

Diplomarbeit

Das ärztliche Gespräch in der orthopädischen Visite am LKH-Univ. Klinikum Graz

eingereicht von

Roland Feldbauer

06.07.1986

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor 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 Wisiak

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Roland Feldbauer, 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, Jänner 2011

Unterschrift

Danksagung

Ich möchte mich an erster Stelle bei meinen Eltern, Josef und Ingeborg Feldbauer, bedanken. Durch ihre Unterstützung konnte ich dieses Studium erfolgreich beenden.

Mein besonderer Dank gilt Frau Univ.-Prof. Dr. Ursula Wisiak für die sorgsame Betreuung meiner Diplomarbeit und für die Freiheit, einen Teil davon im Rahmen meines Erasmus-Aufenthaltes zu schreiben.

Herrn Univ.-Prof. Dr. Andreas Leithner und seinem Team der Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie des LKH-Univ. Klinikum Graz danke ich für die uneingeschränkte Möglichkeit, die Visiten dieser Station zu begleiten und die Studie durchführen zu können.

Desweiteren möchte ich mich an dieser Stelle bei Prof. Carlo Pesce und bei Prof. Marco A. Cimmino bedanken, die während meines Studiums an der Università degli Studi di Genova meine Ansprechpersonen und Betreuer waren.

Zu guter Letzt möchte ich allen Kollegen und Freunden danken, die mich während der letzten Jahre begleiteten und mir in vielerlei Hinsicht eine Stütze waren.

Zusammenfassung

Das Gespräch zwischen Arzt¹ und Patient, wie es sich im Rahmen der klinischen Visite darstellt, wurde in den letzten Jahren hinsichtlich diverser Kriterien untersucht. Die ärztliche Visite dient nicht nur dem Erfassen der aktuellen Befunde, der Einleitung medizinischer Maßnahmen und auf chirurgischen Stationen der Wundkontrolle, sondern stellt eine eigene Entität in der Behandlung des Patienten dar: Eine gelungene Kommunikation kann den Heilungsprozess genauso unterstützen wie eine misslungene Gesprächsführung diesen behindern kann.

Diese Studie ist eine Replikationsstudie des Institutes für Medizinische Psychologie und Psychotherapie von Papsdorf (2008), die an der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald durchgeführt wurde. In einem Zeitraum von fünf Monaten wurden an der Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie des Univ.-Klinikums LKH Graz ärztliche Visiten begleitet und mit Hilfe eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet. Von 100 aufgezeichneten Gesprächen wurden 50 per Zufallsgenerator ausgewählt und transkribiert. Diese Transkriptionen dienten als Vorlage für die formal-quantitative Auswertung anhand des von Papsdorf entwickelten Analyseinstruments. Darüber hinaus fand eine inhaltsanalytische Auswertung der Gespräche zwischen Visitierendem und Patient statt. Mit Hilfe von Fragebögen, die von den teilnehmenden Patienten im Anschluss an die aufgezeichneten Visiten ausgefüllt wurden, können Daten hinsichtlich des subjektiven Erlebens der Visite aus Patientensicht gemacht werden.

Bei der Auswertung der erhobenen Daten fällt die Dominanz des ärztlichen Redeanteils (70%) im Vergleich zu der des Patienten (30%) während des Visitengesprächs auf. Nicht nur hinsichtlich der gesprochenen Wörter, auch bei Betrachtung der Anzahl der gestellten Fragen ist eine deutliche Verlagerung auf Seiten des Arztes festzustellen (60%). Den größten Anteil an der Gesamtdauer der Visite stellen, beinahe zu gleichen Teilen, die Untersuchung (43%) und das Arzt-Patienten-Gespräch (41%) dar. Am häufigsten thematisiert werden „Medizinische- und Pflegerische Maßnahmen“ (38% aller Gespräche), gefolgt von Konversationen über „Erkrankung und Befunde“ (30%).

¹ In dieser Arbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet, was zu jeder Zeit die weibliche Form miteinschließt.

Auffallend selten (<1%) finden Gespräche über die „Psychische/Soziale Lage“ des Patienten statt.

Im direkten Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit denen von Papsdorf (2008) fällt eine deutlich geringere Visitendauer auf: So dauern Visiten in der Studie von Papsdorf (2008) durchschnittlich um 1 ½ Minuten länger, als jene an der Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie des LKH-Univ. Klinikums Graz. Die Auswertung der Fragebögen liefert in vielen Punkten vergleichbare Ergebnisse: Sowohl die Atmosphäre des Visitengesprächs aus Patientensicht, als auch die Zufriedenheit mit der Visitenführung und der Stellenwert der Visite im Allgemeinen werden in beiden Studien sehr ähnlich bewertet.

Abstract

Communication between doctors and patients, as it presents itself within clinical ward rounds, has been investigated in the last decades focussing on many different criteria. The clinical ward round done by doctors serves not only the gathering of information about the patient and decision finding in further medical measures but can be seen as a treatment in medical care. Successful communication between doctors and patients can promote the process of healing while failed communication can have detrimental effects on it.

This survey is a replication of a study done by Papsdorf in 2008, which has been carried out at the Ophthalmologist section of the Medical Faculty of the Ernst-Moritz-Arndt-University Greifswald. Within a period of 5 months clinical ward rounds at the Orthopaedist section of the University Hospital of Graz have been accompanied. By means of a portable voice recorder 100 conversations between doctors and patients have been recorded. 50 out of these were chosen by a random generator and have been transcribed. The transcriptions have been analyzed technically and quantitatively by means of an analytical instrument invented by Papsdorf (2008). Furthermore the topics of the conversations have been investigated. Questionnaires, that have been filled in by the patients included in the study, were analyzed to gain data of the patients opinion on the ward round.

Regarding the results of the study one can see, that 70% of the conversation between doctors and patients is done by the doctors, compared to only 30% by the patients. Furthermore the doctors dominate the number of questions which have been asked within the conversations. The major part of clinical ward rounds at the Orthopaedic section of the University Hospital of Graz is presented by the medical examination of the patient (43%), shortly followed by the conversation between doctor and patient (41%). The highest amount of words was spoken about „medical and care treatment measures“ (38%) and „illness and diagnosis“ (30%). Not even 1 out of 100 words was spoken in context of the „psychological and social situation“ of the patient

Comparing the results of this survey with the ones of Papsdorf (2008) there's a remarkable gap between the average duration of clinical ward rounds: In the study of Papsdorf (2008) the clinical ward rounds lasted 1 ½ minutes longer on average than the ones at the Orthopaedist section of the University Hospital of Graz. The analysis of the questionnaires showed many parallels between the investigations: Patients of both studies are more or less similarly contented with the atmosphere and the setting of the clinical ward rounds. Nearly all patients state that clinical ward rounds are of high importance for themselves.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Allgemeiner Überblick	1
1.2 Kommunikation zwischen Arzt und Patient	2
1.3 Die Visite als Sonderfall des Arzt-Patienten-Gesprächs	8
1.4 Die Visite in der Chirurgie / Orthopädie	14
2. Material und Methoden	17
2.1. Das Untersuchungsfeld	17
2.1.1 Der Ort	17
2.1.2 Der Visitenablauf	17
2.2. Die beteiligten Personen	18
2.2.1. Das Visitenteam	18
2.2.2 Die Patientengruppe	19
2.3 Die Untersuchungsmethoden	19
2.3.1. Die teilnehmende Beobachtung	19
2.3.2. Die Transkription	20
2.3.3. Die Gesprächsanalyse	20
2.3.4 Der Fragebogen	26
2.3.5. Die statistische Auswertung	27
2.3.6. Die zeitliche Abfolge	27
3. Ergebnisse	29
3.1 Angaben zu den Patienten	29
3.1.1 Altersgruppenverteilung	29
3.1.2 Soziodemographische Daten der Patienten	30
3.2 Die Gesprächsanalyse	32
3.2.1. Der äußere Rahmen der Visite	32
3.2.2 Störungen der Visite	33
3.2.3. Gesprächseröffnung und –beendigung	36
3.2.4 Die Aktivität der Visitenteilnehmer	36
3.2.4.1. Initiativität vs. Reaktivität	37
3.2.4.2. Einwortsätze	38
3.2.4.3. Paraverbale Äußerungen	40
3.2.4.4. Das personalinterne Gespräch	42
3.2.5. Das Frageverhalten	44
3.2.5.1. Die Frageaktivität der Visitenteilnehmer	44
3.2.5.2. Die Antwortreaktionen des Visitierenden	45
3.2.5.3 Der Fragemodus der Visitenteilnehmer	45
3.2.6. Die Informationsvermittlung	46
3.2.7. Die Verständlichkeit der Gesprächsführung	47
3.2.7.1. Der Fachwörtergebrauch	48
3.2.7.2. Die Satzstrukturen	49
3.2.8. Die inhaltliche Analyse	50
3.2.8.1 Die Gesamtverteilung der Themen	51
3.2.8.2 Themenverteilung des Visitierenden	52
3.2.8.3 Themenverteilung des Patienten	55
3.2.9. Illustration der Ergebnisse	56

3.3. Die Ergebnisse des Patientenfragebogens	60
3.3.1 Allgemeine Fragen zum Arzt – Patienten Gespräch	60
3.3.2. Fragen zur Verständlichkeit	62
3.3.3 Fragen zur patienteneigenen Gesprächsposition	64
3.3.4. Fragen zum Stellenwert der Visite / zur Zufriedenheit	66
3.3.5. Raum für Wünsche	68
4. Diskussion	69
5. Literaturverzeichnis	83
6. Anhang	86
6.1 Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie	86
6.2 Fragebogen zum Arzt-Patienten Gespräch	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schulz von Thun. Das Vier-Ohren-Modell. Aus: Langer&Schnell, 2009, S. 19_ 3	
Abbildung 2: Sender-Empfänger-Modell 1. Aus: Langer&Schnell, 2009, S. 18	6
Abbildung 3: Altersgruppenverteilung	29
Abbildung 4: Beziehungsstatus	30
Abbildung 5: Schulabschluss	31
Abbildung 6: Berufsausbildung	31
Abbildung 7: Beschäftigungssituation	32
Abbildung 8: Anteile der Visite	33
Abbildung 9: Verteilung der Störungen der Visite	34
Abbildung 10: Anzahl der Störungen gesamt	35
Abbildung 11: Anzahl der Störungen pro Gespräch	35
Abbildung 12: Redeanteile der Visitanteilnehmer	37
Abbildung 13: Initiativen vs. Responsiven	37
Abbildung 14: Anteil der Einwortsätze	38
Abbildung 15: Antwortreaktionen des Visitierenden	45
Abbildung 16: Verteilung des Fragemodus	45
Abbildung 17: Art der Informationsvermittlung	46
Abbildung 18: Art der Information	47
Abbildung 19: Einfache und komplexe Satzbauweise	49
Abbildung 20: Vollständige und unvollständige Sätze	50
Abbildung 21: Gesamtverteilung der Themen	51
Abbildung 22: Themenverteilung des Visitierenden	52
Abbildung 23: Themenverteilung des Patienten	55
Abbildung 24: „Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.“	61
Abbildung 25: „Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.“	61
Abbildung 26: „Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.“	62
Abbildung 27: „Das Gespräch wird in einer verständlichen Form durchgeführt.“	62
Abbildung 28: „Ich habe die Möglichkeit nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.“	63
Abbildung 29: „Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.“	63
Abbildung 30: „Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch mit einbezogen.“	64

- Abbildung 31: „Ich habe nicht die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen.“ **65**
- Abbildung 32: „Ich möchte gerne mehr in das Visitengespräch einbezogen werden.“ **65**
- Abbildung 33: „Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.“ **66**
- Abbildung 34: „Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.“ **67**
- Abbildung 35: „Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.“ **67**

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Gesprächsdauer in Minuten</i>	32
<i>Tabelle 2: Gesprächseröffnung und –beendigung</i>	36
<i>Tabelle 3: Aktivität der Visitenteilnehmer</i>	36
<i>Tabelle 4: Paraverbale Äußerungen</i>	40
<i>Tabelle 5: Frageaktivität der Visitenteilnehmer</i>	44
<i>Tabelle 6: Gebrauch an Fachwörtern</i>	48

1. Einleitung

1.1 Allgemeiner Überblick

Die ärztliche Visite dient, neben dem Erfassen der aktuellen Befunde, der Einleitung medizinischer Maßnahmen und, auf chirurgischen Stationen der Wundkontrolle, vor allem auch dem Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, Visitengespräche, wie sie an der Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie am LKH-Univ. Klinikum Graz stattfinden, zu untersuchen. Dazu werden die notwendigen Daten erhoben und anschließend einer statistischen Auswertung unterzogen. Diese Studie ist eine Replikationsstudie. Papsdorf untersuchte im Jahr 2008 Visitengespräche an der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Durch die Verwendung gleicher Parameter und Auswertungsmethoden soll eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse garantiert werden.

Im ersten Teil dieser Arbeit wird das Gespräch zwischen Arzt und Patient im Allgemeinen und während Visitengesprächen behandelt. Dazu sollen Beispiele aus der gesammelten Literatur angeführt und gegenübergestellt werden.

Das Kapitel „Material und Methoden“ bezieht sich auf die Methoden der Datenerhebung und die verwendeten Parameter zur statistischen Auswertung.

Darauffolgend werden im Kapitel „Ergebnisse“ alle erhobenen, ausgewerteten Daten präsentiert und mit Hilfe übersichtlicher Tabellen und Grafiken dargestellt.

Zuletzt bietet die finale „Diskussion“ die Möglichkeit, die Ergebnisse dieser Studie mit denen von Papsdorf (2008) zu vergleichen. So sollen Parallelen und Unterschiede aufgezeigt werden, Erklärungsansätze gefunden und mit Beispielen aus der Literatur abgeglichen werden.

1.2 Kommunikation zwischen Arzt und Patient

„Takt, Sympathie und Verständnis werden vom Arzt erwartet, weil der Patient nicht nur aus einer Sammlung von Symptomen, Befunden, Funktionsstörungen, Organschädigungen und emotionalen Verwirrungen besteht. Der Patient ist menschlich voller Furcht und Hoffnung. Der wahre Arzt hat eine Shakespearesche Interessensbreite für den Weisen und den Narren, den Stolzen und den Bescheidenen, den stoischen Helden, den jammernden Schelm. Er kümmert sich um den Menschen.“
(Harrison, 1986. Aus: Dorf Müller, 2001, S.150)

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist seit geraumer Zeit Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Die Bandbreite der Analysen ist dabei so weitläufig wie der Begriff Kommunikation selbst. Eine Annäherung an den Begriff „Kommunikation“ versucht Dorf Müller (2001, S. 15-16): „Kommunikation kann sich auf Sach- (Inhalts-) und Beziehungs-(Emotions-), auf verbaler und nichtverbaler Ebene mit Sender und Empfänger abspielen, inkludiert Interaktionen. Bei allen Begegnungen kommt es zu Wechselwirkungen. Kommunikation findet auf jeden Fall statt, auch wenn das Gegenüber schweigt oder sich abwendet.“

Watzlawick spricht in diesem Zusammenhang von einer Unmöglichkeit des Nicht-Kommunizierens. (Watzlawick, 1969). Schultz von Thun teilt Kommunikation in ein 4 Ebenen-Modell, welches in abgewandelter Form in nachstehender Abbildung [Abbildung 1] zu sehen ist: In diesem Modell kommt jeder Nachricht ein Sachinhalt, ein Appell, eine Beziehungsebene und eine Selbstoffenbarung zu.

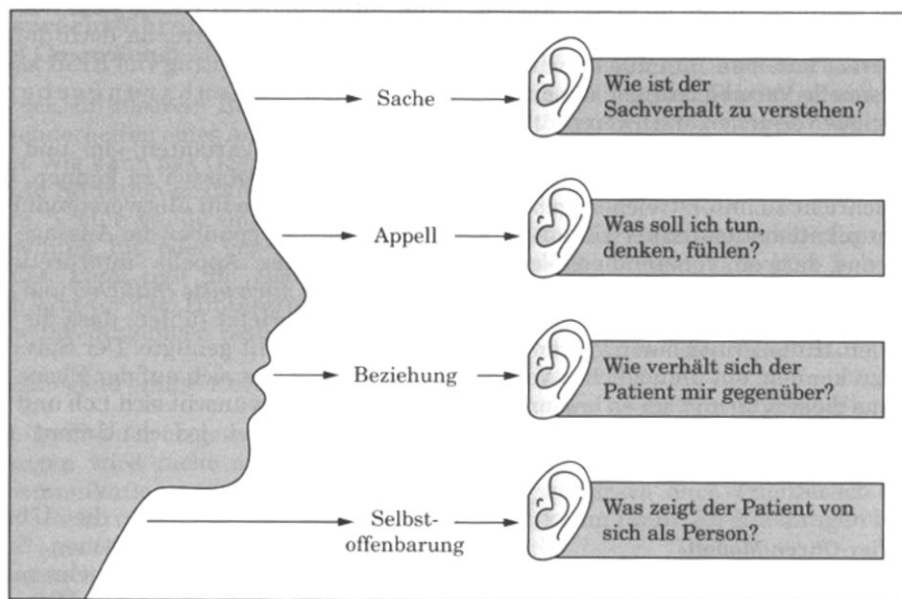


Abbildung 1: Schulz von Thun. Das Vier-Ohren-Modell. Aus: Langer&Schnell, 2009, S. 19

„Würde der Begriff Kommunikation in unserem Sprachgebrauch nichts anderes darstellen als Informationsvermittlung, bestünde keine besondere Notwendigkeit, auf seine Problematik im therapeutischen Bereich allzu ausführlich einzugehen.“ (Scholz, 1999, S. 25) Da es neben der reinen Informationsvermittlung aber, wie eben anhand der Aussagen von Dorf Müller, Watzlawick und Schultz von Thun dargestellt, nicht der Fall ist, kann es zu Spannungen in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient kommen, deren Auswirkungen wiederum weitreichende Folgen haben können.

„Schon nach den ersten eigenen Arztbesuchen wird niemand die besondere emotionale Komponente der Arzt-Patienten-Beziehung bezweifeln. Sie beinhaltet in unterschiedlichem Ausmaß Gefühle wie Vertrauen, Hoffnung, Verunsicherung, Angst u.a.m. in einer Intensität, wie sie sonst nur zwischen sehr nahestehenden Partnern möglich ist.“ (Scholz, 1999, S. 28) Diese emotionale Komponente zwischen Arzt und Patient bedingt in weiterer Folge zu großen Teilen den Verlauf in der Krankheitsgeschichte des Patienten. Dorf Müller (2001) nennt vor allem Vertrauen und Glaubwürdigkeit als eminente Faktoren im Gespräch zwischen Arzt und Patient.

„Vertrauen ist zudem für Compliance und Therapietreue sowie für die heute so viel zitierte Patientenzufriedenheit unverzichtbar.“ (Dorf Müller, 2001, S. 12)

Ein Blick in die Geschichte zeigt, wie kontroversiell das Thema Kommunikation in der Medizin behandelt wurde.

Schon in früheren Zeiten, als die Medizin noch unter der Obhut von kirchlichen Einrichtungen oder Klöstern war, bestand eine enge Verbindung zwischen der noch jungen naturwissenschaftlichen Medizin und der Philosophie. „Seit grauer Vorzeit gab es über die Priesterärzte immer auch die Verbindung zwischen Erfahrungsmedizin, Religion und Philosophie. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts zeigte sich die enge Verbindung zwischen Medizin und Philosophie darin, dass für den Mediziner ein Philosophicum obligat war.“ (Scherf. Arzt und Patient im therapeutischen Kontinuum. Aus: Stucke, 1987, S. 11) Kaiser Johannes der Zweite bestimmte gar bereits um 1136 in den Statuten des Männerklosters Pantokrator (Konstantinopel) mit angeschlossenem Krankenhaus: „Der Arzt soll Kranke ...mit ganzer Seele behandeln.“ (Scherf. Die patientenzentrierte Zimmervisite in der Psychotherapie und Psychiatrie. Aus: Stucke, 1987, S. 64)

Mit der Aufklärung und mit Rudolf Virchow (1821-1902) setzte sich der naturwissenschaftliche Ansatz gegenüber der Philosophie durch, er wurde dominierend und drängte die Geisteswissenschaften aus dem Bereich der Medizin. „Die Verbindung zur Psychologie und zu den Geisteswissenschaften blieb über einige Vertreter der deutschen Psychiatrie bestehen, und damit der Widerspruch zwischen der organbezogenen naturwissenschaftlichen Medizin und der psychologischen Medizin (Jaspers, Binswanger, v. Gebsattel, v.v. Weizsäcker).“ (Scherf. Arzt und Patient im therapeutischen Kontinuum. Aus: Stucke, 1987, S. 11)

Um zu verstehen, warum Kommunikation bzw. das Gespräch zwischen Arzt und Patient lange Zeit auch in der Ausbildung der angehenden Mediziner vernachlässigt wurde, muss man wieder die Geschichte heranziehen. So erläutert Kaupen-Haas aus historischer Sicht, wie bereits im 19. Jahrhundert Patient und Krankheit unvereinbar nebeneinander behandelt wurden: „Die Sorge um die Grundbedürfnisse und um das subjektive Wohlbefinden der Kranken wurde an die Krankenpflege delegiert. Dieser Delegation lag ein Konzept von Krankenpflege zugrunde, das durch ein naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis geprägt war. Es beinhaltete die Aufspaltung des kranken Menschen in die Krankheit an sich, mit der sich die Medizin befasste, und den Kranken, an den die

Pflege gerichtet ist. In diesem Konzept stellt die Pflege nur „eine notwendige Vorleistung für medizinisches Handeln“ dar, welches die Krankheit und nicht den kranken Menschen in den Mittelpunkt des Geschehens rückte.“ (Kaupen-Haas, Mischko-Kelling, Reiter. Arzt-Patient-Kommunikation ´Revisited`. Aus: Löning&Rehbein, 1993, S. 153)

Nach wie vor wird das Gespräch mit all seinen Implementierungen von manchen Ärzten stiefmütterlich behandelt – obschon in der Ausbildung der Mediziner mit Seminaren in Gesprächsführung entgegen gewirkt wird. Warum Kommunikation im therapeutischen Kontext misslingt und welche Folgen daraus abzuleiten sind, wird im Folgenden beschrieben.

Scholz (1999, S. 37) führt einige Hauptfaktoren für Kommunikationsprobleme im Gesundheitswesen an, die in Untersuchungen (z.B.: Barolin und Rosenberger, 1994; Beckmann et al., 1984; Lakomy 1993, 1994, Humaninstitut 1995) immer wieder auftreten:

- Flüchtigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte mit zu wenig Zeit und Zuwendung
- Fehlende Informationsbereitschaft über Befunde, geplante Maßnahmen bzw. mögliche Alternativen
- Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten in der Therapeuten-Patienten-Kommunikation mit allen aus Informationsmängeln resultierenden Ängsten und Komplikationen
- Unbefriedigende emotionale Resonanz in der Patienten-Therapeuten-Beziehung
- Aus Sicht der Patienten wird oft der Ersatz von Gespräch und Beziehung durch Medikamente oder diagnostische Prozeduren angesprochen
- Kommunikationsmängel durch mehr oder weniger unbewusste Ängste und Abwehrhaltung der Therapeuten und/oder der Patienten
- Angststeigernde Organisationsformen und Strukturen in Krankenanstalten, Ambulanzen und Ordinationen, die zu Verunsicherung und Einschüchterung der Patienten beitragen können.

Weiters definiert Scholz (1999, S. 42-43), welche Faktoren sich negativ auf ärztliche Kommunikation auswirken:

- Extremer Zeitdruck/Stress
- Langdauernde hohe Konzentrationsanforderungen
- Häufiger schneller Entscheidungszwang
- Unregelmäßiger Arbeitsanfall
- Ständiger Umgang mit schwerkranken Patienten
- Erschwerte Versorgung der Patienten durch Personalmangel
- Belastungen durch unqualifiziertes Pflegepersonal
- Hohe körperliche Belastungen etc.“ (Scholz 1999)

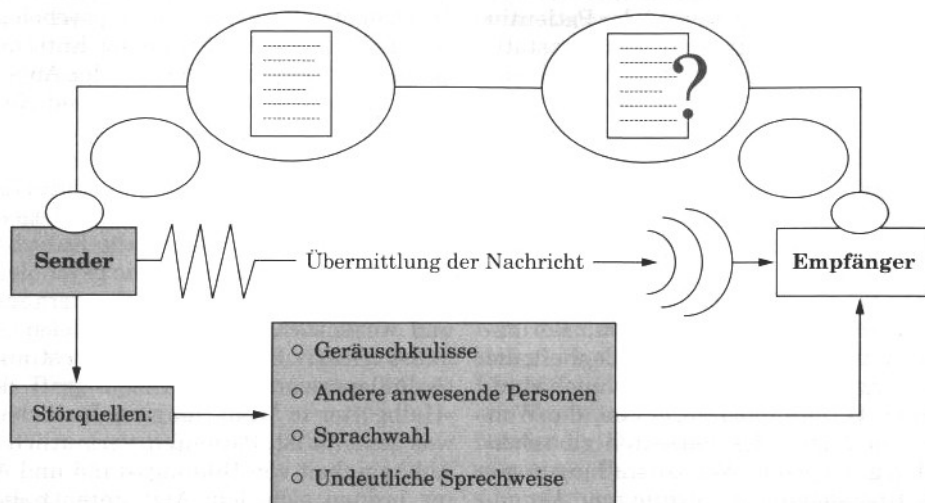


Abbildung 2: Sender-Empfänger-Modell 1. Aus: Langer&Schnell, 2009, S. 18

Obige Abbildung [Abbildung 2] stellt ein einfaches Sender-Empfänger Modell dar. Wie später noch zu zeigen wird, können auch Faktoren wie eine störende Geräuschkulisse oder andere anwesende Personen die „Klarheit der Signalübertragung“ beeinträchtigen. (Langer&Schnell, 2009)

Weiters stellt die medizinische Fachsprache eine Herausforderung an ein gelungenes Gespräch. Mit ihrer Exklusivität und der damit einhergehenden Abgrenzung von Laien, der Verschleierungstaktik, verstärkt sie die passive Rolle des Patienten. „Zu den häufigsten Verständigungsfehlern zählt der ungeschickte Einsatz der Fachsprachen, aber auch die Wahl eines unverständlich geschraubten allgemeinsprachlichen Stils, der vom Patienten nicht immer ausreichend verstanden werden kann. Diese Fehlerquellen werden

durch die Scheu vieler Patienten, nachzufragen, noch weiter potenziert.“(Scholz, 1999, S. 53)

Über die Folgen, die eine misslungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient mit sich bringen kann, schreibt Wedler (1998). Obschon Fehler im Arzt-Patienten Gespräch oftmals keine unmittelbaren Folgen haben, verglichen mit Fehlern bei Operationen, führen sie doch zu einer Festigung des Widerstands von Seiten des Patienten, zu einer Demotivation, die schwerwiegende Folgen nach sich ziehen kann.

Unter diese „verheerenden Folgen“ für den Patienten fallen Rückzug, Vertrauensverlust, vielleicht gar Wut. Dies wiederum bedingt einen mangelnden Behandlungserfolg und führt zu Frustration nicht nur auf Seiten der Patienten, sondern auch auf Seiten der behandelnden Ärzte.

Die von manchen geforderte Rückbesinnung auf das ureigenste Mittel ärztlicher Diagnostik, des Gesprächs mit dem Kranken, gilt gleichzeitig als Kritik an einer für den Patienten als zersplittert und steril wahrgenommenen Medizin. „Im Schatten der blendenden Fortschritte biologischer Forschung, medizinischer Technik und gezielter Heilmethoden droht die persönliche Beziehung des Arztes zum Kranken vernachlässigt zu werden.“ (Luban-Plozza, 1991, S. 6-7)

Treffend formuliert Dorf Müller (2001, S.11) die Schwierigkeit, Kommunikation zu bewerten, zu messen, geschweige denn Richtlinien für eine gelungene Kommunikation zu erstellen: „Patentrezepte für eine einfühlsam-klare und effiziente Gesprächsführung, einen bestimmten Kommunikationsstil, die gerade von Psychologen erwartet werden, sind eine Utopie und gehen an den komplexen Realitäten menschlichen Lebens und an Tagesschwankungen mehr oder minder vorbei.“

1.3 Die Visite als Sonderfall des Arzt-Patienten-Gesprächs

„Wer Computer, Wertpapiere oder Betablocker verkaufen will, erhält gewöhnlich ein besseres Training in Gesprächsführung als ein Arzt, der einem Kranken bei der Gesundung helfen möchte.“

(Bliesener, 1986. Aus: Hoefert&Hellmann, 2008, S. 316)

Der Begriff `Visite` stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „sowohl Besuch als auch Heimsuchung“ (Scherf. Die patientenzentrierte Zimmervisite in der Psychotherapie und Psychiatrie. Aus: Stucke, 1987, S. 64). Die Bezeichnung „la visite“ aus dem Französischen wird mit „der (kurze ärztliche) Besuch, die Besichtigung, Durchsuchung, Überprüfung“ übersetzt. „Die ärztliche Visite hatte also von ihrer sprachlichen Bedeutung her schon immer etwas von einer hochnotpeinlichen Befragung.“ (Scherf. Die patientenzentrierte Zimmervisite in der Psychotherapie und Psychiatrie. Aus: Stucke, 1987, S. 64)

Obwohl sich Krankenhäuser und ihre Einrichtungen, die Behandlungsmethoden und die Möglichkeiten der Diagnostik im Laufe der Zeit stark verändert haben, so wirkt die Visite in ihrer traditionellen Form wie ein Relikt im Krankenhausalltag. Ihre Bedeutung wurde nicht nur durch die Visitenforschung, die sich im letzten Jahrhundert etablierte, unterstrichen. Von ihr hängt in erheblichem Ausmaß das Gelingen einer Arzt-Patienten-Beziehung ab (Stucke, 1987).

Hannich schreibt der Visite gleich mehrere Funktionen zu. So dient sie nicht nur, neben diagnostischen Prozessen, der Abstimmung geeigneter Therapiemaßnahmen, sondern nimmt auch „quasi-psychotherapeutische Funktionen für den Patienten ein. Die `Droge Arzt´ kann durch verständnisvollen Umgang eine Heilung befördern, sie kann aber auch durch unachtsamen Einsatz einer Gesundung im Wege stehen.“ (Hannich. Visite – adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. Aus: Hoefert&Hellmann, 2008, S. 315)

Die vorher erwähnte Visitenforschung begann sich vor allem in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts zu etablieren. Siegrist konnte in seinen Untersuchungen bereits

damals feststellen, dass „die chirurgische Visite nur „eine knappe Minute pro Patient und Tag“ dauerte – und das in einem Klima ängstlicher Erwartung.“ (Scherf. Die patientenzentrierte Zimmervisite in der Psychotherapie und Psychiatrie. Aus: Stucke, 1987, S. 64) Sechs Jahre später ermittelten Jährig und Koch (1976) in einem großen Hamburger Krankenhaus eine durchschnittliche Visitendauer von 3 ½ Minuten. „In dieser Zeit spricht der Arzt ca. 2 Minuten, allerdings nur 40 Sekunden direkt mit dem Patienten. Der ärztlichen Dominanz in der Visitenkommunikation entspricht auch die Tatsache, dass der Arzt im Mittel sechs überwiegend direktive Fragen, der Patient jedoch nur eine Frage pro Visite stellt.“ (Scherf. Die patientenzentrierte Zimmervisite in der Psychotherapie und Psychiatrie. Aus: Stucke, 1987, S. 64)

Nach einer „Blütezeit“ in den 80er Jahren und mehreren Untersuchungen, die „ihren Einfluss auf Heilungsprozesse“ aufgezeigt haben, „bestanden in den letzten Jahren kaum nennenswerte Aktivitäten zu diesem Thema.“ (Hannich. Visite – adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. Aus: Hoefert&Hellmann, 2008, S. 315)

Abgesehen von den erwähnten Untersuchungen hinsichtlich der Zeit, die für Visiten bereitgestellt werden oder die den einzelnen Teilnehmern der Visite zur Verfügung stand, war es aber auch notwendig, andere Aspekte des Visitengesprächs zu beleuchten. Raspe stellte die berechtigte Frage: „Ist eine Visite dann „in Ordnung“, wenn Arzt und Patient gleich viel sprechen, gleich viel aktiv sind, gleich viele Fragen stellen, wenn jede Frage rasch auf derselben beantwortet wird, wenn jeder alles versteht?“ (Scherf. Die patientenzentrierte Zimmervisite in der Psychotherapie und Psychiatrie. Aus: Stucke, 1987, S. 65)

In diesem Zusammenhang stellte sich auch die Frage, ob das „Setting“ der Visite zu einem gelungenen Gespräch beiträgt oder diesem entgegenwirkt. So formuliert es Stucke, wenn er bezüglich den vielen Teilnehmern einer Visite und den Aufgaben der Ärzte, die sie parallel in das Visitengeschehen integrieren müssen, anmerkt: „Kann der Patient in einem solchen Setting seine Gefühle und Sorgen, die Krankheit betreffend, überhaupt äußern? Bleibt das Arzt-Patienten-Gespräch nicht häufig sehr oberflächlich?“ (Stucke, 1987, S. 60)

Die Problematik hinsichtlich den divergierenden Ansprüchen an den Arzt konstatiert auch Nager im Buch von Luban-Plozza (1991): „Immer schwieriger wird es für den administrativ, wissenschaftlich, technisch-apparativ und durch überstürzte Arzneimittelflut überbeanspruchten Klinikarzt, auch noch `am Patienten zu bleiben.“ (Nager. Größe und Gefährdung der Medizin (Festvortrag). Aus: Luban-Plozza, 1991, S. 44).

Hannich sieht die Visite aus zwei unterschiedlichen Perspektiven: aus der des Arztes und aus der des Patienten.

Aus der Perspektive des Arztes sind folgende Aufgaben vorrangig:

- „Die fachärztliche Diskussion über Diagnose sowie Diagnose- und Therapiemaßnahmen
- Die Kontrolle der Behandlungseffekte
- Die Anordnung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an das Pflegepersonal
- Mit einer Dauer von durchschnittlich ein bis zwei Stunden nimmt sie bis zu einem Viertel der täglichen Arbeitszeit des Arztes ein“

(Hannich. Visite – adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. Aus: Hoefert&Hellmann, 2008, S. 316)

Von diesem Standpunkt aus gesehen steht das Visitengespräch vor allem unter dem Anspruch einer somatischen Behandlung.

Aus der Perspektive des Patienten wiederum dient die Visite hauptsächlich der Information bezüglich seines aktuellen Zustandes. Das Aufklärungsdefizit bezieht sich auf

- „die Prognose der Erkrankung,
- die Art der Krankheit,
- diagnostische Maßnahmen und Behandlungsschritte sowie
- auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes.“

(Hannich. Visite – adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. Aus: Hoefert&Hellmann, 2008, S. 317)

Einen Überblick über häufig beobachtete Fehler soll folgende Auflistung geben. Die Punkte wurden aus Scholz (1999) und Hannich (2008) entnommen:

- Gespräche über den Patienten statt mit dem Patienten

- „Pars pro toto“ – Etikettierung z.B.: „Das ist der inoperable Hirntumor mit dem Ödem“
- Flüchtigkeit, Unverbindlichkeit, Desinteresse, Scheinzuwendung
- Mehrbeachtung von Teammitgliedern oder Bettnachbarn
- Ironische abwertende Haltung
- Unangebrachte Heiterkeit, Z.B. Das Team erzählt sich Witze
- Austragen von Konflikten in Gegenwart der Patienten
- Keine Begrüßung, keine Verabschiedung
- Übergehen von Patientenfragen
- Verkürztheit der Sprache
- Gebrauch von Fachtermini und Stationsjargon
- Themen- und Adressatenwechsel
- Vermittlung des Eindrucks von Eile und Beschäftigung

Siegrist beschreibt 1978 vier asymmetrische Reaktionen von Ärzten, wenn Patienten bei der Visite den Versuch eines Gesprächs unternehmen:

- Sie werden nicht beachtet.
- Der Adressat wird gewechselt. Der Arzt wendet sich anderen Gesprächspartnern zu.
- Das Thema wird gewechselt.
- Negative Kommentare, Abwertung der Relevanz der Fragen des Patienten.

(Scholz, 1999, S. 110)

Als Nebeneffekt führen diese Unverständlichkeiten im direkten Arzt-Patienten-Gespräch dazu, dass der Patient oftmals verwirrt zurückgelassen wird und sich an anderer Stelle Hilfe sucht. So wendet sich der Patient an Begleitpersonen aus der Visite, um sie über den Inhalt der Visite in einem persönlichen Gespräch zu befragen (Stucke, 1987).

Die Aufgabe, eine Basis für ein gelungenes Gespräch herzustellen, sieht Meier (2001) eindeutig beim jeweiligen Arzt. „Ein Gespräch ist im Idealfall ein Austausch von Informationen, Meinungen usw. zwischen mindestens zwei Personen, zwischen denen in der entsprechenden Situation ein möglichst geringes oder gar kein Hierarchiegefälle besteht.“ (Meier. Erwartungen an das ärztliche Gespräch. Aus: Dorf Müller, 2001, S. 323)

Dabei ist es von Bedeutung, die Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung, die sich durch überlegene Sachkompetenz, Vertrautheit mit der Umgebung und Entscheidungsmacht auf Seiten des Arztes manifestiert, auszugleichen.

Vorschläge für eine Optimierung der Visitengespräche setzen häufig bereits bei einer Verbesserung des Settings an. Mögliche Schritte in diese Richtung erfordern jedoch „sowohl organisatorisch-institutionelle Veränderungen als auch eine Umstellung des individuellen Interaktionsverhaltens der an der Visite Beteiligten.“ (Hannich. Visite – adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. Aus: Hoefert&Hellmann, 2008, S. 322)

Hannich(2008) schlägt in einem ersten Schritt eine „Zweiteilung des Visitengeschehens“ vor, bei dem die Visite bereits außerhalb des Krankenzimmers mit einer Vorbesprechung beginnt und eine patientenzentrierte Visite am Krankenbett als Kern des Visitengeschehens vorsieht.

Ähnliches schreibt Stucke (1987), wenn er empfiehlt, eine eigene Kurvenvisite vor- bzw. nachzuschieben: „Ein derartiges Vorgehen bedeutet keineswegs immer einen besonders hohen Zeitaufwand. Wenige intensive Minuten der Begegnung mit dem Patienten können viel bedeuten. Dieser muss das Gefühl haben, dass der Arzt Zeit hat und ihm zuhört.“ (Stucke, 1987, S. 60)

Vor allem auch der wirtschaftliche Nutzen einer patientenzentrierten Visite für Krankenhäuser darf, so Hannich (2008), nicht außer Acht gelassen werden. Demnach ist vermehrte Patientenzentriertheit nicht nur eine Herausforderung an jedes Arzt-Patienten Gespräch, sondern kann „als Marketingstrategie zur Positionierung des eigenen Hauses auf dem Anbieter-Sektor eingesetzt werden.“ (Hannich. Visite – adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. Aus: Hoefert&Hellmann, 2008, S. 325)

Weber, Nübling und Langewitz gaben im Buch „Das Arzt Patient Gespräch“ (Langer&Schnell, 2009, S. 87) nach eigens angestellten Untersuchungen und Visitenprojekten einige praktische Hinweise, für das Gestalten einer „idealen“ Visite:

- Sorgen Sie vor der Visite für einen reibungslosen Ablauf, in dem Sie die Visitenzeiten festlegen. Deponieren Sie Störquellen wie Mobiltelefone, Piepser usw. an einem sicheren Ort, leiten Sie Telefonate um, sorgen Sie für eine aktualisierte Patientendokumentation und informieren Sie sich über wichtige Angaben zu Ihrem Patienten.
- Überlegen Sie vor dem Patientenzimmer, welche spezifischen Ziele Sie für diese Visite bei diesem Patienten verfolgen (zum Beispiel welche Informationen Sie erhalten bzw. welche Informationen Sie vermitteln wollen) und besprechen Sie medizinisch oder pflegerisch anfallende Probleme, die die aktuelle Situation des Patienten charakterisieren.

Anknüpfend an Vorschläge zur Verbesserung des Settings sei hier eine Studie erwähnt, die an der Monash-University (Australien) durchgeführt wurde. Hierbei wurde überprüft, ob Patienten, die aufgrund einer Rehabilitation stationär aufgenommen waren, eher eine Visite im Krankenzimmer oder in einem Untersuchungsraum bevorzugten. Erstaunlicherweise bevorzugten 64 % aller Patienten, die beide Formen der Visite durchlaufen hatten, die Visite im Untersuchungsraum, nur 29% wollten die Visite am Krankenbett beibehalten. (New, P. (2008). Survey of patient's preference for the location of rehabilitation ward rounds. In: *J Rehabil Med* (2008). 40: 678–680)

Im Folgenden wird speziell auf die Visite an orthopädischen bzw. chirurgischen Fächern generell eingegangen.

1.4 Die Visite in der Chirurgie / Orthopädie

„Das Leben eines Kranken kann nicht nur durch die Handlungen eines Arztes verkürzt werden, sondern auch durch seine Worte oder sein Verhalten.“

(American Medical Association, 1847. Aus: Langer&Schnell, 2009, S. 156)

Im Gegensatz zu vielen konservativen Fächern muss das Visitengeschehen an der Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie am LKH-Univ. Klinikum Graz zusätzlich zum Gespräch zwischen Arzt und Patient der Wundkontrolle bzw. dem Wechseln des Verbands und somit einer pflegerischen Tätigkeit gerecht werden. Diese Tätigkeiten werden (zumeist) vom Visitenführer parallel zur Konversation mit dem Patienten vorgenommen, dementsprechend sollte das bei einem direkten Vergleich der Visitendauer mit anderen Stationen berücksichtigt werden.

Dorfmüller (2001, S. 20) konstatiert die Unterschiede zwischen den Visiten in den einzelnen Disziplinen, wenn sie schreibt: „Zeitliche, zum Teil auch strukturelle Unterschiede zeigen sich zwischen Visiten in operativen und konservativen Disziplinen.“

Dem Visitengespräch auf einer chirurgischen, so auch auf einer orthopädischen Station eilt der Ruf voraus, weniger patientenzentriert, kühler und distanzierter zu sein, als auf einer Station für Innere Medizin. Strotzka&Wimmer (1986) sehen eine wesentliche Ursache in dem naturwissenschaftlich orientierten Krankheitsverständnis, das in der Medizin vorherrscht. Krankheit wird, mit einem Fokus auf die somatische Ebene, als eine Störung in einem System gesehen, die durch Medikamente oder Eingriffe behoben werden kann. Demnach ist Krankheit „weitgehend unabhängig von psychischen und sozialen Einflüssen und daher auch einer isoliert somatischen Behandlung zugänglich: Eine Einbeziehung des subjektiven Erlebens des Patienten ist nach diesem Modell weder erforderlich noch zielführend.“(Strotzka&Wimmer, 1986, S. 5)

Argumente gegen eine rein auf das somatische Krankheitsbild bezogene Visite führt Meier im Buch von Dorf Müller (2001) an. So heißt es z.B.: „Für PatientInnen in existenzieller Bedrohung und ihre Angehörigen ist Vertrauen in diejenigen, die Therapien

empfehlen und anwenden, subjektiv fast wichtiger als die Therapie selbst.“ (Meier. Erwartungen an das ärztliche Gespräch. Aus: Dorf Müller, 2001, S. 336)

Weiters kommt laut Meier dem Arzt die Aufgabe zu, Vertrauen zwischen ihm und den Patienten, besonders in schwierigen Situationen, herzustellen, zu festigen bzw. zu erhalten, „den Arzt als Menschen wie du und ich zu erleben“ (Meier. Erwartungen an das ärztliche Gespräch. Aus: Dorf Müller, 2001, S. 334)

Einer der bedeutsamsten Ärzte des klassischen Altertums, Hippokrates, erkannte bereits vor mehr als 2000 Jahren die fortbestehende Notwendigkeit des Gesprächs bei neu entwickelten Operationsmethoden: „Erst das Wort, dann die Arznei, dann das Messer.“ (Hippokrates. Aus: Langer&Schnell, 2009, S. 29)

Obwohl der Fokus der Studien zur Kommunikation an chirurgischen Stationen bisher vor allem auf dem Aufklärungsgespräch zwischen Chirurg und Patient lag, sollen hier beispielhaft einige Studien und Untersuchungen die enorme Bedeutung unterstreichen, die einer gelungenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient auch an chirurgischen Stationen zukommt.

So berichten Strotzka&Wimmer bereits 1986: „In Übereinstimmung mit den Ergebnissen ausländischer Untersuchungen äußerten nahezu drei Viertel (71%) der befragten Patienten den Wunsch, über die Krankheit und bevorstehende Ereignisse im Krankenhaus umfassend informiert zu werden.“ (Reader (1957), Cartwright (1964), Palmer (1966) et al. Aus: Strotzka&Wimmer, 1986, S. 9).

In einem Artikel in der deutschen medizinischen Wochenschrift förderte die Studie von Höfer und Streicher 1980 jedoch das Ergebnis zu Tage, dass nur 18% der untersuchten Patienten den Inhalt des Aufklärungsgesprächs wiedergeben konnten. Knapp die Hälfte aller Patienten wussten nur, „dass »die Operation notwendig und mit Gefahren verbunden« war. Die übrigen hatten keinerlei Erinnerung an den Inhalt der Aufklärung“ (Höfer&Streicher (1980). Patientenaufklärung: Untersuchungen zur Interaktion an chirurgischen Patienten. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1980; 105(19): 694-697)

An dieser Stelle wird noch einmal auf weitere positive Effekte gelungener Visitentgespräche hingewiesen. In einem Modellprogramm von Wimmer&Pelikan (1984),

in dem verstärkt auf das Informationsbedürfnis der Patienten von Seiten des Arztes eingegangen wurde, zeigte sich postoperativ:

- Eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer
- Eine Reduktion von Medikamenten
- Eine Abnahme der Komplikationsrate
- Eine Abnahme der Beschwerden der Patienten
- Eine Steigerung der Patientenzufriedenheit.(Strotzka&Wimmer, 1986)

Es sollte jedoch, zu guter Letzt, nicht darauf verzichtet werden, auch einen Erklärungsversuch für unverändert kurze, scheinbar ungenügende Visiten an chirurgischen Stationen anzuführen. Demnach findet sich im Krankenhausalltag ein Trend hin zu alternativen Formen der Visitenführung: Ärzte besuchen ihre Patienten häufig auch außerhalb der klassischen Visitenzeiten, um ihnen in Ruhe und ohne Zeitdruck geplante Maßnahmen zu erklären oder Befunde mit ihnen zu besprechen (Weber, Nübling, Langewitz. Das Visitingespräch. Aus: Langer&Schnell, 2009).

2. Material und Methoden

2.1. Das Untersuchungsfeld

2.1.1 Der Ort

Die für diese Diplomarbeit verwendeten Daten wurden an der Station für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie des LKH-Univ. Klinikums Graz gewonnen. Von Oktober 2010 bis Februar 2011 wurden Visitengespräche aufgezeichnet. Vorstand der Station ist zum Zeitpunkt der Durchführung Herr Univ.-Prof. Dr. Andreas Leithner. Der Visitenablauf, der im Folgenden noch genauer dargestellt wird, wird an dieser Station durch die Morgenbesprechung der Ärzte unterbrochen. Der Zeitrahmen, in dem Visiten stattfinden können, liegt zwischen 7.00 und 8.00 Uhr früh, vereinzelt werden Visiten auch am Nachmittag abgehalten. Die Patienten bleiben dazu in ihren Zimmern, sofern sie nicht bereits für Operationen oder Untersuchungen vom Patiententransport abgeholt wurden.

2.1.2 Der Visitenablauf

Von 7:00 bis 7.15, außerhalb der eigentlichen Dienstzeit der Ärzte, werden Patienten durch mehrere, parallel arbeitende Visitenteams, die in Ihrer Besetzung variieren, aufgesucht. Die einzelnen Teams bedienen dabei annähernd gleich viele Zimmer und jedes Team fokussiert sich grundsätzlich auf ein oder zwei Erkrankungsgebiete, sodass Patienten bereits bei der Aufnahme in die jeweiligen Zimmer aufgeteilt werden. So gibt es z.B. ein Team, das sich vor allem auf Tumorchirurgie spezialisiert hat, ein anderes auf Wirbelsäulenchirurgie. Klarerweise überschneiden sich die Aufgabengebiete und so werden mitunter bei Zeitnot auch Patienten von anderen Teams visitiert. Grundsätzlich treffen sich die Ärzte eines Teams vor dem jeweiligen Zimmer mit einer Vertretung des Pflegepersonals und die aktuellen Befunde und der Fortschritt in der Behandlung werden besprochen. Dabei aktualisieren sie die Krankenakte und Befunde über einen mobilen Laptop, Änderungen werden in Absprache mit der Pflege übernommen und eingetragen. Erst wenn alle Patienten des Zimmers vorab besprochen wurden, klopft das Visitenteam, respektive der Visitenführende an die Tür und betritt den Raum. Der Visitenleiter ist Ansprechpartner für die Patienten, manchmal gibt es jedoch auch zwei Oberärzte, die

simultan während der Untersuchung mit dem Patienten kommunizieren. Die Visite an der Station für Orthopädie und orthopädische Chirurgie dient vor allem auch der Wundkontrolle und dem Wechseln von Verbänden. Diese Aufgabe kommt den visitierenden Ärzten zu, die während dieser Eingriffe durchaus auch mit den Patienten reden. Das Pflegepersonal assistiert den Ärzten dabei. Von 7:15 bis 7.45 unterbrechen alle Teams der Station ziemlich abrupt ihre Visiten. Ärzte, Studenten sowie die Leitung der Pflege treffen sich in der Bibliothek, um die Morgenbesprechung abzuhalten. Diese Morgenbesprechung dient der Einteilung für die einzelnen Operationssäle, dem Vorstellen von Patienten an die gesammelte Ärzteschaft und dem Kommunizieren von organisatorischen Punkten. Schließlich wird die restliche Zeit von 7.45 bis 8.00 dazu genutzt, die im ersten Teil der Visite ausgelassenen Patienten zu besuchen, bevor sich die Ärzteschaft auf den Weg in die Ambulanzen bzw. zu den Operationen macht.

2.2. Die beteiligten Personen

2.2.1. Das Visitenteam

Wie oben bereits angedeutet, besteht ein Visitenteam auf der Station für Orthopädie und orthopädische Chirurgie des LKH-Univ. Klinikums Graz meist aus denselben Ärzten, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert haben. Neben dem Visitenführer waren meist weitere Ärzte bzw. Pflegepersonal bei den Visiten anwesend: In 37 von 50 Gesprächen waren neben dem Visitenführer mindestens ein Vertreter des Pflegepersonals anwesend, in 22 von 50 Gesprächen ein oder mehrere zusätzliche Ärzte. Der Untersuchungsleiter wurde als Student zur Anzahl der Visitenteilnehmer hinzugezählt. Damit ergab sich bei 50 erhobenen Visitengesprächen eine durchschnittliche Visitenteilnehmerzahl (ohne Patient) von 3,28. Sie schwankte dabei in einem Bereich von 2 bis 5 Personen.

Um nicht nur Ergebnisse eines Teams zu bekommen, wurde zwischen den einzelnen Teams gewechselt- somit konnten Visitengespräche von 8 verschiedenen Ärzten untersucht werden. Dabei leiteten neben dem Vorstand der Station auch Oberärzte bzw. bei deren Abwesenheit auch Assistenzärzte die Visiten. 12 der 50 Gespräche wurden vom

Vorstand der Station geleitet, 26 von Oberärzten. Die restlichen 12 Gespräche teilten sich auf Assistenzärzte auf.

2.2.2 Die Patientengruppe

Die Patienten, die an dieser Studie teilnahmen, waren zwischen 21 und 86 Jahre alt. Es wurde darauf verzichtet, Patienten unter 18 Jahren bzw. Kinder einzuschließen, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu gewährleisten. Des Weiteren mussten die Patienten vor der Aufzeichnung ihrer Visitengespräche eine Einwilligung ausfüllen, und sie erhielten eine Kopie dieses Formulars, das auch im Anhang dieser Arbeit zu finden ist. Die Patienten hatten zu jeder Zeit die Möglichkeit, ohne Angabe von Gründen aus dieser Studie auszuscheiden. Nicht in diese Studie integriert wurden Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen, die eine Verwertbarkeit der Ergebnisse unmöglich machten. Weitere Ausschlusskriterien waren eingeschränkte kognitive Fähigkeiten bei sehr alten Patienten oder auch bei Beeinträchtigungen durch kurz zuvor stattgefundenen Eingriffe. Durch den schnellen Wechsel der Patienten an dieser Station konnte es nicht immer vermieden werden, auch Visitengespräche die am Entlassungstag stattgefunden haben für diese Studie zu verwenden.

2.3 Die Untersuchungsmethoden

2.3.1. Die teilnehmende Beobachtung

Wie in der Arbeit von Papsdorf (2008) als auch in den vergleichbaren Studien am LKH- Univ. Klinikum Graz nahm der Untersucher direkt, aber nicht aktiv am Visitengeschehen teil. Dazu wartete der Untersucher bereits vor Beginn der Visite auf die einzelnen Visitenteams und betrat gleichzeitig mit ihnen das jeweilige Zimmer. Der weiße Mantel sollte garantieren, dass sich der Untersucher während der Visite im Hintergrund halten konnte, ohne als externe Person aufzufallen. Die Gespräche wurden mit Hilfe eines Aufnahmegeräts vom Typ Philips Voice Tracer LFH0862 aufgezeichnet, das sich verborgen in der Manteltasche des Untersuchers befand. Obwohl sowohl die Visitenführenden als auch die Patienten wussten, dass es die Möglichkeit einer Aufzeichnung bei einer Begleitung durch den Untersucher gab, war es zu keiner Zeit für die Beteiligten ersichtlich, ob das Gerät eingeschaltet war oder nicht. Durch den langen Zeitraum von Oktober bis

Februar, während dem Visiten vom Untersucher in unregelmäßigen Abständen begleitet wurden, sollte eine Fokussierung des visitierenden Arztes auf den Untersucher und die Aufzeichnung vermieden werden und somit eine Verzerrung der Kommunikation möglichst kleingehalten werden. Darüber hinaus waren alle Visitenführenden darüber informiert, dass der Untersucher sich nicht an der Visite, weder sprachlich noch unterstützend bei manuellen Eingriffen, beteiligen sollte.

2.3.2. Die Transkription

Die aufgezeichneten Gespräche wurden, um sie einer Analyse unterziehen zu können, vom Untersucher detailliert transkribiert. Dazu fand zeitnah an das Visitengespräch die Verschriftlichung desjenigen statt, um die Sprechmeldungen den jeweiligen Personen genau zuordnen zu können. Es wurden alle Äußerungen, auch paraverbaler Art, im Transkript festgehalten. Darüber hinaus notierte der Untersucher Unterbrechungen durch Telefonate oder parallel zum Gespräch stattfindende Störungen genauso wie Pausen der Sprechenden Personen. Die Zeit, die für Untersuchungen bzw. Eingriffe benötigt wurde, konnte durch die bald darauf stattfindende Transkription relativ exakt bestimmt werden. Jene Gesprächsanteile, die einer Verschriftlichung aufgrund von Undeutlichkeit oder Störgeräusche nicht zugänglich waren, wurden als solche angeführt. Personalinterne Gespräche hielt der Untersucher soweit als möglich fest, obschon sie nicht in die Auswertung integriert wurden.

2.3.3. Die Gesprächsanalyse

Das Analyseinstrument

Das Analyseinstrument für die Auswertung der transkribierten Gespräche wurde weitgehend von Papsdorf (2008) übernommen. Damit sollte eine Vergleichbarkeit in den ermittelten Ergebnissen, auch im Hinblick auf weitere Studien am LKH-Univ. Klinikum Graz, gewährleistet werden. In einer Excel Tabelle wurden alle ausgezählten Werte eingetragen, um sie nachher einer statistischen Auswertung zugänglich zu machen. Der Fokus der Analyse lag auf einer formal-quantitativen Untersuchung der Visitengespräche. Zusätzlich wurden die Gespräche inhaltsanalytisch vorher definierten Themengebieten zugeordnet.

Der äußere Rahmen des Visitengesprächs

Hierbei wurden folgende Punkte festgehalten:

- Das Datum der Aufnahme
- Der Visitenführende
- Die Teilnehmer und die Anzahl der Teilnehmer
- Die Anzahl der Störungen
- Die Art der Störungen
- Die Dauer des Visitengesprächs
- Die Zeit bis zum Gesprächsbeginn
- Die Zeit ab dem Gesprächsbeginn
- Die Dauer des Patientengesprächs
- Die Dauer der Untersuchung
- Die Dauer des personalinternen Gesprächs
- Die Dauer der Pausen

Die Redeanteile von Arzt und Patient

Dazu wurden ausgewertet:

1) Die Wortanzahl

Alle Wörter des Visitierenden, des Patienten und die Gesamtwörterzahl wurden ermittelt. Hierbei ist zu erwähnen, dass paraverbale Äußerungen (siehe unten) nicht zur Anzahl der Wörter gezählt wurden.

2) Die Anzahl der Initiativen

Als Initiativen bezeichnet man aktive Sprachhandlungen, die ohne vorangegangene Aufforderung eines Gesprächsteilnehmers eingebracht werden. Darunter fallen z.B. Fragen, Begrüßungen, Verabschiedungen aber auch Aufforderungen an den Gesprächspartner und das Einbringen eines neuen Gesprächsthemas. Alle Initiativen des Visitenführers, des Patienten und die sich ergebende Summe wurden ausgewertet.

3) Die Anzahl der Responsiven

Als Pendant zur Initiative steht die Responsive für eine, durch eine vorangegangene Initiative bedingte, Sprachhandlung. Beispiele dafür sind Antworten auf Fragen oder Zustimmungen zu Aufforderungen des Gesprächspartners. Alle Responsiven des Visitenführers, des Patienten und die sich ergebende Summe wurden ausgewertet.

4) Paraverbale Äußerungen

Paraverbale Äußerungen sind nicht als Wörter oder Sätze zu werten. Zu paraverbalen Äußerungen zählen z.B.: „Gell“, „Ah“, „Oh“, „Mhm“ oder „Aha“. Auch Äußerungen des Schmerzes wie z.B.: „Au“ oder „Auweh“ fallen in diese Kategorie. Husten, Lachen oder Räuspern wurde hingegen nicht zu paraverbalen Äußerungen gezählt. Als Wörter hingegen werden gezählt „Ok“, „Aja“ oder „Achso“. Die paraverbalen Äußerungen wurden transkribiert und gezählt. Weiters wurde die Richtung der paraverbalen Äußerung festgehalten.

5) Gesprächseröffnung/-beendigung

Eine Gesprächseröffnung oder eine Gesprächsbeendigung wurde dann als solche gewertet, wenn sich ein Teilnehmer mit einem direkten Gruß bzw. einer vorher definierten Floskel an den Gesprächspartner zu Beginn oder bei Ende des Gesprächs wendet. Zu diesen zählen z.B.: „Guten Tag!“, „Guten Morgen!“, „Grüß Gott!“ oder „Auf Wiedersehen!“. Nicht in diese Kategorie fallen allerdings allgemeine Floskeln wie: „Alles Gute!“ und „Wie geht’s?“. Darüber hinaus wurde ausgewertet, welcher der Gesprächspartner die Begrüßung bzw. Beendigung des Gesprächs initiierte und ob darauf responsiv reagierte wurde.

Das Frageverhalten

Die Fragen des Visitenführers als auch des Patienten wurden sowohl nach der Häufigkeit ihres Auftretens als auch nach der Art der Formulierung ausgewertet. Somit wurden zunächst die Anzahl der Fragen des Visitenführers, des Patienten und die Gesamtanzahl der Fragen eines Gesprächs gezählt um die Fragen danach in folgende Untergruppen einzuteilen:

- *Offene Fragen*

Dieser Fragemodus zielt nicht auf eine knappe Antwort ab und ermöglicht dem Gesprächspartner eine ausführliche Beantwortung der gestellten Frage. Als Beispiel könnte man folgende Frage anführen: „Wie war denn das damals?“

- *Geschlossene Fragen*

Unter geschlossenen Fragen versteht man solche, die dem Gesprächspartner nur kurze Antworten, wie z.B.: „Ja.“, „Nein.“ oder „Vielleicht.“ ermöglichen. Als Beispiel für eine geschlossene Frage gilt z.B.: „Tut es hier weh?“

- *Suggestivfragen*

Suggestivfragen bieten dem Gesprächspartner eine mögliche Antwort bereits in der gestellten Frage an bzw. legen ihm diese näher. Als Beispiel: „Aber heute geht es Ihnen viel besser, oder?“

- *Katalogfragen*

Als Katalogfragen werden Fragen bezeichnet, die dem Gesprächspartner im Rahmen einer Auflistung mehrere mögliche Antworten anbietet. Als Beispiel: „Sind die Schmerzen besser, schlechter oder gleich bleibend?“

Die Antwortreaktion des Arztes auf Patientenfragen

Die Antwortreaktionen wurden nur von Seiten des Visitierenden untersucht. Dabei sollte festgestellt werden, inwieweit auf die Fragen der Patienten eingegangen wurde. Mögliche Antwortreaktionen waren:

- *Nichtbeachten*

Der Visitierende ignoriert die Frage des Patienten und geht nicht darauf ein.

- *Adressatenwechsel*

Der Visitierende ignoriert die Frage des Patienten und spricht einen anderen Visitenteilnehmer an.

- *Themenwechsel*

Der Visitierende übergeht die Frage des Patienten und wechselt stattdessen auf ein anderes Gesprächsthema.

- *Verschieben*

Der Visitierende geht auf unwichtige Details ein, ohne konkret auf die Frage des Patienten zu antworten.

- *Unsicherheit*

Der Visitierende kann die Frage des Patienten aufgrund ausstehender Informationen bzw. mangelnden Erkenntnissen nicht beantworten.

- *Symmetrie*

Der Visitierende beantwortet die Patientenfrage hinreichend und ausführlich.

Die Informationsvermittlung an den Patienten

Neben der Auswertung der Art der Information wurden hier Informationsvermittlungen eingeteilt hinsichtlich ihres initiativen oder responsiven Charakters:

▪ *Initiative Informationen*

Der Visitierende teilt dem Patienten eine für ihn relevante Information mit, ohne vorab darum gefragt zu werden.

▪ *Responsive Informationen*

Der Visitierende teilt dem Patienten eine für ihn relevante Information mit, nachdem vom Patienten eine diesbezügliche Anfrage an ihn gestellt worden ist.

Die Verständlichkeit

1) *Fachbegriffe*

Fachbegriffe stellen für den Patienten eine Herausforderung dar. Von medizinischer Seite oftmals vorausgesetzt, wissen viele Laien nichts mit den spezifischen Begriffen anzufangen. Für diese Arbeit wurde untersucht, wie häufig die Visitierenden auf Fachvokabular zurückgreifen und des Weiteren, wie häufig sie diese dann im Gespräch erklären.

Für die Analyse der Gespräche wurden Wörter dann als Fachtermini gewertet, wenn sie für Laien ohne medizinische Vorkenntnisse unverständlich waren und sie von den Patienten im Gespräch nicht bereits vorher genannt wurden. Darunter fallen z.B. Wörter wie „Endometriose“, „Elektrokauter“, aber auch eher banale Begriffe wie „Amputation“ oder „Narkose“.

2) *Satzstrukturen*

Dieser Punkt betrachtet die Strukturen der verwendeten Sätze, sowohl von Visitierenden als auch Patienten. Folgende Strukturen wurden dabei ausgewertet:

▪ *Einfache Sätze*

Die Kriterien für einen einfachen Satzbau waren, dass er höchstens aus einem Haupt- und einem Nebensatz besteht. Auch Einwortsätze fielen in die Kategorie eines einfachen Satzes.

- *Komplexe Sätze*

Ein komplexer Satz ist demnach jedes Satzkonstrukt, das aus mehr als einem Haupt- und einem Nebensatz besteht.

- *Vollständige Sätze*

Ein vollständiger Satz enthält zumindest ein Subjekt und ein Prädikat, häufig ein Objekt auf das sie sich beziehen. Als Beispiel für einen vollständigen Satz: „Wie geht es?“

- *Unvollständige Sätze*

In einem unvollständigen Satz fehlen entweder das Subjekt, das Prädikat oder beide. Als Beispiel für einen unvollständigen Satz steht folgender: „Bei der Narbe irgendwo.“

- *Einwortsätze*

Einwortsätze sind jene Sätze, die aus nur einem einzigen Wort bestehen. Häufig stellen konkrete Fragen wie z.B.: „Wo?“, „Wann?“ oder „Was?“ Einwortsätze dar.

- *Satzabbrüche*

Unter Satzabbrüchen versteht man die abrupte Beendigung eines Satzes, ohne ihn vorher zu Ende zu sprechen. Satzabbrüche werden durch Beitragsüberlappungen provoziert bzw. auch durch sprunghafte Themenwechsel mitten im Satz.

Die Themenverteilung des Visitengesprächs

Um die Visitengespräche einer einfachen inhaltlichen Analyse unterziehen zu können wurden die Sätze der Gesprächspartner vordefinierten Themengebieten zugeordnet. Die Zuordnung zu einem Themengebiet fand durch Schlagwörter statt, die den Satz tendenziell zu einem Thema zuordnen ließen. Bei Überlappung der Themengebiete in einem Satz wurde dieser dem Thema zugeordnet, das nach Meinung des Untersuchers den Hauptanteil stellte.

Zu folgenden Themengebieten fand eine Zuordnung statt:

- Kontakt bzw. Konversation
- Aktuelle Beschwerden/Aktuelle Situation
- Erkrankung / Befunde
- Psychische Lage / Soziale Lage
- Medizinische und pflegerische Maßnahmen
- Entlassung
- Sonstiges / Personenbezug

2.3.4 Der Fragebogen

Im Anschluss an das Visitengespräch wurde den teilnehmenden Patienten noch am selben Tag ein Fragebogen durch den Untersucher ausgehändigt. Diese zeitlich nahe Komponente sollte gewährleisten, dass die Patienten sich auf das vom Untersucher aufgezeichnete Visitengespräch bezogen und ihnen alle erfragten Punkte gegenwärtig waren. Betont wurde dabei, dass alle Angaben anonym und nur vom Untersucher ausgewertet werden, um den Patienten die Angst vor negativen Konsequenzen ihrer Beurteilungen zu nehmen. Zu erwähnen ist, dass der Untersucher vielen Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen helfen musste. Gründe dafür waren u.a. Sehschwäche, zittrige Hände oder auch der reine Wunsch des Patienten nach Hilfe. Hierbei wurde von Seiten des Untersuchers dennoch strikt darauf geachtet, nicht suggestiv auf die Patienten einzuwirken.

Der Fragebogen wurde von Papsdorf (2008) entwickelt und für diese Studie zum Zwecke der Vergleichbarkeit übernommen. Er findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Der Fragebogen soll in einem allgemeinen ersten Teil die soziodemographischen Angaben der Patienten erfassen. Folgende Punkte werden behandelt:

- Alter
- Muttersprache
- Familienstand
- Höchster Schulabschluss
- Berufliche Ausbildung
- Derzeitige Beschäftigungssituation
- Beschäftigungssituation des Partners (falls vorhanden)

Im zweiten Teil des Fragebogens wird auf das Visitengespräch aus Sicht des Patienten eingegangen. Folgende Themen finden sich darunter:

- Fragen zur Atmosphäre des Visitengesprächs
- Fragen zu zeitlichen/personalen Aspekten der Visite
- Fragen zur Verständlichkeit des Visitengesprächs
- Fragen zur Integration des Patienten ins Visitengespräch
- Fragen zum Stellenwert der Visite generell

- Fragen über die Zufriedenheit bezüglich der Form der Visite

Jede der zwölf Fragen zum Visitengespräch konnte mit einer der folgenden vier Antwortmöglichkeiten beantwortet werden:

- „trifft voll zu“
- „trifft meist zu“
- „trifft meist nicht zu“
- „trifft nie zu“

Den Abschluss des Fragebogens bildet ein freies Feld mit der Möglichkeit zu einer persönlichen Anmerkung durch die Patienten: „Ich würde mir wünschen, dass ...“

2.3.5. Die statistische Auswertung

Um die gewonnenen Daten einer statistischen Auswertung unterziehen zu können, wurde auf das Programm „Microsoft Excel“ in der Version 2007 zurückgegriffen. Damit konnten alle benötigten Werte ermittelt werden und die für diese Arbeit verwendeten Tabellen und Grafiken erstellt werden.

2.3.6. Die zeitliche Abfolge

Diese Studie ist eine Replikationsstudie der Arbeit von Papsdorf (2008), die an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald das Studiendesign entwarf. Das Analyseinstrument und das Design wurden zu einem großen Teil daraus entnommen.

In einer ersten Phase wurden vorbestehende Arbeiten gesichtet und Literatur über das Visitengespräch generell bzw. über Kommunikation in der chirurgischen Visite gesucht. Nach Einwilligung des Vorstandes der Station für Orthopädie und orthopädische Chirurgie des LKH-Univ. Klinikums Graz und aller teilnehmenden Ärzte konnte, nach Freigabe durch die Ethikkommission, im Oktober mit der Erhebung der Daten begonnen werden. Die Phase der Datenerhebung wurde Februar 2011 abgeschlossen. Im Rahmen eines Erasmus Studienaufenthaltes wurden die erhobenen Daten, in Absprache mit einem Betreuer der „Università degli Studi di Genova“ (IT), analysiert und ausgewertet. Im Anschluss daran

wurden die Ergebnisse in Tabellen und Grafiken dargestellt sowie die Ergebnisse in den Text dieser Arbeit integriert.

3. Ergebnisse

3.1 Angaben zu den Patienten

3.1.1 Altersgruppenverteilung

In diese Studie wurden Frauen und Männer ab 18 Jahren aufgenommen. Altersbegrenzung für einen Einschluss in die Studie nach oben hin gab es keine, außer der Zustand der Patienten verhinderte einen solchen. Die für diese Studie einbezogenen Patienten waren zwischen 21 und 86 Jahre alt, mit einem statistischen Mittelwert bei 56,7 Jahren. Den weitaus größten Anteil stellten Patienten zwischen dem 61. und dem 70. Lebensjahr (in 19 von 50 Gesprächen), die kleinste Gruppe repräsentierten sehr alte Patienten zwischen dem 81. und 90. Lebensjahr (in 2 von 50 Gesprächen) sowie junge Patienten zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr (in 4 von 50 Gesprächen). Die genaue Aufteilung der Patienten in verschiedene Altersklassen findet sich in nachstehender Grafik [Abbildung 3]:

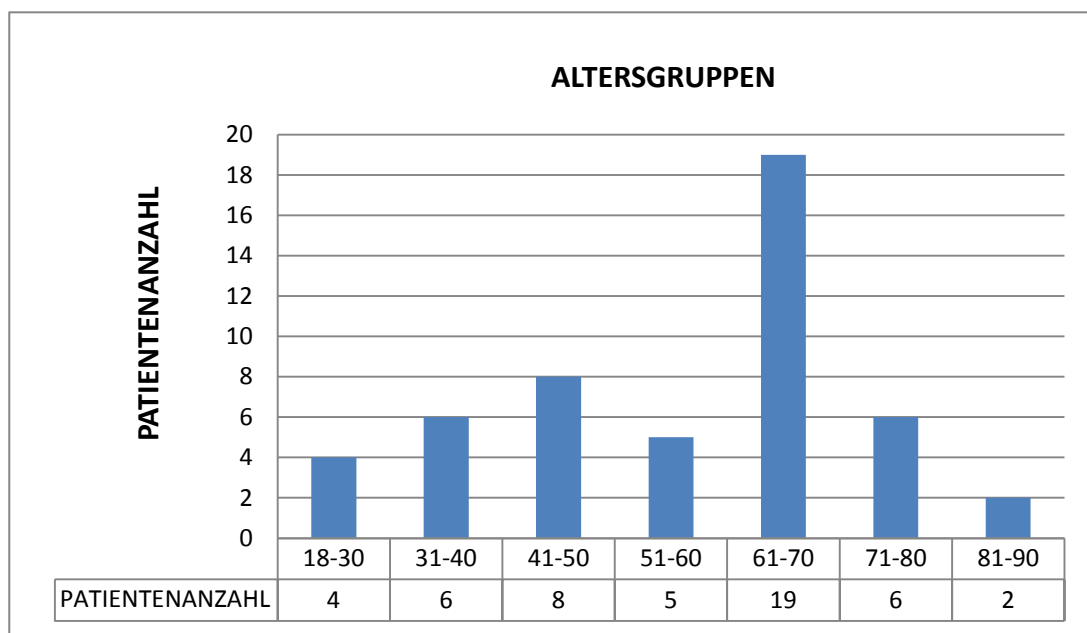


Abbildung 3: Altersgruppenverteilung

3.1.2 Soziodemographische Daten der Patienten

Neben der Angabe des Patientenalters wurde in den standardisierten Fragebögen auch nach weiteren, soziodemographischen Daten der Patienten gefragt.

Wie die nachstehende Grafik [Abbildung 4] zeigt, waren beinahe zwei Drittel aller teilnehmenden Patienten verheiratet (64 Prozent). 18 Prozent gaben an ledig zu sein, 10 Prozent waren geschieden oder getrennt lebend und 8 Prozent verwitwet.

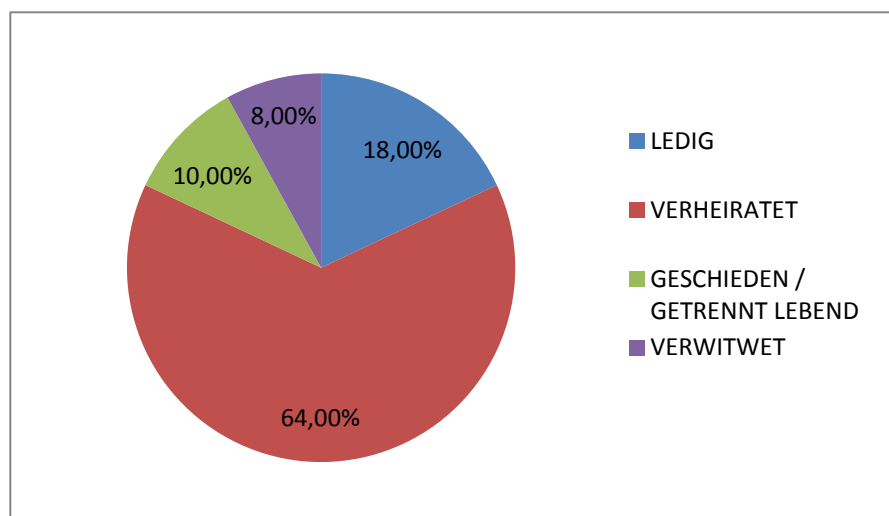


Abbildung 4: Beziehungsstatus

Die Frage nach dem höchsten Schulabschluss beantworteten 68 Prozent mit Volks- u. Hauptschule bzw. Polytechnischer Schule. 20 Prozent aller Teilnehmer gaben einen anderen Schulabschluss an, darunter der Abschluss von Landwirtschaftsschulen, Polizeischulen oder Höher Bildende Lehreinrichtungen (ohne Reifeprüfung). 22 Prozent hatten als höchsten Schulabschluss die Matura angegeben. Niemand der Befragten besuchte zu diesem Zeitpunkt noch eine Schule. [siehe Abbildung 5]

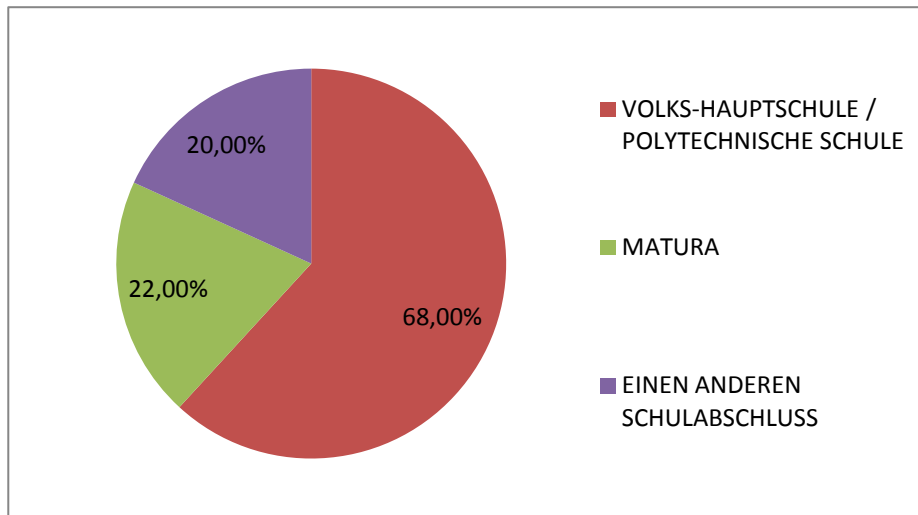


Abbildung 5: Schulabschluss

Befragt zu ihrer Berufsausbildung (auch Mehrfachantworten waren möglich) gaben 41,5 Prozent an, eine Berufsschule bzw. eine Handelsschule besucht zu haben, gefolgt von 22,64 Prozent, die eine Fachschule bzw. eine Fachhochschule absolviert hatten. Etwa 17 Prozent aller Teilnehmer hatten keinen Abschluss einer Berufsausbildung und circa gleich viele (15 Prozent) waren zu Facharbeitern ausgebildet worden. Den geringsten Anteil stellten Personen dar, die eine universitäre Berufsausbildung bzw. eine Meisterausbildung / Techniker Ausbildung absolviert hatten (jeweils knapp 2 Prozent). [siehe Abbildung 6]

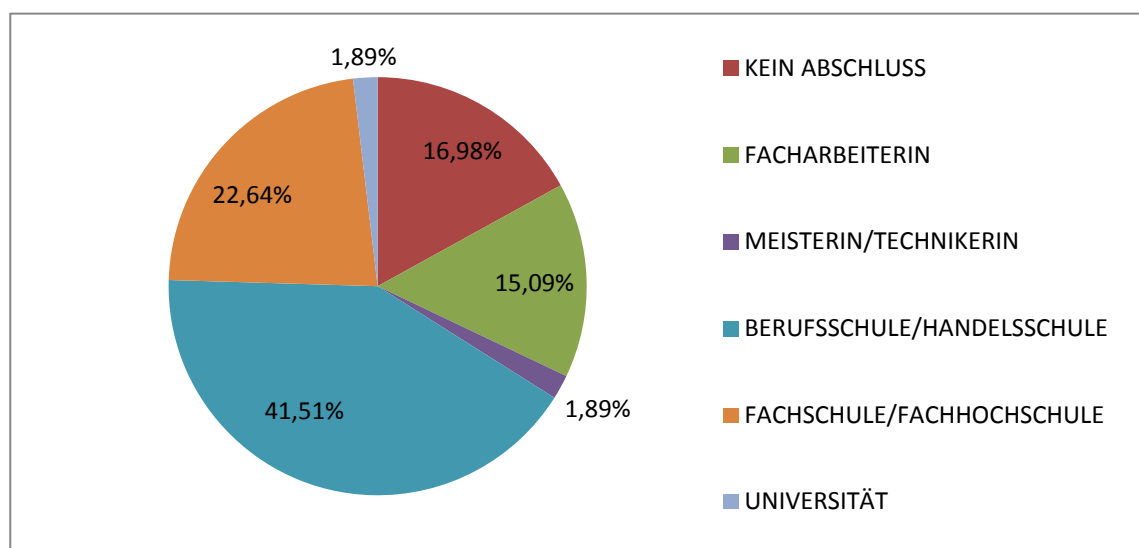


Abbildung 6: Berufsausbildung

Bedingt durch den hohen Altersschnitt der Studienteilnehmer, lag der Prozentsatz der Personen in Pension bei 66 Prozent. 30 Prozent waren erwerbstätig und 4 Prozent zum Zeitpunkt der Befragung ohne Arbeit. [siehe Abbildung 7]

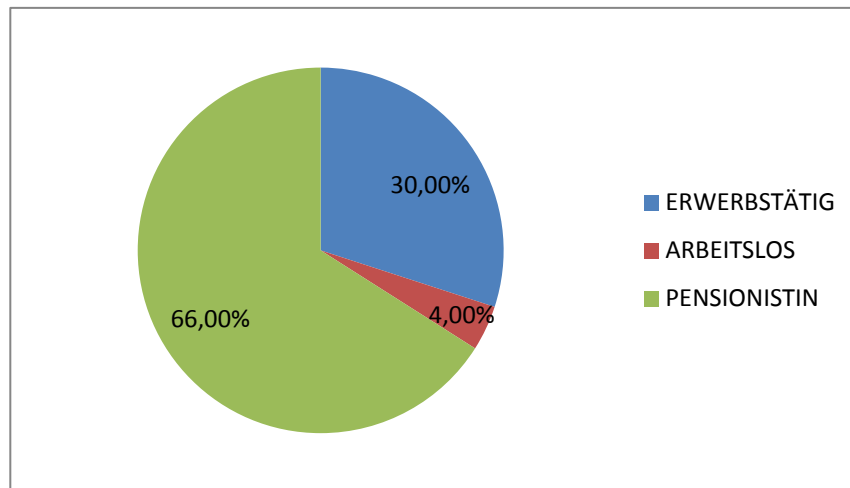


Abbildung 7: Beschäftigungssituation

3.2 Die Gesprächsanalyse

3.2.1. Der äußere Rahmen der Visite

Da an der Universitätsklinik für Orthopädie des LKH-Univ. Klinikums Graz Visiten am Patientenbett durchgeführt werden, errechnet sich die Visitendauer mit Beginn der Ansprache des Patienten durch den Visitierenden (bzw. in seltenen Fällen des Visitierenden durch den Patienten) bis zum Verlassen des Patienten bzw. einer dezidierten Verabschiedung.

	MIN	MAX	Mittelwert
Gesamtdauer	00:11	09:55	02:09
Zeit bis zum Gesprächsbeginn	00:00	00:05	00:00
Zeit ab Gesprächsbeginn	00:11	09:55	02:09

Tabelle 1: Gesprächsdauer in Minuten

Wie aus obiger Tabelle [Tabelle 1] zu entnehmen ist, beginnen nahezu alle Visiten mit dem Herantreten des Visitierenden an das Patientenbett und starten ohne Verzögerungen. Die längste Verzögerung betrug 5 Sekunden bis zum Gesprächsbeginn.

Die Gesamtdauer der Visiten dieser Studie variierte zwischen 11 Sekunden und beinahe 10 Minuten. Im Mittel nahmen die Visiten 2 Minuten und 9 Sekunden in Anspruch.

Darüber hinaus wurde die Visitedauer hinsichtlich einiger Teilbereiche genauer analysiert. Dabei fiel mit 43,05 Prozent der Hauptanteil aller Visiten auf die Untersuchung, knapp gefolgt vom Patientengespräch an sich (41,37 Prozent). Auf das personalinterne Gespräch entfielen 13,10 Prozent, Pausen nahmen 2,48 Prozent in Anspruch.

Wichtig zu erwähnen ist hierbei, dass jedoch auch während der Untersuchung Gespräche mit dem Patienten durchgeführt wurden und sich somit beide Anteile überlappen.

Folgende Grafik [Abbildung 8] veranschaulicht die Analyse der Teilbereiche:

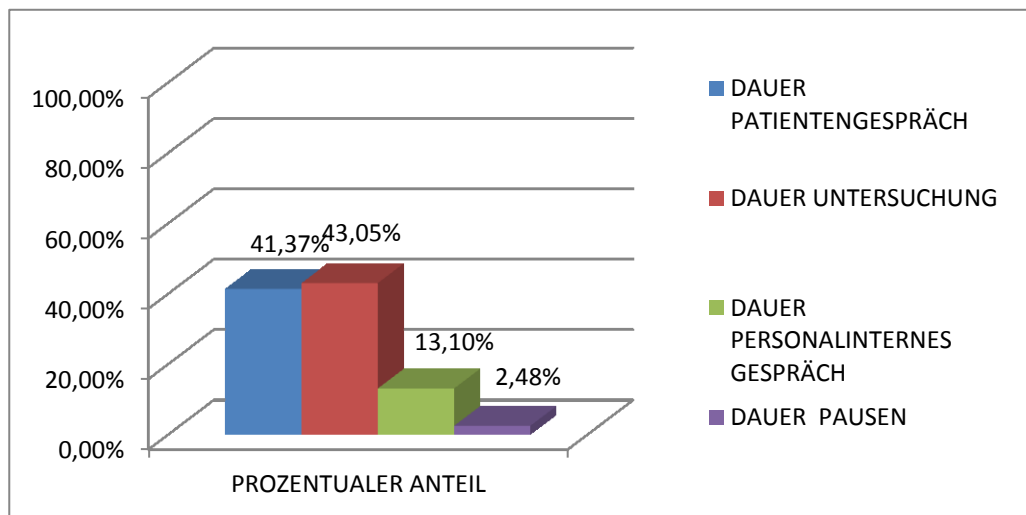


Abbildung 8: Anteile der Visite

3.2.2 Störungen der Visite

Visitengespräche sind auf einer orthopädischen Visite mehreren Störfaktoren ausgesetzt. Die Verteilung einzelner Störfaktoren an der Gesamtheit der Störungen stellt sich wie folgt dar [Abbildung 9]:

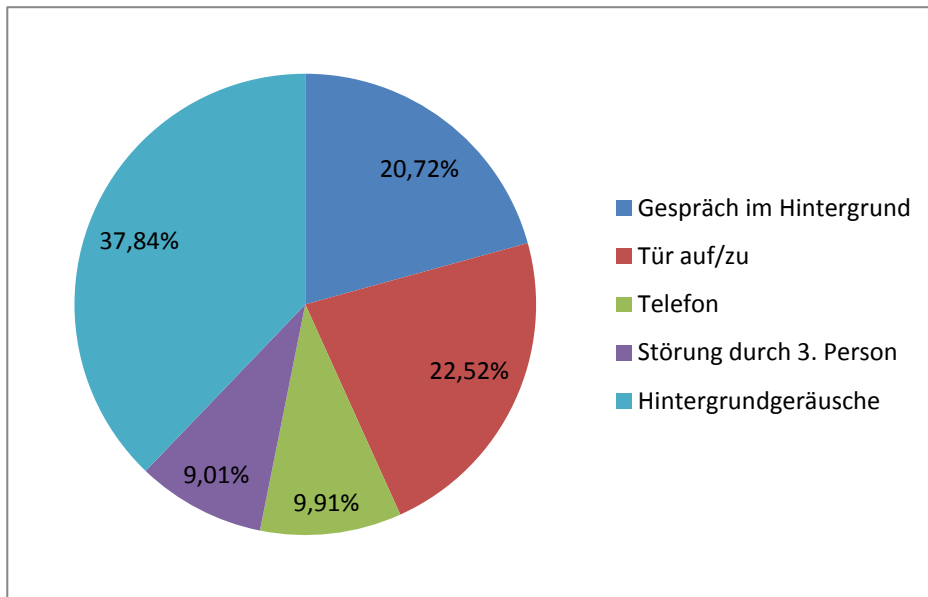


Abbildung 9: Verteilung der Störungen der Visite

Wie aus obiger Grafik ersichtlich wird, stellen Hintergrundgeräusche mit 37,84 Prozent den Hauptanteil aller Störungen. Hintergrundgeräusche waren in den meisten Fällen das Öffnen und Schließen des Verbandskastens, aber auch laufende Radios im Zimmer sowie Durchsagen der Station oder das Abservieren des Frühstücks am Morgen brachten eine störende Geräuschkulisse mit sich.

Bedingt durch die kurze Zeitspanne, in der Visiten auf der orthopädischen Station des LKH-Univ. Klinikums Graz abgehalten werden, kommt es häufig zu parallelen Visiten in einem Zimmer, die mit Menschenansammlungen und Verbandswechsel einhergehen. Hierbei wird verständlich, dass das Öffnen und Schließen von Türen mit 22,52 Prozent sowie Gespräche im Hintergrund mit 20,72 Prozent zwei weitere große Anteile der Störungen darstellen. Mit 9,91 Prozent waren Störungen durch läutende Telefone oder Mobiltelefone in etwa gleich oft vertreten wie Störungen durch 3. Personen, etwa durch Unterbrechungen des Visitengesprächs durch einen Bettnachbar, mit 9,01 Prozent.

Diese generelle Aufteilung der einzelnen Störfaktoren macht jedoch noch nicht ersichtlich, inwiefern das einzelne Visitengespräch von diesen Störfaktoren beeinträchtigt wird. In nachstehender Grafik (Abbildung 10) erkennt man, dass von 50 Gesprächen, die aufgezeichnet wurden, 42 Gespräche durch Hintergrundgeräusche beeinträchtigt wurden (84 Prozent aller Gespräche). Die Hälfte aller Gespräche (25 Gespräche) wurde durch das Öffnen und Schließen der Zimmertüre begleitet, in 23 Gesprächen hörte man deutlich

eine Konversation im Hintergrund, die mit dieser Visite nicht verknüpft war. 11 mal läutete ein Telefon eines Visitanteilnehmers und 10 mal wurde das Gespräch durch eine 3. Person gestört.

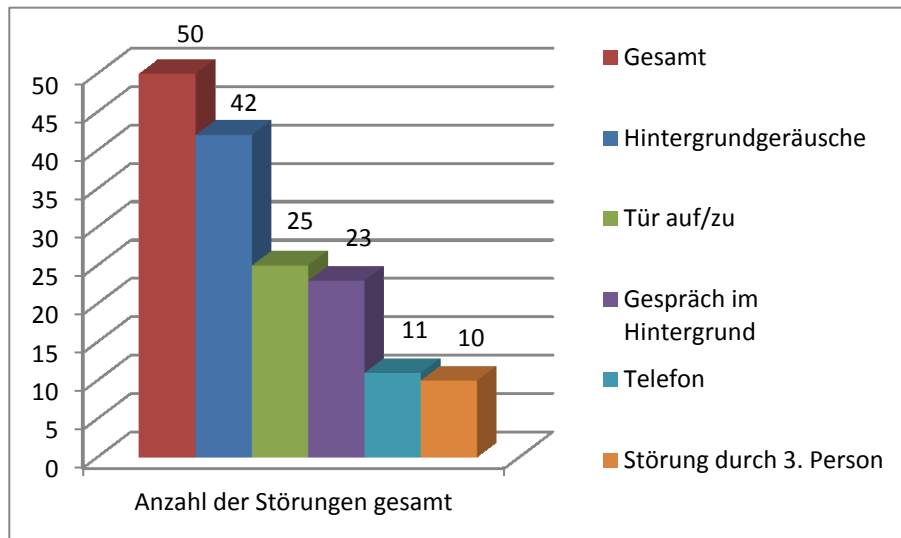


Abbildung 10: Anzahl der Störungen gesamt

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass nur 4 Visitingespräche (8 Prozent) ohne Störungen abgehalten werden konnten. Am häufigsten wurden Gespräche mit 2 verschiedenen Störfaktoren durchgeführt (17 Gespräche). Auch der Mittelwert der Störfaktoren pro Gespräch liegt bei 2,22.

In 2 von 50 Gesprächen fand sich eine Mischung aller 5 oben genannten Störfaktoren. [siehe Abbildung 11]

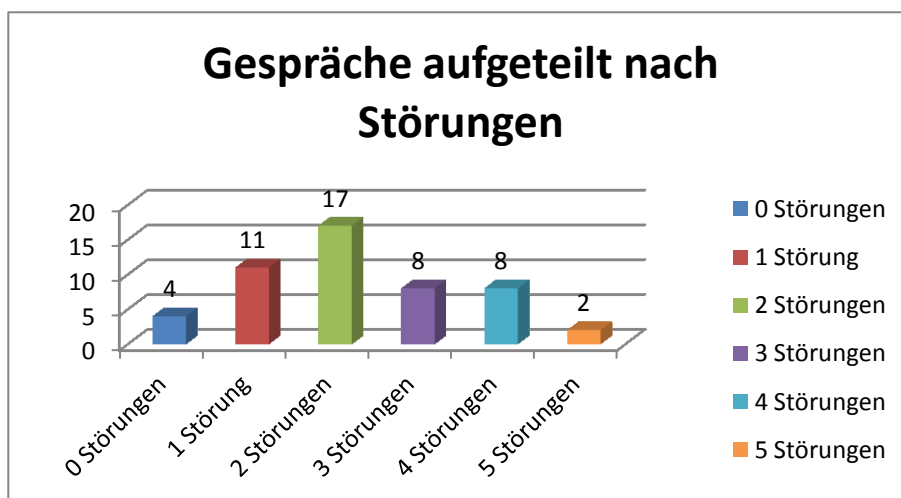


Abbildung 11: Anzahl der Störungen pro Gespräch

3.2.3. Gesprächseröffnung und –beendigung

	Visitierender	Patient
Initiative Begrüßung	33	6
Reaktive Begrüßung	3	26
Initiative Verabschiedung	19	3
Reaktive Verabschiedung	0	13

Tabelle 2: Gesprächseröffnung und –beendigung

Wie die obige Tabelle [Tabelle 2] zeigt, wurde in 33 von 50 Gesprächen (66 Prozent) die Visite mit einer Begrüßung des Visitierenden gestartet. Eine initiative Begrüßung von Seiten des Patienten fand sich in 6 von 50 Gesprächen (12 Prozent). Dagegen kam es nur 3-mal zu einer reaktiven Begrüßung seitens des Visitierenden und ganze 26-mal zu einer reaktiven Begrüßung durch den Patienten.

Die Verabschiedung wurde in 19 Fällen (38 Prozent) vom Visitierenden initiiert. Im Vergleich dazu verabschiedeten sich nur 3 Patienten initiativ. Hingegen verabschiedeten sich 13 Patienten reaktiv beim Visitierenden, der in keinem der 50 Fälle eine reaktive Verabschiedung vornahm.

Erwähnt werden sollte an dieser Stelle, dass es in 28 Gesprächen (56 Prozent) weder zu einer Verabschiedung des Visitierenden, noch des Patienten kam. Im Vergleich dazu fanden 10 Gespräche ohne direkte Begrüßung eines Teilnehmers statt (20 Prozent).

3.2.4 Die Aktivität der Visitenteilnehmer

	Wörter gesamt	%	MIN	MAX	Mittelwert
Visitierender	7322	69,53	20	409	146,44
Patient	3209	30,47	2	259	64,18
Summe	10531	100			

Tabelle 3: Aktivität der Visitenteilnehmer

Diese Tabelle [Tabelle 3] beinhaltet die Redeanteile von Visitierenden und Patienten. Sie zeigt, dass die Visitierenden mit 7322 Wörtern insgesamt, das sind 69,53%, mehr als doppelt so viele Wörter wie die Patienten gesprochen haben, auf die insgesamt 3209

Wörter (30,47%) entfallen. Die schlägt sich auch im statistischen Mittelwert nieder, der bei den Visitierenden pro Gespräch 146,44 Wörter und bei den Patienten 64,18 Wörter ergibt. Mit nur 2 Wörtern in einem der 50 Gespräche stellen die Patienten auch hier das Mindestmaß im Vergleich zu 20 Wörtern eines Visitierenden. Maximal wurde von Seiten des Visitierenden 409 Wörter gesprochen und von Seiten des Patienten 259.

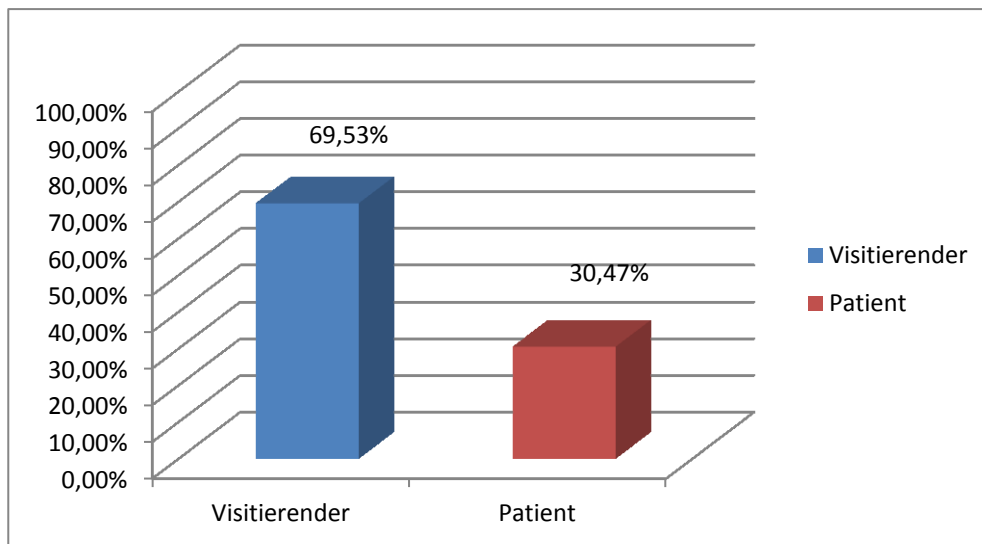


Abbildung 12: Redeanteile der Visitanteilnehmer

Zusammengefasst zeigt die oben stehende Grafik [Abbildung 12] das Übergewicht des Redeanteils der Visitierenden im Vergleich zum Patienten.

3.2.4.1. Initiativität vs. Reaktivität

Die Redeanteile der Visitanteilnehmer unterteilen sich weiters in Initiativen und Responsiven.

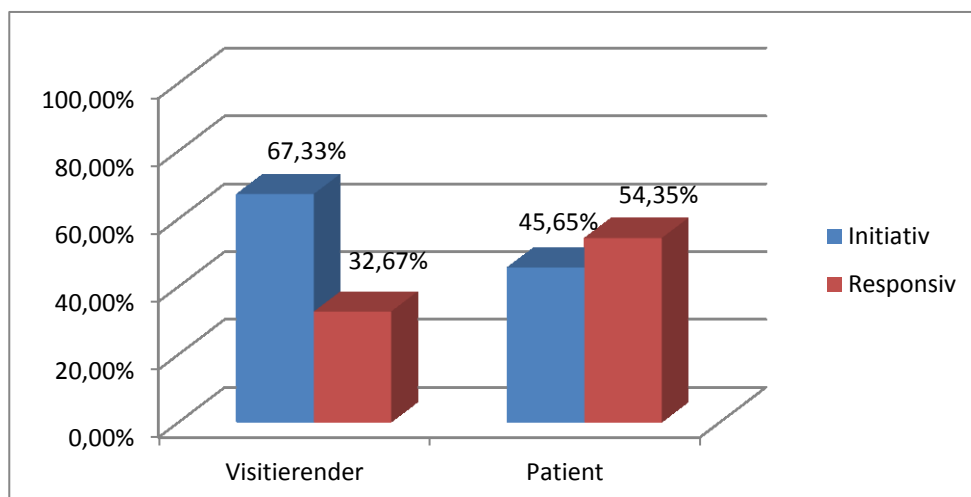


Abbildung 13: Initiativen vs. Responsiven

Mit 67,33 Prozent interagiert der Visitierende hauptsächlich über Initiativen mit dem Patienten,

32,67 Prozent entfallen auf Responsiven. Konträr dazu präsentiert sich die Auswertung der Redeanteile der Patienten: Hier überwiegen mit 54,35 Prozent responsive Äußerungen, die Initiativen stellen mit 45,65 Prozent die (knappe) Minderheit dar. [siehe Abbildung 13]

3.2.4.2. Einwortsätze

Die Sätze der Visitenteilnehmer wurden hinsichtlich der Verteilung zwischen Einwortsätzen und allen anderen Sätzen untersucht. 29,6 Prozent aller Sätze, die von Visitierenden an Patienten gerichtet waren, fallen unter den Begriff eines „Einwortsatzes“. Beinahe die Hälfte aller Sätze (genau 48,23 Prozent) der teilnehmenden Patienten bestanden aus nur einem einzigen Wort. [siehe Abbildung 14]

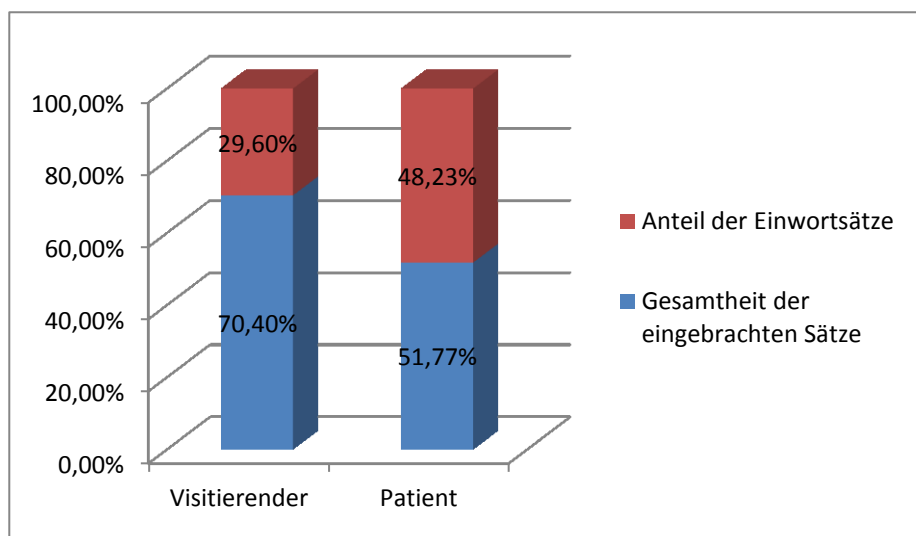


Abbildung 14: Anteil der Einwortsätze

Folgender Dialog zwischen Visitierendem und Patienten dient sowohl zur Veranschaulichung der Initiativität des Visitierenden im Vergleich zur Reaktivität des Patienten, als auch dem hohen Anteil an Einwortsätzen (hier von Seiten des Patienten) an der Gesamtheit der eingebrachten Sätze:

V[zu P]: Herr XY! Guten Morgen!

P[zu V]: Morgen!

V[zu P]: Wie geht's?

P[zu V]: Gut!

V[zu P]: Gestern bei der Wunde war alles in Ordnung! Die Schläucherl sind alle rausgekommen.

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: Ähm...Wir machen heute noch ein Röntgen und geplant ist für morgen die Entlassung!

P[zu V]: Genau.

V[zu P]: Ganz wichtig: Das Mieder immer tragen, außer im Liegen.

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: Damit es nicht ... Weil das ist das wenigste, was wir jetzt brauchen, ist, dass es da hinten irgendwann einmal zu einer Lockerung kommt.

P[zu V]: Ja.

V[zu P]: Ich nehme an, es ... ihrem Gesichtsausdruck..es geht Ihnen nach wie vor gut, das heißt es wird auch so bleiben.

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: Ja? Weil Cortison haben Sie keines mehr. Das ist sozusagen der Status, der so bleiben wird, wenn das hinten gut einheilt und dafür ist das Mieder .. ähm...ja, das Mieder notwendig!

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: Gut?

P[zu V]: Danke!

V[zu P]: Gerne!

[...]

V: Visitierender

P: Patient

3.2.4.3. Paraverbale Äußerungen

Paraverbale Äußerungen stellen eine Sonderform in der verbalen Kommunikation dar. Sie wurden nicht zu der Anzahl der Wörter gerechnet, auch wenn ihr Auftreten in einzelnen Gesprächen erstaunlich häufig war.

	MIN	MAX	Mittelwert
Visitierender an Patient	0	14	2,94
Patient an Visitierenden	0	20	2,84

Tabelle 4: Paraverbale Äußerungen

Manche der Gespräche beinhalteten sowohl von Seiten der Visitierenden als auch der Patienten keine paraverbalen Äußerungen, dahingegen es bei einem Gespräch zu 14 paraverbalen Äußerungen des Visitierenden und 20 des Patienten kam. Dieses Maximum an paraverbalen Äußerungen wird jedoch im statistischen Mittel mit einem Wert von 2,94 paraverbalen Äußerungen des Visitierenden und 2,84 der Patienten pro Gespräch weit unterschritten. [siehe Tabelle 4]

Nachfolgender Auszug eines transkribierten Gesprächs zwischen Visitenführer [V] und Patient [P] soll der Veranschaulichung von häufigem Auftreten von paraverbalen Äußerungen während der Visite dienen. Um einen besseren Überblick zu gewähren, wurden alle paraverbalen Äußerungen unterstrichen.

[...]

V[zu P]: So. Grüß Gott! Wie geht's?

P[zu V]: Danke!

V[zu P]: Passt soweit, gell?

P[zu V]: Ja.

V[zu P]: Ist alles planmäßig gelaufen. Glauben Sie bitte nichts dem Oberarzt XY, wenn der irgendetwas sagt zu Ihnen! (lacht)

P[zu V]: [lacht] Ok.

V[zu P]: Nur Spaß! Alles klar.

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *So ein Stück ungefähr ist weg.*

P[zu V]: *Ja.*

V[zu P]: *Also 15 cm. Ok?*

P[zu V]: Mhm. *Ist nachher gar nicht so viel .. in Wahrheit.*

V[zu P]: *Nein. Oben steckt wie geplant ein Nagel drinnen.*

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *Und das Stück Knochen, das wir weggenommen haben, bis zum Kniegelenk ist durch so einen Zement..*

P[unterbricht V- zuV]: *Ja.*

V[zu P]: *...nachgeformt.*

P[unterbricht V- zu V]: *Ich merk das zwischendurch, wenn ich einfach so ..*

V [unterbricht P- zu P]: *Genau. Das ist wie Knetmasse, nicht, die ganz hart wird!*

P[zu V]:Mhm.

V[zu P]: *Also: Der Nagel selber steckt zwar drinnen...*

P[unterbricht V- zu V]: Mhm.

V[zu P]: *... er wird aber trotzdem eine leichte Wackelbewegung zulassen!*

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *Er steckt also nicht ganz fest!*

P[zu V]: *Also...*

V[unterbricht P-zu P]: *Und da unten haben wir nur diese Knetmasse sozusagen mit einer Schlaufe am Unterschenkel angehängt.*

P[zu V]:Mhm.

V[zu P]: *Also beim Kreuzbandstumpf.*

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *Und den Rest halten wir sozusagen nur über Narbe!*

P[zu V]:Mhm.

V[zu P]: Gell?

P[zu V]: *Ok!*

V[zu P]: *Das heißt: Das ist... Wenn Sie so liegen, können Sie von mir aus ruhig so liegen bleiben...*

P[zu V]: *Ja.*

V[zu P]: *...brauchen Sie nicht diesen ganzen Verband! Das wird man dann auch mit der Muskulatur spüren!*

P[zu V]: *Ja.*

V[zu P]: *Das ist sogar gut!*

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *Maximal viel bewegen. Muskelpumpe anspannen, locker lassen, anspannen, locker lassen. Das ist gut.*

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *Für die Venen ist das gut.*

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *Und ist auch gut, dass der Muskel nicht schwindet!*

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: *Zum Aufstehen später brauchen Sie nachher die Hülse!*

[...]

3.2.4.4. Das personalinterne Gespräch

Diese Studie wurde mit Fokus auf den Dialog zwischen Visitierenden und Patienten durchgeführt. Die Anwesenheit von weiteren Ärzten und von Pflegepersonal bei den Visiten war u.a. bedingt durch die hohen Anforderungen der Tätigkeiten am Patienten, die in kurzer Zeit durchgeführt werden mussten. Obwohl durch das Wechseln eines Verbandes, dem Durchführen von Beweglichkeitstestungen oder dem Anlegen von Schienen und Bandagen mehrere Personen gleichzeitig am und mit dem Patienten beschäftigt waren, fand der Dialog zwischen Patient und dem medizinischen Personal überwiegend über den Visitierenden statt. Die Kommunikation innerhalb des medizinischen Personals diente weniger der Befundbesprechung als vielmehr dem reibungslosen Ablauf der manuellen Eingriffe. Geprägt war die Kommunikation durch kurze, prägnante Sätze, die der raschen Abfolge von Anweisungen dienten. Darüber hinaus wurde personalintern vornehmlich in geringerer Lautstärke kommuniziert, die Zuwendung zum Patienten erfolgte durch den Visitierenden in einer deutlich lauterer Sprache.

Exemplarisch werden hier Auszüge aus zwei Gesprächen zwischen Visitierenden und weiterem medizinischen Personal abgedruckt:

Gespräch 1:

[...]

V [zu A1]: *So. Halbtrocken, bitte! Tupfer!*

S [zu P]: *Tun wir nochmal fest durchschnaufen.*

V [zu A2]: *Mhm. Geht schon!*

A2 [zu V]: *Das runter jetzt, oder?*

V [unterbricht A2- zu A2]: *Das musst drunter!*

A2 [zu V]: *Ok.*

V [zu A2]: *Weil das ist nicht resorbierbar! Du musst halt nur vorsichtig sein!*

A2: [zu V]: *Ja!*

A2 [zu A1]: *Ein feuchtes noch!*

A1 [zu A2]: *Ja.*

A2 [zu V]: *Das werden wir wieder drüber machen müssen?*

V [zu A2]: *Hast du einen Tupfer!*

A1 [zu A2]: *Tupfen?*

A2 [zu A1]: *Ja.*

V [laut zu P]: *Tut mir leid, das tut... das tut so ein bisschen weh, gell?*

[...]

Gespräch 2:

[...]

V [laut zu P]: *Lassen's aus! Lassens aus. Einfach hinlegen! Ja genau!*

[kurz Verbandswechsel ohne Worte]

V [zu S1]: *Mhm.*

V [zu S1]: *Haben wir ... Die Schale haben wir noch? Oder weggeschmissen?*

S1 [zu V]: *Die Schale ...*

A1 [zu V]: *Hab sie schon!*

V [zu S1]: *Mhm. Ein Pflaster! Weiter bitte!*

V [zu S1]: *Mhm. So. Danke. Neu!*

S1 [zu S2]: *Hast du's?*

V[zu S1]: Watte.

S1[zu V]: Mhm.

S1[zu V]: Jetzt wieder Schale, oder?

V[zu S1]: Wir werden einfach die- den Druckverband raufgeben!

V [zu S1]: Nochmal Watte!

V [zu S1]: Danke!

V[laut zu P]: Und vom Gehen, Frau XY? Wie geht's?

[...]

V: Visitierender

P: Patient

A1 und A2: Ärztliches Personal

S1 und S2: Pflegepersonal

3.2.5. Das Frageverhalten

3.2.5.1. Die Frageaktivität der Visitanteilnehmer

Fragen dienen dem Informationserwerb, sowohl des Visitierenden als auch des Patienten. In den 50 ausgewerteten Visitengesprächen traten insgesamt 191 Fragen auf Seiten der Visitierenden auf, im Vergleich dazu 130 Fragen der Patienten. In Prozenten ausgedrückt wurden 59,5 Prozent aller aufgetretenen Fragen von den Visitierenden und 40,50 Prozent von den Patienten gestellt.

Das Minimum der Frageanzahl pro Gespräch liegt sowohl bei den Visitierenden als auch bei den Patienten bei 0. Maximal fanden sich in einem Gespräch 16 Fragen des Visitierenden an den Patienten, umgekehrt in einem Gespräch 15 Fragen eines Patienten an einen Visitierenden. Im Mittel stellt der Visitierende pro Gespräch 3,82 Fragen und liegt somit etwa 1 Frage über der durchschnittlichen Frageanzahl der Patienten (2,60 Fragen pro Gespräch). [siehe Tabelle 5]

	Fragen gesamt	%	MIN	MAX	Mittelwert
Visitierender	191	59,50	0	16	3,82
Patient	130	40,50	0	15	2,60
Summe	321	100			

Tabelle 5: Frageaktivität der Visitanteilnehmer

3.2.5.2. Die Antwortreaktionen des Visitierenden

Bei der Analyse der Antworten der Visitierenden auf Patientenfragen zeigte sich, dass sich die visitierenden Ärzte in beinahe 90 Prozent der Fälle bemühten, auf die Fragen konkret und ausreichend zu antworten [siehe Abbildung 15]. 5 Prozent aller Antworten der Visitierenden waren durch Unsicherheit, z.B. aufgrund von fehlenden oder uneindeutigen Befunden, gekennzeichnet. Sehr selten hingegen waren das Nichtbeachten der Patientenfrage (2,52 Prozent) neben dem Verschieben der Antwort auf nebensächliche Aspekte (1,68 Prozent) und dem Wechseln des Themas (0,84 Prozent).

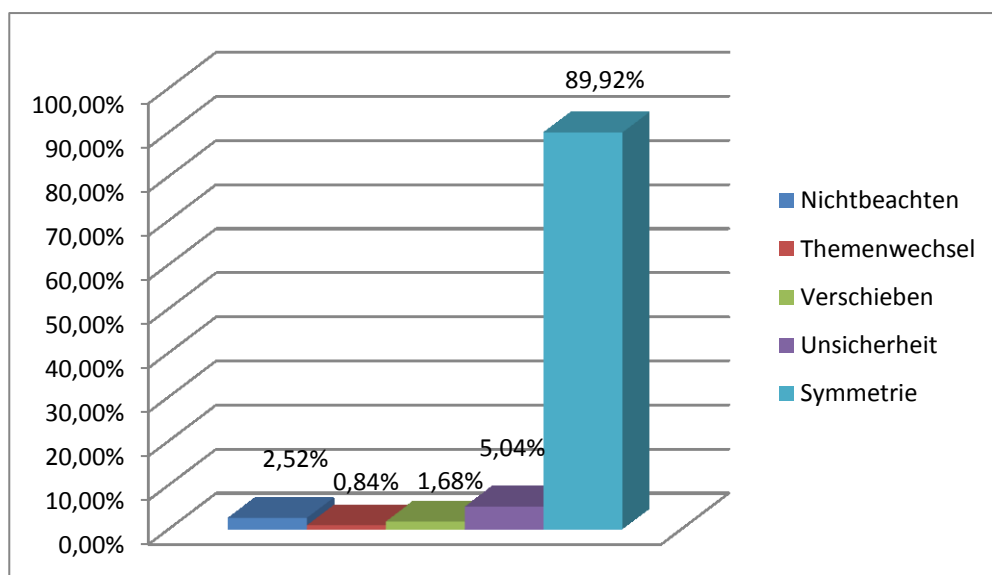


Abbildung 15: Antwortreaktionen des Visitierenden

3.2.5.3 Der Fragemodus der Visiterteilnehmer

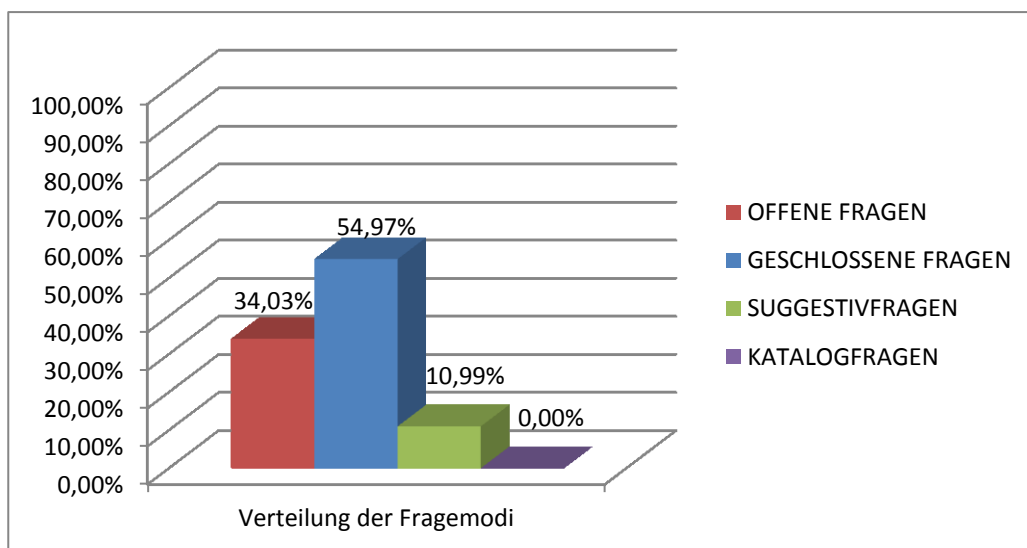


Abbildung 16: Verteilung des Fragemodus

Obige Abbildung [Abbildung 16] stellt den Fragemodus der Visitanteilnehmer dar.

Die Fragen des Visitengesprächs dieser Studie waren zu 54,97 Prozent in einem geschlossenen Modus, mit eingeschränkten Antwortmöglichkeiten, formuliert. 34,03 Prozent aller Fragen wurden offen gestellt, gefolgt von den Suggestivfragen, die 10,99 Prozent aller Fragen darstellten. Eine Katalogfrage fand sich in keinem der 50 analysierten Gespräche.

3.2.6. Die Informationsvermittlung

Informationen können initiativ, also von sich aus, oder reaktiv, auf Nachfrage, gegeben werden. Unterteilt man die Informationen, die von den Visitierenden an die Patienten gegeben wurden, in diese beiden Kategorien, so zeigt sich folgendes Bild [Abbildung 17]:

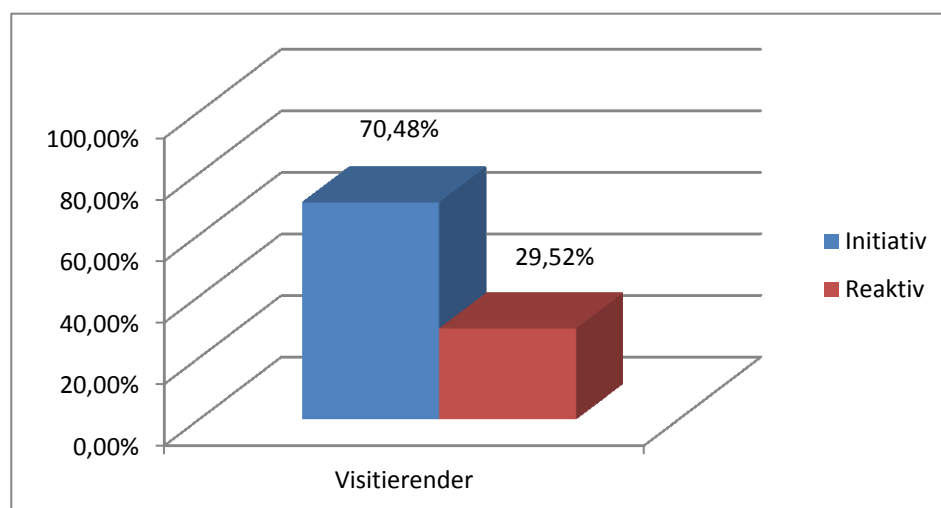


Abbildung 17: Art der Informationsvermittlung

70,48 Prozent aller Informationen werden vom Visitierenden initiativ übermittelt. Auf Nachfrage des Patienten wurden 29,52 Prozent aller Informationen gegeben.

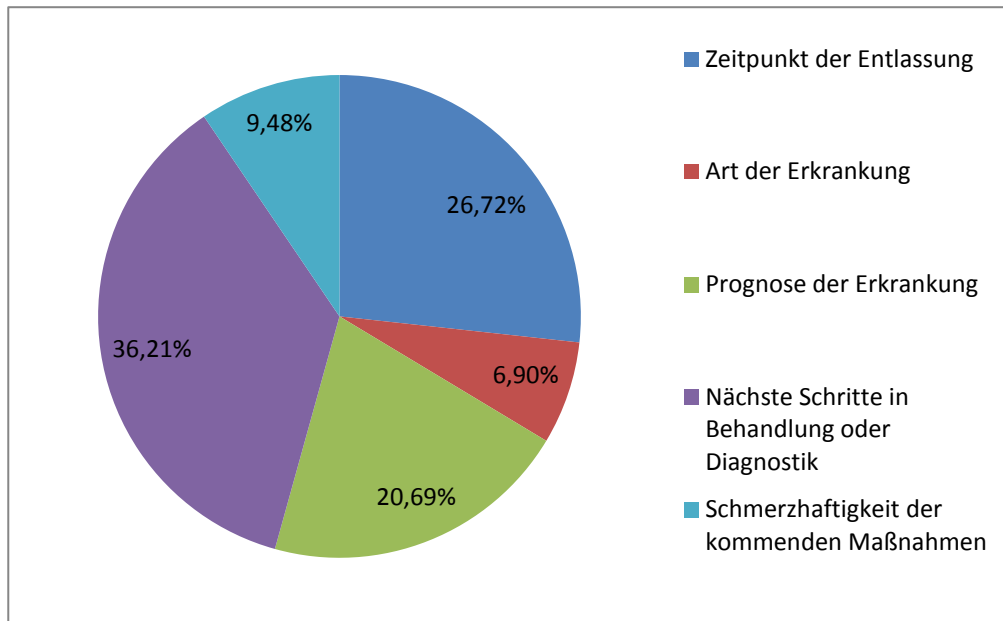


Abbildung 18: Art der Information

Obige Abbildung [Abbildung 18] geht auf die Art der Informationen genauer ein: Es wurden die Informationen, sowohl initiative als auch reaktive, in mehrere Themenbereiche eingeteilt. Dabei sieht man, dass die Information über die nächsten Schritte in der Behandlung oder Diagnostik mit 36,21 Prozent den Hauptanteil darstellt. Weiters häufig vertreten sind Informationen über den Zeitpunkt der Entlassung (26,72 Prozent) und über die Prognose der Erkrankung (20,69 Prozent). Nicht unterschätzen darf man den Anteil der Informationen über die Schmerzhaftigkeit der kommenden Maßnahmen: Immerhin fast jede 10. Information, die vom Visitierenden an den Patienten übermittelt wurde, bezog sich auf die kommenden Schmerzen (9,48 Prozent). Zu einem geringeren Ausmaß wurden die Patienten über die Art der Erkrankung (6,9 Prozent) informiert.

3.2.7. Die Verständlichkeit der Gesprächsführung

Die Verständlichkeit der Gespräche wurde in den nachfolgenden Unterpunkten hinsichtlich des Gebrauchs von Fachwörtern und der Satzstrukturen untersucht.

3.2.7.1. Der Fachwörtergebrauch

Bei der Auswertung der Visitengespräche stellte sich heraus, dass der Visitierende im Gespräch mit dem Patienten durchschnittlich 1,38 Fachtermini benützt. Manchmal wurde kein einziger Fachbegriff verwendet, das Maximum lag bei 6. Von insgesamt 69 Fachwörtern in allen Gesprächen wurden nur 10 erklärt (14,49 Prozent). [siehe Tabelle 6]

	FACHWÖRTER	ERKLÄRT	MIN	MAX	Mittelwert
Visitierender	69	10	0	6	1,38

Tabelle 6: Gebrauch an Fachwörtern

Im Anschluss wird ein Auszug eines Gesprächs zwischen Visitierendem (V) und Patienten (P) abgedruckt. Es ist als Beispiel für den häufigen Gebrauch von Fachwörtern zu sehen und ist nicht signifikant für alle ausgewerteten Gespräche:

[...]

V[zu P]: *Was man gesehen hat, ist, dass so ein Hautnerv sich um eine Vene herumgeschlungen hat. Wir haben diesen Nerven freigelegt, haben die Vene dort um den Teil sozusagen entfernt.*

P[zu V]: *Mhm.*

V[zu P]: *Ähm, ja, und hoffen, dass das die Ursache war, des ganzen.*

P[zu V]: *Also auf Schnittlänge ist die Vene...?*

V[zu P]: *Genau. So ein Stück in der Länge haben wir herausgenommen, sozusagen! Es kann sein, dass am Anfang, dadurch, dass die Vene jetzt unterbrochen ist, sozusagen, dass sich das ein bisschen zurückstaut, dass der Vorfuß ein bisschen mehr anschwillt. Das gibt sich aber mit der Zeit wieder, da sich doch Kollateralen dann ausbilden...*

P[zu V]: *Ja.*

V[zu P]: *... dass dann der Abfluss dann trotzdem gesichert ist, sozusagen.*

P[zu V]: *Mhm.*

V[zu P]: *Ja. Die Nerven dort haben wir freigelegt und hoffen, dass das die Ursache war. Ansonsten, morphologisch im Sinne von einem Tumorknötchen oder so, haben wir überhaupt nichts gefunden. Wirklich überall genau hingeschaut... war nichts soweit!*

P[zu V]: *Ja, aber mal a positiver ...*

V[zu P]: Ja, schauen wir mal! Ich... Wir hoffen, dass man Ihnen dadurch ...dass das die Ursache war, des ganzen.

P[zu V]: Ok.

V[zu P]: Es kann schon sein, dass es halt bei Bewegungen und bei Belastung schwillt...

P[zu V]: Ja.

V[zu P]: ... oder war der Schmerz stärker, dass sozusagen im Rahmen des venösen Rückflusses dort einfach eine Irritation war lokal, gell?

[...]

3.2.7.2. Die Satzstrukturen

Die Sätze der aufgezeichneten Gespräche wurden in einfache und komplexe Bauweise eingeteilt.

In der Analyse zeigte sich, dass 93,55 Prozent aller von den Visitierenden an den Patienten gerichteten Sätze eine einfache Satzbauweise aufweisen (6,45 Prozent demnach komplex). Die Patienten verwenden mit 96,06 Prozent aller Sätze noch häufiger einfache Satzkonstruktionen, mit einem Anteil von 3,94 Prozent an komplexen Sätzen.

[siehe Abbildung 19]

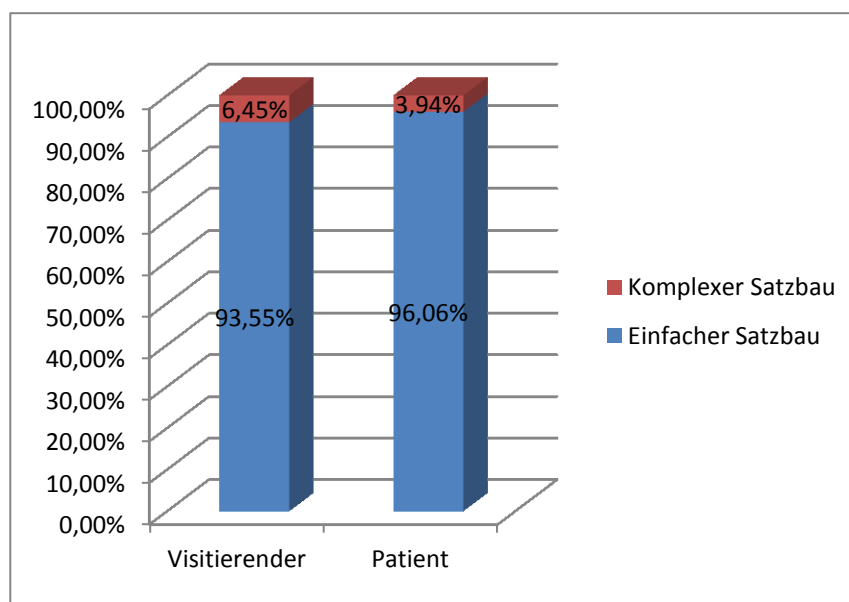


Abbildung 19: Einfache und komplexe Satzbauweise

Wie die nachfolgende Abbildung [Abbildung 20] zeigt, waren 65,37 Prozent aller Sätze, die von Visitierenden an Patienten gerichtet waren, vollständig. Demgegenüber stehen 34,63 Prozent an unvollständigen Sätzen der Visitierenden. Ähnlich verhält es sich bei den Patienten: Sie benützten in 63,84 Prozent der Fälle vollständige Sätze und zu 36,17 Prozent unvollständige.

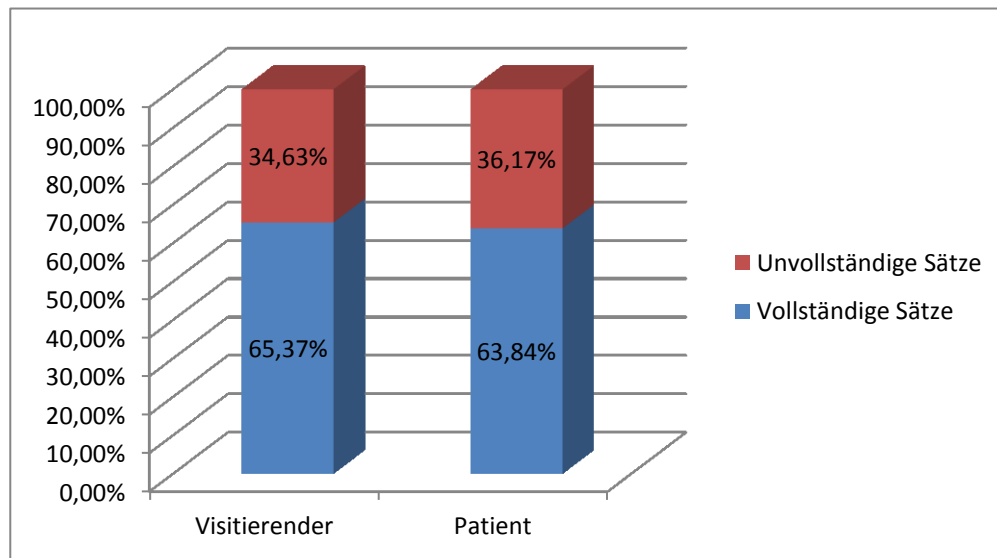


Abbildung 20: Vollständige und unvollständige Sätze

3.2.8. Die inhaltliche Analyse

Um einen Überblick über die in den Visiten behandelten Themen zu geben, wurden die Gespräche hinsichtlich einiger Themengebiete inhaltlich ausgewertet.

3.2.8.1 Die Gesamtverteilung der Themen

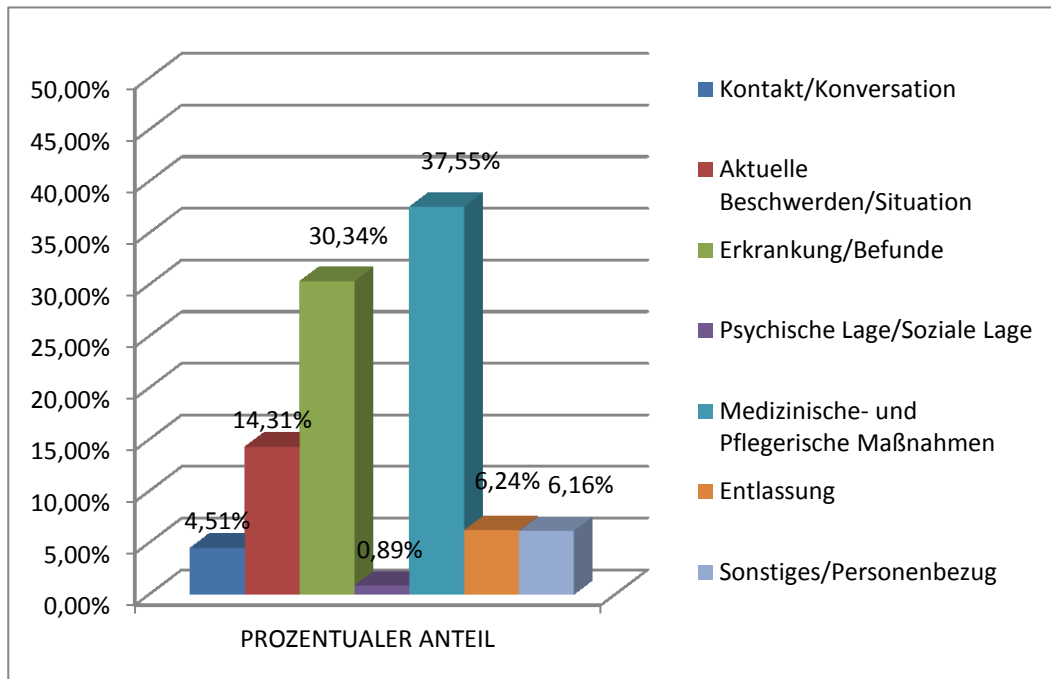


Abbildung 21: Gesamtverteilung der Themen

Ohne Berücksichtigung von Sprecher und Adressat ergibt sich ein inhaltlicher Schwerpunkt auf medizinische- und pflegerische Maßnahmen mit einem Anteil von 37,55 Prozent der Gesprächsinhalte. Darunter fielen auch akute oder längerfristige Verhaltensanweisungen. Weiters häufig angesprochen, mit einem Anteil von 30,34 Prozent, wurden die Erkrankung des Patienten bzw. Befunde über. Es folgten die Thematisierung der aktuellen Beschwerden bzw. der aktuellen Situation mit 14,31 Prozent der Inhalte, Gespräche über die Entlassung (6,24 Prozent) und sonstige Konversation (6,16 Prozent). Sehr wenig Anteil an den Gesprächen hält der Punkt „Kontakt und Konversation“ mit 4,51 Prozent, fast gar nicht thematisiert wurde die psychische und soziale Lage des Patienten mit 0,89 Prozent. [siehe Abbildung 21]

3.2.8.2 Themenverteilung des Visitierenden

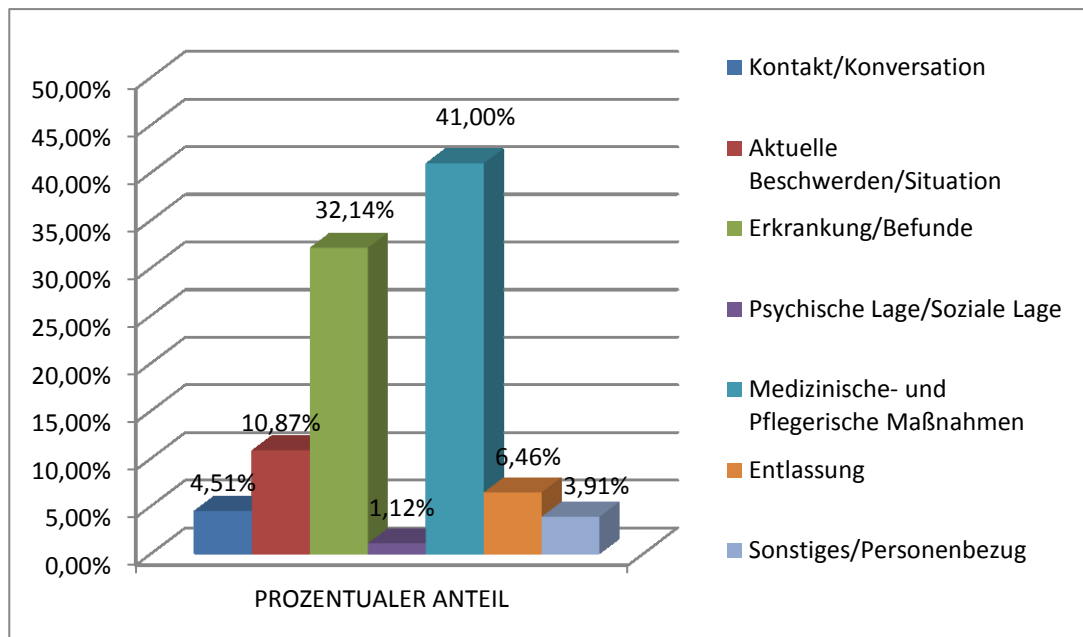


Abbildung 22: Themenverteilung des Visitierenden

Ein ähnliches Bild, mit nur leicht veränderten Werten, bietet die Analyse der Inhalte der Rede des Visitierenden [siehe Abbildung 22]. Hier entfallen 41 Prozent auf die Inhalte „medizinische- und pflegerische Maßnahmen“, 32,14 Prozent auf die Erkrankung bzw. die Befunde des Patienten und 10,87 Prozent auf aktuelle Beschwerden und die aktuelle Situation des Patienten. Seltener thematisiert wurden die Entlassung (6,46 Prozent), der Punkt „Kontakt/Konversation“ wurde mit 4,51 Prozent relativ niedrig gehalten, genau wie Gespräche mit Personenbezug (3,91 Prozent) und über die psychische / soziale Lage des Patienten (1,12 Prozent).

An dieser Stelle wird, um diese Punkte mit einem Gespräch zu veranschaulichen, ein Dialog zwischen Visitierendem (V) und Patienten (P) abgedruckt. Die Verteilung der Inhalte dieses Gesprächs ist nahezu gleichzusetzen mit der durchschnittlichen Verteilung der Themen des Visitierenden in allen Gesprächen:

V[zu P]: Guten Morgen, Frau XY!

P[zu V]: Guten Morgen!

V[zu P]: Morgen! Verbandswechsel. Der letzte!

S[zu P]: Wie schaut's denn heute aus wegen dem [/]?

P[zu V]: Ich weiß nicht. Es ist glaub ich schon wieder viel besser. Gestern war's leicht angeschwollen nur, aber nicht...

V[unterbricht P- zu P]: Schauen wir!

P[zu V]: ...besorgniserregend. Es ist mir einfach nur aufgefallen!

S: Mhm!

[Verbandswechsel beginnt]

P[zu V]: Wie ist denn das jetzt? Darf ich bis zur Nahtentfernung nicht belasten, gell?

V[zu P]: Ja!

P[zu V]: Und wann kommen die Nähte raus?

V[zu P]: Steht im Brief drinnen!

P[zu V]: Ok.

V[zu P]: Kann der Hausarzt aber auch machen! Ich weiß jetzt aber gar nicht, was wir bei Ihnen rein... Müssen wir dann schauen! Also das schaut sehr schön aus, gell? Passt alles.

V[zu S]: Haben wir da was zum Reingeben?

S[zu V]: Nein warte, ich geh schnell!

P[ohne Adressat]: Muss ich ein bisschen rücken, aber das macht eh nix, oder?

P[zu V]: Bleibt da nur eine gerade Naht oder sieht man diese Dinger auch?

V[zu P]: Eine Zeit lang sieht man es, aber die gehen dann mit der Zeit, sozusagen, blasst das dann ab. Wichtig ist, dass sie in der ersten Zeit nicht an die Sonne gehen. Also die heurige Sonnensaison, würde ich sagen, nicht. Weil sonst einfach die Gefahr, also ..

P [unterbricht V- zu V] Die Naht bleibt dann, gell?

V[zu P]: Es wird nicht so schön!

P[zu V]: Ok!

V[zu P]: Und wenn das dann fertig ist, also wenn die Nähte herausen sind und wenn dann sich so eine schöne Narbe bildet, dann können Sie anfangen schmieren mit einer Fettsalbe, z.B. einer Olivenölsalbe oder sonst gibt's dieses „Neriderm“ – Narbensalbe heißt das.

P[zu V]: Ok. Neriderm.

V[zu P]: Das funktioniert ganz gut. Also sonst einfach eine, irgendeine Fettsalbe.

P[zu V]: Muss ich dann ... Aber ich muss dann schon nochmal heraus oder wo krieg ich das Ergebnis?

V[zu P]: Nein nein. Sie kommen nochmal zu uns zur Befundbesprechung. Freilich!

P[zu V]: Wie lang dauert denn so eine ...?

V[unterbricht P- zu P]: Ungefähr zwei Wochen!

P[zu V]: Zwei Wochen. Aber PVNS war's ja nicht, nicht?

V[zu P]: Zumindest klinisch hat es nicht ausgeschaut wie eine PVNS.

P[zu V]: Ok.

V[zu P]: Was es jetzt dann wirklich ist, ist halt ... Das sagt im Endeffekt dann der Pathologe.

P[zu V]: Ok. Und nicht nassmachen den Fuß, gell, bis zur ..

V [unterbricht P- zu P]: So ist es. Bis zur Nahtentfernung und dann noch 2 Tage, 3 Tage danach schauen Sie auch noch, dass Sie halt ...

P [unterbricht V- zu V]: Aber wenn die Nähte weg sind, dann kann ich auf einmal wieder gehen? Also ich mein, der Fuß glauben Sie nicht, während dieser Woche, dass er ein bisschen steif wird oder so?

V[zu P]: Nein. Werdens schon sehen, am Anfang wird's ein bisschen schwierig werden. Aber Sie schaffen das leicht!

P[zu V]: Ja. Nein, ich mach mir ja eh keine Sorgen, nur, dass ich nichts Falsches mach!

V [unterbricht P- zu P]: Nein! Am Anfang wird's ein bisschen ungewohnt sein!

P[zu V]: Ok. Aber so eine Physiotherapie oder so werde ich ..?

V [unterbricht P- zu P]: Braucht man normalerweise nicht!

P[zu V]: Ok. Aber man geht dann mit den Krücken ein bisschen weiter?

V[zu P]: Sie müssen einfach schauen, wie es Ihnen geht!

P[zu V]: Ok.

V[zu P]: Wenn Sie jetzt ein paar Tage mit Krücken gehen, ist überhaupt nichts dabei!

P[zu V]: Mhm!

V[zu P]: Wissen Sie, am besten ist es so, dass... Sie machen es am Anfang so, dass Sie zuhause die Krücken weglassen und wenn Sie unterwegs sind, nehmen Sie die Krücken noch und dann tun Sie die Krücken ganz weg!

P[zu V]: Ok. Ich weiß nicht.

V[zu P]: Aber ob Sie jetzt die Krücken 2 Tage länger oder kürzer nehmen, spielt überhaupt keine Rolle.

P[zu V]: Ok.

V[zu P]: Gut. Dann alles Gute!

P[zu V]: Danke!

[Visitierender redet kurz mit Bettnachbarin, aber der Patient hat noch eine Frage]

P[zur V]: Wie lang muss ich jetzt noch ungefähr rechnen, bis dass ich nach Hause kann?

Also nur dass ich ...

V [unterbricht P- zu P]: Eine Stunde, zwei? Ich weiß es nicht.

V [zu S]: Wie lang braucht's Ihr ungefähr?

P[zur V]: Es ist mir eh egal!

S[zur V]: Wir sind gleich mal fertig!

V[zur P]: 1 Stunde sagen wir mal!

3.2.8.3 Themenverteilung des Patienten

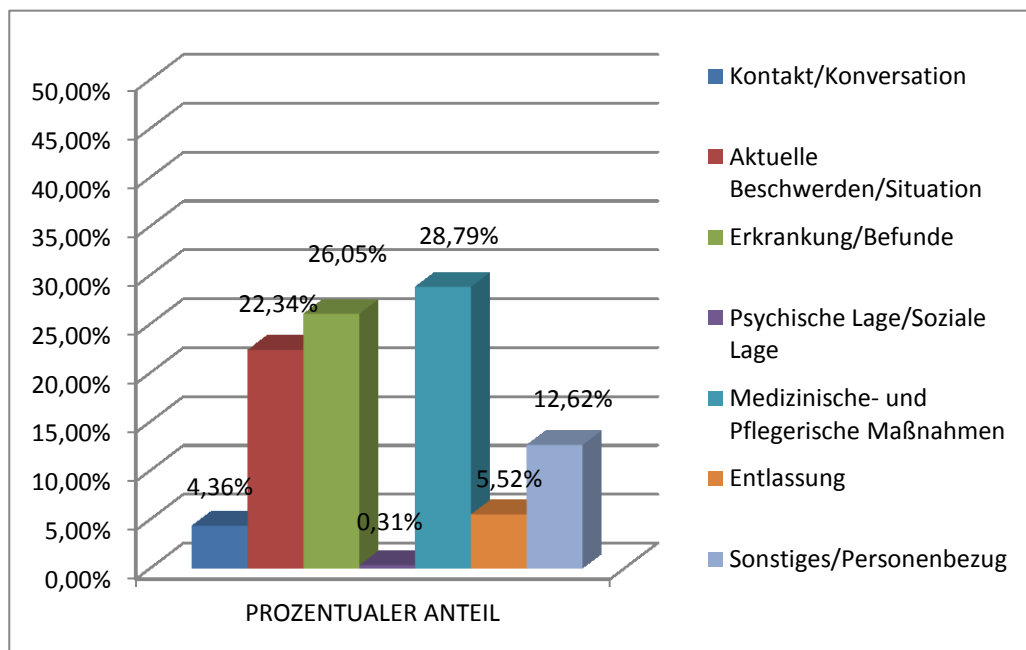


Abbildung 23: Themenverteilung des Patienten

Obige Abbildung [Abbildung 23] zeigt die Themenverteilung in der Rede des Patienten.

Hier war der prozentuale Anteil zwischen den Gesprächen über medizinische / pflegerische Maßnahmen (28,79 Prozent), den Gesprächen über die Erkrankung und ihre Befunde (26,05 Prozent) und über aktuelle Beschwerden und die aktuelle Situation (22,34 Prozent) ausgeglichener. Der Anteil an Inhalten über „Sonstiges und Personenbezug“ war mit 12,62 Prozent mehr als 3 mal so hoch wie derselbe Anteil beim Visitierenden. Gering repräsentiert waren auch bei der Rede des Patienten die Themen Entlassung (5,52 Prozent), „Kontakt/Konversation“ mit 4,36 Prozent und „Psychische-/Soziale Lage“ mit 0,31 Prozent.

3.2.9. Illustration der Ergebnisse

Abschließend wird an dieser Stelle ein vollständiges Visitengespräch abgedruckt. Der Patient wurde aufgrund eines akuten Knorpelschadens mit Beteiligung des Meniskus an der Station für Orthopädie und orthopädische Chirurgie des Univ. Klinikums LKH Graz aufgenommen. Der Patient war zum Zeitpunkt der Aufnahme 48 Jahre alt, verheiratet, hatte als höchsten Schulabschluss die Matura und war erwerbstätig. Das Gespräch findet zwischen einem Visitenführenden (V), dem Patienten (P) und einer Schwester (S) statt, darüber hinaus wird es von einem Patienten (P2) desselben Zimmers unterbrochen. Insgesamt dauert das Gespräch 5 Minuten und 8 Sekunden, das Patientengespräch nimmt 2 Minuten und 33 Sekunden in Anspruch, die Untersuchung 4 Minuten und 10 Sekunden (während dieser wird aber auch mit dem Patienten kommuniziert) und das personalinterne Gespräch 1 Minute und 55 Sekunden. Die Pausen dieses Gesprächs summieren sich auf 17 Sekunden.

V[zu P]: Und bei Ihnen machen wir heute den Verbandswechsel. Der Schlauch kommt raus, gell?

P[zu V]: Mhm!

[Visitenführer telefoniert bis Minute 0.25]

V[zu S]: Für'n Herrn XY kriegt er heut ein Base.

S[zu V]: Ja.

V[zu S]: Ist die schon bestellt?

S[zu V]: Nein. Müssen wir aufstellen!

V[zu S]: Müssen wir aufstellen. Auf 0.0.30.

S[zu V]: Jetzt ist die Schere weg!

V[zu S]: Verbandwechsel müssen wir heute noch machen, hat er gesagt, der XY!

S[zu V]: Mhm.

[Patient aus Nebenbett fragt Visitenführer etwas]

P1[zu S]: Haben wir gestern schon gemacht!

S[zu P2]: Nein. Das ist nur ...

V[zu P2]: Gut. Dann bestellen wir Ihnen das, gell! Sie kriegen die Schiene, die auf 0.0.30...

S [unterbricht V]: Da tun wir jetzt da drüben verbinden?

V [zu S]: Nein. Er hat gesagt, nein hat er gesagt!

S[zu V]: Achso nicht verbinden?

V[zu S]: Nein, erst morgen! Weil kein Redon eingezogen worden ist.

V [zu P]: Hier heute das Schlaucherl raus, dann ist es gleich angenehmer!

P [zu V]: Ja super! Was ist da jetzt genau gemacht worden eigentlich mit dem Meniskus?

V [zu P]: Mhm!

S[zu V]: Darf ich ganz kurz?

V [zu P]: Ähm. Es war so, dass der Meniskus nur einen ganz einen ganz kleinen Schaden gehabt hat.

P[zu V]: Ja.

V[zu P]: Und der war so eine, das war so eine Auffaserung ...

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: ...und das ist entfernt worden. Also es war nichts zum Nähen!

P[zu V]: Ok.

V[zu P]: Ja. Und sonst war ein Knorpelschaden im Knie, eigentlich gleichmäßig verteilt.

P[zu V]: Ja.

V[zu P]: Leicht bis mittelgradig.

P[zu V]: Mhm.

V[zu P]: [/] [unverständlich, weil Verbandswagen zu laut ist]

P[zu V]: Ja. Mhm!

V[zu P]: Es war aber keine Stelle besonders in Mitleidenschaft ...

P[zu V]: Ja.

S [zu V]: Geht nicht gut, gell?

V[zu S]: Es ist ja unglaublich!

V [zu P]: Schauen Sie sich das an, wie ich mich da plagen muss!

P[zu V]: Ja!

V[zu P]: Mit minderem Werkzeug werd ich da gespeist! Aber es hilft nichts!

P[zu V]: Vielleicht eine Bastelschere für Kinder, dass nichts passiert? (lacht)

V [zu P]: Ja.

S [zu P]: Ja. Schneidet sicher besser!

V [zu P]: Ich würde des ...

[P2 hat eine Frage an V, während V Verband bei P wechselt]

V [zu P2]: Ja. Sag ich Ihnen gleich!

P [zu V]: Wie wird dann die Therapie dann weiter aussehen?

V [zu P]: Also. Sie haben entweder mit halbem Körpergewicht ...

P [unterbricht V- zu V]: Ja.

V [zu P]: ..oder mit vollem. Ich glaub aber mit halbem Körpergewicht für 2 Wochen.

P [zu V]: Ja. Mhm.

V [zu P]: Und dann können Sie langsam aufbelasten.

V [zu S] Halbes, oder?

S [zu V]: Ja.

V [zu S]: Mhm.

V [zu P]: Und dann dürfen Sie langsam draufbelasten! Man muss dem ganzen eine Zeit geben ...

P [unterbricht V- zu V]: Mhm!

V [zu P]: ... dass es schön ausnarbt sozusagen. Und, ja. Das wär's insofern gewesen. Was dann im Verlauf noch wichtig ist, ist eine isometrische Physiotherapie.

P [zu V]: Ja. Mhm.

V [zu P]: Das können Sie gleich im Anschluss machen. Und Sie können in frühestens 6 Wochen eine Spritzenkur machen!

P [zu V]: Mhm. Die ist für...?

V [zu P]: Die ist dafür ...

V [zu S]: Ich weiß, tut mir leid. [wegen Verbandswechsel]

V [zu P]: Die ist dafür, dass .. ähm.. das ganze Gelenk besser geschmiert wird..

P [zu V]: Mhm.

V [zu P]: ... die Schmerzen weggehen und der Knorpel, nicht wirklich jetzt sich neu bildet ...

P [zu V]: Ok. Ja.

V [zu P]: .. aber einfach, dass man ihm was Gutes tut.

P [zu V]: Mhm.

V [zu P]: Steht aber dann alles im Brief drinnen!

P [unterbricht V]: Im Arztbrief drinnen!

V [zu P]: Also das macht ...

P [zu V]: Mhm. Ok.

V [zu S]: Trocken. Und da nochmal drüber wickeln mit Watte beim Knie bitte!

S [zu V]: Mit Watte?

V [zu S]: Ja. Möcht er immer machen der XY

S [zu V]: Einen Tupfer noch?

V: [zu S]:Ja, bitte!

V: [zu P]: Heben Sie kurz hoch das Bein?

V [zu S]: Nehmen Sie es...

V: [zu sich selbst] Ein bisschen trockener...

S [zu P]: Sie können ruhig auslassen. Ich halte es schon!

P [zu S]: Mhm!

S [zu P]: Ist das Bein heute nicht gewaschen worden?

P[zu S]: Doch. Aber nur unten haben Sie es aufgemacht gehabt!

S [zu P]: Ok!

S [zu P]: Geht's?

P [zu S]: Geht schon!

V[zu S]: Ok. Das passt. Und da den Rest drüber wickeln einfach bitte.

S [zu V]: Bandage, gell?

V [zu S]: Mhm.

V [zu P]: Gut. Ok.

P [zu V]: Ok. Dankesehr. Achso. Entschuldigung, eine Frage noch. Wie lang werd ich mit dem Aufenthalt rechnen müssen noch?

V [zu P]: Etwa, schätze ich, 4-5 Tage sowas.

P [zu V]:Ok. Mhm.

V [zu P]: Aber das sagt der Chef dann!

P[zu V]: Ja. Super

V[zu P]: Ok?

P[zu V]: Danke.

Nachfolgend eine Beschreibung der Charakteristika dieses Gesprächs:

Das Visitingespräch beginnt ohne eine Begrüßung von Visitierendem oder Patienten mit einer Information über die nachfolgenden Maßnahmen. Das Gespräch wird jedoch sofort von einem Telefonat des Visitierenden unterbrochen, der die Inhalte desselben dann der

Schwester mitteilt. Gleich darauf unterbricht der Patient des Nebenbetts die Visite mit einer Zwischenfrage, er wird später noch einmal das Visitengespräch unterbrechen. Auf Nachfrage des Patienten erklärt der Visitierende die vorangegangene Operation und ihre Befunde, parallel dazu erfolgt der Wechsel des Verbandes. Die Kommunikation ist geprägt von Einwortsätzen und kurzen, reaktiven Antworten des Patienten und wird stellenweise vom personalinternen Dialog bezüglich des Verbandswechsels unterbrochen. Nicht stellvertretend für das Gros der Gespräche ist die Mitteilung von Informationen des Visitierenden an den Patienten erst auf Nachfrage hin. Hingegen charakteristisch sind die hohe Anzahl an paraverbalen Äußerungen (in diesem Gespräch insgesamt 16), die hohe Anzahl an Störfaktoren des Visitengesprächs (4 verschiedene Störfaktoren) und die Dominanz des ärztlichen Redeanteils (259 gesprochene Wörter des Visitierenden an den Patienten im Vergleich zu 69 Wörter des Patienten an den Visitierenden). Das Gespräch endet ohne eine Verabschiedung von Seiten des Visitierenden oder des Patienten und fügt sich somit sehr gut in das generelle Bild der ausgewerteten Gespräche (56 Prozent aller Gespräche ohne Verabschiedung)

3.3. Die Ergebnisse des Patientenfragebogens

Die Fragebögen, die von den Patienten relativ rasch nach den Visiten ausgefüllt werden sollten, beinhalteten allgemeine Fragen bzw. Aussagen zum Visitengespräch, zur Verständlichkeit, zur eigenen Position sowie zum Stellenwert der Visite. Dabei ist zu erwähnen, dass die Patienten die Fragebögen in Ruhe und selbständig ausfüllen sollten, jedoch Hilfe von Seiten des Untersuchers auf Nachfrage hin angeboten wurde.

3.3.1 Allgemeine Fragen zum Arzt – Patienten Gespräch

1) „Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.“

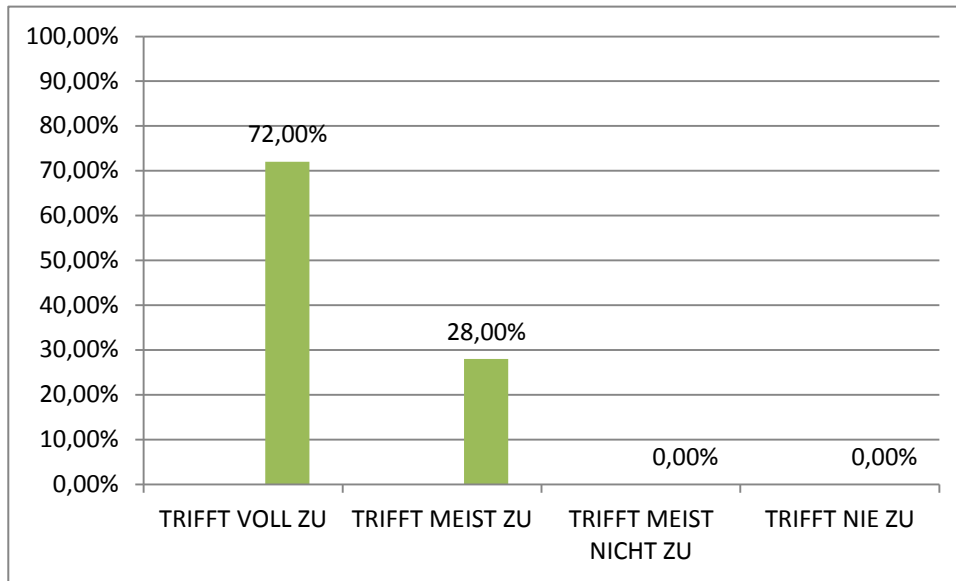


Abbildung 24: „Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.“

72 Prozent aller befragten Patienten stimmten der Aussage „Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.“ voll zu. Weitere 28 Prozent der Patienten finden, dass sie dieser Aussage meist zustimmen können.

2) „Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.“

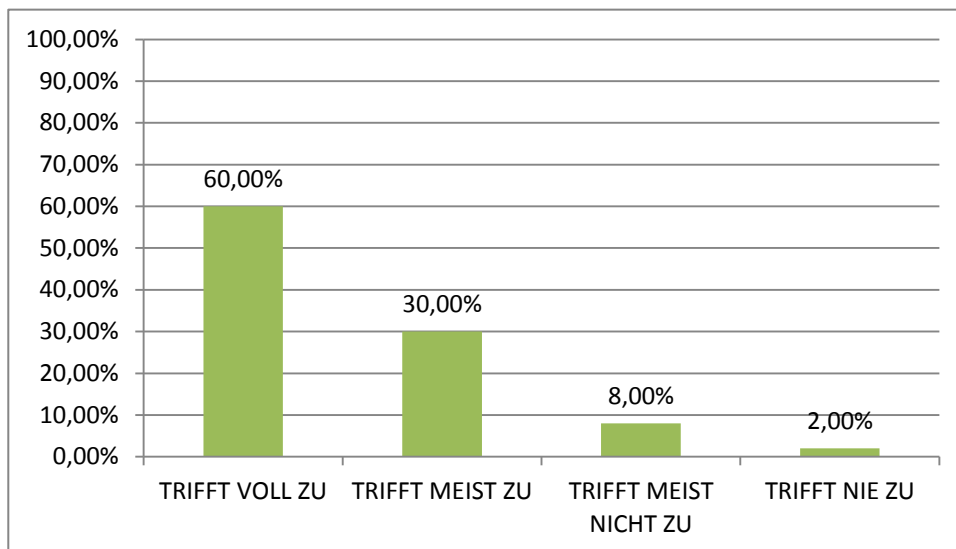


Abbildung 25: „Der Arzt nimmt sich genügend Zeit für das Gespräch.“

90 Prozent aller Patienten stimmen dieser Aussage entweder voll oder meist zu. Hingegen befinden 8 Prozent der Befragten, dass diese Aussage meist nicht korrekt ist und 2 Prozent der Patienten befinden diese Aussage für nicht zutreffend.

3) „Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.“

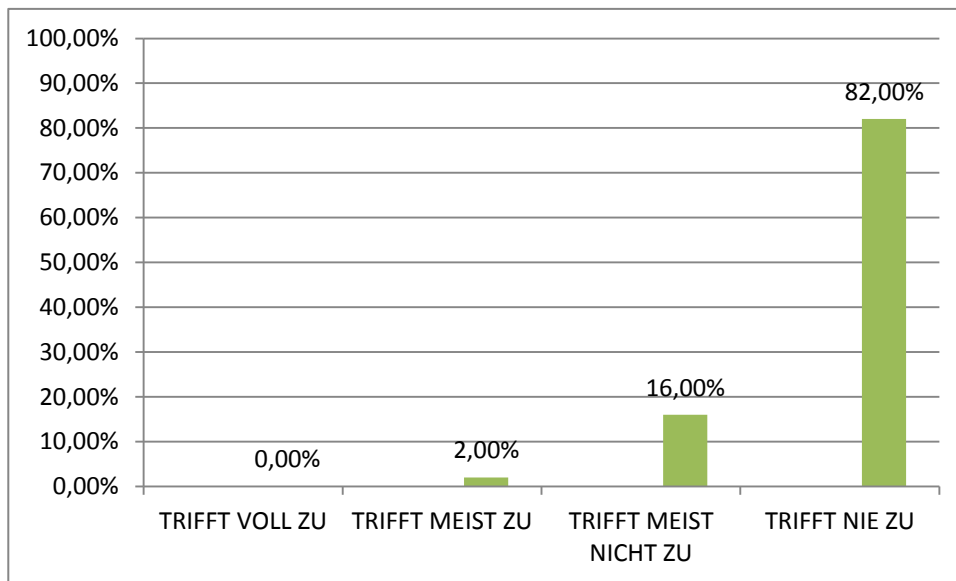


Abbildung 26: „Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.“

Niemand der Patienten befand diese Aussage für völlig zutreffend, 2 Prozent stimmten meist zu. Für 16 Prozent war diese Aussage meist nicht zutreffend und der Großteil, 82 Prozent, waren der Meinung, dass die Anzahl der anwesenden Personen nicht störend sei.

3.3.2. Fragen zur Verständlichkeit

1) „Das Gespräch wird in einer verständlichen Form durchgeführt.“

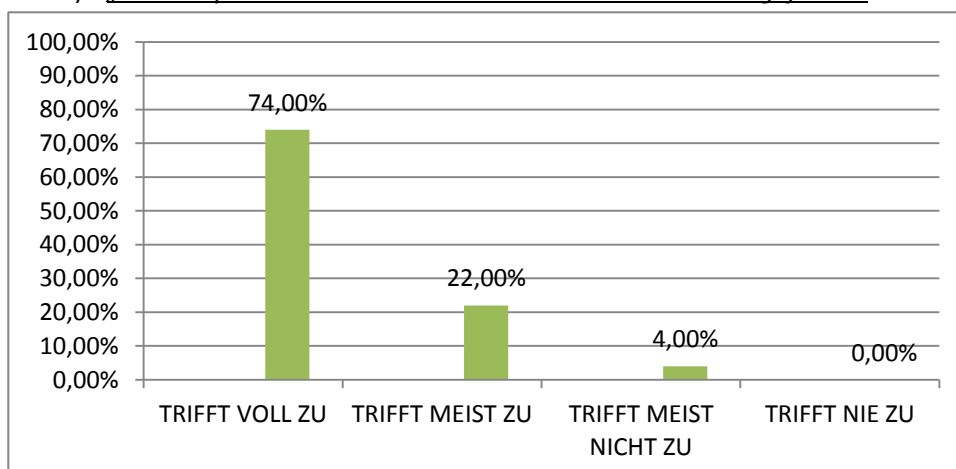


Abbildung 27: „Das Gespräch wird in einer verständlichen Form durchgeführt.“

74 Prozent der Patienten befanden diese Aussage für völlig richtig, weitere 22 Prozent stimmten „meist zu“. Lediglich 4 Prozent hielten die Gespräche für meist nicht verständlich. Niemand der Befragten war der Meinung, dass das Gespräch in einer unverständlichen Form durchgeführt wird.

2) „Ich habe die Möglichkeit nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.“

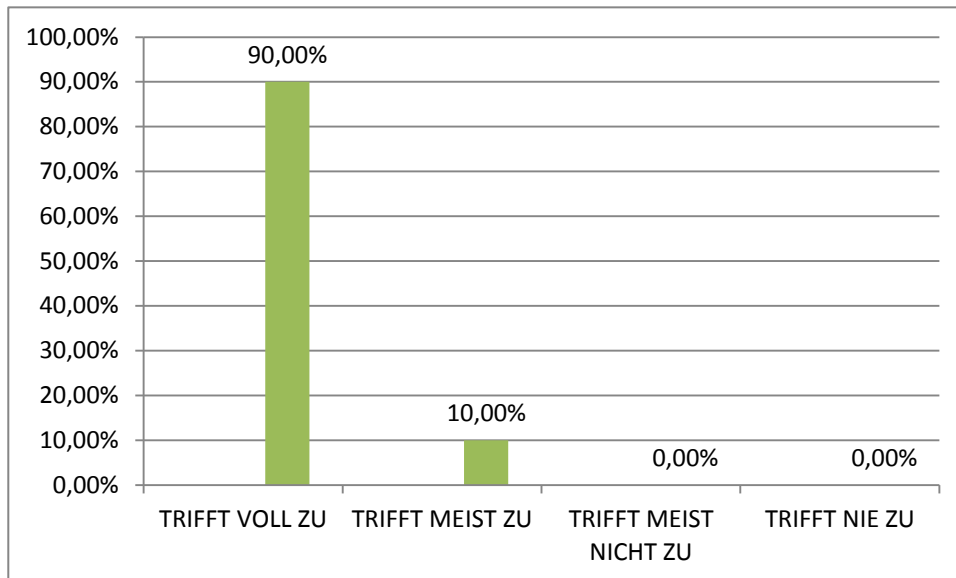


Abbildung 28: „Ich habe die Möglichkeit nachzufragen, wenn ich etwas nicht verstanden habe.“

Hier waren sich die Teilnehmer der Studie relativ einig: 90 Prozent waren der festen Überzeugung, die Möglichkeit des Nachfragens nutzen zu können. Weitere 10 Prozent meinten, sie könnten dies meistens.

3) „Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.“

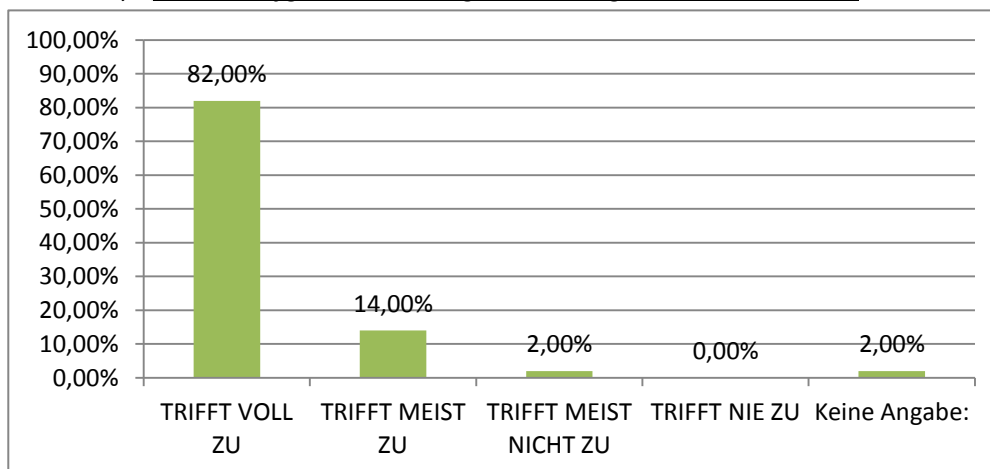


Abbildung 29: „Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.“

Der Großteil der Befragten ist mit den von den Visitierenden gegebenen Antworten völlig zufrieden (82 Prozent). Weitere 14 Prozent befinden die Antworten für meistens zufriedenstellend. 2 Prozent der Patienten meinen, ihre Fragen werden meist nicht genau beantwortet und 2 Prozent wollen dazu keine Angabe machen.

3.3.3 Fragen zur patienteneigenen Gesprächsposition

1) „Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch mit einbezogen.“

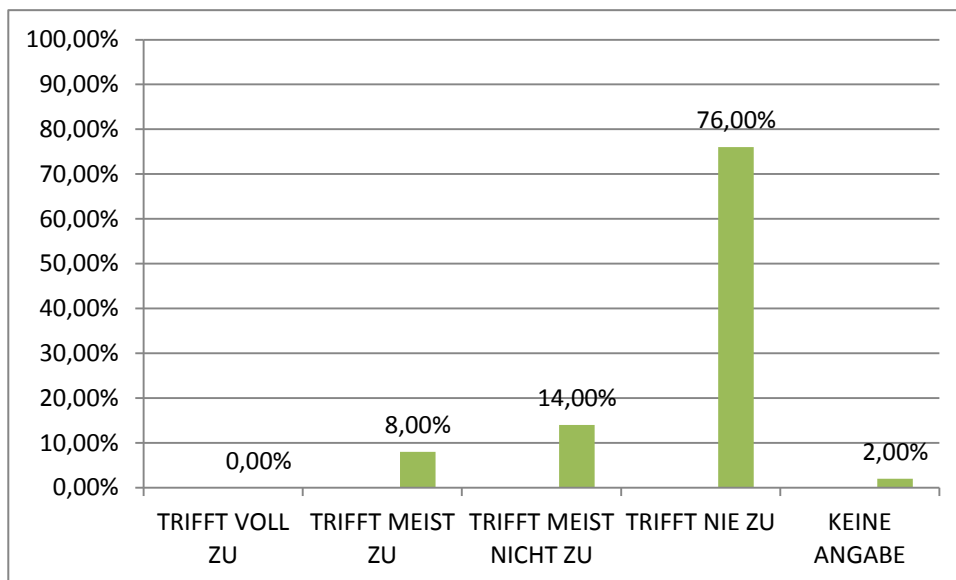


Abbildung 30: „Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch mit einbezogen.“

Niemand der Befragten fühlt sich nicht ausreichend in das Gespräch integriert, aber 8 Prozent geben an, sie seien meist zu wenig in das Gespräch einbezogen. 14 Prozent der Patienten halten diese Aussage für meist nicht zutreffend und 76 Prozent stimmen dieser Aussage nicht zu. 2 Prozent wollen zu dieser Aussage keine Angabe machen.

2) „Ich habe nicht die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen.“

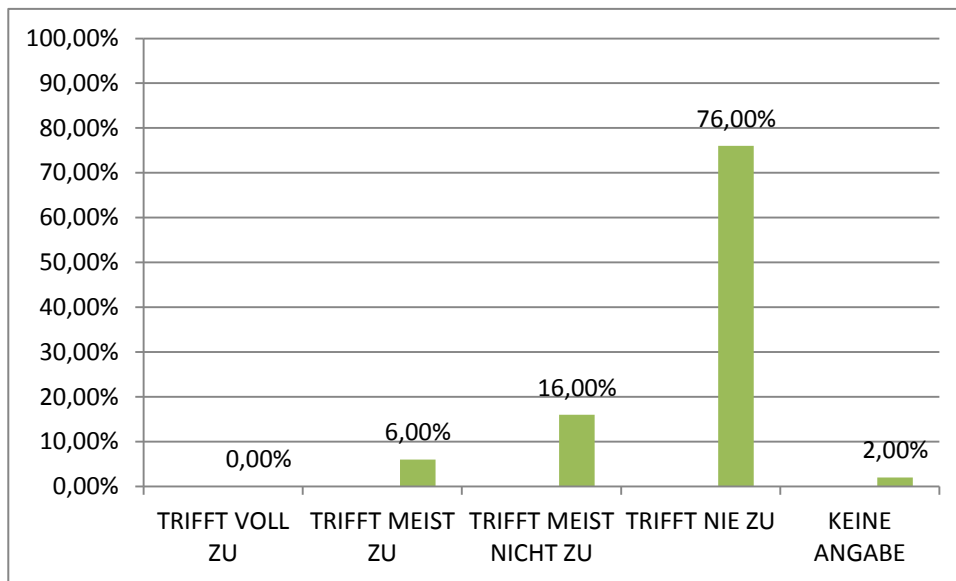


Abbildung 31: „Ich habe nicht die Möglichkeit meine Sorgen im Gespräch anzubringen.“

Ein ähnliches Bild bietet sich bei dieser Aussage: Keiner der Befragten findet, man hätte nicht die Möglichkeit seine Sorgen im Gespräch anzubringen. 6 Prozent meinen, man hätte meist nicht die Gelegenheit dazu. Der Großteil stimmt dieser Aussage entweder meist nicht (16 Prozent) oder nie (76 Prozent) zu. 2 Prozent wollen zu dieser Aussage keine Angabe machen.

3) „Ich möchte gerne mehr in das Visitengespräch einbezogen werden.“

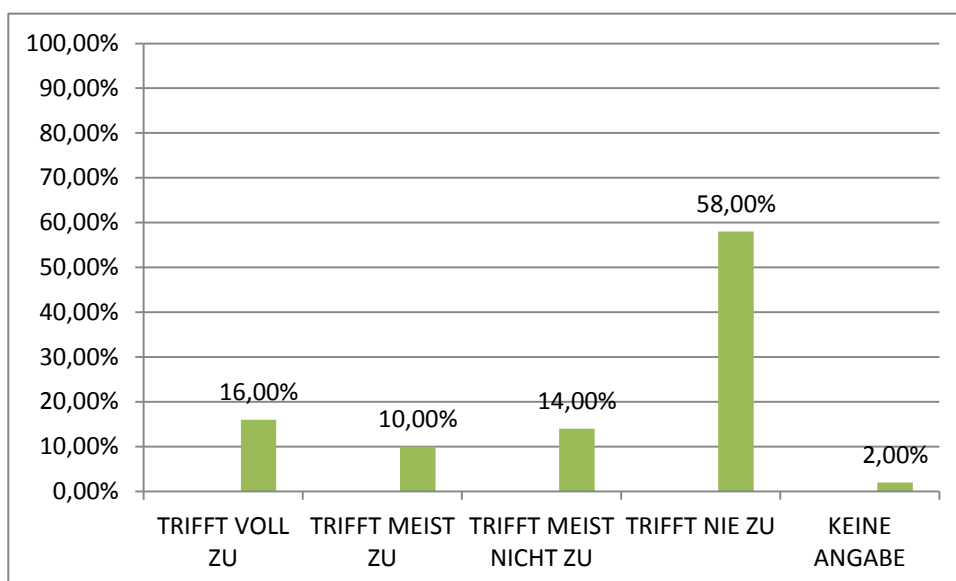


Abbildung 32: „Ich möchte gerne mehr in das Visitengespräch einbezogen werden.“

Bei dieser Aussage variieren die gegebenen Antworten der Befragten erstmals stärker: 16 Prozent wollen eindeutig mehr in das Visitengespräch integriert werden, 10 Prozent meistens. Für 14 Prozent ist diese Aussage meist nicht zutreffend und 58 Prozent hegen nicht den Wunsch, in größerem Ausmaß am Visitengeschehen teilzunehmen. 2 Prozent wollten zu dieser Aussage keine Angabe machen.

3.3.4. Fragen zum Stellenwert der Visite / zur Zufriedenheit

- 1) „Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.“

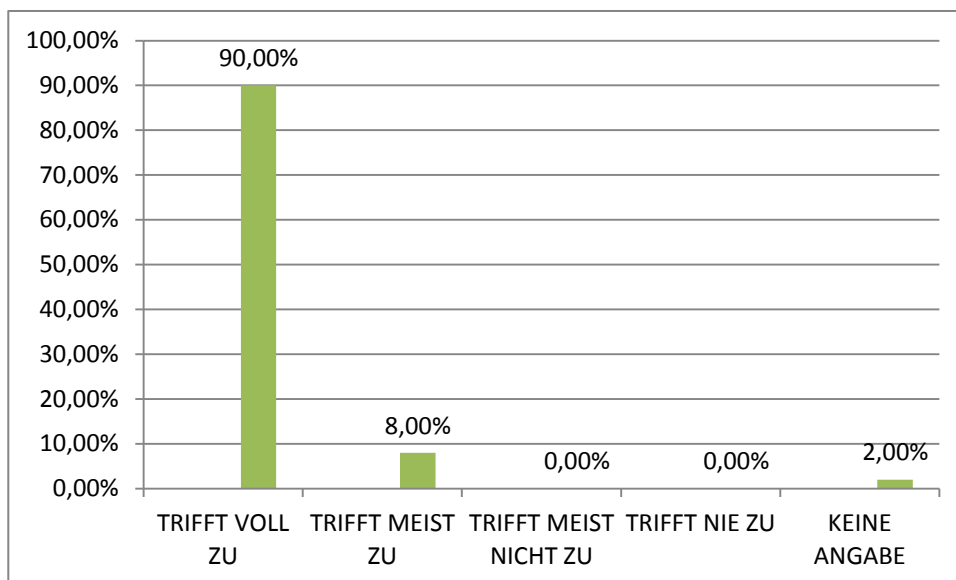


Abbildung 33: „Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhausaufenthaltes.“

90 Prozent aller Befragten bestätigen den hohen Stellenwert der Visite während ihres Krankenhausaufenthaltes völlig. Niemand der Befragten gab an, dass für ihn die Visite einen geringeren oder gar keinen hohen Stellenwert besitzt. 2 Prozent wollten zu dieser Aussage keine Angabe machen.

2) „Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.“

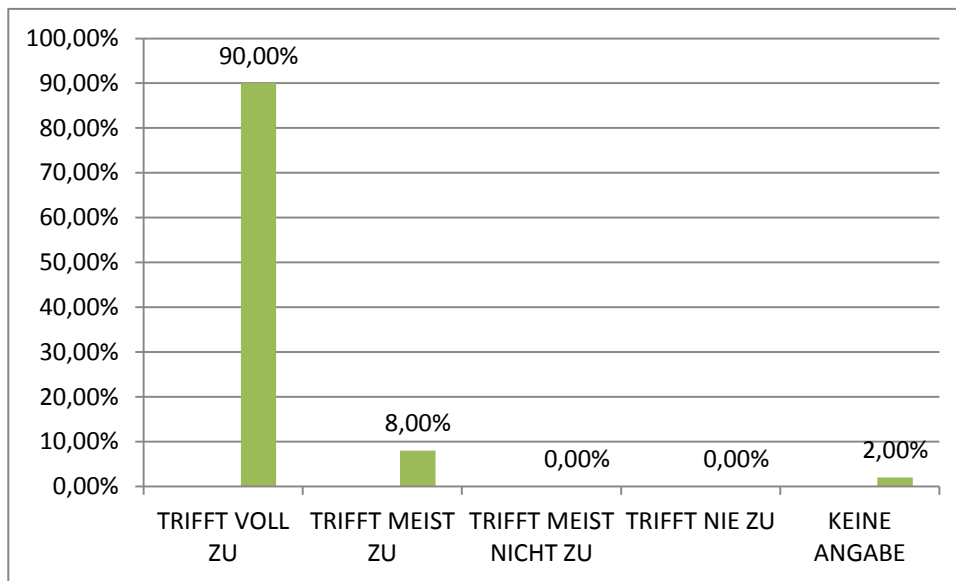


Abbildung 34: „Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.“

Genau wie bei der vorangegangenen Aussage befinden 98 Prozent aller Befragten diese Aussage für völlig bzw. meistens richtig. Niemand meinte, das Visitengespräch würde dem Aufbau eines Vertrauens zu den Ärzten nicht zugutekommen. 2 Prozent wollten zu dieser Aussage keine Angabe machen.

3) „Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.“

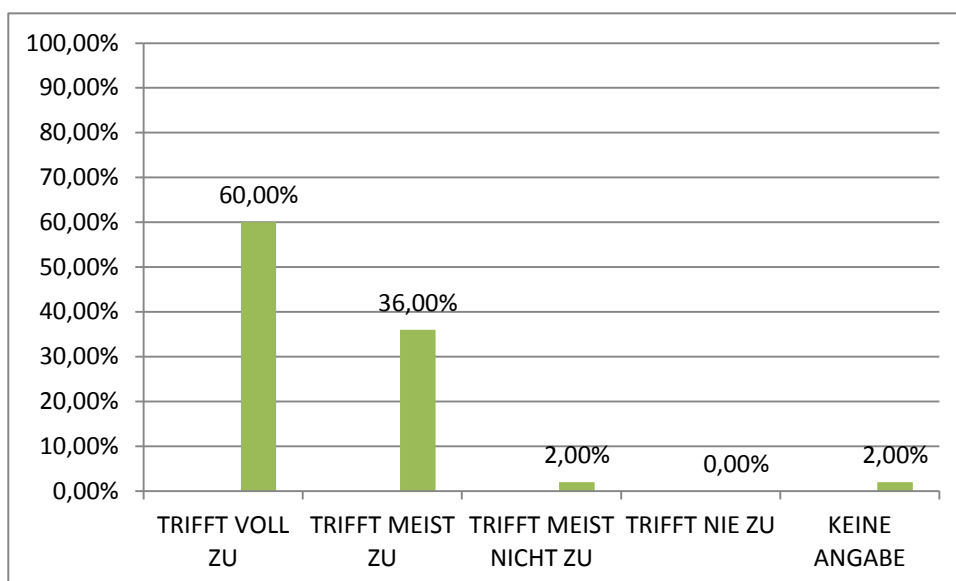


Abbildung 35: „Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.“

Weniger überzeugend als bei den beiden vorangegangenen Aussagen sind dennoch 60 Prozent der Patienten mit der Form der Visitenführung völlig zufrieden, weitere 36 Prozent immerhin meistens. Lediglich 2 Prozent gaben an, sie würden sich eine andere Form der Visite wünschen. Eine totale Ablehnung der Visitenführung gab keiner der Befragten an. 2 Prozent wollten zu dieser Aussage keine Angabe machen.

3.3.5. Raum für Wünsche

Abschließend konnten die Patienten in einem Feld, unabhängig von vorgegebenen Antworten, ihre Wünsche oder Anmerkungen festhalten. Hier sind einige dieser Bemerkungen als Zitate angeführt:

Ich würde mir wünschen, dass...

„...der Arzt mehr Zeit hat.“

„...ich öfter mit dem Arzt, der mich operiert hat, sprechen könnte.“

„...sich der Arzt mit Namen vorstellt, sich mehr Zeit nimmt, nachfragt ob man noch Erklärungen braucht.“

„...es so weiter bleibt von A-Z.“

„...die Visite (zeitlich gesehen) in einer entspannteren Form stattfinden könnte.“

„...jeder Patient die Möglichkeit hat, vor der OP mit dem Chirurgen ein ausführliches Gespräch zu führen.“

„...die Ärzte sich mehr Zeit für den einzelnen Patienten nehmen und mehr auf die Wünsche und Bedürfnisse eingehen. Zeit vor der Operation gut betreut, nach der Operation wird man nicht mehr so gut betreut; nicht mehr so engmaschig.“

4. Diskussion

An dieser Stelle wird nochmals auf die Arbeit „Das Gespräch zwischen Arzt und Patient in der ophthalmologischen Visite – Eine formal quantitative Untersuchung“ (Papsdorf, 2008) verwiesen. Sowohl die in dieser Studie verwendeten Parameter zur Analyse der Gespräche als auch die Items der Fragebögen wurden in Anlehnung an diese Arbeit ausgewählt. Damit soll gewährleistet werden, dass eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse für eventuelle Folgestudien gegeben ist.

Aus diesem Grund werden in dieser Diskussion die Ergebnisse der Studie an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald von Papsdorf (2008) mit den Ergebnissen dieser Studie am LKH-Univ. Klinikum Graz 2011 verglichen.

Das Visitingespräch auf der Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie des LKH-Univ. Klinikums Graz steht unter der Anforderung, die Kommunikation zwischen Visitierenden und Patienten in Einklang mit einer minimalchirurgischen Tätigkeit (Verbandswechsel, Wundkontrollen, Entfernen des Redon,...) zu bringen. Darüber hinaus existiert an dieser Station ein sehr enges Zeitfenster, in dem diese Notwendigkeiten untergebracht werden müssen. Täglich beginnen die morgendlichen Visiten um 7 Uhr früh und werden bereits 15 Minuten später durch die Morgenbesprechung der Ärzteschaft unterbrochen. Diese Besprechung dauert im Schnitt 30 Minuten, bevor sich die Ärzte bis ca. 8 Uhr früh wieder ihren Visiten widmen können. Dabei werden die unterbrochenen Visiten wieder aufgenommen, die noch nicht visitierten Patienten besucht oder aber, bedingt durch Verpflichtungen in Operationssälen oder Ambulanzen, die Visiten an diesem Tag ausgelassen. Nur selten werden regelmäßige Visiten am Nachmittag abgehalten. Dies deutet bereits auf die engen Schranken hin, die für den einzelnen Patienten und der Zeit, die für ihn geopfert werden kann, angesetzt sind.

Im Mittel lag die Zeit, die für eine Visite benötigt wurde, bei 2 Minuten und 9 Sekunden. Die Ausreißer nach unten, mit einem Gespräch von nur 11 Sekunden, haben eher den Charakter eines auf minimalen Informationsaustausch reduzierten „Small-Talks“, bei dem es sich mehr um das Zeigen von Präsenz der Ärzteschaft als um reale Anteilnahme an der Situation des Patienten handelt. Nach oben hin verlängerten sich die Gespräche vor allem

mit der Intensität und der Dauer der chirurgisch-versorgenden Tätigkeiten, so wie es in einem der Gespräche der Fall war, das beinahe 10 Minuten in Anspruch nahm. Nichtsdestoweniger liegt die mittlere Visitendauer dieser Studie damit mehr als 1 Minute unter der ermittelten durchschnittlichen Gesprächsdauer in der Studie von Papsdorf (2008) mit 3 Minuten und 48 Sekunden. In Prozent ausgedrückt bedeutet dies, dass eine durchschnittliche Visite in der Studie von Papsdorf (2008) um ca. 75 Prozent länger dauerte, als die Visitengespräche dieser Studie.

Positiv zu erwähnen ist die kurze Dauer der Pausen während der Visitengespräche: Mit durchschnittlich 4,48 Sekunden pro Gespräch wurde nur in 3 Prozent der Visitendauer weder mit dem Patienten gesprochen, noch eine Untersuchung oder Wundversorgung durchgeführt. Routinemäßig werden auf der Station für Orthopädie die aktuellen Befunde bereits vor Eintritt in das Krankenzimmer mit dem Pflegepersonal und den anwesenden Ärzten besprochen. Damit kommt es nicht zu Situationen, in denen das Ärztekollektiv sich vor dem Bett des Patienten aufreht und vor dem Gespräch mit dem Patienten Krankenakten ansehen muss. Mit den vorher angesprochenen Ergebnissen in Verbindung gebracht bedeutet dies, dass zwar die generelle Zeit der Visite mit 2 Minuten und 9 Sekunden eher kurz ausfällt, dafür aber diese Zeit intensiv genützt wird um mit dem Patienten zu kommunizieren bzw. ihn zu versorgen. In der Studie von Papsdorf (2008) wurden die Patienten in einen Untersuchungsraum gebeten, in dem die Visite stattfand. Im Mittel verstrichen nach Eintritt des Patienten in das Untersuchungsraum bereits 16 Sekunden, bis das Gespräch eröffnet wurde.

Nahezu alle stationären Patienten an der Station für Orthopädie und orthopädische Chirurgie bedürfen einer täglichen Wundkontrolle bzw. eines täglichen Verbandswechsels durch die Ärzteschaft. Diese Kontrollen, die vornehmlich während der Visite durchgeführt werden, geben wichtige Hinweise auf den Fortschritt der Wundheilung und sind zusätzlich zu radiologischen Kontrollen und Befunden über die Blutwerte ein Indiz für die Genesung. Neben dem Kriterium der generellen Visitendauer war es in dieser Studie von Interesse, wie groß der Anteil an der Gesamtzeit für Untersuchungen, für das Patientengespräch, für Pausen und das personalinterne Gespräch ist.

Obwohl die Dauer der Arbeit am und mit dem Patienten während der Visite die körperlichen Untersuchungen anderer, z.B. internistischer, Stationen vermutlich bei weitem übertrifft und der körperliche Kontakt auf dem Fachgebiet der Orthopädie unbedingt nötig ist, können daraus Kritikpunkte entstehen. Der Dialog zwischen Arzt und Patient, als das zentrale Element der klassischen Visite, muss sich die ohnehin schon kurze Dauer der Visite mit den parallel dazu verlaufenden Verbandswechseln bzw. Wundkontrollen teilen. Mit 43 Prozent stellte die Dauer der Untersuchung in dieser Studie sogar den Hauptanteil der Visite dar, knapp gefolgt vom Patientengespräch mit 41 Prozent. Klarerweise wird auch während den Tätigkeiten am Patienten mit demjenigen kommuniziert, weswegen eine strikte Auftrennung dieser beiden Komponenten nur schwer möglich ist. Jedenfalls wird nur durch die Verknüpfung von Kommunikation und körperlicher Untersuchung gewährleistet, dass es in dieser kurzen Zeit möglich ist, den Anforderungen einer Visite gerecht zu werden. Ob die Qualität, entweder der Wundversorgung oder der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, unter dieser Kombination beeinflusst wird, bleibt dahingestellt.

Es könnte sein, dass die Qualität der Kommunikation zwischen Visitierendem und Patienten durch die zahlreichen Störfaktoren, die auf das Gespräch Einfluss nehmen, beeinflusst wird. Die enge Zeitspanne zwischen 7 Uhr und 7 Uhr 15 ist hierbei kritisch zu betrachten: Beginnend mit der Dienstübergabe des Pflegepersonals, dem Aufstehen der Patienten, über die Lieferung des Frühstücks ans Krankenbett bis hin zum Bereitstellen aller für die Visite benötigten Materialien, herrscht bereits vor dem Start der Visiten an der Orthopädischen Station ein hektischer Betrieb. Mit dem Eintreffen der Ärzteschaft und deren Aufteilung in einige Visitenteams muss gewährleistet sein, dass jedes Team von einem Mitglied des Pflegepersonals begleitet wird. Am Gang der Station wird jeder Patient des nachkommenden Zimmers zwischen dem Visitierenden, anderen Ärzten und dem Pflegepersonal besprochen, bevor man das Zimmer betritt, in dem neben den Patienten weiteres Pflegepersonal anwesend ist, oder zufällig ein anderes Team parallel Visiten durchführt. All dies führt dazu, dass es nahezu unmöglich ist, die Visiten in einer ruhigen, ungestörten Atmosphäre abzuhalten. Es zeigte sich, dass jedes Gespräch im Mittel von 2,2 verschiedenen Störfaktoren begleitet wird. Die für diese Studie berücksichtigten Störfaktoren waren Hintergrundgeräusche, Gespräche im Hintergrund,

das Öffnen und Schließen der Türe, das Läuten eines Telefons oder die Unterbrechung der Visite durch dritte Personen. Wichtig dabei zu erwähnen ist, dass dies noch nicht bedeutet, dass die Störfaktoren nur einmal im Gespräch auftraten: Von 50 analysierten Gesprächen wurden z.B. allein 42 durch Hintergrundgeräusche beeinträchtigt.

War in der Arbeit von Papsdorf (2008) die Hälfte aller Gespräche von einer oder mehr Störungen betroffen, lag der Prozentsatz in dieser Studie bei über 90 Prozent. Lediglich 4 von 50 Gesprächen an der Orthopädischen Station konnten ohne jeden Einfluss von Störfaktoren durchgeführt werden. Die häufigste Art der Störung stellten in der Arbeit von Papsdorf (2008) Personenwechsel mit Betreten oder Verlassen des Raums dar. Im Gegensatz dazu standen hier mit 37,48 Prozent aller Störungen die Hintergrundgeräusche im Vordergrund. Allein das Öffnen und Schließen des Verbandkastens produziert eine nicht zu unterschätzende Geräuschkulisse und beeinträchtigt das Visitengespräch oft mehrmals. Bei diesem Vergleich der Störfrequenz darf nicht außer Acht gelassen werden, dass in der Studie von Papsdorf (2008) die Patienten in einen eigens dafür bereitgestellten Untersuchungsraum kommen konnten und die Visiten dieser Studie in den Zimmern (mit Mehrfachbelegungen) abgehalten wurden.

Unter dem Aspekt der frequenten Störungen wäre es vielleicht anzudenken, die Morgenbesprechung der Orthopädischen Station auf 7 Uhr vorzulegen und erst um 7.30 die Visiten, dafür dann in einem Zug, durchzuführen. Damit wäre den Patienten und vor allem dem Pflegepersonal etwas mehr Zeit gegeben, die notwendigen Handgriffe vorneweg ungestört durchzuführen um dafür bei der anschließenden Visite das Zimmer zur Gänze den Visitentams zu überlassen. Dagegen spricht jedoch die Tatsache, dass die Ärzteschaft der Universitätsklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie in ihrer Freizeit, nämlich eine Viertelstunde vor dem offiziellen Dienstantritt um 7 Uhr 15, die Visiten durchführt und daher aus Gründen des Zeitmanagements die Morgenbesprechung nicht vorverlegt werden kann.

Wie bereits oben kurz skizziert, konzentriert sich das Ärztekollektiv zwischen 7 Uhr und 8 Uhr früh auf das Abhalten der Visite und der Morgenbesprechung. Nach 8 Uhr früh haben die Ärzte der Station für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Verpflichtungen bei Operationen bzw. in den Ambulanzen, wo Verzögerungen vermutlich genauso wenig toleriert werden würden. Da die Besprechung am Morgen mit meist 30 Minuten

anberaumt ist und die Dauer nur unerheblich schwankt, bedeutet dies für die Visite, dass ihr ebenfalls ca. 30 Minuten an Zeit zur Verfügung steht. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass diese halbe Stunde nicht variabel ist: An Tagen mit vielen, intensiv zu betreuenden Patienten kann diese Zeitspanne nicht verlängert werden. Da es de facto nicht die Option gibt, Patienten erst am Nachmittag zu visitieren, wird alles so in diese 30 min „gedrängt“, sodass der Akt der Visite zumindest formal abgeschlossen ist (das Beispiel eines Gespräches mit nur 11 Sekunden Dauer wurde bereits erwähnt). Aber all dies wirkt sich nicht nur auf die zeitliche, sondern auch auf die kommunikative Komponente aus.

Analysiert wurden in dieser Studie desweiteren die Gesprächseröffnung- und beendigung: Wurde der Gesprächspartner, also in diesem Fall entweder der Patient oder der Visitierende, begrüßt bzw. verabschiedet und wenn, von wem wurde die Initiative gestartet und wer reagierte darauf? In 13 von 50 Gesprächen (26 Prozent) an der orthopädischen Station fand weder initiativ noch reaktiv eine direkte Begrüßung von Seiten des Patienten statt. In 30 von 50 Gesprächen (60 Prozent) gab es keine direkte Verabschiedung von Seiten des Visitierenden, auch wenn vorher eine initiativ Verabschiedung des Patienten stattgefunden hatte. Dieser Trend findet sich auch in der Arbeit von Papsdorf (2008), bei der es in nur 4 von 50 Gesprächen (8 Prozent) zu einer Verabschiedung durch den Visitierenden kam, wohlgermerkt 4 mal reaktiv nach einer initiativen Verabschiedung durch den Patienten. Der Aufbau der Visite in der Studie von Papsdorf (2008) war jedoch gänzlich anders als in dieser Studie: Wurde in der deutschen Arbeit jeder Patient einzeln in ein Zimmer gebeten, das von Ärzten belegt war, kamen hier die Visitenteams zu den Patienten ans Bett. Viele der Visitierenden an der Station für Orthopädie begrüßten bereits beim Eintreten in das Krankenzimmer alle darin untergebrachten Patienten mit einem „Guten Morgen“ und verzichteten dann im direkten Patientengespräch auf eine nochmalige dezidierte Begrüßung. Dies gilt es bei den vorliegenden Ergebnissen der Gesprächseröffnung zu berücksichtigen. Da es kaum allgemeine Verabschiedungen an alle Patienten beim Verlassen des Krankenzimmers gab, entschuldigt es aber noch nicht die seltene Verabschiedung von Seiten des Visitierenden an den Patienten.

Im Visitengespräch dominierte, ähnlich wie in der Arbeit von Papsdorf (2008), auch in dieser Studie der Visitierende. Dies manifestiert sich nicht nur am Redeanteil gemessen an der Wörterzahl sondern auch in Hinsicht auf die Verteilung von Initiativen und Responsiven seiner Rede.

Lag der Redeanteil gemessen an der Wörteranzahl in der Arbeit von Papsdorf (2008) auf Seiten des Visitierenden bei 81 Prozent und auf Seiten des Patienten bei 19 Prozent, so war diese Tendenz, wenn auch abgeschwächt, genauso in dieser Studie ersichtlich: 69,6 Prozent aller Wörter wurden vom Visitierenden gesprochen, weniger als jedes 3. Wort (20,4 Prozent) entfiel auf einen Patienten. Dieses Ergebnis deckt sich ziemlich genau mit dem von Nordmeyer und Nordmeyer et al. (1981) gemessenen Wert von 63 Prozent Redeanteil des Visitenführers.

Betrachtet man die Verteilung von Initiativen und Responsiven, so kristallisierte sich die zurückhaltende, abwartende und reagierende Gesprächsposition des Patienten heraus: 67 Prozent aller Gesprächsbeiträge des Visitierenden sind initiativ und 33 Prozent reaktiv. Umgekehrt finden sich in der Analyse der Gesprächsbeiträge des Patienten nur 46 Prozent Initiativen, aber 54 Prozent Responsiven. Noch eklatanter ist der Unterschied in der Arbeit von Papsdorf (2008): Hier waren 83 Prozent der Wortmeldungen des Visitierenden in Initiativen formuliert, dahingegen waren 66 Prozent der Wortmeldungen des Patienten reaktiver Art.

Deutlich wird die reaktive, zurückhaltende Position des Patienten auch in der Betrachtung des Anteils der Einwortsätze an der Gesamtheit der Sätze: Beinahe jeder 2. Satz (48 Prozent) der Patienten bestand aus nur einem Wort. Damit liegt dieser Wert über den in dieser Hinsicht von Papsdorf (2008) ermittelten Prozentsatz (32 Prozent). Auch die Visitierenden sprachen in dieser Studie zu etwa einem Drittel in Einwortsätzen (30 Prozent), wohingegen lediglich 8 Prozent aller Sätze des Visitierenden bei Papsdorf (2008) aus nur einem Wort bestanden.

Berücksichtigt man die dominierende Stellung des Visitierenden und die reaktive Haltung des Patienten im Arzt-Patienten Gespräch dieser Studie, so lassen sich mögliche Erklärungen für das häufige Heranziehen dieser prägnanten Satzform finden. Der Patient,

der den Stress des medizinischen Personals am Morgen spürt, möchte während der Visite möglichst kooperieren. Auf geschlossene Fragen des Visitierenden wird, wie später noch verdeutlicht wird, mit Einwortsätzen geantwortet, um das Gespräch nicht zu verzögern. Auch den Erklärungen des Visitierenden über Befunde oder das weitere Prozedere wird, so scheint es, mit knappen Äußerungen, sowohl paraverbal als auch in einem Wort, zugestimmt.

Gründe dafür, so wie sie auch in der Arbeit von Papsdorf (2008) diskutiert werden, könnten darin liegen, dass die Patienten Angst haben, die Routine der Krankenhausbelegschaft mit Fragen oder ausführlichen Antworten zu unterbrechen und evtl. Behandlungsnachteile fürchten, wenn zuviele Fragen von ihrer Seite gestellt werden (Nothdurft, 1982).

Dies manifestiert sich des Weiteren in den Ergebnissen der Frageaktivitäten bzw. im Modus der Fragestellung an sich. In der Studie von Papsdorf (2008) hatte der Visitierende durchschnittlich 2 Fragen pro Gespräch an den Patienten, der hingegen mit 1 Frage an den Visitierenden nur halb so viele Fragen stellte. In den Gesprächen an der Station für Orthopädie wurden auf beiden Seiten, sowohl auf Seite des Visitierenden als auch auf Seite des Patienten, in etwa doppelt so viele Fragen registriert. Mit 3,82 Fragen (Visitierender an Patient) und 2,6 Fragen (Patient an Visitierender) wird nochmals die vorrangige Stellung des Visitierenden im Arzt-Patienten Gespräch ersichtlich.

Betrachtet man den Modus der Fragestellung des Visitierenden an den Patienten und unterteilt die Fragen in einen offenen, einen geschlossenen, einen suggestiv und einen Katalog-Modus, so zeigt sich sowohl in der Arbeit von Papsdorf (2008) als auch in dieser Studie eine klare Dominanz des geschlossenen Fragetyps, der mit kurzen Sätzen und einem eingeschränkten Spektrum an Möglichkeiten zu beantworten ist. In der Studie von Papsdorf (2008) wurden 63 Prozent aller Fragen geschlossen und nur 17 Prozent offen formuliert. Ausgeglichenener, wenn auch noch immer mit deutlichem Vorteil für den geschlossenen Typ, ist das Verhältnis in dieser Studie mit 55 Prozent (geschlossen) zu 34 Prozent (offen).

Obwohl damit an der Station für Orthopädie doppelt so viele Fragen des Visitierenden in einem offenen Modus formuliert werden (verglichen mit den Fragen der Visitierenden in der Arbeit von Papsdorf 2008), zeigt sich eine deutliche Tendenz hin zu geschlossenen

Fragen. Erklärungsansätze können, wie schon erwähnt, darin liegen, dass Informationen durch die Visitierenden gezielt abgefragt werden. Nur die vom Visitierenden benötigten Antworten werden durch eng formulierte Fragen vom Patienten gefordert. Details und beiläufige Informationen, wie sie durch offene Fragen zu Tage gefördert werden, werden somit zugunsten der kürzeren Antwort, die eine geschlossene Frage liefert, abgeschnitten.

Bedenkt man die Situation der Visitierenden, innerhalb von kürzester Zeit den Patienten zu versorgen, ihn über den Verlauf der Krankheit bzw. die aktuellen Befunde zu informieren und Informationen der Patienten durch Fragestellungen zu sammeln, verwundern diese Ergebnisse aber nicht.

Die Fragemodi der Patienten wurden in dieser Studie nicht eingehend untersucht, wohl aber die Antwortreaktionen der Visitierenden. Sowohl in der Arbeit von Papsdorf (2008) als auch in dieser Studie zeigte sich, dass der Großteil der Fragen der Patienten, 75 Prozent bei Papsdorf (2008) und 90 Prozent in dieser Studie, nach bestem Wissen und Gewissen des Visitierenden, also symmetrisch, beantwortet wurden. An der Station für Orthopädie wurde lediglich ein kleiner Anteil der Fragen nicht beachtet (2,5 Prozent) oder die Antwort auf nebensächliche Aspekte verschoben (1,7 Prozent).

Die Ergebnisse spiegeln sich in den Antwortreaktionen des Visitenführers, als auch in den Auswertungen der subjektiven Fragebögen der Patienten wider: Eine überwältigende Mehrheit der Patienten (90 Prozent) gab an, immer das Gefühl zu haben, Fragen stellen zu können. Ein beinahe genauso hoher Prozentsatz (82 Prozent) der Patienten empfand, dass die von ihnen gestellten Fragen genau beantwortet werden.

In dieser Studie wurden in jedem Gespräch durchschnittlich 1,38 Fachwörter (von Seiten des Visitierenden) verwendet. Damit liegen diese Ergebnisse über dem Wert der Studie von Papsdorf (2008) mit durchschnittlich 0,82 Fachwörtern pro Gespräch. Der Prozentsatz an Fachbegriffen, die dem Patienten vom Visitierenden erklärt wurden, lag in dieser Studie in etwa bei 15 Prozent, im Vergleich zu 20 Prozent bei Papsdorf (2008). Da die Patienten nach dem Visitengespräch nicht befragt wurden, welches Vokabular für sie unverständlich war, kann nicht geklärt werden, ob die visitierenden Ärzte in

Vorbesprechungen oder Aufklärungsgesprächen bereits auf diese gesonderten Begriffe eingegangen waren.

Die Arbeit von Papsdorf (2008) und diese Studie an der Station für Orthopädie lieferten hinsichtlich der Satzstrukturen sehr ähnliche Ergebnisse. Mehrheitlich findet die Kommunikation zwischen Visitierendem und Patienten in einfachen, vollständigen Sätzen statt. Dies manifestiert sich in dieser Studie dahingehend, dass mit 93,55 Prozent einfache Satzstrukturen des Visitierenden eindeutig die Mehrheit seiner verwendeten Sätze darstellen. Auch bei den Patienten findet sich mit 96 Prozent an einfachen Sätzen ein vergleichbarer Wert. Papsdorf (2008) ermittelte einen Wert von 93 Prozent an einfachen Sätzen des Visitierenden und 99,7 Prozent des Patienten.

Das Verhältnis zwischen vollständigen und unvollständigen Sätzen war bei der Analyse der Sätze des Visitierenden in dieser Studie mit 65 Prozent vollständigen Sätzen und den Sätzen der Patienten (64 Prozent vollständige Sätze) auffallend gleich gelagert. In der Studie von Papsdorf (2008) findet sich ein Wert von 66 Prozent an vollständigen Sätzen des Visitierenden und 72 Prozent des Patienten.

Es kann hinsichtlich der Satzstrukturen innerhalb der Arzt-Patienten Kommunikation angenommen werden, dass die Gesprächspartner versucht sind, den Fokus auf den raschen Austausch von Information und nicht auf die Art und Weise der Übermittlung jener zu legen. Diese Ergebnisse stimmen mit dem hohen Prozentsatz an Einwortsätzen überein, die die Dominanz eines Gesprächspartners untermauern, der über Call & Response (zu deutsch: Frage & Antwort) die Kommunikation bestimmt.

Im personalinternen Gespräch liefert die Studie von Papsdorf (2008) hinsichtlich der Satzstrukturen wieder vergleichbare Ergebnisse. Mit über 95 Prozent der Sätze richtet sich der Visitierende hauptsächlich in einfachen Sätzen an seine Kollegen bzw. an das Pflegepersonal. Da in dieser Studie nur Satzstrukturen des Visitierenden und des Patienten ausgewertet wurden, können keine dezidierten Vergleiche der Zahlen angestellt werden. Wie die Textbeispiele des personalinternen Gesprächs im Ergebnisteil jedoch erkennen lassen, kann man in den Visitengesprächen an der Station für Orthopädie einen Trend hin zu kurzen bzw. nur aus einem Wort bestehenden Sätzen erkennen.

Um eine Vergleichbarkeit der inhaltlichen Analysen der Gespräche herzustellen, müssen einige Punkte vorweg geklärt werden: In der deutschen Arbeit von Papsdorf (2008) überwogen mit 41 Prozent der Kommunikation des Visitierenden die Verhaltensanweisungen an den Patienten. Für die Auswertung der Themenverteilung der Gespräche in dieser Studie wurde der Punkt Verhaltensanweisung jedoch in den Überbegriff „Medizinische und Pflegerische Maßnahmen“ integriert. Darüber hinaus sollte, zum Verständnis der Zuordnungskriterien der Sätze zu einem Themengebiet, die Schlagwortliste bzw. Vorgehensweise des Studienführers unter dem Punkt „Material & Methoden“ nachgelesen werden. Da es in der Arbeit von Papsdorf (2008) nicht nachvollziehbar ist, welche Sätze welchen Themen zugeteilt wurden, sollte ein direkter Vergleich der Daten nur äußerst vorsichtig erfolgen.

Betrachtet man, unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkungen, die Ergebnisse dieser Studie und der Studie von Papsdorf (2008), so lassen sich trotzdem Tendenzen erkennen. In der Gesamtverteilung der Themen, ohne Beachtung der Adressaten und Sprecher, dominierten mit ca. 38 Prozent medizinische und pflegerische Maßnahmen die Kommunikation, gefolgt von der Thematisierung der Erkrankung und ihrer Befunde mit 30 Prozent und Gesprächen über die aktuellen Beschwerden und der aktuellen Situation (14,31 Prozent). Dieses Verhältnis findet sich auch in der speziellen Analyse der Kommunikation des Visitierenden, mit leichten Zugewinnen für Gespräche über medizinische und pflegerische Maßnahmen. Auch die Themenverteilung der Kommunikation des Patienten zeigt ein ähnliches Ergebnis, hier findet sich jedoch eine gleichmäßigere Verteilung und ein höherer Anteil an Sätzen über die aktuelle Situation und aktuelle Beschwerden.

Auffallend in allen Analysen war der verschwindend geringe Anteil der Inhalte über die psychische bzw. soziale Lage (des Patienten). Mit nicht einmal 1 Prozent an der Gesamtverteilung der Themen bildet dieser Punkt das absolute Schlusslicht in der Analyse der Inhalte. Ein ähnlicher Wert (0,74 Prozent) findet sich in der Arbeit von Papsdorf (2008).

Gründe für das Ergebnis in der Studie an der Orthopädischen Station könnten sich aus

dem Anspruch der Chirurgie an sich ergeben: Der Fokus liegt an Stationen für Orthopädie bzw. orthopädische Chirurgie auf der Behebung der somatischen Ursache. Die Krankheit, die den Patienten an diese Klinik führt, ist durch Defekte am Bewegungsapparat bedingt, oder in diesem Umkreis zu suchen. Mit Hilfe von Bewegungstests, Blutbefunden und vor allem radiologischer Unterstützung können die Ursachen der Beschwerden zumeist eindeutig auf einen Bereich im Körper zurückgeführt werden. Der chirurgische Zugang besteht im Ausschalten der Ursache, der manualen Therapie und Unterstützung. Es soll an dieser Stelle nicht das vereinzelte Vorkommen von Somatisierungsstörungen von Patienten in den Fachgebieten der Chirurgie in Abrede gestellt werden. Trotzdem kann eine eindeutige Tendenz hin zur Zentrierung der somatischen Beschwerden und ihrer körperlichen Ursachen festgestellt werden. Zu untersuchen wäre, ob die Ausklammerung der Gespräche mit psychischen und sozialen Inhalte zu einem Anstieg an Anforderungen von klinischen Psychologen oder Konsiliarbesuchen im Vergleich zu internistischen Stationen führt.

In Anlehnung an die Arbeit von Papsdorf (2008) wurden die Patienten auch im Rahmen dieser Studie gebeten, Fragebögen hinsichtlich ihres subjektiven Erlebens des Visitengeschehens auszufüllen. So wurden den teilnehmenden Patienten im Anschluss an die Visite standardisierte Fragebögen ausgeteilt. Die Ergebnisse dieser Befragungen können als zusätzliches Kriterium in der Analyse des Arzt-Patienten Gesprächs gewertet werden. So liefern die formal quantitativen Analysen der transkribierten Gespräche Ergebnisse, die durch die subjektive Einschätzung der Patienten, bezogen auf einzelne Aspekte der Visite, ergänzt werden. Einige Ergebnisse dieser Fragebögen sollen an dieser Stelle noch einmal diskutiert werden.

72 Prozent der teilnehmenden Patienten an der Station für Orthopädie empfanden die Atmosphäre des Visitengesprächs als völlig angenehm, weitere 28 Prozent zumindest meistens. Damit ähneln diese Ergebnisse den Auswertungen der Fragebögen in der Studie von Papsdorf (2008), die vergleichbare Daten liefern. Auch bezüglich der Frage, ob sich der Arzt für das Visitengespräch genügend Zeit nimmt, herrschte Übereinstimmung: 90 Prozent der Patienten dieser Studie bejahten diesen Punkt völlig oder zumeist, im

Vergleich zu 84 Prozent in der deutschen Studie (2008). Erstaunlicherweise empfanden 82 Prozent aller befragten Patienten die anwesenden Personen während des Gesprächs als zu keiner Zeit störend. Betrachtet man die Umstände, dass neben den Teilnehmern der eigentlichen Visite häufig auch parallele Visitentteams bzw. weiteres Pflegepersonal im Krankenzimmer anwesend waren, erstaunen diese Angaben. Eventuell bezog sich die Bewertung der Patienten rein auf die Personen der eigenen Visite und blendete die Personen in der weiteren Umgebung aus.

Ein Großteil der Patienten (74 Prozent) meinte, dass die Visitingespräche in einer völlig verständlichen Form durchgeführt werden. Im Vergleich dazu empfanden nur 4 Prozent der Befragten die Visite als meist nicht verständlich. Damit liegt dieser Wert deutlich unter dem Wert in der Arbeit von Papsdorf (2008) mit 22 Prozent.

Größere Übereinstimmung liefert die Auswertung der Punkte hinsichtlich der Fragen des Patienten: 90 Prozent der Patienten waren sich sicher, die Möglichkeit zu haben, bei Unklarheiten nachzufragen (im Vergleich zu 78 Prozent in der Arbeit von Papsdorf (2008)), 96 Prozent der Patienten empfanden, ihre Fragen an die Visitierenden würden immer oder meistens genau beantwortet (88 Prozent bei Papsdorf (2008)).

Die Mehrheit der Befragten in beiden Studien empfand, dass sie sowohl ausreichend in das Gespräch mit einbezogen wurden, als auch, dass sie die Möglichkeit hatten, ihre Sorgen im Gespräch anzubringen. Ein anderes Bild bietet sich bei der Frage, ob die Patienten gerne mehr in das Visitingespräch mit einbezogen werden wollten: Gaben in der Studie von Papsdorf (2008) 42 Prozent der Patienten an, diesen Wunsch nie zu verspüren, waren es in dieser Studie mit 58 Prozent sogar die Mehrheit.

Nahezu alle Patienten (98 Prozent) waren der Ansicht, das Visitingespräch hätte immer oder meistens einen hohen Stellenwert während ihres Krankenhausaufenthaltes. Damit liegen diese Ergebnisse nahe an denen von Papsdorf (2008) mit 96 Prozent. Beinahe dieselben Angaben finden sich bei der Frage, ob das Visitingespräch das Vertrauen zu den Ärzten verstärken würde: Für 98 Prozent der Patienten dieser Studie traf diese Aussage völlig oder meistens zu, im Vergleich zu 92 Prozent bei Papsdorf (2008).

Völlig zufrieden mit der Visitenführung waren in der Studie an der Station für Orthopädie 60 Prozent der Befragten (64 Prozent bei Papsdorf (2008)), weitere 36 Prozent gaben an,

meistens zufrieden zu sein (22 Prozent bei Papsdorf (2008)). Völlige Unzufriedenheit wurde in keiner der beiden Studien angegeben.

„Entgegen zahlreicher Untersuchungsbefunde, die entschieden auf Kommunikationsdefizite zwischen Arzt und Patient hinweisen, zeigen sich in Befragungen diesbezüglich immer wieder hohe bis sehr hohe Zufriedenheitsangaben der Patienten“ (Langewitz, Wolf; Keller, Anne; et al. (1995): Patientenzufriedenheits-Fragebogen: Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patienten Beziehung? In: *Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik und medizinische Psychologie* (1995). 45: S. 351-357.).

Dieses Zitat kann durch die Auswertung der Fragebögen in dieser Studie nur bestätigt werden. Auffallend ist die Tendenz der Patientenantworten hin zu den Extremen des Spektrums an möglichen Antworten: Es zeigte sich ein großteils undifferenziertes Bild der Antworten mit völliger Bestätigung oder völliger Ablehnung der Fragestellung. Die Vermeidung dieser Endpunkte, um eine Distanz zu betonen, könnte eventuell stärker interpretiert werden, als es die objektive Auswertung der Antworten zulässt. 28 Prozent der Patienten gaben an, die Atmosphäre des Visitengesprächs als meist angenehm zu empfinden. Es ist anzuzweifeln, dass dieses Ergebnis nur positiv für die Visitenatmosphäre zu werten ist, oder ob hier die Distanz zur völligen Zustimmung nicht mehr Gewichtung hat.

Gründe dafür, warum Patienten ihr wahres Empfinden in einem Fragebogen nicht ehrlich preisgeben, werden in der Arbeit von Papsdorf (2008) mit Hinweisen auf vorangegangene Arbeiten angeführt. Ein Kriterium für eine negative Einflussnahme auf ehrliche Antworten könnte die Hilfe seitens des Studienführers beim Ausfüllen der Fragebögen sein. Obwohl vor jeder Hilfestellung ausdrücklich erwähnt wurde, dass die gegebenen Antworten vertraulich und anonym behandelt werden würden, das Personal diese Bögen also zu keiner Zeit zu Gesicht bekommt, könnte trotz allem die Vorsicht der Patienten überwiegen, im Zweifelsfall das Visitengespräch positiver zu beurteilen als wahrgenommen. Die Angst, die Angaben könnten einen negativen Einfluss auf die weitere Behandlung nehmen, spielt sicherlich auch hier, wie bereits in einem anderen Zusammenhang erwähnt, eine Rolle.

Des Weiteren nehmen generelle Faktoren, wie eine erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Operation bzw. die Wahrnehmung des bisherigen Aufenthaltes an der Station, einen Einfluss auf die Antworten bezüglich des Erlebens der Visite (Olandt, H.; Krentz, H., 1998). Auch wenn die Signifikanz der Ergebnisse aus den Fragebögen somit nicht auf eine Stufe mit den Ergebnissen aus der Analyse der Visitengespräche gestellt werden sollte, erweitert die Verwendung eines Fragebogens die Möglichkeiten der Auswertung um ein subjektives Kriterium.

Für weitere, ähnlich gelagerte Studien in der Zukunft sollte angedacht werden, ob die visitennahe Aushändigung der Fragebögen, wie sie in dieser Studie durchgeführt wurde, oder die Zusendung eines Fragebogens, zum Beispiel eine Woche nach der Entlassung, verwertbarere Ergebnisse liefert. Bedacht werden muss, dass die Rücklaufquote der Fragebögen nach Entlassung bei weitem geringer ausfallen wird und die Bewertungen der Visitengespräch nicht mehr auf ein spezielles Gespräch zurückzuführen sind, sondern als eine allgemeine Aussage zu allen Visiten des Aufenthaltes (oder den markanten Gesprächen, die in Erinnerung blieben) gesehen werden sollte.

5. Literaturverzeichnis

Dorfmüller, Monika (2001): Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/Lech: Ecomed Verlag. S. 11-336.

Hellmann, Wolfgang; Hoefert, Hans W. (2008): Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. 1. Aufl. Heidelberg, Neckar: Economica Verlag. S. 313-325.

Höfer, E.; Streicher, H. J. (1980): Patientenaufklärung. Untersuchungen zur Interaktion an chirurgischen Patienten. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (1980). 105(19): S. 694–697.

Hüper, Christa; Hellige, Barbara (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen - Grundlagen - Konzepte - Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Langer, Thorsten; Schnell, Martin W. (Hg.) (2009): Das Arzt-Patient-Patient-Arzt-Gespräch. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Marseille Verlag. S. 13-157.

Langewitz, Wolf; Keller, Anne; et al. (1995): Patientenzufriedenheits-Fragebogen: Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patienten Beziehung? In: *Zeitschrift für Psychotherapie Psychosomatik und medizinische Psychologie* (1995). 45: S. 351-357.

Löning, Petra; Rehbein, Jochen (Hg.) (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin: Walter de Gruyter Verlag. S. 149-176.

Luban-Plozza, Boris (Hg.) (1991): Der alternde Mensch und sein Arzt. Sonderausg. für Forum Galenus, Mannheim. Berlin: Springer Verlag. S. 6-44.

New, Peter W. (2008): Survey of patients' preference for the location of rehabilitation ward rounds. In: *J Rehabil Med.* (2008). 40(8): S. 678–680.

Nordmeyer, J; Nordmeyer, J.-P.; Deneke, F.-W.; von Kerekjarto, M. (1981): Formal-quantitative Aspekte des Sprachverhaltens von Arzt und Patient während der Visite. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* (1981). 10(3): S. 220-231.

Nothdurft, Werner (1982): Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus-Visiten. In: Köhle, Karl; Raspe, Hans-Heinrich (Hg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg. S.23-35

Olandt, H.; Krentz, H. (1998): Patientenzufriedenheit: Subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken. In: *Gesundheitswesen* (1998). 60: S. 721-728.

Papsdorf, Ines (2008): Das Gespräch zwischen Arzt und Patient in der ophthalmologischen Visite. Eine formal quantitative Untersuchung. Inaugural - Dissertation. Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald. Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde; Institut für Medizinische Psychologie.

Scholz, Herwig (1999): Kommunikation im Gesundheitssystem. Handbuch zur Konfliktvermeidung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie. S. 25-117.

Strotzka, Hans; Wimmer, Helga (1986): Arzt-Patient-Kommunikation im Krankenhaus. Wien: Facultas-Univ.-Verlag. S. 5-42.

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. 11-122.

Tress, Wolfgang; Kruse, Johannes; Ott, Jürgen (Hrsg.). (2004): Psychosomatische Grundversorgung. Kompendium der interpersonellen Medizin. (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag. S. 45-118.

Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. (2007): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. (11. Auflage). Bern: Huber Verlag. S. 53

Wedler, Hans-L. (1998): Das ärztliche Gespräch. Anleitung zur Kommunikation in der psychosomatischen Grundversorgung. Stuttgart: Schattauer Verlag. S. 2-64.

6. Anhang

6.1 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 circa 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.)

6.2 Fragebogen zum Arzt-Patienten Gespräch

- 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 Visitengespräch einbezogen werden.

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

Fragen zur Bedeutung/Zufriedenheit:

10. Das Visitengespräch 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 Visitengespräch 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...