerkrankung diagnostiziert wurde, lehnte mit folgenden Worten ab: „Es ist nicht gegen sie, aber ich muss erst mal selber mit mir klar kommen.“.
- Die weiteren Patienten gaben keine Gründe an.

In die Stichprobe wurden 50 Patienten einbezogen. Darunter waren 33 Frauen und 17 Männer. Das Durchschnittsalter der Untersuchten betrug 58,1 Jahre, wobei die Frauen im Schnitt ein Alter von 61,73 Jahren und die Männer von 51,06 Jahren aufwiesen.

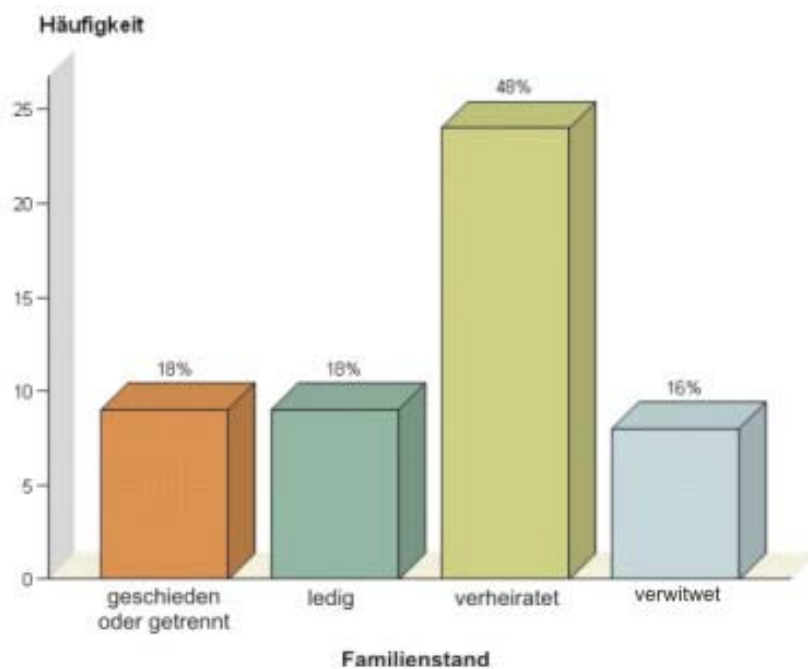


Abbildung 2: Familienstand

Abbildung 2 zeigt den Familienstand der Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung. Nahezu die Hälfte aller Patienten war verheiratet (48%) und alle weiteren Patienten verteilten sich zu gleichen Teilen auf die Kategorien geschieden oder getrennt, ledig und verwitwet. Die Kategorisierung des Wohnortes des Untersuchungskollektives erfolgte in Anlehnung an die EUROSTAT-KLASSIFIKATION (2010) der Gebiete. Es zeigte sich, dass nur 24% der Patienten in dicht besiedelten Gebieten wohnhaft waren. Dem gegenüber standen 76% aus dünn besiedelten Regionen.

Die INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION (1989) entwickelte internationale Richtlinien, welche eine reliable Einteilung von verschiedenen Berufen und Schulabschlüssen in „skill levels“ ermöglichen. Diesen „skill levels“ ordnet ISCO-88 einzelne Berufsgruppen zu. Anhand der Patientenangaben zum Schulabschluss und zur Berufsausbildung ist das jeweilige „skill level“ ermittelt worden. 78% der Untersuchungsgruppe gehörten dem „skill level“ 2 (z.B. Facharbeiter), 18% dem „skill level“ 3 (z.B. Berufe mit Fachhochschulabschluss) und 4% dem höchsten Level - dem „skill level“ 4 (z.B. Berufe mit Universitätsabschluss) an. Weitere Angaben zur Schulbildung und zum Berufsabschluss finden sich im Anhang VIII.

Von der Patientenstichprobe wiesen 96% eine onkologische Erkrankung auf und lediglich 4% litten an einer hämatologischen nicht-onkologischen Erkrankung. Auffallend ist, dass über die Hälfte der Patienten (58%) an Non-Hodgkin-Lymphomen, Tumoren der Lunge oder an einer Leukämie erkrankt waren. Die genaue Krankheitsverteilung ist in Abbildung 3 dargestellt.

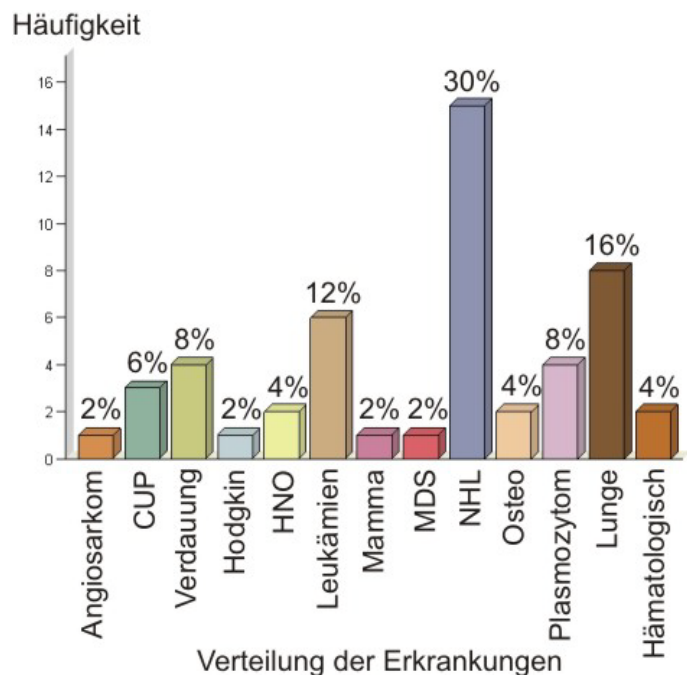


Abbildung 3: Erkrankungen

Legende: CUP = Cancer of unknown primacy, Verdauung = Tumoren des Verdauungssystems, Hodgkin = Hodgkin-Lymphome, HNO = Tumoren der Hals-Nasen-Ohren Region, Mamma = Tumoren der Brust, MDS = Myelodysplastisches Syndrome, NHL = Non-Hodgkin-Lymphome, Osteo = Knochentumoren, Lunge = Tumoren der Lunge, Hämatologisch = andere hämatologische Erkrankungen

Bei 7 Patienten (14%) handelte es sich bei der Haupterkrankung um ein onkologisches Rezidiv, 41 Patienten (82%) litten an einer bösartigen Ersterkrankung und lediglich 2 Patienten (4%) wiesen eine hämatologische Erkrankung auf.

Der Therapieansatz war bei 25 Patienten (50%) palliativ, bei 20 (40%) kurativ und bei 5 Patienten (10%) war er unklar oder sie litten an einer hämatologischen Erkrankung. Die Anzahl der Nebendiagnosen reichte von 0 bis 10 und lag im Durchschnitt bei 3,78 Nebendiagnosen pro Patient.

5.3. Ablauf der Untersuchung

Nach dem Einholen des Votums der Ethikkommission erfolgte die Datenerhebung durch eine teilnehmende Beobachtung. Sie setzt voraus, dass die folgenden Schritte berücksichtigt wurden:

5.3.1. „Warming up“ – Phase

Zur Gewöhnung des Personals an die Tonbandaufnahmen der Visitengespräche begleitete der Untersucher drei Wochen lang die Visite, ohne diese aufzuzeichnen. Im Anschluss daran wurden über einen Zeitraum von zwei Wochen Visitengespräche aufgezeichnet, um die Ärzte daran zu gewöhnen. Durch das Mitarbeiten auf der Station gelang es, von den Ärzten primär nicht als Untersucher der Visite, sondern als Visitenteilnehmer im Sinne eines Praktikanten wahrgenommen zu werden.

Im Rahmen der „warming up“ - Phase wurde das Einverständnis der Ärzte nach einem Aufklärungsgespräch eingeholt (siehe Anhang I) und mittels Unterschrift festgehalten.

5.3.2. Erhebungsphase

Die Aufzeichnung eines Visitengesprächs erfolgte, wenn ein neuer, bisher noch nicht in die Studie eingeschlossener Patient nach dem Aufklärungsgespräch sein Einverständnis für die Teilnahme an der Untersuchung gegeben und dies mit seiner Unterschrift bestätigt hatte (siehe Anhang II). Durch unterschiedlich lange Liegezeiten der Patienten konnte es vorkommen, dass von bestimmten Patienten mehrere Visitengespräche aufgezeichnet worden waren. In einem solchen Fall wurde stets das zuerst aufgenommene Visitengespräch zur Analyse herangezogen.

Um den Beobachtungseinfluss zu reduzieren, wussten die visitierenden Ärzte nicht, welche Gespräche aufgezeichnet wurden. Die Aufzeichnung der Visitengespräche

erfolgte mit Hilfe des Aufnahmegerätes: Olympus, WS-200S, Digital Voice Recorder, das der Untersucher in der Kitteltasche trug. Eine aktive Teilnahme am Gespräch wurde vermieden, um eine Verfälschung der Ergebnisse zu verhindern. Im Anschluss an das Gespräch machte sich der Beobachter auf dem Flur Notizen zu besonderen Vorkommnissen, zu teilnehmenden Personen und eventuellen Störungen.

Nach Abschluss der morgendlichen Visite wurden die Patienten durch den Untersucher gebeten, den modifizierten Fragebogen „Das Arzt-Patientengespräch“, (auf Grundlage von PAPSDORF 2008) auszufüllen. Wurde Hilfe beim Ausfüllen gewünscht, so wurden dem Patienten die Fragen vorgelesen und nach seinen Angaben angekreuzt. Dies geschah stets in Abwesenheit der Assistenzärzte, da diese nach der Visite ihren weiteren Aufgaben nachgingen. Im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens wurden die Patienten nach Anregungen für eine Verbesserung der Visitenengespräche befragt. Die Antworten wurden mit auf dem Fragebogen notiert. Abschließend wurden weitere patientenspezifische Informationen durch eine direkte Einsichtnahme in die Patientenakten erhoben (siehe Anhang III).

5.3.3. Transkriptionsphase

Die Gespräche wurden möglichst zeitnah zu ihrer Aufzeichnung durch die wörtliche Wiedergabe des Gespräches (Verbatim-Protokoll) verschriftlicht. Dabei diente das Transkriptionsschema im Anhang IV als Grundlage. Die Transkription erfolgte durch den Untersucher selbst.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden mit dem beschriebenen Ablauf 50 Visitenengespräche zwischen dem 14. Juli und 13. August 2008 aufgezeichnet und transkribiert.

5.4. Untersuchungsinstrumente

5.4.1. Formal-quantitatives Analyseinstrument

Für die Gesprächsanalyse wurde das Visitenanalyseinstrument (PAPSDORF 2008) eingesetzt. Es erfasst die formal-quantitativen Merkmale des Visitengesprächs und zeichnet sich teststatistisch durch ein hohes Maß an Reliabilität aus (Korrelationskoeffizient der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson zwischen $r=1$ und $r=0,956$ nach PAPSDORF 2008). Das Instrument wurde auf die Anwendung der vorliegenden Fragestellung und die weiteren Analyseinstrumente modifiziert.

Es fanden dabei die folgende Parameter Beachtung:

1. Der formale Rahmen des Visitengesprächs

Hierzu wurden erfasst:

o Dauer:

- *des gesamten Visitengesprächs*
- *des Arzt-Patienten-Gesprächs*

Dies meint Gesprächsteile in denen Arzt und Patient ein Zwiesgespräch hielten.

- *des personalinternen Gesprächs*

Hierunter wurden Gesprächsabschnitte verstanden, in denen sich die Ärzte untereinander oder mit dem Pflegepersonal unterhielten und so der Patient nicht direkt beteiligt war.

- *der Untersuchungsphase*
- *der Gesprächspausen*

o Status und Anzahl der Teilnehmer

Unterteilt wurde in Assistenzarzt, Pflegepersonal, Student und den Untersucher. Die Patienten wurden nicht in die Anzahl der Teilnehmer eingerechnet.

o Häufigkeit und Art der Gesprächsstörungen

Als Gesprächsstörung wurden Handlung und Geräusche gewertet, die den Gesprächsverlauf störten.

2. Aktivität der Gesprächsteilnehmer und die Gesprächsrichtung

Zur Beschreibung der Beteiligung der Gesprächsteilnehmer am Visitenverlauf wurden getrennt für die jeweiligen Personen die folgenden Kriterien herangezogen.

o Anzahl der gesprochenen Wörter

o Anzahl der Initiativen

Als Initiative wurde eine zeitlich und inhaltlich geschlossene Sprachhandlung gewertet, die dem Gespräch eine neue Richtung gab. Gemeint sind damit Aufforderungen, Fragen und Gesprächseröffnungen oder -beendigungen.

o Anzahl der Fragen²

o Anzahl der Responsiven

² Der Zustimmung erheischende Appendix „Ne?“ wurde nicht als Frage gewertet.

Responsiven wurden als durch Initiativen hervorgerufene Sprachhandlungen verstanden, z.B. Antworten auf gestellte Fragen.

o Anzahl der paraverbalen Äußerungen

Hierunter wurden Äußerungen, die nicht als Wort bezeichnet werden konnten, subsumiert, wie z.B. „hm“, „äh“ oder „oh“.

3. Verständlichkeit des visitierenden Arztes im direkten Patientengespräch und im personalinternen Gespräch

o Anzahl genannter und erklärter Fachtermini

o einfacher versus komplexer Satzbau

Erfasst wurde die Anzahl von Einfachsätzen (Subjekt, Prädikat, ggf. Objekt) und von komplexen Satzgefügen (Satzschachtelungen).

o Art des Satzes

- *Häufigkeit von vollständigen Sätzen*
- *Häufigkeit von unvollständigen Sätzen*
- *Häufigkeit von Einwortsätzen*
- *Häufigkeit von Satzabbrüchen*
- *Häufigkeit von Ellipsen*

Gemeint sind unvollständige Sätze, die ohne ein gemeinsames Hintergrundwissen nicht verständlich sind.

o Häufigkeit von Beitragsüberlappungen

4. Informationsvermittlung an den Patienten

o Anzahl der vermittelten Informationen

o Häufigkeit der initiativ vermittelten Informationen

Hier gab der Arzt die Information von sich aus an den Patienten weiter.

o Häufigkeit der reaktiv vermittelten Informationen

Durch die Nachfrage des Patienten wurde eine Informierung durch den Arzt ausgelöst.

o Häufigkeit der implizit vermittelten Informationen

Als Außenstehender musste sich der Patient die Informationen aus einem personalinternen Gesprächsabschnitt erschließen.

5. Frage- und Antwortverhalten des visitierenden Personals

o Form der Fragen an den Patienten

- *Häufigkeit offener Fragen*
- *Häufigkeit geschlossener Fragen*
- *Häufigkeit von Suggestivfragen*
- *Häufigkeit von Katalogfragen*

o Kategorisierung des Antwortverhaltens des Patienten

Die Reaktion der Patienten auf ärztliche Fragen eines Gesprächs wurde in *situationsbezogen*, *mäßig situationsbezogen* oder *inadäquat* kategorisiert. Bei Letzterem brachte der Patient andere Gesprächsinhalte ein oder verstand nicht, was gesagt wurde.

o Häufigkeit von krankheitsrelevanten Fragen des Patienten

o Reaktion auf krankheitsrelevante Fragen des Patienten

- *Häufigkeit von Nichtbeachten der Frage*
- *Häufigkeit eines Adressatenwechsels*
- *Häufigkeit einer Verschiebung der Frage*

Sie lag vor, wenn der Arzt die Patienteninitiative umdeutete und seine Antwort auf beispielsweise nebensächliche Aspekte verschob.

- *Häufigkeit geäußerter Unsicherheit*
- *Häufigkeit symmetrischen Eingehens*

Dies lag vor wenn der Arzt sich bemühte, die Patientenfrage nach seinem besten Wissen zu beantworten.

Um die testtheoretische Reliabilität des Analyseinstrumentes zu überprüfen, wurden drei unabhängige Rater gebeten, stichprobenartig Visitengespräche an Hand der vorgestellten Kriterien auszuwerten. Nach der Vorstellung des quantitativen Analyseinstrumentes durch den Doktoranden begannen zwei MedizinstudentInnen sowie eine Kommunikations- und Medienwissenschaftlerin stichprobenartig Visitengespräche auszuwerten. Über diesen Weg wurden vier Visitengespräche von allen Ratern mit Hilfe des vorgestellten Analyseinstrumentes ausgewertet.

Das *gewichtete Kappa* der Interraterreliabilität ergab im Median einen Wert von 0,9468, wobei das Minimum der vier untersuchten Gespräche bei 0,9073 und das Maximum bei 0,9682 lag. ROBSON 1993 schätzt Kappawerte zwischen 0,4 bis 0,6 als befriedigend, 0,6 bis 0,75 als gut und über 0,75 als ausgezeichnet ein. Demnach

ist das *gewichtete Kappa* von 0,9478 als ausgezeichnet zu bewerten. Somit bestätigt sich das hohe Maß an Reliabilität, welches auf der Grundlage der Analyse von PAPSDORF (2008) vermutet wurde.

5.4.2. Qualitatives Analyseinstrument

Als Grundlage für die qualitative Analyse der aufgezeichneten Visitengespräche diente der Calgary-Cambridge Leitfaden für das medizinische Interview nach KURTZ et al. (2005), welcher von C. Nolte, A. Simmenroth-Nayda, T. Fischer und W. Himmel der Abteilung Allgemeinmedizin der Georg-August-Universität Göttingen übersetzt und redaktionell bearbeitet wurde.

KURTZ et al. (2005) gehen davon aus, dass jedes medizinische Interview folgender Struktur folgt:

1. *Eröffnung des Gesprächs*
2. *Sammeln von Informationen*
3. *Körperliche Untersuchung*
4. *Vermittlung von Befunden und Planung des weiteren Vorgehens*
5. *Gesprächsabschluss*

Für diese fünf Phasen wurden patientenbezogene Verhaltensmerkmale formuliert, deren Umsetzungsgrad die Qualität des Gesprächsverlaufs bestimmt (phasenspezifische Qualitätsmerkmale). Gleichermäßen erfasst das Instrument das Ausmaß der patientenzentrierten Haltung über alle Gesprächsphasen hinweg (phasenübergreifende Qualitätsmerkmale). Eine genaue Darstellung der Analyseitems findet sich in Anhang VI.

Der modifizierte Fragebogen des Calgary-Cambridge Leitfadens für das medizinische Interview (siehe Anhang VII) enthält neun Analyseeinheiten zur Einschätzung des Ausprägungsgrads qualitativer Merkmale. Die Skalierung weist zwei verschiedene Bewertungsarten auf. Eine Ordinalskala mit den Auswahlmöglichkeiten: „trifft zu“, „trifft in Ansätzen zu“ und „trifft nicht zu“ und eine Ja/Nein-Auswahl. Bei jedem der Fragetypen konnte jeweils nur ein Feld angekreuzt werden.

Alle 50 Visitengespräche wurden durch den Doktoranden anhand des vorgestellten Analyseinstrumentes ausgewertet. Zuvor wurden jedoch 10% der Visitengespräche durch acht Rater unabhängig voneinander eingeschätzt. Anhand dieser Auswertung wurde so die Interraterreliabilität errechnet. Die Gruppe der acht Rater bestand aus drei PsychologiestudentInnen, zwei PharmaziestudentInnen, einer Lehramtsstudentin, einer Theologiestudentin und einem Medizinstudenten. Das *gewichtete Kappa* ergab im Median einen Wert von 0,55 wobei das Minimum der fünf untersuchten Gespräche bei 0,22 und das Maximum bei 0,83 lag. Gemäß ROBSON (1993) kann der mediane Kappawert von 0,55 als befriedigend bewertet werden.

5.4.3. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit der erlebten Visite

Zur Erhebung der Patientenzufriedenheit über die erlebte Visite wurde der Fragebogen „Das Arzt-Patientengespräch“, welcher von PAPSDORF (2008) entwickelt wurde, genutzt (siehe Anhang V).

Zu Beginn des Fragebogens wurden soziale Daten erfragt und bei der anschließenden subjektiven Bewertung des Visitengesprächs in vier Themenschwerpunkte unterschieden:

- o Rahmenbedingungen des Visitengesprächs (Fragen 1 bis 3)*
- o Verständlichkeit (Fragen 4 bis 6)*
- o Einschätzung der patienteneigenen Gesprächsposition (Fragen 7 bis 9)*
- o Stellenwert der Visite/Zufriedenheit (Fragen 10 bis 12)*

Am Ende des Fragebogens bot ein freies Feld die Gelegenheit zusätzliche Gedanken in eigenen Worten zu äußern.

Nach Abschluss der gesamten Visite wurde den Patienten der Fragebogen ausgehändigt. Je nach individuellen Gegebenheiten wurden die Bögen selbständig oder unter Hilfestellung ausgefüllt. Gründe für eine benötigte Hilfestellung waren Einschränkungen der Beweglichkeit der Arme oder Hände, Einschränkungen in Kognition, Lese- oder Sehvermögen.

5.5. Auswertung der Ergebnisse

Die durch die Untersuchung gewonnenen Daten wurden mit Hilfe des Programmes SAS Enterprise Guide 4.0 statistisch ausgewertet und in Grafiken festgehalten. Zum Erstellen von Tabellen und weiteren Grafiken wurde Microsoft Excel 2002 und Microsoft Word 2002 genutzt.

Zur Untersuchung von Korrelationen wurde der exakte Fisher Test genutzt, da, bedingt durch die Stichprobengröße, die Erwartungswerte der Vierfeldertafeln einen Wert von unter fünf annehmen konnten.

6. Ergebnisse

6.1. Ausprägungsgrad der formal-quantitativen Gesprächsmerkmale

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung werden die formal-quantitativen Daten vorgestellt, die mit Hilfe des unter Kapitel 5.4.1. beschriebenen Analyseinstrumentes erhoben wurden.

6.1.1. Dauer der Visitengespräche

In Tabelle 4 wird die Dauer der untersuchten Visitengespräche dargestellt. Ein Visitengespräch dauerte im Durchschnitt 3,57min, wobei mit 80% der Zeit der größte Teil auf das reine Arzt-Patienten-Gespräch entfiel. Die körperliche Untersuchung war mit durchschnittlich 21sec und personalinterne Gesprächsteile mit 15sec hingegen kaum repräsentiert.

	Durchschnitt [min, sec]	Minimum [min, sec]	Maximum [min, sec]
Dauer der Visitengespräche	3,57	0,45	10,22
Dauer des personalinternen Gesprächsteils	0,15	0,00	1,37
Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs	3,08	0,39	9,53
Dauer der körperlichen Untersuchung	0,21	0,00	2,55
Dauer der Gesprächspausen	0,13	0,01	0,51

Tabelle 4: Dauer der Gesprächsteile

6.1.2. Teilnehmer der Visitengespräche

In den untersuchten Visitengesprächen nahmen im Durchschnitt 3,96 Personen teil, wobei die minimale und maximale Teilnehmerzahl³ bei 2 und 7 lag (siehe Abbildung 4). An den Gesprächen waren in der Regel zwei Ärzte, eine Schwester und sporadisch ein Student beteiligt (und der Untersucher). In Tabelle 5 wird die Anzahl der Visitenteilnehmer in ihre Funktion im Krankenhaus aufgeschlüsselt.

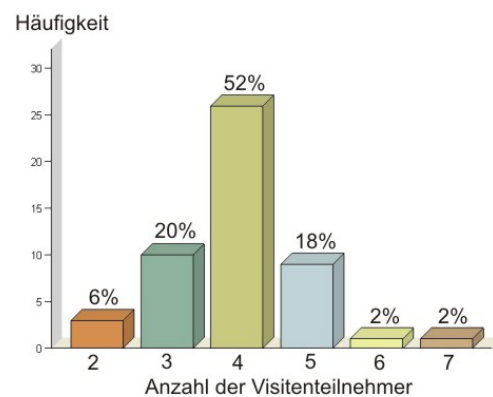


Abbildung 4: Anzahl der Visitenteilnehmer

³ Die Teilnehmeranzahl bezieht den/die Patienten nicht mit ein, zählt jedoch den Untersucher mit.

Anzahl der Teilnehmer	Anzahl der Gespräche	Anteil der Gespräche
1 Arzt	9	18%
2 Ärzte	29	58%
3 Ärzte	12	24%
1 Pflegepersonal	36	72%
2 Pflegepersonal	1	2%
1 Student	6	12%
2 Studenten	1	2%

Tabelle 5: Teilnehmer am Visitengespräch

6.1.3. Gesprächsaktivität

Insgesamt wurden durchschnittlich 594 Wörter pro Visitengespräch gesprochen, davon wurden 382 an den Patienten, 200 an den Arzt und lediglich 10 an das Pflegepersonal gerichtet (siehe Tabelle 6).

Form der Gesprächsaktivität		Durchschnitt
Wörter pro Visitengespräch		593,98
Wörter	an Patienten gerichtet	381,98
Wörter	an Arzt gerichtet	200,46
Wörter	an Schwester gerichtet	9,92

Tabelle 6: Richtung der Wörter im Visitengespräch

Weiter aufgeschlüsselte Angaben zur Gesprächsaktivität finden sich in Tabelle 7 im Anhang X. Darauf aufbauend kann festgehalten werden, dass von den oben genannten Gesprächsteilnehmern etwa 70% der gesprochenen Wörter, Initiativen und Fragen an den Patienten gerichtet wurden. Diese ging nahezu ausschließlich von den Ärzten aus. An die Mediziner richteten sich 28% der Gesprächsaktivitäten. Insgesamt waren 98% der Gesprächsaktivität an den Patienten oder den Arzt gerichtet, nicht aber an andere Teilnehmer des Visitengeschehens.

6.1.4. Verständlichkeit

Die Auszählung der verwendeten Fachtermini pro Visitengespräch ergab 4 genannte Fachbegriffe pro Gespräch (siehe Tabelle 8) bei durchschnittlich 392 an den Patienten gerichteten Wörtern. Von den benutzten Fachbegriffen wurden dem Patienten aber lediglich 5% in ihrer Bedeutung erklärt. Unterscheidet man personalinterne und Arzt-Patienten-Gesprächsabschnitte, so war der Anteil der Fachtermini im Arzt-Patienten-Gespräch mit 3 Fachbegriffen deutlich höher als im personalinternen Gespräch (1 Fachbegriff).

Gesprächsart	Genannte Fachtermini	Erklärte Fachtermini	Anteil erklärter Fachtermini
Arzt-Patienten-Gespräch	3,14	0,2	6,37%
Personalinternes Gespräch	1,3	0,03	2,31%
Gesamtes Gespräch	3,98	0,22	5,53%

Tabelle 8: Fachtermini

Neben den Fachtermini sind auch der Satzbau und die Art des Satzes für die Verständlichkeit von großer Bedeutung.

Gesprächsart	Einfacher Satzbau		Komplexer Satzbau	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arzt-Patienten-Gespräch	49,46	90,49%	5,2	9,51%
Personalinternes Gespräch	5,48	96,31%	0,21	3,69%
Gesamtes Gespräch	53,08	90,86%	5,34	9,14%

Tabelle 9: Satzbau

Im Durchschnitt waren die von einem Arzt in einem Visitengespräch gesprochenen Sätze zu 90% einfach aufgebaut (Kriterien: Subjekt, Prädikat, ggf. Objekt) und knapp 10% wiesen eine komplexere Struktur (Kriterien: Satzschachtelungen) auf (siehe Tabelle 9). Vergleicht man den ärztlichen Satzbau des Arzt-Patienten-Gesprächs mit dem des personalinternen Gesprächs, so zeigte sich, dass der Anteil komplexer Sätze im ärztlichen Zwiegespräch mit dem Patienten um circa 6% höher lag als im Gespräch mit dem Personal.

Gesprächsart	Vollständige Sätze		Unvollständige Sätze		Einwortsätze		Satzabbrüche		Ellipsen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arzt-Patienten-Gespräch	29,36	53,71%	8,86	16,21%	14,74	26,97%	1,7	3,11%	0	0%
Personalinternes Gespräch	3,03	53,82%	0,82	14,57%	1,36	24,16%	0,33	5,86%	0,09	1,6%
Gesamtes Gespräch	31,36	53,72%	9,4	16,1%	15,64	26,79%	1,92	3,29%	0,06	0,1%

Tabelle 10: Art des Satzes

In der Art des Satzes zeigten sich keine deutlichen Unterschiede zwischen dem Arzt-Patienten-Gespräch und dem personalinternen Gespräch (siehe Tabelle 10). Im Durchschnitt aller Visitengespräche dominierten vollständige Sätze (53,72%) und

Einwortsätze (26,79%). Ellipsen traten sehr selten auf, sie fanden sich ausschließlich im ärztlichen Gespräch mit dem Pflegepersonal oder den ärztlichen Kollegen.

Während eines Visitengesprächs fiel der Arzt dem Patienten durchschnittlich 4,04-mal ins Wort. Im Durchschnitt sind weiterhin 0,88 Störungen pro Visitengespräch registriert worden. Dabei zeigte sich in der Hälfte der Gespräche keine Störung und in ¼ der Gespräche mehr als eine Störung (siehe Abbildung 5). Insgesamt konnte dabei die Zimmertür als größter Störfaktor identifiziert werden. Ausführliche Ergebnisse zum Auftreten von Gesprächsstörungen finden sich im Anhang XIV.

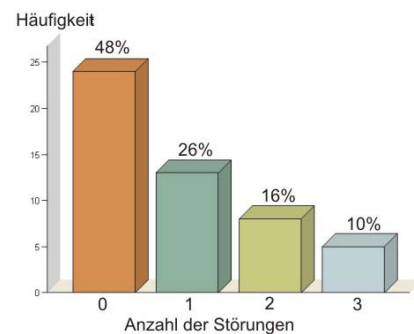


Abbildung 5: Störungshäufigkeit

6.1.5. Frage- und Antwortverhalten

Pro Visitengespräch wurden im Durchschnitt acht Fragen an den Patienten gerichtet. Davon waren fünf geschlossen, zwei offen und es gab eine Suggestivfrage (siehe Tabelle 12). Im Gegenzug stellte der Patient lediglich zwei Fragen an den Arzt. Auf diese reagierte der ärztliche Gesprächspartner überwiegend mit symmetrischem Verhalten, d.h. er ging darauf ein (siehe Tabelle 13). Beim Beantworten der Fragen wurde in einem Teil der Fälle Unsicherheit bekundet. Möglicherweise handelte es sich um Fragen die häufig mit einem hohen Unwägbarkeitsfaktor belegt waren, wie z.B. die Frage: „Wann werde ich entlassen?“

Art der Fragen	Gesprächsdurchschnitt	Minimum	Maximum	Fragen gesamt	Anteil von gesamt
Offene Fragen	2,3	0	19	115	28,68%
Geschlossene Fragen	4,66	0	18	233	58,11%
Suggestivfragen	0,86	0	4	43	10,72%
Katalogfragen	0,2	0	2	10	2,49%
Gesamtanzahl der an Patienten gerichteten Fragen	8,02	0	36	401	100%

Tabelle 12: Art der Fragen an den Patienten

	Gesprächsdurchschnitt	Minimum	Maximum	Fragen gesamt	Anteil von gesamt
Anzahl der krankheitsrelevanten Fragen des Patienten	1,8	0	7	90	100%
Reaktion auf krankheitsrelevante Fragen des Patienten	Gesprächsdurchschnitt	Minimum	Maximum	Antworten gesamt	Anteil von gesamt
Nichtbeachten	0,08	0	2	4	4,44%
Adressatenwechsel	0,04	0	1	2	2,22%
Themenwechsel	0	0	0	0	0%
Verschieben	0,1	0	1	5	5,56%
Unsicherheit	0,22	0	3	11	12,22%
Symmetrie	1,36	0	7	68	75,56%

Tabelle 13: Art der Fragen an den Arzt und dessen Reaktion

Weiterhin ist das Antwortverhalten der Patienten eingeschätzt worden. Dies konnte bei der überwiegenden Mehrheit (86%) der Patienten als *situationsbezogen* eingestuft werden. Lediglich 12% der Patienten antworten *mäßig situationsbezogen* und nur 2% *brachten andere Gesprächsinhalte ein oder verstanden nicht was gesagt wurde*.

6.1.6. Art der Informationsvermittlung

Pro Visitenbesuch wurden durchschnittlich neun krankheitsrelevante Informationen an den Patienten vermittelt. Die Weitergabe erfolgte überwiegend *initiativ* (siehe Abbildung 6). Es handelte sich dabei um krankheitsrelevante Inhalte, wie z.B. Informationen über Prognose, Diagnose und Therapie der Erkrankung. Das heißt, der Arzt trug Informationen weitgehend *unaufgefordert* an den Patienten heran.

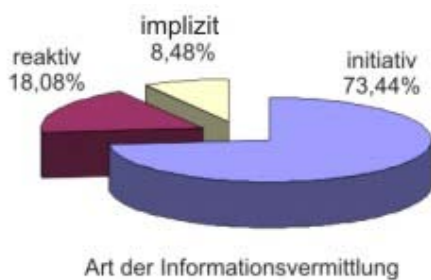


Abbildung 6: Informationsvermittlung

6.1.7. Zusammenfassung

Das Arzt-Patienten-Gespräch am Krankenbett lässt sich durch die folgenden formal-quantitativen Gesprächsmerkmale charakterisieren:

Dauer des Visitenbesuchs: 4 min

Gruppengröße: 3 Personen (ohne Untersucher und Patienten)

Ausrichtung auf den Patienten; Kriterien hierfür sind:

- 80% des Visitengesprächs bestand aus dem direkten Arzt-Patienten-Gespräch
- mehr als 2/3 der Gesprächsaktivität war auf den Patienten ausgerichtet
- 30% der Fragen waren offene Fragen
- auf Patientenfragen wurde in der Regel eingegangen
- der Informationsfluss erfolgte hauptsächlich initiativ zum Patienten

Frageverhalten; Kriterium hierfür ist:

- 8 ärztlichen Fragen standen 2 Patientenfragen gegenüber

Verständlichkeit; Kriterien hierfür sind:

- geringe Anzahl genannter Fachtermini pro Gespräch
- überwiegend einfacher Satzbau
- seltenes Auftreten von Ellipsen, Satzabbrüchen oder unvollständigen Sätzen
- die Hälfte der Gespräche enthielt keine Gesprächsstörer

6.2. Ausprägungsgrad der qualitativen Gesprächsmerkmale

Die qualitative Auswertung erfolgt in Anlehnung an KURTZ et al. (2005). Die Autoren beschreiben Gesprächsmerkmale, deren Anwendung ein hohes Maß an Qualität vermuten lassen (siehe Kapitel 5.4.3.). Dabei wird in Bezug auf die Gespräche in phasenspezifische und generelle, so genannte phasenübergreifende Merkmale unterschieden.

6.2.1. Ausprägungsgrad der phasenspezifischen Gesprächsmerkmale

Im Folgenden wird die Erhebung der phasenspezifischen Visitengesprächsmerkmale vorgestellt. Dabei werden in Anlehnung an KURTZ et al. (2005) folgende Gesprächsphasen unterschieden:

1. Eröffnung des Gesprächs
2. Sammeln von Informationen
3. Körperliche Untersuchung
4. Vermitteln von Befunden und Planung des weiteren Vorgehens
5. Gesprächsabschluss

Zur Erhebung wurde das qualitative Analyseinstrument (siehe Kapitel 5.4.3.) angewandt.

6.2.1.1. Eröffnung des Gesprächs

Die qualitativen Merkmale, die der Eröffnung der Gespräche zugrunde gelegt wurden, sowie die dazugehörigen Ergebnisse werden in Tabelle 14 dargestellt.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)	Ja		Nein	
	1.1. Patient begrüßt?	70% [mit Namen]	30% [ohne Namen]	0%
1.2. Sich mit Namen vorgestellt?	2%		98%	
1.3. Sich mit Funktion vorgestellt?	0%		100%	
	Trifft zu		Trifft in Ansätzen zu	Trifft nicht zu
1.4. Respekt gezeigt?	78%		18%	4%

Tabelle 14: Eröffnung des Gesprächs

Der Patient wurde in 2/3 der Gesprächen mit seinem Namen begrüßt, wobei sich der gesprächsführende Arzt so gut wie nie mit seinem Namen und seiner Funktion vorstellte.

Dennoch weisen die Kriterien für eine respektvolle Gesprächseröffnung (Arzt wahrt Distanz und Höflichkeit, redet Patienten mit „Sie“ an) auf einen respektvollen Umgang hin.

6.2.1.2. Sammeln von Informationen

Die für die Phase der Informationssammlung angelegten Kriterien für eine qualitativ hochwertig einzuschätzende Gesprächsführung finden sich in Tabelle 15.

Der Arzt war um einen patientenorientierten und verständlichen Gesprächsauftritt bemüht. Der Patient wurde weitgehend ermutigt von seinem Befinden zu berichten, dieses Thema wurde durch den Arzt angemessen vertieft und es wurde aufmerksam zugehört. Dabei stand die körperliche Beschwerdesymptomatik des Patienten im Vordergrund, psychische und soziale Komponenten spielten kaum eine Rolle. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass dem Patienten weitgehend aufmerksam und zugewandt begegnet wird.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)	Trifft zu	Trifft in An- sätzen zu	Trifft nicht zu
2.1. Patient wird ermutigt, sein Befinden zu berichten?	58%	14%	28%
2.2. Der Patientenäußerung angemessene Themenvertiefung?	68%	26%	6%
2.3. Aufmerksam zugehört?	64%	30%	6%
2.4. Patienten-Antworten durch verbales Verhalten unterstützt?	38%	30%	32%
2.5. Fragen und Kommentare leicht verständlich?	72%	22%	6%
2.7. Unklare Patientenaussagen geklärt? (38% der Visitengespräche enthielten unklare Patientenaussagen)	84%	16%	0%
2.8. Körperliche Beschwerden thematisiert?	86%	8%	6%
2.9. Psychisches Befinden thematisiert?	8%	24%	68%
2.10. Soziale Komponente thematisiert?	2%	16%	82%

Tabelle 15: Sammeln von Informationen

6.2.1.3. Körperliche Untersuchung

Eine körperliche Untersuchung im Rahmen des Visitengesprächs fand in 56% der Gespräche statt. Wie bereits in Tabelle 4 dargestellt (siehe Kapitel 6.1.1.), betrug die Dauer durchschnittlich 21sec.

Im Rahmen der Untersuchungen wurde auf eine Erklärung von Zweck und Ablauf verzichtet, das Einverständnis des Patienten zur Durchführung der Untersuchung wurde weitgehend vorausgesetzt und eine die Untersuchungsschritte begleitende Informierung fand nicht statt (siehe Tabelle 16).

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)	Trifft zu	Trifft in An- sätzen zu	Trifft nicht zu
3.2. Erklärt den Zweck und Ablauf der Untersuchung?	0%	12%	88%
3.3. Einverständnis zur Untersuchung wurde erfragt?	23%	31%	46%
3.4. Untersuchungsschritte in erklärende Worte gefasst?	0%	19%	81%

Tabelle 16: Körperliche Untersuchung

6.2.1.4. Vermittlung von Befunden und Planung des weiteren Vorgehens

Klinische Befunde wurden in 56% der untersuchten Gespräche formuliert. Wurde in einem Gespräch ein Befund vermittelt, so kam es nur teilweise zu einer Verständnissicherung durch den Arzt. Zeigte der Patient Besorgnis, wurde emphatisch darauf

eingegangen. Bei der Ableitung von aus den Befunden folgenden Schritten, wurden diese regelhaft gemeinsam mit dem Patienten besprochen (siehe Tabelle 17).

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)	Trifft zu	Trifft in An- sätzen zu	Trifft nicht zu
4.2. Verständnissicherung der vermittelten Befunde?	39%	11%	50%
4.4. Geht verständnisvoll auf die Sorgen des Patienten ein? (25% äußerten Besorgnis bei Mitteilung eines Befundes)	86%	14%	0%
4.6. Besprechung der aus den Befunden folgenden Schritte? (in 86% wurden aus den Befunden folgende Schritte abgeleitet)	62%	25%	13%

Tabelle 17: Vermittlung von Befunden

6.2.1.5. Gesprächsabschluss

Tabelle 18 zeigt, dass der Patient zum Abschluss des Gesprächs meist nicht ermuntert wurde, noch bestehende Fragen zu besprechen. Es kam auch nur selten zu einer Zusammenfassung des Gesprächsinhaltes. Auf der anderen Seite wurden die für den Patienten folgenden Schritte vereinbart bzw. wiederholt. Abschließend kam es lediglich bei 66% der Gespräche zu einer Verabschiedung des Patienten.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)	Trifft zu	Trifft in An- sätzen zu	Trifft nicht zu
8.1. Patient ermutigt weitere Punkte zu besprechen?	24%	18%	58%
8.3. Verständnissicherung der Zusammenfassung? (38% der Patienten erhielten eine Zusammenfassung wichtiger Gesprächsinhalte)	63%	16%	21%
8.4. Nächste Schritte vereinbart?	56%	20%	24%

Tabelle 18: Gesprächsabschluss

6.2.1.6. Zusammenfassung

Die Kriterien für eine hochwertige Gesprächsführung nach KURTZ et al. (2005) wurden in den einzelnen Gesprächsphasen unterschiedlich stark erfüllt.

Der Arzt hat sich meist um einen Einbezug des Patienten in das Gespräch bemüht und erkennbar versucht, die Verständlichkeit zu gewährleisten. Der Informationsfokus lag deutlich auf den körperlichen Beschwerden des Patienten. Die Untersuchung war weitgehend körperzentriert; der Arzt ging im Rahmen der Vermittlung von Befun-

den auf Patientenäußerungen, die Sorge und Informationsbedürfnis zum Thema hatten, ein.

6.2.2. Ausprägungsgrad der phasenübergreifenden Gesprächsmerkmale

Ergänzend zu diesen Befunden wird mithilfe von Kurtzschen Qualitätskriterien (siehe Kapitel 5.4.3.) das Ausmaß der Patientenzentriertheit über den gesamten Gesprächsverlauf bzw. hinsichtlich der Gesprächsstruktur eingeschätzt. Zur Erhebung wurde das qualitative Analyseinstrument (siehe Kapitel 5.4.3.) genutzt.

6.2.2.1. Ausmaß der patientenzentrierten Haltung

Es sticht besonders aus Tabelle 19 hervor, dass der Arzt für den Patienten nachvollziehbar argumentierte und die Äußerungen des Patienten nicht wertete. Auch wurde auf Probleme, die dem Patienten Unbehagen bereiteten, regelmäßig eingegangen. Insgesamt ist in wesentlichen Ansätzen eine patientenzentrierte Haltung erkennbar. Im Bezug auf den Ausdruck bzw. das Eingehen auf die Gefühle des Patienten zeigte sich im Arztverhalten im Vergleich dazu eine deutlich niedrigere Tendenz.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)	Trifft zu	Trifft in Ansätzen zu	Trifft nicht zu
5.2. Auf Problem/e des Patienten eingegangen? (64% der Patienten ließen ein Problem erkennen)	44%	40%	16%
5.3. Ermutigt Patienten Gefühle zu äußern?	26%	12%	62%
5.5. Signalisiert Verständnis für die geäußerten Gefühle? (58% der Patienten äußerten Gefühle)	16%	20%	64%
7.1. Dialog unbeeinträchtigt?	48%	20%	32%
7.2. Bezieht Patienten ins Gespräch ein?	56%	32%	12%
7.3. Begründet Meinung mit nachvollziehbaren Argumenten?	70%	26%	4%
7.4. Reaktion auf verbale/nonverbale Zeichen des Patienten?	66%	26%	8%
7.5. Kein wertendes Verhalten?	82%	14%	4%

Tabelle 19: Patientenzentrierte Haltung

6.2.2.2. Strukturierung des Visitengesprächs

In Tabelle 20 fällt die regelhaft logische Gesprächsabfolge auf. Es zeigt sich jedoch, dass in weniger als der Hälfte der Fälle vom medizinischen Personal erkannte Pati-

entenprobleme zur Verständnissicherung artikuliert wurden, wobei auf diese Probleme sehr strukturiert eingegangen wurde.

Zusammenfassend kann von einer strukturierten Visitengesprächsführung ausgegangen werden.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)	Trifft zu	Trifft in An- sätzen zu	Trifft nicht zu
6.1. Ziel des Visitengesprächs formuliert?	6%	16%	78%
6.3. Patienten-Problem/e benannt? (64% der Patienten ließen ein Problem erkennen)	19%	19%	62%
6.5. Strukturiertes Eingehen auf die Patientenprobleme? (in 41% der Gespräch die ein Patientenproblem erkennen ließen, war mehr als ein Problem erkennbar)	77%	23%	0%
6.6. Ergebnisse an markanten Punkten der Konsultation zusammengefasst?	46%	34%	20%
6.7. Gespräch in logischer Reihenfolge?	60%	30%	10%

Tabelle 20: Strukturierung des Visitengesprächs

6.2.2.3. Zusammenfassung

Das Gespräch wies eine hohe Qualität im Bezug auf das Lösen sachlicher Probleme auf. Die persönliche Erlebniswelt des Patienten wurde im Vergleich dazu weniger berücksichtigt. Durch eine strukturierte Gesprächsführung blieb die Verständlichkeit gewahrt.

6.3. Patientenzufriedenheit mit der erlebten Visite

Im Zuge der Beantwortung der zweiten Fragestellung wurde das unter Kapitel 5.4.3. beschriebene Analyseinstrument genutzt. Die gewonnenen Daten werden in vier Analyseschwerpunkten vorgestellt: Rahmenbedingungen des Arzt-Patienten-Gesprächs, Verständlichkeit des Visitengesprächs, Berücksichtigung der Patienteninitiative und allgemeine Einschätzung des Visitengesprächs.

6.3.1. Rahmenbedingungen des Arzt-Patienten-Gesprächs

Das erlebte Arzt-Patienten-Gespräch wurde von den Patienten als gut bewertet. So wurde auf der Itemebene der Zeitrahmen von nahezu allen Befragten als meist – oder voll genügend beurteilt (siehe Tabelle 21). 92% der Patienten empfanden die

anwesende Anzahl der Personen nie oder meist nicht als störend. Differenziert man nach der Größe der Visitengruppe ergibt sich folgendes Bild:

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer geringeren Teilnehmeranzahl und der Patientenzufriedenheit bezüglich der Teilnehmeranzahl (siehe Tabelle 22). Die Patienten empfanden bei mehr als 3 Visitenteilnehmern die anwesenden Personen eher als störend.

Patientenzufriedenheit	Trifft voll zu	Trifft meist zu	Trifft meist nicht zu	Trifft nie zu
Die Atmosphäre des Visitingesprächs ist angenehm.	66%	32%	2%	0%
Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.	66%	32%	2%	0%
Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.	0%	8%	34%	58%

Tabelle 21: Patientenzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen des Visitingesprächs

Patientenzufriedenheit		Teilnehmeranzahl		
		≤ 3	> 3	
Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.	Trifft meist zu,	15%	51%	p=0,0475
	Trifft meist nicht zu	85%	49%	
	Trifft nie zu			

Tabelle 22: Einfluss der Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit der Größe der Visitengruppe

Aus den Freitextkommentaren (siehe Anhang IX) lässt sich ableiten, dass der Patientenwunsch bestand, während des gesamten Krankenhausaufenthalts von nur ein und demselben Arzt betreut zu werden.

„Ich würde mir wünschen, dass die Ärzte nicht so häufig wechseln.“

*„Das häufige Wechseln der Ärzte ist unschön. Es wäre besser wenn der Aufnahmekrankenarzt einen komplett betreut. In Herrn Dr. ***** hatte ich ein bisschen mehr Vertrauen.“*

6.3.2. Verständlichkeit des Visitingesprächs

Die Patienten bewerteten die Visitingespräche als in einem hohen Maße verständlich. Aus Sicht der Patienten wurden ihre aufgetretenen Fragen in der Regel umfassend beantwortet (siehe Tabelle 23). Diese Einschätzung entspricht dem Ergebnis

der formal-quantitativen Analyse, die das Merkmal der Verständlichkeit der Visite in einem hohen Maße als gegeben ausweist (siehe Kapitel 6.1.3.).

Patientenzufriedenheit	Trifft voll zu	Trifft meist zu	Trifft meist nicht zu	Trifft nie zu
Das Visitengespräch wird in einer verständlichen Form geführt.	56%	44%	0%	0%
Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.	72%	26%	2%	0%
Ich habe die Möglichkeit nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.	90%	10%	0%	0%

Tabelle 23: Patientenzufriedenheit mit der Verständlichkeit des Visitengesprächs

6.3.3. Berücksichtigung der Patienteninitiative

Tabelle 24 zeigt, dass sich die große Mehrheit der Patienten ausreichend ins Gespräch einbezogen fühlte und auch die Möglichkeit gegeben sah, eigene Sorgen anzusprechen. Demgemäß äußerten $\frac{3}{4}$ keinen weiteren Wunsch nach mehr Teilnahme. Andererseits war im Vergleich zu den vorherigen Aussagen der Wunsch nach mehr Einbezug bei 26% der Patienten gegeben. In dieser Hinsicht wird der Wunsch nach einer stärkeren Patienteninformation auch anhand der Freitextkommentare (siehe Anhang IX) ersichtlich.

„Ich wünsche mir bessere Informationen über laufende Befunde und Testergebnisse.“

„Ich wünsche mir, dass ich ein persönliches Arztgespräch angeboten bekomme, in dem ich alle persönlichen Fragen von meinem behandelnden Arzt beantwortet bekomme.“

Patientenzufriedenheit	Trifft voll zu	Trifft meist zu	Trifft meist nicht zu	Trifft nie zu
Ich werde <u>nicht</u> ausreichend in das Gespräch einbezogen.	0%	4%	24%	72%
Ich habe <u>nicht</u> die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen.	0%	2%	26%	72%
Ich möchte gern mehr in das Visitengespräch mit einbezogen werden.	14%	12%	30%	44%

Tabelle 24: Patientenzufriedenheit mit der Berücksichtigung der Patienteninitiative

6.3.4. Allgemeine Einschätzung des Visitengesprächs

In Tabelle 25 zeigt sich ein hohes Maß an Zufriedenheit der Patienten mit der Form des erlebten Visitengesprächs. 4 von 5 Patienten unterstrichen den hohen persönlichen Stellenwert des Visitengesprächs während ihres Krankenhausaufenthalts.

Patientenzufriedenheit	Trifft voll zu	Trifft meist zu	Trifft meist nicht zu	Trifft nie zu
Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.	86%	14%	0%	0%
Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.	80%	20%	0%	0%
Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.	68%	32%	0%	0%

Tabelle 25: Allgemeine Einschätzung des Visitengesprächs durch die Patienten

6.3.5. Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigten sich die Patienten mit den durchgeführten Visitengesprächen zufrieden und sahen in ihr ein wichtiges Element im Krankenhausaufenthalt. Die in der formal-quantitativen Datenerhebung (siehe Kapitel 6.1.) als verständlich eingeschätzte Sprache der Ärzte, wurde auch von Patientenseite aus bestätigt. Weiterhin sahen die Patienten ihre ins Gespräch eingebrachten Initiativen weitgehend berücksichtigt. Angedeutet wurde aber auch der Wunsch nach nur einem ärztlichen Behandler und wenigen Mithörern im Visitengespräch.

6.4. Beeinflussungsfaktoren auf die Qualität des Visitengesprächs

Entsprechend Fragestellung 3 wird untersucht, in wieweit folgende Faktoren einen Einfluss auf die Qualität des Visitengesprächs haben.

1. Patientenfaktoren
2. Rahmenbedingungen
3. Arztfaktoren
4. Gesprächsmerkmale

6.4.1. Einfluss von Patientenfaktoren

Zu den Patientenfaktoren wurden gezählt:

- soziodemographische Daten (Geschlecht, Schulbildung, Beruf, soziale Schicht, Familienstand, Alter, Wohnort)
- Krankheitsfaktoren (Therapieansatz, Rezidiv der Erkrankung, Anzahl der Nebendiagnosen, Datum der Erstdiagnose der Tumorerkrankung)
- patientenspezifische Faktoren ((Gesprächs)verhalten des Patienten)

6.4.1.1. Soziodemographische Daten

In Tabelle 26 werden Unterschiede hinsichtlich des Arztverhaltens abhängig von soziodemographischen Faktoren des Patienten vorgestellt. Dabei werden nur die signifikanten Ergebnisse dargestellt.

Das Geschlecht der Patienten übte einen signifikanten Einfluss aus. Die visitenführenden Ärzte zeigten weiblichen Patienten gegenüber signifikant mehr Respekt und Patienten-Antworten von Frauen wurden deutlich häufiger durch verbales Verhalten unterstützt. Die Gespräche mit männlichen Patienten waren hingegen stärker strukturiert. Dies zeigte sich zum Beispiel in signifikant häufigeren ärztlichen Gesprächszusammenfassungen.⁴

Bezüglich der Schulbildung der Patienten konnte ein signifikanter Unterschied im Begrüßungsverhalten durch den Visitenführer festgestellt werden. Erkrankte mit niedriger Schulbildung wurden eher mit ihrem Namen angesprochen als Patienten mit hoher Schulbildung. Zum Gesprächsabschluss wurden höher gebildete Patienten eher ermutigt noch offene Fragen zu klären.

Auch der Familienstand der Patienten konnte als Einflussgröße auf das Arztverhalten im Visitingespräch identifiziert werden. Die Verständlichkeit der Fragen und Kommentare nahm von ledigen, über verheiratete, verwitwete bis hin zu geschiedenen Patienten zu. Bei ledigen, verheirateten oder geschiedenen Patienten konnte vor dem Gesprächsabschluss eine kurze Zusammenfassung von wichtigen Gesprächsaussagen erkannt werden. Im Gegensatz dazu war bei verwitweten Patienten eine solche Zusammenfassung nicht feststellbar.⁵

⁴ Zusätzlich zeigte sich, dass im Verlauf der Visitingespräche Frauen deutlich häufiger ($p=0,0282$) ein Problem erkennen ließen als Männer.

⁵ Für die Patientenfaktoren: Alter, Wohnort, Beruf und soziale Schicht konnten keine signifikanten Korrelationen mit dem Arztverhalten im Visitingespräch gezeigt werden.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitingespräch)		Geschlecht				
		weiblich		männlich		
1.4. Respekt gezeigt?	Trifft zu	88%		59%		p= 0,0304
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	12%		41%		
2.4. Patienten-Antworten durch verbales Verhalten unterstützt?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	79%		47%		p= 0,0299
	Trifft nicht zu	21%		53%		
6.6. Ergebnisse an markanten Punkten der Konsultation zusammengefasst?	Trifft zu	33%		71%		p= 0,0175
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	67%		29%		
8.4. Nächste Schritte vereinbart?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	67%		94%		p= 0,0394
	Trifft nicht zu	33%		6%		
		Schulbildung				
		niedrige Bildung (Haupt- oder Real- schulabschluss)		hohe Bildung (Fachhochschul- reife oder Abitur)		
1.1. Patient begrüßt?	Mit Namen	77%		29%		p= 0,0197
	Ohne Namen	23%		71%		
8.1. Patient ermutigt weitere Punkte zu besprechen?	Trifft zu	16%		71%		p= 0,0059
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	84%		29%		
		Familienstand				
		ledig	verhei- ratet	ver- witwet	ge- schie- den	
2.5. Fragen und Kommentare leicht verständlich?	Trifft zu	44%	67%	88%	100%	p= 0,0354
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	66%	33%	12%	0%	
8.2. Vor Gesprächsabschluss kurze Zusammenfassung?	ja	67%	42%	0%	33%	p= 0,0358
	nein	33%	58%	100%	67%	

Tabelle 26: Einfluss soziodemographischer Daten auf die Qualität der Visitingespräche

6.4.1.2. Krankheitsfaktoren

Die folgenden signifikanten Ergebnisse in Tabelle 27 zeigen Unterschiede im Arztverhalten in Abhängigkeit von Krankheitsfaktoren des Patienten. Dabei wird auf eine Darstellung nicht signifikanter Ergebnisse verzichtet.

Es konnte gezeigt werden, dass Korrelationen zwischen Therapieansatz und qualitativen Gesprächsmerkmalen vorliegen. Onkologische Patienten mit einem kurativen Therapieansatz wurden deutlich häufiger zu Gesprächsbeginn dazu ermutigt, von ihrem Befinden zu berichten und es wurden für sie signifikant häufiger klinische Befunde formuliert. Patienten hingegen, die einen palliativen Therapieansatz aufwiesen, wurden signifikant seltener dazu angehalten, ihre Gefühle zu äußern. Sie werden jedoch eher ins Visitengespräch einbezogen und nach ihrer Meinung gefragt als kurative Patienten.

Patienten mit einem Rezidiv ihrer Tumorerkrankung erhielten vor dem Gesprächsabschluss signifikant seltener eine kurze Zusammenfassung wichtiger Gesprächsinhalte als Patienten die erstmalig an ihrer onkologischen Erkrankung litten. Letztere wurden deutlich häufiger ins Gespräch einbezogen.

In den Visitengesprächen von Patienten mit vier oder mehr Nebendiagnosen wurde deutlich weniger über das psychische Befinden gesprochen als bei Patienten mit weniger Nebendiagnosen. Weiterhin wurde bei Patienten mit vielen Nebendiagnosen eher ein klinischer Befund formuliert. Erkrankte mit einer geringen Anzahl von Nebendiagnosen sind am Gesprächsende eher ermutigt worden weitere Punkte zu besprechen.⁶

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)		Therapieansatz		
		kurativ oder Nicht-Tumorerkrankung	palliativ	
2.1. Patient wird ermutigt, sein Befinden zu berichten?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	92%	52%	p= 0,0036
	Trifft nicht zu	8%	48%	
4.1. Klinische Befunde wurden formuliert?	ja	72%	40%	p= 0,045
	nein	28%	60%	
5.3. Ermutigt Patienten Gefühle zu äußern?	Trifft zu	44%	8%	p= 0,0083
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	56%	92%	
6.1. Ziel des Visitengesprächs formuliert?	ja	8%	36%	p= 0,0374
	nein	92%	64%	

⁶ Für den Krankheitsfaktor: Datum der Erstdiagnose der Tumorerkrankung konnte keine signifikante Korrelation mit dem Arztverhalten im Visitengespräch gezeigt werden.

7.2. Bezieht Patienten ins Gespräch ein?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	76%	100%	p= 0,0223
	Trifft nicht zu	24%	0%	
		Rezidiv		
		Ja	nein	
7.2. Bezieht Patienten ins Gespräch ein?	Trifft zu	14%	61%	p= 0,0376
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	86%	39%	
8.2. Vor Gesprächsabschluss kurze Zusammenfassung?	ja	0%	41%	p= 0,0412
	nein	100%	59%	
		Anzahl der Nebendiagnosen		
		< 4	≥ 4	
2.9. Psychisches Befinden thematisiert?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	48%	13%	p= 0,0139
	Trifft nicht zu	52%	87%	
4.1. Klinische Befunde wurden formuliert?	ja	37%	78%	p= 0,0046
	nein	63%	22%	
8.1. Patient ermutigt weitere Punkte zu besprechen?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	56%	26%	p= 0,0471
	Trifft nicht zu	44%	74%	

Tabelle 27: Einfluss von Krankheitsfaktoren auf die Qualität der Visitingespräche

6.4.1.3. (Gesprächs)-Verhalten der Patienten

Im Rahmen der formal-quantitativen Analyse ist beurteilt worden, in wie weit die Patienten *situationsbezogen* auf ärztliche Fragen reagierten (siehe Kapitel 6.1.4.). Hierbei stand das Ausmaß der *Passung*⁷ zwischen Arztaussage und Patientenreaktion im Vordergrund.

Tabelle 28 stellt dar, dass Patienten, welche ein situationsbezogenes (Gesprächs)-Verhalten zeigten, stärker ins Gespräch integriert wurden. Dies äußerte sich zum Beispiel in einer nachvollziehbaren Argumentationsweise der Ärzte.

⁷ nach Balint in JANSSEN et al. (2009)

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)		(Gesprächs)-Verhalten		
		situations- bezogen	mäßig situations- bezogen oder inadäquat	
4.6. Besprechung der aus den Befunden folgenden Schritte?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	95%	33%	p= 0,0316
	Trifft nicht zu	5%	67%	
7.3. Begründet Meinung mit <u>nachvollziehbaren</u> Argumenten?	Trifft zu	79%	14%	p= 0,0018
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	21%	86%	

Tabelle 28: Einfluss des (Gesprächs)-Verhaltens des Patienten auf die Qualität der Visitengespräche

6.4.1.4. Zusammenfassung

Es ist festzustellen, dass es eine Reihe von moderierenden Faktoren auf das Arztverhalten während der Visite gab.

Im Bezug auf das Geschlecht war die Visite von Frauen personenbezogener und bei Männern sachbezogener. Für die Schulbildung zeigte sich eine persönlichere Arzt-Patienten-Interaktion bei niedrig gebildeten Patienten. Höher gebildete Patienten wurden jedoch stärker an der Gesprächsgestaltung beteiligt. Der Familienstand des Erkrankten übte Einfluss auf die Verständlichkeit der ärztlichen Visitenführung aus.

Eine somatisch orientierte Visitenführung fand sich gehäuft bei Patienten mit einem kurativen Therapieansatz oder mit überdurchschnittlich vielen Nebendiagnosen. Auch zeichnete sich die Visite kurativer Patienten durch einen offenen Gesprächsbeginn aus. Bestand hingegen ein palliativer Therapieansatz, wurde der Patient kaum ermutigt Gefühle zu zeigen. Andererseits wurde die Meinung der palliativen Patienten stärker berücksichtigt. Für Erkrankte mit wenigen Nebendiagnosen zeigte sich eine stärkere Beteiligung an der Gesprächsgestaltung. Dies galt auch für Patienten mit einem Rezidiv ihrer Tumorerkrankung, wobei die Gesprächsstruktur zusehends aufgelöst war.

Weis der Patient ein situationsbezogenes (Gesprächs)-Verhalten auf wurde er verstärkt in das Visitengespräch integriert.

6.4.2. Einfluss von Rahmenbedingungen

Zu den Rahmenbedingungen im Krankenhaus zählen Faktoren, auf die der Patient nur bedingt Einfluss hatte. Im Speziellen wurden dazu gezählt:

- Teilnehmeranzahl am Visitengespräch
- Anzahl der Patienten pro Zimmer
- Reihenfolge der Visitierung der Patienten (bei 2 Patienten im Zimmer)
- Anzahl der Betten pro Zimmer

6.4.2.1. Teilnehmeranzahl

Die Teilnehmeranzahl am morgendlichen Arzt-Patienten-Gespräch zeigt einen Einfluss auf das Benennen erkannter Patientenprobleme. Bei unter vier Gesprächsteilnehmern wurden erkannte Patientenprobleme durch den visitierenden Arzt deutlich häufiger benannt (siehe Tabelle 29).

Qualitatives Analyseitem (Arztverhalten im Visitengespräch)		Teilnehmeranzahl (Patienten nicht eingerechnet)		
		< 4	≥ 4	
6.3. Patienten-Problem/e benannt? (64% der Patienten ließen ein Problem erkennen)	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	83%	27%	p= 0,0185
	Trifft nicht zu	17%	73%	

Tabelle 29: Einfluss der Teilnehmerzahl auf die Qualität der Visitengespräche

6.4.2.2. Anzahl der Patienten pro Zimmer

Von den 50 Visitengesprächen sind 10% in Einbettzimmern und 90% in Zweibettzimmern durchgeführt worden. Während der Anfertigung der Tonbandaufnahmen befand sich in 30% der Fälle der Patient alleine im Zimmer und in 70% waren zwei Patienten anwesend.

Tabelle 30 zeigt, dass eine Wertung von Personen, Symptomen oder Patientenaussagen bei zwei im Raum anwesenden Patienten häufiger vermieden wurde.⁸

Qualitatives Analyseitem (Arztverhalten im Visitengespräch)		Patientenzahl pro Zimmer		
		1	2	
7.5. Kein wertendes Verhalten?	Trifft zu	91%	27%	p= 0,0147
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	9%	73%	

Tabelle 30: Einfluss der Anzahl der Patienten auf die Qualität der Visitengespräche

⁸ Für die Rahmenbedingungen: Anzahl der Betten pro Patientenzimmer und Reihenfolge der Visitierung bei 2 Patienten im Zimmer waren keine signifikanten Korrelationen mit dem Arztverhalten im Visitengespräch erkennbar.

6.4.2.3. Zusammenfassung

Von den untersuchten Rahmenbedingungen beeinflusste die Anzahl der anwesenden Ärzte und Patienten das Arztverhalten im Visitengespräch. Es zeigte sich, dass eine möglichst geringe Anzahl von Ärzten und die Anwesenheit von einem zusätzlichen Patienten (als potenzielle Zuhörer) den Grad der patientenzentrierten Haltung einer Visite erhöhten.

6.4.3. Einfluss von Arztfaktoren

Die untersuchten Visitengespräche wurden von fünf verschiedenen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten durchgeführt. Auf eine ausführliche Erhebung von Arzteigenschaften ist auf Grund der geringen Stichprobengröße (5 Ärzte) und um deren Anonymität zu wahren, verzichtet worden.

Nichts desto trotz konnten signifikante Korrelationen zwischen den Gesprächsleitern und dem Arztverhalten im Visitengespräch detektiert werden (siehe Tabelle 31). Die Ärzte formulierten signifikant unterschiedlich häufig klinische Befunde im Visitengespräch. Ein weiterer Unterschied zeigte sich im Besprechen/Wiederholen von für den Patienten wichtigen Schritten am Gesprächsende.

Für die respektvolle Haltung dem Patienten gegenüber und dem ärztlichen Zuhörverhalten waren keine signifikanten Zusammenhänge ableitbar, es zeigte sich jedoch eine deutliche Abweichung von den Erwartungswerten.⁹

Qualitatives Analyseitem (Arztverhalten im Visitengespräch)		Visitengesprächsleiter					
		A1	A2	A3	A4	A5	
1.4. Respekt gezeigt?	Trifft zu	81%	82%	75%	33%	100%	p= 0,0534
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	19%	18%	25%	67%	0%	
2.3. Aufmerksam zugehört?	Trifft zu	81%	36%	75%	33%	78%	p= 0,0591
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	19%	64%	25%	67%	22%	
4.1. Klinische Befunde wurden formuliert?	ja	81%	64%	50%	33%	22%	p= 0,0375
	nein	19%	36%	50%	67%	78%	

⁹ Zusätzlich zeigte sich, dass im Verlauf der Visitengespräche Patienten in Abhängigkeit vom Arzt eher ($p=0,0253$) ein Problem erkennen ließen. Bei A2 taten dies 100%, bei A1 63%, bei A5 56%, bei A4 50% und bei A3 lediglich 37% der Patienten.

8.4. Nächste Schritte vereinbart?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	81%	36%	100%	100%	78%	p= 0,0091
	Trifft nicht zu	19%	24%	0%	0%	22%	

Tabelle 31: Einfluss des Visitengesprächsleiters auf die Qualität der Visitengespräche

6.4.3.1. Zusammenfassung

Es fanden sich signifikante Unterschiede im gesprächsstrukturellen Arztverhalten zwischen den unterschiedlichen Visitenführern. Weiterhin bleiben Unterschiede im Zuhörverhalten zu vermuten.

6.4.4. Einfluss von Gesprächsmerkmalen

Zu den untersuchten formal-quantitativen Gesprächsmerkmalen, welche einen möglichen Einfluss auf das Arztverhalten in Visitengespräch haben, zählten¹⁰:

- lange und intensive Visitengespräche; dies umfasste Gespräche mit:
 - überdurchschnittlicher Dauer der Gesprächsteile
 - überdurchschnittlicher Anzahl der gesprochenen Wörter
 - überdurchschnittlicher Anzahl der gegebenen Initiativen
 - überdurchschnittlicher Anzahl der gestellten Fragen
 - überdurchschnittliche Anzahl der vermittelten Informationen
- ein erhöhtes Maß an Patientenorientierung; dies umfasste Gespräche mit:
 - überdurchschnittlicher Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächsteils
 - überdurchschnittlicher Anzahl der an den Arzt (hoher Patientengesprächsanteil) bzw. an den Patienten (großer Informationsfluss zum Patienten) gerichteten Wörter
 - überdurchschnittlicher Anzahl der an den Arzt gerichteten Initiativen
 - überdurchschnittlicher Anzahl der an den Arzt gerichteten Fragen
 - überdurchschnittlicher Anzahl der an den Patienten gerichteten Responsiven
- die Anwendung von qualitätsförderlichen Gesprächstechniken; dies umfasste Gespräche mit:
 - überdurchschnittlichem Anteil offener ärztlicher Fragen
 - unterdurchschnittlichem Anteil unerklärter Fachtermini

¹⁰ Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse erfolgt übersichtshalber im Anhang XI, XII und XIII.

- überdurchschnittlichem Anteil initiativ vermittelter Informationen
- überdurchschnittlicher Dauer von Gesprächspausen
- überdurchschnittlichem Anteil einfachen Satzbaus

6.4.4.1. Lange und intensive Visitengespräche

Lange und intensive Visitengespräche waren durch ein besseres Eingehen auf die individuelle Gefühlswelt des Patienten gekennzeichnet. Das Patientenverhalten bei Gesprächen mit klinischen Untersuchungen wurde signifikant häufiger bewertet.¹¹

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass in langen und intensiven Visitengesprächen das Arztverhalten im Visitengespräch ambivalent beeinflusst wurde. Der Patientenbezug war stärker ausgeprägt, es stieg aber auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von personalinternen Gesprächsteilen oder einer klinischen Untersuchung, welche wiederum zu einem vermehrt wertenden und dialogbeeinträchtigendem Verhalten der Ärzte führte. Die ausführliche Darstellung dieser Ergebnisse findet sich im Anhang XI.

6.4.4.2. Erhöhtes Maß an Patientenorientierung

Es zeigte sich, dass Gespräche mit einer ausgeprägten Ausrichtung auf den Patienten in der Regel auch eine *körperliche Untersuchung beinhalteten*. Sie waren weiterhin dadurch gekennzeichnet, dass in ihnen *vermehrt Verständnis für geäußerte Patientengefühle gezeigt* wurde. Zusätzlich wurden durch den Arzt die erkannten *Patientenprobleme häufiger verbalisiert*. Auch war vor dem Gesprächsabschluss eine *kurze Zusammenfassung wichtiger Gesprächsinhalte* wahrscheinlich.¹²

Ergriffen Patienten die Initiative im Gespräch und richteten das Wort gehäuft an den Arzt, reagierte dieser, in dem er häufiger Patientenverhalten bewertete. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse hierzu findet sich im Anhang XII.

¹¹ Die Patienten zeigten in besonders langen und intensiven Gesprächen deutlich häufiger Besorgnis über vermittelte Befunde, ihre Aussagen waren vermehrt in ihrer Bedeutung unklar und sie ließen gegenüber dem Arzt mehr Probleme erkennen.

¹² Patienten äußern in auf sie ausgerichteten Visitengesprächen eher unklarer Patientenaussagen. Sie nutzen diese Gespräche aber auch um vermehrt ihre Probleme zu zeigen. Richten die Patienten viele Initiativen an die Ärzte, so ist eine Zunahme der Besorgnis der Patienten über vermittelte Befunde zu verzeichnen.

6.4.4.3. Anwendung von qualitätsförderlichen Gesprächstechniken

Im Kapitel 3.4. sind Gesprächstechniken vorgestellt worden, deren Anwendung nachweislich positive Effekte auf die Genesung des Patienten und seine Zufriedenheit haben. Es wurde geprüft, ob für die Anwendung solcher qualitätsförderlicher Gesprächstechniken ebenfalls ein Einfluss auf die Qualität des Arztverhaltens im Visitengespräch erkennbar war.

Bei Visitengesprächen mit einem *hohen Anteil offener ärztlicher Fragen* wurde auf Patientenprobleme strukturierter eingegangen und es wurde häufiger vor einer körperlichen Untersuchung nach dem Einverständnis für die Durchführung dieser gefragt. Informierte der Arzt den Patienten mit einem *hohen Anteil initiativer Informationen*, so stieg die Wahrscheinlichkeit für das ärztliche Benennen von geäußerten Patientenproblemen.

Weiterhin zeigte sich, dass *Fachtermini, die im Gespräch erklärt wurden*, den Gesprächsdialog weniger beeinträchtigten als solche, die nicht erklärt wurden. Als Maß für eine einfache und verständliche Sprache konnte neben der *geringen Anzahl von Fachtermini* der hohe Anteil der Sätze mit *einfachem Satzbau* gewertet werden. Im Durchschnitt lag der Anteil des einfachen Satzbaus im Visitengespräch bei 91% aller gesprochenen Sätze. War ein über diesen durchschnittlichen Wert hinausgehender einfacher Satzbau zu verzeichnen, wurde weniger auf Patientenprobleme eingegangen und die Gespräche waren weniger logisch aufgebaut.

Wurden vermehrt *Gesprächspausen gelassen*, um dem Patienten z.B. die Möglichkeit zu geben eine Initiative im Gespräch zu starten oder den ärztlichen Redefluss besser verständlich zu machen, ließen Patienten bestehende Probleme häufiger erkennen. Zusätzlich war bei einer überdurchschnittlich langen Pausenzahl ein größeres Maß an unklaren Patientenaussagen feststellbar. Weiterhin zeigte sich, dass *erklärte Fachtermini* im Gespräch mit klaren Patientenaussagen kovariierten.

Zusammenfassend waren für die Anwendung einzelner qualitätsförderlicher Gesprächstechniken signifikante Unterschiede in der Einschätzung des Arztverhaltens im Visitengespräch erkennbar. Wurden sie angewandt, so stieg meist die Qualität der Visitengespräche. Dies unterstreicht die Bedeutung und Effektivität von Trainings- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Einübung von qualitätsförderlichen Gesprächstechniken. Die ausführlichen Ergebnisse hierzu finden sich im Anhang XIII.

7. Diskussion der Ergebnisse

Im Folgenden wird gesondert auf die drei Unterfragestellungen (siehe Kapitel 4) eingegangen. Hierbei fließen die Ergebnisse zur Fragestellung drei, welche sich als Moderatorvariablen darstellen, in die Diskussion der ersten beiden Fragestellungen ein und werden nicht separat diskutiert.

7.1. Diskussion der Gesprächsmerkmale

Im Zuge der Diskussion der Ergebnisse zur ersten Fragestellung wird auf die formal-quantitativen Gesprächsmerkmale sowie auf die phasenspezifischen und phasenübergreifenden Qualitätsmerkmale eingegangen.

7.1.1. Diskussion der formal-quantitativen Gesprächsmerkmale

Wie bereits dargestellt, zeigen die Untersuchungen zur Gestaltung der Krankenhausvisite, dass diese asymmetrisch zu Gunsten des Arztes gestaltet wird. Das bedeutet, dass in der Regel die ärztlichen Ziele im Visitengespräch berücksichtigt werden, die der Patienten hingegen weitgehend keine Beachtung finden (siehe Kapitel 3.3.) und daraus ein latenter Konflikt entsteht. Die formal-quantitativen Ergebnisse unterscheiden sich in der vorliegenden Arbeit nicht wesentlich von diesen Befunden:

Übereinstimmung zeigt sich in der Dauer der Visitengespräche. Mit knapp 4 Minuten entspricht dies weitgehend dem Zeitrahmen von bekannten Untersuchungen (vergleiche SIEGRIST 1972, RASPE 1976, NORDMEYER 1978, JÄHRIG & KOCH 1982, PROBST 2007, CREAMER et al. 2010, PRIEST et al. 2010). Aus Sicht des Patienten mag dies gering erscheinen, aber aus ärztlicher Sicht summiert es sich zu einem beachtlichen Gesprächsvolumen, welches mit insgesamt bis zu 3 Stunden im Tagesablauf der Assistenzärzte eine beachtliche Größe bildet. Dennoch zeigen sich 2/3 der Patienten mit der relativ kurzen Gesprächsspanne voll zufrieden.

Die Gesprächsaktivität gemessen an Wörtern, Initiativen und Fragen, richtet sich in 70% an den Patienten und nur in 28% an die Ärzte. Somit handelt es sich eher um ein unidirektionales Gespräch vom Arzt zum Patienten und weniger um ein reversibles Gespräch mit Gesprächsanteilen von 50% zu 50%. Die Gesprächsasymmetrie zu Gunsten der Ärzte spiegelt sich auch im Verhältnis des Fragenstellens wider. Durchschnittlich acht ärztlichen Fragen (so auch bei JÄHRIG & KOCH 1982, HAFERLACH 1994, DECKER 2006) stehen zwei Patientenfragen gegenüber.

Weiterhin entspricht die Verständlichkeit der Visitengesprächsführung früheren Untersuchungen (HAFERLACH 1994, PAPSDORF 2008). Dabei dominieren, eine einfache Satzstruktur und eine geringe Anzahl von Fachtermini pro Visitengespräch. Dabei scheint die Visite bestrebt zu sein konkret fassbare Resultate zu gewinnen, die in Handlungen umgesetzt werden können. Dies spiegelt ein ärztliches Problemlöseverhalten wieder, in dem die *Durchführungen von Handlungen* im Vordergrund stehen.

Im Vergleich zur Literatur zeigen sich auch Unterschiede zur herkömmlichen Visite: Der Anteil des Gesprächs zwischen Arzt und Patient in der Visite ist im Vergleich zu JÄHRIG & KOCH (1982) verhältnismäßig erhöht und die Häufigkeit des Auftretens von mitarbeiterinternen Gesprächsteilen an denen der Patient nicht beteiligt ist, erniedrigt.

Während nach KÖHLE & RASPE (1982), WEBER et al. (2007), PAPSDORF (2008) *geschlossene Fragen* und *Suggestivfragen* die am häufigsten genutzten Fragetypen sind, fällt hier insbesondere ein erhöhter Anteil offener Fragen auf. Durch den hauptsächlichlichen Gebrauch von *geschlossenen* und *offenen Fragen* lässt sich die Anwendung des Trichterprinzips vermuten. Beginnend mit offenen Fragen wird die Patientenantwort durch geschlossene Fragen spezifiziert (siehe Kapitel 3.4.). Auf Patientenfragen gehen die Ärzte in 9 von 10 Fällen ein. Dies entspricht einer leichten Steigerung im Vergleich zu dem Ergebnis von WESTPHALE & KÖHLE (1982).

Ein deutlicher Unterschied zum traditionellen Visitengespräch zeigt sich in der Vermittlung von krankheitsrelevanten Informationen. Müssen die Patienten nach WESTPHALE & KÖHLE (1982) und HAFERLACH (1994) die Hälfte der Informationen eigenständig aus Gesprächsabschnitten extrahieren, an denen sie nicht beteiligt sind, so zeigt sich mit den vorliegenden Ergebnissen von 70% initiativ, 20% reaktiv und 10% implizit vermittelten Informationen, eine deutlich Tendenz zur Patienteninformation.

Die erhöhte Frageaktivität der Patienten unterstreicht dies. Nach JÄHRIG & KOCH (1982) und HAFERLACH (1994) stellt der Patient pro Visitengespräch eine Frage. Mit zwei Fragen des Patienten an den Arzt ist dieser Wert in der vorliegenden Untersuchung verdoppelt; er erreicht aber noch nicht den Wert einer explizit psychosomatisch geführten Visite. In einer solchen stellten WESTPHALE & KÖHLE (1982) drei krankheitsrelevante Fragen des Patienten an den Arzt fest.

Der vermehrte Patienteneinbezug gründet sich wahrscheinlich in der ärztlichen Handlungsorientierung. Information und Edukation sind die Grundlage der leicht gesteigerten Orientierung am Patienten. Es gilt dem Patienten eine bestmögliche Anleitung für sein Verhalten im diagnostisch-therapeutischen Prozess zu geben. Weiß der Patient beispielsweise, dass er zu einem bestimmten Zeitpunkt zu einer Untersuchung abgeholt werden wird und bis dahin zwei Liter Kontrastmittel trinken muss, so kann er sich besser darauf vorbereiten und die Wahrscheinlichkeit, dass die Untersuchung aufgrund einer ungenügenden Vorbereitung wiederholt werden muss, verringert sich. Muss er jedoch die diesbezüglichen Informationen aus der ärztlichen Diskussion während der Visite selbstständig erkennen, ist die Wahrscheinlichkeit für ein Fehlverhalten und die damit verbundene Wiederholung der Untersuchung oder eine verminderte Aussagekraft derselbigen, erhöht. Der Patienteneinbezug äußert sich folglich weniger im Eingehen auf die Gefühlswelt des Patienten als vielmehr in einer Edukation zur Förderung der bestmöglichen Patientenmitarbeit im Krankenhaus.

Dafür spricht auch, dass Patienten, die an einem Rezidiv ihrer Erkrankung leiden, nie eine Zusammenfassung am Gesprächsende erhalten, da sie durch die erstmalige Erkrankung womöglich bereits gut im Krankenhausalltag geschult sind und folglich keine weiteren Instruktionen zur komplikationslosen Eingliederung in die Krankenhausabläufe benötigen. In diesem Sinne werden Patienten mit einem Rezidiv auch signifikant weniger ins Gespräch einbezogen.

7.1.2. Zusammenfassung

Zusammenfassend können die vorliegenden Gespräche als „normale“ Visitengespräche im Sinne der herkömmlichen Visite betrachtet werden. Sie zeichnen sich durch die folgenden Eigenschaften aus:

- kurze Dauer
- hohes Maß an Verständlichkeit
- Handlungsorientiertheit

Es lassen sich jedoch auch Unterschiede zur herkömmlichen Visite erkennen:

- weniger mitarbeiterinterne Gesprächsteile
- vermehrt offene Fragen (Trichterprinzip)
- erhöhte Frageaktivität des Patienten

- adäquates ärztliches Eingehen auf Patientenfragen hin
- initiative Informationsvermittlung

Insgesamt ist das Visitengespräch von einer starken *Handlungsorientierung* geprägt. Konkret umfasst dies die reibungslose Umsetzung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Hinweise auf einen gesteigerten Patienteneinbezug sind am ehesten im Sinne einer Patientenedukation zu werten, so wird ein effektives Patientenverhalten im Krankenhaus gefördert. Es kommt also zu einer umfangreichen Berücksichtigung der Arztperspektive (siehe Kapitel 3.1.) und weniger zu einer Berücksichtigung der Patientenperspektive auf die Visite (siehe Kapitel 3.2.).

7.1.3. Diskussion der qualitativen Gesprächsmerkmale

Die untersuchten qualitativen Gesprächsmerkmale wurden in Anlehnung an KURTZ et al. (2005) in phasenspezifische und phasenübergreifende Merkmale unterschieden, die im Folgenden gemeinsam betrachtet werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Auftreten spezifischer Gesprächsmerkmale ein qualitativ hochwertiges Arztverhalten im Visitengespräch vermuten lässt.

Zu Gesprächsbeginn begrüßt der Arzt den Patienten meist mit Namen. Seinen eigenen Namen setzt er stillschweigend als bekannt voraus, vermutlich durch die Annahme, dass der Patient seinen Namen aus früheren Kontakten kennt. Dies kann stimmen, muss aber nicht in jedem Fall zutreffen, da es beim Patienten ein Behalten und Erinnern voraussetzt, das nicht in jedem Fall gegeben ist. Zur Veranschaulichung folgt ein Auszug aus dem Visitengespräch 17, in welchem eine Assistenzärztin die Orientierung einer verwirrten Patientin prüft:

A4:	Na wissen Sie denn jetzt wo Sie sind?
P:	Ja das weiß ich und wer sie sind.
+ A4:	Wo denn? – Wo sind Sie denn und wer bin ick?
P:	Äh, sie sind Doktor, wie Sie heißen weiß ich jetzt auch nicht genau.
A4:	Aber wir kennen uns von letzter Woche.
P:	Wir kenn uns.
+ A4:	Und wo Sie jetzt sind?
P:	Mhh, - in ne, in Krankenhaus, in Greifswald (p) Universitätskrankenhaus Greifswald.

Legende: P = Patient, A4 = Assistenzarzt, + = gleichzeitiges Sprechen, (p) = Gesprächspause
--

Dieses Beispiel bestätigt das Ergebnis von GEISLER (1989), dass Krankenhauspatienten sehr häufig nicht wissen, wie ihr behandelnder Arzt heißt und welche Funktion er im Krankenhaus innehat.

Das bereits festgestellte handlungsorientierte Vorgehen zeigt sich auch in der Anfangsphase der Visitengespräche. Der Fokus liegt hier deutlich erkennbar auf den körperlichen Beschwerden. Diese werden im Sinne des Trichterprinzips erhoben. Ausgehend von allgemeinen offenen Fragen zur aktuellen Befindlichkeit hin zu geschlossenen Fragen körperlicher Symptomatik. Dabei bleibt festzuhalten, dass die Grundhaltung in dieser Visitenphase durch eine offene Gesprächseröffnung etwas mehr an der Person orientiert scheint, jedoch schnell in einen ärztlichen Handlungsbezug transformiert wird. Ein Beispiel aus Gespräch 9 soll dies verdeutlichen.

A1: Bonjour. (p) Morgen Frau *****. – Wie geht es Ihnen?
P: Geht ganz gut.
A1: Ganz gut. – Haben Sie die Magenspiegelung gut überstanden?
P: Ja.
A1: Äh, ich weiß nicht ob es Ihnen schon erklärt worden ist, Ihre Magenschleimhäute sind entzündet, – deswegen wollen wir Ihnen etwas mehr – von – dem – Magenmittel geben.
P: Ja.
A1: Ja. – Ich denke; -
P: Wie ist das mit der Übelkeit, hat das damit zu tun?
A1: Das, das hängt damit wahrscheinlich zusammen.
P: Mhmm.
A1: Wenn Magenschleimhäute immer chronisch entzündet sind, dann kann das so ne Übelkeit hervorrufen. Was ich gleich noch mal nachgucken muss, is, ob noch mal eine Probe auf bestimmte Bakterien abgenommen worden ist, die Sie am Anfang auch hatten.
P: Helicobakter.
A1: Genau, Helicobakter. Ähm, und ob der jemals erfolgreich bei Ihnen vernichtet wurde, im Magen.

Legende: P = Patient, A1 = Assistenzarzt, (p) = Gesprächspause

Nach der Gesprächseröffnung wird in der Gesprächsphase des Sammelns von Informationen stark auf somatische Aspekte fokussiert, das psychische Befinden und die soziale Komponente werden weitgehend außen vor gelassen. Der Patient wird somit nicht in seiner biopsychosozialen Gesamtheit (ENGEL 1977, 1980) erfasst,

sondern es kommt zu seiner fragmentierten Wahrnehmung (so auch GEISLER 2003).

In diesem Zusammenhang ist interessant, dass bei Patienten mit überdurchschnittlich vielen Nebendiagnosen, also Patienten mit einem erhöhten somatischen Handlungsbedarf, das psychische Befinden signifikant seltener thematisiert wird und es gehäuft zu einer Formulierung von klinischen Befunden kommt. Dies spricht für eine *Priorisierung der körperlichen Symptomatik*. Der Arzt setzt also implizit eine Priorität auf den körperlichen Zustand der Patienten. Betrachtet man den Therapieansatz, so fällt ins Auge, dass es bei einem kurativen Ansatz gehäuft zur Formulierung von klinischen Befunden kommt. Bei palliativen Patienten hingegen, wenn also die Priorität der Heilung (somatische Priorität) nicht mehr verfolgt werden kann, besteht ein größerer Einbezug des Patienten ins Gespräch.

Die somatische Grundausrichtung der Visite spiegelt sich auch in der körperlichen Untersuchung wieder. Sie findet regelhaft, ohne deren Zweck und Ablauf zu erläutern, und ohne die Untersuchung in erklärende Worte zu fassen, statt. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von SCHWEICKHARDT & FRITZSCHE (2009).

Die körperliche Untersuchung ist eine „[...] ganz unübliche und grundsätzlich ungewöhnliche körperliche und psychische Annäherung zweier fremder und gleichzeitig in Bezug auf Erwartungen und Absichten ganz ungleicher Menschen [...].“ (LANGEWITZ et al. 2004, S. 397), sie steht auch ganz klar unter einem großen Handlungsbezug. Es gilt die somatischen Beschwerden in Krankheitssymptome zu übersetzen, um daran die kommenden diagnostischen und therapeutischen Schritte zu orientieren. Durch diesen Handlungsbezug wird der Patient objektiviert, er wird nur noch untergeordnet als Person betrachtet, vielmehr steht das körperliche Symptom als Ausdruck einer Erkrankung bzw. Komplikation im ärztlichen Fokus. Hiervon abgeleitet lässt sich vermuten, dass die größte *ärztliche Maxime* in der *Bekämpfung der (somatischen) Krankheit* des Patienten liegt.

Die Versachlichung des Patienten spiegelt sich auch in der Vielzahl von Gesprächsstörungen wieder²⁸. Es herrscht kein geschützter Gesprächsrahmen, dadurch ist es

²⁸ Problematisch erwies sich häufiges Kommen und Gehen, von am Gespräch nur bedingt beteiligten Visitenteilnehmern (so auch bei PAPSDORF 2008). Als Hauptstörer lässt sich hier die Zimmertüre identifizieren.

erschwert Vertrautheit zu entwickeln. Insgesamt herrscht wenig Achtsamkeit, dass es sich bei der Visite um ein Gespräch handelt.

In der oftmals auf die körperliche Untersuchung folgenden Gesprächsphase des Vermittelns von Befunden²⁹ richtet sich die Grundorientierung der Visite stärker auf den Patienten aus. Die Befunde werden mit ihren Folgen zusammen mit dem Patienten besprochen. Äußert dieser daraufhin Besorgnis, ist ein verständnisvolles Eingehen zu beobachten. Somit wird die anfängliche Handlungsorientierung vermehrt auf die Person hin umgelenkt, wobei dies, wie bereits in Kapitel 7.1.1. vermutet, aus der Edukation zur Förderung des optimalen Patientenverhaltens im Krankenhaus erfolgen könnte.

Diesbezüglich ist interessant, dass es während der untersuchten Gespräche trotz einer fehlenden Ermutigung Gefühle zu äußern, oftmals zu Gefühlsäußerungen durch die Patienten kommt. Auf diese wird regelhaft nicht mit Verständnis reagiert. LANGEWITZ et al. (2004) vermuten, dass das Vermeidungsverhalten und das fehlende Verständnis der Ärzte als *Schutzmaßnahme vor emotionaler Verwicklung* verstanden werden kann. Für diese Vermutung spricht, dass palliative Patienten in signifikant geringerem Maße dazu ermutigt werden, Gefühle zu zeigen oder vom aktuellen Befinden zu berichten. Denn gerade bei dieser nicht mehr heilbaren Patientengruppe erscheint eine mögliche emotionale Verwicklung durch den nicht mehr abwendbaren Tod besonders intensiv. Der Patient wird folglich in seiner emotionalen Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung nicht umfassend gestützt. LANGEWITZ et al. (2010) bestätigen diesen Befund. Sie weisen nach, dass in dieser Hinsicht ungeschultes Personal die emotionale Seite des Patienten nicht anspricht.

Die Förderung der Patientenmitarbeit wird auch im Gesprächsabschluss deutlich, hier werden die für den Patienten kommenden Schritte wiederholt und so ein optimales Verhalten im Krankenhausablauf gefördert. Darüber hinaus werden die Patienten jedoch nicht ermutigt noch bestehende Fragen zu besprechen, und es erfolgt nur selten eine Zusammenfassung des Gesprächs. Dies spricht für eine vermehrt *übergeordnete Handlungsorientierung*³⁰ des Arztes.

²⁹ Es handelt sich um Befunde der zuvor durchgeführten körperlichen Untersuchung oder um Befunde vorangegangener Diagnostik (Blutwerte, CT-Untersuchung ...).

³⁰ Übergeordnete Handlungsorientierung meint nicht mehr nur die Orientierung an diagnostischen und therapeutischen Handlungsabläufen eines Patienten, sondern eine Orientierung an übergeordnet or-

Ausdruck eines der Visite möglicherweise innewohnenden Entscheidungs- und Handlungsdrucks ist auch, dass die Ärzte über alle Gesprächsphasen hinweg eine hohe Kompetenz und Zielorientiertheit im Problemlöseverhalten und eine nachvollziehbare Argumentationsweise zeigen. Dafür spricht auch die Strukturierung mit Zusammenfassung von Zwischenergebnissen. Eine klare Struktur bewirkt ein hohes Maß an Verständlichkeit auf Seiten des Patienten (KURTZ et al. 2005) und einer Verkomplizierung des Gespräches wird tendenziell entgegengewirkt. In diesem Sinne können auch die strukturierten Gespräche als Folge der Patientenedukation und der übergeordneten Handlungsorientierung der Ärzte gesehen werden.

7.1.4. Zusammenfassung

Die auf Grundlage der formal-quantitativen Ergebnisse vermutete klare *Handlungsorientierung* kann auch in den qualitativen Gesprächsmerkmalen erkannt werden. Hierbei fällt jedoch auf, dass sich die Ausrichtung des Gesprächs phasenabhängig ändert (siehe Abbildung 7). Kommt es zu einer gesteigerten Orientierung an der Person, dient dies wahrscheinlich der Edukation und Informierung des Patienten zur Optimierung von Handlungsabläufen und somit zu einer besseren Eingliederung in die Krankenhausabläufe. Ein weiterer möglicher Grund für eine verstärkte Personenorientierung ist gegeben, wenn die körperliche Priorität in den Hintergrund tritt. Dies geschieht zum Beispiel in einer palliativen Situation. Da hier das Leben des Patienten nicht mehr gerettet werden kann, rückt die subjektive Meinung des Patienten (beispielsweise Fragen zur Lebensqualität) ins Zentrum. Diesem gesteigerten Personeneinbezug bleibt der ärztliche *Schutz vor emotionaler Verwicklung* übergeordnet. Nicht mehr heilbare Patienten werden mehr einbezogen, ihre Emotionen und ihr Befinden wird jedoch weniger thematisiert.

Wie erwähnt, zeigt sich eine unterschiedlich starke Ausprägung der Personenorientierung in den verschiedenen Gesprächsphasen (siehe Abbildung 7). So bezieht der Arzt insbesondere in der Phase des Vermittelns von Befunden und bei der Planung des weiteren Vorgehens den Patienten ins Gespräch ein. Dem gegenüber bleibt dessen Meinung während der Gesprächseröffnung, körperlichen Untersuchung und zum Gesprächsabschluss weitgehend unberücksichtigt.

organisatorischen Größen im ärztlichen Alltag (wie z.B.: klinikumsinterne Besprechungen oder die Anwesenheit bei Operationen oder einem diagnostischen Eingriff zu einer bestimmten Zeit). In diesem Fall bildet also nicht die Behandlung des Patienten, sondern Elemente des festen ärztlichen Tagesablaufs die Grundlage der Handlungsorientierung im Visitengespräch.

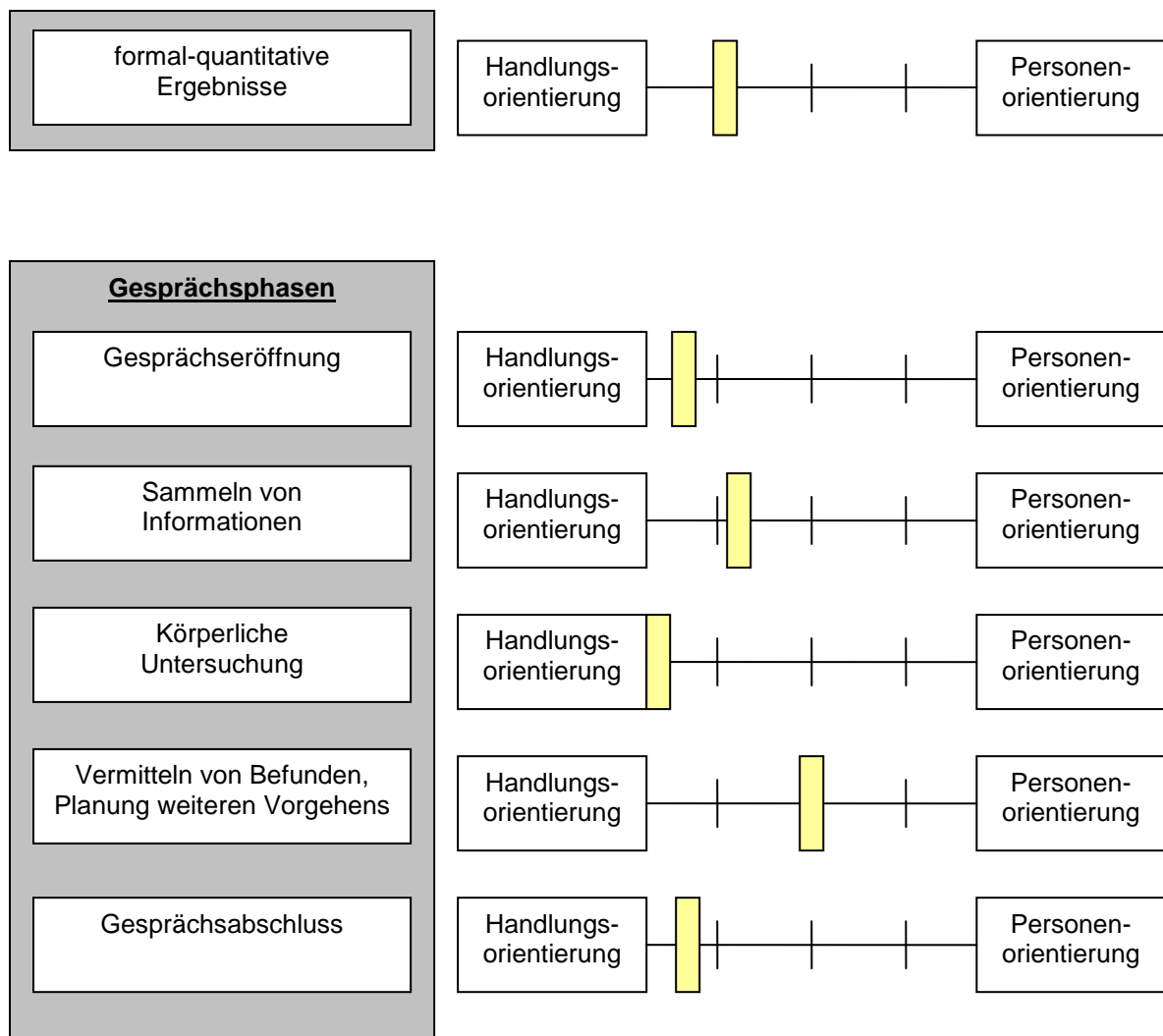


Abbildung 7: Verschiebung der Grundorientierung in den Gesprächsphasen der Visite

Das Gesprächsverhalten des Arztes unterliegt darüber hinaus wahrscheinlich einer *übergeordneten Handlungsorientierung*. Die Handlungsorientierung am Patienten (diagnostisches und therapeutisches Vorgehen) ist visitenbestimmend, aber nur sofern übergeordnete organisatorische Größen im ärztlichen Alltag unbeeinträchtigt bleiben. Hierfür sprechen die klar strukturierte Gesprächsführung, das Vermeiden von Gesprächszusammenfassungen und das nicht Fördern von Patienteninitiativen am Gesprächsende.

Weiterhin kommt zum Ausdruck, dass das ärztliche Handeln von einer fragmentierten Wahrnehmung des Patienten geleitet wird und einer klaren *somatischen Priorisierung* unterliegt. *Als ärztliche Handlungsmaxime kann so die (somatische) Krankheitsbekämpfung vermutet werden.*

7.2. Diskussion der Patientenzufriedenheit

Die Ergebnisse zur zweiten Fragestellung zeigen eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der erlebten Visite. Ähnlich positive Ergebnisse erzielen auch LECHER (2002), PAPSDORF (2008) und VEIGEL et al. (2011). Betrachtet man nun dieses Ergebnis aus dem Blickwinkel der Lösung des latenten Konfliktes, kommt man zu dem Schluss, dass der Konflikt für die Patienten möglicherweise nicht als ein solcher wahrgenommen wird. Man kann die Daten folglich so interpretieren, dass *kein latenter Konflikt besteht*. Dies könnte durch die individuell unterschiedlichen Erwartungen der Patienten an das Visitengespräch oder durch Erfahrungswerte begründet sein. Ein Patient, dessen Erfahrungsschatz von einer traditionellen Visitenführung geprägt ist und der ein paternalistisches Arzt-Patienten-Beziehungsmodell (vergleiche WIESING 2004) (er)lebt, wird womöglich eher keinen latenten Konflikt verspüren.

Es stellt sich die Fragen, welche weiteren Faktoren das unerwartet hohe Maß an Patientenzufriedenheit hervorrufen könnten? Nach OMMEN et al. (2006) wird die Patientenzufriedenheit durch:

- eine subjektiv gute psychosoziale Betreuung
- Anhören und Eingehen auf Patientenprobleme

beeinflusst.

Die genannten Einflussgrößen sind in der vorliegenden Untersuchung in der Regel gegeben. Beispielsweise wird häufig auf Patientenprobleme eingegangen (siehe Kapitel 6.2.2.1.). Im Stationsalltag kommen die Patienten getrennt vom ärztlichen Visitengespräch regelhaft in Kontakt mit Sozialarbeitern und Psychoonkologen. Es kann folglich eine gute psychosoziale Betreuung vermutet werden, auch wenn das Visitengespräch einer klaren somatischen Priorität unterliegt.

Darüber hinaus werden die folgenden Fähigkeiten des Arztes vom Patienten als wesentlich erachtet (DIERKS 1995, STÖTZNER 2001, JANSSEN et al. 2007):

- sozioemotionale Fähigkeiten (geduldig sein, eine empathische Ausstrahlung haben)
- ausreichend Zeit für Gespräche und Untersuchungen haben
- eine ausführliche und verständliche Information über die Erkrankung und deren Behandlung.

Liegen diese vor, kann von einer positiven Bewertung der Arzt-Patienten-Beziehung ausgegangen werden, welche sich wiederum in einer guten Bewertung der Visiten-gespräche dieser Ärzte widerspiegelt.

Im Bereich der Informierung unterscheiden sich die vorliegenden Gespräche von der traditionellen Visite durch ihren hohen Anteil an initiativen Informationen, auch wird die Verständlichkeit im Gespräch gewahrt. Ein ausreichendes Zeitkontingent für Gespräche und Untersuchungen kann angenommen werden, da 98% der Patienten die Zeit der Visiten-gespräche als meist oder voll genügend einschätzen.

Es zeigt sich, dass die positive Patienteneinschätzung vermutlich durch die genannten vorhandenen Größen beeinflusst worden ist. Darüber hinaus kann es bei der Bestimmung der Patientenzufriedenheit zu einem systematischen Fehler gekommen sein. Aufgrund des Wunsches nach einer positiven Arzt-Patienten-Beziehung könnte eine Tendenz zur Milde aufgetreten sein. Weiterhin könnte Angst vor einer schlechteren Behandlung die Patienten dazu motiviert haben, die positiven Pole der Skalen anzukreuzen.

Nach NEUGEBAUER & PORST (2001) und KRONES et al. (2006) bewerten jüngere und höher gebildete Patienten Fragebögen kritischer als ältere und weniger gebildete Personen. Betrachtet man nun die vorliegenden soziodemographischen Eigenschaften, so zeigt sich, dass das Patientenkollektiv ein erhöhtes Durchschnittsalter³¹ und einen leicht unterdurchschnittlichen Bildungsgrad³² aufweist. Es fehlen folglich die eher kritischen Personengruppen im Untersuchungskollektiv.

Nichtsdestotrotz wird anhand der Freitextkommentare deutlich, dass der vereinzelte Patientenwunsch nach einer stärkeren Informierung und einer Reduktion der häufigen Wechsel der ärztlichen Ansprechpartner besteht (Letzteres stimmt mit den Ergebnissen von PASSFELD 2001 überein). Darüber hinaus wird der Wunsch nach einem Vieraugengespräch formuliert. Diesbezüglich ist interessant, dass das Arzt-

³¹ Das Durchschnittsalter in Mecklenburg-Vorpommern beträgt laut dem STATISTISCHEN AMT MECKLENBURG-VORPOMMERN (2008) 44,7 Jahren. In der vorliegenden Studie liegt das Durchschnittsalter mit 58,1 Jahren deutlich höher.

³² Laut dem KONSORTIUM BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG (2006) haben 2004 bei 45-50-Jährigen 70% und bei 60-65-Jährigen 80% der Bevölkerung als höchsten Bildungsabschluss einen Hauptschul-/POS-/Realschulabschluss angegeben. Im Patientenkollektiv gaben 84% der in die Studie eingeschlossenen Patienten (bei einem Durchschnittsalter von 58,1 Jahre) einen solchen Bildungsabschluss als ihren höchsten an.

verhalten durch die Anzahl der Visitanteilnehmer³³ beeinflusst wird. Nehmen unterdurchschnittlich wenige Personen am Gespräch teil, werden mehr Patientenprobleme artikuliert und auch die Patientenzufriedenheit ist erhöht. Je geringer die Anzahl der Teilnehmer von Seiten des Krankenhauses ist, desto höher ist der Grad der Patientenorientierung.

Die in den Freitextkommentaren vereinzelt aufgetretene Unzufriedenheit stellt die generelle Annahme der Nichtexistenz des latenten Konfliktes im Visitengespräch in Frage. Der Konflikt scheint bei jungen und hoch gebildeten Patienten eher zu bestehen als bei älteren und weniger gebildeten Patienten. Letztere Gruppe lebt wahrscheinlich eher eine paternalistische Arzt-Patienten-Beziehung und ist mit der erlebten Visite zufrieden. Dafür spricht die signifikant gehäufte Ermutigung von Patienten mit hoher Schulbildung am Gesprächsende weitere Punkte zu besprechen. Der Grad der Einbeziehung ist folglich abhängig vom Bildungsgrad (so auch bei FLORIN & EHRENBURG 2005, SAY et al. 2006).

Versucht der Patient das Gespräch durch das vermehrte Einbringen von Initiativen mitzugestalten, so tritt gehäuft dialogbeeinträchtigendes Verhalten der Ärzte auf, z.B. suchen Ärzte verstärkt das Fachgespräch mit den Kollegen. Auf der Beziehungsebene kann das als Ausdruck einer latenten Sanktionierung des Patientenverhaltens gewertet werden und es lässt den *ärztlichen Wunsch nach Lenkungshoheit* im Visitengespräch vermuten. Jenes ärztliche Bestreben nach Lenkungshoheit könnte wiederum in der übergeordneten Handlungsorientierung begründet sein.

Neben dem Bildungsgrad übt das Geschlecht der Patienten einen Einfluss auf das Visitengespräch aus. Weibliche Patienten sprechen eher von persönlichen Problemen und männliche Patienten sind eher sachbezogen. Dies entspricht den verschiedenen Kommunikationsstilen von Mann und Frau (OPPERMANN & WEBER 1997). Neben Bildung und Geschlecht üben auch krankheitsspezifische Eigenschaften einen Einfluss aus (vergleiche NOTHDURFT 1982, WESTPHALE & KÖHLE 1982).

³³ In der vorliegenden Untersuchung befinden sich neben den Patienten durchschnittlich 4 Personen im Zimmer (dies sind meist 2 Ärzte, eine Schwester und der Untersucher). In der Literatur werden nach PROBST (2007), PAPSDORF (2008), PRIEST et al. (2010) Teilnehmerwerte von 4-8 Personen angegeben. Die vorliegende Teilnehmerzahl befindet sich somit am unteren Ende der beschriebenen Spanne.

Dazu zählen der Therapieansatz, ob ein Rezidiv vorliegt und die Anzahl der Nebendiagnosen. Damit entspricht das Ergebnis dem in der Literatur beschriebenen.

Aufgabe des Arztes ist es, den Patientenfaktoren Rechnung zu tragen und z.B. im Bezug auf den Bildungsgrad Informationen angemessen zu vermitteln. Diese generelle Forderung an den Arzt wird in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zum Teil erfüllt.

7.2.1. Zusammenfassung

Es ist anzunehmen, dass die Patientenzufriedenheit durch Einflussgrößen, systematische Fehler und ein von den soziodemographischen Eigenschaften her typischerweise unkritischem Untersuchungskollektiv beeinflusst ist.

Ein latenter Konflikt (siehe Kapitel 3.3.) scheint am ehesten für junge, hoch gebildete Patienten zu bestehen. Festzustellen ist, dass in diesem Fall der Patient mehr ins Gespräch einbezogen wird. Besteht kein Hinweis auf ein vermehrtes Informationsbedürfnis bleibt der Arzt direktiv und lenkt den Visitenverlauf.

7.3. Diskussion ableitbarer Verbesserungsvorschläge

Ausgehend von den Schlussfolgerungen aus Kapitel 7.1.4. wird deutlich, dass auf Grundlage der starken somatischen Priorisierung im Visitengespräch eine *Orientierung an der Krankheit* des Patienten vorzuliegen scheint. Die deutliche Handlungsorientierung der Ärzte weist auf ein *Gesundung schaffendes Selbstbild* hin. Dabei wird Gesundheit im Sinne der Abwesenheit von Krankheit verstanden. Das primäre ärztliche Ziel ist also die Bekämpfung der Krankheit.

Die ICF (International Classification of Function, Disability and Health) der WHO versteht Gesundheit jedoch wesentlich umfassender (WHO 2011). Demnach umfasst Gesundheit auch Elemente wie Aktivität, Partizipation und Beziehungen. Um Gesundheit im umfassenden Sinne zu fördern, bedarf es folglich nicht allein der Bekämpfung der Erkrankung. Vielmehr sollten die Patienten dabei unterstützt werden, ihre gesundheitsförderlichen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen (ANTONOVSKY 1986). Durch eine ärztliche Umorientierung von der *Krankheit* hin zur *Gesundheit* (im Sinne der ICF) könnte dem Rechnung getragen werden.

Konkret könnte dies bedeuten, dass sich die Visite zu gleichen Teilen an der Person und der Handlung orientiert und es so gelingt, die Krankheit zu bekämpfen und die Gesundheit des Patienten zu fördern.

Es drängt sich nun die Frage auf, wie diese Forderung umgesetzt werden könnte. Im Folgenden werden, abgeleitet von den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, Ideen vorgestellt, die helfen können die Personenorientierung im Visitengespräch zu erhöhen. Im Konkreten sind dies:

- Reduktion der *übergeordneten Handlungsorientierung*
- Durchführung der Visite in einem sicheren Gesprächsrahmen
- klare Gesprächsstruktur
- vermehrte Beteiligung des Patienten am Gespräch
- Informationsvermittlung an Patientenwünsche anpassen
- Anwendung von patienteneinbezugsförderlichen Gesprächstechniken

Der Einfluss von organisatorischen Größen im ärztlichen Alltag auf das Visitengespräch sollte reduziert werden. FALLER & LANG (2006) bemängeln, dass durch die Zunahme von organisatorischen Aufgaben wie Dokumentation und Abrechnungen immer weniger Zeit für die Visite bleibt und so der Arzt an einer vermehrten Personenorientierung gehindert wird (GEISLER 1989). Die Visite müsste folglich mit ausreichend zur Verfügung stehender Zeit durchgeführt werden (so auch WESTPHALE & KÖHLE 1982).

Die rein formale Verlängerung des Visitengesprächs bringt nicht per se eine Verbesserung (siehe Kapitel 6.4.4.) mit sich. Vielmehr müssten qualitative Kriterien Berücksichtigung finden, welche in der zur Verfügung stehenden Zeit umgesetzt werden. Beispielsweise könnte durch die Reduktion von organisatorischen Aufgaben gewonnene Zeit genutzt werden, um ausführlicher auf die Patientenbelange einzugehen.

Zu einem qualitativ hochwertigen Gesprächsverlauf gehören eine gute Gesprächsstruktur (LANGEWITZ et al. 2004, KURTZ et al. 2005, SCHWEICKHARDT & FRITZSCHE 2009), möglichst wenig Teilnehmern (so auch WESTPHALE & KÖHLE 1982) und das Nichtauftreten von Gesprächsstörungen. Eine gute Gesprächsstruktur könnte durch eine konsequente Aufgliederung des Visitengesprächs in eine ärztliche Besprechung auf dem Stationsflur und ein direktes Gespräch am Patientenbett erzielt werden (UEXKÜLL 1981).

Zur Förderung der Gesprächsstruktur könnte es sich als zielführend erweisen, einen groben standardisierten Ablauf zu erlernen. Standardisierte Abläufe finden sich in

nahezu allen Bereichen der Medizin, ob bei Vorbereitungen zu Operationen oder im Anamnesegegespräch. Sie helfen dabei, einen hohen Qualitätsstandart zu gewährleisten. Die Entwicklung eines solchen ist für die Visite jedoch besonders schwierig, da sie sehr variabel und neben dem Arzt auch vom Patienten und der Umgebung abhängig ist. In einem solchen Gesprächsablauf könnten beispielsweise bestimmte Gesprächsphasen/-momente eingefügt werden, die dem Patienten bewusst Raum geben, seine Perspektive in die Visite vermehrt einzubringen. Dies geschieht bereits in Ansätzen in der Gesprächsphase des Sammelns von Informationen und beim Vermitteln von Befunden (siehe Kapitel 7.1.3.), ein solches Verhalten scheint noch intensivierbar, z.B. könnte eine bewusst gesetzte Möglichkeit, den Patienten im Gesprächsverlauf eine Initiative starten zu lassen, dies ergänzen. Dadurch könnte es vermehrt gelingen, den Informationsfluss zum Patienten an dessen Wünschen zu orientieren, so wie es BUCKA-LASSEN (2005) fordern.

In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass bei überdurchschnittlich vielen vermittelten Informationen an den Patienten, diese vermehrt Besorgnis zeigen. Gelingt es also, den Informationsfluss den Patientenwünschen anzupassen, könnte eine mögliche Überflutung des Patienten mit Informationen vermieden werden. In jedem Fall sollte das Erleben und der Umgang des Patienten mit den gegebenen Informationen stärker berücksichtigt werden. „Acknowledging that patients have an understandable reason to feel the way they do and exploring the reason behind an unexpected reaction will almost always have a beneficial outcome.“ (WOLF et al. 1994, S. 896).

Um dem Gesundheitsbegriff im Sinne der WHO zu entsprechen, ist es notwendig, den Patienten in seiner biopsychosozialen Gesamtheit zu erfassen und ihn nicht somatisch fragmentiert wahrzunehmen. In diesem Kontext bleibt zu diskutieren in wie weit eine psychotherapeutische Mitbetreuung parallel zum ärztlichen Patientenkontakt die somatische Priorisierung durch den Arzt unterstützt und somit zur fragmentierten Wahrnehmung des Patienten beiträgt. Unabhängig von der somatischen Patientenwahrnehmung erscheint es in jedem Fall sinnvoll, die Vermittlung einer bösartigen onkologischen Hauptdiagnose gänzlich aus dem Visitengespräch ausgekoppelt und in einem angemessenen Umfeld zu kommunizieren (BUCKA-LASSEN 2005, WEBER et al. 2005, AITINI & ALEOTTI 2006, MEHTA 2008).

Um den Patienten bewusst vermehrt in das Gespräch einzubeziehen, bedarf es eines hohen Maßes an Kommunikationskompetenz: „[...] die Anforderungen an die ärztliche Kommunikationskompetenz haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen [und] sie steigen weiter.“ (KAPPAUF 2004, S. 1252). Unter dem Blickwinkel der Zunahme dieser Anforderungen zeigen HAAK et al. (2008), dass Kommunikationsfähigkeit nicht allein durch den vermehrten Arzt-Patienten-Kontakt entsteht. Es erscheint folglich sinnvoll, gezielte Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten, um die Visite vermehrt am Patienten zu orientieren und so zu dessen Gesundheit (im Sinne des Gesundheitsbegriffes von WHO) beizutragen. Konkret könnte dies das Training von patientenmitarbeitsförderlichen Gesprächstechniken heißen. Kapitel 3.4. gibt einen Überblick über belegte Effekte der Anwendung solcher Gesprächstechniken.

Werden solche Gesprächsmerkmale im Visitengespräch eingesetzt, sind sie Ausdruck eines Zuwachses an ärztlicher Kommunikationskompetenz. Diese zeigt sich auch in anderen Bereichen (siehe Kapitel 6.4.4.3.). Stellten Ärzte z.B. vermehrt offene Fragen, zeichneten sie sich zusätzlich auch durch ein strukturiertes Eingehen auf Patientenprobleme aus. Dieses Ergebnis lässt eine gute Wirksamkeit von Weiterbildungsmaßnahmen erahnen.

GREEN & BURLESON (2003) identifizieren als Barrieren sich an Weiterbildungen zu beteiligen, dass im Medizinstudium nur wenig Kontakt mit der praktischen Anwendung von Gesprächstechniken besteht und sie folglich nicht internalisiert werden. Weiterhin ist der Krankenhausaufenthalt für den Patienten eine extreme Belastung und für den Arzt lediglich Alltag. Hinzu kommt, dass das medizinische Personal oftmals überlastet, gestresst und erschöpft ist. Im Zuge der Arbeit als Assistenzarzt eignet sich jeder Mediziner eine eigene, schnelle und effiziente Form der Gesprächsführung an. All diese Faktoren tragen dazu bei, dass die Motivation bei der Mehrzahl der Ärzte eher gering ist, die eigenen kommunikativen Fähigkeiten weiterzubilden oder den Visitenablauf zu verändern.

BRÉDART et al. 2005 postulieren, dass neben dem Arzt auch der Patient weitergebildet werden sollte. „The initiatives should target both doctors and patients. Patients should be educated in soliciting information and expressing their preferences, and doctors must recognise the need to acquire appropriate communication skills to bet-

ter elicit patients' overall needs, impart information in a sensitive manner, and respond to more assertive patients." (BRÉDART et al. 2005, S. 354).

„Communication is not, as some would say, simply good manners, being nice or 'pandering to the patient'. The prize on offer is much greater than this: communication skills training improves clinical performance.“ (KURTZ et al. 2005, S. 25). Der Grundstein für gelungene Visitengespräche sollte bereits im Medizinstudium gelegt werden. Es sollte die Möglichkeit bestehen, Gesprächstechniken auszuprobieren und diejenigen *beizubehalten*, die zur individuellen Person passen und sich bequem anwenden lassen. KURTZ et al. 2003 empfehlen dazu den Calgary-Cambridge Guide. Für Trainingsmaßnahmen auf dessen Grundlage konnte eine signifikante Verbesserung des Arztverhaltens im Patientengespräch gezeigt werden (WONG et al. 2007).

Gelingt es durch Schulung einer guten Visitenstruktur und patienteneinbezugsförderlicher Gesprächstechniken die Orientierung des Visitengesprächs zu gleichen Teilen auf die Person als auch auf medizinische Handlungen hin auszurichten, kann die Gesundheit des Patienten umfassend gefördert werden. Dabei würde zusätzlich der latente Konflikt, welcher insbesondere für junge, gebildete Patienten besteht, mitgelöst werden.

8. Zusammenfassung

Die Diagnose Krebs konfrontiert den Patienten mit einer Vielzahl von Fragen und Veränderungen. Zusätzlich muss er sich im Zuge seines Krankenhausaufenthaltes in einer ungewohnten Umgebung und Rolle zurechtfinden. In diesem Kontext kommt dem ärztlichen Gespräch eine besondere Bedeutung zu.

Das Visitengespräch bedeutet für den Erkrankten eine Möglichkeit, Fragen zu seiner Erkrankung und deren Auswirkung zu stellen. Auch vermittelt eine patientenzentrierte Haltung des Arztes während des Visitengesprächs dem Patienten Sicherheit und trägt damit zu einer konstruktiven Krankheitsbewältigung bei. Für den Arzt wiederum ist die Visite ein Ort der Diagnosefindung und Überprüfung der Therapiewirkung. Diese unterschiedlichen Sichtweisen bedingen einen latenten Konflikt.

Visitenanalysen aus der Literatur zeigen, dass dieser Konflikt weitgehend zugunsten des Arztes gelöst wird. Liegt hingegen eine erhöhte Patientenbeteiligung vor, werden positive Auswirkungen auf den Patienten beschrieben.

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, in welchem Ausmaß es gelingt, auf einer hämatologisch-onkologischen Station sowohl die Arzt- als auch die Patientenperspektive in der Visitengestaltung zu berücksichtigen. Die Analyse der Gesprächsmerkmale zeigt Übereinstimmungen mit den in der Literatur beschriebenen Ergebnissen. Abweichend davon fällt jedoch ein vermehrter Patienteneinbezug auf. Dieser besteht meist in einer Edukation des Patienten und weniger in einem Eingehen auf dessen Gefühlswelt. Das ärztliche Verhalten ist bei einer somatischen Priorisierung klar handlungsorientiert. Insgesamt fluktuiert der Grad des Patienteneinbezugs über die verschiedenen Gesprächsphasen hinweg. Darüber hinaus zeigt sich eine Vielzahl von Einflussgrößen auf das Arztverhalten im Visitengespräch.

Die Patienten sind mit den erlebten Visitengesprächen zufrieden. Diese unkritische Haltung könnte möglicherweise durch die soziodemographischen Eigenschaften der Patientengruppe wie hohes Alter und niedriger Bildungsgrad mitbestimmt werden.

Gelänge es, die Patientenbeteiligung im Visitengespräch zu steigern, kämen neben der Krankheitsbekämpfung auch gesundheitsfördernde Aspekte der Patientenbetreuung zum Tragen. Gemäß der International Classification of Function, Disability

and Health (ICF) zählen hierzu die Partizipation und Teilhabe als wesentlicher Bestandteil von Gesundheit. Zur Berücksichtigung dieser Aspekte wären ein sicherer Gesprächsrahmen, eine klare Visitenstruktur sowie der vermehrte Einsatz von Gesprächstechniken zur Förderung des Patienteneinbezugs nötig. Solche Gesprächsvariablen finden sich beispielsweise in der Methode der partizipativen Entscheidungsfindung wieder.

7. Literaturverzeichnis

AHRENS, T., YANCEY, V., KOLLEF, M., (2003):

Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive-care unit and resource use. *Am J Crit Care*, 2003, 12: S. 317-323.

ANGENENDT, A., SCHÜTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCKE, V., (2007):

Praxis der Psychoonkologie – Psychoedukation, Beratung und Therapie. Hippokrates Verlag, Stuttgart.

ANTONOVSKY, A., (1987):

Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey – Bass Publishers, San Francisco.

ARBORELIUS, E., BREMBERG, S., TIMPKA, T., (1991):

What is Going on When the General Practitioner Doesn't Grasp the Situation? *Family Practice*, 1991, 8: S. 3-9.

AITINI, E., ALEOTTI, P., (2006):

Breaking bad news in oncology: like a walk in the twilight? *Annals of Oncology*, 2006, 17: S. 359–360.

AUE, M., BADER, B., LÜHMANN, J., (1995):

Krankheits- und Sterbebegleitung. Ausbildung, Krisenintervention, Training. Herausgegeben von der AIDS-Hilfe e.V. Weinheim: Beltz.

BAIDER, L., COOPER, C.L., DE-NOUR, A.K., (2000):

Cancer and the Family. 2. Auflage, WILEY-VCH, New York – Weinheim – Queensland – Jin Xing Distripark – Rexdale.

BALINT, M., (1957):

The doctor, his patient and the illness. Pitman Medical Publishing, London.

BARTH, D., (1999):

Vom Werbeverbot zur Patienteninformation. Springer, Berlin – Heidelberg – New York.

BLEULER, E., (1983):

Lehrbuch der Psychiatrie. Unveränderter Nachdruck der 15., von Manfred Bleuler bearbeiteten Auflage, Springer, Berlin - Heidelberg - New York.

BLIESENER, T., KÖHLE, K., (1986):

Die ärztliche Visite – Chance zum Gespräch. Westdeutscher Verlag, Opladen.

BLIESENER, T., SIEGRIST, J., (1981):

Greasing the wheels: Conflicts on the round and how they are managed. Journal of Pragmatics, 1981, 5: S. 181-207.

BRÉDART, A., BOULEUC, C., DOLBEAULT, S., (2005):

Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Current Opinion in Oncology, 2005, 17: S. 351-354.

BUCKA-LASSEN, E., (2005):

Das schwere Gespräch, Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

BUCKL, S., (2010):

Arztgespräch, Der mündige Patient als Herausforderung. Dtsch Arztebl 2010; 107 (38): S. 17-18.

DAVISON, B.J., GOLDENBERG, S.L., (2003):

Decisional regret and quality of life after participating in medical decision-making for early-stage prostate cancer. BJU Int 2003, 91: S. 14-17.

DECKER, O., (2006):

Ärztin-Patienten-Beziehung. In: ROCKENBAUCH, K., DECKER, O., STÖBEL-
RICHTER, Y. (Hrsg.), Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis. Pabst Science
Publishers, Lengerich – Berlin – Bremen – Miami – Riga – Viernheim – Wien –
Zagreb, S. 15-26.

DIERKS, M.L., (1995):

Erwartungen von Patienten an ihren Arzt. In: Bundesministerium für Gesundheit
(Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. BMG-Schriftenreihe 177. Nomos,
Baden-Baden.

CREAMER, G.L., DAHL, A., PERUMAL, D., TAN, G., KOEA, J.B., (2010):

Anatomy of the ward round: the time spent in different activities. ANZ J Surg, 2010,
80 (12), S. 930-2.

DÜRHOULTZ, D., (1993):

Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patienten, Unterschiede in klassifikation und
Kognition von Krankheitsbegriffen als Ursache von Verständigungsschwierigkeiten
zwischen Arzt und Laien. Peter Lang, Frankfurt am Main – Berlin – Bern – New York
– Paris – Wien.

ECKART, W.U., (2009):

Geschichte der Medizin. 6. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

ENGEL, G.L., (1977):

The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 1977, 196:
S. 129–136.

ENGEL, G.L., (1980):

The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 1980, 137: S.
535–544.

ENGELHARDT, K., (1999):

Kranke Medizin, Das Abhandenkommen des Patienten. Agenda Verlag, Münster.

EUROSTAT-KLASSIFIKATION, (2010):

Stand: 24.02.2010, http://ec.europa.eu/regional_policy/document/pdf/document/radi/de/9_annex_de.pdf.

FALLER, H., LANG, H., (2006):

Medizinische Psychologie und Soziologie. 2., vollständig neu bearbeitete Auflage, Springer, Heidelberg.

FALLOWFIELD, L.J., JENKINS, V.A., BEVERIDGE, H.A., (2002):

Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliat Med*, 2002, 16, S. 297-303.

FLORIN, J., EHRENBURG, A., (2005):

Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Studies in health technology and informatics*, 2005, 122: S. 54-57.

FRANCK, N., STARY, J., (2009):

Die Technik wissenschaftlichen Arbeitens. 15. überarbeitete Ausgabe, Verlag Ferdian Schöningh, Paderborn.

GAISSER, A., STAMATIADIS-SMIDT, H., (2004):

Die Bedeutung von Information für Krebspatienten und Erfahrungen aus der Arbeit des Krebsinformationsdienstes in Heidelberg. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2004, 47: S. 957–968.

GEISLER, L., (1989):

Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch - Wirklichkeit und Wege. 2. Auflage, Pharma Verlag, Frankfurt am Main.

GEISLER, L., (1992):

Sprechende Medizin – Luxus oder Notwendigkeit? *Med. Klein.*, 1992, 87: S. 274.

GEISLER, L., (2003):

Kommunikation bei der Patientenvisite - Ausdruck unserer ethischen Werthaltung. Referat beim Ethik-Symposium „Wirtschaftlichkeit oder Menschlichkeit - Ethik im Klinikalltag zwischen den Stühlen“ am 14. März 2003. Ethikforum der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil, Bochum. Stand 28.07.2010: <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0314patientenvisite.html>.

GEUE, B., (1993):

Individuelle Patientenführung, Erfolgsorientierte Kommunikationsstrategien für die tägliche Praxis. 1. Auflage, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

GOTTSCHLICH, M., (1998):

Sprachloses Leid, Wege zu einer kommunikativen Medizin. Die heilsame Kraft des Wortes. 1. Auflage, Springer-Verlag, Wien – New York.

GREEN, J.O., BURLESON, B.R., (2003):

Handbook of Communication and Social Interaction Skills. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Mahwah, New Jersey – London.

GRIFFITH, CH. III, WILSON, JF., LANGER, S., HAIST, SA., (2003):

House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. J Gen Intern Med, 2003, 18: S. 170-174.

GROSS, R., LÖFFLER, M., (1997):

Prinzipien der Medizin, Eine Übersicht ihrer Grundlagen und Methoden. 1. korrigierter Nachdruck, Springer, Berlin – Heidelberg.

GRUMANN, M. und SCHLAG, P. M., (1999):

Diagnose Krebs, Strategien der Anpassung in der Frühphase der Erkrankung. Der Onkologe, 1999, 5: S. 147–151.

HAAK, R., ROSENBOHM, J., KOERFER, A., OBLIERS, R., WICHT, M.J., (2008):

The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. Eur J Dent Educ, 2008, 12 (4), S. 213-218.

HAFERLACH, T., (1994):

Das Arzt-Patient Gespräch, Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und Patientenaufklärung. Zuckschwerdt, München – Wien – New York.

HAGERTY, R.G., BUTOW, P.N., ELLIS, P.M., LOBB, E.A., PENDLEBURY, S.C., LEIGHL, N., MAC LEOD, C., TATTERSALL, M.H., (2005):

Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. J Clin Oncol, 2005, 23: S. 1278-1288.

HANNICH, H.-J., (2007):

Visite – adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. In: HOEFERT, H.-W. und HELLMANN, W. (Hrsg.), Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. 1. Auflage, Heidelberg, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, S. 315-326.

HEIM, M.E., (1997):

Standards und Qualitätskriterien in der Psychoonkologie. In: DELBRÜCK, H. (Hrsg.), Standards und Qualitätskriterien in der onkologischen Rehabilitation, 7.1 Qualitätssicherung in der Onkologie. W. Zuckschwerdt Verlag, München – Bern – Wien – New York, S. 27-35.

HERSCHBACH, P., HEUßNER, P., (2008):

Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Klett-Cotta, Stuttgart.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION, (1989):

The revised international standard classification of occupation (ISCO-88). ILO, Geneva.

JÄHRIG, C., KOCH, U., (1982):

Die Arzt-Patienten-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses: Eine empirische Untersuchung. In: KÖHLE, K., RASPE, H.-H. (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban& Schwarzenberg, München – Wien – Baltimore, S. 36-57.

JANSSEN, C., OMMEN, O., NEUGEBAUER, E., LEFERING, R., PFAFF, H., (2007):
How to improve satisfaction with hospital stay of severely injured patients.
Langenbecks Arch Surg, 2007, 392 (6): S. 747-760.

JANSSEN, P.L., JORASCHKY, P., TRESS, W., (2009):
Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Orientiert an den
Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer. 2. überarbeitete und erweiterte
Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

KAPPAUF, H.W., (2004):
Kommunikation in der Onkologie. Der Onkologe, 2004, 10: S. 1251-1260.

KATON, W., VON KORRF, M., LIN, E., (1999):
Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of
depression. Arch Gen Psychiat, 1999, 56: S. 1109-1115.

KIRK, P., KIRK, I., KRISTJANSON, L.J., (2004):
What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be
told? A Canadian and Australian qualitative study. BMJ, 2004, 328: S. 1343.

KOCH, U., LANG, K., MEHNERT, A., SCHMELING-KLUDAS, C., (2006):
Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen, Grundlagen und
Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Schattauer,
Stuttgart.

KÖHLE, K. und RASPE, H.-H., (1982):
Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban & Schwarzenberg, München -
Wien - Baltimore.

KONSORTIUM BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG, (2006):
Bildung in Deutschland, Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu
Bildung und Migration. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.

KRONES, J.C., WILLIS, S., STEINAU, G., SCHUMPELICK, V., (2006):

Der Arzt in der Wahrnehmung des Patienten, Ein aktuelles Meinungsbild. Der Chirurg, 2006, 77: S. 718-724.

KÜBLER-ROSS, M., (1977):

Interviews mit Sterbenden. Kreuz, Stuttgart.

KURTZ, S., SILVERMAN, J., BENSON, J., DRAPER, J., (2003):

Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med, 2003, 78 (8), S. 802-809.

KURTZ, S., SILVERMAN, J., DRAPER, J., (2005):

Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Publishing, Oxford – San Francisco.

KUTSCHER, P. P., SEßLER, H., (2006):

Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin, Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing. 1. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

LANGEWITZ, W., DENZ, M., KELLER, A., KISS, A., RUTTIMANN, S., WOSSMER, B., (2002):

Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ, 2002, 325: S. 682-683.

LANGEWITZ, W., BUDDENBERG-FISCHER, B., LAEDERACH, K., (2004):

Das ärztliche Gespräch – die ärztliche Untersuchung. In: BUDEBERG, C. (Hrsg.), Psychosoziale Medizin. 3. aktualisierte Auflage, Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg, S. 373-407.

LANGEWITZ, W., EDLHAIMB, H.-P., HÖFNER, C., KOSCHIER, A., NÜBLING, M., LEITNER, A., (2010):

Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin – Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung. Psychother Psych Med, 2010, 60: S. 451-456.

LECHER, S., KLAPPER, B., KOCH, U., (2002):

Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK): Ein Instrument zur Defizitanalyse aus Patientensicht. Z Med Psychol, 2002, 11: S. 129-138.

LITTLE, P., WILLIAMSON, I., WARNER, G., GOULD, C., GANTLEY, M., KINMONTH, AL., (1997):

Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. BMJ, 1997, 314: S. 722-727.

LOH, A., SIMON, D., HÄRTER, M., (2007):

Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen, Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systemischen Reviews. Dtsch Ärzteblatt, 2007, 104 (21): S. 1483-1488.

MAIN, C.J., BUCHBINDER, R., PORCHERET, M., FOSTER, N., (2010):

Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2010, 24 (2): S. 219-225.

MARVEL, MK., EPSTEIN, RM., FLOWERS, K., BECKMAN, HB., (1999):

Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA, 1999, 281: S. 283-287.

MEREDITH, C., SYMONDS, P., WEBSTER, L., LAMONT, D., PYPER, E., GILLIS, C.R., FALLOWFIELD, L., (1996):

Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. BMJ, 1996, 313, S. 724-726.

MEHTA, P.N., (2008):

Communication skills - breaking bad news. Indian Pediatr, 2008, 45 (10): S. 839-841.

MÖLLER, H.-J., LAUX, G., DEISTER, A., (2001):

Psychiatrie und Psychotherapie. 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 506-510.

NEUGEBAUER, B., PORST, R., (2001):

Patientenzufriedenheit, Ein Literaturbericht. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001.

NORDMEYER, J., (1978):

Arzt-Patienten-Beziehung während der Visite unter besonderer Berücksichtigung von Problempatienten. Psych. Dissertation, Universität Hamburg.

NOTHDURFT, W., (1982):

Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus-Visiten. In: KÖHLE, K. und RASPE, H.-H. (Hrsg.), Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore.

OMMEN, O., JANSEN, C., NEUGEBAUER, E., REHM, K., BOUILLON, B., PFAFF, H., (2006):

Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten. Der Unfallchirurg, 2006, 109: S. 628-639.

OPPERMANN, K., WEBER, E., (1997):

Frauensprache – Mönnersprache. Die verschiedenen Kommunikationsstile von Männern und Frauen. mvg Verlag, Redline GmbH, Heidelberg.

PAPSDORF, I., (2008):

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient in der ophthalmologischen Visite, Eine formal quantitative Untersuchung. Med. Dissertation, Universität Greifswald.

PASSFELD, H., (2001):

Kurzzeitpatienten im Krankenhaus, Vorstudien zur Erhebung der Patientenzufriedenheit aus Patientensicht mittels eines neuen Fragebogens. Med. Dissertation, Universität Hamburg.

PHILIPP, S., (2004 a):

Kommunikation und Interaktion. In: STRAUß, B., BERGER, U., TROSCHKE, J. v., BRÄHLER, E. (Hrsg.): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Hogrefe Verlag, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle – Oxford - Prag, S. 341-352.

PHILIPP, S., (2004 b):

Besonderheiten der Kommunikation und Kooperation. In: STRAUß, B., BERGER, U., TROSCHKE, J. v., BRÄHLER, E. (Hrsg.): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Hogrefe Verlag, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle – Oxford - Prag, S. 353-369.

PRIEST, J.R., BEREKNYEI, S., HOOPER, K., BRADDOCK, CH. 3rd, (2010):

Relationships of the Location and Content of Rounds to Specialty, Institution, Patient-Census, and Team Size. PLoS ONE, 2010, 5 (6): S. 11246.

PROBST, S., (2007):

Bedeutung der Visite in der Psychosomatischen Medizin. Med. Dissertation, Universität Ulm.

RANDALL, F., DOWNIE, R. S., (1996):

Palliative Care Ethics, A Good Compassion. Oxford Medical Publications.

RASPE, H.-H., (1976):

Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten, Darstellung eines Missverhältnisses. Medizinische Klinik, 1976, 71, S. 1016-1020.

RASPE, H.-H., (1979):

Das Problem der Aufklärung und Information bei Akutkrankenhauspatienten und seine Erforschung. Phil. Dissertation, Universität Freiburg.

RASPE, H.-H., (1983):

Aufklärung und Information im Krankenhaus. Medizinsoziologische Untersuchungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

READER, G.G., Pratt, L., Mudd, M.C., (1957):

What patients expect from their doctors. The Modern Hospital, 1957, 89, S. 88-94.

REITZ, M., GUTJAHR, P., (1994):

Krebs besiegen. Verlag Ullstein GmbH, Frankfurt/Main – Berlin, S. 281-293.

ROBSON, C., (1993):

Real World Research, A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers. Blackwell, Oxford – Cambridge.

ROCKENBAUCH, K., GEISTER, C., APPEL, C., (2010):

Patientenbeteiligung aus ÄrztlInnensicht – eine qualitative Studie. Psychother Psych Med 2010, 60, S. 156-163.

ROGERS, C. R., (1977):

Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Kindler, München.

SATOR, M., GSTETTNER, A., HLADSCHIK-KERMER, B., (2008):

„Seitdem mir der Arzt gesagt hat ‚Tumor‘ – Das war’s.“, Arzt-Patient-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. Wien Klin Wochenschr 2008, 120/5-6: S. 158-170.

SAY, R., MURTAGH, M., THOMSON, R., (2006):

Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review. Patient Education and Counseling 60, 2006, S. 102-114.

SCHEIBLER, F., STOFFEL, M.P., BARTH, C., KUCH, C., STEFFEN, P., BALDAMUS, C.A., PFAFF, H., (2005):

Partizipative Entscheidungsfindung als neuer Qualitätsindikator in der Nephrologie. Eine bundesweite Untersuchung. Medizinische Klinik, 2005, 100 (4), S. 193-199.

SCHÜTZE-KREILKAMP, U., ANGENENDT, G., (2007):

Kommunikation bei Krise und Psychotrauma in der Onkologie. In: ANGENENDT, G., SCHÜTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V. (Hrsg.), Praxis der Psychoonkologie, Psychoedukation, Beratung und Therapie. Hippokrates Verlag, Stuttgart, S. 74-80.

SCHULMAN, BA., (1979):

Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. Med Care, 1979, 17: S. 267-281.

SCHUTH, W., (2004):

Gynäkologische Psychoonkologie, Die Patientin mit Krebs und ihr Arzt. Der Onkologe, 2004, 10, S. 1007-1018.

SCHWARZ, R., GÖTZE, H., (2008):

Psychoonkologie. Psychotherapeut, 2008, 3: S. 221-235.

SCHWEIKHARDT, A., FRITZSCHE, K., (2009):

Kursbuch ärztliche Kommunikation, Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. 2. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag Köln.

SHILLING, V., JENKINS, V., FALLOWFIELD, L., (2003):

Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? Psychooncology, 2003, 12: S. 599-611.

SIEGRIST, J., (1972):

Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten. In: Zeitschrift für Soziologie, 1972, (1) 3, S. 271-280.

SIEGRIST, J., (1978):

Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Enke, Stuttgart.

SILVERMAN, J., KURTZ, S., DRAPER, J., (2005):

Skills for Communicating with Patients. 2. Auflage, Radcliff Publishing, Oxford – San Francisco.

STATISTISCHES AMT MECKLENBURG-VORPOMMERN, (2008):

Statistische Berichte, Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern 2008, Teil 1 – Kreisergebnisse. 09.10.2009, Schwerin.

STÖTZNER, K., (2001):

Einbindung von Patienten und ihren Anliegen in die evidenzbasierte Medizin. ZaeFQ, 2001, 95: S. 131-136.

TSCHUSCHKE, V., (2006):

Psychoonkologie, Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs. 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart.

UEXKÜLL, T. von, (1981):

Integrierte Psychosomatische Medizin, Modelle in Praxis und Klinik. Schattauer, Stuttgart.

UEXKÜLL, T. von, WESIACK, W., (1998):

Theorie der Human Medizin, Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München – Wien- Baltimore.

VEIGEL, S., SCHMID, A., KOLLMAR, O., SCHULD, J., BIALAS, P., KOPP, B., SCHILLING, M., MOUSSAVIAN, M.R., (2011):

Reduced Time-Frame for Ward Rounds and Patient Satisfaction. Zentralbl Chir, 2011 Feb 22. [Epub ahead of print].

WEBER, M., MÜLLER, M., EWALD, H., (2005):

Kommunikation in der Palliativmedizin, Dimensionen existenzieller Begegnung. Der Onkologe, 2005, 11: S. 384–391.

WEBER, H., STOCKLI, M., NUBLING, M., LANGEWITZ, WA., (2007):

Communication during ward rounds in Internal Medicine: an analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns* 2007, 67 (3): S. 343-348.

WEINHOLD, C., (1997):

Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal: eine gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus. 1. Auflage, Bern u.a., Huber.

WESTPHALE, C., KÖHLE, K., (1982):

Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psycho-somatischen Krankenstation. In: KÖHLE, K., RASPE, H.-H. (Hrsg.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, S. 102-139.

WIESING, U. (Hrsg.), (2004):

Ethik in der Medizin, Ein Studienbuch, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Philipp Reclam jun. GmbH & Co., Stuttgart, S. 91-122.

WILKER, F.-W., BISCHOFF, C., NOVAK, P., (1994):

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. 2. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore, S. 249-284.

WOLF, A.M., INGELFINGER, J.A., SCHMITZ, S., (1994):

Emphasizing attitudes toward the doctor-patient relationship in medical education. *Academic Medicine*, 1994, 69 (11): S. 895-896.

WONG, S.Y., CHEUNG, A.K., LEE, A., CHEUNG, N., LEUNG, A., WONG, W., CHAN, K., (2007):

Improving general practitioners' interviewing skills in managing patients with depression and anxiety: a randomized controlled clinical trial. *Med Teach*, 2007, 29 (6): S. 175-183.

WHO, (2011):

World Health Organisation: International Classification of Function, Disability and Health (ICF). Stand 20.04.2011: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Andreas Johannes Rüdiger
Geburtsdatum und -ort: 07.07.1983 in Lutherstadt Wittenberg

Schulbildung:

08/1990 – 07/1994 Heidegrundschule Bad Düben
08/1994 – 07/2002 Albert-Schweitzer-Gymnasium Bad Düben

Zivildienst:

10/2002 – 07/2003 Zentralsterilisationsbereich/OP-Bereich, Bad Düben

Berufsausbildung:

09/2004 – 08/2005 Ausbildung zum Rettungsassistenten, Leipzig
09/2005 Anerkennungspraktikum zum Rettungsassistenten, Bad Düben

Studium:

10/2005 – 12/2011 Studium der Humanmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Praktisches Jahr:

08/2010-11/2010 Innere Medizin, Stralsund
12/2011-03/2011 Gynäkologie und Geburtshilfe, Uniklinik Greifswald
04/2011-07/2011 Chirurgie, Uniklinik Greifswald

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

Danksagungen

Mein besonderer Dank gilt allen, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt haben.

Insbesondere möchte ich mich bei Prof. Dr. rer. medic. H.-J. Hannich und dem gesamten Team der medizinischen Psychologie für die freundliche Betreuung bedanken, im speziellen Frau Dipl.-Psych. C. Altenstein für ihre konstruktive Beratung zur Optimierung des qualitativen Analyseinstrumentes, ebenso bei den studentischen Mitarbeitern und Doktoranden, welche hilfreiche Anregungen beisteuerten.

Dem Ärzte- und Pflorgeteam der Klinik für Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Greifswalds, unter der Leitung von Prof. Dr. med. G. Dölken, danke ich für die freundliche Integration ins Behandlungsteam und die Bereitschaft die Visitengespräche aufzeichnen und analysieren zu dürfen.

Gleichfalls danke ich Dr. rer. nat. B. Jäger für seine unermüdliche Beratung in Fragen der Statistik und der Datenanalyse.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie, meinen Freunden und Kommilitonen bedanken, die mich praktisch unterstützt und immer wieder ermutigt haben.

Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
Medizinische Fakultät
Institut für Medizinische Psychologie
Direktor: Prof. Hannich



Werte Ärztinnen und Ärzte,

im Rahmen einer Doktorandenarbeit über die ärztliche Visite sind für die nächste Zeit Tonbandaufnahmen der morgendlich stattfindenden Visitengespräche geplant. Es besteht somit die Möglichkeit, dass auch von Ihrem Visitengespräch Aufzeichnungen gemacht werden.

Diese werden im Anschluss an die Aufnahme quantitativ analysiert und ausgewertet. Dabei bleiben Ihre Daten anonym!

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis, Ihre Visitengespräche mit einem Tonbandgerät aufzeichnen und für diese Studie verwenden zu dürfen.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung des Projekts.

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Tonbandaufnahmen aufgeklärt wurde und mit der Aufnahme meiner Arzt - Patienten - Gespräche einverstanden bin.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift

Projektbetreuer

Ansprechpartner:
Herr Johannes Rüdiger
johannesruediger@web.de
0 38 34 / 76 19 23

Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
Medizinische Fakultät

Institut für Medizinische Psychologie
Direktor: Prof. Dr. Hannich



Werte Patienten,

im Rahmen einer Doktorandenarbeit zur Qualität der medizinischen Betreuung im Krankenhaus sind für die nächste Zeit Tonbandaufnahmen der morgendlich stattfindenden Visitingespräche geplant. Es besteht somit die Möglichkeit, dass auch von Ihrem Visitingespräch Aufzeichnungen gemacht werden.

Diese werden im Anschluss an die Aufnahme auf die Qualität der Gesprächsführung untersucht. Dabei bleiben Ihre Daten anonym.

Zusätzlich zu den Tonbandaufnahmen erhalten Sie einen kurzen Fragebogen, auf dem Sie Ihre persönlichen Eindrücke zum stattgefundenen Arztgespräch wiedergeben können. Des Weiteren werden krankheits- und personenbezogene Daten aus Ihrer Patientenakte erhoben. Natürlich bleiben auch diese anonym und sind nur dem Projektteam zugänglich.

Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis, Ihr Visitingespräch mit einem Tonbandgerät aufzuzeichnen und die Daten aus Ihrer Patientenakte für diese Studie verwenden zu dürfen. Die Daten werden in Papierform und auf elektronischen Datenträgern im Institut für medizinische Psychologie gespeichert.

Die Teilnahme an dieser Untersuchung ist völlig freiwillig und kann jeder Zeit von Ihnen beendet werden.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung des Projekts!

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Tonbandaufnahmen aufgeklärt wurde und mit der Aufnahme meiner Arzt- Patienten- Gespräche, sowie der Erhebung der Daten aus meiner Patientenakte, einverstanden bin.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift

Projektbetreuer

Ansprechpartner:
Herr Johannes Rüdiger
johannesruediger@web.de
0 38 34 / 76 19 23

Gesprächsnummer:

Datum des Gespräches:

Anwesende:

Patient:

m / w

Geburtsdatum: . . .

Wohnort:

im KH seit:

Diagnose gestellt am:

Chemo:

Rezidiv: ja / nein

Erkrankungen des Patienten:

Transkriptionsschema

Die aufgezeichneten Visitengespräche wurden als ein Verbatim-Protokoll verschriftet. Dabei entsprechen die verwendeten Satzzeichen nicht immer den üblichen Grammatikregeln, sondern sie richten sich nach dem Rhythmus des Gesprochenen. Es sind alle verbalen und paraverbalen Äußerungen sowie störende Geräusche notiert worden. Die verwendeten Symbole und Abkürzungen haben die folgenden Bedeutungen:

Symbol	Bedeutung
*****	Dient der anonymen Verschriftung von Personennamen
+	Zeigt gleichzeitiges Sprechen an
/	Steht für (durch die Tonbandaufnahme) unverständliche Wörter
-	Eine kurze Pause im normalen Sprechrhythmus
(p)	Eine längere Sprechpause
(...)	Kommentar/Anmerkung zum Geschehen/Textinhalt oder ein Geräusch → für ein maximales Verständnis des Inhaltes und der Zusammenhänge
;	Abgebrochener Gedanke gefolgt von einem anderen Gedanken (Satzabbruch)

Tabelle 1: Bedeutung der Transkriptionssymbole

Abkürzung	Bedeutung
A1-A5	Assistenzärzte
S	Krankenschwester oder Krankenpfleger
St	Student
U	Untersucher
Pk	Pflegekraft/Reinigungskraft
Pa	Patientenangehörige

Tabelle 2: Bedeutung der Transkriptionsabkürzungen

Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald Medizinische Fakultät



Institut für Medizinische Psychologie
Direktor: Prof. Dr. Hannich

Fragebogen

Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihren Eindruck zum Visitengespräch erfassen.

Was mit Ihren Angaben geschieht ...

Diese Studie unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Daten anonym, d.h. ohne Namen und Adresse ausgewertet werden und ausschließlich der Forschungsarbeit dienen.

Wie der Fragebogen auszufüllen ist ...

Zum Ausfüllen ist kein besonderes Wissen notwendig und es gibt keine richtigen oder falschen Antworten! Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Kreuzen Sie bitte die jeweilige Antwort in den dafür vorgesehenen Kästchen an.

Angaben zu Ihrer Person:

Ist Deutsch Ihre Muttersprache? ja nein

Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig verheiratet geschieden/getrennt verwitwet

Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keinen /ich gehe auch nicht mehr zur Schule | <input type="checkbox"/> Abitur /Hochschulreife /EOS |
| <input type="checkbox"/> Volks-, Hauptschule /POS /8. /9. Klasse | <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss _____ |
| <input type="checkbox"/> Realschule /POS | <input type="checkbox"/> keinen der genannten, ich gehe noch zur Schule |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | |

Welche berufliche Ausbildung haben Sie absolviert? (bitte alle zutreffenden Angaben ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> noch in beruflicher Ausbildung (Schüler/in, Student/in) | <input type="checkbox"/> Meister/in /Techniker/in |
| <input type="checkbox"/> keinen Abschluss /Teilfacharbeiter/in | <input type="checkbox"/> Berufsfachschule /Handelsfachschule |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in | <input type="checkbox"/> Fachschule /Fachhochschule |
| | <input type="checkbox"/> Hochschule |

Allgemeine Fragen zum Arzt- Patientengespräch:

Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Fragen zur Verständlichkeit:

Das Visitengespräch wird in einer verständlichen Form geführt.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Ich habe die Möglichkeit nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Fragen zur Patienteninitiative:

Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch einbezogen.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Ich habe nicht die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Ich möchte gern mehr in das Visitengespräch mit einbezogen werden.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit:

Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.

- trifft voll zu trifft meist zu trifft meist nicht zu trifft nie zu

Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.

trifft voll zu

trifft meist zu

trifft meist nicht zu

trifft nie zu

Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.

trifft voll zu

trifft meist zu

trifft meist nicht zu

trifft nie zu

Anmerkungen: Ich würde mir wünschen, dass ...

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Ansprechpartner:
Herr Johannes Rüdiger
johannesruediger@web.de
0 38 34 / 76 19 23

Qualitatives Analyseinstrument

1. Beginn des Gespräches (Frage 1.1. bis 1.4.)

- o Begrüßung mit/ohne Namen*
- o Vorstellung in Person und Funktion*
- o Einschätzung des dem Patienten entgegengebrachten Respekts*

2. Sammeln von Informationen - Erforschen der Beschwerden des Patienten (Fragen 2.1. bis 2.10.)

- o Inwieweit wird der Patient ermutigt von seinem Befinden zu berichten?*
- o Angemessene Themenvertiefung?*
- o Aufmerksam zugehört?*
- o Patienten-Antworten durch verbales Verhalten unterstützt?*
- o Fragen und Kommentare leicht verständlich?*
- o Unklare Patientenaussagen geklärt?*

Als unklare Aussage wurden unspezifische Äußerungen gewertet, wie z.B.: „Ich habe immer Durchfall.“. In diesem Fall bestand die Unklarheit in der Häufigkeit und Konsistenz des Stuhlgangs pro Tag (einmal am Tag oder 10-mal am Tag?).

o Gesprächsinhalte

Im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells nach ENGEL (1977, 1980) wurde geprüft, inwieweit körperliche Beschwerden, das psychische Befinden und die soziale Komponente thematisiert wurden.

3. körperliche Untersuchung (Fragen 3.1. bis 3.4.)

Zu Beginn dieses Fragekomplexes wurde überprüft, ob während der Visite eine körperliche Untersuchung stattgefunden hatte. War dies nicht der Fall, wird direkt zum Fragenkomplex 4. übergegangen.

- o Untersuchung erläutert?*
- o Einverständnis eingeholt?*
- o Untersuchungsschritte erklärt?*

4. *Vermittlung von Befunden* (Fragen 4.1. bis 4.6.)

Anfangs wurde geprüft inwieweit während der Visite eine Vermittlung von klinischen Befunden stattgefunden hatte. Fand keine statt, wird direkt mit dem 5. Fragenkomplex fortgefahren. Als klinischer Befund wurde eine Information eingestuft, die nähere Auskunft über den objektiven Zustand des Patienten gab, darunter fielen z.B.: Erklärungen zu CT-Bildern oder Aussagen zu untersuchten Körperregionen.

- o Verständnis gesichert?*
- o Auf Besorgnis der Patienten eingegangen?*
- o Aus den Befunden folgende Schritte genannt?*

5. *Verständnis für die Patienten-Perspektive* (Fragen 5.1. bis 5.5.)

- o Eingehen auf die Patientenprobleme?*

Als Problem wurde jene vom Patienten genannte Äußerung definiert, die erkennen ließ, dass sie dem Patienten Unbehagen bereitet oder ihn stört. Diese konnten z.B.: Besorgnis bezüglich der geplanten medizinischen Maßnahmen, Angst vor dem drohenden Tod, ein defektes Telefon oder ein störender Zimmernachbar sein.

- o Ermutigung Gefühle zu zeigen?*

Im Speziellen wurden dazu gezählt: Freude, Trauer, Zuneigung, Wohlbehagen, Abgespanntheit und Erschöpfung.

6. *Strukturierung des Gespräches – zur Sicherung der Verständlichkeit* (Fragen 6.1. bis 6.7.)

- o Ziel der Visite formuliert?*
- o Patientenprobleme verbalisiert*
- o Strukturiertes Eingehen auf Patientenprobleme*
- o Strukturierte Zusammenfassungen*
- o Logische Reihenfolge?*

Eine logische Reihenfolge lag vor, wenn die Gesprächsthemen aufeinander aufbauen.

7. *Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung* (Fragen 7.1. bis 7.6.)

o Dialog unbeeinträchtigt?

Der Dialog galt als beeinträchtigt, wenn z.B.: personalinterne Gesprächsteile schlecht integriert wurden, es zu Gesprächsstörern wie dem Verlassen des Zimmers von Visitenteilnehmern, aber auch mangelhaften Rahmenbedingungen, wie einem laufenden Fernseher oder eine offen stehende Türe, kam.

o Patient ins Gespräch einbezogen?

o Für den Patienten nachvollziehbare Argumentation?

o Reaktion auf Zeichen des Patienten?

o Wertendes Verhalten?

8. *Abschluss des Gespräches* (Fragen 8.1. bis 8.5.)

o Ermutigung, bestehende Fragen anzusprechen?

o Verständnissicherung einer Gesprächszusammenfassung?

o Die nächsten Schritte vereinbart?

o Verabschiedung

Es wurde geprüft, ob der Arzt sich nach Beendigung des Visitengespräches vom Patienten verbal verabschiedete, dazu zählten: „Tschüß“, „Auf wieder sehen“ oder „Bis später“.

Modifizierter Fragebogen des Calgary-Cambridge Leitfadens für das medizinische Interview¹

Gesprächsnummer: _____

Datum der Auswertung: _____

Patientenname: _____

Auswertung von: _____

1. Beginn des Gespräches

1.1. Patienten begrüßt?

redet Patienten mit/ohne Namen an

ja
mit ohne nein

1.2. Sich mit Namen vorgestellt?

Namen genannt

ja nein

1.3. Sich mit Funktion vorgestellt?

Funktion genannt

ja nein

1.4. Respekt gezeigt?

wahrt Distanz, Höflichkeit, z.B.: redet Patienten mit „sie“ an

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2. Sammeln von Informationen – Erforschen der Beschwerden des Patienten

2.1. Patient wird ermutigt, sein Befinden zu berichten?

gibt angemessen und motivierend Raum für Gesprächsbeginn; z.B.: durch offene Frage wird Patient ermutigt von seinem Befinden zu berichten

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.2. Der Patientenäußerung angemessene Themenvertiefung?

Patientenaussage/n weiter vertieft; z.B.: erst offene Frage, dieses Thema dann durch geschlossene Fragen weiter spezifiziert

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.3. Aufmerksam zugehört?

aufmerksames, zugewandtes Zuhören, Patienten ausreden lassen

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.4. Patienten-Antworten durch verbales Verhalten unterstützt?

z.B.: Paraphrasieren, aktives Zuhören, ermutigen

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.5. Fragen und Kommentare leicht verständlich?

situations- und personenadäquate angemessene Sprache, keine unverständliche Fachsprache

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.6. Gab es unklare Patientenaussagen?

mehrdeutige/s Patientenaussage/-kommentar/e; z.B.: Ich habe immer *sehr starke* Kopfschmerzen. Wenn „ja“, weiter mit Frage 2.7.

ja nein
 Wenn „nein“, weiter mit Frage 2.8.

2.7. Unklare Patientenaussagen geklärt?

Verständnissicherung durch Rückfragen; z.B.: Wie viele Punkte würden sie dem Kopfschmerz auf einer Skala von 1 bis 10 geben? 1 ist leichter Schmerz und 10 ist der schwerste vorstellbare Schmerz.

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.8. Körperliche Beschwerden thematisiert?

über körperliche Beschwerden gesprochen

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.9. Psychisches Befinden thematisiert?

über psychisches Befinden gesprochen; z.B.: Wie verarbeitet der Patient die Krankheit? Wie geht er damit um? (Coping)

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

2.10. Soziale Komponente thematisiert?

über soziales Umfeld und - Rückhalt gesprochen; z.B.: Hatten sie Besuch? War ihr Mann da?

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

3. körperliche Untersuchung

3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?

z.B.: Patient wurde abgehört, Ausschlag angeschaut, in den Mund geschaut, ...; Wenn „ja“, weiter mit Frage 3.2.

ja nein
 Wenn „nein“, weiter mit Komplex 4.

3.2. Erklärt den Zweck und Ablauf der Untersuchung?

(vor der Untersuchung!)

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

3.3. Einverständnis zur Untersuchung wurde erfragt?

(vor der Untersuchung!)

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

3.4. Untersuchungsschritte in erklärende Worte gefasst?

Handlungsbegleitende Informierung; z.B.: Jetzt höre ich noch auf den Bauch um fest zu stellen wie ihr Darm arbeitet.

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

4. Vermittlung von Befunden

4.1. Klinische Befunde wurden formuliert?

Aussage/n über z.B.: CT-Befund; Befunde aus der Mikrobiologie; soeben abgehörte Lunge; angeschauten Ausschlag; ...; Wenn "ja", weiter mit Frage 4.2.

ja nein Wenn "nein", weiter mit Komplex 5.

4.2. Verständnissicherung der vermittelten Befunde?

durch Nachfrage, z.B.: Haben sie das verstanden? Haben sie dazu noch eine Frage?

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

4.3. Patient zeigt Besorgnis bezüglich der Befunde?

Befund beunruhigt den Patienten/macht ihm Angst; Wenn "ja", weiter mit Frage 4.4.

ja nein Wenn "nein", weiter mit Frage 4.5.

4.4. Geht verständnisvoll auf die Sorgen des Patienten ein?

Empathie gezeigt

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

4.5. Aus den Befunden folgende Schritte wurden genannt?

z.B.: bei Untersuchung wird ein Ausschlag diagnostiziert, als Folge soll er mit Creme/Tabletten behandelt werden; Wenn "ja", weiter mit Frage 4.6.

ja nein Wenn "nein", weiter mit Komplex 5.

4.6. Besprechung der aus den Befunden folgenden Schritte?

Bespricht gemeinsam mit dem Patienten die aus den Befunden folgenden Schritte; schreibt ihm das weitere Vorgehen nicht vor

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

5. Verständnis für die Patienten-Perspektive

5.1. Patient lässt Problem erkennen?

Problem ist was Patienten stört oder ihm Unbehagen bereitet; z.B.: Besorgnis bezüglich Erkrankung/Befund/geplanter medizinischer Maßnahme, Einsamkeit, Angst vorm Tod, Telefon kaputt, Zimmernachbar stört, Essen schmeckt nicht, Tabletten wirken nicht, ...; Wenn "ja", weiter mit Frage 5.2.

ja nein Wenn "nein", weiter mit Frage 5.3.

5.2. Auf Problem/e des Patienten eingegangen?

geht verständnisvoll auf das/die Problem/e ein

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

5.3. Ermutigt Patienten Gefühle zu äußern?

Gefühle sind z.B.: Freude, Trauer, Zuneigung, Wohlbehagen, Abgespantheit, Erschöpfung, ...; (Gefühl = Emotion)

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

5.4. Patient äußert Gefühle?

Wenn "ja", weiter mit Frage 5.5.

ja nein Wenn "nein", weiter mit Komplex 6.

5.5. Signalisiert Verständnis für die geäußerten Gefühle?

Empathie gezeigt

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

6. Strukturierung des Gespräches – zur Sicherung der Verständlichkeit

6.1. Ziel des Visitengespräches formuliert?

(zu Beginn des Visitengespräches); z.B.: Heute wollen wir schauen wie es ihnen geht.

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

6.2. siehe Frage 5.1.

Wenn in Frage 5.1. "ja" angekreuzt wurde, dann weiter mit Frage 6.3.

Wenn in Frage 5.1. "nein" angekreuzt wurde, dann weiter mit Frage 6.6.

6.3. Patienten-Problem/e benannt?

benennt/wiederholt Problem/e des Patienten mit eigenen Worten

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

6.4. Gab es mehrere Patientenprobleme?

Wenn "ja", weiter mit Frage 6.5.

ja nein Wenn "nein", weiter mit Frage 6.6.

6.5. Strukturiertes Eingehen auf die Patientenprobleme?

z.B.: durch ordnen der Probleme; ein Problem nach dem anderen besprochen

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

6.6. Ergebnisse an markanten Punkten der Konsultation zusammengefasst?

strukturierte Zusammenfassung von wichtigen Informationen/Aussagen; z.B.: längere Diskussion über ein Thema, dieses vor Beginn des neuen Themas zusammengefasst

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

6.7. Gespräch in logischer Reihenfolge?

„roter Faden“ im Gespräch erkennbar; keine ständigen Themenwechsel; z.B.: Gesprächsthemen bauen aufeinander auf

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

7. Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung

7.1. Dialog unbeeinträchtigt?

kontinuierlicher Gesprächsverlauf; gute Integration von personalinternen Gesprächsteilen; keine Störungen durch z.B.: Telefon, Personen kommen/gehen ins/aus dem Zimmer, Fernseher/Radio läuft, ...

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

7.2. Bezieht Patienten ins Gespräch ein?

Patient ist Gesprächspartner, nicht nur Hilfsmittel zur Diagnosefindung, z.B.: Meinung des Patienten erfragt

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

7.3. Begründet Meinung mit nachvollziehbaren Argumenten?

die Argumente des Arztes sind für den Patienten verstehbar und nachvollziehbar

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

7.4. Reaktion auf verbale/nonverbale Zeichen des Patienten?

nimmt verbale/nonverbale Hinweise des Patienten wahr und greift sie auf; z.B.: durch „spiegeln“ von Reaktionen des Patienten

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

7.5. Kein wertendes Verhalten?

vermeidet Wertung von Personen, Symptomen, Patientenaussagen

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

8. Abschluss des Gespräches

8.1. Patient ermutigt weitere Punkte zu besprechen?

gibt angemessen und motivierend Raum für noch bestehende Fragen; durch offene Frage am Gesprächsende; z.B.: Haben sie noch eine Frage?

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

8.2. Vor Gesprächsabschluss kurze Zusammenfassung?

kurze Zusammenfassung wichtiger Aussagen des Gespräches; Wenn "ja", weiter mit Frage 8.3.

ja nein Wenn "nein", weiter mit Frage 8.4.

8.3. Verständnissicherung der Zusammenfassung?

durch Nachfrage, z.B.: Haben sie das verstanden? Haben sie zu einem der Punkte noch eine Frage?

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

8.4. Nächste Schritte vereinbart?

bespricht/wiederholt mit Patienten am Gesprächsende die für ihn folgenden Schritte

trifft zu trifft in Ansätzen zu trifft nicht zu

8.5. Verabschiedung vom Patienten?

Patient verabschiedet und Raum verlassen oder Zimmernachbarn zugewandt

ja nein

Modifiziert nach:

Calgary-Cambridge-Observation Guide, S. Kurtz, University of Calgary, CA;

übersetzt und redaktionell bearbeitet von C. Nolte, A. Simmenroth-Nayda, T. Fischer, W. Himmel, Abt. Allgemeinmedizin, Georg-August-Universität Göttingen

Bildung des Patientenkollektivs

Schulabschluss	Anzahl der Patienten	Anteil der Patienten
keinen Schulabschluss	0	0%
Volks- / Hauptschule / POS / 8.- / 9. Klasse	24	48%
Realschule / POS	18	36%
Fachhochschulreife	3	6%
Abitur / Hochschulreife / EOS	4	8%
anderen Schulabschluss	1	2%
noch in der Schulausbildung	0	0%
Berufsausbildung	Anzahl der Patienten	Anteil der Patienten
noch in Ausbildung	2	4%
Teilfacharbeiter	8	16%
Facharbeiter	28	56%
Meister	1	2%
Berufsfachschule	6	12%
Fachhochschule	3	6%
Hochschule	2	4%
Skill level	Anzahl der Patienten	Anteil der Patienten
1. skill level	0	0%
2. skill level	39	78%
3. skill level	9	18%
4. skill level	2	4%

Tabelle 3: soziodemographische Daten

Patientenzufriedenheit - Freitextkommentare der Patienten

Von der Möglichkeit der Freitextkommentare im Fragebogen zur Patientenzufriedenheit machten 30% der Patienten Gebrauch.

Anmerkungen: Ich würde mir wünschen, dass ...

- „Die Visite ist sehr spät.“ [im Zimmer der Patientin war die Visite stets gegen 10.00 bis 11.00 Uhr] [Kommentar wurde 2x gegeben]
- „... die Ärzte nicht so häufig wechseln.“ [Kommentar wurde 2x gegeben]
- „Das häufige Wechseln der Ärzte ist unschön. Es wäre besser, wenn der Aufnahmekrankenarzt einen komplett betreut. In Herrn Dr. ***** hatte ich ein bisschen mehr Vertrauen.“
- „Ich bin zufrieden, ich kann Fragen stellen und bekomme sie beantwortet.“
- „Ich ein persönliches Arztgespräch angeboten bekomme, in dem ich alle persönlichen Fragen von meinem behandelnden Arzt beantwortet bekomme. Außerdem erwarte ich eine verständliche Auswertung von Untersuchungsergebnissen, wie Blutbild usw., Röntgenbilder müssten erklärt werden. Für dieses Gespräch sollte ein gemeinsamer Termin vereinbart werden, damit sich beide Partner darauf vorbereiten können.“
- „Bessere Informationen über laufende Befunde und Testergebnisse.“
- „Mir ist am wichtigsten zu wissen „was los ist“ und was gemacht werden soll.“
- „Hier ist die Visite gut! Auf anderen Stationen werden viele Fachausdrücke benutzt. In einem anderen Krankenhaus wirkten die Ärzte oft unvorbereitet in den Visiten (wenn man Fragen gestellt hat merkte man das).“
- „Die fachinternen Gespräche versteht man nicht – zu viele Fremdworte. Dazu reicht meine Bildung nicht aus.“
- „... die Ärzte im Bezug auf Mobilisation und Zeitgestaltung mehr Initiative zeigen und Vorschläge unterbreiten. So wird z.B. erst nach Auftreten von Rückenschmerzen eine Fangopackung oder Physiotherapie verschrieben.“
- „Im Vergleich zu anderen Krankenhäusern bin ich sehr zufrieden!“
- „Vielen herzlichen Dank für alles. Weiter so!“
- „... ich gesund entlassen werden kann.“

Richtung der Gesprächsaktivität

Form der Gesprächsaktivität		Durchschnitt	Minimum	Maximum	gesamt	Anteil von gesamt
Wörter pro Visitengespräch		593,98	95	2065	29699	100,00%
Wörter	an P gerichtet	381,98	77	1024	19099	64,31%
Wörter	an A gerichtet	200,46	13	949	10023	33,75%
Wörter	an S gerichtet	9,92	0	170	496	1,67%
Wörter	an St gerichtet	0,2	0	7	10	0,03%
Wörter	an U gerichtet	0,7	0	7	35	0,12%
Initiativen pro Visitengespräch		27,42	8	72	1371	100,00%
Initiativen	an P gerichtet	19,24	4	48	962	70,22%
Initiativen	an A gerichtet	7,34	1	36	367	26,77%
Initiativen	an S gerichtet	0,7	0	9	35	2,55%
Initiativen	an St gerichtet	0,04	0	2	2	0,15%
Initiativen	an U gerichtet	0,14	0	1	7	0,51%
Fragen pro Visitengespräch		11,12	2	37	556	100,00%
Fragen	an P gerichtet	8,02	0	36	401	72,12%
Fragen	an A gerichtet	2,78	0	10	139	25,00%
Fragen	an S gerichtet	0,24	0	4	12	2,16%
Fragen	an St gerichtet	0	0	0	0	0,00%
Fragen	an U gerichtet	0,1	0	1	5	0,90%
Responsiven pro Visitengespräch		8,98	2	23	449	100,00%
Responsiven	an P gerichtet	1,82	0	7	91	20,27%
Responsiven	an A gerichtet	7,04	0	23	352	78,40%
Responsiven	an S gerichtet	0,12	0	5	6	1,34%
Responsiven	an St gerichtet	0	0	0	0	0,00%
Responsiven	an U gerichtet	0	0	0	0	0,00%
paraA pro Visitengespräch		16,86	0	59	843	100,00%
paraA	an P gerichtet	7,16	0	22	358	42,47%
paraA	an A gerichtet	9,42	0	45	471	55,87%
paraA	an S gerichtet	0,24	0	5	12	1,42%
paraA	an St gerichtet	0,02	0	1	1	0,12%
paraA	an U gerichtet	0,02	0	1	1	0,12%

Tabelle 7: Richtung der Gesprächsaktivität

<p>Legende: A = Arzt, P = Patient, S = Krankenschwester/-pfleger, St = Student, U = Untersucher, paraA = paraverbale Äußerung</p>
--

Lange und intensive Visitengespräche

Insgesamt scheinen einige der untersuchten Gesprächsmerkmale eine logische Abhängigkeit aufzuweisen. Dies ist für die Anzahl der Wörter, Initiativen, Fragen, Responsiven und die Dauer der Visitengesprächsteile zu vermuten. Sie können als Ausdrucksform der Länge und Intensität des Visitengesprächs oder mit ihr interferierenden Items verstanden werden.

Die folgenden signifikanten Ergebnisse in Tabelle 32 zeigen Unterschiede im Arztverhalten in Abhängigkeit besonders langer und intensiver Visitengespräche. Dabei wird auf eine Darstellung nicht signifikanter Ergebnisse verzichtet.

Im Durchschnitt dauerte ein Visitengespräch 3,57min. In längeren Gesprächen kam es signifikant eher zu einer körperlichen Untersuchung und der Dialog war vermehrt beeinträchtigt.¹³ Es ist geprüft worden, ob signifikante Unterschiede zwischen Gesprächen, die eine körperliche Untersuchung enthielten und solchen die keine enthielten, bestehen. Dabei zeigte sich, dass es beim Vorhandensein einer klinischen Untersuchung eher zur Formulierung eines Befundes kam und dass Ärzte in solchen Gesprächen signifikant häufiger Patientenverhalten bewerteten.¹⁴ Im Rahmen der Analyse der Visitengespräche war besonders auf personalinterne Gesprächsteile geachtet worden. Gespräche die keinen solchen Gesprächsteil aufwiesen, enthielten signifikant weniger Beeinträchtigungen des Gesprächsdialogs und am Gesprächsende wurden die für den Patienten als nächstes anstehenden Schritte wesentlich häufiger wiederholt.¹⁵ Die Auszählung aller gesprochenen Wörter der Visite ergibt einen Medianwert von 594. Lag die Zahl der Wörter über diesem Durchschnitt, war die Wahrscheinlichkeit für das Stattfinden einer klinischen Untersuchung erhöht und der Arzt zeigte signifikant eher Verständnis für geäußerte Patientengefühle.¹⁶ Bei einer über-

¹³ Zusätzlich kam es in längeren Gesprächen eher zu unklaren Patientenaussagen ($p=0,0067$) und die Patienten ließen eher ein Problem erkennen ($p<0,001$).

¹⁴ Weiterhin traten in Gesprächen mit einer klinischen Untersuchung eher unklare Patientenaussagen auf ($p=0,0432$). In Gesprächen mit überdurchschnittlich langen Untersuchungen äußerten Patienten signifikant häufiger ($p=0,0225$) ein Problem.

¹⁵ War im Gespräch ein personalinterner Gesprächsteil enthalten, äußerten die Patienten signifikant häufiger ein ($p=0,0127$) oder gar mehrere Probleme ($p=0,0252$). Davon ableitend könnte man postulieren, dass Patientenprobleme durch personalinterne Gesprächsteile mit verursacht werden.

¹⁶ Darüber hinaus waren in solchen Gesprächen unklare Patientenaussagen häufiger ($p=0,0272$) und die Patienten ließen eher ein Problem erkennen ($p=0,0263$).

durchschnittlichen Anzahl von geäußerten Initiativen im Visitengespräch (durchschnittlich 27 geäußerte Initiativen pro Visitengespräch) waren signifikante Korrelationen mit einem vermehrten ärztlichen Eingehen auf geäußerte Besorgnis bezüglich eines vermittelten Befundes feststellbar.¹⁷ Gleichzeitig wurde der Gesprächsdialog stärker beeinflusst. Wurden in einem Visitengespräch überdurchschnittlich viele Informationen durch den Arzt vermittelt, signalisierte der Arzt auch eher Verständnis für geäußerte Patientengefühle.¹⁸ Reagierten die Ärzte auf Patientenfragen äußerst selten mit Symmetrie oder dem Bekunden von Unsicherheit, war die Wahrscheinlichkeit für das Stattfinden einer klinischen Untersuchung erhöht.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)		Dauer der Visitengespräche		
		≤ 3,57min	> 3,57min	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	35%	79%	p= 0,0038
	nein	65%	21%	
7.1. Dialog unbeeinträchtigt?	Trifft zu	61%	26%	p= 0,0215
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	39%	74%	
		Untersuchung enthalten		
		ja	nein	
4.1. Klinische Befunde wurden formuliert?	ja	77%	39%	p= 0,0102
	nein	23%	61%	
7.5. Kein wertendes Verhalten?	Trifft zu	68%	93%	p= 0,0323
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	32%	7%	
		personalinterne Gesprächsteile enthalten		
		ja	nein	
7.1. Dialog unbeeinträchtigt?	Trifft zu	31%	78%	p= 0,0028
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	69%	22%	

¹⁷ Weiterhin war die Wahrscheinlichkeit für unklare Patientenaussagen (p=0,0105), das Zeigen von Besorgnis auf vermittelte Befunde hin (p=0,0196) und das Erkennen lassen von einem (p=0,0046) oder mehreren Patientenproblemen (p=0,0293) bei überdurchschnittlich vielen Initiativen signifikant erhöht.

¹⁸ Auch kam es von Patientenseite her eher zu unklaren Aussagen (p=0,0124), dem Zeigen von Besorgnis auf vermittelte Befunde hin (p=0,0069) und einem häufigeren Erkennen lassen von Problemen (p=0,0133).

8.4. Nächste Schritte vereinbart?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	66%	94%	p= 0,0361
	Trifft nicht zu	34%	6%	
		Anzahl der Wörter		
		≤ 594	> 594	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	41%	75%	p= 0,0354
	nein	59%	25%	
5.5. Signalisiert Verständnis für die geäußerten Gefühle?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	42%	100%	p= 0,0035
	Trifft nicht zu	58%	0%	
		Anzahl der Initiativen		
		≤ 27	> 27	
5.5. Signalisiert Verständnis für die geäußerten Gefühle?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	45%	100%	p= 0,0052
	Trifft nicht zu	55%	0%	
7.1. Dialog unbeeinträchtigt?	Trifft zu	60%	20%	p= 0,0136
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	40%	80%	
		Anzahl der vermittelten Informationen		
		≤ 9	> 9	
5.5. Signalisiert Verständnis für die geäußerten Gefühle?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	47%	90%	p= 0,0436
	Trifft nicht zu	53%	10%	
		positive Reaktionen auf Patientenfragen		
		≤ 88%	> 88%	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	89%	40%	p= 0,0189
	nein	11%	60%	

Tabelle 32: Einfluss eines langen und intensiven Visitingesprächs auf die Qualität der Visitingespräche

Erhöhtes Maß an Patientenorientierung

Es lassen sich die folgenden Korrelationen, zwischen dem Arztverhalten im Visiten-gespräche und formal-quantitativen Gesprächsmerkmalen die auf eine hohe Ausrich-tung auf den Patienten schließen lassen, erkennen (siehe Tabelle 33). Die nicht-signifikanten Ergebnisse werden nicht dargestellt.

Ist die reine Arzt-Patienten-Gesprächszeit überdurchschnittlich lang, traten signifikant vermehrt eine klinische Untersuchung und Dialogbeeinträchtigungen auf.¹⁹ Neben dem Zählen der gesprochenen Wörter im Visiten-gespräch, ist auch die Richtung der Wörter berücksichtigt worden. War die Anzahl der an den Patienten gerichteten Wör-ter über den Durchschnitt erhöht, kam es signifikant häufiger zu einer körperlichen Untersuchung, die Patienten erhielten vor Gesprächsabschluss eine kurze Zusam-menfassung wichtiger Gesprächsaussagen und es wurde mehr Verständnis für ge-äußerte Patientengefühle gezeigt.²⁰ Die nahezu gleichen Signifikanzen waren für die Anzahl der an den Arzt gerichteten Wörter erkennbar. Wurden die gesprochenen Wörter überdurchschnittlich häufig an den Arzt gerichtet, kam es eher zu einer klini-schen Untersuchung und es wurde eher Verständnis für geäußerte Patientengefühle gezeigt.²¹ Kam es zu einer überdurchschnittlichen Anzahl von Initiativen an den Pati-enten, wurde ebenso gehäuft eine klinische Untersuchung durchgeführt.²² Lag die Anzahl der an den Arzt gerichteten Initiativen über dem Durchschnitt, war der Ge-sprächsdialog eher beeinträchtigt.²³ Untersuchte man die Anzahl der Fragen an den Patienten im Visiten-gespräch, so enthielten Gespräche mit überdurchschnittlich vie-len Fragen an den Patienten häufiger eine körperliche Untersuchung, wobei die Untersuchungsschritte signifikant seltener erklärt wurden und zu Beginn des Ge-sprächs eher kein Ziel des Visiten-gesprächs formuliert wurde.²⁴

¹⁹ Weiterhin kam es eher zu unklaren Patientenaussagen ($p=0,0165$) und die Patienten ließen eher ein Problem erkennen ($p<0,001$).

²⁰ Darüber hinaus kam es vermehrt zu unklaren Patientenaussagen ($p=0,0359$).

²¹ Auch stieg die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten unklarer Patientenaussagen ($p=0,0371$).

²² Unklare Patientenaussagen ($p=0,0371$) traten ebenfalls vermehrt auf.

²³ Weiterhin zeigten Patienten in diesen Visiten-gesprächen eher Besorgnis über vermittelte Befunde ($p=0,0286$) und sie ließen häufiger ein Problem erkennen ($p=0,0036$).

²⁴ Kam es zu überdurchschnittlich vielen ärztlichen Fragen an den Patienten, so war das Auftreten von unklaren Patientenaussagen signifikant erhöht ($p<0,001$).

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitingespräch)		Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs		
		≤ 3,08min	> 3,08min	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	41%	72%	p= 0,042
	nein	59%	28%	
7.1. Dialog unbeeinträchtigt?	Trifft zu	59%	28%	p= 0,0215
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	41%	72%	
		Anzahl der an den Patienten gerichteten Wörter		
		≤ 382	> 382	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	34%	74%	p= 0,0215
	nein	66%	26%	
5.5. Signalisiert Verständnis für die geäußerten Gefühle?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	41%	92%	p= 0,008
	Trifft nicht zu	59%	8%	
8.2. Vor Gesprächsabschluss kurze Zusammenfassung?	ja	26%	58%	p= 0,0359
	nein	74%	42%	
		Anzahl der an den Arzt gerichteten Wörter		
		≤ 200	> 200	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	36%	82%	p= 0,0028
	nein	64%	18%	
5.5. Signalisiert Verständnis für die geäußerten Gefühle?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	47%	90%	p= 0,0436
	Trifft nicht zu	53%	10%	
		Anzahl der an den Patienten gerichteten Initiativen		
		≤ 19	> 19	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	33%	80%	p= 0,0028
	nein	66%	20%	

		Anzahl der an den Arzt gerichteten Initiativen		
		≤ 7	> 7	
7.1. Dialog unbeeinträchtigt?	Trifft zu	59%	25%	p= 0,0354
	Trifft in Ansätzen zu Trifft nicht zu	41%	75%	
		Anzahl der Fragen an den Patienten		
		≤ 8	> 8	
3.1. Eine körperliche Untersuchung fand statt?	ja	36%	82%	p= 0,0028
	nein	64%	18%	
3.4. Untersuchungsschritte in erklärende Worte gefasst?	Trifft in Ansätzen zu	42%	0%	p= 0,012
	Trifft nicht zu	58%	100%	
6.1. Ziel des Visitengespräches formuliert?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	33%	0%	p= 0,0091
	Trifft nicht zu	6%	100%	

Tabelle 33: Einfluss auf die Qualität der Visitengespräche durch eine Ausrichtung des Gesprächs auf den Patienten

Anwendung von qualitätsförderlichen Gesprächstechniken

In Tabelle 34 werden nur die signifikanten Zusammenhänge zwischen Arztverhalten im Visitengespräch und formal-quantitativen Gesprächsmerkmalen, welche eine Anwendung von qualitätsförderlichen Gesprächstechniken bedeuten, vorgestellt.

Bei einer überdurchschnittlich häufigen Nutzung von *offenen Fragen* wurde signifikant häufiger strukturiert auf Patientenprobleme eingegangen und der Patient wurde eher vor einer klinischen Untersuchung nach dem Einverständnis zu dieser gefragt. War die Anzahl der nicht erklärten *Fachtermini* überdurchschnittlich hoch, kam es signifikant häufiger zu einer Beeinträchtigung des Gesprächsdialogs.²⁵ Informierte der Arzt die Patienten mit einem hohen Anteil *initiativer Informationen*, so stieg die Wahrscheinlichkeit für das ärztliche Benennen von geäußerten Patientenproblemen.²⁶ Wurden im Gespräch überdurchschnittlich lange *Gesprächspausen* gelassen blieb das Arztverhalten unbeeinflusst.²⁷

Im Durchschnitt lag der Anteil des *einfachen Satzbaus* im Gespräch bei 91% aller gesprochenen Worte. War dieser Anteil erniedrigt, wurde ein Eingehen auf Patientenprobleme wahrscheinlicher und das Visitengespräch verlief eher in einer logischen Reihenfolge. Der durchschnittliche Anteil des einfachen Satzbaus im personalinternen Gesprächsteil lag mit 98% über dem des Arzt-Patienten-Gesprächs. War der Anteil des einfachen Satzbaus im personalinternen Gespräch überdurchschnittlich hoch, wurde der Patient im gesamten Gespräch weniger dazu ermutigt seine Gefühle zu äußern.

Qualitative Analyseitems (Arztverhalten im Visitengespräch)		Anteil offener Fragen aller gestellter ärztlicher Fragen		
		≤ 28%	> 28%	
3.3. Einverständnis zur Untersuchung wurde erfragt?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	21%	91%	p< 0,001
	Trifft nicht zu	79%	9%	

²⁵ Auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von unklaren Patientenaussagen war erhöht (p=0,0272).

²⁶ Darüber hinaus sank die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient ein Problem erkennen ließ (p=0,042).

²⁷ Das Verhalten der Patienten wurde jedoch beeinflusst. So ließen Patienten eher ein Problem erkennen (p=0,0371) und es kam vermehrt zu unklaren Patientenaussagen (p=0,0371).

6.5. Strukturiertes Eingehen auf die Patientenprobleme?	Trifft zu	40%	100%	p= 0,035
	Trifft in Ansätzen zu	60%	0%	
		unerklärte Fachtermini		
		≤ 2	> 2	
7.1. Dialog unbeeinträchtigt?	Trifft zu	59%	25%	p= 0,0354
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	41%	75%	
		Anteil initiativ vermittelter Informationen		
		≤ 75%	> 75%	
6.3. Patienten-Problem/e benannt?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	21%	62%	p= 0,03
	Trifft nicht zu	79%	38%	
		Anteil des einfachen Satzbaus im gesamten Visitengespräch		
		≤ 91%	> 91%	
5.2. Auf Problem/e des Patienten eingegangen?	Trifft zu, Trifft in Ansätzen zu	95%	64%	p= 0,0367
	Trifft nicht zu	5%	36%	
6.7. Gespräch in logischer Reihenfolge?	Trifft zu	73%	40%	p= 0,0377
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	27%	60%	
		Anteil des einfachen Satzbaus im personalinternen Gesprächsteil		
		≤ 98%	> 98%	
5.3. Ermutigt Patienten Gefühle zu äußern?	Trifft zu	80%	18%	p= 0,0172
	Trifft in Ansätzen zu, Trifft nicht zu	20%	82%	

Tabelle 34: Einfluss der Anwendung qualitätsförderlicher Gesprächstechniken auf die Qualität der Visitengespräche

Gesprächsstörungen

In 44% der Visitengespräche sind eine oder mehrere Störungen durch das Öffnen oder Schließen der Zimmertüre aufgetreten (Art und Anzahl der Störungen siehe Tabelle 11).

Art der Störungen	Anzahl der Gespräche	Anteil der Gespräche
Person betritt/verlässt das Zimmer	22	44%
Person ins Zimmer geholt	2	4%
Jemand schaut ins Zimmer	4	8%
Visitenleitung wechselt	4	8%
Reden im Hintergrund	2	4%
Störgeräusche im Hintergrund	3	6%
Tür steht während des Gesprächs offen	1	2%
Visitengespräch unterbrochen	4	8%

Tabelle 11: Anzahl und Art der Störungen

In 8% der Gespräche imponiert ein Wechsel der Visitengesprächsleitung. Der folgende Auszug aus dem Transkript des Gesprächs 41 soll dies verdeutlichen. Arzt 2 leitet das Gespräch und im markierten Abschnitt übernimmt der mitanwesende Arzt 1 für kurze Zeit die Gesprächsleitung.

A2:	Guten Morgen Frau *****. Wie ist die Lage heute? –
P:	Ganz gut.
A2:	Was machen die Beschwerden? –
P:	Kann ich ihnen
+ A2:	Zurzeit nicht da. –
P (leise):	nicht sagen.
A1:	Gut. – Der Termin für diese erneute – Untersuchung des Magens ist ja in zwei Tagen, also am Freitag. (p) Nee, heut ist Mittwoch, ne?
P:	Mhh, jah.
S (an A1):	Sie hat am 8.8. den Termin.
A1:	Und heut ist der sechste. – Ja doch – richtig.
S (an A1):	Um acht Uhr.
A1 (an P):	Am, - am Freitag, - ähm, - da müssen wir da natürlich abwarten was dabei raus kommt ob wir da noch irgendwas, ähh, (p) sehn, was, ähh, - weitere Konsequenzen nach sich zieht. – Ähm;
+ P:	Ja. (p)
A2:	Ansonsten wollen wir in der Zeit noch Ultraschall, - noch mal vom Bauchraum nen Ultraschall machen. – Und, ähh, (p) ja.

Legende: A1 = Arzt 1, A2 = Arzt 2, P = Patient, S = Krankenschwester/-pfleger, (p) = Gesprächspause, + = gleichzeitiges Sprechen, (...) = Anmerkung zum Gespräch