

# **Diplomarbeit**

## **Medizinpsychologische Aspekte im Visitengespräch**

**Eine formal quantitative Untersuchung auf der  
Wochenbett-Station**

eingereicht von

**Luise Dorothea Pirker**

Mat.Nr.: 0433362

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde  
(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie**

unter der Anleitung von

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

## *Eidesstattliche Erklärung*

*Ich 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 30.03.2011*

*Unterschrift*

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Frau Univ. Prof. Dr. Ursula Viktoria Wisiak für die Betreuung während der Erstellung dieser Diplomarbeit bedanken.

Auch möchte ich mich bei Herrn PDoz. Dr. Christian Fazekas für die Übernahme der Zweitkorrektur bedanken.

Ein weiteres Dankeschön gilt Herrn Ass. Prof. Dr. Wolfgang Walcher und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Landeskrankenhaus Graz, die mir eine reibungslose Datenerhebung für die durchgeführte Studie ermöglichten.

Bedanken möchte ich mich auch bei Prof. Dr. rer. medic. H.-J. Hannich von der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald für die Mitarbeit an diesem Projekt, insbesondere für die Bereitstellung des Analyseinstrumentes, mit welchem eine Auswertung und in weiterer Folge ein direkter Vergleich der Studienergebnisse möglich war.

## **Zusammenfassung**

Die ärztliche Visite stellt in der Klinik eine wichtige Grundlage für die diagnostisch-therapeutische Entscheidungsfindung dar. Zudem ist sie eine regelmäßige Gesprächsmöglichkeit für Arzt und Patienten. Neben dem Erstellen des somatischen Befundes kann die Visite aber auch Einfluss auf Gesundungs- und Bewältigungsprozesse des Patienten nehmen. Dabei kann die Art der ärztlichen Gesprächsführung sowohl einen positiven als auch negativen Heilungseffekt haben. Durch das Einbeziehen der Patienten in das Behandlungskonzept kann somit deren Vertrauen zum Arzt und deren Genesung gestärkt werden.

Im September 2010 wurde an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Landeskrankenhaus Graz die Datenerhebung für die geplante Studie durchgeführt. Um die Merkmale des Visitengesprächs auf der geburtshilflichen Station zu erfassen, wurden insgesamt 100 Visitengespräche auf Tonband aufgenommen, davon 50 per Zufallsgenerator ausgewählt, transkribiert und anhand eines Analyseinstrumentes ausgewertet. Zusätzlich wurde im Anschluss an die Visite ein Fragebogen an die Patientinnen ausgeteilt und in die Auswertung mit einbezogen.

Die Ergebnisse der formal quantitativen Analyse zeigen, dass 71% der gesprochenen Wörter von Seiten der visiteführenden Ärzte kamen. Fragen, welche während dem Visitengespräch auftraten, wurden primär an die Patientinnen gestellt. Eine inhaltliche Analyse der Gespräche wies auf, dass schwerpunktmäßig über medizinische und pflegerische Maßnahmen gesprochen wurde, wobei Bereiche betreffend die psychische/ soziale Situation kaum angesprochen wurden.

Die Auswertung des Fragebogens zeigt, dass der Großteil der Patientinnen mit 75% vollkommen mit der Form der Visitenführung zufrieden war, die restlichen 25% waren damit meist zufrieden. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sich der visiteführende Arzt Zeit für das Gespräch nahm, die Fragen der Patientinnen symmetrisch beantwortete und sehr selten Gebrauch von Fachbegriffen nahm. Trotz der allgemeinen Zufriedenheit der Visitenführung gilt es zu beachten, dass immerhin 28% der Patientinnen sich wünschten, mehr in das Gespräch mit einbezogen zu werden. Auch vertraten 14% der Befragten die Meinung, dass sie nicht die Möglichkeit hatten ihre Sorgen im Gespräch anbringen zu können.

Ein Vergleich mit der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald in Deutschland zeigt primär Unterschiede im Visitenablauf. Die Zusammensetzung des Visitentteams und das Vorhandensein eines eigenen Untersuchungsraumes stellen exemplarisch jene Differenzen dar. Bezüglich der analysierten Gespräche fällt auf, dass die deutschen Patienten, welche sich aus Männer und Frauen zusammensetzten, nicht immer so zufrieden waren im Gegensatz zu den österreichischen Frauen. Jene Punkte, welche anhand des Fragebogens auf der Wochenbett-Station sehr gut bewertet wurden, wurden auf der Ophthalmologie des Öfteren auch mit „trifft meist nicht zu“ bzw. „trifft nie zu“ beantwortet. Dies betrifft Fragen nach der Gesprächsatmosphäre, der Verständlichkeit, ob sich der Arzt genügend Zeit für das Gespräch nahm, aufgetretene Fragen beantwortet wurden, sowie die Schlussfrage nach der Zufriedenheit mit der Form der Visitenführung.

## Abstract

Medical ward rounds play a substantial role in hospitals, especially for medical decision-making of the diagnoses and therapies. Furthermore it is the only constant and regular opportunity for a conversation between a doctor and his patient. Apart from creating the somatic report during rounds, the ward round can have an influence on the processes of coping with and recovering from the clinical findings. Different doctor-patient communication patterns can have positive as well as negative healing effects on patients. By involving the patient in the treatment strategy, it is possible to establish a certain degree of trust towards the attending physician and increase their confidence in their own convalescence.

In September 2010 the data collection for the clinical survey was held at the Medical University of Graz, in the department of Obstetrics and Gynecology. To capture the distinct characteristics of the medical dialogue at the midwifery-ward, a total of 100 medical dialogues were recorded. In addition, a standardized questionnaire was handed out to the patients after the ward rounds, which was also included in the evaluation. From these, 50 were randomly chosen for transliteration and statistically evaluated using analytical tools.

The results of the formal quantitative analysis clearly show that 71% of all words spoken during the medical ward rounds originate from the doctor. Questions, which occurred during ward rounds, were primary directed towards the patients. A contextual evaluation of the dialogues shows, that the questions mainly focus on issues about medical and caring arrangements; topics regarding the patient's psychosocial situations were hardly addressed.

The evaluation of the questionnaire clearly shows that in large parts the patients, with 75%, were entirely pleased with the way that the ward rounds were carried out. The remaining 25% were mostly pleased with it. This ascribes to the fact that the doctor carrying out the ward rounds took time not only for the essential medical dialogues, but also tried to answer all of the patient's questions, limiting his use of medical terms during these conversations. Though the general satisfaction with the ward rounds it needs to be considered, that at least 28% of the patients wished to be more involved into the dialogue. Also 14% of the respondents held the opinion that they didn't have the chance to apply their worries during the dialogue.

A comparison with the clinic of ophthalmology of the Medical Faculty Ernst-Moritz-Arndt-University Greifswald in Germany primarily shows differences in the structure of the ward round. The constitution of the team, which held the ward round and the availability of an additional examination room are the generic differences. It is interesting to note that, regarding the analyzed dialogues, the group of German patients, which consisted of women and men wasn't always as satisfied with the ward rounds compared to the Austrian women. Aspects, which were addressed in the questionnaire and received a very good evaluation in the obstetrics-ward, were frequently answered with „does mostly not apply“ or „does never apply“ in the ophthalmology-ward. This affects questions concerning the ambience during the dialogue, the comprehensibility, if the doctor took enough time for the patient, if he answered all occurred questions, as well as the final question regarding the satisfaction with the ward round.

# Inhaltsverzeichnis

1. <b>Einleitung</b> .....	1
2. <b>Die ärztliche Visite</b> .....	2
2.1 Die ärztliche Visite in der Geburtshilfe .....	5
2.1.1 Allgemeines .....	5
2.1.2 Ablauf der Wochenbettvisite .....	6
2.1.3 Das Entlassungsgespräch .....	7
2.2 Die Patientin auf der Wochenbett-Station .....	8
3. <b>Material und Methoden</b> .....	11
3.1 Fragestellung .....	11
3.2 Das Untersuchungsfeld .....	12
3.2.1 Der Ort .....	12
3.2.2 Der Visitenablauf .....	12
3.3 Die beteiligten Personen .....	13
3.3.1 Das Visitenteam .....	13
3.3.2 Die Patientengruppe .....	14
3.4 Die Untersuchungsmethoden .....	15
3.4.1 Die Beobachtung .....	15
3.4.2 Die Transkription .....	15
3.4.3 Die Gesprächsanalyse .....	16
3.4.4 Der Fragebogen .....	20
3.4.5 Die statistische Auswertung .....	20
4. <b>Ergebnisse</b> .....	21
4.1 Angaben zu den Patientinnen .....	21
4.2 Die Gesprächsanalyse .....	23
4.2.1 Allgemeine Angaben zum Visitengespräch .....	23
4.2.2 Die Aktivität der Gesprächsteilnehmer .....	25
4.2.3 Das Frageverhalten .....	28
4.2.4 Die Informationsvermittlung .....	30
4.2.5 Die Verständlichkeit der Gesprächsführung .....	30
4.2.6 Die inhaltliche Analyse .....	33
4.3 Die Ergebnisse des Patientenfragebogens .....	36

4.3.1	Allgemeine Fragen zum Arzt-Patienten-Gespräch.....	36
4.3.2	Fragen zur Verständlichkeit .....	38
4.3.3	Fragen zur patienteneigenen Gesprächssituation .....	39
4.3.4	Fragen zum Stellenwert der Visite und zur Zufriedenheit .....	41
4.3.5	Ich würde mir wünschen, dass .....	42
5.	<b>Diskussion</b> .....	43
6.	<b>Verbesserungsvorschläge</b> .....	50
7.	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	54
8.	<b>Anhang</b> .....	57
	Patienteninformation und Einwilligungserklärung .....	57
	Patientenfragebogen: .....	61

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung des Visitenkollektivs .....	13
Abbildung 2: Gesprächsposition der beobachteten Ärzte .....	14
Abbildung 3: Verteilung der Gesprächsstörungen .....	24
Abbildung 4: Redeanteil der einzelnen Interaktionsteilnehmer .....	25
Abbildung 5: Initiativ- versus Responsivbeiträge .....	26
Abbildung 6: Anteil der Einwortsätze an der Gesamtheit der eingebrachten Sätze .....	27
Abbildung 7: Antwortreaktion des visiteführenden Arztes .....	28
Abbildung 8: Verteilung der Fragemodi .....	29
Abbildung 9: Informationsmodus .....	30
Abbildung 10: Einfacher versus komplexer Satzbau .....	31
Abbildung 11: Vollständiger versus unvollständiger Satzbau .....	32
Abbildung 12: Gesamt-Themenverteilung .....	33
Abbildung 13: Inhaltsschwerpunkte des visiteführenden Arztes .....	34
Abbildung 14: Inhaltsschwerpunkte der Patientin .....	35
Abbildung 15: Frage 1 .....	36
Abbildung 16: Frage 2 .....	37
Abbildung 17: Frage 3 .....	37
Abbildung 18: Frage 4 .....	38
Abbildung 19: Frage 5 .....	38
Abbildung 20: Frage 6 .....	39
Abbildung 21: Frage 7 .....	39
Abbildung 22: Frage 8 .....	40
Abbildung 23: Frage 9 .....	40
Abbildung 24: Frage 10 .....	41
Abbildung 25: Frage 11 .....	41
Abbildung 26: Frage 12 .....	42

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der Patientinnen .....	22
Tabelle 2: Gesprächsdauer .....	23
Tabelle 3: Gesprächseröffnung/ -beendigung .....	25
Tabelle 4: Redeaktivität der einzelnen Gesprächsteilnehmer .....	26
Tabelle 5: Frageaktivität im Arzt-Patienten-Gespräch.....	28
Tabelle 6: Gebrauch von Fachwörtern im Arzt-Patienten-Gespräch .....	31

# 1. Einleitung

*„Verständigung zwischen Arzt<sup>1</sup> und Patient ist Voraussetzung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Im Gespräch lernt der Arzt das Befinden, besondere Verhaltensweisen, die Persönlichkeit, die aktuelle Lebenssituation und die Geschichte seines Patienten kennen; im Gespräch kann der Arzt den Patienten informieren, Probleme der Krankheit und ihrer Behandlung mit ihm klären und den Kranken in seiner Not unterstützen“* (Bliesener & Köhle, 1986, S. 11).

Um die oben genannte Aussage zu prüfen wurde an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Landeskrankenhaus Graz eine Untersuchung als Teil einer multizentrischen Studie durchgeführt, um die Merkmale eines Visitengesprächs spezifisch im geburtshilflichen Bereich zu erfassen. Die Ergebnisse dieser formal quantitativen Studie werden im Anschluss mit jenen aus der Dissertation von Papsdorf mit dem Titel „Das Gespräch zwischen Arzt und Patient in der ophthalmologischen Visite“ verglichen. Diese wurde 2008 an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald eingereicht.

Die eingangs erwähnten Punkte sollten durchaus erfüllt werden, treten jedoch Probleme in der Gesprächsführung auf, bleibt der Arzt mit diesen oftmals allein (vgl. Bliesener & Köhle, 1986). Die Studienergebnisse können bei Bedarf der Optimierung des kommunikativen Verhaltens im Rahmen des Visitengesprächs am Landeskrankenhaus Graz dienen.

Diese Arbeit bedurfte eines Votums der Ethikkommission<sup>2</sup> der Medizinischen Universität Graz. Es wurde die Studie samt Protokoll vorgestellt. Nachdem die Zustimmung erteilt worden war, wurde mit der Datenerhebung mittels Tonbandaufnahmen und Fragebögen begonnen.

---

<sup>1</sup> Für den einfachen Gebrauch wird in der gesamten Arbeit im Folgenden vom Arzt und vom Patienten in männlicher Form gesprochen, was die weiblichen Formen, Ärztin und Patientin, mit einbezieht.

<sup>2</sup> Definition: „unabhängiges, interdisziplinär besetztes Gremium, das bei Ärztekammern, an med. Fakultäten u. anderen Einrichtungen der med. Forschung od. als sog. private od. freie E.-K. arbeitet u. die ethischen u. rechtl. Implikationen med. Versuchen am Menschen sowie von med. Vorhaben in sensiblen Bereichen (...) diskutiert u. Empfehlungen an den Arzt ausspricht sowie allg. Leitsätze zur Unterstützung der ärztl. Entscheidungsfindung erarbeitet“ (de Gruyter, 2010, S. 623). Zustimmung der Ethikkommission am 21.06.2010.

## 2. Die ärztliche Visite

*„Im Lauf des Berufslebens führt eine Ärztin / ein Arzt ca. 200.000 medizinische Gespräche. Eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt verbringen demnach ca. 60-80% ihrer beruflichen Tätigkeit im Gespräch“ (Menz, Lalouschek & Gstettner, 2008, S. 6).*

*„Der Patient in einem Krankenhaus muss sich den dort herrschenden Strukturen unterwerfen. Jede stationäre Behandlung führt zu erheblichen persönlichen Einschränkungen und sonst unüblichen Belastungen“ (Bergner, 2009, S. 123). Zu diesen zählen die Zimmer- sowie die Bettzuweisung, die Unmöglichkeit sich zurückzuziehen, die Isolierung, die Festlegung der Essenszeiten und damit Änderung des Lebensrhythmus, das Abschneiden von Informationsquellen wie dem Internet oder individuell abonnierten Zeitungen (vgl. Bergner, 2009). Laut Dorfmueller (2001) stellt das ärztliche Gespräch eine entscheidende Grundlage für den Erfolg ärztlichen Handelns dar, wobei es gleichzeitig auch in der Lage ist, bei Patienten und deren wesentlichen Bezugspersonen vorhandene Spannungszustände und Ängste abzubauen.*

Die ärztliche Visite setzt sich jeweils aus der Sicht des Arztes sowie aus der des Patienten aus verschiedenen Inhalten und Zielen zusammen, welche folgende wären:

*„Inhalte und Ziele der täglichen Visite im Krankenhaus aus Sicht des Arztes sind:*

- Der Arzt informiert sich über das aktuelle Befinden des Patienten und den Krankheitsverlauf.*
- Der Arzt informiert den Patienten über Untersuchungsergebnisse und gibt seine fachliche Beurteilung der bisherigen Behandlung und des Krankheitsverlaufs.*
- Der Arzt beschreibt dem Patienten das weitere Vorgehen, stimmt es mit den Wünschen und Vorstellungen des Patienten ab und motiviert ihn, den geplanten Untersuchungen oder therapeutischen Eingriffen zuzustimmen.*

*Inhalte und Ziele der täglichen Visite im Krankenhaus aus Sicht des Patienten sind:*

- *Die Position des Patienten stärken.*
- *Den Patienten bei der emotionalen Bewältigung der Belastungen durch seine Erkrankung und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unterstützen.*
- *Den Patienten motivieren, sich aktiv und kooperativ am Behandlungsprozess zu beteiligen“ (Schweickhardt & Fritzsche, 2009, S. 120).*

Um die oben beschriebenen Inhalte und Ziele ausführen und erfüllen zu können, beruht das ärztliche Gespräch laut Kowarosky (2005) auf den folgenden Basisvariablen nach Carl Rogers:

- Empathie - Einführendes, nicht wertendes Verstehen
- Akzeptanz - Wertschätzung
- Kongruenz - Echtheit

*„Wie im ärztlichen Gespräch ist auch bei der Visite und in der Praxiskonsultation die Szene oft von entscheidender Aussagekraft“ (Wedler, 1998, S. 78).* Entsprechend der jeweiligen Befindlichkeit des Patienten, je nachdem, ob er eine Besserung der körperlichen Beschwerden verspürt, sich über jemanden ärgert oder ob er leidet, beeinflussen die genannten Parameter demnach das Gespräch. Meist stehen nur wenige Minuten zur Verfügung, die er in wechselhafter Form für sich nutzt. Nahezu selbstverständlich und weitgehend unbewusst nehmen wohl alle Ärzte diese Szene wahr und verarbeiten die nonverbale Kommunikationsmitteilungen (vgl. Wedler, 1998).

Laut Bergner (2009) unterscheiden sich jedoch die Gespräche während einer Visite stark von den sonst üblichen ärztlichen Gesprächen:

- *„Sie dauern nicht lange.*
- *Sie haben eine weit höhere Anzahl geschlossener und damit lenkender Fragen.*
- *Sie ignorieren gern die Initiativen der Patienten.*
- *Sie verzichten auf übliche Rahmenelemente wie eine adäquate, individuelle Begrüßung, Vorstellung und Verabschiedung.*
- *Sie weisen eine vermehrte Nutzung von Fachausdrücken auf“ (Bergner, 2009, S. 124).*

Es sind nur wenige Studien über ärztliche Visiten vorhanden, aus denen hervor geht, dass Patienten in einer solchen Situation nur geringe Chancen haben, sich verbal zu äußern. So ist bekannt, dass 90% der Zeit der Arzt redet und nur 10% der Patient, wovon er in 80% die Fragen des Arztes beantwortet. Komplexe Zusammenhänge können nicht in kurzen Visitengesprächen besprochen werden, hierbei kann es aber zur weiteren Informationsgewinnung hilfreich sein statt geschlossenen Fragen weitgehend offene zu stellen. Nicht selten kommt es vor, dass Patienten genau das sagen, was der Arzt hören möchte, zumindest wovon sie denken, dass er das hören möchte (vgl. Feige, Rempen, Würfel, Jawny & Rohde, 2006).

Nach Geisler (2008) entstanden folgende Leitlinien, die hoffen lassen, dass sich der „verhinderte Dialog“ zu einer „Chance zum Gespräch“ wendet:

1. *„Die Visite muss patientenzentriert ausgerichtet sein.*
2. *Das Visitengespräch ist ein Zweipersonengespräch.*
3. *Das Visitengespräch muss die Patienten- und Teambedürfnisse gleichermaßen berücksichtigen.*
4. *Dem Kommunikationsbedürfnis des Patienten muss besonders Rechnung getragen werden.*
5. *Das Visitengespräch soll symmetrisch gestaltet werden.*
6. *Der Patient muss zum Fragen angeregt werden.*
7. *Implizite Informationen sind zu vermeiden.*
8. *Keine Abweisungsstrategien (Hinhalten, Überfahren, Abwinken, etc.).*
9. *Entflechtung von patientenzentriertem und organisations- und teamorientiertem Teil der Visite“ (Geisler, 2008, S. 226).*

Papsdorf führte 2008, im Rahmen einer Dissertation, eine Studie zur Kommunikation während der Visite auf der Universitätsaugenklinik Greifswald durch. Ziel dieser Untersuchung war es zu überprüfen, ob der Patient im Visitengespräch neben Informationen zu seiner Erkrankung und dem weiteren Behandlungsverlauf auch die Möglichkeit hatte sich selbst mitzuteilen. Des Weiteren sollte festgestellt werden, ob der Patient Zuwendung und Unterstützung erhielt, um mit der neuen Situation in der Klinik umgehen zu können. Die Ergebnisse dieser Studie wurden mit der bestehenden Literatur zu dieser Thematik verglichen um etwaige Verbesserungsmöglichkeiten ableiten zu können. Da es bis zu diesem Zeitpunkt

keine vergleichbaren Untersuchungen auf ophthalmologischen Stationen gab, wurden die Ergebnisse der Gesprächsanalyse jenen von internistischen, intensivmedizinischen und chirurgischen Abteilungen gegenüber gestellt. Die Datenerhebung sowie die Gesprächsanalyse und Auswertung der Ergebnisse dieser Studie erfolgte nach denselben Kriterien wie die folgende, wodurch eine Vergleichbarkeit der beiden Arbeiten gegeben ist.

Wie bereits eingangs erwähnt, soll die durchgeführte Studie an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Graz, anhand einer Analyse der Visitengespräche, unter anderem die oben genannten Punkte aus der Literatur untersuchen und diese gegebenenfalls belegen.

Demnach soll im Folgenden spezifisch auf das Visitengespräch im geburtshilflichen Bereich eingegangen werden.

## **2.1 Die ärztliche Visite in der Geburtshilfe**

### **2.1.1 Allgemeines**

Hamann (2001) verweist auf Kapitel in der Psychosomatik, um als Arzt eine Art Hilfestellung in der Gesprächsführung mit Patientinnen in der Gynäkologie und Geburtshilfe zu erhalten. *„So stellt sich die Frage, welche Grundlagen die Gesprächsführung bestimmen. Diese sollten Wissen und Erfahrung, aber auch Empathie sein. Eines bedingt das andere. Das Wissen allein bzw. die wissenschaftliche Aussage allein, ist hier wertlos, denn selbst die sog. exakte wissenschaftliche Darstellung kann sich nur in Prozenten ausdrücken und bleibt so für den Einzelfall immer inkompetent. Die bloße Erfahrung entbehrt des wissenschaftlichen Hintergrundes und ist somit auch für sich allein genommen insuffizient“* (Hamann, 2001, S. 117).

Die geburtshilfliche Anamnese stellt nach Maier und Wenger (2009) eine Vorbereitung für die gynäkologische Untersuchung dar und beinhaltet somit nicht nur ein reines Abfragen der Krankheitsgeschichte. Anhand von Spekulum, Palpationen und Sonografien entsteht ein „Hineingreifen, Eindringen in den Leib der Frau“. Auch Langer (2011) beschreibt geburtshilfliche Vorgänge, die mit Gefühlen wie Scham, Angst, Lust, eventuell auch Schuld

und Ekel besetzt sind. Sexualität und Fortpflanzung werden in allen Fragen der Geburtshilfe implizit und explizit angesprochen und die Genitalorgane sowohl symbolisch als auch tatsächlich berührt. Dessen sollte sich der Gynäkologe bei jeder Gesprächs- und Untersuchungssituation bewusst sein, um eine goldene Mitte zwischen Nähe und Distanz zu finden und weder aufdringlich noch abweisend zu erscheinen.

### **2.1.2 Ablauf der Wochenbettvisite**

Nach Stauber und Weyerstahl (2007) hat die Wochenbettvisite einen besonders hohen Stellenwert für den psychosomatisch orientierten Arzt. In der von ihnen beschriebenen sensitiven Zeit post partum ist die Mutter häufig anfällig für die Entwicklung psychischer Störungen, vor allem für depressive Syndrome, die in weiterer Folge die Mutter-Kind-Beziehung durchaus stören und schwächen können. So empfiehlt sich sowohl aus psychodiagnostischer Sicht als auch aus Vorbeugung die Integration psychosomatischer Aspekte in der Wochenbettvisite:

- **1. Tag:** *"Eingehen auf das Geburtserleben  
(Vergleich von Ideal und Wirklichkeit)  
Abbau von Schuldgefühlen*
  
- **2. Tag:** *Angebot zur Hilfe bei Unsicherheiten*
  - *im Körpererleben (Episiotomie, Milcheinschuss, Nachwehen)*
  - *im psychischen Bereich ( Stimmungsschwankungen)*
  
- **3. Tag:** *konkrete Hinweise auf psychohygienische Aspekte  
(Eltern-Kind-Beziehung, Rooming-in, Stillen, Hautkontakt)*
  
- **4.-6. Tag:** *Bedürfnisse von Mutter und Kind abwägen!  
(emotionale Grenzen der Mutter – Verstehen der kindlichen Signale)*
  
- **Demissio:** *Richtlinien, entwicklungspsychologische Aspekte, Kontaktangebot“  
(Stauber & Weyerstahl, 2007, S. 75).*

Bezugnehmend auf das „Eingehen auf das Geburtserlebnis“ am 1. Tag beschreibt auch Lütje (2007), dass eine Nachbesprechung der Geburt hilfreich sein kann, um etwaige Informationsdefizite und Missverständnisse zu klären, aber auch um Kritikpunkte oder Lob bezüglich den Abläufen ansprechen zu können. Folgendermaßen könnte dies als psychologische Prävention für zukünftige Geburten dienen.

Nach Steck, Pachmann, Hertel und Morgenstern (2008) ermöglicht ein gut geregelter Tagesablauf dem Pflegepersonal bestimmte Arbeitsfolgen fest einzuplanen, wodurch Wochenbettvisiten harmonisch und ohne große Störungen gestaltet werden können. Die Verantwortung für den gesamten Klinikaufenthalt tragen entweder der Arzt oder die beauftragte Hebamme. Bereits an Gangmuster, Gestik, Körperhaltung und Mimik kann von kompetentem sowie gut geschultem Personal eine Aussage zur Befindlichkeit der Wöchnerin getroffen werden und nicht erst bei den üblichen Fragen nach Schlaf und Wohlbefinden. Frauen scheinen kurz nach der Geburt schnell zu verzweifeln, aufgrund der Anstrengung, des unterbrochenen Nachtschlafs, des oftmaligen Trinkens und Kuschneln der Babys. Gerade in dieser Zeit brauchen sie viel Zuspruch, vor allem durch die Hebamme, die dafür genügend Zeit zur Betreuung und Beratung aufbringen sollte. Gespräche, Hilfe beim Anlegen, Lindern von Schmerzen sowie Unterstützung beim Bewältigen von Unsicherheiten wirken sich positiv auf die Frauen aus.

Auf der Universitätsklinik für Geburtshilfe am Landeskrankenhaus Graz werden die Wöchnerinnen von den Ärzten sowie vom Pflegepersonal betreut. Die Hebammen befinden sich ausschließlich im Kreißsaal und kommen nur auf die Station, um die Wehentätigkeit mittels Cardiotokographie zu erfassen.

### **2.1.3 Das Entlassungsgespräch**

Im Rahmen der Wochenbettvisite werden auch Maßnahmen nach der Entlassung besprochen, so beschreibt Hamann (2001), dass häufig Unsicherheiten im Umgang mit der neuen Situation auftreten, vor allem bei Patientinnen, die das erste Kind geboren haben. Um Veränderungen im Wochenbett richtig einzuschätzen, soll ein Entlassungsgespräch mit nachfolgenden Themenschwerpunkten helfen: es sollten sowohl die Dauer des Wochenflusses als auch hygienische Maßnahmen angesprochen werden. Des Weiteren sollte die Patientin darauf

aufmerksam gemacht werden bei Auftreten von Fieber sofort einen Arzt aufzusuchen und während der Stillzeit Kondome zu verwenden. Aufgrund der Atrophie des Scheidenepithels, welche hormonbedingt ist, kommt es zu einer herabgesetzten Libido. Um Konflikte vorzubeugen, sollte hierbei auch der Partner mit einbezogen werden. Abschließend muss erwähnt werden, dass erst nach Beendigung des Wochenbettes die volle körperliche Belastbarkeit wieder gegeben ist.

## **2.2 Die Patientin auf der Wochenbett-Station**

Um den Begriff des Wochenbettes nachvollziehen zu können, soll die folgende Definition zum Verständnis dienen.

### **Das Wochenbett**

*„Definition: Wochenbett (Puerperium), Zeit nach der Geburt, in der sich die durch die Schwangerschaft und Geburt am Körper der Frau entstandenen Veränderungen zurückbilden. Beginn mit der Geburt der vollständigen Plazenta. Dauer etwa 6-8 Wochen, gekennzeichnet durch:*

- *Rückbildungsvorgänge*
- *Wundheilungsvorgänge*
- *Ingangkommen und Aufrechterhaltung der Laktation*
- *Wiederaufnahme der Ovarialtätigkeit“* (Dudenhausen, 2008, S. 360).

Der Klinikaufenthalt nach einer Geburt beträgt normalerweise fünf Tage. In dieser Zeit ist eine enge Zusammenarbeit des gesamten Betreuungsteams, welches sich aus Gynäkologen, Hebammen, Pädiatern und Kinderschwestern zusammensetzt, notwendig, auch im Hinblick auf die Gesprächsführung. Aufgrund des Hormonabfalles nach der Geburt kommt es meist am dritten Tag post partum zum sogenannten „Heultag“, oder auch „Baby-Blues“ genannt, weshalb neben den Anleitungen zur Pflege der Wöchnerin und Versorgung des Babys auch auf das psychische Befinden geachtet werden sollte. Dennoch kommt es regelmäßig vor, dass bei der Visite eine Wöchnerin angetroffen wird, welche weint und fast untröstlich erscheint

(vgl. Hamann, 2001). So beschreibt auch Kiechle (2001) das Wochenbett als psychosomatischen Vorgang, da die körperlichen Veränderungen und die seelischen Erlebnisse eng miteinander in Wechselwirkung stehen. Die Frau findet sich nach dem Ereignis der Geburt plötzlich in der Mutterrolle wieder und auch die physiologischen Veränderungen der Rückbildungsvorgänge veranlassen die Wöchnerin sich neu zu definieren sowohl in Bezug auf sich selbst als auch auf ihren Partner. Diesbezüglich sei erwähnt, dass diese Art von Neuanfang für eine Partnerschaft sehr belastend sein kann, wodurch sich die hohe Scheidungsrate in den ersten zwei Jahren nach der Geburt eines Kindes durchaus erklären lässt.

Um eine ganzheitliche Wochenbettbetreuung zu gewährleisten beschreibt Geist (2007) die integrative Wochenbettbetreuung, in der Mutter und Neugeborenes von Hebammen, Kranken- und Kinderkrankenschwestern versorgt werden. Auch kommt hier der Begriff des „Rooming-in“ auf, wo sich die Wöchnerin gemeinsam mit ihrem Kind in einem Zimmer von der Geburt erholt. Des Weiteren werden noch eine flexible Organisation des Stationsablaufes, welche keine fixierten Besuchszeiten sowie Essens- und Weckzeiten beinhaltet, und ein Familienzimmer erwähnt, wo ein ruhiges Kennenlernen aller anderen Familienmitglieder mit dem Neugeborenen stattfinden und auch der Partner über Nacht bleiben kann.

Nach einer Untersuchung von Polleit et al. (2006) äußerten Erstgebärende präpartal Gefühle von Unsicherheit, indem sie sich auf Nachfrage mehr Sicherheit wünschten. So wurde der Wunsch nach Sicherheit durch Verfügbarkeit medizinischer Versorgung, durch Kompetenzerwerb, Selbstbestimmung aber auch das Bedürfnis nach Normalität durch Simulation von Häuslichkeit von den Frauen registriert. Postpartal wurden diese Kategorien von denselben Müttern im Großen und Ganzen bestätigt, jedoch kamen neue Aspekte von Sicherheit hinzu. So gaben die Patientinnen an Angst gehabt zu haben, dass jemand ihr Baby entführen könnte. Des Weiteren konnten Unterschiede zwischen Normalgebärenden und per Sectio entbundenen Frauen herausgefiltert werden. Dies ergab, dass die Patientinnen, welche einen Kaiserschnitt erlebt hatten, die Geburt als „nicht normal“ empfanden und somit das Bedürfnis hatten mit Gleichgesinnten ein Zimmer zu teilen. Zu guter Letzt wurde noch der Aspekt der Ruhe formuliert. Diese Studie wurde durchgeführt um zu untersuchen, ob die bereits oben erwähnte integrative Wochenbettbetreuung den Bedürfnissen der Frauen entspricht. Die Ergebnisse ergaben, dass dies im Wesentlichen belegt werden konnte.

Kurz zusammengefasst lässt sich zeigen, dass die Patientin sowie ihr Neugeborenes auf der Wochenbett-Station eine Sonderstellung einnehmen, zudem es sich nicht wirklich um kranke Frauen und Kinder handelt. Sie befinden sich lediglich in einer Situation der Veränderung, aufgrund deren sie vermehrte Zuwendung und Betreuung des gesamten Personals benötigen (vgl. Geist, 2007).

### 3. Material und Methoden

#### 3.1 Fragestellung

Die vorangehend dargestellten Ergebnisse und Leitlinien haben zu folgenden Forschungsfragen geführt und bilden die Grundlage für die Analyse der Visitengespräche:

1. *Welche Rolle nimmt die Patientin im Gespräch ein?*  
Welche Gesprächsaktivität zeigen die einzelnen Interaktionsteilnehmer?  
Wie ist die Beziehungsstruktur innerhalb des Gesprächs aufgebaut?
2. *Welchen Informationswert besitzt das Visitengespräch für die Patientinnen?*  
Auf welche Weise erfolgt die Informationsvermittlung innerhalb des Gesprächs?  
Inwieweit ist die Visite für die Patientin verständlich gehalten?  
Welche Reaktionen zeigt das ärztliche Personal auf krankheitsrelevante Patientenfragen?  
Welche Themen werden schwerpunktmäßig zum Inhalt des Visitengesprächs?
3. *Wie verhalten sich die Ergebnisse der Gesprächsanalyse zu den, mittels Fragebogen erhaltenen, subjektiven Einschätzungen der Patientinnen?*

## **3.2 Das Untersuchungsfeld**

### **3.2.1 Der Ort**

Die Untersuchung der Merkmale der Visitengespräche wurde auf der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Landeskrankenhaus Graz durchgeführt. Für die Studie wurde die Gebär-Station herangezogen, sprich jene Abteilung, wo sich Patientin und Neugeborenes nach der Geburt befinden. Es stehen insgesamt siebzehn Betten zur Verfügung, drei Zimmer mit jeweils vier sowie ein weiteres mit fünf Betten.

### **3.2.2 Der Visitenablauf**

Die Visite findet täglich in der Früh zwischen 8:00 und 9:30 statt und wird von einem Oberarzt oder Assistenzarzt geführt. Die Patientinnen werden gebeten während dieser Zeit in ihren Zimmern zu warten, bis die Visite zu ihnen kommt. Ihre Babys haben sie bei sich oder im Baby-Zimmer, welches sich auch auf der Station befindet.

Nach Begrüßung der einzelnen Patientinnen wird die Krankenakte durchgesehen, dabei werden Geburtsverlauf, etwaige Komplikationen und/ oder Vorerkrankungen besprochen und mit der Patientin Rücksprache über aktuelles Befinden und Schmerzen gehalten. Danach wird die Patientin aufgefordert sich flach ins Bett zu legen, um eine kurze Untersuchung durchführen zu können. Hierbei wird unter anderem auf den Bauch gesehen: bei Sectiones ist das Augenmerk auf die Narbe und die Naht gerichtet, die Gebärmutter wird abgetastet, um sich ein Bild über den Stand der Rückbildung zu machen. Bei Episiotomien wird der Schnitt mit der Naht kontrolliert und bei stillenden Müttern wird des Weiteren noch die Brust inspiziert und palpiert, um eventuelle Verhärtungen oder Rötungen aufzudecken. Nach der Untersuchung werden alle erhobenen Befunde in der Krankenakte festgehalten.

Bei bevorstehenden Entlassungen werden die Patientinnen über auftretende Komplikationen aufgeklärt und darauf aufmerksam gemacht, dass sie bei Fieber, Blutungen, verhärteter oder roter Brust sofort wieder kommen sollten. Bei komplikationslosem Verlauf werden sie gebeten einen Termin bei ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen in sechs bis acht Wochen nach der Geburt zu vereinbaren. Bei Medikamenten-Gebrauch werden

Notwendigkeit und Dauer der Einnahme mit der Patientin besprochen und im Falle einer Entlassung Rezepte verschrieben.

Nach Beendigung des Visitengesprächs wird die Patientin verabschiedet und das Visitenkollektiv geht weiter zum nächsten Bett und somit zur nächsten Patientin und deren Neugeborenen.

### 3.3 Die beteiligten Personen

#### 3.3.1 Das Visitenteam

Bis auf wenige Ausnahmen bestand das Visitenteam aus einem visiteführenden Arzt und mindestens einer Person von Seiten des Pflegepersonals, welche entweder die Stationsschwester selbst war oder eine, für jeweils zwei der vier Zimmer zuständige Schwester. So waren bei allen fünfzig Gesprächen jeweils ein visiteführender Arzt, sowie eine Person vom Pflegepersonal anwesend. Des Weiteren waren noch Schwesternschülerinnen bei einem Teil der Visitengespräche anwesend. Bei acht der fünfzig untersuchten Gespräche waren Medizinstudenten im Rahmen eines Praktikums Teil des Visitenteams, die eine Beobachterrolle inne hatten. Bei drei Visitengesprächen bestand ein Visitenkollektiv aus einer Oberärztin und einer Assistenzärztin.

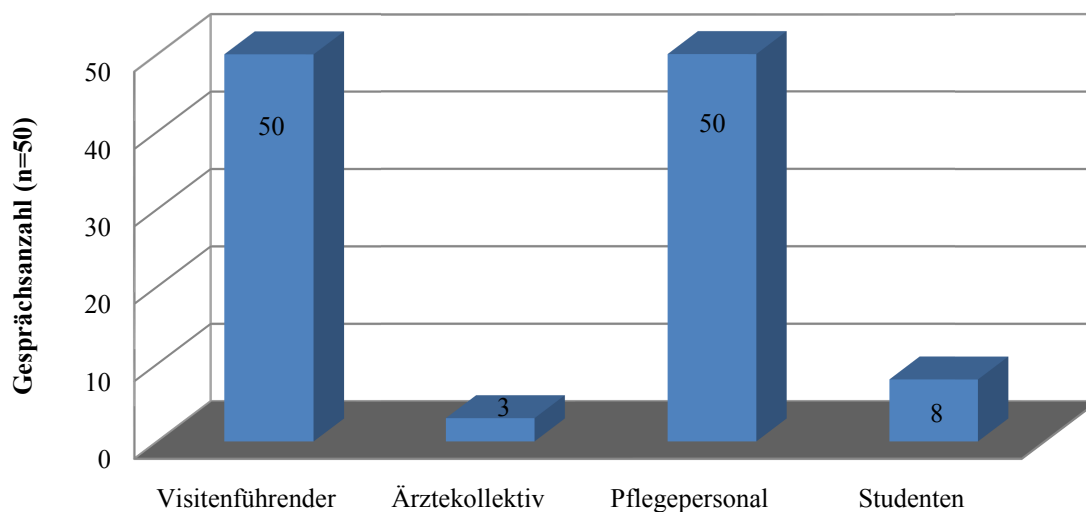
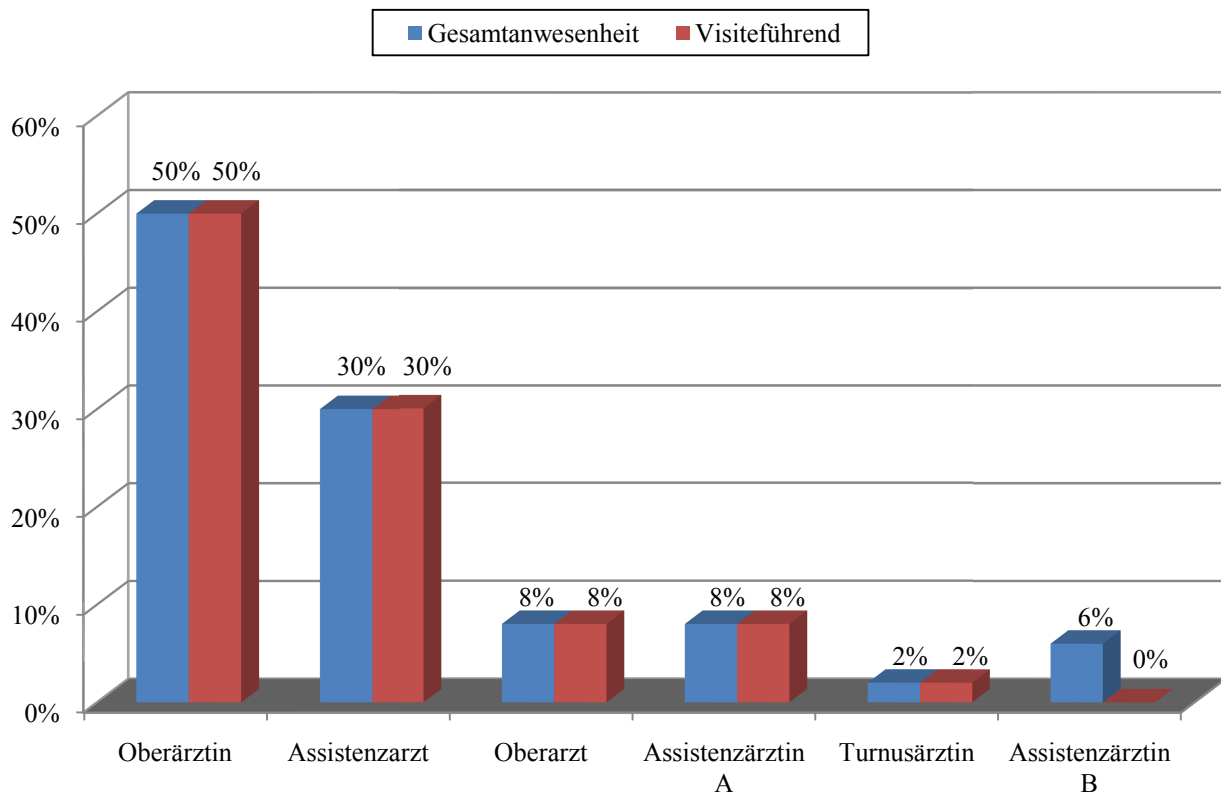


Abbildung 1: Zusammensetzung des Visitenkollektivs

Die fünfzig analysierten Gespräche wurden hauptsächlich von einer Oberärztin, welche sechszwanzig Visitengespräche führte, abgehalten. Visiteführend waren des Weiteren ein Assistenzarzt mit fünfzehn Gesprächen, eine Assistenzärztin mit vier, sowie ein Oberarzt mit vier und eine Turnusärztin mit einem Gespräch. Da bei den Visiten, mit Ausnahme von drei Gesprächen, immer nur ein Arzt anwesend war übernahm dieser automatisch die Rolle des Visiteführenden.



**Abbildung 2:** Gesprächsposition der beobachteten Ärzte

### 3.3.2 Die Patientengruppe

Es wurden insgesamt 100 Visitengespräche auf Tonband aufgenommen, davon 50 per Zufallsgenerator ausgewählt und zur Transkription sowie zur weiteren Analyse herangezogen. Durch den Zufallszahlengenerator konnte eine stichprobenartige Auswahl aus der Grundgesamtheit ermöglicht werden, was für die uns zugrunde liegende quantitative Studie von großer Bedeutung ist. Die Gespräche wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten aufgenommen, am Aufnahme- als auch am Entlassungstag, um ein breiteres Spektrum für die Studie zu erlangen. Zuvor wurden die Frauen über die Studie ausführlich aufgeklärt und deren Einwilligung anhand einer Unterschrift eingeholt. Ausgeschlossen wurden Patientinnen mit

geringen Deutschkenntnissen, eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit sowie geminderter Intelligenz. Sowohl der Aufklärungsbogen als auch die Einverständniserklärung befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

### **3.4 Die Untersuchungsmethoden**

#### **3.4.1 Die Beobachtung**

Für die Datenerhebung wurde die Methode der passiv-teilnehmenden Beobachtung ausgewählt. Dadurch, dass es sich um eine passive Beobachtung handelte, war die Diplomandin zwar anwesend, hielt sich jedoch während der gesamten Visite im Hintergrund, weshalb sie auch in kein Gespräch mit einbezogen wurde (vgl. Krohne, Hock, 2007). Als technisches Hilfsmittel wurde ein Tonbandgerät eingesetzt, um die Gesprächssituationen direkt aufzunehmen. Dieses befand sich im Mantel der Diplomandin, wodurch alle Visitengespräche problemlos aufgenommen werden konnten. Dadurch, dass das Gerät im Mantel platziert war und die Datenerheberin dieses Kleidungsstück trug, war es möglich nahe am Patienten-Bett zu stehen und nicht unnötig aufzufallen. Wie bereits vorhin erwähnt, wurden die Patientinnen vor Beginn der Visite über die Studie aufgeklärt und eine Einwilligung eingeholt, dies geschah auch im Visitenteam, wobei alle teilnehmenden Personen aufgeklärt wurden und eine Einwilligungserklärung vom visiteführenden Arzt unterzeichnet wurde.

#### **3.4.2 Die Transkription**

Nach der Datenerhebung durch Beobachtung und Aufnahme der Visitengespräche, wurden diese niedergeschrieben. Die Transkription wurde von der Diplomandin am Tag der Aufnahme selbst durchgeführt. So wurden alle gesprochenen Wörter, verbale sowie paraverbale Äußerungen niedergeschrieben. Teile der Gespräche, welche undeutlich und unvollständig zu verstehen waren, wurden nicht festgehalten, jedoch notiert, so auch Störungen, wie Telefongespräche und Hintergrundgeräusche. Da sich diese Arbeit im Wesentlichen auf das Visitengespräch zwischen Arzt und Patientin konzentriert, wurde auch nur dieses zur Transkription herangezogen. Gesprächsanteile von Seiten des Pflegepersonals

wurden somit zwar erwähnt, jedoch nur in Form von „*Die Schwester bespricht etwas mit der Patientin*“ oder „*Schwester und Arzt unterhalten sich über die weiterführenden Pflegemaßnahmen*“.

### **3.4.3 Die Gesprächsanalyse**

Um die Visitengespräche formal quantitativ auswerten zu können, wurde ein Analyseinstrument herangezogen, welches aus einer vorangegangenen Studie zu diesem Thema vom Institut der Medizinischen Psychologie der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald in Deutschland zur Verfügung stand. Anhand dieser Vorlage konnten neben allgemeinen Angaben zum Visitengespräch Punkte wie Aktivität der Gesprächsteilnehmer, Verständlichkeit, Informationsvermittlung, sowie Fragen und Antworten bearbeitet werden. Die einzelnen Sprachhandlungen wurden sowohl in Wort- als auch in Satzanzahl abgezählt. Zusätzlich wurde in Anlehnung an die Arbeit von Papsdorf (Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 2008) auch eine Inhaltsanalyse sämtlicher Visitengespräche durchgeführt.

#### **Das Analyseinstrument**

##### **1. Allgemeine Angaben zum Visitengespräch**

Unter diesem Punkt wurden Gesprächsdauer, Teilnehmerkonstellation und -anzahl, Gesprächsstörungen und Anmerkungen zu den oben genannten Elementen bearbeitet.

##### **2. Aktivität der Gesprächsteilnehmer**

Zu Beginn wurde die gesamte Gesprächsaktivität anhand der folgenden Analysekriterien quantifiziert, im weiteren Verlauf jedoch getrennt bezogen auf Patientin und visiteführenden Arzt.

##### *Anzahl der gesprochenen Worte*

Hierbei wurden alle gesprochenen Wörter, mit Ausnahme von paraverbalen Äußerungen, wie „ähm“, „äh“, „mh“, „hm“, „gell“ usw., abgezählt.

### *Anzahl der Initiativen*

Initiativen wurden als nicht reaktive Sprachhandlungen analysiert. Darunter fielen Fragen, Aufforderungen, sowie Gesprächseröffnungen und -beendigungen.

### *Anzahl der Responsiven*

Zu den responsiven Äußerungen zählten jene Sprachhandlungen, die durch Initiativen provoziert wurden, wie zum Beispiel Antworten.

### 3. Gesprächseröffnung, -beendigung

Bei diesen Elementen handelte es sich darum, von wem das Visitengespräch initiativ eröffnet und beendet wurde.

### 4. Frageverhalten

Zum Einen wurden alle formulierten Fragen in den Visitengesprächen zu Beginn als Form der Initiativen gewertet, zum Anderen wurden sie nochmals gesondert je nach Art der Fragestellung in Subkategorien untergliedert:

- offene Frage
- geschlossene Frage
- Suggestivfrage
- Katalogfrage

### 5. Informationsvermittlung

Bei der Informationsvermittlung des visiteführenden Arztes an die Patientin wurde nach Ermittlung der Gesamt-Informationen, diese wiederum in Subkategorien untergliedert, auf welche Art und Weise die Vermittlung stattgefunden hat. Des Weiteren handelte es sich hierbei hauptsächlich um Themen mit krankheitsrelevantem Inhalt.

- **initiativ**  
Der visiteführende Arzt vermittelt die Information von sich aus.
- **reaktiv**  
Der visiteführende Arzt vermittelt die Information auf Nachfrage der Patientin.
- **implizit**  
Der visiteführende Arzt vermittelt die Information nicht an die Patientin, diese kann jedoch aus dem personalinternen Gespräch entnommen werden.

## 6. Antwortverhalten auf Patientenfragen

Nach Ermittlung aller Fragen der Patientinnen bezüglich der Geburt und nachfolgenden Maßnahmen an die visiteführenden Ärzte, wurde in Anlehnung an Siegrist (1978) deren Antwortverhalten analysiert, wiederum gegliedert in folgende Subkategorien:

- Nichtbeachten  
Der visiteführende Arzt übergeht die Frage der Patientin
- Adressatenwechsel  
Der visiteführende Arzt spricht einen anderen Visiteteilnehmer an, statt auf die Frage der Patientin einzugehen.
- Themenwechsel  
Der visiteführende Arzt beginnt ein neues Thema, statt auf die Frage der Patientin einzugehen.
- Verschieben  
Der visiteführende Arzt deutet die Frage der Patientin um und verschiebt seine Antwort auf nebensächliche Aspekte.
- Unsicherheit  
Der visiteführende Arzt kann aufgrund eines Mangels an eigenen Informationen die Frage der Patientin nicht beantworten.
- Symmetrie  
Der visiteführende Arzt bemüht sich die Frage der Patientin so gut wie möglich zu beantworten.

## 7. Verständlichkeit

Im Rahmen dieses Punktes wurden unter anderem die Anzahl der genannten Fachtermini und zusätzlich die davon erklärten, gewertet.

Des Weiteren wurden die einzelnen Satzstrukturen der visiteführenden Ärzte sowie der Patientinnen analysiert.

- einfacher Satzbau  
Sätze mit einem einfachen Satzbau setzten sich aus einem Haupt- oder einem Haupt- und Nebensatz zusammen, auch Einwortsätze fielen in diese Kategorie.
- komplexer Satzbau  
Sätze mit einem komplexen Satzbau setzten sich aus mehr als einem Haupt- und Nebensatz zusammen.

- vollständiger Satz  
Vollständige Sätze bestanden aus einem Subjekt und einem Prädikat.
- unvollständige Sätze  
Bei unvollständigen Sätzen fehlte das Subjekt oder das Prädikat.
- Einwortsätze  
Als Einwortsätze wurden Sprachhandlungen analysiert, die nur aus einem Wort bestanden.
- Satzabbrüche  
Bei Satzabbrüchen wurde mitten im Satz ein neuer Gedanke begonnen, ohne den alten zu beenden.
- Ellipsen  
Unter Ellipsen fielen Auslassungssätze, wobei die Gesprächsbeiträge nicht alle zum Verständnis notwendige Voraussetzungen enthielten.

## 8. Inhalte des Visitengesprächs

Wie bereits vorhin erwähnt wurde in Anlehnung an die Arbeit von Papsdorf eine inhaltliche Analyse aller gesprochenen Wörter durchgeführt, wobei die einzelnen Sprachhandlungen in eine der sieben Subkategorien aufgeteilt wurden:

- Kontakt und Konversation
- Aktuelles Befinden
- Erkrankung und Befunde
- medizinische Maßnahmen und Untersuchung
- Entlassung
- psychische und soziale Lage
- Sonstiges

### **3.4.4 Der Fragebogen**

Um die Ergebnisse der Gesprächsanalyse mit den subjektiven Einschätzungen der Patientinnen vergleichen zu können, wurde zusätzlich ein, vom Institut für Medizinische Psychologie der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, vorgegebener Fragebogen an die Patientengruppe ausgeteilt. Neben anfangs allgemein gestellten Fragen nach Alter, Familienstand, Schulabschluss, beruflicher Ausbildung und Erwerbstätigkeit, sowie die des Partners, wurden im Anschluss Fragen zum abgehaltenen Visitengespräch gestellt. Diese enthielten allgemeine Fragen zum Gespräch, zur Verständlichkeit, zur eigenen Gesprächsposition, zur Bedeutung und Zufriedenheit. Die Patientinnen hatten die Möglichkeit zwischen vier Antwortmöglichkeiten zu wählen und zwar zwischen „trifft voll zu“, „trifft meist zu“, „trifft meist nicht zu“ und „trifft nie zu“. Zusätzlich enthielt der Fragebogen noch einen Punkt mit „*Ich würde mir wünschen, dass...*“, hier konnten die Patientinnen ihre eigenen Wünsche und Anregungen anbringen.

Die Fragebögen wurden nach der abgehaltenen Visite an die Patientinnen ausgeteilt, welche sie selbstständig ausfüllten und meist am selben Tag wieder eingesammelt wurden. Bereits in der Aufklärung und Einwilligung wurde darauf hingewiesen, dass alle Daten sowie auch gegebene Antworten anonym behandelt werden und die Befragung keine Auswirkung auf den weiteren Behandlungsverlauf und Klinik-Aufenthalt hat.

Der Fragebogen befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

### **3.4.5 Die statistische Auswertung**

Die Daten der analysierten Gespräche wurden anhand von Microsoft Excel, unter Berechnung von Summe, Minimum, Maximum und Mittelwert, von der Diplomandin selbst ausgewertet und anschließend sämtliche Grafiken dazu erstellt. Die Rundung der Ergebnisse in dieser Arbeit erfolgte folgendermaßen: Die erste Kommastelle bei Werten größer gleich fünf wurde auf den nächst größeren Prozentwert aufgerundet, bei Werten kleiner gleich vier wurde diese dementsprechend abgerundet. Um eine Vollständigkeit der grafisch aufbereiteten Ergebnisse zu gewährleisten wurden jene Prozentwerte, welche durch die Rundung 0% ergeben hätten dennoch in der Grafik belassen und dementsprechend gekennzeichnet.

## **4. Ergebnisse**

### **4.1 Angaben zu den Patientinnen**

Für die Studie wurden 50 der 100 aufgezeichneten Gespräche zur Transkription und weiter zur Analyse herangezogen.

Das Alter der Patientengruppe lag zwischen 18 und 43 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 29,69 Jahre. Weitere Angaben zu den Patientinnen, wie Muttersprache, Familienstand, Schulabschluss, berufliche Ausbildung, Erwerbstätigkeit, sowie die des Partners wurden aus dem ersten Teil des Fragebogens entnommen. So ergab sich, dass nur knapp über die Hälfte der Patientinnen Deutsch als ihre Muttersprache angaben, 44% gaben Türkisch, Griechisch, Italienisch, Serbisch, Rumänisch oder Kurdisch als Muttersprache an.

Bezüglich des Familienstandes ergab sich laut Befragung, dass rund 61% der Patientinnen zum Zeitpunkt der Geburt verheiratet waren, 36% gaben an ledig zu sein, davon lebten 30% in einer festen Partnerschaft und lediglich 6% gaben an keinen Partner zu haben. 3% der Befragten antworteten auf diese Frage, dass sie geschieden bzw. getrennt lebend seien.

Hinsichtlich der Schulausbildung gaben 42% der Patientinnen an einen Volks-/ Haupt-/ Polytechnischen Schulabschluss zu haben, 36% absolvierten die Matura und 22% gaben einen anderen Schulabschluss an, beschrieben diesen aber nicht näher. Niemand gab an keinen Abschluss zu haben. In der weiteren Berufsausbildung jedoch antworteten 6% der Patientinnen, dass sie noch in Ausbildung sind, 11%, dass sie keinen Abschluss hätten. 33% besuchten eine Berufsfach-/ Handelsschule, 28% eine Hochschule bzw. Universität und weitere 19% wurden zu Facharbeiterinnen ausgebildet. Der Großteil der Patientinnen gab mit 42% an erwerbstätig zu sein bzw. fiel unter den Punkt „Sonstiges“ meist die Antwort, dass sie in Mutterschutz seien. Bezugnehmend auf die Beschäftigungssituation deren Partner wurde angegeben, dass rund 94% der Männer zum Zeitpunkt des Klinik-Aufenthaltes ihrer Partnerin erwerbstätig waren.

<b>Deutsch als Muttersprache</b>	<b>% der Patientinnen</b>
Ja	56
Nein	44
<b>Familienstand</b>	
Ledig	36
Verheiratet	61
geschieden/ getrennt lebend	3
Verwitwet	0
<b>Schulabschluss</b>	
kein Abschluss	0
Volks-/ Hauptschule/ Polytechnische Schule	42
Matura	36
anderer Schulabschluss	22
<b>Berufsausbildung</b>	
noch in Ausbildung/ Schülerin/ Studentin	6
kein Abschluss	11
Facharbeiterin	19
Meisterin/ Technikerin	0
Berufsfachschule/ Handelsschule	33
Fachschule/ Fachhochschule	3
Hochschule/ Universität	28
<b>Beschäftigungssituation der Frau</b>	
erwerbstätig	42
arbeitslos	16
Sonstiges	42
<b>Beschäftigungssituation des Partners</b>	
erwerbstätig	94
arbeitslos	0
Pensionist	0
Sonstiges	6

**Tabelle 1:** Soziodemographische Daten der Patientinnen

Zirka ein Viertel der befragten Patientinnen willigte einer Teilnahme an der Studie nicht ein. Auffallend war vor allem, dass eine Ablehnung in einem Zimmer mit neu-aufgenommenen Patientinnen zu weiteren Ablehnungen im selben Zimmer führte. Als Begründung gaben die meisten an, sich unwohl zu fühlen, wenn sie ihre Daten und Unterschrift bereit stellen müssten. Ein weiterer Grund war auch, dass die frisch gewordenen Mütter keine Zeit für sonstiges hatten, da ihr Baby zu viel Zeit in Anspruch nahm. Einige hatten auch einfach keine Lust an der Studie teilzunehmen.

## 4.2 Die Gesprächsanalyse

### 4.2.1 Allgemeine Angaben zum Visitengespräch

#### Dauer der Gespräche

Die Analyse der Gesprächsdauer zeigt eine Gesamtdauer von maximal 6 Minuten 28 und minimal 47 Sekunden. Als Gesamtdauer wurde der Zeitraum ab Herantreten des visiteführenden Arztes an das Patienten-Bett bis Wegtreten von diesem definiert, inbegriffen war hier auch die Untersuchung, die während der Visite durchgeführt wurde. Hinsichtlich dieser Definition konnte die Zeit sowohl bis als auch ab Gesprächsbeginn gemessen werden, wodurch bei einigen Kontaktaufnahmen eine eindeutige Verkürzung des eigentlichen Visitengesprächs beobachtet werden konnte. Des Weiteren wurde die Dauer der Untersuchung gesondert ausgewertet, diese wurde entweder während der Visite gar nicht durchgeführt oder betrug längstens 1 Minute und 40 Sekunden.

	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Mittelwert</b>
<b>Gesamtdauer</b>	00:47	06:28	03:05
<b>Zeit bis zum Gesprächsbeginn</b>	00:00	01:00	00:11
<b>Zeit ab Gesprächsbeginn</b>	00:35	06:05	02:54
<b>Dauer der Pausen</b>	00:00	02:55	00:55
<b>Dauer der Untersuchung</b>	00:00	01:40	00:30

Tabelle 2: Gesprächsdauer

### Störungen der Visitengespräche

Bei 31 der 50 analysierten Gespräche trat in irgendeiner Form eine Störung auf, in elf Gesprächen konnten mehr als eine Störung wahrgenommen werden. Aus folgender Abbildung können Arten sowie Verteilung der Interruptiones entnommen werden. Hauptfaktoren waren hierbei Telefone, sei es das Klingeln oder auch geführte Telefongespräche, weitere Gespräche, die im Hintergrund abgehalten wurden, Hintergrundgeräusche, wie Verrücken von Stühlen und Tischen und Lärm durch Verschieben und Suchen der Krankenakten aus dem Visiten-Wagen. Im Falle der ausgewählten Station stellte das Weinen und Schreien der Neugeborenen ebenfalls einen „natürlichen“ Störfaktor dar.

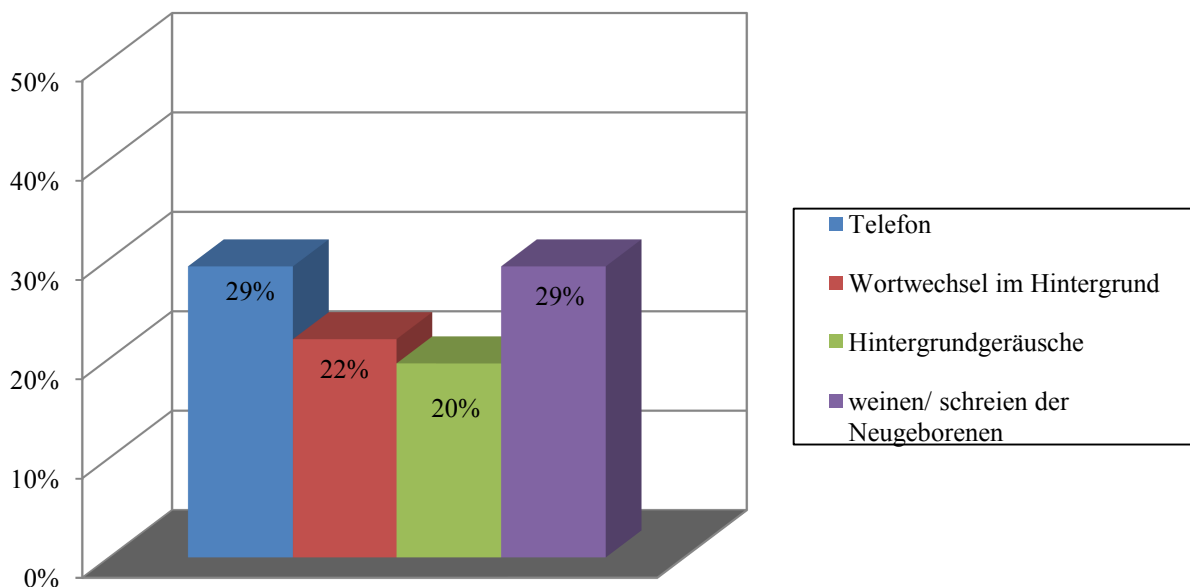


Abbildung 3: Verteilung der Gesprächsstörungen

### Gesprächseröffnung/ -beendigung

Ein weiterer Punkt der Gesprächsanalyse beinhaltete die Gesprächseröffnung und -beendigung, womit anhand von Begrüßung und Verabschiedung sowohl Anfang als auch Ende der einzelnen Gespräche analysiert werden konnten. Die Begrüßung erfolgte fast zur Gänze auf Initiative des visiteführenden Arztes, wobei nur die Hälfte der Patientinnen darauf reagierte. Ähnlich zeigt sich das Bild bei der Verabschiedung, auch diese erfolgte in erster Linie primär durch den visitierenden Arzt, reaktive Antworten der Patientinnen erfolgten wiederum nur zur Hälfte. In zwölf der 50 analysierten Visitengespräche erfolgte weder eine direkte Begrüßung noch Verabschiedung von beiden Seiten. An dieser Stelle sollte jedoch erwähnt werden, dass die visiteführenden Ärzte oftmals bei Betreten des Zimmers alle

Patientinnen begrüßten, dasselbe auch bei Verlassen des Raumes, dies wurde aber nicht in die Wertung mit einbezogen, sondern nur die Gesprächseröffnung und -beendigung im direkten Arzt-Patientin-Kontakt.

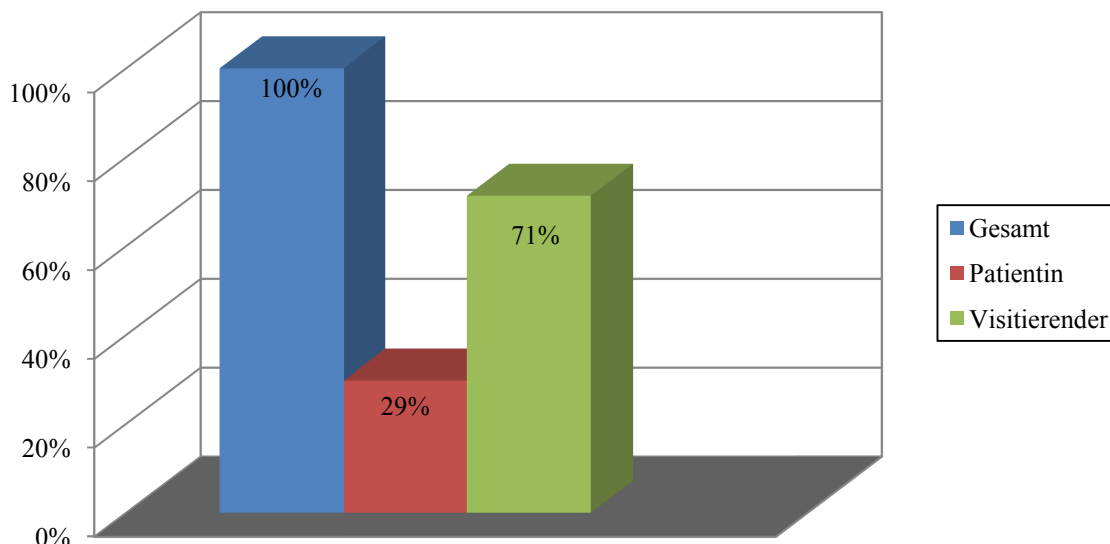
	<b>Visitierender</b>	<b>Patientin</b>
<b>initiative Begrüßung</b>	19	1
<b>reaktive Begrüßung</b>	1	10
<b>initiative Verabschiedung</b>	23	1
<b>reaktive Verabschiedung</b>	1	9

**Tabelle 3:** Gesprächseröffnung/ -beendigung

#### 4.2.2 Die Aktivität der Gesprächsteilnehmer

Unter genanntem Punkt wurden folgende Gesprächsaktivitäten von Seiten der Patientin und des visiteführenden Arztes analysiert:

#### Redeanteile gemessen an der Wortanzahl



**Abbildung 4:** Redeanteil der einzelnen Interaktionsteilnehmer

Von den insgesamt 9.618 gesprochenen Wörtern fiel der Großteil mit 71% auf den visiteführenden Arzt. Die Patientin wies mit einem Minimum von fünf Wörtern und einem

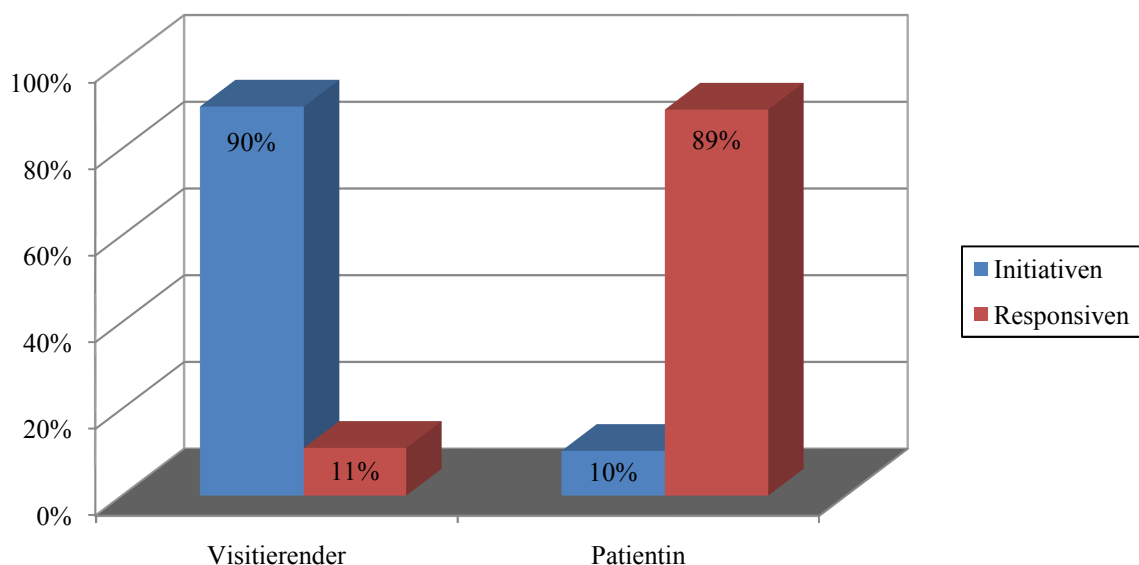
Maximum von 322 Wörtern einen Gesprächsanteil von 29% auf. Die Differenz zwischen eben genanntem Minimum und Maximum lassen sich auf das unterschiedliche Ausmaß der einzelnen Visitengespräche zurückführen.

	<b>Wörter gesamt</b>	<b>%</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Mittelwert</b>
<b>Visitierender</b>	6859	71	13	353	137,18
<b>Patientin</b>	2859	29	5	322	57,18
<b>Summe</b>	9718	100	28	575	194,36

**Tabelle 4:** Redeaktivität der einzelnen Gesprächsteilnehmer

### Initiativität versus Reaktivität

Um die Gesprächsaktivität des visiteführenden Arztes sowie der Patientin genauer betrachten zu können, wurden die Gesamtanzahlen der Initiativen und Responsiven beider Gesprächsgruppen in Form von Satzmeldungen abgezählt und miteinander verglichen.



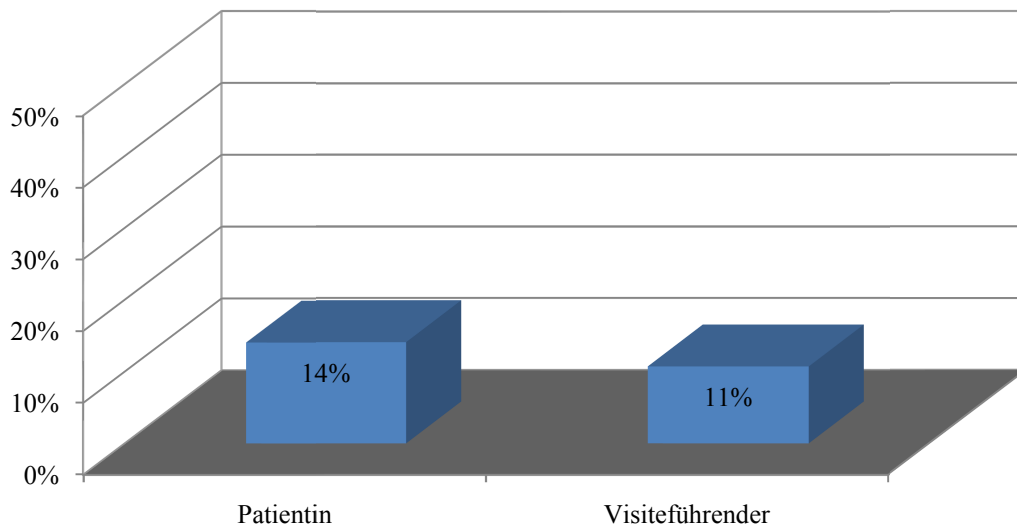
**Abbildung 5:** Initiativ- versus Responsivbeiträge

Somit zeigte sich, dass der Arzt im Bezug auf die Initiativen einen Anteil von 90% inne hatte und die Patientin 10%. Im Vergleich dazu ergab dies bei den Responsiven das Gegenteil und zwar 89% auf Seiten der Patientin und nur 11% auf Seiten des Arztes. Kurz zusammengefasst lässt sich anhand folgender Grafik sagen, dass der visiteführende Arzt in allen analysierten

Gesprächen die Initiative für sich beansprucht, die Patientin jedoch nur einen reaktiven Charakter einnimmt.

### Einwortsätze

Um das Kommunikationsverhalten zwischen visiteführenden Arzt und Patientin weiter zu analysieren, wurde die Anzahl der Einwortsätze, gemessen an der Gesamtzahl der gesprochenen Sätze, gewertet.



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

Die Gesamtanzahl aller gesprochenen Sätze betrug 1781, wobei 1105 auf den Visitierenden und 676 auf die Patientin fielen, davon waren gesamt 440 Einwortsätze, 190 auf Seiten des Arztes und 250 der Patientin. Der oben angeführten Grafik kann man entnehmen, dass von der Gesamtanzahl aller eingebrachten Sätze 14% der Einwortsätze von der Patientin stammten und knapp darunter 11% vom visiteführenden Arzt.

### 4.2.3 Das Frageverhalten

Das Frageverhalten wurde anhand folgender Punkte analysiert:

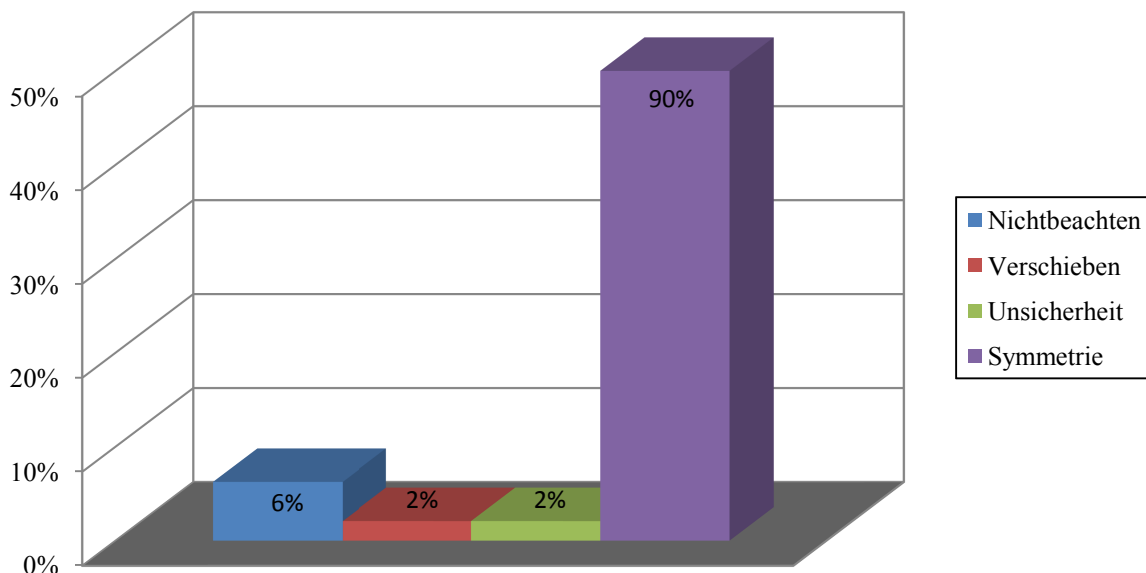
#### Frageaktivität

	<b>Fragen gesamt</b>	<b>%</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Mittelwert</b>
<b>Visitierender</b>	313	87	1	15	6,26
<b>Patientin</b>	48	13	0	5	0,96
<b>Summe</b>	361	100	1	20	7,22

**Tabelle 5:** Frageaktivität im Arzt-Patienten-Gespräch

Anhand der oben dargestellten Tabelle lässt sich die Frageaktivität darstellen, die ein verstärktes Frageverhalten mit 87% des visiteführenden Arztes zeigt, die Patientin weist einen geringeren Anteil mit 13% auf. Im Durchschnitt wurden rund sechs Fragen pro analysiertem Visitenespräch von Seiten des Arztes an die Patientin gestellt, im Gegenzug kam nur knapp eine Frage von der Patientin.

#### Antwortreaktionen des visiteführenden Arztes

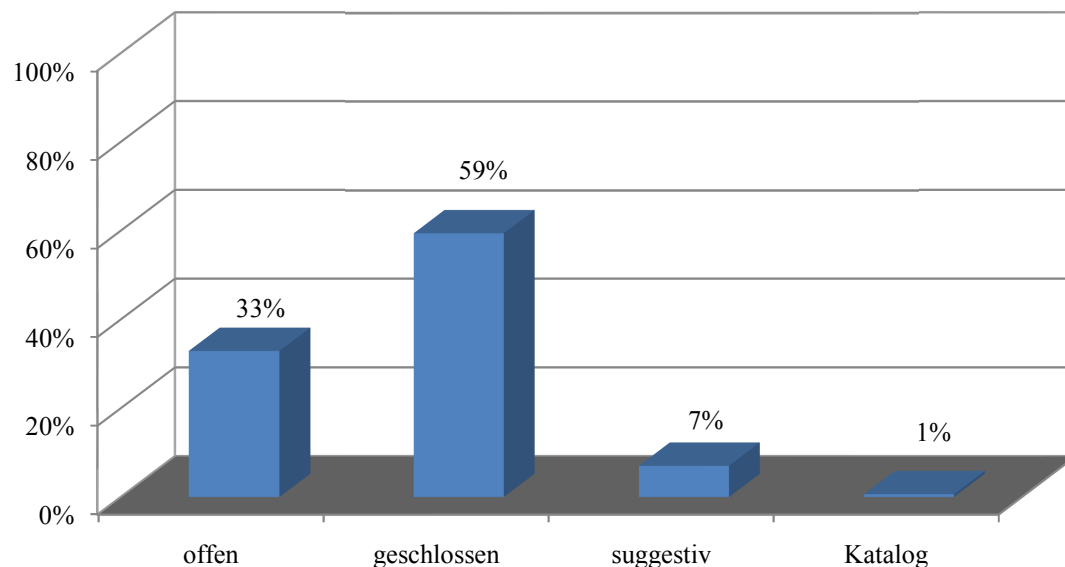


**Abbildung 7:** Antwortreaktion des visiteführenden Arztes

Die oben dargestellte Grafik zeigt, dass der Arzt in 90% der Fälle versuchte eine Symmetrie aufzuweisen, in dem er sich bemühte die Fragen der Patientin zu beantworten. In 6% ging der visiteführende Arzt nicht auf die gestellte Frage ein, jedoch muss hier erwähnt werden, dass das Pflegepersonal die Antworten in diesen Fällen übernahm. In jeweils 2% zeigte sich eine Unsicherheit auf Seiten des Arztes bzw. fand eine Verschiebung statt, wobei er die Patienteninitiative umdeutete und seine Antwort auf nebensächliche Aspekte verschob. Ein Themenwechsel sowie ein Adressaten-Wechsel fanden nicht statt, weshalb diese beiden Punkte nicht in der Grafik zu finden sind.

### Fragemodus

Zusätzlich zur Frageaktivität und Antwortreaktion des Arztes wurde noch der Charakter der Fragestellungen analysiert. Die einzelnen Fragen wurden in offene, geschlossene, Suggestiv- und Katalog-Fragen unterteilt. Es wurden nur die Fragemodi des visiteführenden Arztes an die Patientin untersucht.



**Abbildung 8:** Verteilung der Fragemodi

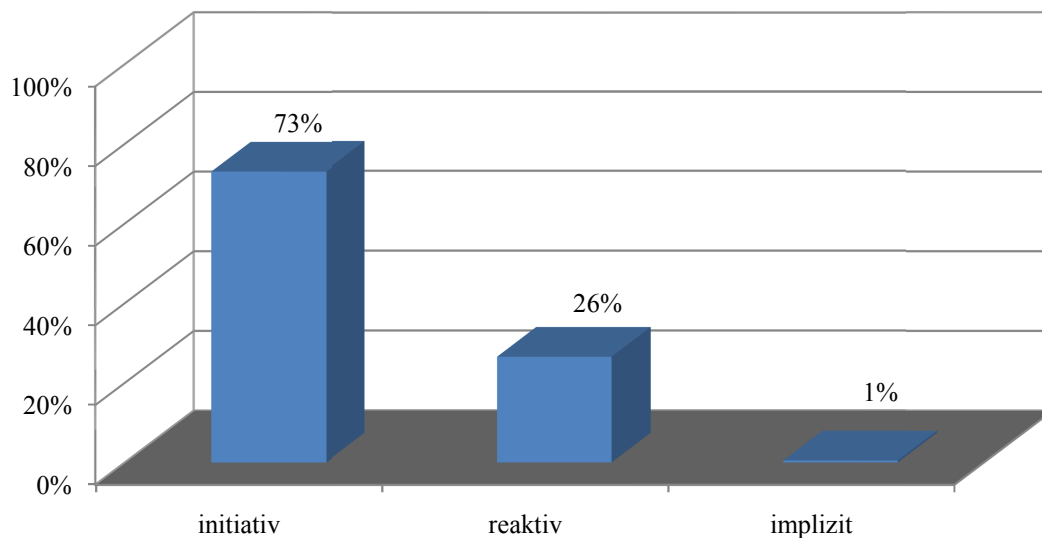
Die Analyse der Fragemodi ergab, dass 59% aller gestellten Fragen des visiteführenden Arztes an die Patientin geschlossen waren, sprich die Patientin konnte nur mit „ja“ oder „nein“ antworten. 33% wurden jedoch offen gestellt, was der Patientin die Möglichkeit gab, in eigenen Worten auf die Frage zu antworten. Suggestiv-Fragen machten 7% aus und nur 1% waren Katalog-Fragen.

#### 4.2.4 Die Informationsvermittlung

Unter diesem Punkt wurden die krankheitsrelevanten Inhalte des visiteführenden Arztes, welche an die Patientin gerichtet waren, analysiert.

##### Informationsmodus

Die insgesamt 408 krankheitsrelevanten Informationen, die alle vom visiteführenden Arzt ausgingen und an die Patientin gerichtet waren, wurden bezüglich ihrer Übermittlung in initiative, reaktive und implizite Informationsmodi unterteilt.



**Abbildung 9:** Informationsmodus

Die Grafik lässt erkennen, dass rund 73% der Informationen initiativ vom visiteführenden Arzt ausgingen. In 26% waren die Informationen als reaktiv zu werten, also auf Nachfrage der Patientin. Nur 1% wurde als implizite Information analysiert, wobei die Patientin die Inhalte als Außenstehende dem Gespräch entnehmen musste.

#### 4.2.5 Die Verständlichkeit der Gesprächsführung

In diesem Teil der Analyse wurde die Verständlichkeit der Gesprächsführung untersucht. Als Maße für die Beurteilung wurden der Gebrauch von Fachausdrücken sowie die Satzstruktur

herangezogen. Bei letzterem wurde ein Augenmerk auf Sätze mit einfachen bzw. komplexen Satzbau und auf vollständige bzw. unvollständige Sätze gelegt.

### Gebrauch von Fachausdrücken

Unter diesem Punkt wurde der Gebrauch von Fachausdrücken von Seiten des visiteführenden Arztes analysiert sowie in weiterer Folge die Anzahl der erklärten Fachtermini. Die angeführte Tabelle zeigt, dass während der gesamten 50 analysierten Gespräche der visiteführende Arzt insgesamt nur elf Fachtermini verwendete, wovon er sechs der Patientin erklärte. Maximal wurde in einem Visitengespräch von zwei Fachwörtern Gebrauch gemacht, hingegen minimal kein einziges erwähnt wurde. Im Zusammenhang mit der Gesamtzahl an Wörtern des Visitierenden an die Patientin ergab dies eine Anzahl von 0,16% gebrauchter Fachausdrücke von Seiten des Arztes.

	<b>Fachtermini gesamt</b>	<b>Fachtermini erläutert</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Mittelwert</b>
<b>Visitierender</b>	11	6	0	2	0,22

Tabelle 6: Gebrauch von Fachwörtern im Arzt-Patienten-Gespräch

### Satzstruktur

*Einfacher versus komplexer Satzbau*

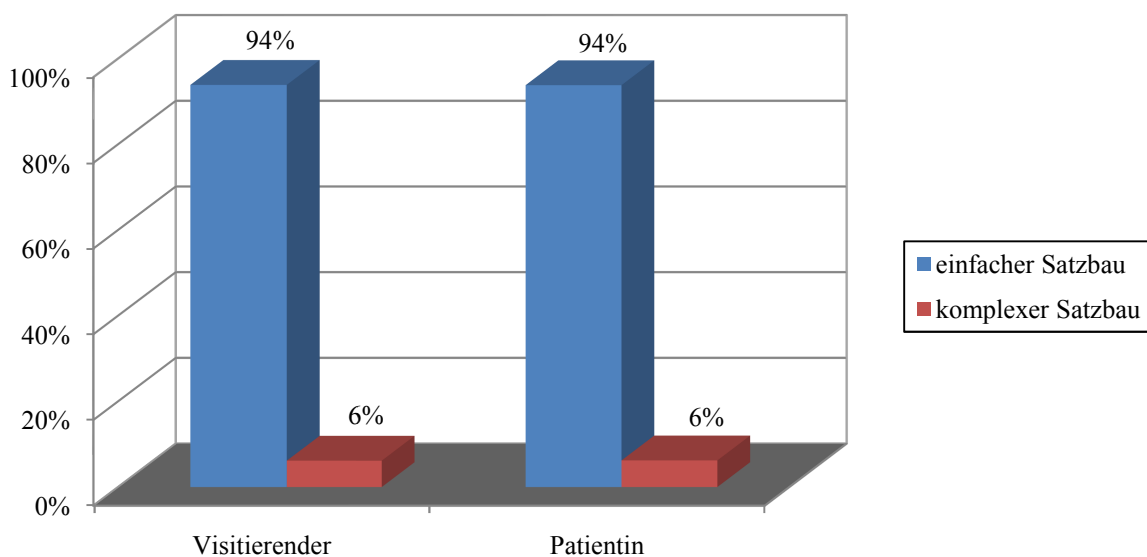
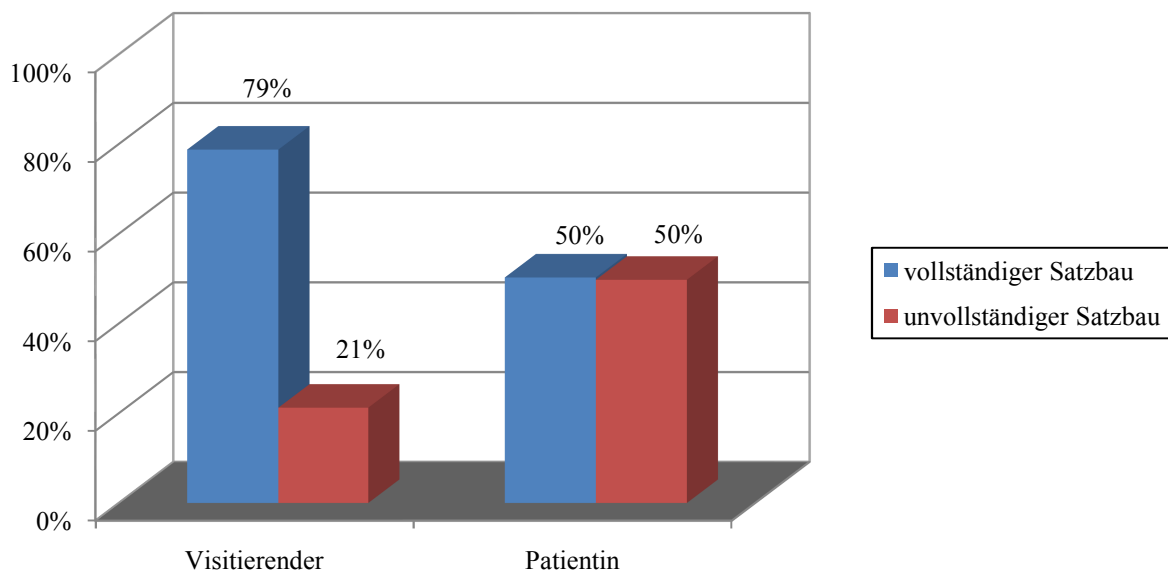


Abbildung 10: Einfacher versus komplexer Satzbau

Anhand der Grafik lässt sich erkennen, dass sowohl auf Seiten des visiteführenden Arztes als auch auf Seiten der Patientin ein einfacher Satzbau bevorzugt wurde. In Zahlen heißt das, dass gemessen an der Gesamtzahl der jeweilig gesprochenen Sätze der Visitierende in 94% und die Patientin in 94% in einfachen Sätzen sprachen. Nur 6% der Sätze des Arztes und 6% der Sätze der Patientin beinhalteten einen komplexen Satzbau.

### *Vollständige versus unvollständige Sätze*



**Abbildung 11:** Vollständiger versus unvollständiger Satzbau

Die Analyse der vollständigen sowie unvollständigen Sätze ergab einen deutlichen Unterschied der Sprachhandlungen von Arzt und Patientin. So zeigte sich auf Seiten des visiteführenden Arztes, dass rund 79% von 904 gesprochenen Sätzen einen vollständigen Satzbau aufwiesen und nur 21% einen unvollständigen. Im Falle der Patientin ergab sich bei einer Anzahl von 390 gesprochenen Sätzen hingegen in jeweils 50% ein vollständiger sowie unvollständiger Satzbau.

#### 4.2.6 Die inhaltliche Analyse

Anhand der inhaltlichen Analyse der Visitengespräche konnten die Themenschwerpunkte der einzelnen Gespräche untersucht und gewertet werden. Diese wurden in folgende Bereiche unterteilt: Kontakt/ Konversation, aktuelles Befinden, Erkrankung/ Befunde, psychische/ soziale Lage, medizinische/ pflegende Maßnahmen und Entlassung. Unter den Punkt „Erkrankung/ Befunde“ fielen sämtliche Themen bezüglich der Geburt, wie zum Beispiel Tag und Verlauf der Geburt sowie Blutgruppe des Neugeborenen. In den Bereich „medizinische/ pflegende Maßnahmen“ fiel vor allem die Untersuchung während des Visitengespräch mit Fragen nach Stuhl- und Harnverhalten, Stillen, Blutung mit sämtlichen Aufklärungen diesbezüglich. Auch Maßnahmen nach der Entlassung wurden diesem Punkt zugeordnet. Unter „Sonstiges“ fielen unter anderem Gespräche über andere Patienten.

#### Gesamtverteilung der Themen

Folgender Grafik ist eine allgemeine Aufteilung in zuvor genannte Themenbereiche zu entnehmen, wobei Schwerpunkte vom visiteführenden Arzt und von der Patientin vorerst gemeinsam betrachtet wurden.

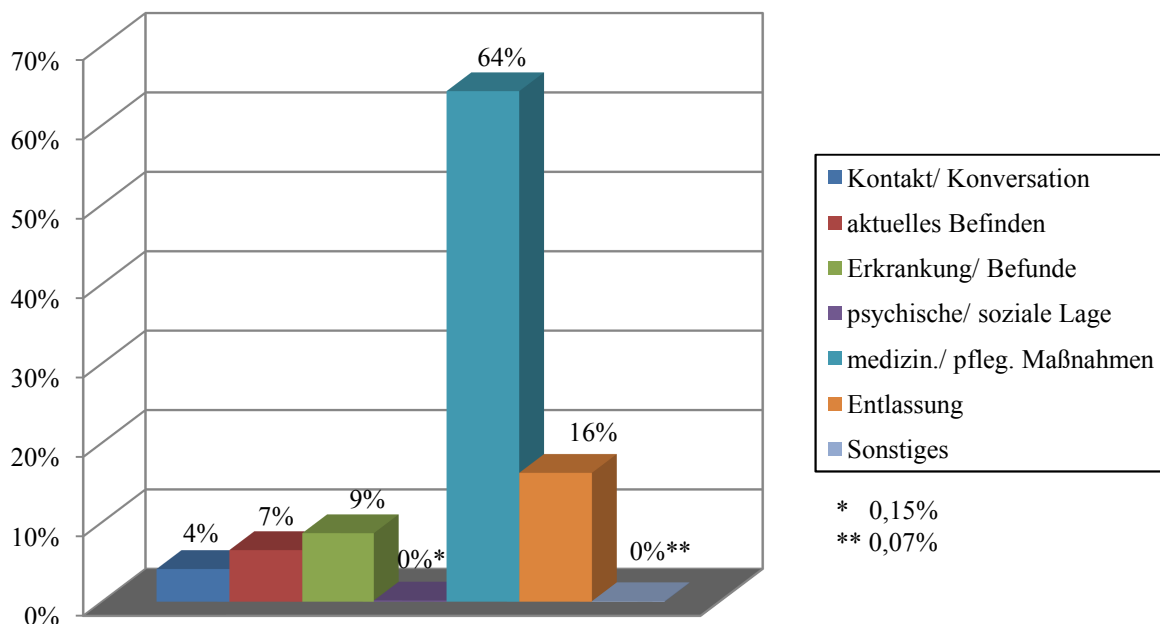


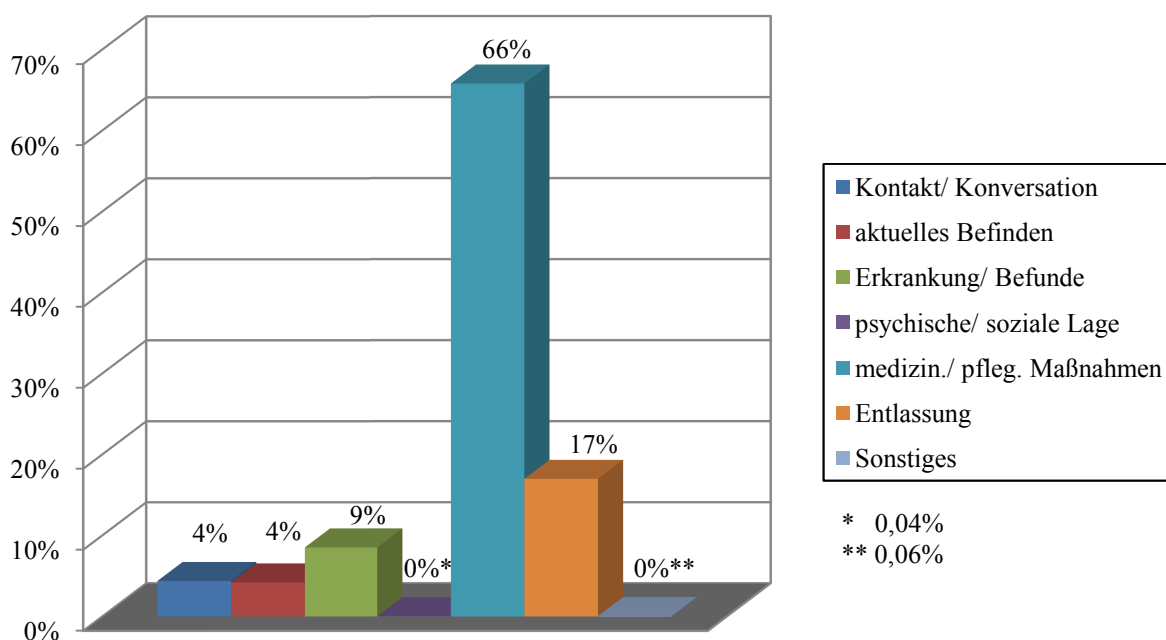
Abbildung 12: Gesamt-Themenverteilung

Die Grafik lässt mit rund 64% eine deutliche Thematisierung der medizinischen und pflegenden Maßnahmen erkennen, gefolgt von 16% mit dem Schwerpunkt der Entlassung. Erkrankung und Befunde waren in knapp 9% Thema während des Visitengesprächs, das aktuelle Befinden in 7%. Kontakt und Konversation waren in 4% der Gespräche enthalten. Den geringsten Anteil an Wortmeldungen erhielten die Inhalte bezüglich der psychischen/ sozialen Lage und sonstige Inhalte, wie Gespräche über andere Patienten.

### Themenverteilung des Arzt-Patientengesprächs

Unter diesem Punkt wurden jeweils die Themenschwerpunkte des visiteführenden Arztes sowie die der Patientin analysiert und auf die verschiedenen Bereiche aufgeteilt.

#### Themenverteilung des ärztlichen Redeanteils



**Abbildung 13:** Inhaltsschwerpunkte des visiteführenden Arztes

Bezogen auf die Inhaltsschwerpunkte des visiteführenden Arztes lässt sich, wie bereits in der Gesamtverteilung zu sehen war, eine eindeutige Thematisierung der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen erkennen, wiederum gefolgt von einem Wortwechsel bezüglich der Entlassung sowie der Erkrankung und Befunde. Die Bereiche, die psychische/ soziale Lage betreffend, und sonstige Themen wurden auch hier nur kaum erwähnt.

### Themenverteilung der Patientenrede

Ähnlich wie in den beiden oben dargestellten Grafiken lässt sich auch in der Themenverteilung der Patientenrede ein Schwerpunkt bezüglich medizinischer/ pflegender Maßnahmen erkennen, gefolgt von der Thematik der Entlassung. Im Vergleich zu den Darstellungen zuvor findet man nun an dritter Stelle der Inhaltsschwerpunkte das aktuelle Befinden und erst dahinter die Bereiche betreffend Erkrankung/ Befunde und Kontakt/ Konversation. Über die psychische/ soziale Lage und sonstige Themen wurde wiederum kaum gesprochen.

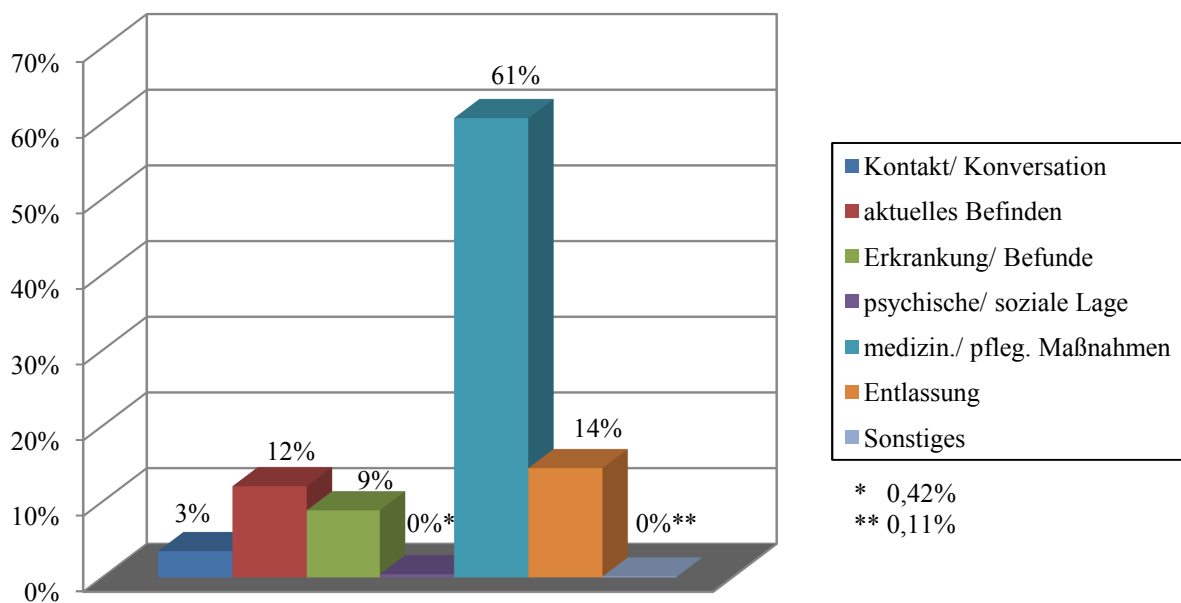


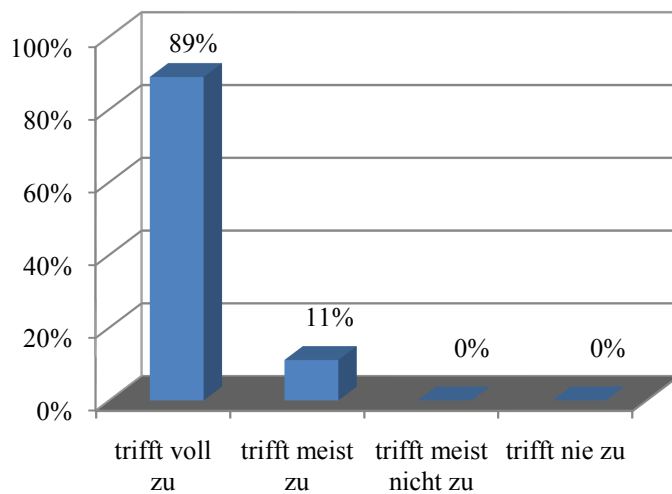
Abbildung 14: Inhaltsschwerpunkte der Patientin

### 4.3 Die Ergebnisse des Patientenfragebogens

Im Folgenden werden die einzelnen Antworten des Fragebogens analysiert, welchen die Patientinnen nach dem stattgefundenem Visitengespräch erhalten und selbstständig ausgefüllt haben.

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

1. Die Atmosphäre des Gesprächs ist angenehm.



89% der befragten Patientinnen geben an, dass die Atmosphäre des Gesprächs angenehm ist, für 11% trifft dies meist zu. Als unangenehm wird die Gesprächsatmosphäre von keiner der Patientinnen empfunden.

Abbildung 15: Frage 1

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

Die Mehrheit der Patientinnen ist der Meinung, dass sich der visiteführende Arzt genügend Zeit für das Gespräch nimmt, in 75% trifft dies voll zu. Verneint wird diese Frage von niemandem.

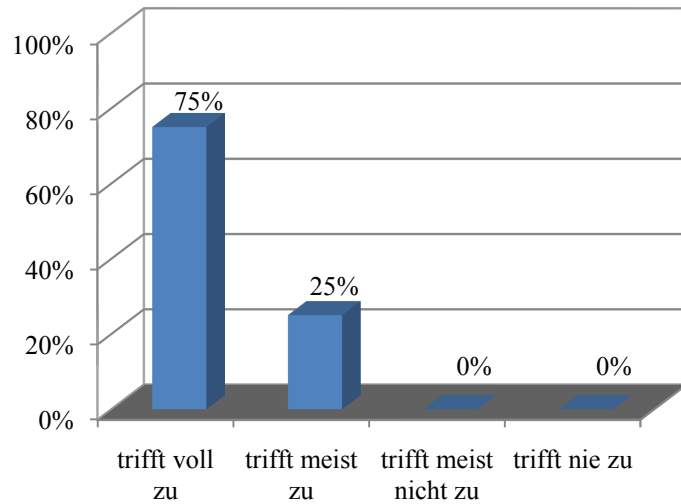
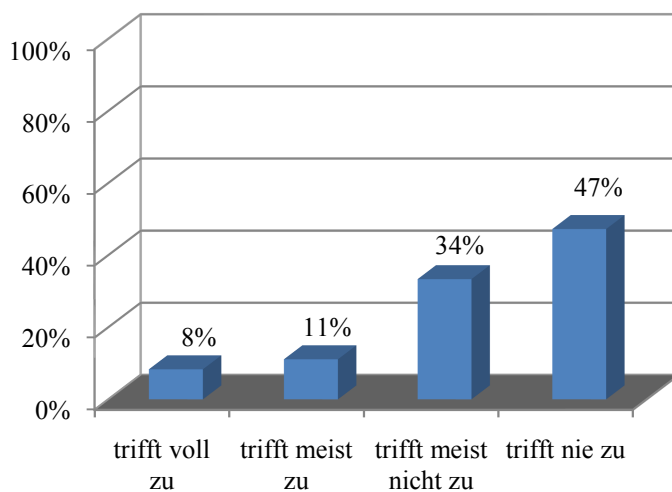


Abbildung 16: Frage 2

## 3. Die Anzahl der anwesenden Personen während des Gesprächs ist störend.

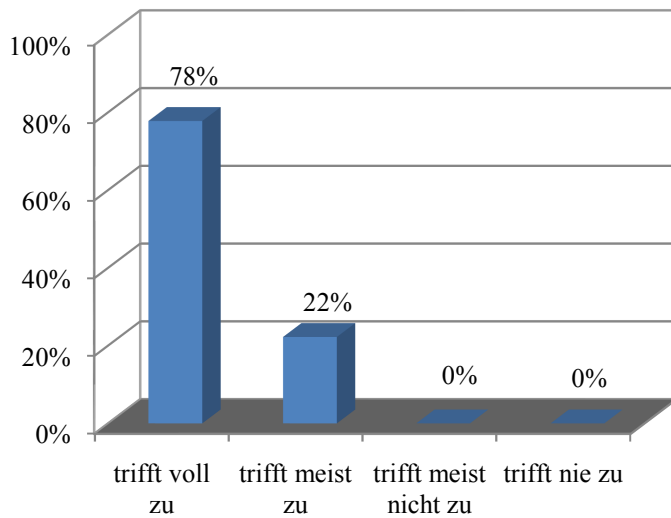


Bei dieser Frage werden alle Antwortmöglichkeiten von den Patientinnen genutzt. So ergibt die Auswertung, dass 47% die Anzahl der anwesenden Personen während des Visitengesprächs nicht als störend empfinden. 8% der Befragten beantworten diese Frage mit „trifft voll zu“.

Abbildung 17: Frage 3

### 4.3.2 Fragen zur Verständlichkeit

4. Das Gespräch wird in einer verständlichen Form geführt.



Der Großteil der befragten Patientinnen ist der Meinung, dass das Gespräch in einer verständlichen Form geführt wird. In 78% trifft dies voll zu, in 22% meist. Als unverständlich wird das Visitengespräch von niemandem empfunden.

Abbildung 18: Frage 4

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

Für 94% und somit für die Mehrheit der Patientinnen trifft es vollkommen zu bei Unklarheiten die Möglichkeit des Nachfragens zu haben. In 6% trifft dies meist zu. Verneint wird auch diese Frage von keiner der Patientinnen.

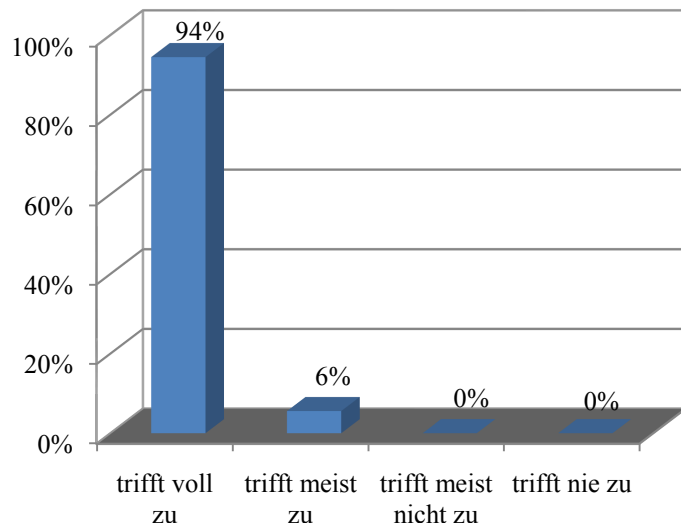
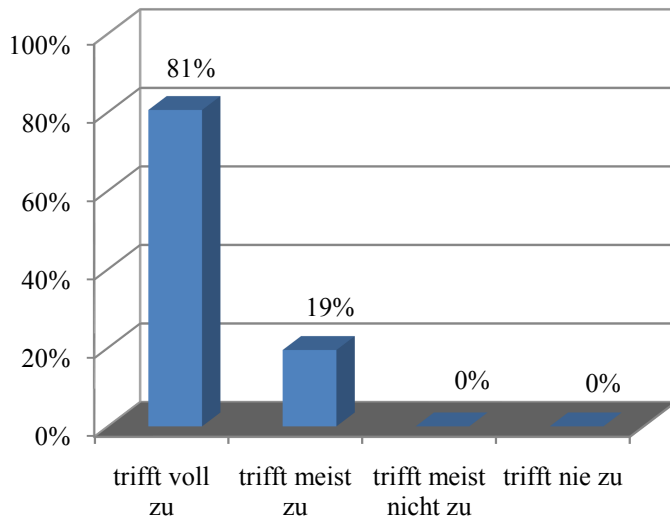


Abbildung 19: Frage 5

6. Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.



Aufgetretene Fragen werden im Falle von 81% genau beantwortet, in 19% trifft dies teilweise zu. Unbeantwortete Fragen treten nicht auf.

Abbildung 20: Frage 6

### 4.3.3 Fragen zur patienteneigenen Gesprächssituation

7. Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch mit einbezogen.

81% der befragten Patientinnen sind der Meinung, dass sie ausreichend in das Gespräch mit einbezogen werden, für 11% trifft dies meist nicht zu. Keine der Patientinnen gibt an, nicht ausreichend mit einbezogen zu werden.

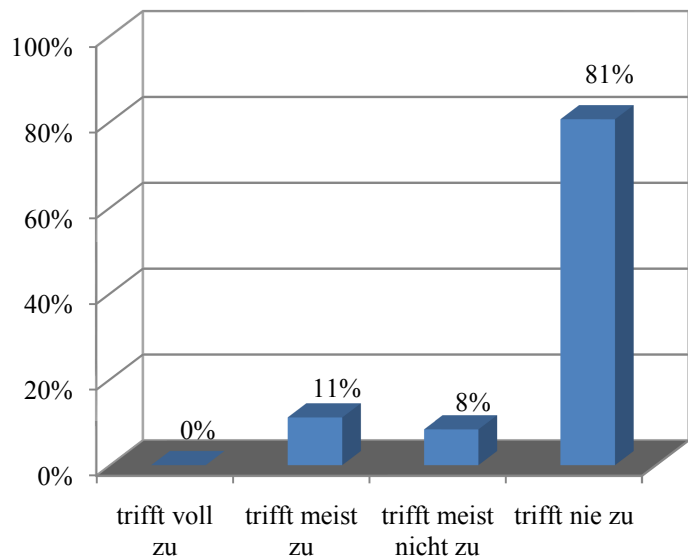
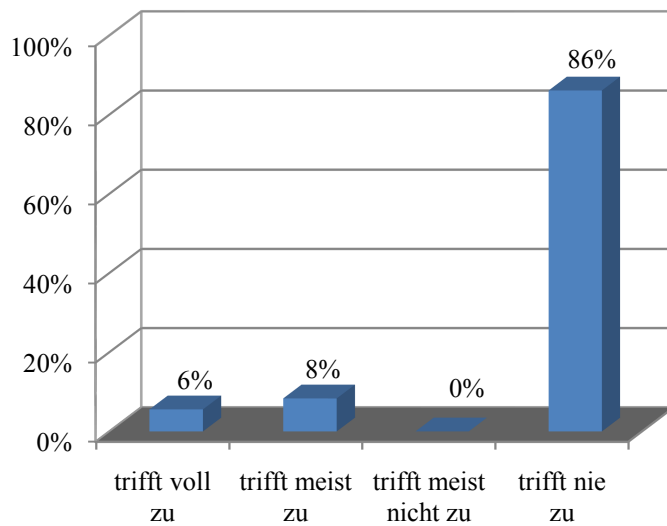


Abbildung 21: Frage 7

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



Ein Teil der Patientinnen mit 6% hat das Gefühl ihre Sorgen nicht im Visitengespräch anbringen zu können, in weiteren 8% trifft dies meist zu. Die Mehrheit mit 86% ist jedoch der Meinung ihre Sorgen sehr wohl im Gespräch ansprechen zu können.

Abbildung 22: Frage 8

9. Ich möchte gern mehr in das Visitengespräch mit einbezogen werden.

Bei dieser Frage werden wiederum alle Antwortmöglichkeiten genutzt. 53% der Befragten geben an mit dem eigenen Gesprächsanteil an der Visite zufrieden zu sein. 14% wünschen sich mehr in das Visitengespräch mit einbezogen zu werden.

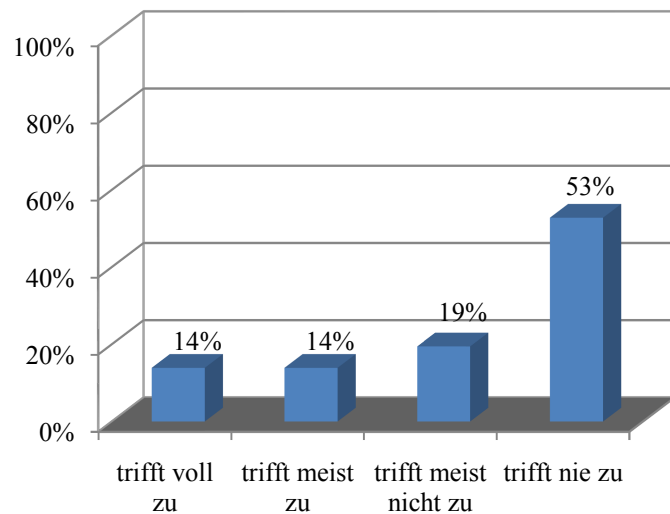
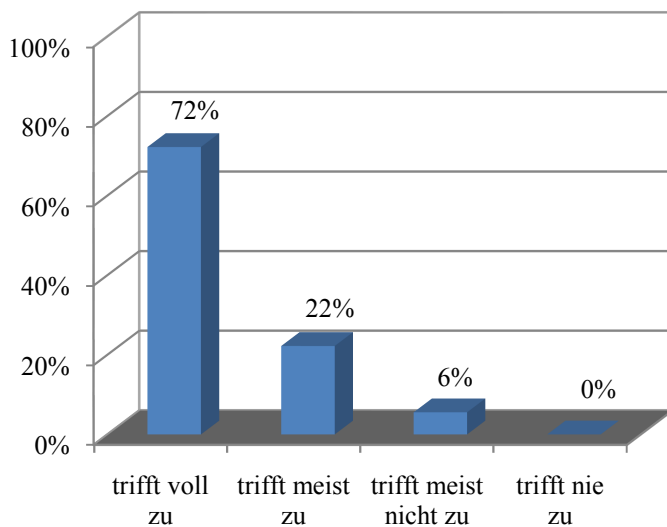


Abbildung 23: Frage 9

#### 4.3.4 Fragen zum Stellenwert der Visite und zur Zufriedenheit

10. Das Visitengespräch hat für mich einen hohen Stellenwert während meines Krankenhaus-Aufenthaltes.



Für 72% hat das Visitengespräch einen hohen Stellenwert während des Klinik-Aufenthaltes. Für nur 6% trifft dies meist nicht zu, eine vollkommene Abneigung äußerte keine der befragten Patientinnen.

Abbildung 24: Frage 10

11. Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten gestärkt.

67% der Patientinnen sind der Meinung, dass durch das Visitengespräch das Vertrauen zu den Ärzten gestärkt wird, für 25% trifft dies meist zu. Hingegen scheint für 8% das Gespräch meist keine Auswirkung auf das Vertrauen zu den Ärzten zu haben.

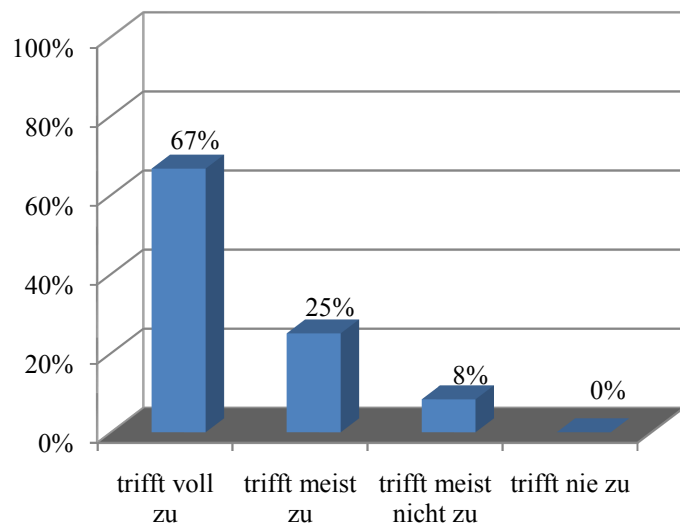
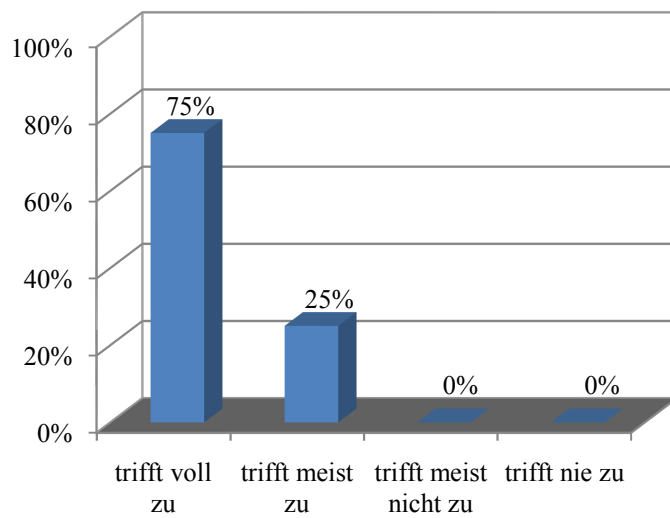


Abbildung 25: Frage 11

12. Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.



In diesem Punkt wird nach der Zufriedenheit der Patientinnen mit der Form der Visitenführung gefragt. 75% der Befragten sind vollkommen, 25% meistens damit einverstanden. Keine der Patientinnen gab an, nicht mit der Art und Weise der Visitenführung zufrieden zu sein.

Abbildung 26: Frage 12

#### 4.3.5 Ich würde mir wünschen, dass .....

Im Anschluss an die Fragen wurde den Patientinnen die Möglichkeit geboten in ihren eigenen Worten Wünsche sowie Anregungen zum Visitengespräch in die vorhandenen leeren Zeilen einzutragen. Dieses Angebot wurde von nur zwei Patientinnen angenommen, wobei beide angaben, dass „*alles so bleibt, wie es ist!*“.

## 5. Diskussion

Die Ärztliche Visite nimmt eine wichtige Stellung in der Arzt-Patienten-Beziehung ein, da sie oft die einzige regelmäßige Möglichkeit der Kommunikation zwischen beiden Parteien darstellt (vgl. Geisler, 2008). Beide, Patient und Arzt, tauschen sich bei diesem Zusammentreffen aus. Jeder versucht, die ihm benötigten Informationen von seinem Gegenüber durch verschiedene Fragestellungen zu erlangen. Allerdings ist dies nicht immer möglich, wodurch das Eine oder Andere offen bzw. ungeklärt bleibt.

Ziel dieser Arbeit ist es, spezifische Merkmale des ärztlichen Visitengespräches im Speziellen auf einer geburtshilflichen Station zu erfassen. Sämtliche Daten wurden mittels Tonbandaufnahmen und anschließenden Transkriptionen sowie anhand ausgeteilter Fragebögen erfasst. Die analysierten Ergebnisse werden im Folgenden mit der Dissertation mit dem Titel „Das Gespräch zwischen Arzt und Patient in der ophthalmologischen Visite“, welche von Ines Papsdorf 2008 an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald vorgelegt wurde, verglichen. Um die Ergebnisse der ophthalmologischen Visite mit den auf der Wochenbett-Station gewonnenen Daten gegenüberstellen zu können, ist es erforderlich im Vorfeld auf die Unterschiede dieser beiden Stationen näher einzugehen.

Die beiden Studien weichen in jener Hinsicht voneinander ab, dass die Arbeit von Papsdorf eine Gesprächsanalyse bezogen auf das gesamte Visitenkollektiv darstellt. So wurde das gesamte medizinische Personal in diese Studie mit einbezogen. Gesprächsteilnehmer an der Visite waren der Visiteführende, das Ärztekollektiv, das Pflegepersonal, die Studenten sowie die Patienten. Diese Arbeit stellt speziell das Arzt-Patienten-Gespräch dar, wobei sich die Analyse nur auf den Visiteführenden und die Patientin bezieht.

Papsdorf zeigte unter anderem die Unterschiede im Ablauf der ophthalmologischen Visite zu anderen Stationen auf. So ging das medizinische Personal nicht von einem Zimmer zum Nächsten, sondern führte die Visite in einem Untersuchungsraum durch. Die Patienten wurden daraufhin einzeln in dieses Zimmer aufgerufen. Ein Grund für diese Durchführungsweise stellen die Untersuchungs-Materialien der Ophthalmologen dar, die sie während des Arzt-Patienten-Kontaktes zur Anwendung bringen. Dadurch lässt sich erklären, dass das Visitengespräch viel enger an die Untersuchung gebunden ist, als in anderen

Fachbereichen. Des Weiteren beschreibt Papsdorf ihr Patientengut als ein gemischtes Kollektiv bestehend aus Frauen und Männern. Demnach lässt sich bereits der größte Unterschied zur geburtshilflichen Visite aufzeigen, wo die Patientengruppe ausschließlich aus Frauen besteht. Zu beachten gilt auch die Bezeichnung „Patientin“. Es handelt sich im Regelfall um gesunde Frauen, die im Rahmen einer Geburt im Grunde genommen unter keiner Erkrankung in dem Sinn leiden. Ausgenommen davon sind Frauen, die ihre Babys per Sectio entbunden haben oder sich Rahmen der Geburt einer Episiotomie unterziehen mussten. Auf der in die Studie mit einbezogenen Station fand die tägliche Visite in den jeweiligen Zimmern, genau genommen an den Betten der einzelnen Frauen statt. Neben diesen befanden sich zusätzlich noch kleine Bettchen für die Neugeborenen. Die während der Visite stattgefundenen Untersuchungen wurden direkt am Krankenbett durchgeführt. Durch Vorhalten der Decke wurde eine Art Vorhang dargestellt, was einen gewissen Schutz der Intimsphäre bot und auch weiteren Zimmerkolleginnen keine Einsicht gewähren sollte.

Ein weiterer Unterschied zeigt sich in der Altersverteilung des Patientenkollektivs. Das Durchschnittsalter auf der ophthalmologischen Station lag bei 54,08 Jahren, auf der geburtshilflichen Station ergab die Auswertung ein durchschnittliches Alter von 29,69 Jahren. Hierbei sollte jedoch das gebärfähige Alter der Frau berücksichtigt werden, welches laut Statistik Austria in der Spanne von 15 bis 45 Jahren liegt und im Jahr 2009 ein Durchschnittsalter von 30 Jahren betrug.

Im Folgenden wird nun auf die einzelnen Ergebnisse der Gesprächsanalyse eingegangen, welche weiterführend mit den Daten der Arbeit von Papsdorf verglichen werden. Dazu werden nur die aussagekräftigsten Ergebnisse herangezogen.

Der arithmetische Mittelwert der Dauer aller fünfzig Visitengespräche ergab eine Zeit von drei Minuten und fünf Sekunden. Im Vergleich dazu zeigte die Untersuchung auf der ophthalmologischen Station diesbezüglich eine Zeit von drei Minuten und achtundvierzig Sekunden. In beiden Fachbereichen beinhaltet die Visite auch eine kurze Untersuchung der Patienten, wodurch sich die eigentliche Gesprächszeit wiederum verkürzt. Auf der Geburtshilfe betrug die Untersuchungszeit durchschnittlich dreißig Sekunden und war somit eng an das eigentliche Visitengespräch gekoppelt. Da diese Erhebung dem Arzt wichtige Informationen liefert, sollte dieser wesentliche Punkt nicht vernachlässigt werden. Des Weiteren stellt die Examination einen wichtigen Bestandteil der Visite dar, liefert der

Patientin auf womöglich auftretende Fragen Antworten und gibt ihr zusätzlich Gewissheit und Sicherheit, bezüglich etwaiger Geburtsverletzungen, Nähte etc.

Zum äußeren Gesprächsrahmen wurden auch die Gesprächsstörungen gezählt, welche sich auf der Geburtshilfe aus 29% Telefongesprächen, 29% Weinen/ Schreien der Babys, 22% Wortwechselln im Hintergrund sowie aus 20% Hintergrundgeräuschen zusammensetzte. Im Gegensatz dazu zeigt die Arbeit von Papsdorf zum Einen andere Störfaktoren auf, zum Anderen auch eine deutlichere Schwankung in deren Ausprägung. Der größte Anteil an Störungen wurde demnach durch den Personenwechsel während der Visite ausgelöst, was das Verlassen und Betreten des Raumes von medizinischem Personal und auch Studenten beinhaltete.

Die Analyse der Redeanteile, welche an der Anzahl der Wörter gemessen wurde, ergab folgende Ergebnisse: in den fünfzig Visitengesprächen an der Grazer Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurden in Summe 9.718 Wörter gesprochen, davon fielen 71% auf den visiteführenden Arzt und 29% auf die Patientin. Im Vergleich dazu zeigte sich auf der Station für Ophthalmologie eine Wortanzahl von insgesamt 16.832, wovon 73% dem Visitierenden und nur 11% dem Patienten zuzuschreiben sind. Diese Differenz lässt sich dadurch erklären, dass, wie bereits erwähnt, die Arbeit von Papsdorf die Gesprächsanalyse des gesamten medizinischen Personals beinhaltete. Die exakte Wörteranzahl auf der Geburtshilfe betrug demnach 6.859 auf Seiten des visiteführenden Arztes und 2.859 auf Seiten der Patientin. Auf der Ophthalmologie zeigte die Auswertung 12.274 Wörter, welche vom Visitierenden stammten und 1.861 Wörter, welche vom Patienten gesprochen wurden.

Unter den Punkt der Aktivität der Gesprächsteilnehmer fiel neben der Wortanzahl auch die Aufteilung der Wortmeldungen in Initiativen und Responsiven. Auf der Wochenbett-Station ergab sich demnach folgendes Bild: Bezugnehmend auf die Gesamtanzahl der Initiativen beanspruchte der Visitierende 90% für sich, die Patientin demnach nur 10%. Im Gegensatz zeigte sich, dass 11% der während der Gespräche getätigten responsiven Wortmeldungen dem Arzt zuzurechnen sind und 89% der Patientin. Auf der Ophthalmologie wurde dieser Unterpunkt anhand der Gesamtwortzahl der jeweiligen Teilnehmer ausgewertet. Es zeigte sich bezogen auf den Visitierenden 81% Initiativen, welche das Gespräch dadurch dominierte, und 19% responsive Wortmeldungen. Die Ergebnisse der Patienten wurden in 34% als initiative und in 66% als reaktive Wortmeldungen ausgewertet. In beiden Analysen lässt sich

erkennen, dass der visiteführende Arzt das Gespräch mit initiativen Wortmeldungen dominierte, in welchem der Patient mit seinen Responsiven eindeutig eine untergeordnete Rolle spielte.

Fragen wurden als gesonderte Form der Initiativen gewertet und in weiterer Folge die Frageaktivität analysiert. Auf der geburtshilflichen Station wurden während den Visitengesprächen insgesamt 361 Fragen gestellt, davon 313 ausgehend vom Arzt und 48 von der Patientin. Interessant erscheint hier das Ergebnis in der Arbeit von Papsdorf, da trotz einer erhöhten Personenanzahl, im Vergleich zur oben genannten Station, nur 310 Fragen gestellt wurden, 204 von Seiten des Visiteführenden und 46 von Seiten des Patienten. Auf beiden Stationen zeigte sich ein ähnliches Antwortverhalten des Visitierenden gegenüber dem Patienten. In Graz wurden 90% der Fragen symmetrisch beantwortet, 6% hingegen nicht beachtet, in Greifswald zeigte sich im Vergleich dazu ein symmetrisches Antwortverhalten in 75% und ein Nichtbeachten in 3%.

Bezüglich der Verteilung der Fragenmodi, gestellt vom Visitierenden an den Patienten, ergibt sich in beiden Fachbereichen ebenfalls ein ähnliches Ergebnis. Beide Studien zeigen eine Mehrheit an geschlossenen Fragen, gefolgt von offenen. Nach den Suggestivfragen nahmen Katalogfragen nur eine untergeordnete Rolle ein.

Unter dem Punkt „Verständlichkeit der Gesprächsführung“ fiel unter anderem der Gebrauch von Fachausdrücken. So zeigte die Auswertung auf der Wochenbett-Station, dass der visiteführende Arzt bei den 50 analysierten Visitengesprächen insgesamt elf Fachtermini verwendete. Davon wurden sechs von ihm näher erklärt. Auf der ophthalmologischen Station wurden im Vergleich im Gespräch mit dem Patienten 41 Fachwörter abgezählt, wovon acht erläutert wurden.

Des Weiteren fielen auch die Punkte bezüglich der Satzstruktur und der vollständigen bzw. unvollständigen Sätze unter die Verständlichkeit der Gesprächsführung. In beiden Arbeiten zeigen die Ergebnisse, dass sowohl der Visitierende als auch der Patient hauptsächlich von einfachen Sätzen Gebrauch nahm. Hinsichtlich der Vollständigkeit lassen sich wieder Unterschiede aufzeigen: So zeigt die Analyse in Graz, dass der visiteführende Arzt 79% seiner Sätze vollständig formuliert von sich gab, die Patientin jedoch nur 50%. In Greifswald

ergab die Auswertung den Gebrauch von vollständigen Sätzen in 66% auf Seiten des Arztes und in 72% von Seiten des Patienten.

Die Verteilung der inhaltlich angesprochenen Themen wurde anhand der Inhaltsanalyse ausgewertet. In den Visitengesprächen auf der geburtshilflichen Station wurde schwerpunktmäßig mit 64% über medizinische und pflegende Maßnahmen gesprochen. Mit 16% folgten Gespräche über die Entlassung, in 9% ging es um die Erkrankung bzw. um die Befunde und in 7% um das aktuelle Befinden. In 4% waren die Konversation und der allgemeine Kontakt das Thema. Auf der Ophthalmologie war Hauptthema der Visite sowohl Erkrankung bzw. Befunde, als auch die medizinischen und pflegerischen Maßnahmen, beide Inhalte nahmen je 27% ein. Themen wie allgemeine Konversation und Verhaltensanweisungen beinhalteten jeweils 19% sowie 17%. Das aktuelle Befinden wurde nur in 6% der Fälle angesprochen. In beiden Fachbereichen wurden Inhalte bezüglich der sozialen/ psychischen Lage sowie sonstige Themen, wie Gespräche über andere Patienten, kaum angesprochen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragebögen miteinander verglichen, die an die Patienten nach der Visite verteilt und anschließend von diesen ausgefüllt wurden. In beiden Studien wurden dieselben Fragestellungen sowie Antwortmöglichkeiten verwendet, wodurch eine adäquate Vergleichbarkeit beider Arbeiten gegeben ist. Bezüglich der allgemeinen Fragen zum Arzt-Patienten-Gespräch lassen sich so gut wie keine Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Stationen aufzeigen. Auf der Geburtshilfe zeigt sich anhand der Ergebnisse, dass die Patientinnen die Gesprächs-Atmosphäre voll oder zumindest meist als angenehm empfanden. In der ophthalmologischen Visite jedoch antworteten immerhin 10% der Patienten die Atmosphäre als meist unangenehm zu empfinden. Ähnlich sieht es bei der Frage aus, ob sich der Arzt genügend Zeit für das Gespräch genommen hat. Auch hier antworteten die Grazer Patientinnen, dass dies voll bzw. meist zutraf. In Greifswald gaben wiederum 14% zur Antwort, dass dies meist nicht und 2%, dass dies nie zutraf. Hier tritt nun die Frage auf, warum die gegebenen Antworten in den beiden durchgeführten Studien voneinander abweichen.

Bezogen auf die letzte Frage, ob sich der Arzt genügend Zeit für das Gespräch genommen hat, zeigt die analytische Auswertung, dass das Visitengespräch auf der geburtshilflichen Station im Durchschnitt drei Minuten und fünf Sekunden dauerte. Auf der Ophthalmologie betrug die

Dauer durchschnittlich drei Minuten und achtundvierzig Sekunden. Dies lässt die Frage nach den unterschiedlich gegebenen Antworten noch nicht klären. Es lässt sich erkennen, dass ein Großteil der Patientinnen in Graz die Atmosphäre des Visitengesprächs im Allgemeinen als angenehm empfand. Im Gegensatz zu den Patienten in Greifswald, wo ein Teil der Befragten die Gesprächsatmosphäre als unangenehm auffasste. Ein weiterer Grund hierzu könnte sich auch auf die Verständlichkeit während des Visitengesprächs zurückführen lassen. Die Ergebnisse der Wochenbett-Station zeigen, dass 78% der Patientinnen der Meinung waren, dass das Gespräch in einer verständlichen Form geführt wurde. Die restlichen 22% stimmten dem meist zu. Auf der ophthalmologischen Station hingegen traf diese Frage nur für 54% voll zu, für 24% meist und für 22% meist nicht. Der Auswertung kann man entnehmen, dass auf der Geburtshilfe in 50 Visitengesprächen insgesamt nur elf Fachtermini verwendet und davon sechs der Patientin erläutert wurden. Auf der Ophthalmologie waren im Gegensatz in Summe 41 Fachausdrücke im Gebrauch, wovon lediglich acht erklärt wurden. Aufgrund dessen lassen sich die hierbei aufgetretenen Unterschiede in der Beantwortung des Fragebogens zumindest teilweise erklären.

Ein weiterer Punkt bezieht sich auf die Aussage, ob aufgetretene Fragen genau beantwortet wurden. In Graz wurde diese Frage in 81% mit „trifft voll zu“ und in 19% mit „trifft meist zu“ beantwortet. Anhand der Gesprächsanalyse konnte gezeigt werden, dass aufgetretene Fragen in 90% vom visiteführenden Arzt symmetrisch beantwortet wurden. In Greifswald zeigten die Ergebnisse des Fragebogens, dass 68% der Patienten der Auffassung waren, dass alle ihre Fragen beantwortet wurden. In 20% traf dies meist zu und in 12% meist nicht. Die Gesprächsanalyse spiegelte dieses Ergebnis mit 75% symmetrisch beantworteten Fragen wider. Im Zusammenhang damit wurde auf die Aussage, bei Möglichkeit nachzufragen, falls etwas nicht verstanden wurde, in 78% mit „trifft voll zu“, in 18% „trifft meist zu“ und in 4% „trifft meist nicht zu“ geantwortet. In Graz antworteten die Patientinnen hingegen fast geschlossen mit 94%, dass sie immer die Möglichkeit gehabt haben nachzufragen. In 6% war dies meist der Fall.

Die beiden Aussagen „Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch mit einbezogen“ und „Ich möchte gern mehr ins Visitengespräch mit einbezogen werden“ werden anhand der Auswertung der Aktivität der Gesprächsteilnehmer in den beiden untersuchten Fachbereichen gegenübergestellt. Im Bereich der Geburtshilfe waren die Patientinnen in 81% der Meinung, dass sie ausreichend in das Visitengespräch mit einbezogen wurden. Zur Beantwortung der

zweiten oben genannten Aussage, äußerten sich 28% mehr in das Gespräch mit einbezogen werden zu wollen. Die Ergebnisse der Auswertungen der Gesprächsanalyse zeigten, dass die Aufteilung der Gesprächsaktivität bei 71% auf Seiten des visiteführenden Arztes und bei 29% auf Seiten der Patientin lag. Dieses Ergebnis illustriert, dass das Visitengespräch auf der Wochenbett-Station arztzentriert geführt wird. Im Bereich der Augenheilkunde ergab die Auswertung des Fragebogens, dass 58% der Patienten ausreichend in das Gespräch mit einbezogen wurden und nur 18% den Wunsch äußerten mehr mit eingebunden zu werden. Die Redeanteile ähnelten im Fall des Arztes stark, so entfielen 73% auf den visiteführenden Arzt und 11% auf den Patienten.

Abschließend gilt es die letzte Aussage des Fragebogens zwischen den Patienten der beiden untersuchten Stationen miteinander zu vergleichen. Es ging um die Frage, ob die Patienten mit der Form der Visitenführung zufrieden waren. Im Falle der Wochenbett-Station beantworteten 75% der Patientinnen voll und ganz mit der Art und Weise der Visite zufrieden gewesen zu sein, 25% stimmten dem meist zu. Auf der Ophthalmologie zeigten sich 64% der Befragten mit der Visitenführung vollkommen zufrieden, 22% meist sowie 14% meist nicht. Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass die Patientinnen auf der Geburtshilfe mit dem Visitengespräch, aber auch mit der Visitenführung insgesamt zufriedener schienen, als die Patienten auf der Ophthalmologie. Dies lässt sich auch anhand des letzten Punktes des Fragebogens erkennen, in dem die Patienten die Möglichkeit hatten Wünsche oder Verbesserungsvorschläge anzugeben. In Graz nahmen nur zwei Patientinnen davon Gebrauch. Beide hielten fest, dass alles so bleiben solle, wie bisher. Verglichen mit der Studie von Papsdorf zeigte sich, dass die Patienten in Greifwald sehr wohl Anspruch bezüglich der eigenen Meinung nahmen. Es wurden unter anderem Wünsche geäußert weniger Fachbegriffe zu verwenden und mehr auf die Patienten bzw. auf deren Ängste einzugehen. Auch wurde nach einem größeren Raum gefragt.

## 6. Verbesserungsvorschläge

Anhand dieser multizentrischen Studie sind die Merkmale des Visitengespräches im geburtshilflichen Bereich an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Landeskrankenhaus Graz erfasst worden. Die Studienergebnisse können wie eingangs erwähnt bei Bedarf der Optimierung des kommunikativen Verhaltens im Rahmen des Visitengespräches an der oben genannten Station dienen.

Die Auswertung des Fragebogens, welcher an die Patientinnen nach der durchgeführten Visite ausgeteilt wurde, zeigte, dass rund 75% der Befragten mit der Form der Visitenführung zufrieden waren und weitere 25% die Antwort „trifft meist zu“ wählten. Dies verdeutlicht, dass die Art und Weise der Visite auf der Wochenbett-Station durchaus angemessen abgehalten wird, dennoch Raum für Verbesserungen offen lässt. Als passive Beobachterin während der Datenerhebung war es mir möglich, die Visite sowie das Arzt-Patienten-Gespräch von einem neutralen Blickwinkel zu betrachten. Die beantworteten Fragebögen der Patientinnen spiegelten meine Eindrücke durchaus wider.

Meiner Meinung nach erweist es sich als schwierig etwaige Verbesserungsvorschläge zum Visitenablauf aufzuzeigen, da der Alltag auf einer Universitätsklinik mit Stress, Zeitdruck, Hektik und Überstunden durchgeplant ist. Die Visite ist ein fixer Bestandteil im Tagesablauf des Arztes als auch des Patienten, allerdings scheint diese bereits einen festgelegten Ablauf zu haben, worin Zeit natürlich eine große Rolle spielt und es somit schwierig ist, an diesem Faktor etwas zu ändern. Was nun die geburtshilfliche Station im Speziellen betrifft, gilt es zu erwähnen, dass dies basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung keiner Änderung bedarf. Eine längere Visitendauer wäre optimal, allerdings ist dies im Klinikalltag durch die zuvor erwähnten Punkte unrealistisch. Die kurze Zeit, die dem visiteführenden Arzt zur Verfügung steht sollte sinnvoll und effektiv genutzt werden. Beide, sowohl Arzt als auch Patient, sollten zu ihren Informationen gelangen, Ängste und Wünsche sollten an- und ausgesprochen werden. Im Falle einer Untersuchung während der Visite kann das Gespräch weitergeführt und Befunde besprochen werden. All diese Punkte wurden mehrheitlich in den einzelnen analysierten Visitengesprächen erfüllt.

Die Betrachtung der Inhaltsanalyse zeigt, dass das Thema psychische/ soziale Lage in nur einem der fünfzig Gespräche angesprochen wurde. Hinsichtlich des aktuellen Befindens

verdeutlicht die Auswertung, dass bei acht Gesprächen dieses nicht angesprochen wurde. Im Hinblick auf die Gesamtanzahl der Wortmeldungen nahm dieser Bestandteil des Visitengesprächs einen verhältnismäßig geringen Anteil der Gesprächszeit ein. Die Auswertung des Fragebogens ergab, dass 14% der Patientinnen nicht die Möglichkeit hatten ihre Sorgen im Gespräch anzubringen und immerhin 28% der Meinung waren, dass sie mehr in das Visitengespräch mit einbezogen werden möchten. Hier stellt sich die Frage inwieweit sich die Frauen während der Visite hinsichtlich ihrer Gefühle öffnen können und wie viel an Emotionen sie es wagen zuzulassen. Fragen nach der psychischen Lage müssen behutsam und Fragen zum aktuellen Befinden verstärkt und detaillierter angebracht werden. Um auf die psychosomatischen Aspekte im Wochenbett zurückzukommen sollte nach Kiechle (2011) während der Visite auch auf das Geburtserleben eingegangen werden. Mit dem Vergleich einer idealen zu einer realen Geburt könnte dies ein Auftreten von depressiven Reaktionen vorbeugen.

Um den Visitenverlauf weiter zu optimieren, wäre die Besprechung sowie Durchsicht der Patienten-Kurven im Vorfeld bzw. vor Betreten des Zimmers, empfehlenswert (vgl. Schweickhardt & Fritzsche, 2009). In der Praxis begann das Arzt-Patienten-Gespräch oft mit einer längeren Pause, da der visiteführende Arzt sich zuerst die Kurve ansah, bevor er überhaupt richtig ins Gespräch mit der Patientin kam. Als außenstehende Beobachterin hatte ich das Gefühl, dass die Frauen gespannt und ungewiss in Richtung des Arztes blickten mit dem Gedanken, ob wohl alles in Ordnung sei.

Ferner wird nun der Punkt betreffend der Begrüßung und Verabschiedung behandelt, was vor und nach dem Visitengespräch oft unterzugehen schien. Die Patientinnen wurden zwar meistens bei Betreten bzw. Verlassen des Zimmers begrüßt, jedoch nicht immer. Die Ergebnisse zeigten, dass in nur neunzehn Mal eine Begrüßung initiativ vom Arzt ausging, eine initiativ Verabschiedung erfolgte in 23 der 50 analysierten Gespräche. Die Atmosphäre der Visite wäre durch eine persönliche Begrüßung und Verabschiedung bestimmt angenehmer, der Einstieg in das Gespräch wäre sofort gegeben und natürlich zeigt dies Höflichkeit der Patientin gegenüber.

Um externe Störungen während der Visitengespräche zu verringern wird empfohlen auf Telefone während dieser Zeit zu verzichten beziehungsweise diese auf lautlos zu stellen. Dies gilt für das gesamte Visitenteam, sowohl für Ärzte als auch für sämtliche Personen des

Pflegepersonals. Die Studienergebnisse zeigen, dass 29% aller Störungen auf Telefone zurückzuführen sind, sei es lediglich das Klingeln, aber auch geführte Telefongespräche.

Da nur knapp über die Hälfte der Frauen Deutsch als ihre Muttersprache angaben und 44% Türkisch, Griechisch, Italienisch, Serbisch, Rumänisch oder Kurdisch, tritt die Frage nach der Verständlichkeit und Kommunikation mit ausländischen Patientinnen auf. Zwar gibt es die Möglichkeit einen Dolmetscher zu kontaktieren und mit diesem über ein Telefon das Visitengespräch abzuhalten, jedoch wurde davon nie Gebrauch gemacht. Wie beschrieben bestünde eine Optimierungsmöglichkeit dadurch, dieses bereits bestehende Angebot auch zu nutzen.

Aus den Beobachtungen ergibt sich ein Verbesserungsvorschlag hinsichtlich des „Untersuchungsraumes“, der im Falle der Wochenbett-Station das Zimmer der Patientinnen darstellte. Einerseits sollte dies positiv angesehen werden, wenn man bedenkt, dass die Frauen vor kurzem erst entbunden haben und sicherlich froh waren einfach in „ihrem“ Bett sein zu dürfen und ihr Baby neben sich zu haben. Allerdings konnte ich während der Visite keinen Schutz der Intimsphäre wahrnehmen. Es wurde zwar während der Untersuchung die Bettdecke hochgehalten, um eine Art Sichtschutz darzustellen, jedoch war dieser nicht immer in optimaler Höhe oder Breite und man konnte trotzdem die Untersuchung als Zimmerkollegin mit verfolgen. Die Möglichkeit von verschiebbaren Trennwänden beziehungsweise -vorhängen könnten zur Lösung dieses Problems beitragen.

Die folgenden Punkte fassen die möglichen Verbesserungen auf der geburtshilflichen Station am Landeskrankenhaus Graz überblicksmäßig zusammen:

- Durchsicht der Krankenakten vor Betreten des Zimmers.
- Direkte Begrüßung sowie Verabschiedung der einzelnen Patientinnen.
- Störungen, vor allem durch Telefongespräche, vermeiden.
- Psychosomatische Aspekte während der Wochenbett-Visite berücksichtigen.
- Näheres Eingehen auf aktuelles Befinden, psychische sowie soziale Lage der Patientinnen.
- Angebot von telefonisch erreichbaren Dolmetschern nutzen.
- Optimierung des Untersuchungsraumes anhand von verschiebbaren Trennwänden zur Sicherung der Intimsphäre.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass für 72% der befragten Patientinnen die Visite einen hohen Stellenwert während des Klinikaufenthaltes hatte. 67% gaben des Weiteren an, dass durch den täglichen Kontakt das Vertrauen zu den Ärzten gestärkt wurde. Die beiden Punkte zeigen die Wichtigkeit des Visitengesprächs im klinischen Alltag. Die Auswertung ergab auch, dass die Patientinnen der geburtshilflichen Station mit der Visitenführung durchaus zufrieden waren. Die oben genannten Verbesserungsvorschläge sollen Anstöße sein, das bereits positive Ergebnis abzurunden, um die Zufriedenheit der Patientinnen in Zukunft ebenso erfüllen zu können.

## 7. Literaturverzeichnis

Bergner, T. (2009). *Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren*. Stuttgart: Schattauer GmbH. S. 123-124.

Bliesener, T. & Köhle, K. (1986). *Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH. S. 11-13.

De Gruyter, W. (2010). *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch* (262. Auflage). Berlin/New York: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG. S. 623.

Dorf Müller, M. (Hrsg.). (2001). *Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch*. Landsberg/Lech: Ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG. S. 10.

Dudenhausen, J. W. (2008). *Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen* (20. Auflage). Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG. S. 361.

Feige, A., Rempfen, A., Würfel, W., Jawny, J. & Rohde, A. (2006). *Frauenheilkunde. Fortpflanzungsmedizin, Geburtsmedizin, Onkologie, Psychosomatik* (3. Auflage). München: Elsevier GmbH. S. 921-922.

Geisler, L. (2008). *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Weg* (5. Auflage). Frankfurt am Main: pmi Verlag AG. S. 218-226.

Geist, Ch., Harder, U. & Stiefel, A. (Hrsg.). (2007). *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (4. Auflage). Stuttgart: Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG. S. 420-422.

Hamann, U. (2001). Gynäkologie und Geburtshilfe. In M. Dorf Müller (Hrsg.), *Die ärztliche Sprechstunde. Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch* (S. 117-149). Landsberg/Lech: Ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG.

Kiechle, M. (2011). *Gynäkologie und Geburtshilfe* (2. Auflage). München: Elsevier GmbH. S. 394.

Kowarowsky, G. (2005). *Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag* (1. Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 88.

Krohne, H. W. & Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik. Grundlagen und Anwendungsfehler*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 252.

Langer, M. (2011). Arzt-Patienten-Beziehung in der Geburtshilfe. In H. Schneider (Hrsg.), P. Husslein (Hrsg.) & K. T. M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (4. Auflage) (S. 1011 - 1024). Berlin: Springer-Verlag.

Lütje, W. (2007). Welche Faktoren beeinflussen die Zufriedenheit und das Erleben in der Geburtshilfe? *Die Hebamme*, 20, S. 44–51.

Maier, B. & Wenger, A. (2009). Zur Bedeutung der gynäkologischen Anamnese für die Arzt-/Ärztin-Patientin-Beziehung. *Balint*, 10, S. 48–52.

Menz, F., Lalouschek, J. & Gstettner, A. (2008). *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG. S. 6.

Polleit et al (2006). Wünsche erstgebärender Frauen an die stationäre Wochenbettbetreuung. *Die Hebamme*, 19, S. 116–124.

Schweickhardt, A. & Fritzsche, K. (2009). *Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis* (2. Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. S. 120-121.

Siegrist, J. (1978). *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus* (1. Auflage). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S.106-133.

Statistik Austria

[http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/publdetail?id=2&listid=2&etail=609](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/publdetail?id=2&listid=2&etail=609) (zuletzt aufgerufen am 15.02.2011)

Stauber, M. & Weyerstahl, T. (2007). *Duale Reihe. Gynäkologie und Geburtshilfe* (3. Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 75.

Steck, T., Hertel, E., Morgenstern, Ch. & Pachmann, H. (2008). *Kompendium der Geburtshilfe für Hebammen*. Wien: Springer-Verlag. S. 256.

Wedler, H. (1998). *Das ärztliche Gespräch. Anleitung zur Kommunikation in der psychosomatischen Grundversorgung*. Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH. S. 78.

## 8. Anhang

### **Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie**

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

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

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

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

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

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

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

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

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

Diese klinische Studie wird am LKH-Universitätsklinikum Graz während der täglich stattfindenden Visiten durchgeführt, und es werden insgesamt 100 Personen daran teilnehmen.

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

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

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

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

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

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

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

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

Die Teilnahme ist mit keinerlei Risiken verbunden.

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

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

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

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

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

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

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

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

## 8. Einwilligungserklärung

Name der Patientin/ des Patienten in Druckbuchstaben: .....

Geb. Datum: ..... Code: .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **DAS ARZT-PATIENTEN-GESPRÄCH**

### **- FRAGEBOGEN -**

#### **Worum bitten wir Sie?**

Mit folgendem Fragebogen möchten wir Ihre Eindrücke zum Visitengespräch erfassen.

#### **Was geschieht mit Ihren Angaben?**

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

#### **Wie ist der Fragebogen auszufüllen?**

Es gibt weder richtige noch falsche Antworten, noch ist ein besonderes Wissen zum Ausfüllen des Fragebogens notwendig.

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffende Antwortmöglichkeit in den dafür vorgesehenen Kästchen  an bzw. tragen Sie Ihre Antwort in die dafür vorgesehenen Felder ein.

**Allgemeine Angaben:**

1) Wie alt sind Sie?

\_\_\_\_\_ Jahre

2) Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

Ja       Nein      meine Muttersprache ist \_\_\_\_\_

3) Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

ledig       verheiratet       geschieden/getrennt lebend       verwitwet

4) Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie erreicht?

keinen/ ich gehe auch nicht mehr zur Schule

Volks- Hauptschule/ Polytechnische Schule

Matura

anderer Schulabschluss und zwar \_\_\_\_\_

keinen der genannten, da ich noch zur Schule gehe

5) Welche berufliche Ausbildung haben Sie absolviert?  
(bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Angaben an)

noch in beruflicher Ausbildung, Schülerin, Studentin

kein Abschluss

Facharbeiterin

Meisterin/ Technikerin

Berufsfachschule/ Handelsschule

Fachschule/ Fachhochschule

Hochschule/ Universität

6) Sie sind derzeit:

- erwerbstätig     arbeitslos     Pensionistin     sonstiges und zwar \_\_\_\_\_

7) Wenn Sie in einer festen Partnerschaft leben, ist Ihr Partner derzeit:

- erwerbstätig     arbeitslos     Pensionist     sonstiges und zwar \_\_\_\_\_

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

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

1) Die Atmosphäre des Visitengesprächs ist angenehm.

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

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

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

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

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

**Fragen zur Verständlichkeit:**

4) Das Visitengespräch wird in einer verständlichen Form geführt.

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

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

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

6) Meine aufgetretenen Fragen werden genau beantwortet.

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

**Fragen zur eigenen Gesprächsposition:**

7) Ich werde nicht ausreichend in das Gespräch einbezogen.

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

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

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

9) Ich möchte gerne mehr in das Visitengespräch miteinbezogen werden.

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

**Fragen zur Bedeutung/ Zufriedenheit:**

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

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

11) Durch das Visitengespräch wird mein Vertrauen zu den Ärzten verstärkt.

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

12) Ich bin mit der Form der Visitenführung zufrieden.

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

**Anmerkungen:**

*Ich*                      *würde*                      *mir*                      *wünschen,*                      *dass*

---

---

---

---

---

---

---