

Diplomarbeit

**Einschätzung der Qualität und des Ablaufes der
Visitengespräche an einer Universitätsklinik für
Unfallchirurgie aus ärztlicher Sicht und der
Pflegeperspektive:
Möglichkeiten zur Optimierung**

eingereicht von

Nina Berghofer

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der Klinik

für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

unter der Anleitung von

Sen.-Scientist Priv.-Doz. Dr.med.univ. Christian Fazekas

Graz, den 4. November 2015

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 4. November 2015

Nina Berghofer eh.

Danksagungen

Ich möchte mich herzlichst bei Herrn Priv. Doz. Dr. Christian Fazekas für die Betreuung, die Mühe, die Anregungen und die konstruktive Kritik während meiner Diplomarbeit bedanken.

Ein weiteres Dankeschön gilt Prof. Dr. Wolf Langewitz, Prof. Seitz, meinem Kollegen Tazio Roche und dem Team der Univ.-Klinik für Unfallchirurgie am LKH-Univ.-Klinikum Graz, welche mir die Durchführung der Studie ermöglichten.

An dieser Stelle möchte ich mich auch von Herzen bei meiner Familie und meinen Freundinnen und Freunden bedanken, die mir im Laufe meines Studiums immer zur Seite gestanden sind, mich ermutigt und immer unterstützt haben.

Liebe Lisa – Danke für deine Unterstützung!

Zusammenfassung

In Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Graz und dem Universitätsklinikum Basel, haben die Institute für medizinische Psychologie und Psychosomatik sich in einem Kooperationsprojekt bemüht, die Zufriedenheit mit der Visite vor und nach einem spezifischen Kommunikationsworkshop für Ärztinnen/Ärzte auf einer bettenführenden unfallchirurgischen Station zu messen und gleichzeitig festzustellen, ob sich die Zufriedenheit mit der Visite aus ärztlicher Sicht und aus der Pflegeperspektive verbessert.

Es war geplant, im Zeitraum von ca. einem halben Jahr ein spezielles Kommunikationstraining für Assistenzärztinnen/Assistenzärzte und Fachärztinnen/Fachärzte der Unfallchirurgie Graz, sowie ein „Training on the job“, anzubieten.

Ein abrupter Wechsel des Vorstandes, sowie eine Diskrepanz zwischen den ärztlichen Ressourcen und der Leitung, sorgten für einen akuten Personalengpass, so dass keine Zeit und kein Interesse mehr für einen Kommunikationsworkshop blieb und das Projekt in der ursprünglichen Form abgesagt werden musste.

In der vorliegenden Arbeit wird dennoch auf die Möglichkeiten eingegangen, wie man diese Idee in Zukunft umsetzen könnte und positiv für eine Gesprächsverbesserung nutzen kann. Sie stellt eine Voruntersuchung dar, um eine Studie mit den verwendeten Fragebögen und Beobachtungsprotokollen durchzuführen.

Im Vorhinein wurde der Messzeitpunkt A erhoben, indem von der Uni Basel entwickelte Fragebögen an alle Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal und eine bestimmte Anzahl eingewilligter Patientinnen/Patienten ausgeteilt und ausgewertet wurden. Im Anschluss wurden Visitengespräche von allen visitenführenden Ärztinnen/Ärzten der Station im Zeitraum von März bis Mai 2014 von einer Diplomandin und einem Diplomanden beobachtend begleitet und nach einem gewissen Schema bewertet und alle Gesprächsimpulse im Zuge der Visite ebenfalls schematisch mitdokumentiert.

Anhand einer umfangreichen Literaturrecherche wurden in dieser Diplomarbeit Grundlagen für den Aufbau einer zufriedenstellenden Gesprächsführung, welche man in Kommunikationsworkshops trainieren kann, erarbeitet.

Aus der Fachliteratur wurden bereits bestehende Gesprächsführungsmodelle miteinbezogen, um festzustellen, ob ein spezifisches Kommunikationstraining die ärztliche Gesprächsführung verbessert.

Abstract

"Assessment of quality and procedure of ward rounds at a university hospital of traumatology from a doctor's and nursing perspective: Possibilities to optimize"

In cooperation with the Medical University of Graz and the University Hospital of Basel, the institutes for Medical Psychology and Psychosomatics have entered into a collaborative project to measure the satisfaction with ward rounds before and after a specific communication workshop for doctors leading a traumatology station. The research aims to determine whether a specific communication workshop is able to improve the satisfaction with ward rounds from a trauma doctor's and nursing perspective.

The plan was to offer a special communication training for assistants and specialists, as well as a "training on the job" for a period of about six months.

At the time of implementation unfortunately there were some internal personnel changes and the project could not be carried out. A change of the board as well as discrepancies between the medical staff and management (leadership) resulted in an acute staff shortage and therefore neither time nor interest remained for the communication workshop mentioned above.

The present work will deal with the possibilities of how to implement this idea in the future and how protocols and questionnaires can be used as a verification process to create positive improvements for ward rounds.

In the run-up, at measurement time "A", questionnaires developed by the University of Basel were handed out to all the doctors, nurses and a certain number of study subjects and evaluated afterwards. Ward rounds were observed by two graduates between March and May 2014 and evaluated and documented according to a certain scheme.

The extensive literature research in this thesis is the foundation for the establishment of a satisfactory conversation which can be expanded during communication workshops.

Existing literature conversation models were utilized to determine whether a specific communication training has the potential to improve medical doctors' interviews.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract	v
Inhaltsverzeichnis	vii
Glossar und Abkürzungen	ix
Abbildungsverzeichnis	x
Tabellenverzeichnis	xi
1. Einleitung	1
1.1. Die ärztliche Visite	1
1.1.1. Der Ablauf einer Visite	4
1.1.2. Die unfallchirurgische Visite und deren Besonderheiten	5
1.2. Grundlagen der Kommunikation	10
1.2.1. Ärztliche Kommunikation	11
1.2.2. Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten	13
1.2.3. Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Pflege	16
1.3. Biopsychosoziales Modell	17
1.4. Gesprächstechniken und Modelle	18
1.4.1. Rahmenbedingungen	18
1.4.2. Aktives Zuhören	19
1.4.3. Zeitgrenzen und Themen fixieren	19
1.4.4. WWSZ	20
1.4.5. Richtiges Unterbrechen	21
1.4.6. Richtiges Fragen	21
1.4.7. Bühnenmetapher und Agenda festlegen	22
1.4.8. Buchmetapher	23
1.4.9. Das <i>Four Habits</i> Modell	24
1.4.10. Das NURSE-Modell	25
1.4.11. Common sense model of illness	25
1.5. Kommunikationstraining	26
1.6. Gründe für Kommunikationsprobleme	27
1.6.1. Aus Sicht der Patientin/des Patienten	27
1.6.2. Aus Sicht der Ärztin/des Arztes	29
1.6.3. Häufigste Kommunikationsstörungen	31
1.7. Überleitung auf die vorliegende Studie	32
2. Material und Methoden	33
2.1. Messinstrumente	33
2.1.1. Beobachtungen	33
2.1.2. Fragebögen	36
2.1.3. Patientinnendaten/Patientendaten	38
2.1.4. Kommunikationstraining „Training on the job“	39
2.2. Untersuchungsablauf	40
2.2.1. Ablauf während der Visite	42
2.3. Mitwirkende Personengruppen	43
2.3.1. Das Visitenteam	43
2.3.2. Die Patientinnen/die Patienten	44
2.4. Ziel der Studie	44
2.4.1. Arbeitshypothese	45

2.5. Statistische Auswertung.....	45
3. Ergebnisse	48
3.1. Deskriptive Statistik.....	48
3.1.1. Alters- und Geschlechtsgruppenverteilung.....	48
3.1.2. Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung	51
3.2. Vergleich der Beobachterübereinstimmung	53
4. Diskussion	55
4.1. Interpretation der Ergebnisse.....	55
4.1.1. Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung	55
4.1.2. Ergebnisse der Beobachterübereinstimmung	57
4.2. Einflüsse eines Kommunikationstrainings auf den Ablauf einer Visite	58
4.3. Verbesserungsvorschläge für einen Kommunikationsworkshop.....	59
4.4. Verbesserungsvorschläge für eine Unfallchirurgische Visite	61
5. Literaturverzeichnis	65
Anhang – Fragebögen.....	70
Fragebogen Ärzte	70
Fragebogen Pflegepersonal.....	72
Fragebogen Patienten	74
Anhang Beobachtungsprotokolle.....	76
Anhang Einwilligungserklärungen	80

Glossar und Abkürzungen

CA/LA = Chefärztin/Chefarzt, leitende Ärztin/leitender Arzt

OA = Oberarzt/Oberärztin

AA = Assistenzarzt/Assistenzärztin

PFLG = Pflegepersonal

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beobachtungsprotokoll „Kommunikationstechniken/Gesprächsführung“	34
Abbildung 2: Geplanter Studienablauf bei Ärztinnen/Ärzten	42
Abbildung 3: Altersgruppenverteilung des Pflegepersonals in Prozent	48
Abbildung 4: Altersgruppenverteilung des ärztlichen Personals in Prozent.....	49
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung des Geschlechts im ärztlichen Team	50
Abbildung 6: Grafische Darstellung der deskriptiven Statistik der Fragebogenuntersuchung für das Pflegepersonal.....	51
Abbildung 7: Grafische Darstellung der deskriptiven Statistik der Fragebogenuntersuchung für das ärztliche Team	52
Abbildung 8: Cohens Kappa (Beobachterübereinstimmung) separat für alle vier Faktoren.....	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ratingskalen der einzelnen Merkmale aus dem Beobachtungsprotokoll	
Kommunikationstechniken/Gesprächsführung.....	35
Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen des Pflegepersonals	49
Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen des ärztlichen Teams	50
Tabelle 4: Deskriptive Statistik der Fragebogenuntersuchung für das Pflegepersonal	52
Tabelle 5: Deskriptive Statistik der Fragebogenuntersuchung für das ärztliche Team.....	53

1. Einleitung

„Zuerst heile mit dem Wort, dann mit der Arznei und zum Schluss mit dem Messer.“

Asklepios

1.1. Die ärztliche Visite

Das Wort „Visite“, vom lateinischen Wort „visitatio“, bedeutet Besuch, Besichtigung, Durchsuchung oder Überprüfung. (Wisiak 2013)

Die tägliche stationäre Visite ist ein fixer Bestandteil eines Krankenhausalltags und bietet in den meisten Fällen den einzigen regelmäßigen Austausch zwischen Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzten und dem Pflegepersonal. Es wird der Visite eine hohe Erwartungshaltung entgegengebracht, jedoch sieht man in der Realität, dass viele Erkrankte den täglichen Austausch als enttäuschend erleben. (Geisler 2003)

Durch Zeitdruck bekommt sie häufig nur einen geringen zeitlichen Anteil des Stationsablaufes zur Verfügung gestellt. (Rixen, Hax, Wachholz 2015)

Die Aufgabe einer Visite ist es, die Patientinnen/die Patienten über den aktuellen Stand ihrer Erkrankung bzw. Verletzung zu informieren, weiteres Vorgehen regelmäßig zu planen und zu kontrollieren und Raum für Fragen zu eröffnen. Sie erlaubt den Austausch zwischen den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen, sowie den Informationsaustausch über etwaige Neuerungen. Es ist auch sehr wichtig der Pflege die Möglichkeit zu geben, über die Geschehnisse des Tages, wie z.B. das Schlafverhalten, Schmerzen der Patientinnen/der Patienten etc., berichten zu können. Weiters soll die Visite auch der Lehre für Medizinstudentinnen/Medizinstudenten und Jungärztinnen/Jungärzten dienen. (Rixen et al 2015)

Eine gute und zufriedenstellende Durchführung im Rahmen des stationären Routinealltags ist abhängig von der organisatorischen Absprache zwischen den Ärztinnen/den Ärzten und den Pflegepersonen. Wichtig ist auch inwiefern die Behandlungs- und Pflegepläne untereinander abgestimmt sind und wie gut die

Beziehung und Zusammenarbeit mit den einzelnen Patientinnen/Patienten gestaltet wird. (Langewitz, Weber 2011)

Pro Patientin/Patient dauert eine Visite im Durchschnitt 2,5 Minuten. Die Ärztin/der Arzt nimmt 60% des Gespräches ein. 30% der Zeit spricht die Patientin/der Patient und 10% das Pflegepersonal. (Schweickhardt, Fritzsche 2007) Die meisten Unterbrechungen gehen von der Ärztin/vom Arzt aus, die Patientin/der Patient erhält fast alle seine Informationen indirekt aus den Gesprächen zwischen den beteiligten Personen. Die Beobachtung zeigt, dass umso schlechter eine Prognose ist, desto weniger Informationen werden mit der Patientin/dem Patienten geteilt. Die Autoren Schweickhardt und Fritzsche meinen, dass 90% der Fragen in einem Visitengespräch schlecht, nicht zufriedenstellend oder nicht angemessen beantwortet werden. (Schweickhardt, Fritzsche 2007)

Der Stellenwert der Kommunikation und wie diese zu praktizieren ist, variiert deutlich je nach Fachrichtung. In der Psychiatrie zählt als therapeutische Maßnahme bereits das Sprechen und Zuhören. (Rixen et al 2015) Während eines Gespräches zum Thema „Indikation und Durchführung einer Implantatentfernung im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs“, steht hingegen vorrangig die Wahrnehmung der Dokumentationspflicht und das ordnungsgemäße Vorgehen unter juristischen Gesichtspunkten im Zentrum. (Rixen et al 2015)

Ein Unfallopfer beschäftigt sich wohl eher mit der Frage auf welche Art die Verletzung Auswirkungen auf sein späteres Leben haben wird, wohingegen eine Patientin/ein Patient mit Lungenentzündung auf einer internistischen Abteilung über die folgenden Behandlungsschritte und die Medikamenteneinnahme aufgeklärt werden möchte. (Rixen et al 2015)

Stunder (1987) zieht aus einer deutschen Feldstudie mit 360 Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten-Kontakten mittels Tonbandaufnahme an gynäkologischen Abteilungen folgende Schlüsse:

- Ärztinnen/Ärzte bezeichnen Gesprächssituationen dann als angenehm, wenn es der Patientin/dem Patienten innerhalb des Genesungsprozesses besser geht.

- Ärztinnen/Ärzte bezeichnen Situationen als unangenehm, in welchen sie diagnostisch, organ- oder geschäftstherapeutisch nicht weiterkommen und an ihre fachlichen Grenzen stoßen.
- In der Interaktion mit schwerkranken Menschen erweisen sich die meisten Ärztinnen/Ärzte als hilflos und versuchen solche Situationen zu vermeiden.
- Die Länge der Visite sagt nicht zwangsläufig aus, dass die Patientin/der Patient mehr Informationen über ihre/seine Krankheit bekommt.
- Je einfacher sich die Aufklärung gestaltet, desto eher werden Information verarbeitet und desto größer sind Zufriedenheit und Ausgeglichenheit der Patientin/des Patienten.
- Tonlage und Tonfall, sowie die Mimik beim Sprechen haben einen erheblichen Einfluss auf die Stimmung und Reaktion der Patientin/des Patienten.
- Visiten verlaufen kommunikativer, wenn eine Ärztin/ein Arzt beim Betreten des Krankenzimmers lächelnd auf die Patientin/den Patienten zugeht und sie/ihn namentlich per Handschlag begrüßt.
- Je weiter die Ärztin/der Arzt in der Fachärztinnenausbildung/Facharztausbildung ist, desto routinierter und sicherer wirkt sie/er, der persönliche Bezug nimmt allerdings ab.

Weiters schlussfolgert Stunder die Wünsche der Patientin/des Patienten an die Ärztin/den Arzt:

- Umfangreiche Informationen über ihren/seinen Gesundheitszustand
- Einfühlsame psychologische Übermittlung von Informationen
- Übereinstimmende Auskünfte verschiedener Ärztinnen/Ärzte an die gleiche Patientin/den gleichen Patienten
- Nur eine medizinische Bezugsperson während des Krankenhausaufenthaltes

- Gezielteres Eingehen auf die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten: mit ihr/ihm und nicht „über sie/über ihn“ sprechen
- Keine „Übermacht“
- Längere Visitenzeiten

Es ist außerdem zu erwähnen, dass sich Patientinnen/Patienten wünschen akute Aspekte ihrer Krankheit zu besprechen, verlässliche Aussagen über die nächsten Schritte zu bekommen und sie sich eine freundliche, warmherzige Gesprächsatmosphäre ersehnen, in der es ihnen gestattet ist, Gefühle zu verbalisieren. (Rixen et al 2015)

Visitengespräche sind von einer stärkeren Asymmetrie gezeichnet als ein gewöhnliches ärztliches Gespräch. Vor den Augen Dritter und Zimmerkolleginnen/Zimmerkollegen wird über Persönliches gesprochen und Untersuchungen durchgeführt. (Bergner 2009)

1.1.1. Der Ablauf einer Visite

Wisiak definiert den Ablauf einer Visite anhand dreier Schritte, welche im Folgenden vorgestellt werden.

Die Kurvenvisite im Besprechungszimmer: Das Team, bestehend aus verschiedenen Berufsgruppen, bespricht den Krankheitsverlauf, die Diagnostik und die Therapie anhand neuer vorliegender Befunde und bespricht das weitere Vorgehen. Das subjektive Krankheitserleben der einzelnen Patientin/des einzelnen Patienten sollte aus verschiedenen Sichtweisen gehört, beachtet und auch reflektiert werden.

Das Gespräch im Krankenzimmer: Nach der Begrüßung geht die Ärztin/der Arzt patientenzentriert vor, achtet auf neue Symptomschilderungen, Besorgnisse, Fragen und das emotionale Befinden der Patientin/des Patienten. Im Anschluss kann, falls notwendig, eine körperliche Untersuchung erfolgen. Im folgenden Gespräch bespricht man neue Ergebnisse und Maßnahmen. Am Schluss fasst die Ärztin/der Arzt das Gesagte zusammen und kontrolliert das Verständnis der

Patientin/des Patienten mittels Fragen. Sie/Er steht auch für Rückfragen zur Verfügung.

Die Nachbesprechung im Besprechungszimmer: Unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse erfolgt ein kurzes Gespräch über Diagnostik und Therapie und Dokumentation (Wisiak 2013).

Wisiak stellte in 3 Studien am LKH Graz an den Abteilungen für Geburtshilfe, Orthopädie und Endokrinologie fest, (Feldbauer, Pirker, Abpurg 2011) dass nur 1% der Visitengespräche psychische oder soziale Aspekte betreffen. In Fragebögen bezüglich Patientinnenzufriedenheit/Patientenzufriedenheit mit der Visite gaben 72% der Patientinnen/Patienten an, dass sich die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt genügend Zeit für ein Gespräch nimmt und dieses in einer angenehmen Atmosphäre führt (83%). Der überwiegende Teil der Befragten (79%) gab an, dass das Gespräch für sie verständlich war. Des Weiteren sagte die Majorität (82%) aus, mit der Beantwortung ihrer Fragen durch die Ärztin/des Arztes sehr zufrieden gewesen zu sein. (2013)

1.1.2. Die unfallchirurgische Visite und deren Besonderheiten

Die Unfallchirurgie befasst sich mit der konservativen und operativen Wiederherstellung und Erhaltung beschädigter Strukturen des Bewegungsapparates, welche durch Unfälle entstanden sind. (Hax 2012)

Unfallchirurgische Patientinnen/Patienten stehen in den meisten Fällen völlig unvorbereitet vor einer neuen Ausgangslage, ihr Leben hat sich innerhalb eines Augenblicks geändert und es scheint so, als wäre zumindest für einen Zeitraum, nichts so wie es vor Eintritt des Unfalles war. (Hax 2012)

Ein Klinikleitfaden für Orthopädie und Unfallchirurgie beschreibt, dass gutes Teamwork und Kommunikation zwischen den beteiligten Disziplinen eine reibungslose Arbeitsbasis, ein effektiveres Arbeiten und Zeitersparnis durch eine bessere Organisation und Planung erbringen. Obwohl die Visite eine wichtige

diagnostisch-therapeutische Austauschmöglichkeit ist, sind ausführliche persönliche oder auch zeitintensive Gespräche nicht Teil der Visite. Eine zufriedenstellende Kommunikation und Führung der Patientinnen/der Patienten sei erlernbar und zwingend notwendig, denn sie ist die Voraussetzung für die Mitarbeit der Erkrankten. (Breusch, Clarius, Mau, Sabo et al 2013)

Inhalte der Visite aus der Sicht einer Unfallchirurgin/eines Unfallchirurgen laut Lehrbuch sollten sein: (Breusch et al 2013)

- subjektives und objektives Empfinden der Patientin/des Patienten
- Mobilisation
- Medikation
- das Erheben des aktuellen Status
- Röntgenbildkontrolle oder Zuweisung
- Kontrolle und Bewertung des Blutbildes
- Temperaturkontrolle
- Wundkontrolle und gegebenenfalls Verbandswechsel
- Kontrolle von Durchblutungs-Motorik und Sensibilität
- Überprüfen der Wasserbilanz
- Nachsorge nach der Entlassung festlegen
- Personal mit einbeziehen und auf deren Beobachtungen Wert legen.
- Konsile zuweisen
- Weitere Diagnosen beachten
- Verhaltensregeln für die Patientin/den Patienten festlegen
- Organisatorische Hinweise
- Dokumentation am Kurvenblatt

Verhaltensregeln: kein Zurechtweisen von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Anwesenheit der Patientin/des Patienten, Selbstkontrolle wahren, angemessenen Tonfall verwenden, medizinische Diskussionen am Krankenbett vermeiden. (Breusch, Clarius, Mau, Sabo et al 2013)

Gerade eine Unfallchirurgin/ein Unfallchirurg muss bei schweren Verletzungen mit abzusehenden Dauerfolgen rasch Kommunikationspartnerinnen/Kommunikations-

partner mit einbeziehen, um ein entsprechendes Behandlungskonzept entwickeln zu können. Besonders im operativen Bereich bekommt die Ärztin/der Arzt in kurzer zeitlicher Folge unmittelbar vor einem geplanten Eingriff eine Fülle von Befunden und Informationen welche sie/er häufig aber nicht sofort mit der Patientin/dem Patienten besprechen kann. (Rixen et al 2015)

Mit dem Wissen im Hinterkopf noch einen vollen OP Plan vor sich zu haben, und eine ganze Station und Ambulanz versorgen zu müssen, haben Operateurinnen/Operateure für die Morgenvisite meist sehr wenig Zeit. Aus diesem Grund hat sie in operativen Fächern wohl eher die Funktion, die Ärztin/den Arzt und das gesamte Behandlungsteam auf den aktuellen Wissenstand über den Zustand der Patientin/des Patienten, den Verlauf der Behandlung, und die für den Tag geplanten therapeutischen und diagnostischen Ziele zu bringen. (Rixen et al 2015)

Die Erwartungshaltung der Patientin/des Patienten kurz vor oder nach einer Operation ist jedoch eine andere: sie/er will beruhigt werden. Eine rasche Visite welche checklistenartig abläuft und nur vom Prüfen der Befunde und dem Erteilen von Anordnungen besteht, führt dazu, dass sich die Patientin/der Patient lediglich als Objekt wahrgenommen fühlt. (Rixen et al 2015)

Bei operativen Eingriffen ist das Risiko einer Komplikation oder eines unerwünschten Ergebnisses allgegenwärtig, im schlimmsten Fall sogar mit einer nicht rückgängig machbaren Verschlechterung gegenüber dem Zustand vor dem Eingriff. Schlecht oder unzureichend informierte Operierte reagieren schnell mit dem Verdacht, die Chirurgin/der Chirurg habe fehlerhaft gehandelt. Um derartige Situationen vorzubeugen ist es in operativen Fächern besonders wichtig eine feste Kommunikationsstrategie zu verfolgen. (Rixen et al 2015)

Die Unfallchirurgie befasst sich mit der konservativen und operativen Wiederherstellung und Erhaltung beschädigter Strukturen des Bewegungsapparates, welche durch Unfälle entstanden sind. (Hax 2012)

Unfallchirurgische Patienten stehen in den meisten Fällen völlig unvorbereitet vor einer neuen Ausgangslage, ihr Leben hat sich innerhalb eines Augenblicks

geändert und es scheint so, als wäre zumindest für einen Zeitraum, nichts so wie es vor Eintritt des Unfalles war. (Hax 2012)

Ein Klinikleitfaden für Orthopädie und Unfallchirurgie beschreibt, dass gutes Teamwork und Kommunikation zwischen den beteiligten Disziplinen eine reibungslose Arbeitsbasis, ein effektiveres Arbeiten und Zeitersparnis durch eine bessere Organisation und Planung erbringen. Obwohl die Visite eine wichtige diagnostisch-therapeutische Austauschmöglichkeit ist, sind ausführliche persönliche oder auch zeitintensive Gespräche nicht Teil der Visite. Eine zufriedenstellende Kommunikation und Führung der Patienten sei erlernbar und zwingend notwendig, denn sie ist die Voraussetzung für die Mitarbeit der Erkrankten. (Breusch, Clarius, Mau, Sabo et al 2013)

Inhalte der Visite aus der Sicht eines Unfallchirurgen laut Lehrbuch sollten sein: (Breusch et al 2013)

- subjektives und objektives Empfinden des Patienten
- Mobilisation
- Medikation
- das Erheben des aktuellen Status
- Röntgenbildkontrolle oder Zuweisung
- Kontrolle und Bewertung des Blutbildes
- Temperaturkontrolle
- Wundkontrolle und gegebenenfalls Verbandswechsel
- Kontrolle von Durchblutungs-Motorik und Sensibilität
- Überprüfen der Wasserbilanz
- Nachsorge nach der Entlassung festlegen
- Personal mit einbeziehen und auf deren Beobachtungen Wert legen.
- Konzile zuweisen
- Weitere Diagnosen beachten
- Verhaltensregeln für den Patienten festlegen
- Organisatorische Hinweise
- Dokumentation am Kurvenblatt

Verhaltensregeln: kein Zurechtweisen von Mitarbeitern in Anwesenheit des Patienten, Selbstkontrolle wahren, angemessenen Tonfall verwenden, medizinische Diskussionen am Krankenbett vermeiden. (Breusch, Clarius, Mau, Sabo et al 2013)

Gerade ein Unfallchirurg muss bei schweren Verletzungen mit abzusehenden Dauerfolgen rasch Kommunikationspartner mit einbeziehen, um ein entsprechendes Behandlungskonzept entwickeln zu können. Besonders im operativen Bereich bekommt der Arzt in kurzer zeitlicher Folge unmittelbar vor einem geplanten Eingriff eine Fülle von Befunden und Informationen welche er häufig aber nicht sofort mit dem Patienten besprechen kann. (Rixen et al 2015)

Mit dem Wissen im Hinterkopf einen vollen OP Plan des Tages zu haben, und eine ganze Station und Ambulanz versorgen zu müssen haben Operateure für die Morgenvisite meist sehr wenig Zeit. Aus diesem Grund hat sie in operativen Fächern wohl eher die Funktion, den Arzt und das gesamte Behandlungsteam auf den aktuellen Wissenstand über den Zustand des Patienten, den Verlauf der Behandlung, und die für den Tag geplanten therapeutischen und diagnostischen Ziele zu bringen. (Rixen et al 2015)

Die Erwartungshaltung des Patienten kurz vor oder nach einer Operation ist jedoch eine andere: er will beruhigt werden. Eine rasche Visite welche checklistenartig abläuft und nur vom Prüfen der Befunde und dem Erteilen von Anordnungen besteht, führt dazu, dass sich der Patient lediglich als Objekt wahrgenommen fühlt. (Rixen et al 2015)

Bei operativen Eingriffen ist das Risiko einer Komplikation oder eines unerwünschten Ergebnisses allgegenwärtig, im schlimmsten Fall sogar mit einer nicht rückgängig machbaren Verschlechterung gegenüber dem Zustand vor dem Eingriff. Schlecht oder unzureichend informierte Operierte reagieren schnell mit dem Verdacht, der Chirurg habe fehlerhaft gehandelt. Um derartige Situationen vorzubeugen ist es in operativen Fächern besonders wichtig eine feste Kommunikationsstrategie zu verfolgen. (Rixen et al 2015)

1.2. Grundlagen der Kommunikation

So gut wie alles, was ein Mensch ist, ist sie/er im Zuge von sozialem Lernen geworden. Kommunikation geschieht nicht immer bewusst, vieles entfaltet seine Wirkungen und seinen Effekt erst wenn es schon längst zu seinem Vor- oder Nachteil eingetreten ist. Gut gemeinte Worte können häufig Negatives auslösen. (Schnabel, Bödeker 2012)

Der bekannte Kommunikationswissenschaftler Schulz von Thun stellt fest, dass man immer mit vier Zungen gleichzeitig redet und mit vier Ohren gleichzeitig hört:

- Selbstkundgabe: Was man über sich selbst aussagen möchte
- Beziehungshinweis: Was man von seinem Gegenüber haltet
- Appell: Wozu man den anderen veranlassen möchte
- Sachinhalt: Worüber man informieren möchte

Typische Kommunikationsprobleme entstehen dadurch, dass es jeder Empfängerin/jedem Empfänger selbst überlassen ist, die Nachricht mit dem „Ohr ihrer/seiner Wahl“ zu empfangen. Häufig ist die Intention der Senderin/des Senders allerdings eine völlig andere, wodurch Missverständnisse entstehen. (Schulz von Thun 2009)

Paul Watzlawick beschreibt fünf pragmatische Axiome und behauptet, dass diese für jede Gegebenheit mit kommunikativen Eigenschaften gelten:

- „Man kann nicht nicht-kommunizieren!“
- „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist.“
- „Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktionen der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bestimmt.“
- „Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge

Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potential, ermangeln aber die für eindeutige Kommunikationen erforderliche logische Syntax.“

- „Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehungen zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.“ (Watzlawik 2009)

Watzlawiks letztes Axiom ist im Gesundheitswesen von großer Bedeutung, da es zeigt, dass aufgrund von großen Unterschieden zwischen den Beteiligten die Kommunikation komplementär verlaufen kann. Meist ist die Patientin/der Patient bedingt durch ihr/sein geringeres Fachwissens in einer weniger machtvollen Rolle. (Bally et al 2013)

1.2.1. Ärztliche Kommunikation

Das ärztliche Gespräch beeinflusst die Behandlung, Therapie und die Diagnose. Fehlendes Vertrauen und eine minderwertige Kommunikation begünstigen die Behandlungsfehler und Fehldiagnosen. Indirekt trägt eine zufriedenstellende Kommunikation zur Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses bei. (Dehn-Hindenberg 2010)

Das Medizinstudium, sowie ärztliche Fortbildungen, lehren im Rahmen der medizinischen-fachlichen Ausbildung im größten Ausmaß fachliches Wissen und nicht kommunikative Kompetenz. Das Wissen und die Lehre rund um das ärztliche Gespräch kommen zu kurz, denn die allgemeine Meinung besagt, dass eine gute Gesprächsführung angeboren ist und nicht geprobt, geschult oder gelernt werden kann. Medizinische Kommunikation ist allerdings hochgradig komplex und hat viele unterschiedlichste Bedingungen und Aufgaben zu erfüllen. (Menz, Lalouschek, Gstettner 2008)

Medizinische Review-Studien beweisen, dass eine herzliche, freundliche und Angst nehmende Gesprächsführung den Krankheitsverlauf und Krankenhausaufenthalt verkürzen kann. (Menz et al 2008)

Bird und Cohen-Cole (1990) beschreiben drei Kommunikationsziele zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten:

1. Das Gewinnen von Daten
2. Das Informieren der Patientin/des Patienten
3. Das Eingehen auf Gefühle (Bally et al 2013)

Das Modell von Lazare fasst die Ziele unter anderen Punkten zusammen:

1. Beziehung entwickeln, halten und beenden
2. Probleme identifizieren und deren Verlauf überwachen
3. Informationsvermittlung und Behandlungspläne der Patientin/dem Patienten darlegen (Lazare, Lipkin 1995)

Neben allen Fakten der Naturwissenschaft handelt es sich um das persönliche Empfinden, die eigene Bedeutung im Rahmen der Biographie, das individuelle Erleben, Bedürfnisse, Umgangsstrategien und Bewältigungsstile wie das Gegenüber ein Gespräch bewertet. (Dorf Müller 2001)

Patentrezepte für eine einfühlsame und effiziente Gesprächsführung, oder einen bestimmten Kommunikationsstil, sind ein Wunschdenken und gehen an der Realität des menschlichen Lebens und an den persönlichen Tagesschwankungen mehr oder weniger vorbei. Der Zeitdruck, welcher durch gesetzliche Vorgaben, durch immer kürzer werdende Aufenthaltsdauern im Krankenhaus und höhere Bewegung in Klinik und Praxis entsteht, setzt weitere Grenzen. (Dorf Müller 2001)

In der Kommunikation ist die Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz nicht immer einfach. Es ist eine Illusion anzunehmen, dass wir auf dieselbe Art mit jeder unserer Patientinnen/jedem unserer Patienten sprechen können. (Dorf Müller 2001)

Der Kenntnis- und Wissenstand der Patientin/des Patienten über ihren/seinen Körper, ihre/seine Vorgeschichte und ihren/seinen aktuellen Zustand sind auch abhängig von ihrer/seiner Aufklärung, von der Altersstufe, ihrem/seinem Wissen etc. Einen enormen Einfluss nehmen auch Laien, Mit-Patientinnen/Mit-Patienten sowohl auf einer Station in der Klinik als auch im Wartezimmer der Ärztin/des Arztes und Massenmedien auf die Patientin/den Patienten, welche sich teilweise eine unglaubliche Beratungskompetenz anmaßen. (Dorf Müller 2001)

Alter, Entwicklungsphase, Geschlecht, Familienstand, intellektueller Status, Persönlichkeit der Beteiligten sind wichtige Beurteilungs- und Kommunikationskriterien für ihr eigenes Empfinden. (Dorf Müller 2001)

Häufig haben privat- und zusatzversicherte Patientinnen/Patienten mehr Hoffnung auf ärztliches Verständnis, Zuwendung, deren Zeitaufwand und damit mehr Unterstützung im Verarbeitungsprozess einer Krankheit oder Unfallfolgen, als gesetzlich Krankenversicherte. (Dorf Müller 2001)

Trotz allem medizinischen und technologischen Fortschritt, welcher so manches menschliche Handeln ersetzen kann, hat sich nichts daran geändert, dass ein wichtiger Teil des ärztlichen Tuns und der ärztlichen Diagnostik und Therapie aus verbaler Kommunikation besteht. (Dorf Müller 2001)

Auf Grund von Zeitdruck, Zwischenfragen der Patientin/des Patienten, unerwarteten Wendungen im Gespräch gehen Kommunikationsforscher davon aus, dass mindestens 80% dessen, was die Ärztin/der Arzt sagen möchte, vergessen werden. Nur 20% davon kommen die der Patientin/beim Patienten an. (Rixen et al 2015)

1.2.2. Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten

Es wurde belegt, dass Ärztinnen/Ärzte welche über eine hohe Gesprächsführungskompetenz verfügen...

...die Belastung durch die Erkrankungen ihrer Patientinnen/ihrer Patienten als geringer empfinden

...die berufliche Stressbelastung als niedriger empfunden wird

...die Zufriedenheit im beruflichen Sinne wächst und der Hang zu Depressionen und Ängsten geringer ist (Geisler 2003)

In der modernen Medizin dient die Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten-Beziehung dazu, eine gute Grundlage für die richtige Diagnose, eine effektive Behandlung und eine

optimale Therapie zu schaffen. Die Aufgabe einer Ärztin/eines Arztes ist es, egal in welcher Fachrichtung sie/er arbeitet, Gespräche so zu gestalten, dass Kommunikationsfehlerquellen erkannt, behandelt und vermieden werden.

Erst dadurch kann die Behandlung, Therapie und Diagnose voll ausgeschöpft werden. (Deter 2010)

Nicht zu vergessen ist, dass der Placebo Effekt in der Medizin ein allgegenwärtiges Phänomen darstellt. Bindung, therapeutische Rituale, und emotionale Fähigkeiten haben einen erwiesenermaßen positiven Effekt auf jeden Therapieverlauf. (Deter 2010)

Heutzutage herrscht eine multikulturelle, schnelllebige, gehetzte, globale Welt. Gerade deshalb – und weil Beziehungen immer anonym werden – sind wohl Beziehungen unter Menschen das wichtigste Wertepinzip und der Gradmesser des Wohlbefindens. (Deter 2010)

„Beziehungsmanagement ist die Fähigkeit die Welt eines anderen Menschen zu betreten, eine gemeinsame Ebene zu erreichen und Gleichberechtigung in den Meinungen und Standpunkten zu entwickeln. Damit wird Sympathie, Respekt und Vertrauen aufgebaut – die Grundlage jeder Kommunikation. Niemand möchte in den Augen des Gegenübers nur eine Nummer sein, oder gar ein krankes Körperteil wie z.B. „die Hüfte in Zimmer 201“, darstellen. (Kutscher, Seßler 2007)

Laut dem bekannten Allgemeinmediziner James Mc Cormack ist „den Patienten, der die Krankheit hat, wirklich zu kennen genauso wichtig, wie die Krankheit zu kennen.“ (Fuchs 2002)

Es gibt 3 Kommunikationsebenen:

- *von oben herab* – die Patientin/der Patient sitzt oder liegt, die Ärztin/der Arzt steht ihr/ihm gegenüber. Die Patientin/der Patient fühlt sich oft in dieser Konstellation nicht neutral-partnerschaftlich.

- *von unten nach oben* – die Ärztin/der Arzt verhält sich so, als ob sie/er sich kleiner machen will als sie/er in Wirklichkeit ist. Oft werden diese Ärztinnen/diese Ärzte nicht ernst genommen.
- *auf gleicher Ebene* - die beste Ebene ist es, mit der Patientin/dem Patienten in etwa auf gleicher Augenhöhe zu sitzen. (Schüller, Dumont 2013)

Im heutigen Verständnis der Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten-Beziehung tritt eine Verschiebung der Prioritäten ein. Wo früher das Wohl der Kranken/des Kranken als wichtigstes Element galt, stellt heute der Wille der Patientin/des Patienten das wichtigste Gesetz dar. Die symmetrische Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten-Beziehung, welche häufig als das Ideal angesehen wird, existiert nur zu selten. Zu hinterfragen ist, ob eine Symmetrie überhaupt durchgehend erwünscht ist. Jene Ärztin/Jener Arzt, der/dem es gelingt, Züge eines lenkenden und auch bestimmenden Vaters und einer umsorgenden, verstehenden Mutter in sich zu vereinigen, sollte immer mehr zum Vorbild für die Ärztinnenrolle/Arztrolle werden. (Geisler 2003)

In den vergangenen Jahrzehnten konnte man beobachten, dass das Verständnis der Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten-Kommunikation verschiedene Phasen durchläuft und sich durch die Zeit veränderte.

Paternalistisches Modell: In diesem Modell weiß die Ärztin/der Arzt was die Patientin/der Patient braucht, die Ärztin/der Arzt ist eine Expertin/ein Experte und erhebt Befunde, stellt Diagnosen und verordnet Behandlungen.

Dienstleistungsmodell: Die Zufriedenheit und Autonomie der Patientin/des Patienten stehen im Vordergrund. Sie werden als Kundin/als Kunden betrachtet.

Partnerschaftliches Modell: Es herrschen symmetrische Verhältnisse, die Ärztin/der Arzt sowie die Patientin/der Patient sind Expertinnen/Experten und ein kooperativer Weg wird gemeinsam erarbeitet.

Patientinnen/Patientenzentriertes Modell: Die Situation und Persönlichkeit der Patientin/des Patienten stehen im Mittelpunkt, es wird aber nicht mit einem reinen Dienstleistungsmodell vermischt. (Frischenschlager 2013)

Es ist wohl gar nicht so sinnvoll, eine ausschließlich patientinnenzentrierte-/patientenzentrierte Kommunikation anzustreben – sie übergibt Erkrankten eine fachliche Kompetenz, deren Scheitern sie/ihn erst dann dazu veranlasst hat, die Ärztin/den Arzt aufzusuchen. (Langewitz 2011)

1.2.3. Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Pflege

In der Regel sind das Fachwissen und die Kenntnis über eine Patientin/einen Patienten auf verschiedene Berufsgruppen verteilt. Eine Zusammenführung macht das gemeinsame Wissen erst nützlich. Der beste Rahmen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in den meisten Fällen die Stationsvisite, wo Pflegende, Ärztinnen/Ärzte, anderes beteiligtes Personal wie z.B. Physiotherapeutinnen/-Physiotherapeuten und die Patientin/der Patient gemeinsam ihr Wissen darlegen.

Hemmend auf die reibungslose Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften wirken unterschiedliche Erfahrungen in der Berufswelt und eine unterschiedliche akademische Ausbildung. Noch immer prägend ist, dass die Medizin früher als wissenschaftliche Disziplin gesehen wurde, wo hingegen Pflegekräfte als Hilfs- und Haushaltspersonal beschäftigt waren. So zeigen sich auch heute noch hierarchische Unterschiede, die eine Zusammenarbeit behindern können. (Langewitz 2013)

Die Qualität von sozialen Kontakten in der Berufswelt ist für die Leistungsbereitschaft und für die Freude an der Arbeit von besonderer Bedeutung. Eine schlechte Beziehungsdynamik zwischen Teammitgliedern verringert die Arbeitsmoral und wird als enormer Risikofaktor für ein Burnout gesehen.

Der Einfluss der Beziehungsebenen in Bezug auf die Gesundheit ist nicht zu vernachlässigen. Analysen zufolge, sind fehlende bzw. schlechte soziale Kontakte als gleichbedeutender Risikofaktor für die Mortalität einzustufen wie Rauchen oder Alkoholabusus. (Fazekas 2013)

1.3. Biopsychosoziales Modell

Mittlerweile entwickelte sich das biopsychosoziale Modell zu der wohl bedeutsamsten Theorie für die Beziehung zwischen Körper, Geist, Umfeld, Krankheit und Gesundheit. (Egger 2005)

Unter dem Modell versteht man ein „ganzheitliches“ Krankheitskonzept innerhalb dessen eine Person und ihre/seine Gesundheit und Krankheit erklärbar wird, da sie keine Konstanten sind, sondern ein dynamisches Geschehen. (Egger 2005)

Gesundheit muss in jedem Moment neu geschaffen werden und so hat auch die Ärztin/der Arzt verschiedene Funktionen als Begleiterin/Begleiter, Katalysator und auch als Problemlöserin/Problemlöser. (Egger 2005)

In den vergangenen Jahrzehnten wurde klar ersichtlich, dass für eine bessere kommunikative und psychosoziale Kompetenz einer Ärztin/eines Arztes ein höheres Maß an Anstrengungen unternommen werden muss. (Egger 2005)

Um den Anforderungen in der ärztlichen Praxis gerecht zu werden, muss die Ärztin/der Arzt verstehen, dass sie/er Grundfertigkeiten aus drei Kompetenzen benötigt: Wort, Arznei und Messer. (Egger 2005)

Oft wird vergessen, dass das Ergebnis und die Zufriedenheit mit einer medizinischen Behandlung oder Intervention nachweislich auch stark von der Qualität des Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten- Kontaktes abhängen. (Egger 2005)

Mit dem Ziel zur Optimierung von Effizienz, Zeit und Förderung der Kompetenz in der Gestaltung eines professionellen Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten- Kontaktes, sollen daher diese Kompetenzen individuell trainiert und gefördert werden. (Egger 2005)

Als Ergebnis sieht man eine geringere emotionale Belastung der Ärztin/des Arztes, Zeitersparnis durch zielgerichtete Kommunikation und dadurch einen effizienteren Arbeitseinsatz. Weiteres wird die Patientinnen-Compliance/Patienten-Compliance verbessert, es ergeben sich weniger Missverständnisse und dadurch auch eine größere Patientinnenzufriedenheit/Patientenzufriedenheit. (Egger 2005)

Der naturwissenschaftliche Ansatz in der Medizin ist weiterhin von zentraler Bedeutung und wird durch ein biopsychosoziales Verständnis, sowie durch wissenschaftliche Erkenntnisse und durch psychologische und öko-soziale Gesichtspunkte erweitert. (Egger 2005)

1.4. Gesprächstechniken und Modelle

1.4.1. Rahmenbedingungen

Im klinischen Alltag sollte einem stets bewusst sein, dass Faktoren wie Stress, Zeitdruck und Hektik reale Bedingungen sind, die entsprechend zu bewältigen sind und nicht als Entschuldigungsgrund für die Nichtumsetzung von Qualitätsverbesserungen zugunsten der Patientinnen/der Patienten herangezogen werden dürfen. (Wisiak 2013)

Jedes sensible Vieraugengespräch sollte in einem eigenen Zimmer geführt werden, damit sich die Patientin/der Patient öffnen kann und ihre/seine Privatsphäre gewahrt bleibt. Bettnachbarn und das Visitenteam sind Mithörende und Mitbeobachter, was die Patientin/der Patient vermutlich als unangenehm und blockierend empfindet.

(Wisiak 2013) Begibt sich die Ärztin/der Arzt seitlich zum Bett, mit Blick auf die Patientin/den Patienten, so wird sie/er sich räumlich weniger unterlegen fühlen und die räumliche Distanz ist geringer. Daher sollten Patientinnen/Patienten soweit es ihr Krankheitsbild erlaubt, zumindest aufgesetzt werden und nicht flach liegen müssen. Patientinnen/Patienten sind ohnehin Hilfesuchende und abhängig, die liegende Position unterstreicht die Asymmetrie der Beziehung und verstärkt die unterlegene Rolle. (Wisiak 2013)

Durch eine persönliche Anrede wird den Patientinnen/den Patienten vermittelt, dass mit der folgenden Information sie gemeint sind und jede Patientin/jeder Patient individuell betreut wird. Ein Händeschütteln als Begrüßungsritual wird im

Zuge des Erstkontaktes von der Patientin/vom Patienten erwartet, es kommt allerdings nicht immer zu diesem körperlichen Begrüßungskontakt. (Wisiak 2013)
Von besonderer Bedeutung ist es Blickkontakt im Gespräch zu halten - ein offener, aufmerksamer und freundlicher Blick ermöglicht eine gute Kommunikation. Es wird beschrieben, dass 7% mittels Worten, 38% durch den Tonfall und 55% nonverbal vermittelt wird. Körpersprache lügt nicht, denn diese war schon ein Werkzeug des Menschen bevor er überhaupt sprechen konnte. (Schüller 2013)

1.4.2. Aktives Zuhören

Wohl am wichtigsten ist die Technik des aktiven Zuhörens. Als wichtige Punkte hierbei werden beschrieben:

- Die Gesprächspartnerin/den Gesprächspartner ausreden lassen
- offene Fragen stellen
- nachfragen und abwägen
- Pausen machen
- zur Weiterrede ermutigen
- Paraphrasieren und Zusammenfassen des Gesagten
- Das Spiegeln von Emotionen (Schweickhardt et al 2007)

1.4.3. Zeitgrenzen und Themen fixieren

Um die Patientin/den Patienten besser in die Gesprächsregeln einzuführen kann es hilfreich sein, zu Beginn des Gespräches mitzuteilen welches Zeitbudget für die Konsultation zur Verfügung steht. Eine Agenda sollte festgelegt werden und der Patientin/dem Patienten sollte mitgeteilt werden welche Punkte in der Konsultation zur Sprache kommen werden. (Langewitz 2013)

1.4.4. WWSZ

Unter dem Akronym WWSZ versteht man vier Techniken einer patientinnenzentrierten/patientenzentrierten Gesprächsführung: Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen.

Der erste Punkt „Warten“ ist eine Einladung und gibt der Patientin/dem Patienten die Möglichkeit über das Gesagte nachzudenken und zu verarbeiten. Pausen stiften Äußerungen auf und lassen vorangegangene oder nachfolgende Aussagen bedeutsamer wirken. Eine Faustregel besagt, dass das Pausieren im Rededuktus bis zu drei Sekunden nicht als unangenehm empfunden wird – die Herausforderung ist es herauszufinden wie lange eine Pause dauern kann bevor eine unangenehme Stille eintritt. Durch manifesten Augenkontakt kann der Patientin/dem Patienten gezeigt werden, dass das Warten als Einladung zu verstehen ist. (Langewitz 2013)

„Wiederholen“ soll der Patientin/dem Patienten zeigen, dass ihr/ihm die Ärztin/der Arzt aufmerksam zuhört und das Gesagte korrekt versteht.

Beim „Spiegeln“ wird von der Ärztin/vom Arzt aufgegriffen was diese/dieser von der Patientin/vom Patienten gehört oder wahrgenommen hat. Wichtig ist es Verständnis für Emotionen zu zeigen um der Patientin/dem Patienten zu helfen, weitere Äußerungen zu erleichtern. Die Ärztin/der Arzt kann sich auf die Stimmung, Körperhaltung, die Stimme, das Zurückgeben des Eindrucks welchen sie/er gewonnen hat, beziehen.

„Zusammenfassen“ ist eine Art von Qualitätskontrolle für die Ärztin/den Arzt und hilft eine Struktur in den Gesprächsablauf zu bringen. Es hilft der betreuenden Ärztin/dem betreuenden Arzt zu sehen ob die Patientin/der Patient sie/ihn richtig verstanden hat. (Langewitz 2013)

1.4.5. Richtiges Unterbrechen

Um eine Patientin/einen Patienten im Redefluss einzubremsen und auf den Punkt zu bringen, müssen diese ab und zu unterbrochen werden. Unterbrechen gilt als unhöflich, aus diesem Grund sollten gewisse Regeln berücksichtigt werden

- Die Patientin/den Patienten mit ihrem/seinem Namen ansprechen, diese/diesem in die Augen schauen, und sie/ihn eventuell berühren.
- Mit einer kurzen Zusammenfassung des Gesagten zeigt die Ärztin/der Arzt dass sie/er verstanden hat um was es geht.
- Die Ärztin/der Arzt strukturiert klar das Gespräch und wiederholt welche Inhalte wichtig sind, welches Ziel das Gespräch verfolgt, und welche Konsequenzen sich bei non-compliance ergeben.
- Die Ärztin/der Arzt sollte die Patientin/den Patienten fragen ob sie/er alles Gesagte verstanden hat und holt sich ihr/sein Einverständnis. (Schweickhardt et al 2007)

1.4.6. Richtiges Fragen

•Die Wichtigkeit von Fragen wird oft unterschätzt – komplizierte Erklärungen werden geleitet, anstatt die Patientin/den Patienten fragend durch das Gespräch zu führen. Fragen sind wichtig um die Patientin/den Patienten mit einzubeziehen, Probleme und Widerstände schneller zu erkennen, Missverständnisse zu klären oder Entscheidungen herbeizuführen. Meist werden von Seiten der Ärztin/des Arztes geschlossene Fragen gestellt. Darunter versteht man Fragen welche ausschließlich ein „ja“ oder „nein“ als Antwort fordern. (Schüller 2013)

Nicht zu vergessen sind aber auch:

- Offene Fragen: Diese Art der Frage gibt Raum für Dialog. Man versteht Fragen mit den Wörtern „wer was wann wo wie warum“ als offene Fragen
- Suggestivfragen: wie z.B. „Dieser Vorschlag gefällt Ihnen sehr gut?“

- Problematisierungsfragen werden gestellt um eine Gesprächspartnerin/einen Gesprächspartner zu führen ohne sie/ihn zu belehren z.B. „Sie sagen, Sie haben das Problem also schon seit drei Wochen?“
- Alternativfragen: Zeigen Wahlmöglichkeiten auf und stellen Entscheidungshilfe
- Gegenfragen: Unterstützt die Patientin/den Patienten dabei auf ihre/seine Fragen selbst eine Antwort zu finden
- Kontrollfragen werden verwendet um zusammenfassend sicherstellen, dass alles richtig angekommen ist z.B. mit der Frage „Wie werden Sie das Medikament nun einnehmen?“
- Emotionalisierende Fragen öffnen den Blickwinkel auf die Gefühlsebene „Was geht in Ihnen vor, wenn Sie das hören?“
- Fokussierende Fragen sind ungefiltert und schonungslos wie z.B. „Was macht Ihnen hier am meisten Sorgen?“ (Schüller 2013)

1.4.7. Bühnenmetapher und Agenda festlegen

Eine Bühnenmetapher kann helfen erst einmal die Grundproblematik zu evaluieren. Hierbei stellt die Ärztin/der Arzt der Patientin/dem Patienten eine imaginäre Bühne zur Verfügung, auf welcher sie/er ihre/seine Sorgen und Anliegen aufzeigen kann.

Wichtig ist es für die Patientin/den Patienten zu wissen, wie lange ihr/ihm die Bühne zur Verfügung steht und dass sie/er die Ärztin/den Arzt immer erreichen kann, falls sie/er nicht mehr weiter wisse. Gelingen kann das Festlegen einer Agenda durch Aussagen wie „Erzählen Sie mir doch erst mal von sich aus, wie Sie das Problem empfinden. Ich werde Ihnen dann später noch ein paar Fragen stellen, aber zuerst höre ich Ihnen zu.“ oder „Wir haben heute 15 Minuten Zeit für ein Gespräch. Was gibt's von Ihrer Seite aus für heute? Ich würde gerne über ...reden.“ (Langewitz 2011)

Um das Stück der Patientin/des Patienten nicht mit eigenen Vorstellungen und Ideen zu verfälschen, hält sich die Ärztin/der Arzt in dieser Zeit zurück.

Erst wenn mit Sicherheit gewiss ist, was auf der imaginären Bühne gespielt wird, beginnt die Ärzte/der Arzt in dem Stück mitzuwirken. (Langewitz 2011)

Patientinnen/Patienten wissen, dass ärztliche Gespräche einem gewissen Zeitakt unterliegen. Durch das explizite Ansprechen der Zeit ergibt sich für die Patientin/den Patienten die Chance ihr/sein Anliegen an das Zeitbudget anzupassen. Falls dieses nicht ausreicht, kann die Ärztin/der Arzt eine erneute Konsultation anbieten: (Langewitz 2011)

„Ich habe mir heute 15 Minuten Zeit für unser Gespräch genommen. Wenn das nicht reicht, fixieren wir für die nächsten Tage einen neuen Termin.“

(Langewitz 2011)

1.4.8. Buchmetapher

Gerade in chirurgischen Disziplinen gibt es einen großen Bedarf an Informationen und Aufklärungen. Für fast alle Menschen ist die Vorstellung ein Schultergelenk zu ersetzen oder die Bauchhöhle zu öffnen, wahrscheinlich sehr ungewöhnlich. (Langewitz 2013)

Darum ist es besonders wichtig Informationen so zu vermitteln, dass Patientinnen/Patienten sie verstehen und behalten. (Langewitz 2013)?

Neues Wissen in Vorhandenes einzupflanzen ist die beste Technik hierfür – so kann man Informationen passgenau in eine Matrix von vorhandenem Wissen einfügen.

Um diese Wissensergänzung zu erleichtern, wurde der Begriff Buchmetapher geprägt. (Langewitz 2013)

Wie ein Buch seine Abschnitte hat, sollte man der Patientin/dem Patienten in der mündlichen Übermittlung gegliedert vortragen. („*Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften, Text, Anhang*“).

Nicht zu vergessen ist, dass selbst bei einer klaren Gliederung, die Menge die ein Mensch überhaupt aufnehmen kann, begrenzt ist. (Langewitz 2013)

Die *Cognitive Load Theory* besagt, dass das menschliche Arbeitsgedächtnis mit sieben plus/minus zwei Informationen gleichzeitig umgehen kann und diese nach ca. 20 Sekunden wieder verloren sind, falls sie nicht wieder aufgefrischt werden.

Die Ärztin/der Arzt darf nie vergessen, dass Patientinnen/Patienten, welche zum ersten Mal mit einem Eingriff oder einer Erkrankung konfrontiert werden, bei Weitem weniger aufnehmen können als ihnen die Ärztin/der Arzt zumutet. (Langewitz 2013)

Laut Langewitz wird nur in 15 von 124 Fällen von der Ärztin/von dem Arzt überprüft, ob die Patientin/der Patient sie auch richtig verstanden habe. Acht von 15 Informationen werden korrekt verstanden, in sieben Fällen hätten die Patientinnen/die Patienten nicht verstanden, was die Ärztin/der Arzt ihnen übermitteln will. (Langewitz 2013)

1.4.9. Das *Four Habits* Modell

Das Four Habits Modell ist ein langjährig evidenzbasiertes Grundgerüst für den Kommunikationsprozess zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten. Es verfolgt die Ziele schnell eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patientinnen/den Patienten aufzubauen, einen effektiven Informationsaustausch zu fördern, Fürsorge und Mitgefühl zu zeigen und die Compliance zu steigern. (Steinhausen et al 2010)

1. *Investition in den Anfang*: rasch ein gutes Verhältnis herstellen, die Anliegen der Patientin/des Patienten herausfinden, gemeinsame Planung des Aufenthaltes im Krankenhaus.

2. *Versuche, die Sicht der Patientin/des Patienten zu verstehen*: Die Ärztin/der Arzt fragt nach den Ansichten der Patientin/des Patienten und ihren/seinen Erwartungen

3. *empathisch und freundlich sein*

4. *Investition in das Ende*: Die Ärztin/der Arzt übermittelt diagnostische Informationen, wiederholt Handlungsmöglichkeiten und fasst zusammen. (Steinhausen et al 2010)

1.4.10. Das NURSE-Modell

Ein wichtiges Akronym für die Kommunikation in Bezug auf Gefühle hat sich aus der amerikanischen Literatur entwickelt und soll beim Umgehen mit emotionalen Äußerungen unterstützen.

Die fünf Anfangsbuchstaben stehen für:

- Naming: Die Emotionen benennen.
- Understanding: Verständnis für die Emotionen zeigen
- Respecting: Respekt oder Anerkennung mitteilen
- Supporting: Unterstützung anbieten
- Exploring: Hintergrundinformationen zur Emotion ausfindig machen

Das NURSE-Modell muss nicht jedes Mal erneut von oben nach unten durchgespielt werden, doch bietet es eine Hilfestellung von möglichen Reaktionen, welche beim Umgang mit Emotionen unterstützen.

(Langewitz 2011)

1.4.11. Common sense model of illness

Das Common sense model of illness besagt, dass es eine Seltenheit sei, dass Ärztin/Arzt und Patientin/Patient dieselbe Vorstellung über die Erkrankung und deren Therapie haben. Dieses Modell kann dazu dienen, die genauen Vorstellungen einer Patientin/eines Patienten zu erkennen und explorieren.

- Was ist es? (Identity)
- Was ist die Ursache? (Cause)

- Was sind die Folgen? (Consequences)
- Wie ist der zeitliche Verlauf? (Time Line)
- Wie kann man es behandeln? (Control)“

Durch patientinnenzentrierte/patientenzentrierte Gesprächstechniken wird hierbei die Patientin/der Patient zum Erzählen gebracht und soll eine Vertrauensbasis schaffen. (Langewitz 2013)

Wenn die Ärztin/der Arzt dysfunktionale Anteile feststellt, soll sie/er diese ansprechen und ihre/seine medizinische Sichtweise offenlegen. (Langewitz 2013)

Ist der Ärztin/dem Arzt das Konzept der Patientin/des Patienten bewusst und kennt sie/er dieses, ist es oft einfacher zu verhandeln.
(Langewitz 2013)

1.5. Kommunikationstraining

Das bekannte medizinische Lexikon Pschyrembel beschreibt das Kommunikationstraining als „didaktisches Verfahren der kognitiven Therapie und Verhaltenstherapie mit dem Ziel, Sozialpartner durch Einübung relevanter Sprecher- und Zuhörerfähigkeiten und unter Berücksichtigung verbaler u. nonverbaler Kommunikationsebenen in die Lage zu versetzen, sich kompetent u. in Kongruenz mit ihren Gefühlen u. Absichten auszutauschen“. (Pschyrembel 2014)

Durch Erfahrungswerte in der Vergangenheit wird beschrieben, dass die Auswirkungen eines Kommunikationstrainings auf Patientinnen/Patienten durchgehend positiv sind. Nicht nur hinsichtlich der Patientinnen-zufriedenheit/Patientenzufriedenheit zeigt sich eine deutliche Verbesserung, sondern auch auf die psychische Verarbeitung des Krankheitsgeschehens. Eine verbesserte emotionale Gesundheit und die Abnahme von Gesundheitsorgen können dadurch erzielt werden. (Steinhausen et al 2010)

In einer von Deadman 2001 durchgeführten Studie mit Brustkrebspatientinnen durch kommunikativ geschulte Ärztinnen/Ärzte zeigten sich weniger psycho-

pathologische Reaktionen, ein vermehrter Kampfgeist gegen die Erkrankung sowie geringere Depressionswerte. (Steinhausen et al 2010)

Ähnliche Ergebnisse stellten auch Stewart und Mitarbeiter 2000 fest und zeigten, dass Patientinnen/Patienten nach einer gezielten Ärztinnenschulung/-Ärzt Schulung eine bessere psychische Gesundheit und eine Verringerung der Gesundheitsorgen aufweisen. Es zeigte sich auch, dass eine nicht zufriedenstellende ärztliche Kommunikationsfähigkeit mit einer geringeren Lebensqualität der Patientin/des Patienten zu assoziieren ist. (Steinhausen et al 2010)

1.6. Gründe für Kommunikationsprobleme

1.6.1. Aus Sicht der Patientin/des Patienten

Nach dem Ärztegesetzes ist die Ärztin/der Arzt verpflichtet, seine Patientinnen/seine Patienten in einer für sie verständlichen Weise aufzuklären und zu informieren. (Rixen et al 2015)

Analysen von Visitengesprächen zeigen immer wieder deutlich auf, wie gravierend sich die Sichtweisen von Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten unterscheiden und wie groß die Kluft zwischen deren Perspektiven ist. Die Ärztin/der Arzt gibt der Krankheit thematisch größten Stellenwert in der Visite, während das Hauptinteresse der Patientin/des Patienten ihrem/seinem Krankheitserleben gilt. (Steinhausen et al 2010)

Durch mehrfache Klinikaufenthalte erfahrene Patientinnen/Patienten lernen, dass von Ihnen eine knappe, körperlich orientierte Leidensschilderung erwartet wird. Durch das Umsetzen dieser Kommunikationsform, wird die Person als angenehme Patientin/angenehmer Patient empfunden. (Steinhausen et al 2010)

Gründe die die Patientin/den Patienten daran hindern Fragen zu stellen:

- Psychologisch*: Die Patientin/der Patient erlebt ärztliche Gespräche als hemmende Stresssituation.
- Kognitiv*: Die Patientin/der Patient ist überfordert und kommt erst nach dem Beenden des Gespräches auf für sie/ihn wichtige und entscheidende Fragen.
- Organisatorisch*: Die Patientin/der Patient kennt den Zeitdruck unter welchem medizinisches Personal steht und möchte der Ärztin/dem Arzt nicht zur Last fallen oder diese/diesen belästigen.
- Rollenverständnis*: Der möglicherweise dominante Führungsstil der Ärztin/des Arztes hemmt die Eigeninitiative des Erkrankten. (Rixen et al 2015)

Laut dem Kommunikationsexperten Schüller ist unzufriedenstellende Kommunikation der häufigste Grund eines Ärztinnenwechsels/Arztwechsels. Gespräche seien nur so gut und zufriedenstellend, wie das Gefühl, welches am Ende bei den Gesprächspartnerinnen/Gesprächspartnern hinterbleibt.

Wichtig ist nicht ausschließlich „was“ gesagt wird, sondern auch „wie“ es gesagt wird. Über drei verschiedene Kanäle können, meist auch in mehreren gleichzeitig, Informationen aufgenommen und übertragen werden: *visuell, haptisch, auditiv*. (Schüller 2013)

Mangelnde Compliance, häufiger Ärztinnenwechsel/Arztwechsel („doctor hopping“), häufige Ärztinnenbesuche/Arztbesuche oder schlechte Behandlungsergebnisse werden meist, durch die Unzufriedenheit der Patientin/des Patienten mit ihrer behandelnden Ärztin/ihrer behandelnden Arzt, ausgelöst. (Steinhausen et al 2010)

Man darf nie vergessen, dass sich die hospitalisierte Patientin/der hospitalisierte Patient den im Krankenhaus herrschenden Strukturen unterwerfen muss. Eine stationäre Behandlung ist zugleich auch eine enorme persönliche Einschränkung

und Belastung. Eine Zimmer- und Bettzuweisung, Isolierung, die Tatsache, dass es unmöglich ist sich zurück zu ziehen, Festlegung von Essens- und Aufstehzeiten, standardisierte Kleidung sowie ein völlig neuer vorgegebener Lebensrhythmus reißt die Kranke/den Kranken aus ihrem/seinem Alltag und ihrer/seiner vertrauten Umgebung. (Bergner 2009)

Stationäre Patienten unterliegen einem ständigen Personal- und Ärztinnen/-Arztwechsel, so dass eine Beziehung anonymisiert ist und eine Bezugsperson fehlt. (Bergner 2009)

1.6.2: Aus Sicht der Ärztin/des Arztes

Die Erkrankte/der Erkrankte ist zum dulddenden, passiven, Objekt geworden.

Teilweise ist es mittlerweile schon so weit, dass ein Gespräch als „betriebswirtschaftlicher Luxus“ gesehen wird.

Wer lange genug dieses Verhalten gegenüber seinen Patientinnen/Patienten praktiziert, wird allmählich selbst Opfer einer Wahrnehmungsverzerrung. Die Ärztin/der Arzt verlernt, dass zum Aufbau einer effektiven und stabilen Ärztin/Arzt-Patientin/Patient-Beziehung Annäherungen erforderlich sind. Initiativen von der Patientin/vom Patienten ausgehend werden häufig unbewusst oder auch teilweise bewusst verhindert durch: (Steinhausen et al 2010)

- *Nichtbeachten*: Eine von der Patientin/vom Patienten gestellte Frage wird von der Ärztin/vom Arzt übergangen.
- *Adressatenwechsel*: Ein anderer Visitenteilnehmer/eine andere Visiten- teilnehmerin wird angesprochen anstatt auf die von der Patientin/vom Patienten gestellte Frage zu antworten.
- *Themenwechsel*: Mitten im Gespräch beginnt die Ärztin/der Arzt mit einem neuen Thema.
- *Verschieben*: Die von der Patientin/vom Patienten gestellte Frage wird umgedeutet und die Reaktion auf nebensächliche Aspekte verschoben
- *Medizinische Fachtermini*: Medizinische Fachsprache wird vom Visitenteam benutzt. Die Kranke/der Kranke versteht häufig nichts oder erkennt falsche

Zusammenhänge. Die Visite läuft oft über einen längeren Zeitraum ohne Beteiligung der Patientin/des Patienten ab.

Ursache für Kommunikationsdefizite:

- mangelnde Ausbildung in der Gesprächsführung
- die Annahme der Ärztin/des Arztes, dass ein Eingehen auf die psychosozialen Aspekte das Leid der Patientin/des Patienten verstärken könnte,
- oder die Befürchtung, dass solche Gespräche zu viel Zeit kosten und auch, dass dies das eigene seelisches Gleichgewicht der Ärztin/des Arztes gefährden könnten. (Steinhausen et al 2010)

Ausschlaggebend für die kommunikative und emotionale Inkompetenz mancher Ärztinnen/Ärzte ist eine Ausbildung mit vielen Defiziten. Eine Befragung der Universität Göttingen an 700 Medizinstudentinnen/Medizinstudenten zeigte, dass die meisten Jungmedizinerinnen/Jungmediziner am Anfang des Studiums sehr an der Patientin/am Patienten und an ihrer/seiner psychosozialen Situation interessiert waren. Mit der Zunahme an Fachwissen kommt es im Laufe des Studiums zu einem Verlust an psychosozialer und kommunikativer Kompetenz. Das Medizinstudium erzieht zur faktenorientierten „wissenschaftlichen Objektivität“. (Frischenschlager 2013)

Viele Ärztinnen/Ärzte sind sich nicht bewusst, dass eine Kompetenz, welche zufriedenstellend und kommunikativ ist, nicht nur die Zufriedenheit der erkrankten Patientinnen/Patienten erhöht, sondern auch die eigene Zufriedenheit der Ärztin/des Arztes.

Gut geschulte Ärztinnen/Ärzte sind fähig, die Probleme ihrer Patientinnen/-Patienten genauer zu analysieren und erkennen - den Patientinnen/Patienten gelingt es dadurch besser, sich psychisch an die Krankheitssituation anzupassen. (Frischenschlager 2013)

1.6.3. Häufigste Kommunikationsstörungen

- Das Ärztin/Arzt-Patientinnen/Patienten-Verhältnis wird von der Patientin/vom Patienten immer mehr als Dienstleistungsmodell gesehen.
- Zeitdruck
- Ärztinnen/Ärzte lassen Patientinnen/Patienten häufig nicht ausreden
- Ärztinnen/Ärzte missverstehen was die Patientin/der Patient ausdrücken will
- Informationen werden auf nicht verständliche Weise vermittelt
- Schreibarbeiten oder Telefongespräche lenken die Ärztin/den Arzt während des Gespräches ab
- Die Ärztin/der Arzt und die Patientin/der Patient haben ein unterschiedliches Verständnis ihrer Beziehung
- Sowie eine unterschiedliche Auffassung der Erkrankung und des Problems der Patientin/des Patienten
- Für Patientinnen/Patienten wichtige Themen werden von der Ärztin/vom Arzt vermieden

(Rixen et al 2015)

1.7. Überleitung auf die vorliegende Studie

Wie ist die Zufriedenheit mit der Visite an einer Unfallchirurgie am LKH Graz? Kann ein Kommunikationstraining zur Verbesserung empfohlen werden?

Besonders in chirurgischen Fächern wird der Blickpunkt in den letzten Jahren immer mehr auf die Ärztin/Arzt-Patientinnen/Patienten-Kommunikation gerichtet. Der Grund hierfür ist wohl, dass im operativen Bereich Klagen aufgrund von Behandlungsfehlern häufiger vorkommen als in konservativen Fachrichtungen und mit nicht ausreichend zufriedenstellender Kommunikation und Aufklärung begründet werden. Die Angst davor, sich durch Gefühle und Emotionen der Patientin/des Patienten beeinflussen zu lassen, ist nicht unbegründet. Die Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktion, welche sich auch auf ein diagnostisches und therapeutisches Prozedere auswirkt, ist im klinischen Alltag nicht selten. Ärztinnen/Ärzte gelten als eine Berufsgruppe mit vergleichsweise hohem Risiko für selbstschädigende Verhaltensweisen wie geringe gesundheitliche Selbstfürsorge, Alkohol- und Substanzmissbrauch bis zu erhöhter Suizidalität. Ein Vermeidungsverhalten bezüglich emotionalen Inhalten bedeutet aber auch einen Verzicht der beziehungsfördernden Aspekte in der Ärztin/Arzt-Patientinnen/Patienten-Interaktion. (Langewitz 2013)

Auf Grund dieser Informationen beschäftigt sich die vorliegende Diplomarbeit mit der Frage, ob ein spezifisches Kommunikationstraining die Zufriedenheit mit der Visite an einer unfallchirurgischen Station aus Sicht der Patientinnen/Patienten, des Pflegepersonals und aus Sicht der Ärztinnen/Ärzte, erhöht.

Es wird auf die Möglichkeit eingegangen, wie man diese Idee in Zukunft umsetzen könnte und die erstellte Methode und Überprüfung positiv für eine Gesprächsverbesserung nutzen kann. Sie stellt eine Voruntersuchung dar, um diese Studie mit den verwendeten Fragebögen und Beobachtungsprotokollen durchzuführen.

2. Material und Methoden

Ziel war es eine Interventionsstudie durchzuführen, um Unterschiede in der Qualität von Visitengesprächen einer unfallchirurgischen Station vor und nach einem spezifischen Kommunikationstraining unter Anleitung professioneller Trainer für das gesamte ärztliche Team zu erheben. Diese musste jedoch von Differenzen auf der Personalebene an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie während der laufenden Untersuchung abgebrochen werden. So soll die vorliegende Studie eine fundierte Ausgangslage für zukünftige Untersuchungen bieten.

Die Vorgabe von Fragebögen und die Durchführung von Beobachtungen, um den Status Quo des Visitengesprächs der Bettenstation zu einem ersten Messzeitpunkt zu erheben, konnten noch vor dem Führungswechsel durchgeführt werden.

Im weiteren Verlauf sollte das gesamte ärztliche Team ein Kommunikationstraining absolvieren. Darauf folgend wäre wieder anhand von Fragebögen und Beobachtungen der Ablauf des Visitengesprächs zu einem zweiten Messzeitpunkt erfasst worden. Beurteilt hätte die Visite sowohl vom ärztlichen als auch vom Pflegepersonal sowie von den Patienten/den Patientinnen werden sollen. Im Folgenden werden die angewandten Verfahren bzw. jene die zur Anwendung kommen sollten, näher erklärt.

2.1. Messinstrumente

2.1.1. Beobachtungen

Die Beobachtungen des Arzt/Ärztinnen-/Patienten/Patientinnen-Gesprächs während der Visite wurden von zwei voneinander unabhängigen Diplomanden durchgeführt.

Mit Hilfe eines von Prof. Wolf Langewitz erstellten Beobachtungsprotokolls konnten Gesprächsimpulse und Personendaten erfasst werden und bieten eine

präzise Bewertung der Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten Kommunikation in Hinblick auf angewandte Kommunikationstechniken sowie welche Gesprächsatmosphäre die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt schafft.

Für die vorliegende Studie waren vor allem die unterschiedlichen Bewertungen der zwei Beobachtenden in Hinblick auf die Gesprächsführung der visitenführenden Ärztin/des visitenführenden Arztes von Interesse. Anhand des Unterpunktes „Kommunikationstechniken/Gesprächs-atmosphäre“ bewerteten sie anhand von vier Charakteristiken das ärztliche Gespräch während der Visite.

Prof. Langewitz definierte in seinem Beobachtungsprotokoll die Bereiche: klare Gesprächsstruktur, das Anwenden von WWSZ, eine verständliche Informationsübermittlung und die Gestaltung einer Gesprächsatmosphäre als Qualitätsmerkmale für ein gelungenes Visitengespräch (Abbildung 1).

Da die Gespräche fast ausschließlich zwischen der visitenführenden Ärztin/dem visitenführenden Arzt und der Patientin/dem Patienten stattfanden, wurden nur jene Gespräche von den Beobachtenden evaluiert (Protokoll unter OA). Gespräche von anderen Visitenteilnehmerinnen/Visitenteilnehmern mit den Patientinnen/Patienten fanden in der Regel kaum statt und wurden daher nicht protokolliert.

Kommunikationstechnik/Gesprächs-atmosphäre				
	Ranking			
Struktur - Ablauf, Rahmen, Agenda* --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL
WWSZ ** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL
Info übermitteln - Buchmetapher *** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL
Schafft eine freundliche Gesprächs-atmosphäre **** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL

Abbildung 1: Beobachtungsprotokoll „Kommunikationstechniken/Gesprächsführung“

Bewertet wurden die einzelnen Faktoren im Beobachtungsprotokoll anhand einer 5-stufigen Skala, welche sich für jedes Merkmal anders gestaltete (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Ratingskalen der einzelnen Merkmale aus dem Beobachtungsprotokoll
Kommunikationstechniken/Gesprächsführung**

Kommunikationstechniken/Gesprächsführung					
Rating	1	2	3	4	5
Gesprächsstruktur	stellt sich/Teilnehmer nicht vor; es gibt keine erkennbare Agenda	stellt sich/Teilnehmer oder die Agenda der Visite vor	Voraussetzungen von 2 und Ankündigung von Unterbrechungen/ Wechsel im Rederecht	stellt sich/Teilnehmer vor und die Agenda für die Visite	Voraussetzungen von 4 und Aushandeln der Inhalte der Visite mit dem Patienten
Gesprächstechnik (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen; WWSZ)	Beschränkt sich auf fokussierte und geschlossene Fragen, kein WWSZ	Benutzt selten eine der Techniken, z.B. Wiederholen oder Warten > 2 Sekunden, bleibt aber im eigenen Duktus	Benutzt manchmal mehr als eine Technik, fängt an mit dem Material zu arbeiten, das Pat. einbringt	Benutzt häufig mehr als eine Technik, arbeitet mit dem Material, das Pat. einbringt	Wie 4, gestaltet Übergang von WWSZ auf gezielte Anamnese oder Info-Geben
Informationen übermitteln	gibt Info unstrukturiert (z.B. Wechsel im Thema; Wechsel zwischen Informieren und Fragen), benutzt medizinischen Jargon	gibt Info unstrukturiert, vermeidet medizinischen Jargon	gibt Info, benennt das Thema der Information, vergisst Überschriften und wechselt in Text-Modus	gibt Info gut strukturiert (Buchmetapher)	wie 4 plus überprüft Verständnis mit ‚blaming himself‘
Gesprächsatmosphäre	Kaum Blickkontakt und laute dominante Stimme, Adressat der Interaktion wechselt abrupt und ohne Ankündigung, keine Pausen nach Struktur, unterbricht die Rede anderer	Hält Blickkontakt oder angemessene Lautstärke	Hält Blickkontakt und angemessene Lautstärke	3 plus wartet ab, bis Redebeiträge anderer zu Ende sind	4 plus macht Pausen nach Ankündigungen

Um eine ausführlichere Beschreibung der von Prof. Langewitz bereitgestellten Beobachtungsprotokolle zu erhalten, wird an dieser Stelle auf die Diplomarbeit „Beobachtung von Kommunikationsmustern und Kommunikationstechniken innerhalb des Visitengesprächs an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie“ von Dr. med. Tazio Raoul Roche verwiesen. In dessen Arbeit wurden Daten zur

Gesprächsqualität und zu Gesprächsimpulsen ausgewertet, welche zuvor von beiden Beobachtern gemeinsam erhoben wurden.

2.1.2. Fragebögen

Um eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bei der Visite zu untersuchen, war ein Vergleich der unterschiedlichen Beurteilungen des ärztlichen Visitengesprächs von Interesse. Vor Beginn der eigentlichen Untersuchung (Beobachtungen) sowie nach Abschluss eines Kommunikationsworkshops wurden dem gesamten ärztlichen Personal und dem Pflegepersonal Fragebögen zur „Zufriedenheit mit der Visite“ vorgegeben. Zum einen, wie sich die Ärzte selbst einschätzen, zum anderen wie das Pflegepersonal Ablauf der Visite einschätzen.

Dazu erhielt jede Gruppe einen Fragebogen um die individuelle Zufriedenheit während der Visite nach spezifischen Kriterien und auf die Personengruppe speziell abgestimmt bewerten zu können. Bereitgestellt wurden die Fragebögen von Prof. Wolf Langewitz vom Universitätsspital Basel. Die Entwicklung der Fragebögen und die darin enthaltenen, spezifisch auf eine Personengruppe abgestimmten Fragen, wurden in Anlehnung auf vom Picker - Institut (Hamburg, Deutschland) Patientinnen/Patienten- und Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterbefragungen gestaltet. Einen weiteren Anhaltspunkt zur Entstehung der für die Untersuchung verwendeten Fragebögen bot eine Doktorinnenarbeit von Heidemarie Weber „Die Ambivalenz in der Pflege auf dem Professionalisierungsweg: eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite“ aus dem Jahr 2011.

Bisher wurde anhand der Fragebögen noch keine Faktorenanalyse durchgeführt, was eine Benennung der Konstrukte in einzelne Merkmale nicht zulässt. Allgemein bestand der Fragebogen zur „Zufriedenheit mit der Visite“ für die Ärztinnen/Ärzte und das Pflegepersonal aus Fragen zur deren Einschätzung hinsichtlich des organisatorischen Ablaufs und der Kommunikation während der Visite.

Allgemein erheben die Fragebögen Merkmale wie Effizienz, den Stationsablauf, die für die Visite benötigten Informationen, den interdisziplinären Informationsaustausch und deren Weiterverarbeitung, Sorgen und Ängste der Patientin/des

Patienten, sowie an ihn gerichtete Informationen und den Lerneffekt für Studierende und Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung.

Die Fragebogenversion für die Ärztinnen/Ärzte bestand aus zehn, und die des Pflegepersonals aus neun Fragen. Jede Frage konnte auf einer vierstufigen Skala von überhaupt nicht bis eindeutig ja bewertet werden. Die auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmten Fragebögen sollten die Möglichkeit bieten, sich zur Alltagserfahrung mit der Visite zu äußern. Der Fragebogen zur „Zufriedenheit mit der Visite“ für das unfallchirurgische Ärztinnenteam/Ärzteteam unterschied sich in einer Frage von dem des Pflegepersonals, welche im Folgenden angeführt werden soll.

Beispielitem aus der Fragebogenversion für Ärztinnen/Ärzte: „Die Visite findet in Begleitung einer kompetenten Pflegenden statt.“

Der aus acht Fragen bestehende Fragebogen für Patientinnen/Patienten richtete sich vermehrt auf deren Sorgen und Ängste, sowie das Ausmaß des Vertrauens der Patientinnen/Patienten zum behandelnden ärztlichen Team und Pflegepersonal.

Beispielitem aus der Fragebogenversion für Patientinnen/Patienten: „An der Visite werden mir die nächsten Schritte erklärt, so dass ich weiß, wie es weiter geht.“

Alle drei Versionen des Fragebogens zur „Zufriedenheit mit der Visite“ werden im Anhang angeführt.

Eine Erweiterung der Fragebögen wurde anhand der Erhebung von demographischen Daten vorgenommen, sowie die Möglichkeit für ergänzende Bemerkungen während der Visite geboten, welche aber kaum in Anspruch genommen wurden. Zu den demographischen Angaben der Ärztinnen/Ärzte zählten das Geschlecht, der Rang (Nicht-Facharzt versus Facharzt) sowie das Alter. Hierbei wurde jedoch nicht das exakte Alter der Personen erfragt, lediglich eine Altersspanne. Die unterschiedlichen Altersspannen gestalteten sich von 18 bis 30, 30 bis 40, 40 bis 50, 50 bis 60 und über 60 Jahre.

Dasselbe galt für das Pflegepersonal wie auch für die Patientinnen/Patienten, wobei die Angabe des ärztlichen Ranges wegfiel.

2.1.3. Patientinnendaten/Patientendaten

Neben den demographischen Daten der Patientinnen/Patienten (Alter, Geschlecht) wurden während der Visite noch zwei weitere Charakteristika erhoben. War diese Möglichkeit der Erfragung während der Visite nicht gegeben, gab es die Möglichkeit jene durch Konsultierung der Patientinnenakte/Patientenakte zu beantworten.

Ein Charakteristikum ist die Behandlungsmodalität, ein anderes Charakteristikum ist das Sprachverständnis der Patientinnen/Patienten. Die Behandlungsmodalität gliederte sich in Prä-, Postoperative oder Konservative Behandlung.

Patientinnen/Patienten, die sich in einer präoperativen Phase befanden, mussten häufig aufgrund Verzögerungen im Operationsplan auf eine Behandlung warten oder wurden gerade für eine Operation vorbereitet. Postoperative Patientinnen/Patienten wurden bereits operiert und erhielten entsprechende Wundversorgung mit schmerztherapeutischen oder antibiotischen Maßnahmen. Unter einer konservativen Behandlung versteht man, wenn Patientinnen/Patienten keine Operation zu ihrer Genesung benötigen. Beispiele wären die Gabe von Antibiotika bei Infektionen oder eine Fixatur um einen Knochenbruch zu behandeln.

Des Weiteren wurde das deutsche Sprachverständnis mit erhoben und in „gut“ oder „schlecht“ unterteilt.

Für weitere Untersuchungen könnten diese Daten Auskunft darüber geben, ob sich unterschiedliche Behandlungsweisen auf die Zufriedenheit der Patientinnen/Patienten auswirken.

Die Erhebung des Sprachverständnisses ist ein notwendiges Mittel um Patientinnen/Patienten mit unzureichenden Sprachkenntnissen vorab aus den Untersuchungen auszuschließen.

2.1.4. Kommunikationstraining „Training on the job“

Das Kommunikationstraining (aufbauend auf einem Konzept von Prof. Langewitz, Basel) befasst sich mit Aspekten der Wahrnehmung und Wirklichkeitskonstruktion, der patientinnenorientierten/patientenorientierten und ärztinnenzentrierten/arztzentrierten Kommunikation, sowie mit verschiedenen Kommunikationsmodellen und Techniken.

Hauptziel dieses Trainings stellt eine adäquate Ärztin/Arzt-Patientin/Patient Kommunikation dar. Für unterschiedliche Patientinentypen/Patiententypen und Situationen sollte ein breites Repertoire von Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Beispiele wie Ärztinnen/Ärzte im besten Fall laut dem Beobachtungsprotokoll Gespräche mit Patientinnen/Patienten führen sollten:

- Die Ärztin/der Arzt gibt Informationen in für diesen Patienten verständlicher Form weiter und merkt, ob die Informationen angekommen sind.
- Sie/er lädt die Patientin/den Patienten ein, ihre/seine Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen einzubringen, nimmt diese auf und antwortet in adäquater Form.
- Dadurch bekommt die Ärztin/der Arzt wertvolle medizinische und psychosoziale Informationen.

Fühlt sich die Patientin/der Patient ernst genommen wird sie/er erst die gute medizinische Arbeit würdigen können. Das Programm setzt einen klaren Schwerpunkt auf die Vermittlung konkreter patientenorientierter Kommunikationsfertigkeiten von Ärztinnen/Ärzten.

Das im weiteren Verlauf der Untersuchung geplante Kommunikationstraining, an welchem das Ärztinnenteam/Ärzteteam der unfallchirurgischen Station des LKH Graz teilnehmen sollte, hätte über eigens dafür geschulte Trainerinnen/Trainer stattfinden sollen und setzt sich wie folgt aus drei verschiedenen Programmschritten zusammen.

1. Vermittlung von „Kommunikationstheorie und Kommunikationstechnik“
2. Praxisworkshop „konkrete Kommunikationstechniken“
3. Persönliche Begleitung und Feedback im Klinikalltag

Als Zeitrahmen für das Training waren ca. 10 Stunden im Rahmen der Dienstzeit geplant und wäre von Sen.-Scientist Priv.-Doz. Dr. Christian Fazekas und Mag. Gerhard Maier durchgeführt worden.

Im ersten Teil des Trainings sollte den Ärztinnen/Ärzten der Inhalt eines Theorieteils näher gebracht werden und mit anschließender Diskussion und Reflexion vermittelt werden. In einem zweiten Schritt soll das eben Gelernte gefestigt werden. Dies geschieht über Rollenspiele oder in Form von Fallbeispielen.

Im letzten Teil des Trainings wäre das Personal dazu aufgefordert worden, selbst erlebte Kommunikationssituationen zu schildern und diese zu reflektieren. Des Weiteren wären die Ärztinnen/Ärzte in ihrem beruflichen Alltag von einem der Trainer, Herrn Sen.-Scientist Priv.-Doz. Dr. Fazekas, begleitet worden und hätten ein persönliches Feedback erhalten.

2.2. Untersuchungsablauf

Betreut wurde dieses Projekt vom damaligen Leiter der Unfallchirurgie Prim. Univ.-Doz. Dr.med.univ. Helmut Seitz und Sen.-Scientist Priv.-Doz. Dr.med.univ. Christian Fazekas.

Vor Beginn der eigentlichen Untersuchung erfolgte eine Einschulung der Diplomandin und des Diplomanden durch Herrn Sen.-Scientist Priv.-Doz. Dr. Christian Fazekas. Im Rahmen dieser Einschulung wurde der Diplomandin und dem Diplomanden, welche die Beobachtung durchführen sollten, vor allem das für die Studie verwendete Beobachtungsprotokoll erklärt und ein ca. zweiwöchiger Probelauf der Beobachtung wurde gestartet, um möglichst alle Definitionsprobleme, unterschiedliche Wahrnehmungen und Differenzen in der Auffassung zu eliminieren und die Beobachtenden auf einen ähnlichen Stand zu bringen.

Das Projekt, sowie die Beobachtung, wurden den Ärztinnen/Ärzten der Unfallchirurgie im Laufe der Morgenbesprechung von Prof. Seitz, Doz. Fazekas

und der Diplomandin und dem Diplomanden vorgestellt. Hier bekam die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt eine Studiennummer zugewiesen, welche auf dem Beobachtungsprotokoll vermerkt wurde und nur den beiden Beobachtenden bekannt ist.

Sollte die Ärztin/der Arzt ihr/sein Interesse an der Untersuchung und der Beurteilung ihres/seines Visitengespräches zeigen, bestünde damit die Möglichkeit die erhobenen Daten der jeweiligen Person zuzuordnen.

Für die Weitergabe an Dritte und die statistische Auswertung kann durch diese Nummer die Anonymität der Ärztinnen/Ärzte gewährleistet werden.

Die Untersuchung fand im Zeitraum von 24. März 2014 bis zum 4. Mai 2014 während der Morgenvisite auf der Bettenstation der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am Landeskrankenhaus Graz unter der Leitung von Prof. Dr. Helmut Seitz statt.

Die Bettenstation umfasst 56 Betten, davon 12 im Bereich der Sonderklasse.

Die Visitengespräche wurden grundsätzlich in den Patientinnenzimmern/Patientenzimmern abgehalten.

Zu Beginn der Untersuchung wurde allen, bei der Morgenbesprechung anwesenden Ärztinnen/Ärzte, die entsprechende Version des Fragebogens zur „Zufriedenheit mit der Visite“ vorgegeben. Danach erfolgten Beobachtungen des Visitengespräches. Nach erfolgreicher Beendigung der Beobachtungen sollten die Ärztinnen/Ärzte ein spezielles Kommunikationstraining absolvieren, worauf weitere Beobachtungen und die Vorgabe desselben Fragebogens gefolgt wären (Abbildung 2).

Hier hätte anschließend ein Vergleich der Zufriedenheit vor und nach dem Training angestrebt werden können.

Durch den bereits erwähnten abrupten Leitungswechsel und einer Diskrepanz auf der Personalebene konnten weder das Kommunikationstraining, noch die darauffolgenden weiteren Untersuchungen durchgeführt werden. Dies gestaltete sich für die Vorgabe der Fragebögen an das Pflegepersonal gleich. Diese konnten nur in den ersten Teil der Untersuchung erfolgreich eingebunden werden. Bezogen auf das geplante Studiendesign konnten demnach nur Daten zu einem ersten Messzeitpunkt erfasst werden, was einen prä-post Vergleich nicht zulässt.

Erfasst wurde aus zeittechnischen Gründen nur jedes zweite Gespräch. In einer Voruntersuchung zeigten sich Visiten mit teilweise unter 30 Sekunden Gesprächsdauer, was eine Erhebung aller Gespräche beinahe unmöglich macht.



Abbildung 2: Geplanter Studienablauf bei Ärztinnen/Ärzten

2.2.1. Ablauf während der Visite

Die morgendliche Visite begann täglich nach der Morgenbesprechung zwischen 8:30 Uhr und 9:00 Uhr. Je nach Anzahl der belegten Betten endete die Visite unterschiedlich. Eine Aufteilung der Bettenstation erfolgt über einen Bereich bzw. Flur für Frauen und einen für Männer, wobei diese Aufteilung nichts mit der tatsächlichen Verteilung der Geschlechter zu tun hatte.

Die Morgenvisite wurde dementsprechend auf zwei Teams aufgeteilt und wird von einer Assistenz- oder Fachärztin/einem Assistenz- oder Facharzt durchgeführt, von einer Stationsärztin/einem Stationsarzt und mindestens 2 DGKP begleitet. Einmal pro Woche findet im Normalfall auch eine chefärztliche Visite statt.

Für eine Flurseite („Männer-„ oder „Frauenseite“) beträgt die Gesamtdauer der Visiten ca. 30-60 Minuten.

Vor Betreten des jeweiligen Patientinnenzimmers/Patientenzimmers wurde eine kurze Vorbesprechung abgehalten. Die visitierende Ärztin/der visitierende Arzt erklärte hierbei allen Anwesenden den möglichen Operationsverlauf, etwaige Befunde und das weitere Vorgehen mit allen Patientinnen/Patienten im zu visitierenden Zimmer.

Außerdem wurden hier neue Medikamente und Befunde besprochen und mittels eines Laptops aktuelle Laborbefunde oder Röntgenbilder gezeigt. Dieser Teil wurde von den Beobachtenden nicht in das Protokoll mit aufgenommen.

Mit einem Klopfen betrat das gesamte Visitenteam das Zimmer und folgte der visitenführenden Ärztin/dem visitenführenden Arzt zur jeweiligen Patientin/zum jeweiligen Patienten. Als Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für die Patientin/den Patienten fungierte hierbei die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt, welche/welcher das Gespräch auch leitete.

Die Visite bestand aus dem Visitengespräch und wenn erforderlich aus einer Wundkontrolle und Verbandwechsel. Hierbei war auch das Pflegepersonal gefordert und damit in das Gespräch mit der Patientin/dem Patienten integriert.

Erfragt wurde der Zustand der Patientin/des Patienten, sowie mögliche nächste therapeutische und/oder diagnostische Schritte wurden geplant. Zuweisungen, Behandlungen und Therapien werden delegiert und bei Bedarf Reha oder soziale Hilfe beantragt. Nachmittags wird meist noch eine zweite kleine Visitenrunde von der Stationsärztin oder einer Turnusärztin/einem Turnusarzt durchgeführt. Diese Visite hat keinen festen Zeitpunkt, sondern wird durchgeführt wie es sich zeitlich ausgeht.

Beendet wurde das Gespräch indem sich die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt einer weiteren Patientin/einem weiteren Patienten zuwandte oder nachdem alle Gespräche geführt waren.

2.3. Mitwirkende Personengruppen

2.3.1. Das Visitenteam

Das gesamte ärztliche und pflegerische Personal, das aktiv an der Visite teilnahm, wurde in die Untersuchung mit aufgenommen.

An der täglichen Visite nahmen eine Fachärztin/ein Facharzt, die Stationsärztin, das Pflegepersonal sowie die Diplomandin und der Diplomand teil. Letztere fungierten dabei als passive Beobachtende.

Ziel der beobachtenden Personen war es, so viele an der unfallchirurgischen Abteilung beschäftigte Ärztinnen/Ärzte wie möglich zu beobachten.

Das gesamte ärztliche Team bestand hauptsächlich aus männlichen Fachärzten.

Das Pflegepersonal bestand in diesem Fall meist aus mindestens zwei Diplomkrankenschwestern. Häufig waren auch Pflegehelferinnen/Pflegehelfer mit anwesend, die aber meist mit anderen Tätigkeiten beschäftigt waren oder häufig sogar den Raum verließen. Aus eben genannten Gründen wurden jene nicht zum Visitenteam gezählt und daher nicht in die Beobachtungsprotokolle mit aufgenommen. Des Weiteren erwies sich als auffallend, dass während der gesamten Untersuchung bei keiner Visite eine Assistenzärztin/ein Assistenzarzt zugegen war.

Ärztinnen/Ärzte und Pflegerinnen/Pfleger welche keine aktive Beteiligung an der Visite hatten oder die Unterzeichnung der Einwilligungserklärung ablehnten, wurden nicht in die weiteren Untersuchungen aufgenommen.

Des Weiteren hätte es eine Kontrollgruppe ohne Kommunikationstraining an der orthopädischen Station des LKH Graz gegeben, um eine Gruppe ohne Training mit jener Gruppe, die ein spezifisches Kommunikationstraining erhalten hätte, vergleichen zu können.

2.3.2. Die Patientinnen/die Patienten

Untersucht wurden grundsätzlich alle zum Zeitpunkt der Untersuchung auf der Bettenstation der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz stationär befindlichen Patientinnen/Patienten. Ausschlusskriterien bildeten hier ungenügende oder fehlende Deutsch- bzw. Englischkenntnisse, sowie Zustände in denen die Patientinnen/Patienten nicht ansprechbar waren.

Das Mindestalter der Patientinnen/Patienten betrug 18 Jahre, das Höchstalter 90. Sofort ausgeschlossen wurden jene Teilnehmerinnen/Teilnehmer, welche die Einwilligungserklärung nicht unterzeichnen wollten. Des Weiteren hätte es auch hier eine Kontrollgruppe an der orthopädischen Station des LKH Graz gegeben.

2.4. Ziel der Studie

Das Ziel der Studie lag in einer möglichen Verbesserung der Ärztin/Arzt-Patientin/Patient- Kommunikation. Hätte die vorliegende Studie eine signifikante Verbesserung der momentan vorherrschenden Standards nach sich gezogen, so

könnte über eine flächendeckende Einführung ähnlich gearteter Kommunikationstrainings nachgedacht werden um die alltägliche Visitengesprächsführung auf einer unfallchirurgischen Station dauerhaft zu verbessern.

Das aktuelle Ziel stellt die Erfassung einer Ausgangslage für ein zukünftiges Training mit Evaluation dar.

Aus den in der Literatur gefundenen Ergebnissen und den daraus formulierten Zielen kann folgende Arbeitshypothese abgeleitet werden.

2.4.1. Arbeitshypothese

Es gäbe vor und nach der Durchführung des Kommunikationstrainings einen Unterschied in der Qualität der Visitengespräche von Ärztinnen/Ärzten auf einer unfallchirurgischen Station.

Es gibt einen Unterschied in der Bewertung der Visitengespräche der beiden Beobachter.

2.5. Statistische Auswertung

Die Gesamtmenge der von Patientinnen/Patienten, wie Krankenhauspersonal ausgefüllten Fragebögen werden gesammelt und ins Microsoft Office Excel 10 für Windows übertragen. Von dort aus wurden sie in das Statistik Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) Version 21 übertragen und entsprechende Berechnungen und Analysen durchgeführt.

Alle zur Darstellung der Ergebnisse benötigten Ergebnisse wurden mittels Microsoft Office Power Point für Windows 10 erstellt.

Die erhobenen Daten wurden an Herrn Prof. Langewitz an die Universität Basel weitergeleitet und wären bei vollständigem Abschluss der Untersuchung vor Ort statistisch ausgewertet worden. Eventuell hätte in weiterer Folge an der

Universitätsklinik der Stadt Basel dieselbe Untersuchung stattgefunden um einen Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie vorzunehmen.

In einem ersten Auswertungsschritt wurde mittels SPSS die Alters- als auch die Geschlechtergruppenverteilung anhand der Fragebögen der Ärztinnen/Ärzte und der des Pflegepersonals berechnet.

In weiterer Folge wurde getrennt für beide Gruppen eine deskriptive Analyse der einzelnen Merkmale in den Fragebögen durchgeführt.

Außerdem wurde für beide Versionen des Fragebogens eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Das Cronbachs α ist eine Maßzahl für die interne Konsistenz einer Skala und benennt das Ausmaß, in welchem die Fragen bzw. Aufgaben einer Skala in Beziehung stehen. Je höher das Cronbachs α ausfällt, desto präziser misst ein Test das, was er zu messen vorgibt.

Werte über 0,80 sind gute Werte, über 0,90 kann man von einer exzellenten internen Konsistenz sprechen. Als akzeptabel gelten werden über 0,70. Werte unter 0,70 sprechen für eine fragwürdige bis schlechte interne Konsistenz.

Um eine mögliche Kongruenz zwischen der Beobachterin und dem Beobachter erzielen zu können, wurde eine Interrater Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Da die Dokumentation in der Vorbereitungsphase nicht lückenlos erfolgt ist, wurden im Zeitraum vom 29. Juni bis zum 6. Juli 2015 erneut Daten für diese durch eine erneute Visitenbeobachtung der Diplomandin und des Diplomanden an der unfallchirurgischen Abteilung erhoben.

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde ein Vergleich dieser erhobenen Daten der beiden Beobachtenden vollzogen. Dazu wurden die Beobachtungsdaten beider ins SPSS übertragen um von dort aus weitere statistische Analysen durchzuführen.

Um einen aussagekräftigen Vergleich der Beobachtungsdaten anzustellen, wurde mittels SPSS eine Interrater-Reliabilität berechnet. Cohens Kappa (statistisches Maß der Interrater-Reliabilität) wird dann angewendet, wenn voneinander

unabhängige Beobachtende zu zwei verschiedenen Zeitpunkten mit der gleichen Methode beobachten und nominalskalierte Daten gewinnen.

Die Wertebereiche des Cohens Kappa befinden sich zwischen +1 und -1, wobei ersteres für eine perfekte und -1 für keine beobachtbare Übereinstimmung steht. In den meisten Fällen wird das Cohens Kappa als Prozentzahl dargestellt.

Landis und Koch (1977) definierten Wertebereiche wann eine Übereinstimmung als gut, ausreichend bzw. schlecht angesehen werden kann. Ein Wertebereich kleiner 0 steht für eine schlechte Übereinstimmung, zwischen 0 und 0,20 für „etwas“ Übereinstimmung, zwischen 0,21 und 0,40 „ausreichend“ und zwischen 0,41 und 0,60 von einer „mittelmäßigen“ Übereinstimmung.

Erst ab einem Wert zwischen 0,61 und 0,80 kann man von einer „beachtlichen“ und darüber hinaus sogar von einer „vollkommenen“ Übereinstimmung sprechen.

Für die vorliegende Studie wurde für jedes der vier Merkmale eine separate Interrater-Reliabilitätsanalyse durchgeführt.

Für den Faktor „Struktur“ beispielsweise wurde anhand der Beobachtungsdaten von Beobachterin 1 und Beobachter 2 ein Vergleich angestellt. Dieselben Berechnungen wurden auch für die Faktoren „WWSZ“, „Info übermitteln“ und „Gesprächsatmosphäre“ durchgeführt.

3. Ergebnisse

3.1. Deskriptive Statistik

3.1.1. Alters- und Geschlechtsgruppenverteilung

Das Pflegepersonal (n=24) wies im Durchschnitt am häufigsten ein Alter zwischen 18 und 30 Jahren auf und keine Teilnehmerin/kein Teilnehmer war älter als 60 Jahre (Abbildung 3 & Tabelle 2).

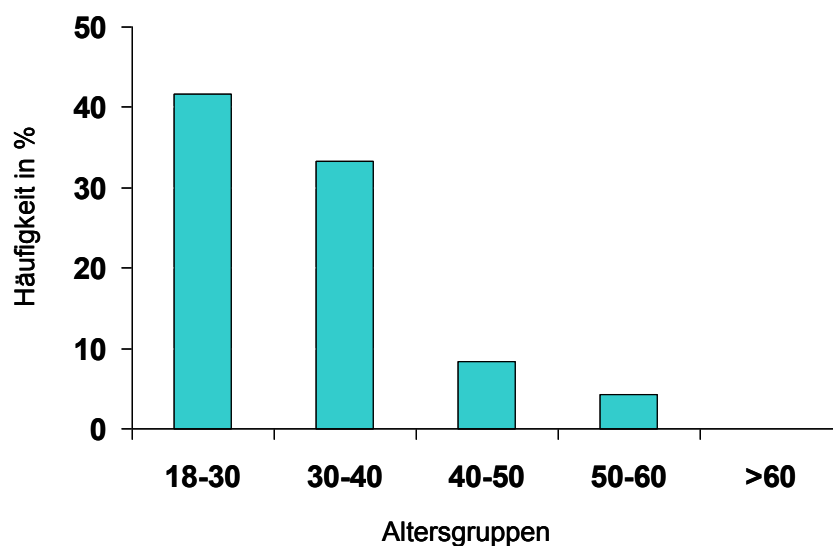


Abbildung 3: Altersgruppenverteilung des Pflegepersonals in Prozent

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen des Pflegepersonals

Untersuchte Stichprobe n=24		
	Häufigkeit	Prozente
<i>18-30</i>	10	41.7
<i>30-40</i>	8	33.3
<i>40-50</i>	2	8.3
<i>50-60</i>	1	4.2
<i>>60</i>	0	0

Da die Stichprobe ausschließlich aus weiblichem Pflegepersonal bestand, konnte auf eine Häufigkeitsverteilung in Hinblick auf das Geschlecht verzichtet werden.

Das ärztliche Team wies im Durchschnitt am häufigsten ein Alter zwischen 30 und 40 Jahren auf und keine Teilnehmerin/kein Teilnehmer war jünger als 30 oder älter als 60 Jahre (Abbildung 4 & Tabelle 3).

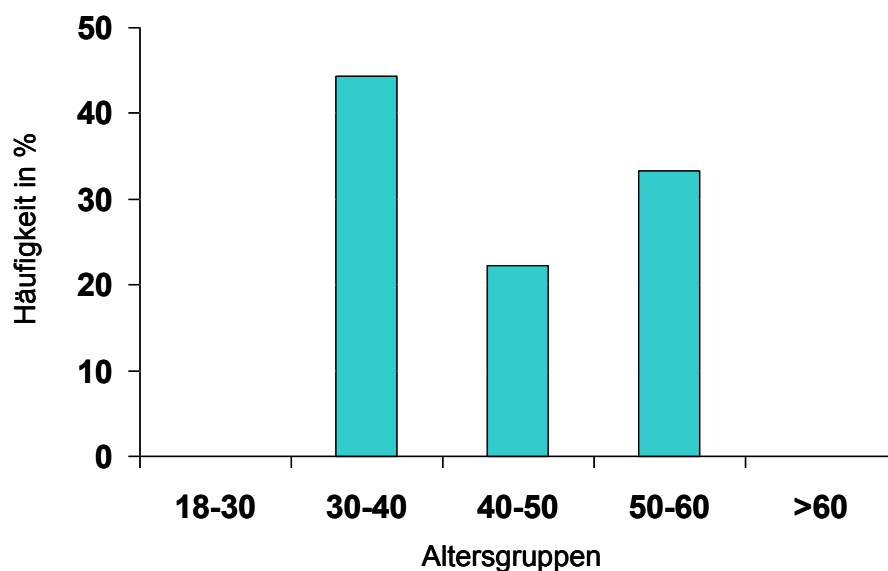


Abbildung 4: Altersgruppenverteilung des ärztlichen Personals in Prozent

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen des ärztlichen Teams

Untersuchte Stichprobe n=9		
	Häufigkeit	Prozente
<i>18-30</i>	0	0
<i>30-40</i>	4	44.4
<i>40-50</i>	2	22.2
<i>50-60</i>	3	33.3
<i>>60</i>	0	0

Die Stichprobe der an der Studie teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte bestand aus sieben Männern und zwei Frauen. Eine entsprechende grafische Häufigkeitsverteilung bietet Abbildung 5.

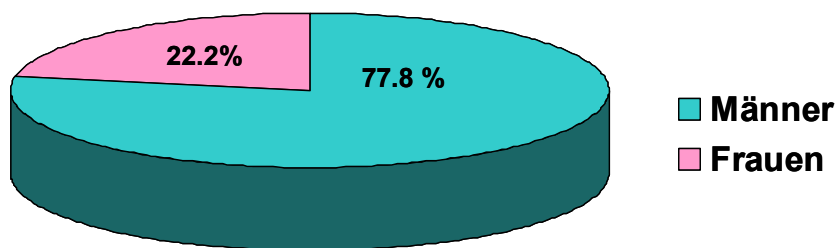


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung des Geschlechts im ärztlichen Team

3.1.2. Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung

Die Fragebogenversion „Zufriedenheit mit der Visite des Pflegepersonal ergab ein Cronbachs α von 0,80. Die Version für das ärztliche Team ergab eine Reliabilität von 0,78.

Die Ergebnisse der Fragebogenversion (Bewertung auf einer 4-stufigen Skala von Überhaupt nicht bis eindeutig ja) für das Pflegepersonal können Abbildung 6 und Tabelle 4 entnommen werden.

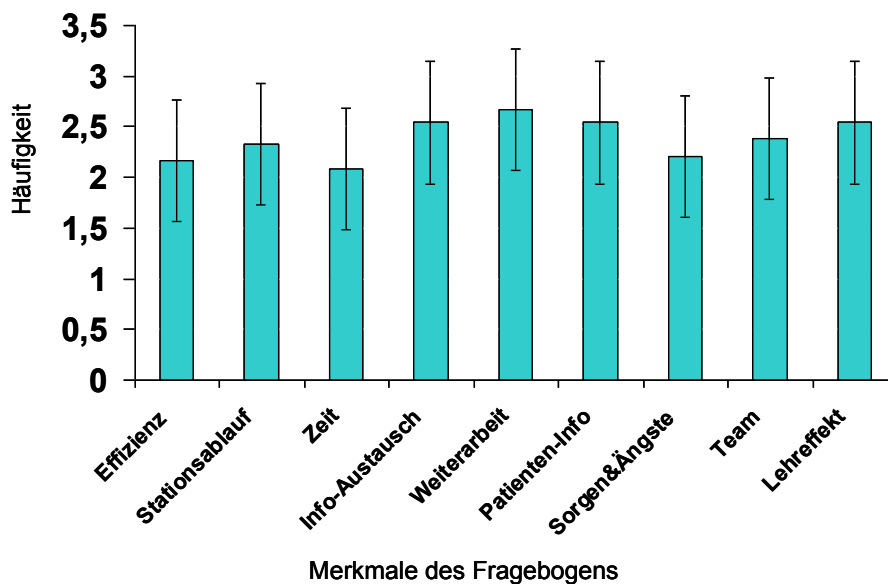


Abbildung 6: Grafische Darstellung der deskriptiven Statistik der Fragebogenuntersuchung für das Pflegepersonal

Tabelle 4: Deskriptive Statistik der Fragebogenuntersuchung für das Pflegepersonal

Untersuchte Stichprobe n=24				
	MW	(SD)	Minimum	Maximum
<i>Effizienz</i>	2.17	(.49)	1	3
<i>Stationsablauf</i>	2.33	(.57)	1	3
<i>Zeit</i>	2.08	(.58)	1	3
<i>Info-Austausch</i>	2.54	(.51)	2	3
<i>Weiterarbeit</i>	2.67	(.64)	1	4
<i>Patienten-Info</i>	2.54	(.66)	1	4
<i>Sorgen & Ängste</i>	2.21	(.66)	1	3
<i>Team</i>	2.38	(.58)	1	3
<i>Lehreffekt</i>	2.54	(.78)	1	4

Über alle Items hinweg ergab sich ein Mittelwert von rund 2,38.

Die Ergebnisse der Fragebogenversion für das ärztliche Team können Abbildung 7 und Tabelle 5 entnommen werden.

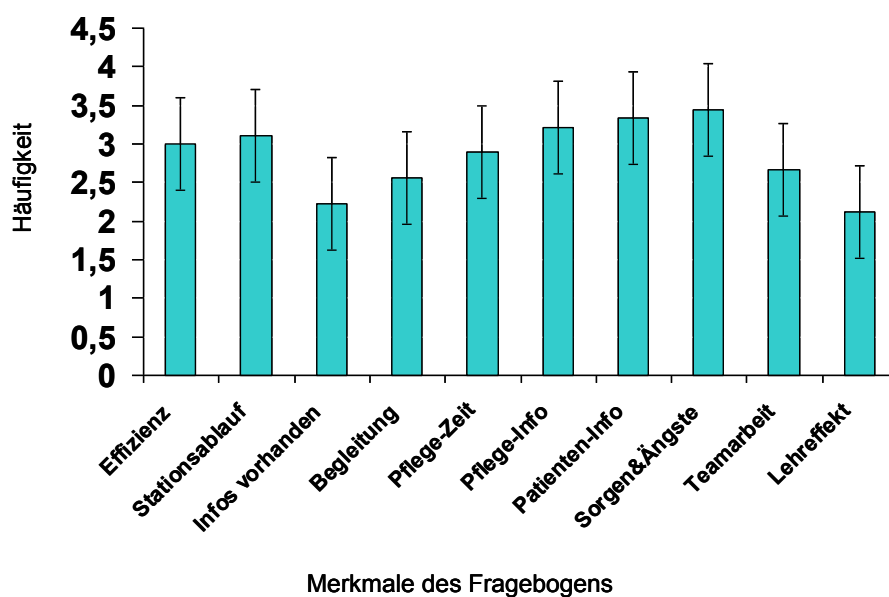


Abbildung 7: Grafische Darstellung der deskriptiven Statistik der Fragebogenuntersuchung für das ärztliche Team

Tabelle 5: Deskriptive Statistik der Fragebogenuntersuchung für das ärztliche Team

Untersuchte Stichprobe n=9				
	MW	(SD)	Minimum	Maximum
<i>Effizienz</i>	3	(.71)	2	4
<i>Stationsablauf</i>	3.11	(.33)	3	4
<i>Infos vorhanden</i>	2.22	(.44)	2	3
<i>Begleitung</i>	2.56	(.73)	1	3
<i>Pflege-Zeit</i>	2.89	(.60)	2	4
<i>Pflege-Info</i>	3.22	(.44)	3	4
<i>Patienten-Info</i>	3.33	(.50)	3	4
<i>Sorgen & Ängste</i>	3.44	(.73)	2	4
<i>Teamarbeit</i>	2.67	(.71)	1	3
<i>Lehreffekt</i>	2.11	(.78)	1	3

Über alle Items hinweg ergab sich ein Mittelwert von rund 2,86.

3.2. Vergleich der Beobachterübereinstimmung

Die Daten aus dem Vergleich der Beobachtungsprotokolle (n=29) sollen im Folgenden separat für alle vier Faktoren grafisch dargestellt werden (Abbildung 8).

Da die Gespräche fast ausschließlich zwischen der visitenführenden Ärztin/dem visitenführenden Arzt und der Patientin/dem Patienten stattfanden, wurden nur jene Gespräche von den Beobachtenden evaluiert (Protokoll unter OA). Bewertet wurden dieser anhand einer 5- stufigen Skala (siehe Kapitel 2.1.1.).

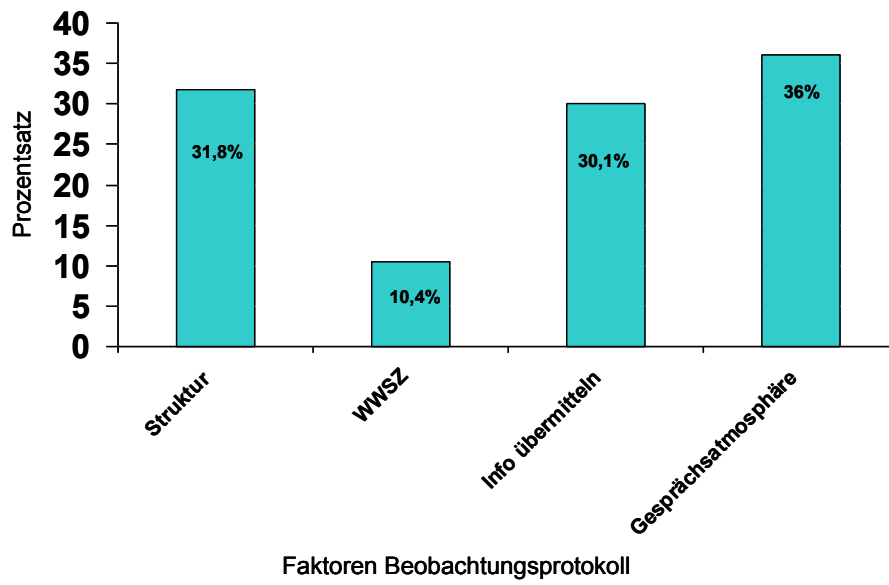


Abbildung 8: Cohens Kappa (Beobachterübereinstimmung) separat für alle vier Faktoren

4. Diskussion

Die vorliegende Diplomarbeit liefert die Grundlage, um eine Studie, welche die Frage „Kann ein Kommunikationstraining die Visitenqualität an einer Unfallchirurgie verbessern?“ beantworten soll, durchzuführen.

Durch die frühzeitige Unterbrechung der Untersuchung, konnte das geplante Kommunikationstraining nicht durchgeführt und dementsprechend keine Effekte auf den Ablauf einer Visite gefunden werden.

Dennoch konnte eine Auswertung der Fragebögen für das ärztliche Team und das Pflegepersonal vorgenommen werden. Des Weiteren konnte ein Vergleich der erhobenen Daten beider Beobachtenden angestellt werden.

Es ist also gerechtfertigt anzunehmen, dass sich die Beobachtungsprotokolle und Fragebögen dazu eignen, einen Ist-Zustand zu bestimmen, sowie eine Veränderung nach einem Kommunikationsworkshop festzustellen.

Die Beobachtungen und Evaluierungen dieser Studie ermöglichen eine Aussage über Kommunikationsmuster, Informationsvermittlung und Schwerpunktthemen der Visite auf der Bettenstation. Das vorliegende Versuchsdesign soll als Voruntersuchung für weitere Studien, basierend auf den Fragebögen und Beobachtungsprotokollen, welche von Wolf Langewitz entwickelt wurden, dienen.

4.1. Interpretation der Ergebnisse

4.1.1. Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung

Neben der Vorgabe der Fragebögen an das Pflegepersonal und das ärztliche Team, wurden deren demographische Daten erhoben und ausgewertet.

Für das Pflegepersonal ergab sich ein durchschnittliches Alter zwischen 18 und 30 Jahren, das ärztliche Team wies ein Durchschnittsalter zwischen 30 und 40 Jahren auf.

Beim Pflegepersonal, sowie bei den Ärztinnen/Ärzten, füllte keine Person über 60 Jahren den Fragebogen aus. Im ärztlichen Team nahm niemand, der jünger als 30 Jahre alt war, an der Untersuchung teil.

Das untersuchte ärztliche Team bestand aus sieben Männern und zwei Frauen. Rund 79% des ärztliche Team war demnach männlich, was einen Vergleich der Fragebogendaten beider Geschlechter aufgrund der ungleichmäßigen Geschlechterverteilung und der kleinen Stichprobe als nicht sinnvoll erscheinen lässt. Beide Fragebogenversionen ergaben ein hohes Cronbachs Alpha (Version Pflegepersonal: $\alpha = .80$; Version Ärztinnen/Ärzte: $\alpha = .78$), was für eine gute interne Konsistenz beider Skalen spricht. Demnach kann man davon ausgehen, dass die Fragebögen für den Zweck dieser Untersuchung geeignet sind und die für die Studie notwendigen Fragen gestellt werden.

Die Analyse des Fragebogens für das Pflegepersonal ergab für alle Items einen beinahe vergleichbaren Mittelwert. Über alle Items hinweg konnte ein Mittelwert von rund 2.38 gefunden werden. Diese Ergebnisse sprechen für eine eher mittelmäßige Bewertung der Zufriedenheit mit der Visite. Betrachtet man dabei das Ranking von 1 bis 4, wobei 2 für „eher nicht“ und 3 für „eher ja“ steht, und den Mittelwert des Fragebogens „Zufriedenheit mit der Visite“ für das Pflegepersonal“, welcher zwischen diesen beiden Werten liegt, könnte dies eine Tendenz in Richtung Unzufriedenheit seitens des Pflegepersonals darstellen.

Die statistische Analyse der Fragebögen des ärztlichen Teams erbrachte einen Durchschnittswert über alle Items hinweg von 2.86. Dies könnte im Vergleich mit dem Pflegepersonal für eine höhere Zufriedenheit des ärztlichen Teams mit der Visite sprechen, wobei ein Vergleich dieser Gruppen auch schwierig ist, aufgrund der unterschiedlichen Items in den Fragebögen. Die höchste Zufriedenheit gaben die Ärztinnen/Ärzte in den Merkmalen „Patientinnen-Info/Patienten-Info“ und „Sorgen & Ängste“ an. Dies steht im Widerspruch zu in der Literatur gefundenen Ergebnissen.

Fragebogenuntersuchungen von Weber (1996) zeigen, dass psychosoziale Inhalte und das Äußern von Emotionen bei der Visite zu kurz kommen. Hier gab die Mehrheit der Patientinnen/Patienten an, keine Ansprechpartnerin/keinen Ansprechpartner für ihre Sorgen zu haben und sie mit den Ärztinnen/Ärzten kein

vertrauliches Gespräch führen können, um über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen (Uexküll und Adler 2012).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie könnten demnach ein Hinweis auf die einseitig positive Interpretation des Visitengesprächs seitens der Ärztinnen/Ärzte sein. Interessant wäre hier für zukünftige Studien der Vergleich mit den Patientinnenmeinungen/Patientenmeinungen, um weitere Hinweise finden zu können, inwiefern sich die Zufriedenheit der beiden Parteien tatsächlich voneinander unterscheiden. Dies führe in weiterer Folge einerseits zu einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit aller im medizinischen Bereich tätigen Personen, andererseits zu einer Verbesserung in der Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten mit einem Schwerpunkt auf für den Patientinnen/Patienten relevante Bedürfnisse und Anliegen.

4.1.2. Ergebnisse der Beobachterübereinstimmung

Der Vergleich der Beobachtungsdaten ergab für keines der untersuchten Merkmale eine hohe Beobachterübereinstimmung. Für die Merkmale Struktur, Informationsvermittlung und Gesprächsatmosphäre konnten Beobachterübereinstimmungen im Bereich zwischen 0.21 und 0.40 gefunden werden, was laut Landis und Koch (1977) für eine „ausreichende“ Übereinstimmung steht. Im Merkmal „WWSZ“ konnte ein Cohens Kappa von 10.4% gefunden werden, was für „etwas“ Übereinstimmung der beiden Beobachtenden in diesem Bereich steht.

Generell kann man anhand dieser Ergebnisse zwar von einer ausreichenden Übereinstimmung der Beobachtungen sprechen, für zukünftige Studien müsste dennoch ein weitaus höherer Wert gefunden werden, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Dies könnte über eine bessere Absprache, genauere Festlegung der Kriterien und umfangreichere Schulung der beiden Beobachtenden passieren, um kongruentere Beobachtungen zu erschließen.

4.2. Einflüsse eines Kommunikationstrainings auf den Ablauf einer Visite

Das Studienteam geht aufgrund von zahlreichen Belegen in der Literatur davon aus, dass ein Kommunikationsworkshop die Zufriedenheit mit der ärztlichen Visite an einer unfallchirurgischen Bettenstation für alle 3 beteiligten Gruppen – Ärztinnen/Ärzte, Pflege, Patientinnen/Patienten – eine wesentliche Verbesserung hervorbringt. (Casar 2009, Messing 2007, Roche 2015, Steinhausen et al 2014)

Messing beschäftigt sich in einer Untersuchung 2007 mit der Fragestellung, ob Teilnehmerinnen/Teilnehmer nach einem Kommunikationstraining häufiger patientinnenzentrierte/patientenzentrierte Anamnesegespräche an einer Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin anwenden. Es zeigte sich, dass sich Ärztinnen/Ärzte nach Absolvierung des Trainings mehr Zeit oder ausreichend Raum für Äußerungen der Patientinnen/Patienten lassen und sich selbst mehr zurücknehmen. Eine Verbesserung von Gesprächstechniken, eine Steigerung des Einfühlvermögens, sowie ein Verständnis von Gefühlen und ein gehäuftes Stellen offener Fragen wurden erreicht. (Messing 2007).

Eine weitere Studie von Casar untersuchte anhand von Fremd- und Selbsteinschätzung, die Verbesserung nach einem Kommunikationstraining zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten. Dazu wurden verschiedene Arten von Gesprächen anhand von standardisierten Fragebögen aus subjektiver Sicht der Ärztin/des Arztes und der Patientin/des Patienten, als auch objektiv durch eine Fremdbeobachterin/einen Fremdbeobachter bewertet. Aus Sicht der Fremdbeobachtenden konnte über die Zeit in der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte, als auch in der Kontrollgruppe, eine signifikant gesteigerte Interaktionsqualität nach einem Kommunikationsschulungsprogramm gezeigt werden (Casar 2009).

Casar behauptet, dass allein die Teilnahme an einem Gesprächsworkshop positive Auswirkung im Ärztin/Arzt-Patientin/Patient-Gespräch hat, und empfiehlt diese Art von Schulungen vermehrt in Krankenhäusern durchzuführen. (Casar 2009)

Eine Kurz- und Langzeit Evaluierung an 206 stationären unfallchirurgischen Patientinnen/Patienten konnte zeigen, dass sich auch zwölf Monate nach Entlassung sich die ärztliche Empathie ausschlaggebend auf den Genesungs-

prozess auswirkt. Kommunikationstrainings für Chirurgeninnen/Chirurgen, abgestimmt auf die Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten, erzielen ein verbessertes Resultat sowohl für die Patientin/den Patienten, als auch für die Ärztin/den Arzt. (Steinhausen et al 2014)

An Hand der Beobachtungen von Visiten und deren Evaluierung lassen sich verschiedene Kommunikationsmuster und Auffälligkeiten ableiten. Um einen zielgenauen Gesprächsführungsworkshop durchzuführen sollte man folgende Schwerpunktthemen unbedingt mit einbeziehen:

- „Interaktion findet fast nur zwischen visitierender Ärztin/visitierendem Arzt und Patientin/Patient statt. Interdisziplinärer Austausch wurde kaum beobachtet.
- Inhaltlich beschränkt sich die Visite auf medizinisch-therapeutische Inhalte. Psychosoziale Informationen und Emotionen finden kaum Platz.
- Es mangelt an Gesprächsstruktur und strukturierter Informationsvermittlung.
- Patientinnenorientierte/Patientenorientierte Gesprächstechniken werden von der Ärztin/dem Arzt kaum verwendet“ (Roche 2015)

Für umfangreichere Hintergrundinformationen der Beobachtungsbögen, Informationsvermittlung, Schwerpunktthemen und Kommunikationsmuster wird auf die Diplomarbeit von Tazio Roche (2015) mit dem Titel: „Beobachtung von Kommunikationsmustern und Kommunikationstechniken innerhalb des Visitengesprächs an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie: Voruntersuchung zur Adaptierung eines patientenorientierten Kommunikationstrainings“ verwiesen.

4.3. Verbesserungsvorschläge für einen Kommunikationsworkshop

Man sollte davon ausgehen, dass es von besonderer Wichtigkeit ist, den Ärztinnen/Ärzten, so wie auch den Pflegekräften, die Wichtigkeit und Bedeutung

einer zufriedenstellenden Kommunikation untereinander im Team, sowie eine patientinnenzentrierte/patientenzentrierte, wertschätzende Gesprächsführung mit den Patientinnen/Patienten, vor Augen zu führen. Eine dahingehende Motivation ist unbedingt notwendig um die Vorteile für alle drei betroffenen Gruppen auszuschöpfen.

Der wirtschaftliche Faktor der Patientinnenzufriedenheit/Patientenzufriedenheit, sowie durch Literatur belegte gesteigerte Compliance der Kranken, sollte nicht vergessen werden.

Es ist zu überlegen, ob auch teamfördernde Maßnahmen oder eine Schulung für die ganze Belegschaft einer Station sinnvoll wären, um die Kommunikation untereinander zu unterstützen und zu lernen besser mit Hierarchien umzugehen und diese abzubauen.

Den Ärztinnen/Ärzten sollte gezeigt werden, dass ein professioneller Umgang mit Emotionen in ärztlichen Gesprächen nicht nur den Patientinnen/Patienten zu Gute kommt, sondern auch die Fähigkeit und Kompetenz im Umgang mit den eigenen Gefühlen stärken kann und hilft, das eigene Gesundheitsverhalten besser zu beachten. Diese wünschenswerte Entwicklung setzt allerdings voraus, dass die Ärztin/der Arzt bereit dazu ist, nicht nur die Krankheit, sondern auch die Gesundheit zu sehen und zu stärken. (Frischenschlager 2013)

Die professionelle Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten-Gesprächsführung reicht über den gesunden Menschenverstand einer guten Erziehung hinaus. Konkrete Lernziele sind eindeutig definiert. Methoden stehen zur Verfügung, um Lernziele zu vermitteln und Prüfungsformate, um das Erreichte zu Messen. (Langewitz 2012)

Es ist sinnvoll, viele Strategien und Kommunikationstechniken im Repertoire zu haben und den Ärztinnen/Ärzten in einem Workshop zu vermitteln, um möglichst zielgenau auf die Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten eingehen zu können. (siehe Kapitel 1.4)

Ein *Training on the Job* bzw. das Begleiten einer Ärztin/eines Arztes bei ihren/seinen Patientinnenkontakten/Patientenkontakten, um ihr/ihm dann Empfeh-

lungen für seine eigene Kommunikationsverbesserung zu geben, ist eine gute Möglichkeit um spezielle Defizite zu eliminieren.

Ein Training macht den Ärztinnen/Ärzten jene Probleme, die in der Gesprächsführung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bestehen, deutlich und bringt diese in deren Bewusstsein. Die Ärztinnen/Ärzte beschäftigen sich im Rahmen des Seminars intensiv mit dem Thema Kommunikation und beleuchten und reflektieren eventuelle bestehende Mängel und Schwächen in ihrer eigenen Kommunikationsausübung. Die Selbstreflexion ist eine wichtige Komponente um langfristig gute Ärztin/Arzt-Patientin/Patienten-Beziehungen halten zu können.

Im Zuge einer Kommunikationsschulung werden der Ärztin dem Arzt Problemfelder vor Augen geführt, welche er zuvor nicht wahrgenommen hat. Die Ärztin/der Arzt geht kritischer in Gespräche und legt eine höhere Aufmerksamkeit auf ihr/sein eigenes Verhalten. Ein Kommunikationstraining kann aber auch eine übertriebene Erwartungshaltung bei Ärztinnen/Ärzten hervorrufen. Sie stecken auf Grund des Trainings viel Erwartung in die nachfolgenden Gespräche und zeigen sich enttäuscht, wenn sich die Erwartung und die Realität unterscheiden. (Steinhausen et al 2010)

Um ein solches Verhalten zu verhindern kann es nützlich sein, das Training in mehreren Etappen durchzuführen und immer wieder Zeit einzuplanen, um das Gelernte zu verinnerlichen und zu üben.

4.4. Verbesserungsvorschläge für eine Unfallchirurgische Visite

Auch wenn das Medizinstudium zur faktenorientierten „wissenschaftlichen Objektivität“ erzieht, zeigt sich doch, dass viele Ärztinnen/Ärzte sich gerade bei zahlenden Privatpatientinnen/Privatpatienten mehr Mühe in der Gesprächsführung geben. Warum werden dann immer wieder Abstriche bei normalen stationären Patientinnen/Patienten beobachtet?

Es ist vielen Ärztinnen/Ärzten nicht bewusst, dass eine zufriedenstellende kommunikative Kompetenz, nicht nur die Zufriedenheit der erkrankten

Patientinnen/Patienten erhöht, sondern auch die eigene Zufriedenheit der Ärztin/des Arztes.

Gut ausgebildete Ärztinnen/Ärzte sind fähig, Probleme ihrer Patientinnen/Patienten genauer und umfangreicher zu analysieren und zu erkennen - den Patientinnen/Patienten gelingt es dadurch besser, sich an die Krankheitssituation anzupassen. (Frischenschlager 2013)

Anhand der Literaturrecherche lassen sich folgende Vorschläge für eine verbesserte Qualität der Visite an einer unfallchirurgischen Abteilung schlussfolgern:

- Für alle medizinischen Abteilungen eines Hauses gelten dieselben Visitenzeiten wie z.B. von 09:00 bis 11:00 Uhr. Bei Abweichungen werden diese am Vorabend abgesprochen und angekündigt.
- Alle Visiteteilnehmerinnen/Visiteteilnehmer sind über den aktuellen Zustand und das Befinden der Patientin/des Patienten in Ihrer beruflichen Kompetenz (ärztlich, pflegerisch) informiert.
- Um Störungen zu vermeiden leiten Ärztinnen/Ärzte ihre Anrufe für die Dauer der Visite an das Sekretariat weiter und verwenden ihr Telefon nur im Notfall.
- An jeder Zimmertür in welcher die Visite gerade stattfindet, ist ein Schild mit der Aufschrift „Visite – Bitte nicht stören!“ zu befestigen.
- Jegliche Patientinnendokumentationen/Patientendokumentationen sind vor der Visite in jedem Fall auf den aktuellen Stand zu bringen.
- Eventuelle Konsile oder Visiten von Privatpatientinnen/Privatpatienten finden außerhalb des Visitenzeitraumes statt.
- Die Führung und die Verantwortung der Visite, übernimmt die jeweils zuständige Oberärztin/der jeweils zuständige Oberarzt oder Chefärztin/Chefarzt. Eine seiner weiteren Aufgaben ist es, die gesamten Redebeiträge zu koordinieren. Die Beteiligten bringen sich in ihrem Verantwortungsbereich im Zuge dessen aktiv ein.
- Alle Visiteteilnehmenden konzentrieren sich ausschließlich auf ein gemeinsames Thema, Gespräche handeln nur von den jeweiligen Patientinnen/Patienten.

- Die Kommunikation während der Visite findet in Dialogform statt und bezieht sich auch auf die Bedürfnisse und das Anliegen der Patientinnen/Patienten. Gelernte Kommunikationstechniken werden genutzt. Fragen und Wünsche der Patientinnen/Patienten werden geklärt, Gefühle werden angesprochen. (Frischenschlager 2013)
- Falls der gegebene zeitliche Rahmen der Visite nicht ausreichend ist, wird ein zusätzlicher Termin mit Agenda vereinbart. Diese sollten, wenn möglich, in einem ruhigen Raum stattfinden, um die Privatsphäre der Patientin/des Patienten zu würdigen. (Langewitz, Weber 2011)
- Um eine symmetrische Beziehung herzustellen, setzt sich, wenn möglich, die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt auf Augenhöhe schräg neben das Bett der Patientin/des Patienten. Die Patientin/der Patient wird in jedem Fall, falls es ihre/seine Krankheit zulässt, aufgesetzt um den Unterschied zwischen Laiinnen/Laien und Expertinnen/Experten als nicht so dominant erleben zu müssen. (Dorf Müller 2001)
- Der Kreis der Teilnehmerinnen/Teilnehmer sollte möglichst klein gehalten werden, um eine Atmosphäre zu schaffen, in welcher der Patientin/dem Patienten die Möglichkeit gegeben ist sich zu öffnen und ohne Scham seine persönlichen Anliegen und Ängste ansprechen können. (Probst 2007)
- Gerade im operativen Bereich ist zu überlegen, ob eine zweite Visite mit nur einer Ärztin/einem Arzt nachmittags für die Beantwortung der Fragen, welche am Morgen zu kurz kamen, durchgeführt werden sollte. Bei der morgendlichen Visite wird ein Hinweis auf dieses zweiteilige Visitenkonzept gegeben, um so Verständnis dafür zu wecken, dass die Morgenvisite hauptsächlich der Information des Behandlungsteams dient. (Rixen, Hax, Wachholz 2015)
- Diese Zweiteilung würde es möglich machen, dass sich Kranke ohne den Druck einer Visite Notizen oder Fragen notieren können, welche später im Gespräch besprochen werden. (Dorf Müller 2001)
- Größere Namensschilder werden an der Wand hinter dem Bett angebracht, so dass es leichter fällt den jeweiligen Patientinnen/Patienten mit ihrem/seinem eigenen Namen anzusprechen.
- Es ist zu überlegen, ob pro Woche eine eigene Ärztin/ein eigener Arzt in den Dienstplan fix eingeteilt wird, welche/welcher den Vormittag nur für die

Visite freigestellt bekommt. So kann sich die Ärztin/der Arzt auf diese Aufgabe konzentrieren, ohne im Kopf einen vollen OP Plan oder eine überlaufende Ambulanz zu haben.

- Um zumindest vor Blicken der anderen Zimmergenossinnen/Zimmergenossen zu schützen, wäre es angebracht Vorhänge oder Trennwände zwischen den Betten während Untersuchungen aufzustellen.

Unfallchirurgische Stationen sind von großer Wichtigkeit und umfassen ein sehr vielschichtiges Patientinnenklientel/Patientenklientel. Laut Statistik Austria gab es im Jahr 2013 in Österreich 3.803 tatsächlich aufgestellte Betten an unfallchirurgischen Stationen, in der Steiermark 445. (Statistik Austria 2013) Alleine aus diesem Grund ist der Handlungsbedarf im Sinne der Patientinnen/Patienten-, Pflege- und Ärztinnen-/Arztzufriedenheit gegeben. Es wäre sinnvoll, eine solche Studie vollständig durchzuführen, da sich alleine schon in der Literatur mehrfach gezeigt hat, dass gerade auf einer unfallchirurgischen Station Verbesserungen in der Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt, Pflege und Patientin/Patient notwendig wären.

Die vorliegende Arbeit kann dazu beitragen, eine solche Studie gezielt aufzubereiten und dabei verschiedene Problembereiche hinsichtlich der Durchführung, wie etwa die Interraterreliabilität, besonders zu beachten.

5. Literaturverzeichnis

Abpurg A. Medizinpsychologische Aspekte im Visitengespräch der Inneren Medizin - Eine formal quantitative Untersuchung [Diplomarbeit]. Graz: Medizinische Universität Graz; 2011

AUSTRIA, Statistik. Bildung in Zahlen 2012/13. Tabellenband. Wien: Statistik Austria; 2014

Bally K, Berchtold V, Hofer G, Karger A, Kiss A, Kressig R, Loeb P, Langewitz W, Martin J, Reiter S, Schlögl M, Schwappach D, Sleptsova M, Spirig R, Wüthrich C. Kommunikation im medizinischen Alltag: Ein Leitfaden für die Praxis. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften; 2013

Begenau J, Schubert C, Vogd W. Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2009; 8-150

Bergner T. Wie geht's uns denn. Ärztliche Kommunikation optimieren. Stuttgart/New York: Schattauer; 2009. 34-208

Bird J, Cohen-Cole S. The three-function model of the medical interview: An educational device. Atlanta: Advances in Psychosomatic Medicine, 1990. 20:65-88

Breusch S, Clarius M, Mau H, Sabo D. Klinikleitfaden Orthopädie Unfallchirurgie, München: Elsevier GmbH; 2013; 165-166.

Casar D. Evaluation eines Arzt-Patient-Interaktions-Trainings im Krankenhaus anhand von Selbst- und Fremdbeobachtungen [Dissertation]. München: Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München; 2009

Dehn-Hindenberg A. Gesundheitskommunikation im Therapieprozess. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag; 2010; 11-36.

Deter HC. Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht GmbH & Co. KG; 2010

Dorf Müller M. Ärztliche Sprechstunde: Arzt, Patienten, Angehörige im Gespräch, Landsberg/Lech: ecomed verlagsgesellschaft AG & Co. KG; 2001; 9-162

Egger J. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Graz: Psychologische Medizin; 2005

Emmerling P. Ärztliche Kommunikation: Als Erstes heile mit dem Wort... Stuttgart: Schattauer Verlag; 2014. 1-134

Fazekas C. Besondere Herausforderung: Umgang mit Emotionen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In Frischenschlager O, Hrsg. Hladschik-Kermer B, Hrsg. Gesprächsführung in der Medizin: lehren, lernen, prüfen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG; 2013

Feldbauer R. Das ärztliche Gespräch in der orthopädischen Visite am LKH-Univ. Klinikum Graz [Diplomarbeit]. Graz: Medizinische Universität Graz; 2011

Fuchs HJ. Wege zur patientenorientierten Medizin. Wien: Pressestelle und Verlag der Österreichischen Ärztekammer; 2002; 26-71.

Geisler L. Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch: Wirklichkeit und Wege. pmi Verl. AG: Frankfurt am Main, 2008

Geisler L: Kommunikation bei der Patientenvisite: Ausdruck unserer ethischen Werthaltung. Bochum: Ethikforum der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil; 2003

Kutscher P, Seßler H. Kommunikation–Erfolgsfaktor in der Medizin: Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2007; 13-139.

Landis J. Koch G. An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. Michigan/North Carolina: Biometrics; 1977; 33:2; 363-374.

Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Springer Verlag; 2012; 55/9; 1176-1182.

Langewitz W. Kommunikation in der Chirurgie: Allgemein- und Viszeralchirurgie. Basel: up2date; 2013:6; 451-463.

Langewitz W. Weber H. Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade: Patient-Arzt-Pflegefachperson. Psychother Psych Med, Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag KG; 2011. 193–195

Lazare A, Lipkin M. Three functions of the medical interview. The medical interview. Clinical care, education and research. New York/Heidelberg: Springer; 1995

Menz F, Lalouschek J, & Gstettner A. Effiziente ärztliche Gesprächsführung: Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Wien: LIT-Verlag; 2008;1-157.

Messing S. Von der arztzentrierten zur patientenzentrierten Gesprächsführung Auswirkungen eines Trainingsprogramms auf das Gesprächsverhalten von Ärzten in der Facharztweiterbildung am Universitätsklinikum Freiburg [Dissertation]. Freiburg: Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität; 2007

Pirker L. Medizinpsychologische Aspekte im Visitengespräch - Eine formal quantitative Untersuchung auf der Wochenbett-Station [Diplomarbeit]. Graz: Medizinische Universität Graz; 2011

Hax PM. Sicherheit durch Klarheit – Kommunikation in der Unfallchirurgie und Orthopädie. In Hax PM; Hrsg. Hax-Schoppenhorst T; Hrsg. Kommunikation mit

Patienten in der Chirurgie: Praxisempfehlungen für Ärzte aller operativen Fächer. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2011. 99-109

Probst S. Bedeutung der Visite in der Psychosomatischen Medizin [Dissertation]. Ulm: Medizinische Fakultät der Universität Ulm; 2007.

Pschyrembel W. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 266. Auflage, Berlin-Boston: Walter de Gruyter; 2014;1128.

Rixen D, Hax PM, Wachholz M. Das Arzt-Patienten-Gespräch: Ein Kommunikationstrainer für den klinischen Alltag. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH; 2015;1-146.

Probst S. Bedeutung der Visite in der Psychosomatischen Medizin [Dissertation]. Ulm: Medizinische Fakultät der Universität Ulm; 2007

Roche T. Beobachtung von Kommunikationsmustern und Kommunikationstechniken innerhalb des Visitengesprächs an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie: Voruntersuchung zur Adaptierung eines patientenorientierten Kommunikationstrainings [Diplomarbeit]. Graz: Medizinische Universität Graz; 2015

Schnabel PE, Bödeker M. Gesundheitskommunikation: Mehr als das Reden über Krankheit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa; 2012;17-77.

Schulz von Thun F. Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag; 1981;25-63.

Schüller A, Dumont M. Die erfolgreiche Arztpraxis: Patientenorientierung – Mitarbeiterführung - Marketing. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; 2013; 97-121.

Schweickhardt A, Fritzsche K. Kursbuch ärztliche Kommunikation. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2007; 3-127.

Steinhausen S, Ommen O, Antoine S, Koehler T, Pfaff H, Neugebauer E. Short- and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. Köln: Dovepress, Patient Preference and Adherence, 2014/18.9.;8:1239-1258

Steinhausen S, Pfaff H, Janßen C, Thüm S, Neugebauer E, Lefering R, Ommen O in Witt C, Hrsg. Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht: Ergebnisse eines Expertentreffens. Essen: KVC-Verlag, 2010.;207-231

Stunder W, Die Asymmetrie im Arzt-Patienten-Verhältnis bei der Visite. deutsches Ärzteblatt 1987;15:84

Uexküll, T. v., R. Adler. Psychosomatische Medizin theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier; 2012

Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Menschliche Kommunikation: Formen Störungen Paradoxien, 10. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber; 2009; 50-130.

Weber H. Die Ambivalenz in der Pflege auf dem Professionalisierungsweg: eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite. Münster: LIT Verlag. 2011:3

Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz W. Communication during ward rounds in Internal Medicine: An analysis of patient–nurse–physician interactions using RIAS. Patient education and counseling, 2007; 67/3; 343-348.

Wisiak U. Das Visitengespräch. in Frischenschlager O, Hrsg. Hladschik-Kermer B, Hrsg. Gesprächsführung in der Medizin: lehren, lernen, prüfen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG; 2013,

Anhang – Fragebögen

Fragebogen Ärzte

Befragung der Ärztinnen und Ärzte zur Visite in der Unfallchirurgie

Datum: _____

Wenn Sie die Visiten in den letzten Monaten beurteilen müssten, wie würden Sie folgende Aussagen bewerten?

1. Die Visite verläuft effizient und hat Priorität (Pünktlichkeit, keine Störungen/Anrufe, ...)

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

2. Die Visite ist auf den Stationsablauf abgestimmt.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

3. Alle notwendigen Informationen (Vitalparameter; tägliche Laborbefunde) sind zum Zeitpunkt der Visite vorhanden.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

4. Die Visite findet in Begleitung einer kompetenten Pflegenden statt.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

5. Pflegende haben genügend Zeit, um relevante Informationen auszutauschen.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

6. Pflegende erhalten alle notwendigen Informationen, um effizient weiterarbeiten zu können.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

7. Die Patienten werden über den Behandlungsverlauf informiert und haben das weitere Procedere verstanden.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

8. Die Patienten haben Gelegenheit im Rahmen der Visite über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

9. Ärzte und Pflegende arbeiten als gut koordiniertes Team.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

10. Lehr- und Lernsituationen für Assistenzärzte sind möglich.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

Ergänzende Bemerkungen zur Visite (Erwartungen/ Defizite/ Vorschläge):

.....

.....

.....

.....

Zu Ihrer Person:

Weiblich Männlich

Nicht-Facharzt Facharzt

< 30 Jahre 30-40 Jahre 40-50 Jahre 50-60 Jahre >60 Jahre

Fragebogen Pflegepersonal

Befragung der Pflegenden zur Visite in der Unfallchirurgie

Disziplin: _____ Datum: _____

Wenn Sie die Visiten in den letzten Monaten beurteilen müssten, wie würden Sie folgende Aussagen bewerten?

1. Die Visite verläuft effizient und hat Priorität (Pünktlichkeit, keine Störungen/Anrufe, ...)

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

2. Die Visite ist auf den Stationsablauf abgestimmt.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

10. Alle notwendigen Informationen (Vitalparameter; tägliche Laborbefunde) sind zum Zeitpunkt der Visite vorhanden.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

11. Pflegende haben genügend Zeit, um relevante Informationen auszutauschen.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

12. Pflegende erhalten alle notwendigen Informationen, um effizient weiterarbeiten zu können.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

13. Die Patienten werden über den Behandlungsverlauf informiert und haben das weitere Procedere verstanden.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

14. Die Patienten haben Gelegenheit im Rahmen der Visite über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

15. Ärzte und Pflegende arbeiten als gut koordiniertes Team.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

9. Lehr- und Lernsituationen für Pflegende in Ausbildung sind möglich.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

Ergänzende Bemerkungen zur Visite (Erwartungen/ Defizite/ Vorschläge):

.....

.....

.....

.....

Angaben zur Person:

Weiblich Männlich

18-30 Jahre 30-40 Jahre 40-50 Jahre 50-60 Jahre >60 Jahre

Fragebogen Patienten

Patientinnen- und Patientenbefragung zur Visite in der Unfallchirurgie

Disziplin: _____ Datum: _____

Bitte sagen Sie, wieweit die folgenden Aussagen für Sie selber zu treffen:

1. Ich werde an der Visite über den bisherigen Behandlungsverlauf ausreichend informiert.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

2. An der Visite werden mir die nächsten Schritte erklärt, so dass ich weiss, wie es weiter geht.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

16. An der Visite habe ich die Gelegenheit Fragen zu stellen.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

17. An der Visite kann ich meine Sorgen und Ängste ansprechen.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

18. Wenn ich bei der Visite über meine Sorgen oder Ängste spreche, gehen die Ärzte darauf ein.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

19. Ärzte sprechen mit mir so, dass ich es verstehen kann.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

20. Am Ende der Visite sind alle meine Fragen beantwortet.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

21. Ärzte und Pflegende arbeiten als gut koordiniertes Team.

überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

Ergänzende Bemerkungen zur Visite (Erwartungen/ Defizite/ Vorschläge):

Weiblich Männlich

Alter: Jahre

Höchster Bildungsabschluss:

Meine bisherigen Erfahrungen mit ÄrztInnen insgesamt (also nicht nur ChirurgInnen) waren:

sehr positiv




sehr negativ



1.....2.....3.....4.....5.....6.....7



Anhang Beobachtungsprotokolle

Beobachtungsprotokoll Chirurgische Visite

Disziplin: _____ Modus: AA _____, OA _____, CA/LA _____ Zeit _____

Medizinische/ Nicht-medizinische Informationen						
Untergruppen	Gesprächsimpulse					
Bisheriger Verlauf: Arbeitshypothese Diagnostik Ops/konservative Therapie Komplikationen ... Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“		CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
	CA/LA					
	OA					
	AA					
	PFL					
	PAT					
Nächste Schritte Was steht an? Wie geht's weiter? Diagnostik Neue Therapie/ Therapieänderung ... Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“		CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
	CA/LA					
	OA					
	AA					
	PFL					
	PAT					
Austritt Wann? Wohin? AUF Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“		CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
	CA/LA					
	OA					
	AA					

Medizinische/ Nicht-medizinische Informationen						
Untergruppen	Gesprächsimpulse					
	PFL					
	PAT					
Psychosoziale Info Privat Arbeit Finanzen life-style Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“		CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
	CA/LA					
	OA					
	AA					
	PFL					
	PAT					
Emotionen - Sorgen/Ängste werden angesprochen „X“ werden aufgegriffen „+“ werden ignoriert „-“		CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
	CA/LA					
	OA					
	AA					
	PFL					
	PAT					

PAT-Nr.			präop	postop	konservativ	<45	45-64	64-84	>84	Sprachveränderungen*

*: 1=gut 2=schlecht

Kommunikationstechnik/Gesprächsatmosphäre				
	Ranking			
Struktur Ablauf, Rahmen, Agenda* --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL
WWSZ ** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL
Info übermitteln Buchmetapher *** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL
Schafft eine freundliche Gesprächsatmosphäre **** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL

* Ankerpunkte: Struktur (Rahmen/Ablauf, Agenda (Ziele)):

stellt sich/Teilnehmer nicht vor; es gibt keine erkennbare Agenda

stellt sich/Teilnehmer oder die Agenda der Visite vor

Voraussetzungen von 2 und Ankündigung von Unterbrechungen/Wechsel im Rederecht

stellt sich/Teilnehmer vor und die Agenda für die Visite

Voraussetzungen von 4 und Aushandeln der Inhalte der Visite mit dem Patienten

** Ankerpunkte: WWSZ:

Beschränkt sich auf fokussierte und geschlossene Fragen, kein WWSZ

Benutzt selten eine der Techniken, z.B. Wiederholen oder Warten > 2 Sekunden, bleibt aber im eigenen Duktus

Benutzt manchmal mehr als eine Technik, fängt an, mit dem Material zu arbeiten, das Pat. einbringt

Benutzt häufig mehr als eine Technik, arbeitet mit dem Material, das Pat. einbringt

Wie 4, gestaltet Übergang von WWSZ auf gezielte Anamnese oder Info-geben

*** Ankerpunkte: Info übermitteln

gibt Info unstrukturiert (z.B. Wechsel im Thema; Wechsel zwischen Informieren und Fragen), benutzt medizinischen Jargon

gibt Info unstrukturiert, vermeidet medizinischen Jargon

gibt Info, benennt das Thema der Information, vergisst Überschriften und wechselt in Text-Modus

gibt Info gut strukturiert (Buchmetapher)

wie 4 plus überprüft Verständnis mit, blaming himself

**** Ankerpunkte: Schafft eine freundliche Gesprächsatmosphäre

Kaum Blickkontakt und laute, dominante Stimme, Adressat der Interaktion

wechselt abrupt und ohne Ankündigung, keine Pausen nach Struktur, unterbricht die Rede Anderer

Hält Blickkontakt oder angemessene Lautstärke

Hält Blickkontakt und angemessene Lautstärke

3 plus Wartet ab, bis Redebeiträge Anderer zu Ende sind

4 plus Macht Pausen nach Ankündigungen

Anhang Einwilligungserklärungen

Information und Einwilligungserklärung für Ärzte und Ärztinnen zur Teilnahme an der klinischen Studie

„Evaluation der Visitengespräche in der Unfallchirurgie. Eine kontrollierte Studie“

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Wir laden Sie recht herzlich ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Im Rahmen dieser Studie werden Sie mittels Fragebogen im Zeitraum eines halben Jahres zweimal befragt inwieweit Sie die Visiten an der Orthopädie als effizient, informativ und zufriedenstellend erleben. Das Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt ungefähr **fünf Minuten**. Die Daten werden anonymisiert verarbeitet, es ist kein Rückschluss auf Einzelpersonen möglich.

Als visitenführender Arzt bzw. visitenführende Ärztin erklären Sie sich durch die Mitwirkung an dieser Studie auch bereit, dass während zweier Visiten zu den Interaktionen zwischen Ihnen und jeweils max. 15 PatientInnen auf Basis eines Beobachtungsprotokolls strukturierte Aufzeichnungen und strukturierte Beurteilungen der Kommunikationstechnik und Gesprächsatmosphäre vorgenommen werden. Diese Daten werden ebenfalls anonymisiert in die Auswertung einbezogen und durch ein externes Zentrum (Universitätsspital Basel, Prof. Langewitz) für die Gesamtgruppe ausgewertet.

Ein Austritt aus der Studie ist ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „Evaluation der Visitengespräche in der Unfallchirurgie. Eine kontrollierte Studie“ teilzunehmen.

Ich habe den Text dieser 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 entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten anonym ausgewertet werden.

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

.....
(Datum und Unterschrift des Arztes / der Ärztin)

.....
(Datum und Unterschrift der Untersuchungsleiterin/des Untersuchungsleiters)

PatientInneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

„Evaluation der Visitengespräche in der Unfallchirurgie. Eine kontrollierte Studie“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!
Wir laden Sie recht herzlich ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Im Rahmen dieser Studie werden Sie mittels Fragebogen befragt, inwieweit Sie die Visiten an der Orthopädie als effizient, informativ und zufriedenstellend erleben. Das Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt ungefähr **fünf Minuten**. Die Daten werden anonymisiert verarbeitet, es ist kein Rückschluss auf Einzelpersonen möglich.

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Ein Austritt aus der Studie ist ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie „Evaluation der Visitengespräche in der Unfallchirurgie. Eine kontrollierte Studie“ teilzunehmen.

Ich habe den Text dieser PatientInnenaufklärung 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 Behandlung entstehen.
Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten anonym ausgewertet werden.
Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

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

.....
Datum und Unterschrift der Untersuchungsleiterin/des Untersuchungsleiters

Information und Einwilligungserklärung für Personen aus dem Pflegebereich zur Teilnahme an der klinischen Studie

„Evaluation der Visitengespräche in der Unfallchirurgie. Eine kontrollierte Studie“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!
Wir laden Sie recht herzlich ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

Im Rahmen dieser Studie werden Sie mittels Fragebogen im Zeitraum eines halben Jahres zweimal befragt inwieweit Sie die Visiten an der Orthopädie als effizient, informativ und zufriedenstellend erleben. Das Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt ungefähr **fünf Minuten**. Die Daten werden anonymisiert verarbeitet, es ist kein Rückschluss auf Einzelpersonen möglich.

Die Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Ein Austritt aus der Studie ist ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie

„Evaluation der Visitengespräche in der Unfallchirurgie. Eine kontrollierte Studie“

teilzunehmen.

Ich habe den Text dieser PatientInnenaufklärung 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 Behandlung entstehen. Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten anonym ausgewertet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

.....
(Datum und Unterschrift der Pflegekraft)

.....
Datum und Unterschrift der Untersuchungsleiterin/des Untersuchungsleiters