

# **Diplomarbeit**

## **Medizinpsychologische Aspekte im Visitengespräch der Inneren Medizin Eine formal quantitative Untersuchung**

eingereicht von

**Anna Abpurg**

Matrikelnummer: 0433557

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und**

**Psychotherapie**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof. Dr. Ursula Viktoria Wisiak**

## **Eidesstattliche Erklärung**

*Ich, Anna Abpurg, erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, am

Unterschrift

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen herzlich bedanken, die mich bei meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Frau Univ. Prof. Dr. Ursula Viktoria Wisiak für die Betreuung während der Erarbeitung meiner Diplomarbeit.

Des Weiteren möchte ich mich bei Herrn Univ. Prof. Dr. Thomas Pieber und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz auf der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel bedanken, die mir die Datenerhebung für meine Studie ermöglicht haben.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch bei den Patientinnen und Patienten der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel für die Teilnahme an meiner Studie. Ohne sie wäre eine Durchführung dieser Studie und in weiterer Folge die Erstellung meiner Diplomarbeit nicht möglich gewesen.

Weiterer Dank gilt Herrn Prof. Dr. rer. medic. H.-J. Hannich von der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald für die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Projekt und das zur Verfügung gestellte Analyseinstrument.

## Zusammenfassung

Die klinische ärztliche Visite ist für die diagnostisch-therapeutische Entscheidungsfindung von großer Wichtigkeit und stellt eine regelmäßige Gesprächsmöglichkeit zwischen Arzt und Patient dar. Deshalb nimmt die Visite vor allem für den Kranken eine zentrale Rolle ein. Das Gespräch kann den Patienten sowohl bei der Genesung als auch im Umgang mit seiner Krankheit unterstützen.

Die Durchführung der Replikationsstudie erfolgte auf der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz auf der klinischen Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel. Die Daten wurden in einem Zeitraum von drei Wochen erhoben, indem die Visite begleitet und die Aufzeichnung von 100 Gesprächen vollzogen wurde. Anhand eines Zufallsgenerators wurden 50 der 100 aufgenommenen Visitengespräche ausgewählt und anschließend transkribiert. Die niedergeschriebenen Gespräche wurden mittels eines Analyseinstruments formalquantitativ untersucht. Des Weiteren wurden die Fragebögen, welche im Anschluss an die Visite vom Patienten ausgefüllt wurden und die Patientenzufriedenheit widerspiegeln, in die Analyse miteinbezogen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der weitaus größte Teil (85%) der ärztlichen Visite das Arzt-Patienten-Gespräch darstellt. Betrachtet man die aufgezeichneten Gespräche in ihrer Gesamtheit, so zeigt das Ergebnis, dass der Arzt mit einer fast doppelt so hohen Wortanzahl am Visitengespräch teilnimmt wie der Patient. Den Hauptanteil der Visite nehmen Gespräche über „medizinische und pflegende Maßnahmen“ (37%) und „Erkrankung und Befunde“ (36%) ein, nur ein sehr geringer Teil befasst sich mit der „psychischen und sozialen Lage“ (1%) des Patienten.

Ein Vergleich mit den Ergebnissen der durchgeführten Studie auf der Ophthalmologischen Abteilung der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald zeigt sowohl Parallelen als auch Widersprüche. Übereinstimmungen sind in der mittleren Gesprächsdauer und der teils fehlenden Gesprächseröffnung bzw. -beendigung zu finden. Unterschiedliche Meinungen zeigen sich bei der Analyse der Fragebögen hinsichtlich der Atmosphäre des Visitengesprächs und der vom Arzt aufgewendeten Zeit für das Gespräch.

## Abstract

Clinical rounds done by medical specialists are a main factor to find diagnostic and therapeutic decisions and over all, these are the only persistent opportunity for patients and doctors to speak. The conversation is of particular importance for the patient, as it acts supportive to the patient's convalescence as well as to his dealing with the illness.

This replication study has been carried out at the clinical section of endocrinology and metabolism at the University Hospital for Internal Medicine in Graz. The data has been gathered within the period of three weeks by accompanying clinical rounds and recording 100 of these conversations between the doctor and the patient. 50 of the recorded conversations have been selected by a random generator and have then been transcribed and finally been investigated technically as well as quantitatively via an analytical instrument. Furthermore, questionnaires, which have been filled in by patients after the doctor's round and which reflect their contentedness, have been included in the analysis.

The result shows that conversations between doctor and patient represent the major part (85%) of these clinical rounds. Looking closer at all selected conversations, one can see that the doctor takes part in the conversation with a double high amount of words in contrary to the patient. The main part of clinical rounds is represented by conversations regarding "medical and care treatment measures" (37%) followed by "illness and diagnosis" (36%), and only 1% of the conversation is in regards to the "psychological and social situation" of the patient. A comparison with the results of a study carried out at the Ophthalmologist section of the Medical Faculty of the Ernst-Moritz-Arndt-University Greifswald shows parallels as well as contradictions. The comparison shows accordance with the average duration as well as with the partly missing openings and endings of conversations. Concerning the analysis of the questionnaires the results differ in regards to the atmosphere of the conversations and the expenditure of time of the doctors.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Allgemein und Überblick.....	1
1.2. Zum Arzt-Patienten-Gespräch.....	2
1.3. Zum Visitengespräch.....	3
1.4. Zum ärztlichen Gespräch mit internistischen Patienten.....	5
1.4.1. Zum Gespräch mit chronisch kranken Patienten .....	6
1.4.2. Zum Gespräch mit alten Patienten .....	8
3. Material und Methoden.....	12
3.1. Das Untersuchungsfeld.....	12
3.1.1. Der Ort.....	12
3.1.2. Der Visitenablauf.....	12
3.2. Die beteiligten Personen.....	13
3.2.1. Das Visitenteam.....	13
3.2.2. Die Patientengruppe.....	14
3.3. Die Untersuchungsmethoden.....	14
3.3.1. Die teilnehmende Beobachtung.....	14
3.3.2. Die Transkription.....	15
3.3.3. Die Gesprächsanalyse.....	16
3.3.4. Der Fragebogen.....	22
3.3.5. Die statistische Auswertung.....	23
3.3.6. Die zeitliche Abfolge.....	23
4. Ergebnisse.....	25
4.1. Angaben zu den Patienten .....	25
4.1.1. Altersgruppenverteilung.....	25
4.1.2. Allgemeine Patientendaten.....	25
4.2. Die Gesprächsanalyse.....	27
4.2.1. Der äußere Rahmen des Visitengesprächs.....	27
4.2.2. Die Aktivität der Gesprächsteilnehmer.....	31
4.2.3. Das Frageverhalten.....	36
4.2.4. die Informationsvermittlung.....	38

4.2.5. Die Verständlichkeit der Gesprächsführung.....	40
4.2.6. Die inhaltliche Analyse.....	43
4.3. Die Ergebnisse des Patientenfragebogens.....	50
4.3.1. Allgemeine Fragen zum Arzt-Patienten-Gespräch.....	50
4.3.2. Fragen zur Verständlichkeit.....	51
4.3.3. Fragen zur patienteneigenen Gesprächsposition.....	53
4.3.4. Fragen zur Bedeutung und Zufriedenheit des Visitengesprächs .....	54
4.3.5. Anregungen und Wünsche der Patienten.....	56
5. Diskussion.....	57
6. Pragmatische Empfehlungen zum Visitengespräch.....	65
7. Literaturverzeichnis.....	70
8. Anhang.....	72
8.1. Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie .....	72
8.2. Fragebogen zum Arzt-Patientengespräch.....	76

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersgruppenverteilung.....	25
Abbildung 2: Dauer der einzelnen Visitenanteile .....	28
Abbildung 3: Verteilung der Gesprächsstörungen.....	29
Abbildung 4: Redeanteil der Interaktionsteilnehmer.....	31
Abbildung 5: Initiativ- versus Responsivbeiträge.....	33
Abbildung 6: Anteil der Einwortsätze an der Gesamtheit der eingebrachten Sätze .....	34
Abbildung 7: Antwortreaktionen des visitenführenden Arztes.....	37
Abbildung 8: Verteilung der Fragemodi.....	37
Abbildung 9: Informationsmodus.....	38
Abbildung 10: Themenbereiche der Informationsvermittlung an den Patienten.....	39
Abbildung 11: Einfacher versus komplexer Satzbau im Arzt-Patienten-Gespräch.....	41
Abbildung 12: Vollständige versus unvollständige Sätze im Arzt-Patienten- Gespräch.....	42
Abbildung 13: Gesamtheit der Inhaltsschwerpunkte im Visitengespräch .....	43
Abbildung 14: Inhaltsschwerpunkte des Arztes im Visitengespräch .....	44
Abbildung 15: Inhaltsschwerpunkte des Patienten im Visitengespräch.....	44
Abbildung 16: Frage 1: Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.....	50
Abbildung 17: Frage 2: Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.....	50
Abbildung 18 : Frage 3: Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.....	51
Abbildung 19: Frage 4: Das Visitengespräch wird in einer verständlichen Form durchgeführt.....	51
Abbildung 20: Frage 5: Ich habe die Möglichkeit nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.....	52
Abbildung 21: Frage 6: Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.....	52
Abbildung 22: Frage 7: Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch einbezogen. .....	53
Abbildung 23: Frage 8: Ich habe nicht die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen. ....	53

Abbildung 24: Frage 9: Ich möchte gerne mehr in das Visitengespräch einbezogen werden. ....	54
Abbildung 25: Frage 10: Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.....	54
Abbildung 26: Frage 11: Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.....	55
Abbildung 27: Frage 12: Ich bin mit der Form der Visitenführung sehr zufrieden..	55

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Allgemeine Daten der Patienten .....	26
Tabelle 2: Visitendauer (Stunden:Minuten:Sekunden).....	28
Tabelle 3: Störfaktoren der Gespräche.....	29
Tabelle 4: Gesprächseröffnung/-beendigung.....	30
Tabelle 5: Redeaktivität der einzelnen Gesprächsteilnehmer.....	31
Tabelle 6: Paraverbale Äußerungen.....	32
Tabelle 7: Frageaktivität der einzelnen Gesprächsteilnehmer.....	36
Tabelle 8: Der Gebrauch von Fachwörtern gegenüber dem Patienten .....	40

# 1. Einleitung

## 1.1. Allgemein und Überblick

Das Arzt-Patienten-Gespräch ist ein wichtiger Baustein in der ärztlichen Behandlung. In der Klinik bietet die ärztliche Visite eine regelmäßige Gesprächsmöglichkeit für Arzt<sup>1</sup> und Patient und stellt zugleich die Basis für eine möglichst rasche Diagnosestellung dar.

Das Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist, Daten über die Visite der Grazer Universitätsklinik für Innere Medizin/Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel zu gewinnen und diese zu analysieren. Da es sich um eine Replikationsstudie handelt und diese bereits auf der Ophthalmologischen Abteilung der Universitätsklinik Greifswald durchgeführt wurde, bietet sich ein anschließender Datenvergleich an. Anhand der Ergebnisse soll eine Reflexion mit der Erarbeitung gewisser Schwerpunkte zur Kommunikation im Visitengespräch folgen, um den Erwartungen des Arztes und des Patienten in der Visite näher zu kommen.

Zu Beginn wird die gesammelte Literatur zum Arzt-Patienten- sowie zum Visitengespräch, im Speziellen auch in Bezug auf internistische, chronisch kranke und alte Patienten, angeführt.

Im darauffolgenden Kapitel „Material und Methoden“ wird der Studienablauf geschildert und die Vorgehensweise der durchgeführten Datenauswertung beschrieben.

Die Ergebnisse, welche anhand von Graphen und Tabellen veranschaulicht sind, sollen einen „Ist-Zustand“ der aufgezeichneten Visiten zeigen.

Im letzten Punkt wird ein Vergleich zu jenen Ergebnissen gezogen, welche auf der Universitätsklinik Greifswald gewonnen wurden. Des Weiteren werden aus der Literatur und den gewonnenen Ergebnissen jene Aspekte herausgegriffen, die einen großen Beitrag zur Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie zur Qualität der Visitengespräche leisten würden.

---

<sup>1</sup> Für den vereinfachten Gebrauch wird in der gesamten Arbeit vom Arzt und vom Patient in männlicher Form gesprochen, was die weibliche Form mit einschließt.

## 1.2. Zum Arzt-Patienten-Gespräch

*„Man kann nicht nicht kommunizieren“*

(Watzlawick et al., 2007, S. 53).

Laut Watzlawick läuft Kommunikation nicht ausschließlich in Worten ab, sondern auch paralinguistische Phänomene wie Sprechtempo, Tonart, Lachen und Seufzen, sowie Körperhaltung, Mimik und Gestik sind Teil davon (Watzlawick et al., 2007). 93% der Gesprächsbeiträge laufen auf nonverbaler Ebene ab (55% Körpersprache, 38% Tonfall), während nur 7% auf Wortmeldungen entfallen. Wenn in Worten ein „Ja“ ausgedrückt wird, dem Körper aber ein „Nein“ abzulesen ist, kann für den Kranken das Nein als Antwort gelten. Daraus lässt sich ableiten, dass das unbewusste Geschehen im Dialog von wesentlich größerer Bedeutung ist, als man auf den ersten Blick annehmen würde (Dorfmueller & Dietzfelbinger, 2009).

Das Arzt-Patient-Gespräch stellt die Basis für das erfolgreiche Tun des Arztes dar. Des Weiteren können auf diese Art und Weise Sorgen und Angstzustände, von denen alle Kranken und deren engster Verwandten- und Bekanntenkreis geplagt sind/ist gemildert bzw. ausgelöscht werden (Dorfmueller, 2001).

Oftmals wird der Zeitmangel in den Vordergrund gestellt, um unangenehme Gesprächsthemen auszuweichen oder diese zumindest in einer sehr kurzen Form zu halten (Dorfmueller, 2001). Eine Psychologin beschrieb: *„Viele Ärzte bauen einen emotionalen Schutzschild auf, um sich gegen Schmerz, Leid, Furcht und Todesangst zu wappnen“* (Kutscher & Seßler, 2007, S. 92).

Analysen zeigen, dass eine ausgedehnte Aufklärung oder Beratung, welche in einem Zeitrahmen von 20 bis 25 Minuten stattfindet, großteils sowohl den Kranken als auch dessen Bezugspersonen vor eine Herausforderung stellen und sich nicht gerade positiv auf dessen kooperatives Verhalten auswirkt. Schweigephasen können in einzelnen Fällen auch wertvoll sein, Pausen sind ein bedeutender Bestandteil im Dialog mit dem Patienten (Dorfmueller, 2001).

Der Patient sollte einen etwaigen Mangel an Zeit nie zu spüren bekommen, auch wenn die verfügbare Zeit in der Tat begrenzt ist. Zeitnot und folglich Zeitdruck, welche eine ausgeprägte Problematik in Klinik und Praxis darstellen, wirken einem gelungenen Dialog zwischen Arzt und Patient entgegen (Geisler, 2008).

Kutscher & Seßler (2007, S. 92) haben folgendes herausgearbeitet: *„Patienten genesen schneller und waren zufriedener, wenn der behandelnde Arzt ihnen versicherte, es werde ihnen bald besser gehen, sie bat, Fragen zu stellen, und ihnen etwas mehr Zeit widmete“*. Die Gesprächslänge ist jedoch nicht aussagekräftig in Bezug auf die Qualität, denn diese zeichnet sich viel mehr durch die Empathie und der Herangehensweise an das Gespräch aus. Ein gelungener Dialog ist nicht unbedingt ein ausgedehnter Dialog und umgekehrt verspricht der lange Dialog nicht immer Erfolg (Geisler, 2008).

In der Gesprächsführung nach Carl R. Rogers sollten positive Wertschätzung, Selbstkongruenz, Echtheit sowie Empathie nicht fehlen. Positive Wertschätzung bedeutet, dass der Arzt seinem Patienten mit Akzeptanz und Respekt gegenübertritt, sich nicht von Bedingungen beeinflussen lässt und nicht voreingenommen ist. Selbstkongruenz heißt, dass man sich selbst sein und keine Rolle einnehmen sollte. Empathie beschreibt das Einfühlungsvermögen gegenüber dem Patienten (Dorfmueller & Dietzfelbinger, 2009).

### **1.3. Zum Visitengespräch**

*„Hippokrates: Erst das Wort, dann die Arznei, dann das Messer“*

(Langer & Schnell, 2009, S. 29).

Die Visite hat für viele Patienten einen enorm hohen Stellenwert und stellt für diese oft die einzige Möglichkeit dar, sich mit dem betreuenden Arzt auszutauschen.

Der Kranke verbringt den Großteil des Tages mit Warten (auf das Visitenteam, diverse Untersuchungen, auf den Besuch von Familie und Freunden) und ist oft

von Sorgen und Ängsten gequält. Diese finden oft auch im Visitengespräch keinen Platz. Des Weiteren macht der Patient die Erfahrung, dass er nicht in die Visite miteinbezogen, sondern nur über ihn und seinen Zustand geredet wird. (Rockenbauch et al., 2006).

Im Folgenden soll näher auf Probleme, welche im Visitengespräch auftreten können, eingegangen werden. Bei der am Patientenbett durchgeführten Visite wird dem Kranken nur zu einem sehr kleinen Teil Aufmerksamkeit geschenkt. Je größer das Visitenteam ist, desto geringer wird dieser Anteil (Löning & Rehbein, 1993).

Der betreuende Arzt befasst sich während der Visite sehr intensiv mit den therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen, sodass ihn parallel laufende Patientengespräche vor eine Herausforderung stellen. Eine „Kurvenvisite“ vor Betreten des Krankenzimmers bzw. nach der Visite hat Anklang gefunden. Dem Visitenführenden und seinem Team wird die Möglichkeit gegeben, sich vor Beginn der Visite ein Bild über den jeweilig aktuellen Zustand zu machen. Durch das Einholen dieser Informationen im Vorhinein, wird der Arzt in der Zeit, die er am Patientenbett verbringt, nicht abgelenkt und kann sich voll und ganz dem Kranken widmen (Stucke, 1987).

Sobald die Ärzte unter sich in verminderter Lautstärke am Krankenbett zu kommunizieren beginnen, ist es dem Patienten nicht mehr möglich, dem Visitengespräch zu folgen. Dadurch wird ihm das Gefühl vermittelt, dass ihm Informationen vorenthalten bzw. diese Informationen vor ihm geheim gehalten werden (Geisler, 2008). Vor allem bei schwer Kranken wird das Visitengespräch sehr oft auf einen arztinternen Dialog reduziert. Je schlechter es um den Gesundheitszustand des Patienten steht, umso geringer sind die Aussichten auf seinen Gesprächseinfluss (Schweickhardt & Fritzsche, 2009).

Visitengänge können für den Arzt schnell zur Routine werden. Hinzu kommen der medizinische Fortschritt und die enorme Belastung der Ärzte, die in hohem Ausmaß zu einer schlechteren Arzt-Patienten-Beziehung beitragen (Stucke, 1987).

Alle Visitenteilnehmer sind einem Leistungsdruck ausgesetzt, auch die Freundlichkeit leidet unter der mangelnden Zeit. Dies spiegelt sich in der Begrüßung wieder, welche nicht immer auf Gegenseitigkeit beruht und von Seiten der leitenden Ärzte oft nur durch Blickkontakt, Zunicken oder sonstige bescheidene Aufmerksamkeiten ersetzt wird (Löning & Rehbein, 1993).

Geisler (2008, S.221) beschreibt das Gespräch somit folgendermaßen: *„Das Gespräch als betriebswirtschaftlicher Luxus wird Opfer missverständener Sparmaßnahmen. Was dann als ökonomisch verträgliche Medizin erscheint, ist in Wahrheit ärztlich und menschlich eine Bankrotterklärung“*.

Privatsphäre ist während des Visitenablaufs nicht gegeben. Es werden sehr persönliche Themen im Beisein von anderen Personen, wie z.B. Zimmerkollegen, besprochen (Bergner, 2009).

#### **1.4. Zum ärztlichen Gespräch mit internistischen Patienten**

Da in der Inneren Medizin viele Krankheitsbilder behandelt werden, welche in engem Zusammenhang mit bestimmten Verhaltensmustern stehen, hat das Gespräch hier einen besonders hohen Stellenwert (Langer & Schnell, 2009). Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist auf allen medizinischen Abteilungen durchaus sehr bedeutend, gerade in der Inneren Medizin stellt sie für die Diagnosestellung als auch für die weiterführenden Therapiemaßnahmen einen sehr wesentlichen Anteil dar (Dorf Müller, 2001).

Langer und Schnell (2009, S.29) haben dazu folgendes formuliert: *„Entsprechend dem Auftrag, nicht Krankheiten, sondern Kranke zu heilen, ist die therapeutische Begleitung von Menschen mit lebensstilinduzierten Erkrankungen eigentlich eine Selbstverständlichkeit des ärztlichen Handelns“*.

Der Dialog mit dem Kranken liefert dem Arzt wichtige Informationen. Hier erfährt er, inwieweit der Patient über seine Krankheit Bescheid weiß und ob dieser genügend Motivation aufbringen kann, etwas für seine Gesundheit zu tun (Dorf Müller, 2001).

#### **1.4.1. Zum Gespräch mit chronisch kranken Patienten**

In der Inneren Medizin zeigt sich eine Reihe chronischer Krankheitsbilder, welche sich nicht selten in einem progredienten Verlauf präsentieren oder die Heilungschancen nicht allzu groß sind. Unter diesen Aspekten ist das Gespräch mit dem chronisch Kranken von besonders großer Bedeutung. Die Schwerpunkte der Kommunikation liegen hier nicht im diagnostischen bzw. therapeutischen Bereich. Viel mehr Beachtung wird dieser Patientengruppe hinsichtlich ihrem psychischen Zustand geschenkt, wie sie beispielsweise mit ihrer Erkrankung bestmöglich umgehen können, was sie erwartet, ihnen die bestehenden Ängste nehmen bzw. vermindern und dem Patienten Mut zusprechen, auch wenn seine chronische Erkrankung meist von einer ungünstigen Prognose überschattet ist (Dorf Müller, 2001).

Wiederholte therapeutische und diagnostische Maßnahmen können sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene unerwünschte Wirkungen hervorrufen. Die chronisch Kranken benötigen nicht nur Unterstützung von medizinischer Seite, genauso wichtig ist ein soziales Netzwerk und emotionaler Beistand (Hüper & Hellige, 2007).

Der Kranke ist dazu gezwungen, sich den gegebenen Umständen zu fügen, sich neu zu adaptieren, um mit der neuen Lebenssituation zurecht zu kommen. Beim Prozess der Anpassung trägt die Einsetzung von Bewältigungsstrategien und Schutz- bzw. Abwehrmechanismen eine wesentliche Rolle (Tress et al, 2004).

Laut Tress et al. (2004, S. 249) zählen zu den Schutz- bzw. Abwehrmechanismen folgende Punkte:

- *„Krankheit, Symptome, Folgen etc. verleugnen, nicht wahrhaben wollen (Verleugnung)*
- *Gefühle verdrängen, die Probleme nur rational betrachten (Verdrängung, Rationalisierung)*
- *eigene Gefühle und Wünsche bei anderen sehen, z. B. nur die Sorgen der Angehörigen betrachten (Projektion)*
- *Gefühle und Wünsche verschieben, z. B. Ärger gegen unbeteiligte Menschen richten (Verschiebung)*
- *sich forciert in angstauslösende Situationen begeben (kontraphobisches Verhalten)*
- *alles vermeiden, was Angst macht (Vermeidung)*
- *die Wut gegen sich selbst richten, sich selbst Vorwürfe machen, statt andere anzuklagen (Identifikation mit dem Aggressor)*
- *das Leben entwerten, damit kein Neid gegenüber Gesunden entsteht (Entwertung)*
- *andere Menschen als allmächtige Beschützer sehen und zu diesen in enger Abhängigkeit leben (Sehnsucht nach dem idealisierten Selbstobjekt)*
- *sich ganz den Wünschen anderer Menschen anpassen und sie umsorgen (altruistische Abtretung)“*

Ein Element dieses Anpassungsvorganges stellen Ärzte mit ihren Gefühlen und Reaktionen selbst dar. Als „professioneller Helfer“ ist die Betreuung beim Anpassungsprozess Teil ihrer Pflichten. Zugleich stoßen sie aber an die Grenzen der Medizin und müssen erfahren, dass sie Patienten mit einer chronischen Erkrankung und einer ungünstigen Prognose begleiten, jedoch nicht heilen können (Langer & Schnell, 2009).

Es ist beinahe unmöglich, an einer chronischen Krankheit zu leiden, ohne dabei jemals mit dem Prozess der Auseinandersetzung konfrontiert zu werden.

Einen wesentlichen Unterschied zu akuten Erkrankungen, welche durch Fremdverantwortung und Fremdvertrauen charakterisiert werden, sind bei chronisch kranken Patienten umso mehr Selbstverantwortung und Selbstvertrauen gefragt. Des Weiteren ist bei chronisch Kranken die Wissbegierde hinsichtlich ihres Krankheitsbildes sehr groß. Eine mögliche Folge davon kann sein, dass die Patienten im Laufe der Jahre selbst zu Spezialisten auf ihrem Gebiet werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass der chronisch kranke Patient empfindlich reagieren kann, wenn die Informationen nicht zur Gänze der Wahrheit entsprechen und ihm falsche Hoffnungen gemacht werden. Dies ist oft der Grund für das häufige Wechseln von Ärzten (Geisler, 2008).

Viele Patienten beklagen, dass die Ärzte kein offenes Ohr für sie haben und teilweise ein sehr unfeines Verhalten an den Tag legen. Beim Arzt-Patienten-Gespräch mit chronisch kranken Menschen bei einer mittleren Dauer von elf Minuten beschränkt sich der Redeanteil des Patienten auf nur sieben Sekunden (Dorfmueller & Dietzfelbinger, 2009).

#### **1.4.2. Zum Gespräch mit alten Patienten**

*„Früher oder später merken die Schlaunen, dass du nicht blind, taub und verblödet bist. Du bist nur eine alte Frau in einem Rollstuhl“*

(Dehn-Hindenberg, 2010, S. 68).

Mangelnde Einfühlung und fehlender Respekt von Seiten der Ärzte gegenüber älteren Patienten sind oft auf eine stereotype Erwartung in Bezug auf die geistigen Fähigkeiten des Patienten zurückzuführen. Die beschriebene Verhaltensweise der Ärzte bezeichnet man als Patronisierung (Dehn-Hindenberg, 2010).

Für eine patronisierte und altersspezifische Kommunikationsweise sind folgende sprachliche Merkmale charakteristisch:

- *„einfache Satzkonstruktion, viele einsilbige Wörter*
- *kindliche, verniedlichende Begriffe*
- *Verkleinerungen (z.B. ein wenig, bisschen,...)*
- *Wiederholungen von Aussagen*
- *an eine Aussage angehängte Fragen*
- *eingeschränkte Auswahl der Themen (mit Schwerpunkt auf die Vergangenheit)*
- *oberflächliche Inhalte (Small Talk)*
- *Unterbrechungen*
- *Nichtbeachtung der Themen des älteren Gesprächspartners*
- *übertriebenes Loben*
- *Verharmlosung und Bagatellisierung*
- *hohe, laute Stimmlage*
- *übertriebene Betonung“ (Dehn-Hindenberg, 2010, S. 68-69)*

Die Adaption an das erwartete Kommunikationsverhalten der älteren Menschen stellt ein Hindernis für einen gelungenen Dialog dar. Lediglich die Wahrnehmung des Alters beeinflusst die Handlungsweise und das Gesprächsverhalten. Erfahrungen, die im Umgang mit alten Menschen gesammelt wurden, werden verallgemeinert und beeinflussen die gegebene Situation. Dies nähert sich einer Kommunikationsweise, welche nicht mehr auf die individuellen Spezifitäten eingeht. Um den Patienten so gut wie möglich ins Gespräch zu integrieren, sollte auf eine möglicherweise eingeschränkte Sehfähigkeit, Schwerhörigkeit und Immobilität Rücksicht genommen und der Gestaltung der Gesprächssituation angepasst werden (Dehn-Hindenberg, 2010).

Dehn-Hindenberg (2010, S. 70) beschreibt folgendes: *„Eine gelingende Kommunikation, insbesondere im höheren Alter, unterstützt den Erhalt von Unabhängigkeit und Selbstbestimmtheit“*.

Geisler (2008, S. 246) nennt typische Fallgruben im Gespräch mit älteren Patienten:

- *„Das Nichterkennen einer Pseudomultimorbidität als Ausdruck einer untergründigen Lebensangst.*
- *Diagnostizieren und Behandeln, obwohl der Patient eigentlich weder Diagnose noch Therapie, sondern sozialen Kontakt sucht.*
- *Verkennen, dass Krankheit im Alter besonders häufig Maske, Mittel oder Signal ist: Verdecken von Einsamkeit, Überspielen von Prestigeverlusten, Erzwingen von Zuwendung, Suche nach Kontakt.*
- *Verkennen, was in Wirklichkeit hinter organisch steckt: depressive Verstimmungszustände, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit“*.

Laut Geisler (2008) gilt der Arzt für den alten Menschen oft als wichtigster sozialer Kontakt. Balint war der Meinung, dass der Arzt selbst mit seinen Emotionen und Reaktionen gegenüber dem Kranken einen wesentlichen Bestandteil zur Behandlung beiträgt und somit als „Droge Arzt“ ein unabkömmliches Therapeutikum darstellt (Luban-Plozza, 1991).

Des Weiteren erwähnt Geisler (2008), dass in der Betreuung von älteren Patienten mehr Gespräche geführt und weniger Medikamente verabreicht werden sollten. Der stationäre Aufenthalt sollte in einem möglichst geringen Zeitraum gehalten werden, da eine zu ausgedehnte Hospitalisationsdauer die soziale Wiedereingliederung des Kranken erschwert und in weiterer Folge seine Eigenständigkeit gefährdet (Luban-Plozza, 1991).

Da ältere Patienten oft gezwungen sind, sich mit Themen wie Verlust oder Tod auseinanderzusetzen und diesbezüglich großen Ängsten ausgesetzt sind, werden die betreuenden Ärzte automatisch auch mit diesen Themen konfrontiert. Anstatt sich damit zu befassen, lenken die Ärzte oftmals durch weitere Untersuchungen davon ab, um einer persönlichen Konfrontation zu entgehen (Luban-Plozza, 1991).

Unter Berücksichtigung der oben abgehandelten Spezifitäten im Hinblick auf das Visitengespräch auf einer internistischen Station, lassen sich unter anderem folgende Fragestellungen formulieren:

- Welche Gesprächsaktivität zeigen Arzt bzw. Patient in einer Interaktion?
- Wie ist der Aufbau der Beziehungsstruktur innerhalb eines Gesprächs?
- Inwieweit wird der Patient als Adressat von den anderen Visitenteilnehmern im Gespräch miteinbezogen?
- Wie wird Information innerhalb eines Gesprächs vermittelt?
- In welchem Ausmaß ist die Visite für den Patienten verständlich gestaltet?
- Wie reagiert der Arzt auf krankheitsrelevante Fragen seitens des Patienten?
- Welche Themenschwerpunkte bilden den inhaltlichen Kern des Visitengesprächs?
- Wie lassen sie die Ergebnisse der Gesprächsanalyse mit den subjektiven Einschätzungen der Patienten, welche mittels Fragebogen erhoben werden, in Beziehung setzen?

Die Ergebnisse werden mit der Studie von Papsdorf (2008) in Beziehung gesetzt.

## **3. Material und Methoden**

### **3.1. Das Untersuchungsfeld**

#### **3.1.1. Der Ort**

Die Studie wurde auf der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz auf der klinischen Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel durchgeführt. Das Patientengut zeigt breit gefächerte Krankheitsbilder internistischen Ursprungs. Der Tag beginnt um halb neun Uhr mit einer Morgenbesprechung. Hier versammeln sich alle Endokrinologen und die zuständigen Pflegefachkräfte der Station im Besprechungszimmer, um sich über die aktuelle Situation der Patienten auszutauschen. Anschließend startet die Visite, welche in der Regel in zwei parallel laufenden Durchgängen stattfindet. Einer der visitenführenden Ärzte ist für den vorderen Teil der Station zuständig, der andere für den hinteren Teil. Das Arzt-Patienten-Gespräch wird direkt am PatientInnenbett durchgeführt.

#### **3.1.2. Der Visitenablauf**

Das Visitenteam betritt mit einem freundlichen „Guten Morgen“ an alle sich im Raum befindlichen Patienten das Zimmer. Meist wird beim ersten Bett links neben der Tür mit der Visite begonnen. Der Großteil des Gesprächs läuft zwischen dem visitenführenden Arzt und dem Patienten ab. Zu Beginn des Dialogs erkundigt sich der Visitenführende nach dem Wohlbefinden des Patienten. Anschließend wird genauer auf dessen Krankheitsbild und der dazugehörigen aktuellen Symptomatik eingegangen. Der begleitende Zweitarzt ist immer der Turnus- oder der Assistenzarzt, diesem ist die Patientenkurve überlassen. Er steht dem Oberarzt während des gesamten Visitingesprächs zur Seite und beantwortet anhand von den Patientenunterlagen anfallende Fragen. Während des Gesprächs legt der Arzt auch ein besonderes Augenmerk auf das äußere Erscheinungsbild des Kranken, da man anhand dessen schon sehr viel über den aktuellen Zustand des Patienten

erfahren kann. Oft findet zusätzlich zum Gespräch eine kurze Untersuchung am Patientenbett statt, Herz- und Lungenauskultation stellen hier einen wichtigen Bestandteil dar. Falls ein Grund für operative Eingriffe gegeben war, werden im Zuge der Visite auch die dadurch entstandenen Wunden kontrolliert und wenn notwendig, wird auch ein Verbandswechsel durchgeführt. Des Weiteren wird über die bisherigen Therapiemaßnahmen und die Befunde der bereits durchgeführten bzw. noch geplanten Untersuchungen gesprochen. Der Kranke wird ausführlich über das weitere Vorgehen informiert. Bei Auftreten von besonders spannenden bzw. selten gesehenen Krankheitsbildern sind die Ärzte stets bemüht, den an der Visite teilnehmenden Studenten wissenswerte Details näher zu bringen. Sollten seitens des Patienten im Laufe seines Krankenhausaufenthaltes Fragen auftreten, können diese im Rahmen des morgendlichen Arzt-Patienten-Gesprächs geklärt werden. Am Ende des Gesprächs sollten alle Unklarheiten beseitigt sein und der Oberarzt wendet sich dem nächsten Patienten zu.

## **3.2. Die beteiligten Personen**

### **3.2.1. Das Visitenteam**

Die Zusammensetzung des Visitenteams variiert. Während der Woche besteht das Visitenteam aus dem visitenführenden Oberarzt/Professor, einem begleitenden Turnus-/Assistenzarzt und mindestens einer Pflegefachkraft. Da das Universitätsklinikum Graz ein sogenanntes „Lehrkrankenhaus“ ist, sind fast immer zwei bis drei praktizierende Studenten auf der Station und diese sind ebenfalls bei der täglichen Visite anwesend. Donnerstags findet in der Regel die Chefarztvisite statt. Hier übernimmt der Leiter der Endokrinologie die Visitenführung. An den Wochenenden ist die Teilnehmerzahl geringer. Samstags und sonntags setzt sich das Visitenteam aus einem visitenführenden Oberarzt und einer Schwester/einem Pfleger zusammen. Im Rahmen der Studie wurde die Visitenführung von sechs verschiedenen Oberärzten/Professoren analysiert.

### **3.2.2. Die Patientengruppe**

In einem Zeitraum von drei Wochen wurden insgesamt 50 verschiedene Patientengespräche aufgezeichnet. Die Patienten wurden von der Untersucherin persönlich angesprochen und über die Durchführung der Studie, sowie auch über Ziel und Zweck informiert. Zusätzlich wurde den Teilnehmenden eine Kurzbeschreibung ausgeteilt. Die Patienten hatten somit im Anschluss an die Aufklärung die Möglichkeit, den Ablauf der geplanten Studie noch einmal in aller Ruhe zu studieren und erst dann eine Entscheidung zu treffen. Des Weiteren wurde das Patientengut über Freiwilligkeit der Studienteilnahme und absolute Anonymität der Daten aufgeklärt. Voraussetzung für die Aufnahme des Arzt-Patienten-Gesprächs war die im Vorfeld unterschriebene Einverständniserklärung der Teilnehmer. Eine Vorlage des Einverständnisformulars und des Informationsblattes sind im Anhang zu finden. Sowohl Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig waren oder nur bescheidene Deutschkenntnissen besaßen, als auch Patienten mit anderen sprachlichen Schwierigkeiten wurden nicht in die Studie miteinbezogen. Schwerkranke mit offensichtlich ausgeprägter Beschwerdesymptomatik und damit verbundener großer psychischer Belastung wurden ebenfalls nicht mit der Studie konfrontiert.

### **3.3. Die Untersuchungsmethoden**

#### **3.3.1. Die teilnehmende Beobachtung**

Die Untersucherin nahm an der täglichen Morgenvisite teil, um so die notwendigen Daten für die Gesprächsanalyse zu gewinnen. Das Tragen eines weißen Arztkittels ersparte Unsicherheit seitens der Patienten. Das Tonbandgerät, vom Typ Philips Voice Tracer LFH0862, befand sich in der Manteltasche und war somit für die Patienten nicht sichtbar. Die Diplomandin gab sich Mühe, eine zentrale Position zwischen dem Visitenführenden und dem Patienten einzunehmen, sodass die Aufnahmequalität möglichst hoch war. Zusätzlich zur Verwendung des

Untersuchungsinstruments nahm die Diplomandin eine beobachtende Rolle ein. Diese passierte offen, da sowohl das Patientengut als auch das medizinische Personal über die Studiendurchführung informiert wurden und ausführlich über das Vorhaben und das Ziel der Arbeit aufgeklärt wurden. Ohne eine Einverständniserklärung von beiden teilnehmenden Seiten wurde keine Aufzeichnung vorgenommen. Die Beobachterin versuchte, trotz ihrer zentralen Positionierung, sich im Hintergrund zu halten, um einer aktiven Gesprächsteilnahme aus dem Weg zu gehen.

### **3.3.2. Die Transkription**

Die Transkription war notwendig, um die bei der Visite aufgezeichneten Gespräche auf Papier zu bringen und sich das Vorhandensein unterschiedlichster Sprachhandlungen zu verdeutlichen. Die Verschriftlichung wurde von der Diplomandin selbst durchgeführt. Um das Ergebnis einer exakten Transkription zu erhalten, erfolgte das Niederschreiben der auf Tonband aufgenommenen Gespräche im Anschluss an die Aufnahme, da man zu diesem frühen Zeitpunkt die Visitenabfolge und die Gesprächssituation zwischen Arzt und Patient noch vor Augen hatte. Die Dokumentation von aufgenommenen Störfaktoren, wie zum Beispiel das Läuten eines Telefons, das Betreten/Verlassen des Zimmers, Reden im Hintergrund etc., erfolgte durch ein weiteres Abhören der Aufzeichnung. Auch die Dauer der einzelnen Visiten, die Zeit der ärztlichen Untersuchung, mögliche Pausen und viele weitere Kriterien, die durch alleiniges Abhören festgestellt werden konnten, wurden im Nachhinein festgehalten. Es wurden sowohl alle verbalen als auch paraverbalen Äußerungen, die zwischen Visitierendem und Kranken stattfanden, vermerkt. Jegliche Sprachhandlungen, die sich nicht zwischen Arzt und Patient abspielten, zum Beispiel personalinterne Kommunikation, wurden nicht transkribiert, sondern nur angemerkt, dass diese vorgenommen wurden.

### **3.3.3. Die Gesprächsanalyse**

Um einen guten Vergleich mit der bereits durchgeführten Studie der medizinischen Psychologie Greifswald zu erhalten, arbeitete ich mit deren bereits erstelltem Auswertungsinstrument. Dieses war eine Excel-Tabelle, in der verschiedenste Kriterien zur Analyse der aufgenommenen Gespräche angeführt waren. Es handelt sich um eine formal-quantitative Feldstudie. Der Sinn dieser ist, anhand der ausgezählten Kriterien näher an die Erwartungshaltung des Arztes und des Patienten heranzukommen und dieser gerecht zu werden.

### ***Das Auswertungsinstrument***

#### ***Der äußere Rahmen des Visitengesprächs***

Dokumentiert wurde hier:

- Datum der Aufnahme
- Visitenführender
- Teilnehmer
- Anzahl der Störfaktoren
- Bezeichnung der Störungen
- Dauer insgesamt
- Zeit bis Gesprächsbeginn
- Zeit ab Gesprächsbeginn
- Dauer des Patientengesprächs
- Dauer der Untersuchung
- Dauer des personalinternen Gesprächs
- Dauer der Pausen

## ***Redeanteile von Arzt und Patient***

Folgende Aspekte wurden hier näher betrachtet:

### *1. Die Wortanzahl*

- seitens des visitenführenden Arztes
- seitens des Patienten
- gesamt

Hier wurden jegliche verbale Aktivitäten festgehalten. Paraverbale Äußerungen wurden hier nicht mitgezählt.

### *2. Anzahl der Initiativen*

Initiativen stellen aktive Sprachhandlungen dar, welche meist ein neues Thema herbeiführen. Dazu werden Fragen, Gesprächseröffnungen/-beendigungen und Aussagen, die zu einer Handlung anstoßen, gezählt. Bei bereits erwähnten Gesprächsinhalten wurde die Information nur einmal evaluiert. Es wurden die Initiativen des Arztes, des Patienten und auch die Summe der beiden ausgewertet.

### *3. Anzahl der Responsiven*

Responsive Sprachhandlungen werden durch initiative Gesprächsbeiträge hervorgerufen. Auch hier wurden die sprachlichen Äußerungen sowohl getrennt als auch in ihrer Gesamtheit protokolliert.

### *4. Paraverbale Äußerungen*

Dazu gehören Sprachlaute wie „ahm“, „ah“, „mhm“ usw. Da diese „Lückenfüller“ nicht zur Gesamtanzahl der gesprochenen Worte gezählt wurden, wurden diese noch einmal isoliert betrachtet. Auch die Richtung der paraverbalen Äußerungen ist separat dokumentiert worden.

### *5. Gesprächseröffnung/-beendigung*

Bei diesem Punkt der Analyse wurde ermittelt, ob eine Begrüßung bzw.

Verabschiedung stattgefunden hat. Wenn ja, ist untersucht worden, wer von den beiden Gesprächsteilnehmern diese initiierte. Folgende Aussagen wurden gewertet: „Grüß Gott“, „Guten Morgen“, „Hallo“, „Auf Wiedersehen“. Äußerungen wie „Schönen Tag“ oder „Alles Gute“ wurden hier nicht berücksichtigt.

## ***Frageverhalten***

### *1. Anzahl der Fragen*

Die Fragen wurden sowohl in ihrer Gesamtheit angegeben, als auch von Arzt- und Patientenseite extra. Diverse Fragestellungen wurden auch als Initiative ausgewertet.

### *2. Form der Fragen*

Darüber hinaus wurden die gestellten Fragen in Untergruppen gegliedert:

- Offene Fragen:  
Diese machten es dem Patienten möglich, mit eigenen Worten zu antworten. Ein Beispiel dafür wäre: „Wie geht es Ihnen?“
- Geschlossene Fragen:  
Sie erlauben dem Patienten nur kurze Antworten wie „ja“ und „nein“.
- Suggestivfragen:  
Diese Untergruppe beeinflusst den Patienten in seiner Antwortmöglichkeit. Die gewünschte Antwort wird bereits in der Frage vorgegeben, wie zum Beispiel: „Sind die Schmerzen nicht schon geringer geworden?“
- Katalogfragen:  
Der Fragende bietet seinem Gegenüber mehrere Antwortmöglichkeiten an. Ein Beispiel dafür wäre: „Ist der Schmerzcharakter stechend, ziehend, drückend oder eher pochend?“

## ***Informationsvermittlung an den Patienten***

Der Patient hat verschiedene Möglichkeiten, um an seine gewünschten Informationen zu gelangen. Diese krankheitsrelevanten Informationsvermittlungen wurden wie unten angeführt ebenfalls in die Datenanalyse miteinbezogen.

1. *initiativ*: Der Arzt teilt dem Patienten Informationen, welche dessen Krankheit betreffen, von sich aus mit, ohne dazu aufgefordert zu werden.
2. *reaktiv*: Der Patient gelangt durch gezieltes Nachfragen an wissenswerte Fakten.

## ***Antwortreaktionen des Arztes auf Patientenfragen***

Um zu verdeutlichen, inwieweit der Visitenführende auf Fragen von der Patientenseite eingeht und diese ernst nimmt, wurden die Antwortreaktionen gesondert untersucht.

1. *Nichtbeachten*:  
Der Arzt ignoriert die Initiative des Patienten.
2. *Adressatenwechsel*:  
Anstatt die Frage des Patienten zu beantworten, schenkt der Arzt einem anderem Visitenangehörigen seine Aufmerksamkeit.
3. *Themenwechsel*:  
Der Visitenführende nimmt keine Stellung in Bezug auf die Patientenfrage, sondern beginnt über ein anderes Thema zu sprechen.
4. *Verschieben*:  
Der Arzt verdreht den Sinn der Patientenfrage und verschiebt seine Antwortreaktion auf weniger wichtige Details.
5. *Unsicherheit*:  
Aufgrund von mangelndem bzw. fraglichem Wissen, kann der Arzt nicht auf die Patientenfrage eingehen.

## 6. *Symmetrie:*

Der Visitenführende versucht, die Frage des Patienten bestmöglich zu beantworten.

## **Verständlichkeit**

### *1. Verwendung von Fachtermini*

Ärzte neigen oftmals unbewusst dazu, medizinische Fachbegriffe oder Abkürzungen des medizinischen Alltags zu benutzen. Da die meisten Patienten wenig bis keine Vorkenntnisse aus dem ärztlichen Fachgebiet mit sich bringen, fällt es ihnen oft schwer, die Aussagen des Arztes richtig zu interpretieren. Sowohl die Anzahl der Fachausdrücke, als auch die davon erklärten Begriffe wurden abgezählt.

### *2. Satzstrukturen*

Folgende Aufbaumöglichkeiten von Sätzen wurden ausgewertet:

- einfacher Satzbau:

Von einem einfachen Satz spricht man, wenn dieser aus einem Hauptsatz oder aus einem Haupt- und einem Nebensatz besteht. Auch Einwortsätze fallen in die Kategorie des „einfachen Satzbaus“.

- komplexer Satzbau:

Als Sätze mit einem komplexen Satzbau wurden diejenigen gewertet, die aus mehr als einem Haupt- und Nebensatz bestehen.

- vollständiger Satz:

Wenn eine Aussage als „vollständiger Satz“ analysiert wurde, musste dieser das Kriterium des Vorhandenseins des Subjekts und des Prädikats erfüllen.

- unvollständiger Satz:  
Ein unvollständiger Satz war durch das Fehlen von Subjekt oder Prädikat gekennzeichnet.
- Einwortsätze:  
Einwortsätze sind Aussagen, die aus nur einem einzigen Wort bestehen.
- Satzabbruch:  
Dazu wurden all jene Sätze gezählt, die aus unterschiedlichen Gründen nicht zu Ende gesprochen wurden. Mehrfach ist der Redner unterbrochen worden bzw. der Abbruch des Satzes ließ sich gelegentlich auch durch plötzliches Auftreten neuer Gedanken begründen.

### ***Themenverteilung des Visitengesprächs***

Um die Verteilung der Themenbereiche in einer übersichtlichen Form nachvollziehen zu können, wurde jede Aussage einer bestimmten Kategorie zugeordnet:

- Kontakt und Konversation
- aktuelle Beschwerden/Situation des Patienten
- Erkrankung und Befunde des Patienten
- psychische und soziale Lage des Patienten
- medizinische und pflegende Maßnahmen
- Entlassung
- Sonstiges/Personenbezug

Die Auswertung der Themenverteilung wurde für den Arzt und den Patient getrennt vorgenommen und zur zusätzlichen Verdeutlichung wurde auch die Summe der beiden in Betracht gezogen.

### 3.3.4. Der Fragebogen

Der verwendete Fragebogen wurde von der Doktorandin der medizinischen Psychologie Greifswald übernommen, um einen sinnvollen Vergleich, der auf verschiedenen Kliniken und Abteilungen stattgefundenen Studien, zu erzielen. Der Fragebogen setzt sich vorerst aus folgenden allgemeinen Angaben zur jeweiligen Person zusammen:

- Alter
- Muttersprache
- Familienstand
- höchster Schulabschluss
- berufliche Ausbildung
- derzeitige Beschäftigung
- und wenn in einer Partnerschaft lebend, auch die derzeitige Beschäftigung des Partners

Im Anschluss daran werden Fragen zur persönlichen Beurteilung in Bezug auf das Visitengespräch gestellt.

Das Hauptaugenmerk wird dabei auf

- Gegebenheiten der Gesprächsatmosphäre
- Verständlichkeit
- Integration des Patienten ins Gespräch
- Patientenzufriedenheit bezüglich der Gesprächsführung und Wichtigkeit des Visitengesprächs für den Patienten gelegt.

Die Befragten konnten zwischen den anzukreuzenden Antwortmöglichkeiten „trifft voll zu“, „trifft meist zu“, „trifft meist nicht zu“ und „trifft nie zu“ auswählen. Am Ende des Fragebogens stand den Patienten noch ein freier Bereich zur Verfügung, um persönliche Anmerkungen bzw. Wünsche anzubringen. Die auszufüllenden

Fragebögen wurden den Patienten, die in die Aufzeichnung miteinbezogen waren, von der Diplomandin noch am selben Tag nach Abschluss der gesamten Morgenvisite ausgeteilt. Um das Ziel einer ehrlichen Beurteilung zu erreichen, wurde bei Aushändigung der Fragebögen noch einmal in aller Deutlichkeit auf die Anonymität der Daten hingewiesen. Der Großteil der Patienten füllte die Bögen selbstständig aus. Eine geringe Anzahl der Befragten, welche aufgrund ihres Krankheitsbildes nicht in der Lage waren, den Fragebogen eigenständig zu beantworten, benötigte eine Unterstützung. Auffallend war, dass die doppelt verneinten Fragestellungen für eine Vielzahl der Patienten schwer zu verstehen waren und in Folge falsch interpretiert und ungewollt negativ bewertet wurden. Diese Fragen betreffend, wurde die Diplomandin mehrmals zu Rate gezogen. Der Fragebogen ist im Anhang der Diplomarbeit ersichtlich.

### **3.3.5. Die statistische Auswertung**

Die Analyse der gesammelten Daten wurde durch die Verwendung von Excel ermöglicht. Bei Verlangen von Mittelwert, Minimum, Maximum, Summe oder einer Prozentangabe diverser Auswertungskriterien wurden diese auch in diesem Rahmen berechnet. Um die Veranschaulichung der gewonnenen Ergebnisse zu verdeutlichen, wurden zahlreiche Graphen im bereits oben genannten Programm erstellt. Bei Ergebnissen mit Kommastellen wurde auf- bzw. abgerundet. Der Mittelwert wurde mit zwei Kommastellen angegeben.

### **3.3.6. Die zeitliche Abfolge**

Da es sich um eine Replikationsstudie handelt und diese wiederum Teil einer multizentrischen Studie ist, welche bereits von der medizinischen Psychologie Greifswald durchgeführt wurde, konnte das Studiendesign übernommen werden. Der erste Schritt der Arbeit war, das medizinische Personal der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel über den Ablauf und das Ziel der geplanten

Studie zu informieren und folglich die schriftliche Einverständniserklärung der daran teilnehmenden Ärzte einzuholen. Die Aufzeichnung der Visitengespräche wurde im September 2010 vorgenommen. Jeweils einen oder mehrere Tage vor Aufnahme der Arzt-Patienten-Gespräche wurden auch die Patienten über Sinn und Zweck des Vorhabens aufgeklärt. Voraussetzung dafür war ebenso eine schriftliche Einwilligung. Im Anschluss an die erfolgten Aufzeichnungen wurden die Patienten um das Ausfüllen der auf das Gespräch bezogenen Fragebögen gebeten. Mit dem zeitintensivsten Teil der Studie, Transkription und Analyse, befasste sich die Diplomandin ein Monat später, nachdem die benötigten Daten vollständig waren. Analysiert wurden sowohl die Ergebnisse der Gespräche als auch die der Fragebögen.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Angaben zu den Patienten

#### 4.1.1. Altersgruppenverteilung

Insgesamt wurden 50 Patientengespräche analysiert. Die Altersspanne der Teilnehmenden erstreckte sich von 31 bis 82 Jahre. Das daraus resultierende Durchschnittsalter betrug 66,72 Jahre.

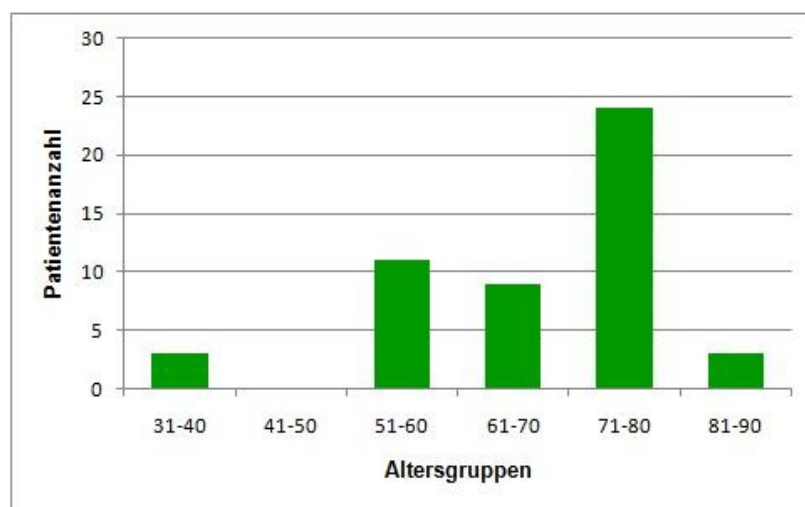


Abbildung 1: Altersgruppenverteilung

Die Graphik verdeutlicht, dass sich nur ein kleiner Teil der Patienten in der Altersgruppe 31-40 befand. Niemand fiel in die Altersgruppe 41-50, 11 der Untersuchten gehörten der Altersgruppe 51-60 an und 9 Personen waren der Altersgruppe 61-70 zugehörig. Beinahe die Hälfte der Patienten, 24, wurde der Altersgruppe 71-80 zugeteilt. Nur 3 der Untersuchten fielen in die Altersgruppe 81-90.

#### 4.1.2. Allgemeine Patientendaten

Allgemeine Informationen wie Familienstand, Schulabschluss, Berufsausbildung, Beschäftigungssituation und, wenn in einer Partnerschaft lebend, auch die Beschäftigungssituation des Partners wurden aus dem Fragebogen gewonnen.

<b>Familienstand</b>	<b>%</b>
ledig	8
verheiratet	66
geschieden/getrennt lebend	10
verwitwet	16
keine Antwort	0
<b>Schulabschluss</b>	
keinen/ich gehe auch nicht mehr zur Schule	0
Volks-/Hauptschule/Polytechnische Schule	74
Matura	22
einen anderen Schulabschluss und zwar:	0
keinen der genannten, da ich noch zur Schule gehe	0
keine Antwort	4
<b>Berufsausbildung</b>	
noch in beruflicher Ausbildung, SchülerIn, StudentIn	0
kein Abschluss	6
FacharbeiterIn	18
MeisterIn/TechnikerIn	4
Berufsschule/Handelsschule	18
Fachschule/Fachhochschule	2
Universität	20
keine Antwort	32
<b>Beschäftigungssituation</b>	
erwerbstätig	14
arbeitslos	0
PensionistIn	80
sonstiges und zwar: Hausfrau	6
keine Antwort	0
<b>Beschäftigungssituation des Partners</b>	
erwerbstätig	14
arbeitslos	0
PensionistIn	56
sonstiges und zwar:	0
keine Antwort	30

Tabelle 1: Allgemeine Daten der Patienten

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass zum Zeitpunkt der Befragung 8% der Patienten ledig waren, die Mehrheit mit 66% war verheiratet, 10% waren geschieden bzw. getrennt lebend und 16% waren verwitwet. Fast drei Viertel der Untersuchten gaben einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Schule an. 22% absolvierten die Matura und 4% enthielten sich der Frage. Bei der Frage nach der Berufsausbildung trafen bei keinem der Teilnehmenden die Antwortmöglichkeiten „noch in beruflicher Ausbildung“ bzw. „Schüler/Student“ zu. 6% der Patienten hatten keinen Abschluss, 18% wählten die Antwortmöglichkeit „Facharbeiter“ und 4% waren Meister bzw. Techniker. Weitere 18% besuchten die Berufs- bzw. Handelsschule. Ein kleiner Anteil von 2% hat eine Fachschule bzw. Fachhochschule abgeschlossen. Ein Fünftel absolvierte ein Studium auf einer Universität und ein relativ hoher Prozentsatz von 32% beantwortete diese Frage nicht. Die derzeitige Beschäftigungssituation betreffend überwiegen mit 80% eindeutig die Pensionisten. 14% der Kranken übten einen Beruf aus und 6% der Untersuchten gaben an, als Hausfrau tätig zu sein. Arbeitslos war keiner der Befragten. Mehr als die Hälfte der Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft lebten, gaben an, dass ihre Lebensgefährten bereits in Pension sind. 14% der Partner waren noch erwerbstätig und niemand war ohne Job. Fast ein Drittel enthielt sich der Frage bezüglich der Beschäftigungssituation des Ehepartners.

## **4.2. Die Gesprächsanalyse**

### **4.2.1. Der äußere Rahmen des Visitengesprächs**

#### Dauer der gesamten Visite

Die gesamte Visitendauer errechnet sich aus der Zeit, die der visitierende Arzt beim jeweiligen Patientenbett verbrachte. Dieser Zeitraum umfasst das Arzt-Patienten-Gespräch, sowie das personalinterne Gespräch, durchgeführte Untersuchungen am Krankenbett und diverse Pausen.

	Min	Max	Mittelwert
Gesamtdauer	00:48	10:42	03:52
Zeit bis Gesprächsbeginn	00:00	00:07	0,5sek
Zeit ab Gesprächsbeginn	00:46	10:42	03:52

Tabelle 2: Visitendauer (Stunden:Minuten:Sekunden)

Die Analyse der 50 Tonbandaufnahmen ergab, dass die kürzeste Visite 48 Sekunden in Anspruch nahm und die längste Visite 10 Minuten und 42 Sekunden. Die durchschnittliche Visitendauer wurde mit 3 Minuten und 52 Sekunden berechnet. Das Gespräch wurde von Seiten des Arztes in der Regel umgehend nach Einnahme einer geeigneten Position eröffnet.

### Dauer der einzelnen Visitenanteile

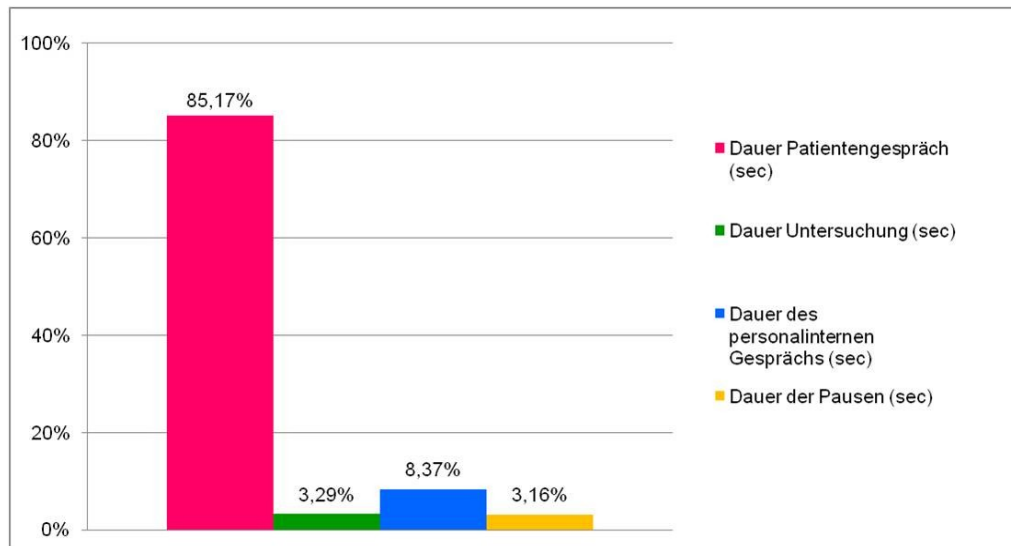


Abbildung 2: Dauer der einzelnen Visitenanteile

Anhand dieser Graphik wurde die zeitliche Verteilung der einzelnen Visitenanteile noch einmal verdeutlicht. Der weitaus größte Teil der morgendlichen Visite entfiel auf das Arzt-Patienten-Gespräch. 8% der Zeit wurden in personalinterne Gespräche investiert. Einen geringen Anteil von 3% ergaben diverse Pausen und weitere 3% der Gesamtdauer wurden für Untersuchungen aufgewendet.

### Anzahl der Störungen während der Gespräche

	Min	Max	Mittelwert
Störfaktoren	0	5	1,54

Tabelle 3: Störfaktoren der Gespräche

Die Visiten waren regelmäßig von unterschiedlichen Störfaktoren begleitet. Bei einem Fünftel der Visiten wurden keine Störungen festgehalten. 17 Gespräche wurden von jeweils einem Faktor, 13 Gespräche von 2, 7 Gespräche von 3 und 2 Gespräche von 4 Faktoren irritiert. Das Maximum von 5 Störfaktoren wurde in nur einem Gespräch erreicht. Im Mittel wurde das Arzt-Patienten-Gespräch 1,54 Mal gestört.

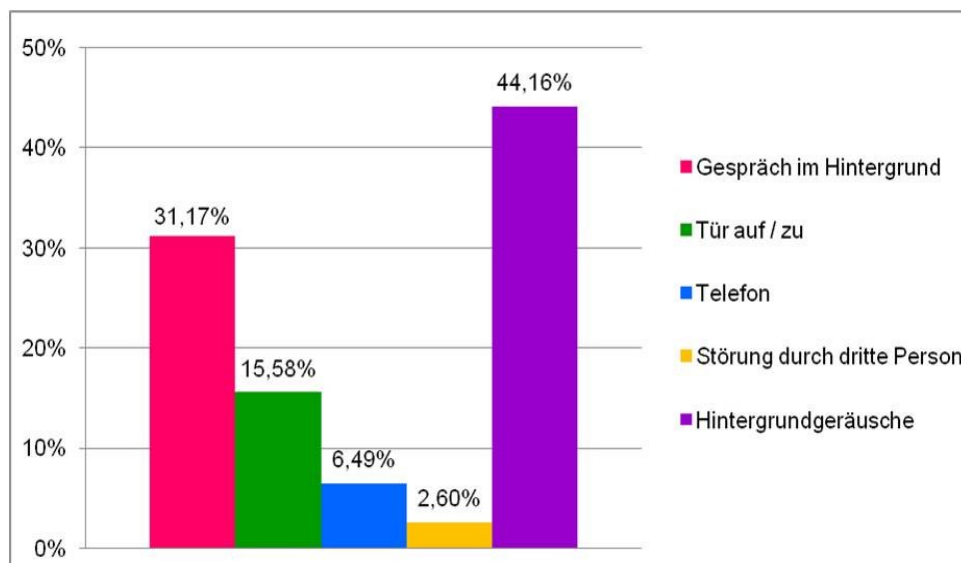


Abbildung 3: Verteilung der Gesprächsstörungen

Dieser Graphik ist die exakte Verteilung der einzelnen Störfaktoren zu entnehmen. Der überwiegende Teil der Irritationen kam durch diverse Hintergrundgeräusche zustande. Dazu wurden laufende Radios, Geschirrklingen, Sesselrücken, das Blättern in Patientenunterlagen, Husten von Visitenteilnehmern bzw. Zimmerkollegen und Autogeräusche, die durch die geöffneten Fenster wahrgenommen werden konnten, gezählt. Für ungefähr ein Drittel der Störungen sorgten parallel ablaufende Gespräche im Hintergrund. 16% des unerwünschten Lärms sind auf das Öffnen und Schließen der Zimmertür zurückzuführen, in 6% war das Läuten eines Telefons für die Störung verantwortlich und in 3% kam es zu einer Unterbrechung durch eine dritte Person. Dazu gehören Gesprächsunterbrechungen durch Zimmerkollegen oder das Bringen von Patientenunterlagen.

#### Gesprächseröffnung/-beendigung

	Visitierender	Patient
initiative Begrüßung	31	5
reaktive Begrüßung	3	17
initiative Verabschiedung	18	2
reaktive Verabschiedung	1	7

Tabelle 4: Gesprächseröffnung/-beendigung

Anhand dieser Tabelle ist nachzuvollziehen, dass, von insgesamt 50 Gesprächen, die Begrüßung 31 Mal von ärztlicher Seite initiiert wurde und nur 5 Mal von der Seite des Patienten. Im Gegensatz dazu wurden 17 Reaktionen vom Patient und 3 vom Visitenführenden ausgewertet. Die initiative Verabschiedung wurde 18 Mal vom Arzt veranlasst und nur 2 Mal vom Kranken. Eine reaktive Verabschiedung wurde vom Arzt ein einziges Mal vorgenommen und von der Patientenseite 7 Mal.

## 4.2.2. Die Aktivität der Gesprächsteilnehmer

### Redeanteile gemessen an der Wörterzahl

	Wörter gesamt	%	Min	Max	Mittelwert
Visitierender	18 982	63,62	83	864	355
Patient	10 853	36,38	6	794	206
Summe	29 834	100			

Tabelle 5: Redeaktivität der einzelnen Gesprächsteilnehmer

Die oben stehende Tabelle zeigt, in welchem Ausmaß an Wörtern sich die einzelnen Gesprächsteilnehmer am Visitengespräch beteiligt haben. Es ist klar ersichtlich, dass der Visitierende die dominierende Rolle im Gespräch einnahm. Betrachtet man die 50 durchgeführten Dialoge in ihrer Gesamtheit, so wird deutlich, dass der Arzt mit fast doppelt so vielen Wörtern wie der Patient an dem Gespräch teilnahm. In Summe gesehen, gaben Arzt und Patient gemeinsam 29 834 Wörter von sich. Das Minimum an gesprochenen Wörtern waren von Arztseite 83 Wörter und von Patientenseite 6. Das Maximum hingegen ergab vom Visitierenden 864 und vom Patient 794 Wörter. Der Durchschnittswert pro Gespräch ergibt beim Arzt 355 und beim Kranken 206.

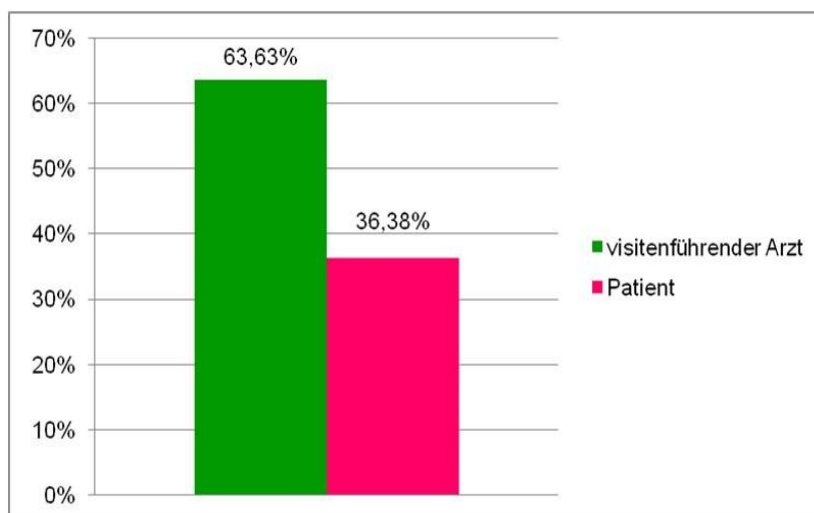


Abbildung 4: Redeanteil der Interaktionsteilnehmer

In der Graphik wird anhand einer Prozentangabe noch einmal verdeutlicht, dass der Visitierende weitaus aktiver am Gespräch beteiligt war als der Kranke. Er brachte sich mit einem Sprechanteil von 64% ein und der Patient mit einem Anteil von 36%.

### Paraverbale Äußerungen

	Min	Max	Mittelwert
Arzt an Patient	1	25	7,14
Patient an Arzt	0	20	5,88

Tabelle 6: Paraverbale Äußerungen

Hier wurde ein besonderes Augenmerk auf Äußerungen wie „mhm“, „ah“ etc. gelegt, die nicht als Wörter bezeichnet werden. Der Visitenführende gab pro Gespräch mindestens eine paraverbale Äußerung von sich, das Maximum wurde mit einer Zahl von 25 erreicht. Wenn man die Gesprächsanteile des Patienten gesondert betrachtet, wird ersichtlich, dass Dialoge geführt wurden, in denen sich der Kranke kein einziges Mal paraverbal äußerte. Das Maximum wurde hier mit einer Zahl von 20 erzielt. Der daraus resultierende Mittelwert ergab beim Arzt 7 und beim Kranken 6 dieser Äußerungen.

## Initiativen versus Responsiven

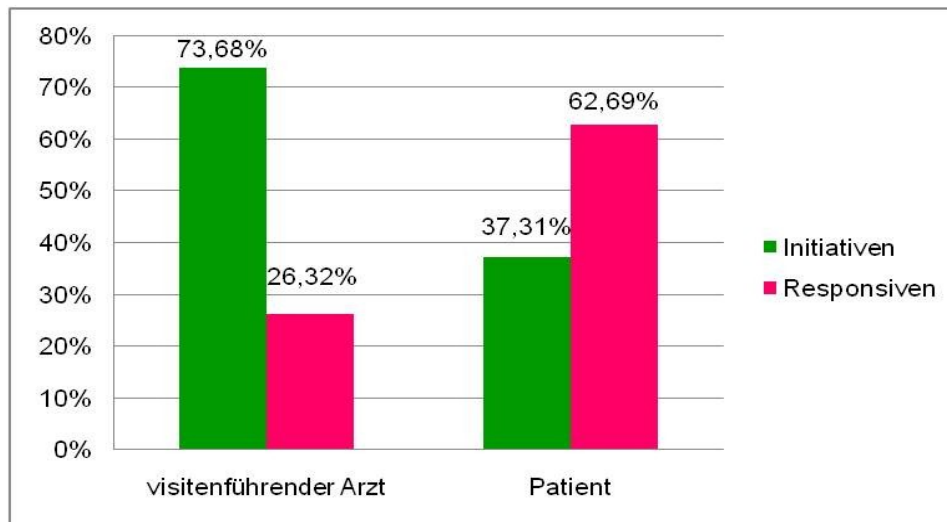


Abbildung 5: Initiativ- versus Responsivbeiträge

Im Dialog zwischen Arzt und Patient wurde zwischen initiativen und reaktiven Sprachhandlungen unterschieden. Um eine Veranschaulichung der jeweiligen Anteilnahme zu erhalten, wurden diese in ihren Häufigkeiten angegeben. Die Initiativen des Visitenführenden dominierten mit einem Anteil von 74%. Der Patient hingegen äußerte sich in einem Gesprächsanteil von 37% mittels initiativen Aussagen. Die reaktive Teilnahme wurde durch den Kranken mit 63% hervorgehoben, der Arzt unterstrich diese mit 26%. Im untenstehenden Ausschnitt eines aufgezeichneten Visitengesprächs sind die reaktiven Sprachhandlungen der Patientenseite besonders deutlich zu sehen.

*A: Ja, ja. Ist das etwas, was sich verschlechtert hat in der letzten Zeit, dass die Füße häufiger dick geworden sind in der letzten Zeit?*

*P: Ja, ja, ja.*

*A: Das schon.*

*P: Ja, das schon.*

*A: Ja, ok. Wir haben ja noch ein paar Untersuchungen vor. Herzultraschall werden wir machen.*

P: Mhm.

A: Ja, vierundzwanzig Stunden Elektrokardiogramm haben wir vor. Also es sind einige, es sind einige Untersuchungen bei ihnen noch vorgesehen.

P: Mhm.

A: Und ah unser Ziel ist natürlich, dass wir die Herzfunktion optimieren.

P: Mhm.

A: Und wenn wir das dann geschafft haben, dann werden wir sie entlassen.

P: Mhm.

A: Aber es wird noch einige Tage wahrscheinlich in Anspruch nehmen, ja?

P: Mhm.

A: Also, Herzultraschall das werden wir machen. Wir schauen, dass wir den Termin so rasch wie möglich kriegen, ja? Wie oft sindsn schon herzkathetert worden? Zweimal oder dreimal?

P: Zweimal.

A: Zweimal.

P: Ja.

## Einwortsätze

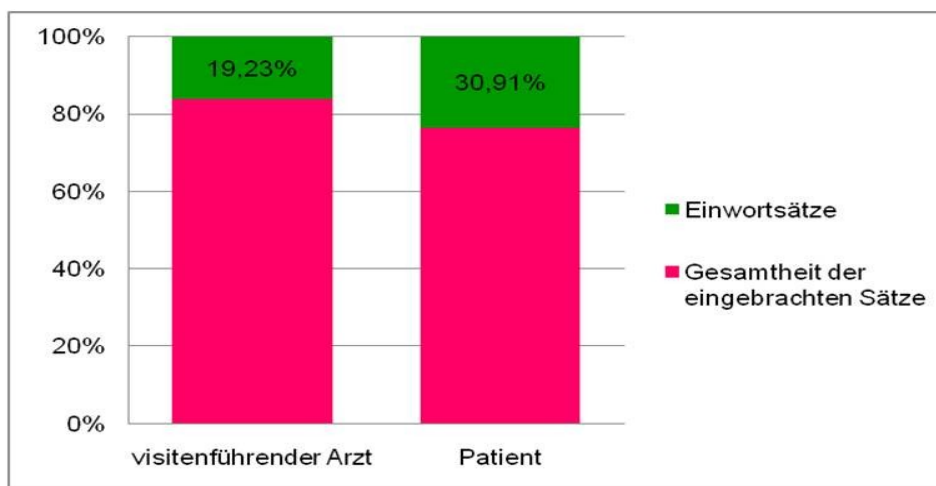


Abbildung 6: Anteil der Einwortsätze an der Gesamtheit der eingebrachten Sätze

Um ein weiteres Analysekriterium der aufgezeichneten Gespräche darzustellen, wurden die Einwortsätze an der Gesamtheit der gesprochenen Sätze gemessen. Der Graphik ist zu entnehmen, dass das Patientengut mit einem Anteil von 31% diese prägnante Satzform heranzog. Der Visitenführende äußerte sich in 19% seiner verwendeten Aussagen in Einwortsätzen. Ein Beispiel dafür zeigt das unten dargestellte Arzt-Patienten-Gespräch, indem sich der Kranke fast ausschließlich in diesem kurzen Satzbau ausdrückte.

*A: So, die absolute Bettruhe. Was machen die Beine? Die Thrombose? So weit gehts gut?*

*P: Ja.*

*Schwester redet mit Patient bzgl. morgigem Aufstehen.*

*A: Aber nur mit Strümpfen, ge? Das ist wichtig.*

*Schwester redet mit Patient bzgl Strümpfen.*

*A: Können wir kurz das... (Radio ausschalten)*

*P: Aha.*

*Schwester fragt den Arzt bzgl bandagieren der Beine. Anschließend fragt sie den Patient.*

*A: Gut. Naja. Wegen dem jetzt... Wegen dem einen Tag ist es auch kein Problem, aber aufstehen dürfen sie erst dann, wenn, ah, entweder ein Strumpf da ist oder eine Bandage.*

*P: Ja.*

*A: Damit nicht neuerlich eine Thrombose durchs Absacken vom Blut entsteht.*

*P: Mhm.*

*A: Das ist wichtig. Gibts irgendwelche Veränderungen seit gestern oder*

*unverändert gleich geblieben?*

*P: Ja.*

*A: Ok.*

*P: Außer liegen.*

*A: Außer liegen.*

*Schwester sagt zum Patienten, dass er die Bettruhe heute noch genießen soll.*

*A: Dann müssens gehen.*

*P: Ja.*

### **4.2.3. Das Frageverhalten**

#### Frageaktivitäten

	Fragen gesamt	%	Min	Max	Mittelwert
Visitierender	367	72,96	1	19	7,34
Patient	136	27,04	0	18	2,72

Tabelle 7: Frageaktivität der einzelnen Gesprächsteilnehmer

Es ist deutlich zu sehen, dass der Visitenführende, in der Gesamtbetrachtung der Gespräche, mit einer Anzahl von 367 Fragen, im Gegensatz zu den Patienten mit 136 Fragen, führt. Ihm wird eine Fragehäufigkeit von 73% zugeteilt, dem Patienten eine Häufigkeit von 27%. Das Minimum und das Maximum an Fragestellungen zeigen eine relativ große Spannweite. Von ärztlicher Seite erstreckt sie sich von 1-19 und von Patientenseite von 0-18. Der daraus errechnete Durchschnitt ergibt 7 Fragen pro Gespräch vom Visitenführenden und 3 Fragen vom Patienten.

## Antwortreaktionen des visitenführenden Arztes

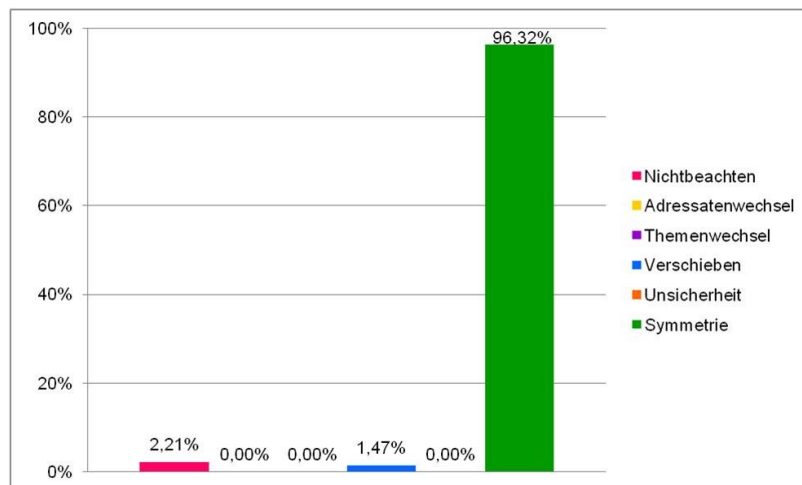


Abbildung 7: Antwortreaktionen des visitenführenden Arztes

Das Ergebnis der ausgewerteten Antwortreaktionen auf Patientenfragen zeigt, dass der Arzt in 96% der gestellten Fragen bemüht war, diese so gut wie möglich zu beantworten. In nur 2% der Fälle wurden diese nicht beachtet und in nur 1% der Fälle hat der Visitenführende die Patienteninitiative auf nebensächliche Aspekte verschoben. Adressatenwechsel, Themenwechsel, sowie Unsicherheit aufgrund von mangelnder eigener Information wurde bei keiner der Auskünfte festgestellt.

## Fragemodus

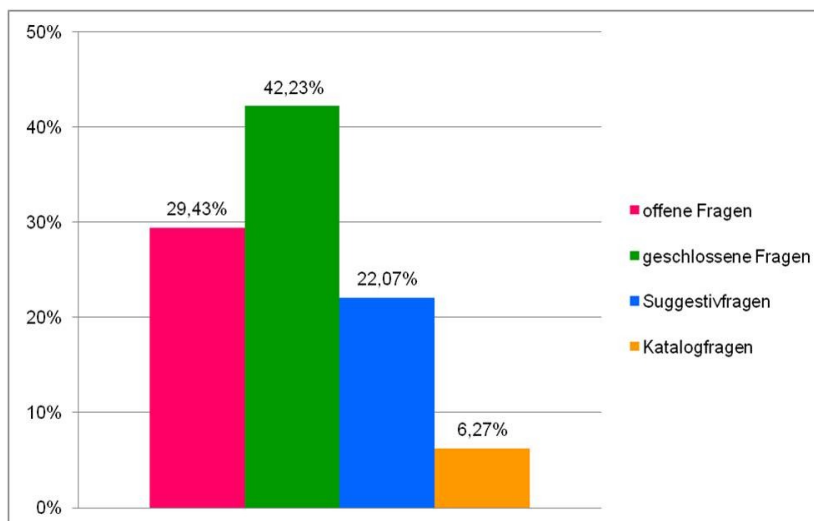


Abbildung 8: Verteilung der Fragemodi

Hier wurde der Aufbau der gestellten Fragen von Seiten des visitenführenden Arztes genauer betrachtet. Am häufigsten, mit einer Prozentangabe von 42, wurden geschlossene Fragen verwendet. In 30% wurden die Fragen in offener Form an den Kranken gerichtet, 22% wurden den Suggestivfragen zugeordnet und 6% den Katalogfragen.

#### 4.2.4. Die Informationsvermittlung

##### Informationsmodus

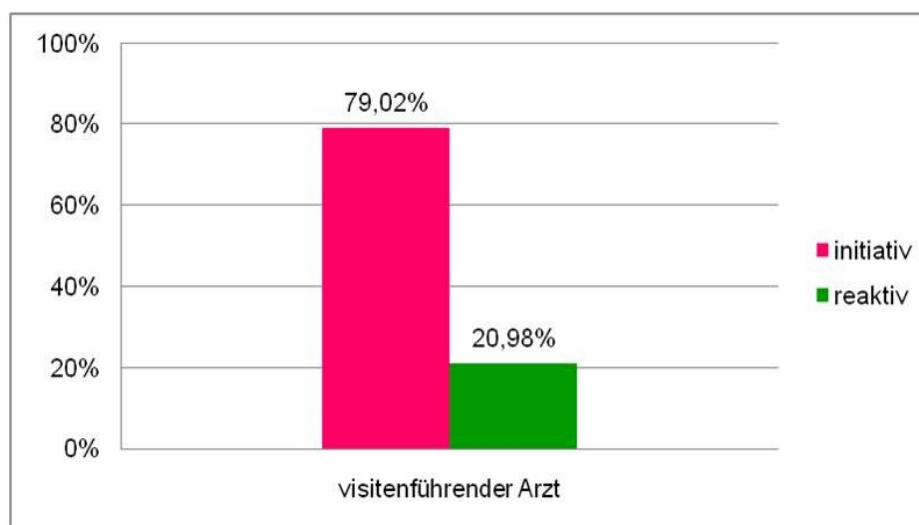


Abbildung 9: Informationsmodus

Diese Abbildung gibt Auskunft über die Form, in der der Arzt dem Patienten krankheitsrelevante Informationen mitteilt. Zu 79% übermittelt der Visitenführende dem Einzelnen Wissenswertes von sich aus. In 21% wird dem Kranken auf seine Nachfrage hin Auskunft über die gewünschten Daten gegeben. Im folgenden Gesprächsausschnitt werden initiative Informationen von ärztlicher Seite veranschaulicht.

A: Wir möchten heute das mit dem Ultraschall probieren.

P: Ja.

A: Das ist... Sie können das... Irgendwann am Tage werden wir sie dazu holen. Ich hoffe, dass das bald funktioniert.

P: Ja.

A: Und ein Bild vom Kopf möchten wir noch gern machen.

P: Ja.

A: Aber wann das ist, kann ich nicht genau sagen.

P: Aha.

A: Das ist so gegens Wochenende immer auf Abruf und das müssten wir... Wir sagens ihnen dann, wenn wirs wissen.

### Themenbereiche der Informationsvermittlung

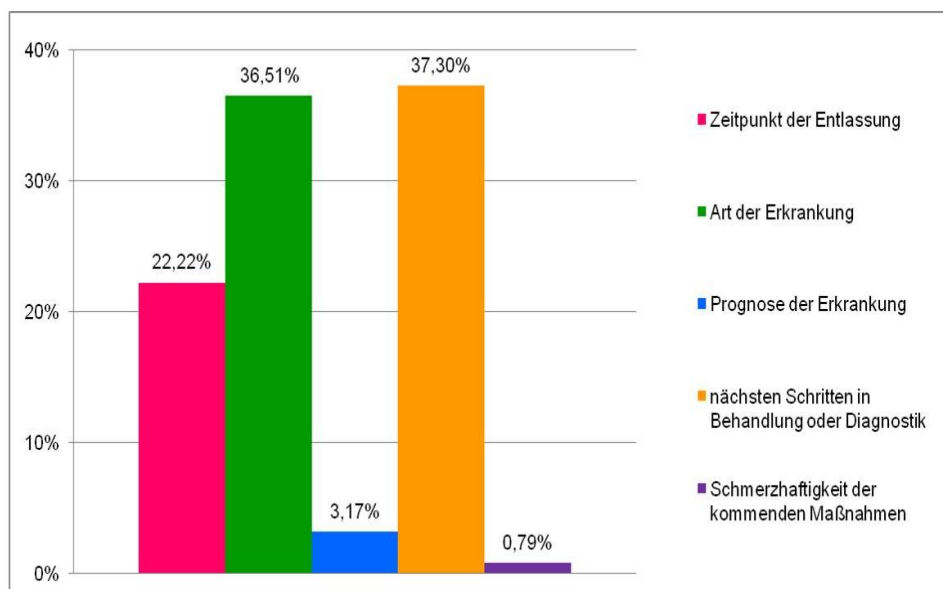


Abbildung 10: Themenbereiche der Informationsvermittlung an den Patienten

Weiters werden in der oben dargestellten Graphik die gegebenen Informationen den verschiedenen Themenbereichen gesondert zugeteilt. Die beiden größten Teile entfallen mit jeweils 37% auf „die nächsten Schritte in der Behandlung“ und

„die Art der Erkrankung“. 22% der Mitteilungen hatten mit dem Zeitpunkt der Entlassung zu tun, 3% wurden für die Prognosen der Erkrankungen aufgewendet und in 1% wurde Auskunft über die Schmerzhaftigkeit der kommenden Maßnahmen gegeben.

#### 4.2.5. Die Verständlichkeit der Gesprächsführung

Im kommenden Abschnitt der Ergebnisse wurden Kriterien für die Verständlichkeit des Visitengesprächs analysiert. Insbesondere wurden die Ausdrucksweise des Arztes bzw. das Verwenden von medizinischen Fachtermini, sowie verschiedenste Satzstrukturen näher betrachtet, da diese einen wesentlichen Teil zur korrekten Auffassung der Patienten beitrugen.

##### Fachwortgebrauch

	gesamt	erklärt	Min	Max	Mittelwert
Visitierender	169	36	0	10	3,38

Tabelle 8: Der Gebrauch von Fachwörtern gegenüber dem Patienten

Hier sollte erwähnt werden, dass sämtliche Untersuchungsmethoden wie Magnetresonanz, Computertomographie etc., sowie Medikamentennamen und auch medizinische Spezialisten wie Hämatologen, Internisten usw., deren unterschiedliche Aufgabenbereiche von Laien meist nicht zugeordnet werden können, berücksichtigt wurden. In allen 50 aufgezeichneten Gesprächen wurden von ärztlicher Seite insgesamt 169 Fachtermini verwendet und eine geringe Zahl von 36 Begriffen wurde dem Patientengut erklärt. Es fanden auch Gespräche statt, in denen kein medizinisches Fachwort zu finden war. Das Maximum des Fachwortgebrauchs im Dialog zwischen Arzt und Patient ergab eine Zahl von 10. Im Mittel wurden pro Arzt-Patienten-Gespräch 3 Ausdrücke aus der medizinischen Fachsprache an den Kranken gerichtet. Im folgenden Gesprächsausschnitt ist eine wünschenswerte Erklärung eines medizinischen Fachbegriffs schön zu

sehen.

*A: Ahm, da hat er gemeint, das wäre jetzt sinnvoll, nachdem wir die Betablocker, also diese eine Art von Blutdrucksenkern, die den Puls auch mit senken, wenn man die ein Monat einmal weglassen.*

### Die Satzstruktur

- *Einfacher versus komplexer Satzbau*

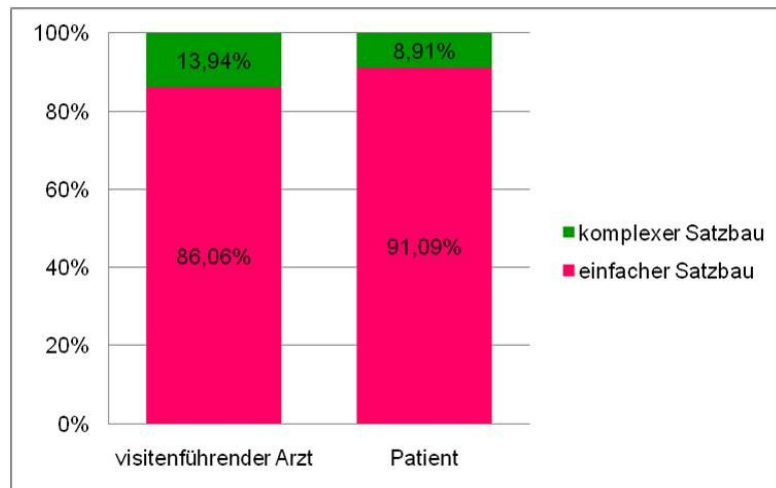


Abbildung 11: Einfacher versus komplexer Satzbau im Arzt-Patienten-Gespräch

Die Abbildung zeigt, dass sich sowohl der Arzt als auch der Patient größtenteils in einfachen Sätzen ausdrückt. Von ärztlicher Seite wurden 14% der gesamten Satzanzahl in einer komplexen Satzform geäußert, von Patientenseite in 9%.

- *Vollständige versus unvollständige Sätze*

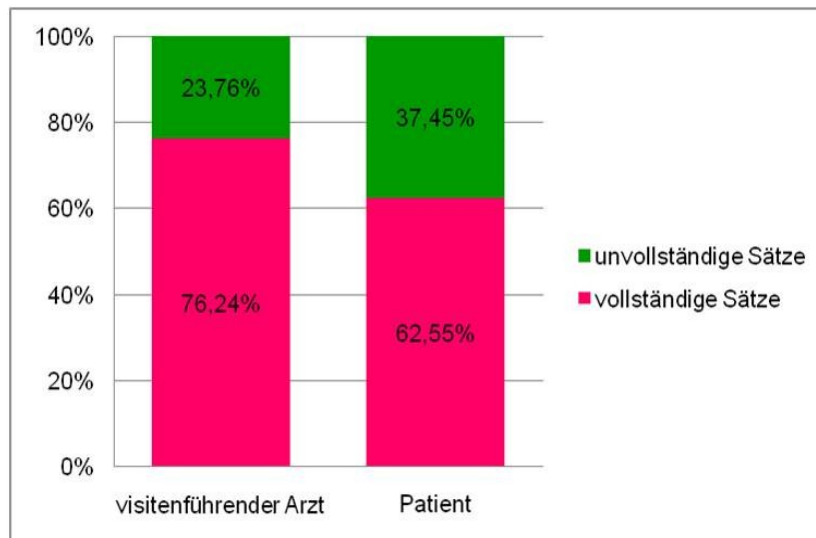


Abbildung 12: Vollständige versus unvollständige Sätze im Arzt-Patienten-Gespräch

Der überwiegende Teil der gesprochenen Sätze wurde von beiden Gesprächsteilnehmern in vollständigen Sätzen mitgeteilt. In einem unvollständigen Satzbau drückte sich der Visitenführende in 24% der Aussagen aus und der Patient in 37%.

## 4.2.6. Die inhaltliche Analyse

### Gesamtverteilung der Themen

Um die Themenschwerpunkte des Visitengesprächs nachvollziehen zu können, wurden diese in sieben Subgruppen unterteilt.

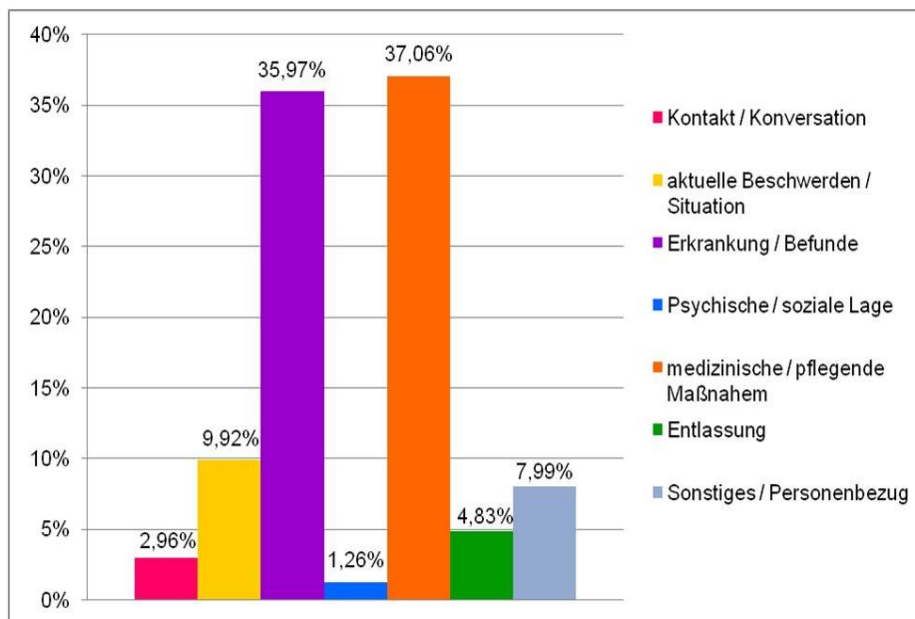


Abbildung 13: Gesamtheit der Inhaltsschwerpunkte im Visitengespräch

Der größte Redeanteil wurde sowohl von Arzt- als auch von Patientenseite in die Themenbereiche „medizinische/pflegende Maßnahmen“ (37%) und „Erkrankung/Befunde“ (36%) investiert. 10% der Unterhaltung handelten von den aktuellen Beschwerden bzw. der aktuellen Situation des Kranken. 8% entfielen auf personenbezogene Angelegenheiten und weitere 5% auf das Thema der Entlassung. Nur ein sehr kleiner Teil des Inhalts befasste sich mit den Gruppen „Kontakt/Konversation“ und „psychische/soziale Lage“.

## Themenverteilung des Visitenführenden

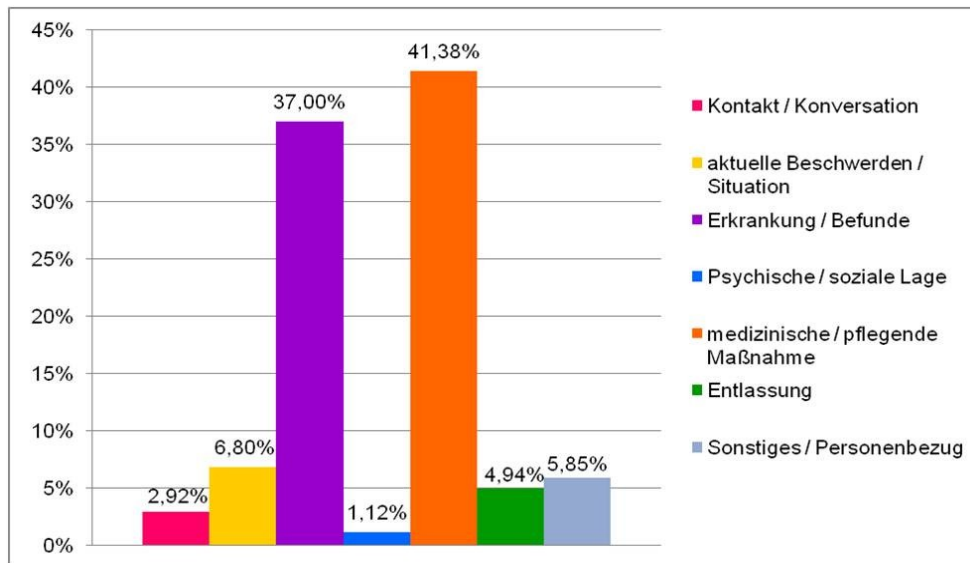


Abbildung 14: Inhaltsschwerpunkte des Arztes im Visitengespräch

Das Ergebnis der Themenverteilung des Visitenführenden ist mit dem der gesamt betrachteten Verteilung beinahe gleichzustellen.

## Themenverteilung des Patienten

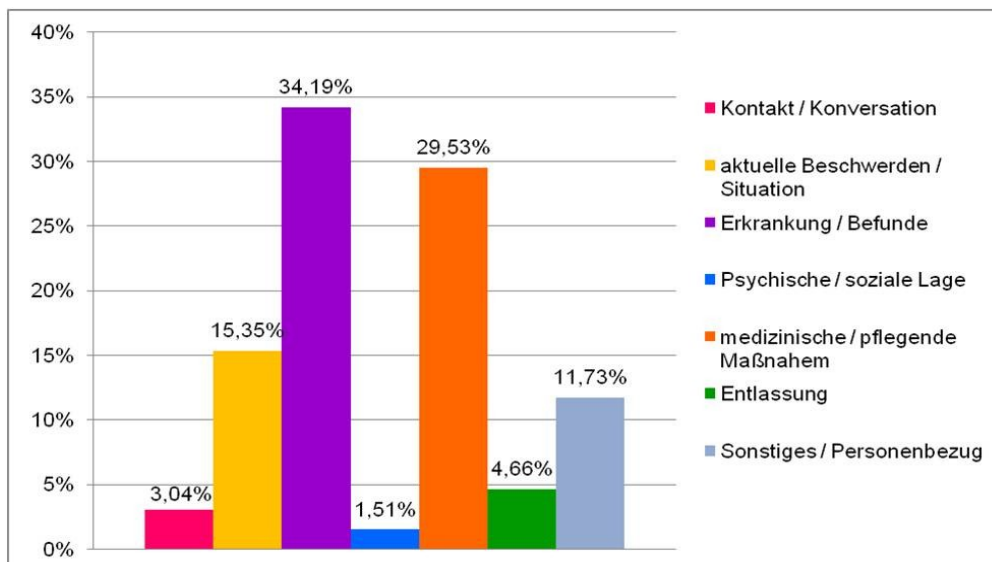


Abbildung 15: Inhaltsschwerpunkte des Patienten im Visitengespräch

Das zentralste Thema des Patienten war mit 34% Gesprächsbeteiligung seine Erkrankung, gefolgt von medizinischen und pflegenden Maßnahmen, wie zum Beispiel geplante bzw. durchgeführte Untersuchungen mit 30%. Im Vergleich zu den beiden oben stehenden Abbildungen wurden von der Patientenseite am häufigsten dessen aktuelle Beschwerden angesprochen (16%). Auch „Personenbezogenes“ wurde erwähnt (12%).

### Illustration der Ergebnisse

Um sich ein Bild über das Zustandekommen der gezeigten Ergebnisse machen zu können, wird das Analyseverfahren noch einmal anhand eines ausgewählten Visitengesprächs gezeigt. Es handelt sich um ein Gespräch mit einem 75-jährigen Patienten, der aufgrund einer statt gegebenen Synkope stationär aufgenommen wurde. Die Gesamtdauer der Aufzeichnung betrug 4 Minuten und 31 Sekunden.

*A: Guten Morgen.*

*P: Grüß Gott.*

*A: Morgen. Wie gehts ihnen?*

*P: Kopfweh hab ich so viel.*

*A: Kopfweh habens so viel. Seit wann?*

*P: Ja, die ganze Nacht schön klein. Jetzt hoff ich, dass mitm Sauerstoff besser ist.*

*A: Habens das Gefühl, dass besser ist mitm Sauerstoff?*

*P: Ja, ja. Ist gut.*

*A: Ja, ich mein es ist ihr Blutdruck die letzten Tage immer sehr niedrig gewesen.*

*P: Niedrigen Blutdruck hab ich, ja.*

*A: Ja. Wie niedrig oder wie hoch isn der Blutdruck zuhause?*

*P: Ja ist er auch hundert, neunzig, hundert.*

*A: Aha, also immer niedrig.*

*P: Niedrig ja.*

*A: Ja, weil momentan tun wir die Medikamente wieder ein bisschen umstellen, ge? Die Entwässerungstabletten und so weiter, wobei wir leider mitm Gewicht da ein bisschen raufkommen. Also wir müssen noch ein bisschen mehr*

*Entwässerungstabletten geben.*

*P: Ja.*

*Oberärztin spricht mit Turnusarzt.*

*A: Machen wir heute noch ein Lungenröntgen, ge? Weil es schaut aus, dass sich da wieder ein bisschen mehr Flüssigkeit ansammelt.*

*Oberärztin spricht mit Turnusarzt.*

*A: Jetzt täte ich mir noch gern die Fußerl anschauen. Die sind aber nicht viel mehr geschwollen, ge?*

*P: Nein.*

*A: Es ist nur halt ein eineinhalb Kilo oder so sind wieder rauf gegangen vom Gewicht. Also von gestern, von vorgestern, ge? Die letzten zwei Tage.*

*P: Jaja. Ich hab wieder zweiundachtzig Kilo.*

*A: Ja, also das... Soviel zum Essen kriegens bei uns nicht, dass so schnell zunehmen. Das ist hauptsächlich Flüssigkeit.*

*P: Sagens das nicht.*

*A: Echt? Wie viel trinkens denn an Flüssigkeit am Tag? Tee, wissens eh, Tee, Kaffee, Suppe, Mineralwasser.*

*P: Ja, eineinhalb Liter was.*

*A: Aber mehr nicht, ge?*

*P: Mineralwasser brauch ich nicht. Trink ich eh wenig.*

*A: Ja, nein nur insgesamt die Flüssigkeit soll nicht mehr als eineinhalb Liter, eher weniger sein.*

*P: Eineinhalb Liter, nein. Oh Gott, nein.*

*A: Weil wir müssen das dann auch wieder rausbringen und das Herz muss das mit pumpen und das Herz tut sich umso schwerer, ge? Und, ah, damits den Druck von hundert zusammen bringt, muss eh schon ziemlich arbeiten. Das heißt ein bisschen werden wir wahrscheinlich noch umstellen müssen mit der, ahm...*

*Oberärztin spricht mit Turnusarzt.*

*A: Mit der Entwässerung werden wir noch ein bisschen was tun müssen, ge?*

*Oberärztin spricht mit Turnusarzt.*

*A: Tun wir heute einmal mit einer Spritze ein bisschen mehr Flüssigkeit rausbringen und dann machen wir heute noch das Lungenröntgen und dann schauen wir wies übers Wochenende weitergeht, ge?*

*P: Jaja.*

*A: Ob das Gewicht dann ein bisschen besser herunter bleibt, der Blutdruck sich erfängt...*

*Oberärztin spricht mit Turnusarzt.*

*A: Das mim Marcumar habens glaub ich vier mal ein Viertel und dreimal ein Halb gehabt oder umgekehrt? Marcumar.*

*P: Ja ich weiß nicht, wie wir da einteilen. Das war eine Viertel.*

*A: Nein, aber wie habens denn daheim eingenommen?*

*P: Daheim hab ich in letzter Zeit kein Marcumar mehr genommen.*

*A: Warum nicht?*

*P: Die Dings hab ich genommen, das Thrombo Ass.*

*A: Nur das Thrombo Ass?*

*P: Ja.*

*A: Und das Marcumar habens das erst herinnen wieder gekriegt, was auf der anderen Station waren?*

*P: Ja, ja.*

*A: Aber warum habens sies Marcumar nicht gehabt?*

*P: Das haben wir weggetan.*

*A: Wer?*

*P: Eh im Spital da.*

*A: Ok. Wie habens sies denn, wie sies regelmäßig eingenommen haben, wie viel*

*habens denn da genommen?*

*P: Marcumar?*

*A: Mhm.*

*P: Ganz wenig.*

*A: Ungefähr ein Viertel?*

*P: Ein Viertel, eine Halbe.*

*A: Ok.*

*P: Ja.*

*A: Gut. Da schauen wir halt jetzt, wie wirs einstellen müssen auch, ge? Gut. Dann lassen wir den Sauerstoff drauf und sie sagen uns nachher, obs mitm Kopfschmerzen besser ist, wennsn Sauerstoff drauf haben, ge?*

*P: Ja, ist weg das Kopfweh.*

*A: Ist weg?*

*P: Ist besser. Nein ganz weg ists nicht, aber...*

*A: Nein, aber es ist dann natürlich die Versorgung mit Sauerstoff...*

*P: ...eine Erleichterung.*

*A: Ja genau.*

*P: Eine Erleichterung.*

*A: Ja ok. Gut, wiedersehen. Lungenröntgen machen wir heute noch.*

*P: Ich hab eh schon gesagt, ich habe daheim auch so eine Flasche.*

*A: Sauerstoffflasche. Ja ich weiß. Habens gesagt, ge?*

Legende: A: visitenführender Arzt, P: Patient;

### **Analyse:**

Das Gespräch beginnt mit einer initiativen Begrüßung durch den Arzt, worauf der Patient reagiert. Anfangs erkundigt sich der Arzt über die aktuelle Situation. Die aktive Rolle, welche der Visitenführende einnimmt, ist im gesamten Gesprächsverlauf nachvollziehbar. Der Kranke erhält relativ viele Informationen, die alle vom Arzt ausgehen. Diese beziehen sich auf die aktuelle Situation, die Erkrankung, auf geplante Untersuchungen, den weiteren Therapieverlauf und die

bisherige Medikation. Im gezeigten Dialog ist auch schön zu sehen, dass der Arzt sehr darum bemüht ist, dem älteren Herrn die ursächlichen Faktoren seiner Erkrankung näher zu bringen. Weiters legt der Arzt Wert darauf, dass der Patient seine geplante Medikamentenumstellung nachvollziehen kann. Verabschiedung fand bei diesem Arzt-Patienten-Gespräch keine statt.

## 4.3. Die Ergebnisse des Patientenfragebogens

### 4.3.1. Allgemeine Fragen zum Arzt-Patienten-Gespräch

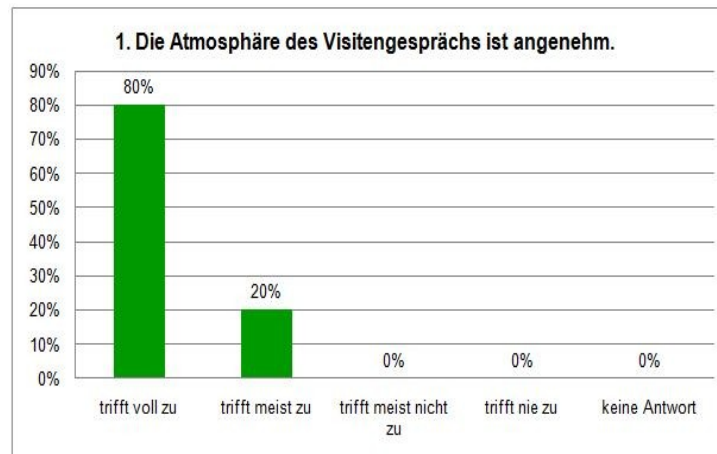


Abbildung 16: Frage 1: Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.

Der Großteil der Patienten (80%) stimmt dieser Aussage zu. 20% sehen diese Feststellung als meist zutreffend. Keiner der Befragten empfindet die Atmosphäre des Visitengesprächs permanent als unangenehm.

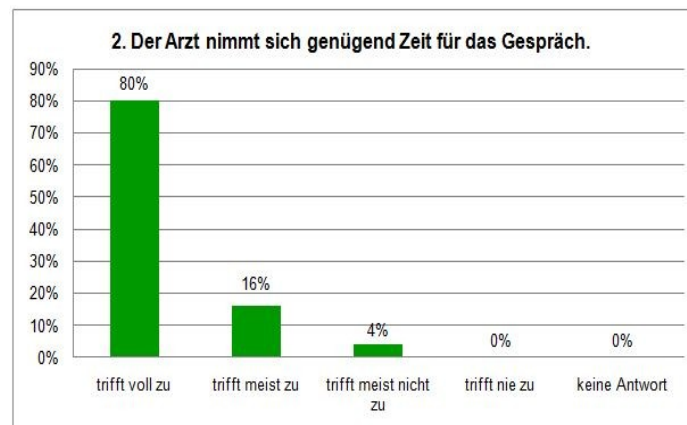


Abbildung 17: Frage 2: Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.

Diese Behauptung wird von 80% der Patienten bestätigt. Für 16% der Fälle trifft dies meist zu und für einen kleinen Anteil von 4% trifft dies meist nicht zu. Eindeutig verneint wurde diese Aussage von niemandem.

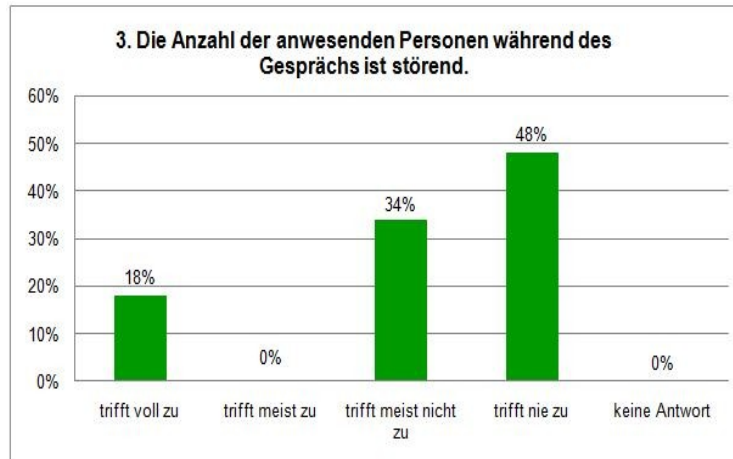


Abbildung18 : Frage 3: Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend. 18% der Befragten sind der Meinung, dass die Anzahl der anwesenden Personen während des Visitengesprächs störend ist. Niemand gibt an, dass dies meist zutrifft. 34% können diese Feststellung nur selten nachvollziehen und fast die Hälfte des Patientenguts (48%) verneint diese Aussage.

#### 4.3.2. Fragen zur Verständlichkeit

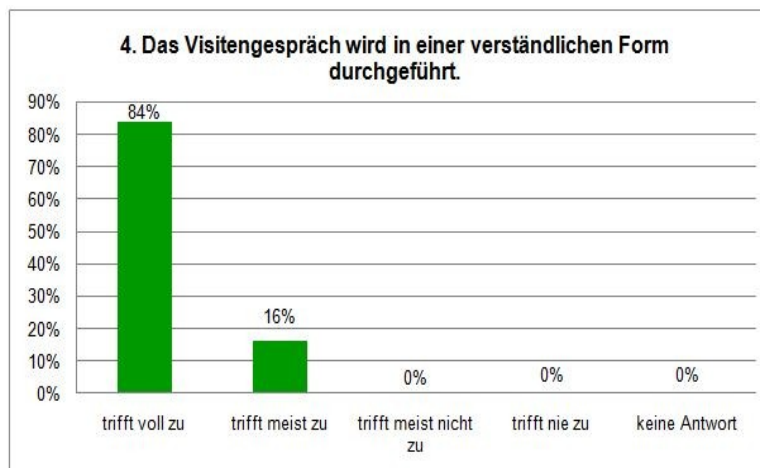


Abbildung 19: Frage 4: Das Visitengespräch wird in einer verständlichen Form durchgeführt.

Diese Aussage wird von der Mehrheit der Patienten zur Gänze bestätigt. 16% können sich der Behauptung meist anschließen. Eine völlige Ablehnung wird von keinem der Befragten angegeben.

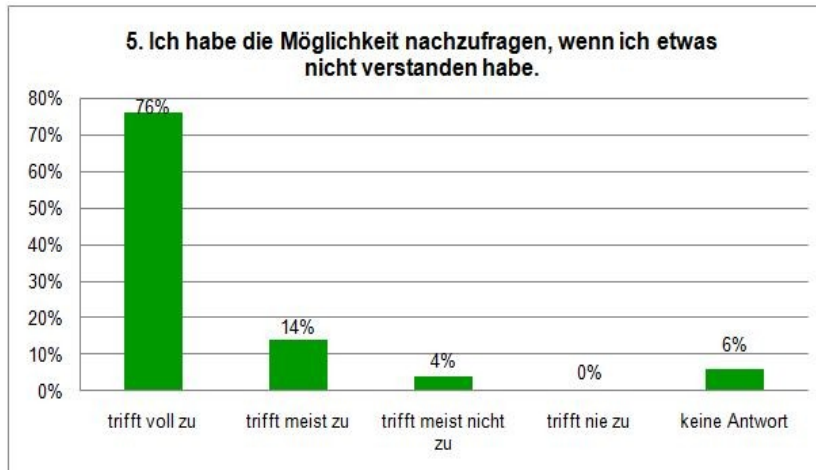


Abbildung 20: Frage 5: Ich habe die Möglichkeit nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.

In den meisten Fällen (76%) wird den Gesprächspartnern das Gefühl vermittelt, jederzeit nachfragen zu können, wenn etwas nicht verstanden wurde. 14% stimmen dieser Aussage größtenteils zu. 4% können diese Aussage nur selten bejahen und 6% enthielten sich der Frage.

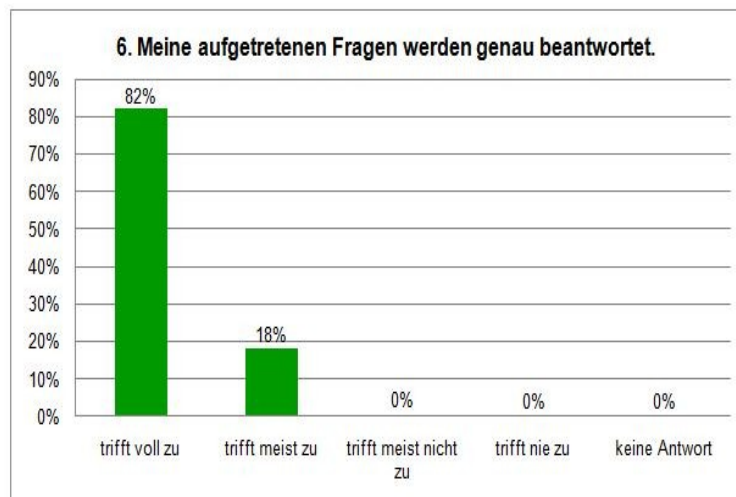


Abbildung 21: Frage 6: Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.

Der überwiegende Teil der Untersuchten (82%) ist mit der Beantwortung ihrer gestellten Fragen sehr zufrieden. 18% der Fälle können sich dieser Behauptung meist anschließen. Eine völlige Verneinung wurde von keinem der Patienten angegeben.

### 4.3.3. Fragen zur patienteneigenen Gesprächsposition

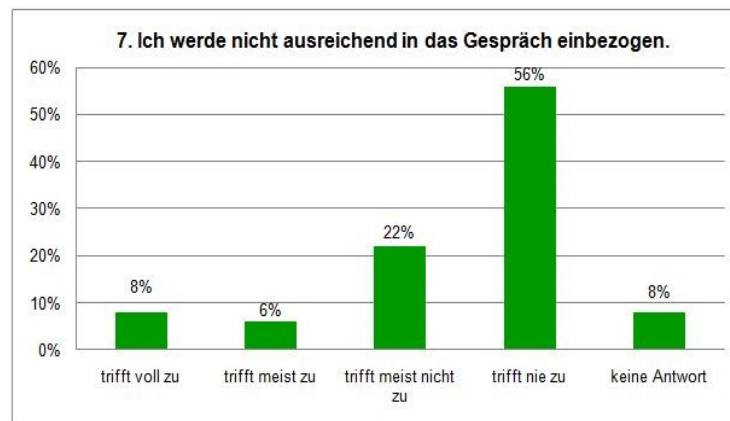


Abbildung 22: Frage 7: Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch einbezogen.

8% geben an, nicht ausreichend in das Visitingespräch einbezogen zu werden. 6% der Befragten haben meist nicht die Gelegenheit, sich ausreichend am Gespräch zu beteiligen. 22% beantworten die Aussage mit „meist nicht zutreffend“ und mehr als die Hälfte (56%) ist mit der Behauptung nicht einverstanden. 8% gaben keine Stimme ab.

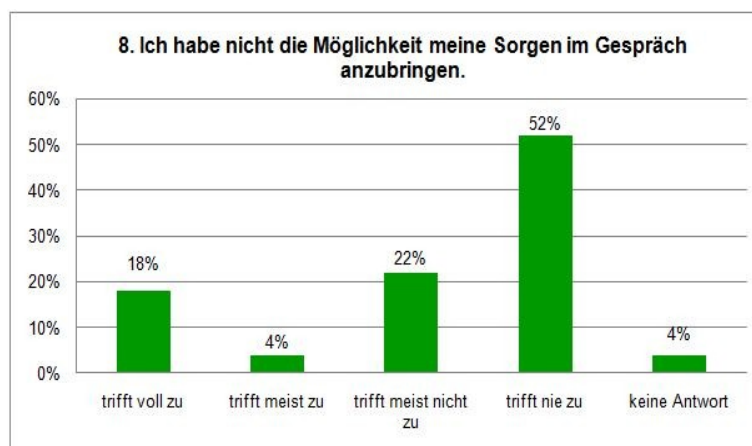


Abbildung 23: Frage 8: Ich habe nicht die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen.

Knapp ein Fünftel der Patienten hat das Gefühl, deren Sorgen bei der morgendlichen Visite nicht mit dem ärztlichen Personal teilen zu können. 4% können sich dem größtenteils anschließen. 22% können die Feststellung nur in wenigen Fällen akzeptieren und mehr als die Hälfte lehnt dies gänzlich ab. 4% nahmen dazu keine Stellung.

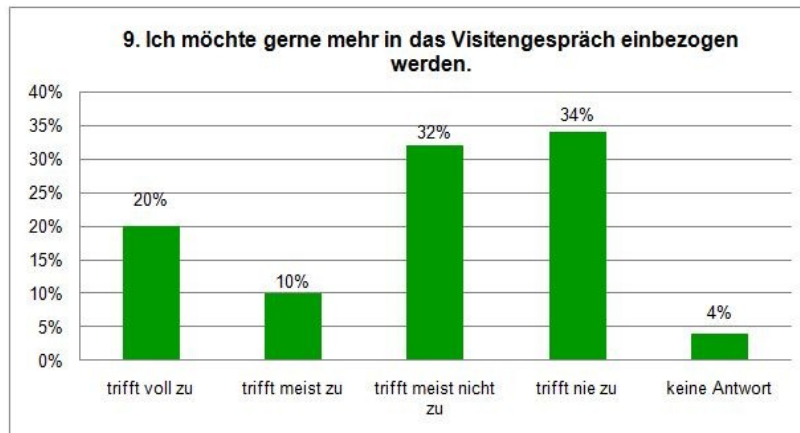


Abbildung 24: Frage 9: Ich möchte gerne mehr in das Visitengespräch einbezogen werden.

Ein Fünftel wünscht sich mehr in das Visitengespräch eingebunden zu werden. 10% sind oft der Meinung mehr in das Gespräch integriert zu werden. 32% fühlen sich größtenteils ausreichend miteinbezogen und für 34% der Patienten ist das Ausmaß an der Gesprächsteilnahme sehr zufriedenstellend. 4% gaben keine Antwort.

#### 4.3.4. Fragen zur Bedeutung und Zufriedenheit des Visitengesprächs



Abbildung 25: Frage 10: Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.

Für 86% der Patienten hat das Visitengespräch im Rahmen ihres Krankenhausaufenthaltes eine sehr große Bedeutung. 10% geben an, dass diese Aussage meist zutreffend ist. Niemand vermerkte, dass das Visitengespräch keine Wichtigkeit hätte und 4% der Befragten enthielten sich ihrer Stimme.



Abbildung 26: Frage 11: Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.

Beinahe alle Untersuchten meinen, dass sich das Arzt-Patienten-Gespräch durchaus positiv auf die Vertrauensgewinnung zum Arzt auswirkt. In 6% der Fälle wird das fast immer so empfunden. Eine Verneinung dieser Behauptung wird von keinem der Untersuchten angegeben.

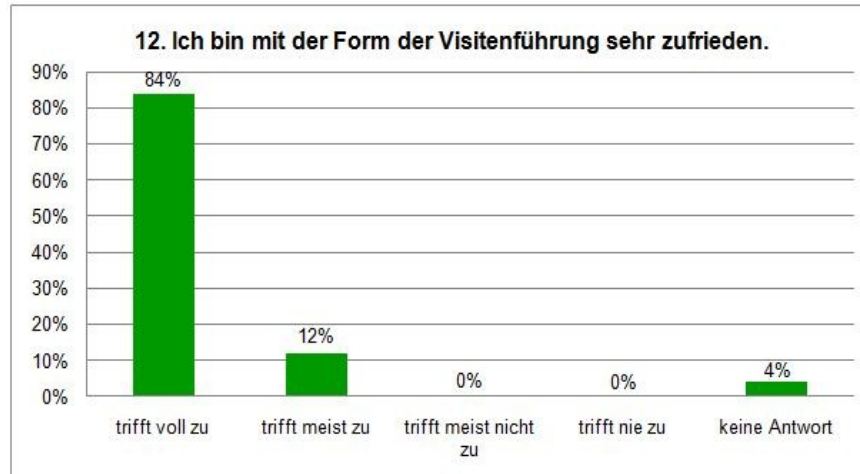


Abbildung 27: Frage 12: Ich bin mit der Form der Visitenführung sehr zufrieden.

Ein sehr bedeutender Teil der Patienten ist mit der Form der Visitenführung mehr als zufrieden. 12% können dieser Aussage fast immer zustimmen. Keiner der Befragten vermerkte das Gegenteil und 4% gaben keine Stimme dazu ab.

#### **4.3.5. Anregungen und Wünsche der Patienten**

Am Ende des Fragebogens war noch Platz für persönliche Anregungen und Wünsche der Patienten. Das freie Feld wurde jedoch nur von einer einzigen Patientin genutzt und diese äußerte folgenden Wunsch:

*„Ich würde mir wünschen, dass alle Ärzte, die mich betreuen, so kompetent sind wie hier im LKH!“*

## 5. Diskussion<sup>2</sup>

Nach Vollendung der Auswertung der auf Tonband aufgezeichneten Visitenengespräche und der dazugehörigen Fragebögen werden im folgenden Kapitel die gewonnenen Ergebnisse besprochen. Die Studie, welche auf der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz auf der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel durchgeführt wurde, wurde bereits im Jahr 2008 in Deutschland von Papsdorf, ausgehend von der medizinischen Universität Greifswald, auf der Ophthalmologischen Abteilung vollzogen. Da es sich um eine Replikationsstudie handelt und auch das gleiche Analyseinstrument verwendet wurde, bietet sich ein Datenvergleich an.

Die Visite zählt zu den Hauptaufgaben des Internisten und nimmt täglich ungefähr zwei Stunden des Vormittags ein. Die ausgedehnte Gesprächsführung auf der Internistischen Abteilung ist möglicherweise auf die Multimorbidität der eher älteren Patienten zurückzuführen, welche den Visitenführenden nicht selten vor eine Herausforderung stellt. Die damit verbundene Einnahme unzähliger Medikamente verlangt eine ausführliche Beratung bezogen auf Einnahmевorschrift und Wirksamkeit. Aufgetretene Wechsel- und Nebenwirkungen werden bei dieser Gelegenheit ebenfalls diskutiert. Des Weiteren nehmen Aufklärungen über geplante Untersuchungen und Befundbesprechungen viel Zeit für sich ein. Ein wesentlicher Punkt, den ich an dieser Stelle erwähnen möchte, ist die Zusammenarbeit mit alten Menschen. Die gegebenen Umstände fordern ein beträchtliches Maß an Zeit. Das Hörvermögen dieser Altersgruppe ist oft schwächer und auch die kognitiven Fähigkeiten sind teilweise stark eingeschränkt. Langsames und deutliches Sprechen ist hier von enormer Wichtigkeit. Auch die mehrmalige Wiederholung von bereits Gesagtem stellt in diesem Fall keine Seltenheit dar. Das ärztliche Gespräch auf der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel nahm im Mittel 3 Minuten und 52 Sekunden in Anspruch. Das mit Abstand kürzeste Gespräch dauerte 48 Sekunden und das längste 10 Minuten und 42 Sekunden. Hier ist bereits eine Übereinstimmung mit den Daten von

---

<sup>2</sup> Die Ergebniszahlen der in Greifswald durchgeführten Studie von Papsdorf (2008) wurden in der vorliegenden Arbeit gerundet.

Greifswald (Papsdorf 2008) ersichtlich, wo ein Dialog zwischen Arzt und Patient einen Durchschnittswert von 3 Minuten und 48 Sekunden ergab. Das Maximum beträgt allerdings nur 6 Minuten und 49 Sekunden.

Des Weiteren liefert die Altersgruppenverteilung der beiden Abteilungen ähnliche Ergebnisse. Das Patientengut der Endokrinologie als auch der Ophthalmologie zeichnet sich, wie bereits oben erwähnt, durch Personen fortgeschrittenen Alters aus, wobei auf der Abteilung für Innere Medizin die 71-80 Jährigen und auf der Abteilung für Augenheilkunde (Papsdorf 2008) die 61-70 Jährigen am häufigsten vertreten sind.

Das Gespräch mit älteren, oft chronisch kranken Menschen ist ohnehin keine leichte Aufgabe im Bereich des ärztlichen Alltags und wird zusätzlich durch verschiedenste Störfaktoren negativ beeinflusst. Durch die Auswertung der aufgenommenen Gespräche wird ersichtlich, dass in einem Arzt-Patienten-Gespräch durchschnittlich 1,54 Störungen aufgezeichnet wurden. Die Mehrheit dieser Quellen (44%) ist den Hintergrundgeräuschen wie laufende Radios, Geschirrkirren, Sesselrücken, Blättern in Patientenunterlagen, Husten der Visitentilnehmer oder Zimmerkollegen und Autogeräuschen zuzuordnen, gefolgt von parallel geführten Gesprächen im Hintergrund (31%). Bei der durchgeführten Studie von Papsdorf (2008) hingegen dominiert als störender Faktor das Betreten bzw. Verlassen des Raumes, welche bei den internistischen Visiten einen wesentlich kleineren Teil einnahmen (16%).

Begrüßung und Verabschiedung sollten jedem Gespräch den äußeren Rahmen geben. Dies konnte laut meinen Ergebnissen nicht bestätigt werden. Bei 16 von 50 aufgezeichneten Visitengespräche blieb sowohl eine initiative als auch eine reaktive Gesprächseröffnung von ärztlicher Seite aus. Der Arzt beendete das Gespräch von sich aus 18 Mal und ein einziges Mal reagierte er auf die Verabschiedung seitens des Kranken, somit wurde in 31 geführten Dialogen auf „Auf Wiedersehen“ verzichtet. Die ausgewerteten Daten von Papsdorf (2008) liefern ähnliche Ergebnisse. Hier fehlt bei 20 Konversationen die Begrüßung. Eine initiative Verabschiedung des Visitenführenden wurde nicht ein einziges Mal aufgezeichnet und in vier Fällen zeigte dieser eine Reaktion auf die Verabschiedung von Patientenseite. Möglicherweise sind die oben beschriebenen

Zahlen auf den stets vorhandenen Zeitdruck der Mediziner zurückzuführen, jedoch sollte die Höflichkeit gegenüber dem Patienten nicht darunter leiden. Ein allgemeines „Guten Morgen“ bei Betreten der Patientenzimmer rechtfertigt meiner Meinung nach das Ausbleiben einer persönlichen Begrüßung bzw. Verabschiedung nicht. Scholz (1999) liefert dahingehend Verbesserungsmöglichkeiten: *„Eine Grundregel besteht naturgemäß darin, Visiten so durchzuführen, wie man es sich als Patient selbst wünschen würde. Dazu zählen Beachtung, Höflichkeit sowie Hinweise auf Kompetenz und lebhaftes ärztliches Interesse. Die persönliche Begrüßung jedes einzelnen Patienten sollte deshalb ebenso selbstverständlich erfolgen wie die persönliche Vorstellung anlässlich des Erstkontakts“* (Scholz, 1999, S. 110).

Den Hauptanteil der internistischen Visite stellt mit 85% das Gespräch mit dem Patienten dar. Der hohe Stellenwert der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist durchaus erfreulich, jedoch ist den analysierten Daten eine deutliche Asymmetrie der Redeanteile (gemessen an der Wortanzahl) der beiden Gesprächsteilnehmer zu entnehmen. Werden die 50 Visiten in ihrer Gesamtheit betrachtet, so gibt der Endokrinologe mit einer Wortanzahl von 18 982 fast doppelt so viele Worte von sich wie der Patient (10 853). Im Mittel brachte sich der Arzt mit 355 und der Kranke mit 206 Wortmeldungen ein. Die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Gespräch wird in der Auswertung der Initiativ- und Responsivbeiträge noch einmal bestätigt. Der Internist trägt die aktive Rolle und äußert sich in 74% mit initiativen Aussagen. Der Patient verkörpert den passiveren Gesprächsteilnehmer und teilt sich in 63% reaktiv mit. In der deutschen Arbeit (Papsdorf 2008) spiegelt sich die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient wider. Laut Papsdorf beteiligte sich der Visitenführende durchschnittlich mit 245 Worten und der Augenpatient mit rund 43 Wortmeldungen an der Konversation. Die vom Arzt initiierten Gesprächsbeiträge sind in der Arbeit der Medizinischen Universität Greifswald (Papsdorf 2008) deutlich ausgeprägter zu sehen, jedoch sind die Beiträge des ophthalmologischen Patienten (initiativ: 33%, reaktiv: 67%) beinahe mit den Ergebnissen der Endokrinologie der Universitätsklinik Graz gleichzustellen. Die hohe Anzahl der Initiativbeiträge seitens des Visitenführenden

steht vermutlich mit den zur Diagnosestellung notwendigen Informationen in engem Zusammenhang. Eine ausführliche Befragung zur aktuellen Krankheitssituation ermöglicht eine gezielte Therapie und somit eine schnelle Genesung. Die Fragestellung wird großteils (42%) in einer geschlossenen Form durchgeführt, auf welche der Kranke in kurzen und prägnanten Sätzen reagiert. Dieser greift in 31% seiner Aussagen zu Einwortsätzen. In der Arbeit von Papsdorf (2008) wird der oftmalige Gebrauch von geschlossenen Fragen mit fast zwei Drittel (63%) bestätigt. Des Weiteren zeigen sich ähnliche Zahlen in der kurzen Mitteilungsform des Kranken. Der ophthalmologische Patient äußert sich zu fast einem Drittel (32%) in dieser kurzen Satzform. Die oftmalige Verwendung von Einwortsätzen von der Seite des Kranken lässt sich möglicherweise auf die Zeitknappheit der Ärzte ableiten, welcher sich der Patient bewusst ist und aus diesem Grund nicht zuviel davon beanspruchen möchte. Da die Krankheitsbilder in der Inneren Medizin teilweise sehr komplex sind und die Symptome oft nicht nur einer Pathologie zuzuordnen sind, wird der Kranke nicht selten mit Fragen „gelöchert“, um dem Arzt das Eingrenzen der Diagnosen zu erleichtern. Das absolute Fragenmaximum des Visitenführenden in einem Gespräch erreichte eine beachtliche Zahl von 19 bei einer Gesprächsdauer von 387 Sekunden. Im Durchschnitt werden in einem Arzt-Patienten-Dialog sieben Fragen vom Visitenführer gestellt und drei seitens des Patienten. Mögliche Erklärungen für die Asymmetrie der gestellten Fragen könnten ein enorm hohes Maß an Respekt des Patienten gegenüber dem Arzt und die gleichzeitige Unterordnung des Kranken sein. Ein weiterer Grund für die gehemmte Frageaktivität seitens des Patienten ist möglicherweise die Angst, aus der Position eines Laien „falsche“ Fragen zu stellen. Die Ergebnisse von der medizinischen Universität Greifswald (Papsdorf 2008) liefern einen Durchschnittswert von vier an den Patienten gerichtete und nur eine an den Arzt gerichtete Frage pro Dialog.

Ein durchaus erfreuliches Ergebnis meiner ausgewerteten Daten brachten die Antwortreaktionen des Arztes. Bei 96% der gestellten Fragen von Patientenseite war dieser bemüht, diese nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten. In der Studie von Papsdorf (2008) versuchte der Ophthalmologe in 75%, so gut als möglich auf die Patientenfragen einzugehen. Ein fast deckendes Ergebnis brachte

der Informationsmodus von der Endokrinologie in Graz und der Ophthalmologie in Greifswald (Papsdorf 2008). Während der Internist seinen Patienten in 79% von sich aus über jegliche Gegebenheiten informiert, teilt der Visitierende in Deutschland in 75% von sich ausgehend dem Patienten Wissenswertes mit (Papsdorf 2008). Dies spricht dafür, dass den Ärzten der Wissenstand der Patienten bezüglich ihrer Krankheit und der momentanen Situation als durchaus wichtig erscheint. Die weitaus größten Teile der gegebenen Information entfallen auf der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel auf „die nächsten Schritte in Behandlung und Diagnostik“ (37%) und „die Art der Erkrankung“ (37%). Im Redefluss passiert es nicht selten, dass die Mediziner Fachbegriffe einbauen, ohne sich dessen bewusst zu sein. In den 50 aufgezeichneten Gesprächen wurden insgesamt 169 Fachbegriffe von ärztlicher Seite in den Mund genommen und nur eine geringe Zahl von 36 erklärt. Im Mittel wurden vom Visitenführenden pro Dialog drei medizinische Fachtermini eingeworfen. Diese Angaben sind auf den ersten Blick sehr hoch, jedoch sollte hier erwähnt werden, dass sämtliche Untersuchungsmethoden wie MR, CT etc., sowie die Handelsnamen diverser Medikamente und auch medizinische Fachspezialisten wie Hämatologen, Internisten usw. in diesem Punkt berücksichtigt wurden. Erfahrungsgemäß kann ein Laie mit diesen Bezeichnungen nichts bzw. nur wenig anfangen. Eine Gegenüberstellung des Fachwortgebrauchs der deutschen Arbeit (Papsdorf 2008) würde keine brauchbaren Daten liefern, da mir die Eingrenzung der Fachtermini der durchgeführten Studie in Greifswald nicht bekannt ist. Auch die verwendete Satzstruktur kann das Nachvollziehen der Mitteilungen des Arztes für den Patienten erschweren. Der Visitenführende drückt sich in 86% in einem einfachem Satzbau aus. Dies ist meiner Ansicht nach als äußerst positiv zu werten. 14% der Mitteilungen werden in komplexen Sätzen formuliert, deren Aussagekraft man oftmals nicht mehr folgen kann. Des Weiteren teilt sich der Arzt in mehr als drei Viertel der Gespräche in einer vollständigen Satzform und in knapp einem Viertel in einer unvollständigen Form mit. Die Ergebnisse der deutschen Arbeit (Papsdorf 2008) zeigen ähnliche Angaben: Der visitenführende Arzt äußert sich in 93% in einem einfachem Satzbau und zwei Drittel seiner Aussagen verpackt er in vollständige Sätze. Auf den Vergleich der inhaltlichen Analyse wird nicht genauer

eingegangen, da die Themenbereiche meiner Auswertung mit denen der Arbeit von Papsdorf (2008) nicht exakt übereinstimmen und somit ein Vergleich der gewonnenen Ergebnisse wenig sinnvoll wäre. Da dieser Punkt aber sehr wesentlich ist, wird zu ein paar wenigen Details Stellung genommen: Das Hauptaugenmerk liegt bei „medizinischen/pflegenden Maßnahmen“ (37%) und bei „Erkrankung/Befunde“ (36%). Dieses Ergebnis ist nachvollziehbar, da es von großer Bedeutung ist, den Patienten stets am Laufenden zu halten. Die Aufklärung der Patienten ist mitunter als eine der wichtigsten Aufgaben des Arztes zu betrachten, da es darum geht, dem Kranken die beste medizinische Versorgung und Therapie zu bieten. Ein aufgeklärter Patient vermag ein präziseres Feedback bezüglich Krankheitsverlauf und Therapieansprechen zu geben, da er seine Situation besser einschätzen kann und eher weiß, worauf er seinen Fokus legen soll. Diese Tatsache könnte durchaus compliance-fördernd wirken und womöglich zu einer Beschleunigung des Heilungsprozesses und in weiterer Folge zu einer Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes führen. Die Tatsache, dass der psychischen und sozialen Komponente mit nur 1% Beachtung geschenkt wird, ist jedoch zu überdenken. Diese Feststellung lässt sich möglicherweise durch die gegebenen Rahmenbedingungen begründen. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass man in der Rolle des Patienten seine innersten Sorgen und Bedürfnisse nicht im Beisein von weiteren Zuhörern preisgeben möchte. Das oft nicht vorhandene Interesse der Schulmediziner an der psychischen und sozialen Situation des Kranken könnte ein weiterer Grund für das fehlende Ansprechen dieser Aspekte sein. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell, welches an der medizinischen Universität Graz seit dem Jahr 2002 gelehrt wird, bestätigt das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele - daraus lässt sich ableiten, dass eine „gesunde“ Psyche einen wesentlichen Teil zu einem gesunden Körper beiträgt. Viele Ärzte sind der Meinung, die Auseinandersetzung mit der Psyche sei ausschließlich Aufgabe der Psychologen und Psychiater und ziehen diese bei Bedarf hinzu. Papsdorf (2008) veranschaulicht in ihrer Arbeit einen identen Wert von 1% Gesprächsbeteiligung die psychische und soziale Lage betreffend. *„Ärzte und Patienten sollten sowohl über Beschwerden und Symptome einer jeweiligen Krankheit als auch über das jeweilig subjektive Erleben sprechen“* (Dorf Müller &

Dietzfelbinger, 2009, S. 139).

Zu guter Letzt werden die Ergebnisse der Fragebögen der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel in Graz und der Abteilung für Ophthalmologie in Greifswald (Papsdorf 2008) gegenübergestellt. Ein enorm hoher Anteil (80%) der internistischen Patienten empfindet die Atmosphäre des Visitengesprächs als angenehm. Dieses Ergebnis steht meines Erachtens in engem Zusammenhang mit einem weiteren erfreulichen Prozentsatz von wiederum 80%, welcher den genügenden Zeitaufwand des Arztes für das Gespräch bestätigt. Darüber hinaus steht die Anzahl der anwesenden Personen während der Visite, welche von 18% als störend angesehen wird, mit der Atmosphäre in Verbindung. In der deutschen Arbeit (Papsdorf 2008) wird der Behauptung, welche die Atmosphäre während der Visite als angenehm bezeichnet, von einem wesentlich geringeren Anteil (66%) zugestimmt. Dieses Ergebnis deckt sich beinahe mit dem der Feststellung „Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch“. Diese Aussage bestätigen wiederum 62%. Hingegen wird von Seiten des ophthalmologischen Patientenguts die Anzahl der gegenwärtigen Personen während des Arzt-Patienten-Gesprächs nur zu einem halb so großen Prozentsatz (8%) (Papsdorf 2008) wie bei den Patienten der Universitätsklinik Graz als störend bewertet. Die Analyse der Fragen zur Verständlichkeit ist äußerst positiv ausgefallen. 84% der Befragten an der Grazer Uniklinik sind der Meinung, dass das Visitengespräch jeden Tag in einer verständlichen Form durchgeführt wird. Ein weiterer großer Anteil der internistischen Patienten (76%) gibt an, dass er stets die Möglichkeit hat, Fragen zu stellen, sollte er etwas nicht verstanden haben und der weitaus überwiegende Teil der Kranken (82%) behauptet, dass diese auch immer genau beantwortet werden. Im Vergleich dazu können nur 54% der ophthalmologischen Patienten die verständliche Form des Gesprächs bejahen, jedoch einem Anteil von 78% der Patienten wird das Gefühl vermittelt, jederzeit nachfragen zu können, sollte etwas unklar sein. Weitere 68% sind mit der Beantwortung der Fragen sehr zufrieden (Papsdorf 2008). Fragen, die verneint waren, waren für den Großteil der Patienten schwer zu verstehen, wurden folglich falsch interpretiert und ungewollt negativ bewertet. Die Auswertung jener Fragen, die die Bedeutung und die Zufriedenheit des Visitengesprächs behandeln, liefert von den unterschiedlichen Abteilungen

ähnliche Ergebnisse. Für eine beachtliche Zahl (86%) der Patienten der Endokrinologie hat das Visitengespräch einen hohen Stellenwert während ihres Krankenhausaufenthaltes. Die Studie von Papsdorf (2008) zeigt, dass für 80% der Patienten der Ophthalmologie dies ebenfalls von großer Bedeutung ist. Des Weiteren wird die Aussage, dass sich das Visitengespräch gegenüber dem Arzt vertrauensstärkend auswirkt, von 94% der Grazer Patienten und von 70% des Greifswalder Patientenguts bestätigt (Papsdorf 2008). 84% der internistischen Patienten sind mit der Visitenführung sehr zufrieden, welches als äußerst positives Ergebnis zu werten ist. Die Auswertung der deutschen Arbeit (Papsdorf 2008) hingegen spiegelt dies nicht wider und stellt bei oben genanntem Punkt einen Prozentsatz von nur 64 dar. Der etwas niedrigere Altersdurchschnitt des Patientenguts der ophthalmologischen Abteilung könnte eine mögliche Erklärung für diese kritische Betrachtung sein. Ältere Patienten haben oft sehr großen Respekt vor ihrem Arzt und sind über jede Hilfestellung äußerst dankbar.

## 6. Pragmatische Empfehlungen zum Visitengespräch

Die Erwartungen der Patienten werden im Rahmen des ärztlichen Gesprächs oft nicht erfüllt und aus diesem Grund wurde anhand der durchgeführten Studie versucht, diverse Verbesserungsmöglichkeiten zu erarbeiten, auf welche in diesem Kapitel näher eingegangen wird. Die folgenden Punkte sollten im klinischen Alltag und in der Routine integriert werden.

Anhand der ausgewerteten Daten ist ersichtlich, dass die grundlegenden Merkmale der zwischenmenschlichen Interaktion, wie Begrüßung und Verabschiedung, nicht selbstverständlich sind. Da diese die Basis für ein gutes Gespräch darstellen und in weiterer Folge für eine funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung maßgeblich sind, sollten sie vermehrt Beachtung finden. Händeschütteln beim Erstkontakt wird vom Patienten erwartet, jedoch sehr oft nicht erfüllt. Auch die persönliche Anrede des Kranken würde positiv zur Kommunikation beitragen, da diesem somit das Gefühl vermittelt wird, dass der Arzt sehr wohl weiß, mit wem er es zu tun hat. Jeder Einzelne fühlt sich dadurch individuell betreut.

Ein weiterer sehr wichtiger Schritt wäre das Schaffen einer angenehmen und ruhigen Atmosphäre für das tägliche Arzt-Patienten-Gespräch. Dem Patienten wird es unter idealen Rahmenbedingungen eher gelingen, die Scheu abzulegen und seine Sorgen und Probleme gezielter anzusprechen. Der Patient sollte keinerlei Bedenken haben, dass seine persönlichen Gedanken und Ängste nach außen getragen werden könnten.

Da es dem Patienten oft schwer fällt, seine Anliegen gegenüber dem Arzt zu äußern, würde sich eine Kommunikation auf einer Augenhöhe und ohne eine zu große räumliche Distanz zwischen den beiden Gesprächspartnern gewiss positiv auswirken. Der Kranke sollte nicht zum Arzt „hinaufschauen“ müssen, da er als Patient ohnehin eine unterlegene Rolle einnimmt und auf die Hilfe des Arztes angewiesen ist.

Um die Unterbrechung des Dialogs aufgrund eingehender Anrufe zu vermeiden, wäre es überlegenswert, das Telefon des Arztes während der Visite in die Obhut

eines Assistenten oder der Stationsschwester zu geben. Diese könnten die Anrufe entgegennehmen und jene nur in dringenden Fällen an den Visitenführenden weiterleiten, ansonsten den jeweiligen Namen notieren oder den Anrufer bitten, es zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal zu versuchen.

Im ärztlichen Alltag wird man immer wieder auch mit psychosomatischen Krankheitsbildern konfrontiert. Vor allem bei chronischen Beschwerden sollten psychische und soziale Faktoren nicht außer Acht gelassen werden. Oftmals gibt es für körperliche Symptome nur ein psychisches Korrelat. Hier ist additiv zur medikamentösen Therapie eine regelmäßige psychologische Betreuung oder eine psychotherapeutische Begleitung sinnvoll. Der Patient sollte zumindest entsprechend einer psychosomatischen Grundversorgung durch Konsiliar- und Liaisondienste versorgt werden.

Erkrankte Menschen sind meist von Sorgen und kreisenden Gedanken gequält. Dem Großteil der Patienten fällt es schwer, diese bei der Visite auszudrücken. Daher sollte das Eingehen auf den aktuellen Gefühlszustand ein fester Bestandteil der täglichen Arzt-Patienten-Kommunikation sein, da die seelische Komponente einen wesentlichen, aber leider bis dato oft unterschätzten Teil, zur Genesung beiträgt.

Ein weiteres wichtiges Kriterium für einen gelungenen Dialog zwischen Arzt und Patient ist das Vermeiden von personalinternem Informationsaustausch während der Visite. Da dieser größtenteils in medizinischer Fachsprache stattfindet, ist dies für den Patienten wertlos und oftmals verunsichernd. Falls Veränderungen in der Fieberkurve vorgenommen werden, welche oft mit unangenehmer Stille verbunden sind, sollte man dies dem Kranken mitteilen, um ihm nicht das Gefühl zu geben, dass über ihn hinweg entschieden wird. Auch bei der Informationsgewinnung aus aktuellen Befunden sollte man den Patienten am Laufenden halten. Ein schneller Blick in die Kurve sowie eine kurze Beratung vor Betreten der einzelnen Zimmer würde dazu beitragen, sich während der anschließenden Visite intensiver dem Patienten zu widmen.

Geisler (2008) führt in seinem Werk einen Vorschlag an, welcher von Fehlenberg und Mitarbeiter stammt: Es wird „eine funktionale Entflechtung“ der Visite

empfohlen. *„Ein Teil der Visite soll patientenzentriert gestaltet werden und am Bett des Patienten stattfinden. Der organisations- und teamorientierte Teil der Visite findet außerhalb des Krankenzimmers statt“* (Geisler, 2008, S. 225).

Die häufige Verwendung medizinischer Fachbegriffe in lateinischer oder englischer Sprache sollte vermieden werden. Zwar haben Mediziner den Fachjargon tagtäglich in Gebrauch und es ist verständlich, dass gewisse Wörter unbewusst verwendet werden, jedoch sollte man sich vor Augen halten, dass man von Patienten aus unterschiedlichen Sozialschichten und Berufsgruppen keinerlei medizinisches Fachwissen voraussetzen darf.

Ein sehr präsent Thema ist der Zeitmangel der Ärzte. Häufig wird kritisiert, dass sich der Arzt zu wenig Zeit für den Patienten nimmt und nicht auf dessen Bedürfnisse eingeht. Dem Patienten wird das Gefühl vermittelt, einer von vielen zu sein. Die Länge des Gesprächs hat wenig Aussagekraft, oft reichen wenige Minuten, um ein sehr zufriedenstellendes und qualitativ hochwertiges Gespräch zu führen. Der Kranke sollte nie das Gefühl haben, sein betreuender Arzt stehe unter Zeitdruck und müsse schnell zum nächsten Patienten.

Die Visite ist für einen Großteil der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes einer der Höhepunkte des Tages und oftmals die einzige Möglichkeit mit dem betreuenden Arzt Konversation zu führen. Da bei der täglichen Visite viele verschiedene Aspekte angesprochen werden und man nicht selten rasch von einem Thema ins nächste übergeht, vergisst der Patient oft jene Fragen zu stellen, die ihn bewegen. Ein Lösungsvorschlag wäre eine Fragenliste zu schreiben und diese während dem Gespräch vorzulegen und gemeinsam durchzugehen.

Des Weiteren trägt regelmäßiger Blickkontakt als Bestandteil nonverbaler Kommunikation wesentlich zum Beziehungsaufbau bei, denn auch anhand von Mimik und Gestik lassen sich oft versteckte Hinweise über den emotionalen Zustand oder beispielsweise Wünsche von Seiten des Patienten aufdecken.

## **Im Idealfall sollte daher eine Visite aus medizinspsychologischer Sicht folgende Punkte beinhalten:**

- eine individuelle Begrüßung und Verabschiedung sollten fixer Bestandteil der Visite sein
- das Arzt-Patienten-Gespräch sollte in einem separaten Raum geführt werden, wo eine ungestörte Konversation stattfinden kann
- der Arzt sollte sein Telefon während des Dialogs mit dem Kranken einer Pflegekraft überlassen, welche nicht an der Visite teilnimmt
- der Arzt sollte während der Visite auf gleicher Augenhöhe mit dem Patienten sein
- Krankheitsbilder mit großem Einfluss von psychosozialen Faktoren sollten frühzeitig erkannt werden
- auf die emotionale Befindlichkeit des Patienten sollte eingegangen werden
- personalinterne Gespräche während der Visite sollten vermieden werden
- man sollte die Patienten an Kurvenänderungen und an Informationsgewinnung aus diversen Befunden teilhaben lassen
- es sollte eine überblicksmäßige Kurvenvisite vor Eintritt in das Krankenzimmer durchgeführt werden
- die Verwendung von medizinischen Fachbegriffen sollte vermieden werden

- der Arzt sollte sich ausreichend Zeit für das Gespräch nehmen und dem Patienten etwaigen Zeitdruck nicht spüren lassen
- der Patient sollte sich eine Fragenliste für die Visite vorbereiten

Es versteht sich von selbst, dass sich im klinischen Alltag, geprägt durch die einzelnen Persönlichkeiten von Arzt und Patient sowie die Tatsache der knappen Zeitressourcen, nur manche der oben aufgezählten Punkte in die Realität umsetzen lassen.

## 7. Literaturverzeichnis

Bergner, T. M. H. (2009). *Wie geht's uns denn?* Stuttgart: Schattauer Verlag. S. 124.

Dehn-Hindenbergh, A. (2010). *Gesundheitskommunikation im Therapieprozess* (1. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 68-70.

Dorfmueller, M. (Hrsg.). (2001). *Die ärztliche Sprechstunde*. Landsberg/Lech: Ecomed Verlag. S. 10-114.

Dorfmueller, M. & Dietzfelbinger, H. (2009). *Psychoonkologie* (3. Auflage). München, Jena: Elsevier, Urban & Fischer Verlag. S. 139-143.

Geisler, L. (2008). *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch* (5. Auflage). Frankfurt am Main: pmi Verlag AG. S. 23-249.

Hüper, C. & Hellige, B. (2007). *Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 56.

Kutscher, P. P. & Seßler, H. (2007). *Kommunikation - Erfolgscharakter in der Medizin*. Berlin: Springer Verlag. S. 92.

Langer, T. & Schnell, M. W. (Hrsg.). (2009). *Das Arzt-Patient Patient-Arzt Gespräch*. München: Marseille Verlag. S. 29-114.

Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.). (1993). *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin: de Gruyter Verlag. S. 162-164.

Luban-Plozza, B. (Hrsg.). (1991). *Der alternde Mensch und sein Arzt*. Berlin: Springer Verlag. S. 7-33.

Papsdorf, I. (2008). *Das Gespräch zwischen Arzt und Patient in der ophthalmologischen Visite. Eine formal quantitative Untersuchung.* Inaugural-Dissertation an der medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Rockenbach, K., Decker, O. & Stöbel-Richter, Y. (Hrsg.). (2006). *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis.* Lengerich: Pabst Science Publishers Verlag. S. 180.

Scholz, H. (1999). *Kommunikation im Gesundheitssystem.* Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. S. 110.

Schweickhardt, A. & Fritzsche, K. (2009). *Kursbuch ärztliche Kommunikation (2. Auflage).* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 120.

Stucke, W. (Hrsg.). (1987). *Die Arzt-Patienten-Beziehung im Krankenhaus.* In Balint, E. & Luban-Plozza, B. (1987). *Patientenbezogene Medizin (Heft 9).* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag. S. 60-62.

Tress, W., Kruse, J. & Ott, J. (Hrsg.). (2004). *Psychosomatische Grundversorgung (3. Auflage).* Stuttgart: Schattauer Verlag. S. 248-249.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2007). *Menschliche Kommunikation (11. Auflage).* Bern: Huber Verlag. S. 51-53.

## 8. Anhang

### 8.1. Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

#### Die ärztliche Visite in der Universitätsklinik/ im LKH Graz

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie recht herzlich ein, an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch. **Ihre Teilnahme an dieser Studie führt zu keiner Verzögerung Ihrer Behandlung.**

**Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dieser Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.**

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen und die Behandlung ständig weiter zu verbessern. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrem Studienbetreuer sorgfältig durch und unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur, wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben.

Zu dieser klinischen Prüfung, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben. Die ärztliche Direktion des LKHs und der Rektor der Medizinischen Universität Graz haben die Studie befürwortet, sie ist Teil des Projekts „Kommunikation im Klinikum“.

#### 1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Der Zweck dieser klinischen Studie ist es, Merkmale eines Visitengesprächs in einem medizinischen Bereich der Klinik/ des LKHs zu erfassen. In jeder diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsfindung ist die Kommunikation eine bedeutsame Grundlage. In den täglich stattfindenden Visiten kommt es zu einem Informationsaustausch vom Arzt und Patient. Die Studienergebnisse zeigen eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten auf und können bei Bedarf für die Erarbeitung von kommunikativen Verbesserungen dienen.

## **2. Wie läuft die klinische Studie ab?**

Diese klinische Studie wird am LKH-Universitätsklinikum Graz während der täglich stattfindenden Visiten durchgeführt, und es werden insgesamt 150 Personen daran teilnehmen.

Ihre aktive Teilnahme an dieser klinischen Studie wird zirka 10 Minuten dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Im Rahmen dieser Studie wird während der Visite ein Tonband mitlaufen, wobei nur der Interviewer/IN weiß wann dieses mitläuft. Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, somit ist kein Rückschluss von Äußerungen von Einzelpersonen möglich. Es entsteht durch die Studienteilnahme daher keine Verzögerung oder Einschränkung Ihrer medizinischen Betreuung.

Zusätzlich wird nach der Visite den teilnehmenden PatientInnen ein Fragebogen über das Arzt- Patienten Gespräch, in dem die Zufriedenheit mit dem vorangegangenen Visitengespräch erfasst ist, vorgelegt. Das Ausfüllen braucht ungefähr zehn Minuten und die Daten werden anonymisiert verarbeitet.

## **3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Studie?**

Die Visite kann neben dem Erstellen eines somatischen Befundes Einfluss auf Bewältigungs- und Genesungsprozesse nehmen. Sie stellt eine gesicherte und regelmäßig stattfindende Möglichkeit eines Gesprächs zwischen Arzt und Patient dar.

Der Nutzen für die medizinische Wissenschaft und spätere PatientInnen liegt darin, dass in Zukunft die Behandlung von PatientInnen möglicherweise noch individueller unter Berücksichtigung gesprächstheoretischer Aspekte erfolgen kann als bisher.

## **4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?**

Die Teilnahme ist mit keinerlei Risiken verbunden.

## **5. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?**

Bei Wunsch durch den Patienten/IN wird die Durchführung des Fragebogens vom Interviewer umgehend abgebrochen.

## **6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?**

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur der Studienleiter und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der

Schweigepflicht.

Die Daten werden ausschließlich zu statistischen Zwecken verwendet und Sie werden ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

## **7. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie steht Ihnen Ihre Studienleiterin gern zur Verfügung.

Name der Kontaktperson: Univ. Prof. Dr. Ursula Viktoria Wisiak  
Mo – Fr 9.00 – 16.00: +43 (0) 316 / 385 83037

## 8. Einwilligungserklärung

Name der Patientin/ des Patienten in Druckbuchstaben:

.....

Geb. Datum: .....

Code:

.....

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „Die ärztliche Visite in der Universitätsklinik/ LKH Graz“ teilzunehmen.

Ich bin von Herrn/ Frau ..... ausführlich und verständlich über den Inhalt der Studie und mögliche Belastungen aufgeklärt worden. Ich habe den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte des Auftraggebers und der zuständigen Behörden beim Studienleiter Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienleiter.

.....  
(Datum und Unterschrift der Patientin/ des Patienten)

.....  
(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Studienmitarbeiters)

(Der Patient erhält eine unterschriebene Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Studienleiters.)

## 8.2. Fragebogen zum Arzt-Patientengespräch

- Wir bitten Sie, Ihre persönlichen Eindrücke zum Visitengespräch im folgenden Fragebogen wiederzugeben.
- Die Studie unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Daten anonym, daher ohne Namen und Adresse ausgewertet werden und ausschließlich der Forschungsarbeit dienen.
- Bitte beantworten Sie die Fragen ehrlich, so wie es für Sie persönlich zutrifft. Es gibt keine falschen Antworten.  
Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffende Antwortmöglichkeit in den dafür vorgesehenen Kästchen an bzw. tragen Sie Ihre Antwort in die dafür vorgesehenen Felder ein.

## **Allgemeine Angaben:**

1. Wie alt sind Sie?

\_\_\_\_ Jahre

2. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

ja                      nein                      meine Muttersprache ist:

3. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig    verheiratet                      geschieden/getrennt lebend                      verwitwet

4. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?

keinen/ ich gehe auch nicht mehr zur Schule

Volks- Hauptschule/Polytechnische Schule

Matura

einen anderen Schulabschluss und zwar:

keinen der genannten, da ich noch zur Schule gehe

5. Welche berufliche Ausbildung haben Sie absolviert?

(bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Angaben an)

noch in beruflicher Ausbildung, SchülerIn, StudentIn

kein Abschluss

FacharbeiterIn

MeisterIn/ TechnikerIn

Berufsschule/Handelsschule

Fachschule/Fachhochschule

Universität

6. Sind Sie derzeit:

erwerbstätig    arbeitslos                      PensionistIn                      sonstiges und zwar:

7. Wenn Sie in einer festen Partnerschaft leben, ist Ihr/e PartnerIn derzeit:

erwerbstätig    arbeitslos                      PensionistIn                      sonstiges und zwar:

### **Fragen zum Arzt-Patienten-Gespräch:**

#### **Allgemeine Fragen zum Arzt-Patienten-Gespräch:**

1. Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.

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

2. Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.

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

3. 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:**

4. Das Visitengespräch wird in einer verständlichen Form durchgeführt.

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

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

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

6. Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.

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

**Fragen zur eigenen Gesprächsposition:**

7. Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch einbezogen.

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

8. Ich habe nicht die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen.

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

9. Ich möchte gerne mehr in das Visitingespräch einbezogen werden.

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

**Fragen zur Bedeutung/Zufriedenheit:**

10. Das Visitingespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.

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

11. Durch das Visitingespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.

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

12. Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.

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

**Bemerkungen:**

Ich würde mir wünschen, dass...