

Diplomarbeit

**Beobachtung von Kommunikationsmustern und
Kommunikationstechniken innerhalb des Visitengesprächs
an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie.
Voruntersuchung zur Adaptierung eines patientenorientierten
Kommunikationstrainings.**

eingereicht von

Tadzio Raoul Roche

zur Erlangung des akademischen Grades

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

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

unter der Anleitung von

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

Graz, den 6.7.2015

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, den 6.7.2015

Tadzio Raoul Roche, eh.

Zusammenfassung

Einleitung: Die chirurgische Visite ist die wichtigste Schnittstelle zwischen Patientin/Patient und Behandlungsteam. Es erfolgt die Zusammenführung, der Austausch und die Erläuterung von versorgungsrelevanten Informationen. Eine Besonderheit der chirurgischen Visite ist die integrierte Wundkontrolle und der Verbandswechsel.

Unsere Studie zielt darauf ab, Kommunikationsmuster innerhalb des Visitengesprächs darzustellen und verwendete Kommunikationstechniken aufzuzeigen. Die geplante Interventionsstudie mit einem patientenorientierten Kommunikationstraining konnte wegen eines abrupten Führungswechsels am Klinikum für Unfallchirurgie LKH Graz nicht durchgeführt werden.

Material und Methoden: Es wurden von Wolf Langewitz erstellte Beobachtungsprotokolle und Fragebögen verwendet. Untersuchungsort war die Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz. Nach Einholung des Einverständnisses wurden die Fragebögen dem Personal und den stationären Patienten vorgelegt. Die Beobachtungen der Visitengespräche wurden nach einer zweiwöchigen Übungsphase von einer Diplomandin und einem Diplomanden in den Monaten März bis Mai 2014 auf der Bettenstation der Unfallchirurgie durchgeführt.

Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Auswertung des Beobachtungsprotokolls. Für die Auswertung der Fragebögen und die Zusammenfassung unserer Untersuchung verweise ich auf die Arbeit „Einschätzung der Qualität und des Ablaufes der Visitengespräche an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie aus ärztlicher- und Pflegeperspektive: Möglichkeiten zur Optimierung!“ von Nina Berghofer.

Ergebnisse: Es konnten 149 Visitengespräche von 11 unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten beobachtet werden. Die Untersuchung zeigt, dass Interaktion im Visitengespräch fast nur zwischen visitierender Ärztin/visitierendem Arzt und Patientin/Patient stattfindet. Interdisziplinärer Austausch wurde kaum beobachtet. Inhaltlich beschränkt sich die Visite auf medizinisch therapeutische Inhalte. Psychosoziale Informationen und Emotionen finden kaum Platz. Information wird selten geordnet und strukturiert vermittelt und patientenorientierte Gesprächstechniken werden selten angewandt.

Diskussion: Die Ergebnisse unserer Untersuchung suggerieren, dass eine Intervention in Form des beschriebenen Kommunikationstrainings sinnvoll wäre um Kommunikation im Visitengespräch zu verbessern. Das Beobachtungsprotokoll hat sich als geeignetes Tool zur Untersuchung von Kommunikationsmustern und Gesprächstechniken erwiesen. Es kann davon ausgegangen werden, dass mit dem Beobachtungsprotokoll auch die Effekte

eines Kommunikationstrainings in Form eines Prä- Post -Vergleiches gezeigt werden könnten. Unsere Studie dient als Voruntersuchung für eine in dieser Arbeit beschriebenen Interventionsstudie mit den verwendeten Fragebögen und Beobachtungsprotokollen.

Abstract

Background: The surgical ward round represents an important part of communication between the clinical team and the patient. During ward rounds, information concerning the patient is collected, exchanged and explained. Special features in surgical ward rounds are checking wounds and dressing changes.

Our study aims to explore communication patterns and used communication skills in ward rounds.

Methods: Questionnaires and observation protocols designed by Wolf Langewitz were used. The study was implemented at the Department of Trauma Surgery, Medical University Graz. Consent was taken and the questionnaires were filled out by the clinical team and the patient cohort. The survey of the ward round was performed after two weeks of training for the two observers. Data was generated from March until May 2014.

This paper will analyse the observation protocol. For the analyses of the questionnaires and a conclusion of both tools see the work of Nina Berghofer: "Einschätzung der Qualität und des Ablaufes der Visitengespräche an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie aus Ärztlicher- und Pflegeperspektive: Möglichkeiten zur Optimierung!"

Results: 149 conversations of 11 different surgeons were observed during ward rounds. The survey shows that interdisciplinary exchange of information is rare. Communication is mainly happening between surgeon and patient discussing medical and therapeutic subjects more often than psycho-social or emotional issues. Information was mainly given unstructured and patient-centered communication skills were rarely observed.

Conclusion: Our results suggest that an intervention like the planned communication training would be useful to improve communication during ward rounds.

The observation protocol is a helpful tool to analyse communication patterns and communication skills used in ward rounds. We expect that the observation protocol could show an effect of the planned communication training in a pre- post setting.

Our study is a preliminary investigation for the intervention study mentioned in this paper.

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG.....	II
ABSTRACT.....	IV
INHALTSVERZEICHNIS.....	V
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN	VIII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IX
TABELLENVERZEICHNIS	X
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 ALLGEMEINER ÜBERBLICK.....	1
1.2 GRUNDLAGEN DER KOMMUNIKATION.....	1
1.2.1 DEFINITIONSVERSUCH UND MODELLE.....	1
1.2.2 FORMEN DER KOMMUNIKATION	4
1.3 ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION	4
1.3.1 KOMMUNIKATIONSZIELE IM ARZT-PATIENTEN-GESPRÄCH	4
1.3.2 FAKTOREN DIE ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION POSITIV BEEINFLUSSEN KÖNNEN	6
1.3.3 FAKTOREN DIE ARZT-PATIENTEN-KOMMUNIKATION NEGATIV BEEINFLUSSEN KÖNNEN.....	7
1.3.4 GESPRÄCHSTECHNIKEN IM ARZT-PATIENTEN-GESPRÄCH	8
1.4 DIE VISITE.....	12
1.4.1 AUFBAU UND ABLAUF DER VISITE.....	12
1.4.2 ERWARTUNGEN VON DER ÄRZTIN/DEM ARZTE, DER PFLEGE UND DER PATIENTIN/DEM PATIENTEN AN DIE VISITE	13
1.4.3 FEHLERQUELLE UND STÖRFAKTOREN DER VISITE	14
1.5 UNTERSUCHUNG DER VISITE	15
2 MATERIAL UND METHODEN.....	16
2.1 STUDIENDESIGN	16
2.1.1 GEPLANTES STUDIENDESIGN.....	16
2.1.2 ARBEITSHYPOTHESE	16
2.1.3 ZIELVARIABLEN.....	16
2.1.4 DAS KOMMUNIKATIONSTRAINING.....	16
2.1.5 DURCHGEFÜHRTE STUDIE.....	17
2.2 UNTERSUCHUNGSFELD	18

2.2.1	DER UNTERSUCHUNGSORT	18
2.2.2	DER VISITENABLAUF.....	18
2.3	DIE BETEILIGTEN PERSONEN	19
2.3.1	DAS VISITENTEAM.....	19
2.3.2	DIE PATIENTENGRUPPE	20
2.4	DIE UNTERSUCHUNGSMETHODE	21
2.4.1	DIE STUDENTISCHEN BEOBACHTER	21
2.4.2	DER FRAGEBOGEN	21
2.4.3	DAS BEOBACHTUNGSPROTOKOLL.....	21
2.4.4	DURCHFÜHRUNG DER BEOBACHTUNG	28
2.4.5	STATISTISCHE AUSWERTUNG	29
2.4.6	DIE ZEITLICHE ABFOLGE	29
3	<u>ERGEBNISSE – RESULTATE.....</u>	30
3.1	ANGABEN ZU DEM PATIENTENKOLLEKTIV	30
3.1.1	DIE ALTERSGRUPPENVERTEILUNG.....	30
3.1.2	DIE GESCHLECHTERVERTEILUNG	31
3.1.3	DIE BEHANDLUNGSMODALITÄTEN UND DAS SPRACHVERSTÄNDNIS.....	32
3.2	DIE ANALYSE DES BEOBACHTUNGSPROTOKOLLS	33
3.2.1	BEOBACHTUNG DER GESPRÄCHSIMPULSE.....	33
3.2.2	BEOBACHTETE EMOTIONEN	38
3.2.3	DIE GESPRÄCHSSTRUKTUR	39
3.2.4	DIE GESPRÄCHSTECHNIK	40
3.2.5	DIE INFORMATIONENÜBERMITTLUNG	41
3.2.6	DIE GESPRÄCHSATMOSPHERE.....	41
4	<u>DISKUSSION.....</u>	43
4.1	WAS MUSS KOMMUNIKATIONSTRAINING LEISTEN.....	43
4.2	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER STUDIE	48
4.2.1	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DES BEOBACHTUNGSPROTOKOLLS.....	49
4.3	ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSION	52
5	<u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u>	53
6	<u>ANHANG.....</u>	57
6.1	INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN.....	57
6.2	BEOBACHTUNGSPROTOKOLL CHIRURGISCHE VISITE.....	60

6.3	FRAGEBÖGEN	63
------------	-------------------------	-----------

Glossar und Abkürzungen

CA = Chefärztin/Chefarzt

LA = Leitende Ärztin/Leitender Arzt

OA = Oberärztin/Oberarzt, Fachärztin/Facharzt

AA = Assistenzärztin/Assistenzarzt

PFL = Pflegepersonal

PAT = Patientin/Patient

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Die vier Seiten einer Nachricht - ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation; Schulz von Thun; Miteinander reden 2010 . 2	
Abbildung 2 Der "vierrohrige Empfänger"; Schulz von Thun; Miteinander reden 2010..... 3	
Abbildung 3 Studiendesigne der Geplanten Interventionsstudie	16
Abbildung 4 Beobachtungsprotokoll "Bisheriger Verlauf"	24
Abbildung 5 Beobachtungsprotokoll "Nächster Schritt"	24
Abbildung 6 Beobachtungsprotokoll "Austritt"	25
Abbildung 7 Beobachtungsprotokoll "Psychosoziale Information"	25
Abbildung 8 Beobachtungsprotokoll "Emotionen"	26
Abbildung 9 Beobachtungsprotokoll "Struktur"	26
Abbildung 10 Beobachtungsprotokoll "WWSZ"	27
Abbildung 11 Beobachtungsprotokoll "Info übermitteln"	27
Abbildung 12 Beobachtungsprotokoll "Schaffen einer freundlichen Gesprächsatmosphäre"	27
Abbildung 13 Altersgruppenverteilung	31
Abbildung 14 Geschlechterverteilung	32
Abbildung 15 Behandlungsmodalitäten	32
Abbildung 16 Gesprächsimpulse an alle Visitenteilnehmer.....	34
Abbildung 17 Gesprächsimpulse zwischen visitierendem Arzt und Patient.....	36
Abbildung 18 Beobachtete Emotionen.....	38
Abbildung 19 Gesprächsstruktur	39
Abbildung 20 Gesprächstechnik.....	40
Abbildung 21 Informationsübermittlung.....	41
Abbildung 22 Gesprächsatmosphäre	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 NURSE-Modell	11
Tabelle 2 Gesprächsimpulse an alle Visitenteilnehmer	33
Tabelle 3 Gesprächsimpulse aller Visitenteilnehmer Fragen und Aussagen	35
Tabelle 4 Gesprächsimpulse zwischen visitierendem Arzt und Patient	35
Tabelle 5 Beobachtete Emotionen	38

1 Einleitung

1.1 Allgemeiner Überblick

1.2 Grundlagen der Kommunikation

Da wir ständig mit unserer Umgebung kommunizieren, nehmen wir an, dass man die Grundlagen der Kommunikation verstanden hat. Die alltägliche Erfahrung ermöglicht uns in der Kommunikation Informationen und Gefühle zu übermitteln. Missverständnisse zeigen die Diskrepanz zwischen alltäglicher Erfahrung und Wissen um Kommunikation auf.

1.2.1 Definitionsversuch und Modelle

Der Term Kommunikation wird im Duden als „Verständigung untereinander“ und als „zwischenmenschlicher Verkehr besonders mit Hilfe von Sprache und Zeichen“ definiert (Lichtenstern and Bauer 2012).

Der österreichische Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick erkennt, dass Kommunikation nicht unbedingt Sprache und Zeichen bedarf, sondern schon alleine durch Schweigen oder Nichtbeachten entsteht (Watzlawick, Bavelas et al. 2007).

Watzlawicks Definition zu Kommunikation stellt die menschliche Beziehung in den Mittelpunkt und verdeutlicht so, dass Kommunikation mehr ist als nur Informationsvermittlung (Watzlawick, Bavelas et al. 2007).

Dorfmüller nähert sich dem Begriff Kommunikation wie folgt:

„Kommunikation kann sich auf Sach- (Inhalts-) und Beziehungs- (Emotions-), auf verbaler und nichtverbaler Ebene mit Sender und Empfänger abspielen, inkludiert Interaktion. Bei allen Begegnungen kommt es zu Wechselwirkungen. Kommunikation findet auf jeden Fall statt, auch wenn das Gegenüber schweigt oder sich abwendet.“ (Dorfmüller 2001)

In diesem Definitionsversuch werden unter anderem Aspekte angesprochen, die in den Abhandlungen von Watzlawick und Schulz von Thun thematisiert worden sind.

Watzlawick fasst seine Modelvorstellung von Kommunikation in fünf Axiome zusammen (Watzlawick, Bavelas et al. 2007):

1. Man kann nicht nicht kommunizieren.
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.
3. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung.
4. Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten
5. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär.

Die Ansicht, dass Kommunikation immer und unter jeden Umständen stattfindet, teilt Watzlawick mit Dorf Müller. Mit seiner These des „nicht nicht Kommunizierens“ weist er darauf hin, dass es dem Mensch unmöglich ist, nicht miteinander zu kommunizieren und zu interagieren. Nichtbeachten und Schweigen sei auch eine Form der Kommunikation und teilt dem Gegenüber etwas mit (Watzlawick, Bavelas et al. 2007).

Für die Arzt-Patienten-Kommunikation erscheint das 5. Axiom von besonderer Bedeutung. Watzlawick weist darauf hin, dass Kommunikation nicht immer symmetrisch, also auf gleicher Augenhöhe, stattfindet sondern wie so häufig im Arzt-Patienten-Gespräch komplementär. Der Patientin/dem Patienten kommt meistens die untergeordnete Rolle zu. Die Ärztin/der Arzt hingegen besetzt meistens die dominante Rolle.

Die Aspekte einer Nachricht, welche die kleinste Einheit der Kommunikation bildet, werden von Schulz von Thun in seinem 4 Ebenen-Modell (Abb. 1) beschrieben.

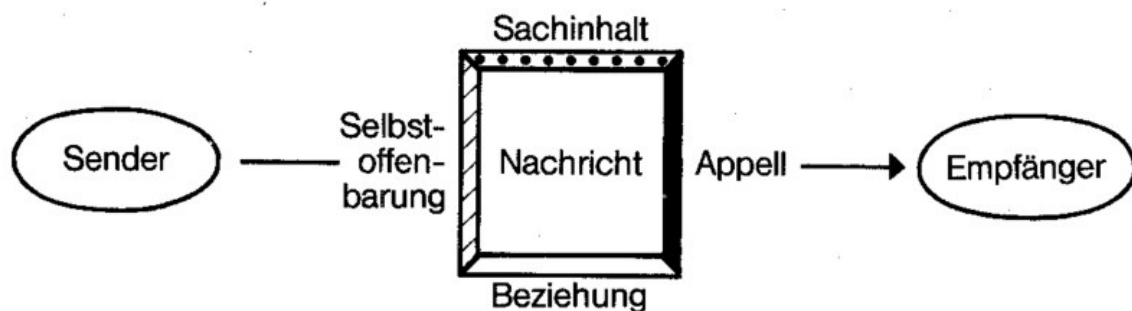


Abbildung 1 Die vier Seiten einer Nachricht - ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation; Schulz von Thun; Miteinander reden 2010

Der Sender schickt die Nachricht, die eine Sachebene und eine Beziehungsebene, wie sie auch Dorf Müller anspricht, beinhaltet. Schulz von Thun beschreibt mit der Selbstoffenbarungsebene und der Appellebene noch zwei weitere Aspekte der Nachricht (Schulz von Thun 2010).

- Die Sachebene ist leicht verständlich. Hierbei handelt es sich um die klare und verständliche Vermittlung von Information.
- Die Beziehungsebene drückt aus, was ich von meinem Kommunikationspartner halte. Je nachdem, wie ich ihn adressiere, kann er sich z.B. akzeptiert, herabgewürdigt oder bevormundet fühlen.
- Die Selbstoffenbarungsebene geht von der Annahme aus, dass bei jeder Nachricht die gesendet wird auch eine „Kostprobe der eigenen Persönlichkeit“ mit dabei ist und dem Gegenüber präsentiert wird.
- Mit der Appellebene ist gemeint, dass eine Nachricht auch etwas erzielen soll. Hinter der Appellebene steht sozusagen die Intention des Senders.

Diese vier Ebenen einer Nachricht werden vom Empfänger mit unterschiedlicher Gewichtung wahrgenommen (Abb. 2). Das ausgewogene Hören auf die vier Ebenen der Nachricht gehört zur kommunikationspsychologischen Grundausrüstung des Empfängers und vermeidet Störungen. Das gleiche gilt für den Sender der Nachricht, der sich der vier Aspekte seiner Nachricht bewusst sein sollte.

Kommunikation wird zu Interaktion sobald das Kommunizierte interpretiert und ein Feedback gegeben wird. Schulz von Thun spricht im Zusammenhang mit Interaktion vom „gemeinsamen Spiel von Sender und Empfänger“ (Schulz von Thun 2010).

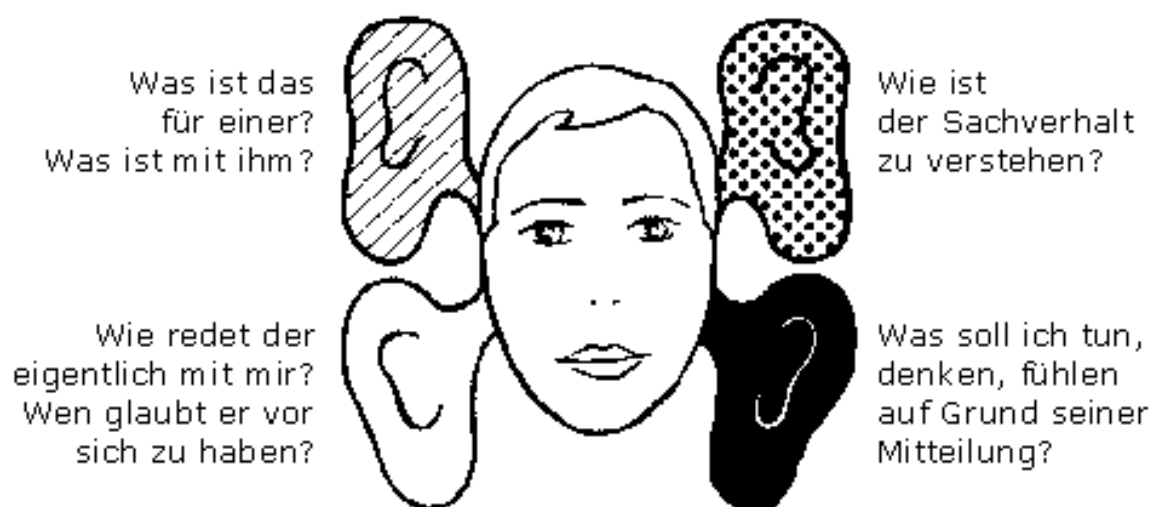


Abbildung 2 Der "vierohrige Empfänger"; Schulz von Thun; Miteinander reden 2010

1.2.2 Formen der Kommunikation

Es gibt drei verschiedene Formen von Kommunikation nach (Langewitz 2013):

- Face-to-Face-Kommunikation als sprachliche und nichtsprachliche Kommunikation zwischen Anwesenden, die vielfältige Interpretation und unmittelbare Rückmeldung ermöglicht.
- Schriftlich und medial vermittelte Kommunikation zwischen Nichtanwesenden, die Zeit- und Raumgrenzen überwindet (Briefe, Telefon, E-Mails, Facebook usw.). Dabei kann es eine Antwortmöglichkeit geben, das breite non-verbale Spektrum einer Information fällt aber mehrheitlich weg.
- Massenmediale und öffentliche Kommunikation über Radio und Fernsehen, die in der Regel keine Antwort ermöglicht und an ein anonymes Publikum gerichtet ist.

1.3 Arzt-Patienten-Kommunikation

Das Arzt-Patienten-Gespräch ist eine typische Face-to-Face-Kommunikation, wie auch das Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Pflege oder das Gespräch zweier Ärztinnen/Ärzte. Eine Sonderform ist die Telemedizin bei der z.B. mittels Videotelefonie Arzt-Patienten-Gespräche geführt werden können und so auch Aspekte medial vermittelter Kommunikation besitzt.

Die Face-to-Face-Kommunikation unterliegt folgenden Bedingungen und Einflussfaktoren nach (Langewitz 2013):

- Personale Bedingungen wie Temperament, Interesse, Motivation, Kompetenz in Kommunikationssituationen, physische Kommunikationsfähigkeit, Ängste und Einstellungen, Befindlichkeit usw.
- Situationsmerkmale wie die Qualität der Beziehung, die gemeinsame Basis zwischen den Gesprächspartnern, der Kommunikationsanlass an sich bzw. das Ziel des Gesprächs, aber auch räumliche Verhältnisse, Anwesenheit Dritter.
- Kontextbedingungen wie die Anregung und Unterstützung durch das Umfeld oder Werte und Normen der Gesellschaft.

1.3.1 Kommunikationsziele im Arzt-Patienten-Gespräch

Diverse Wissenschaftler haben sich mit der Definition von Zielen einer gelungenen Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigt. Bird und Cohen-Cole haben in den

Neunzigerjahren ein Modell aufgestellt, um die Ziele einer Arzt-Patienten-Kommunikation zu beschreiben.

Das Modell umfasst drei Ziele (Bird and Cohen-Cole 1990):

1. Daten gewinnen;
2. Patienten informieren;
3. auf die Gefühle von Patienten eingehen.

Diese Ziele können durch Beobachtung und eine strukturierte Informationsweitergabe erzielt werden. In diesem Modell steht die von Schulz von Thun angesprochene Sachebene im Vordergrund. Daten kann die Ärztin/der Arzt in Form einer strukturierten Anamnese gewinnen und auch die Stimmungslage der Patientin/des Patienten lässt sich durch geschultes Beobachten oft bestimmen.

Das Modell von Lazare begibt sich auf ein anderes Niveau-. Hier steht die Beziehung zwischen der Ärztin/ dem Arzt und der Patientin/dem Patient im Vordergrund (Lazare A 1995).

1. eine Beziehung entwickeln, beibehalten und abschließen
2. die Art des Problems identifizieren und im Verlauf überwachen
3. Vermitteln von Informationen an den Patienten sowie Behandlungspläne implementieren

Bei genauer Analyse erweist sich das banal wirkende Ziel der Patienteninformation als komplexe Aufgabe. Es kommt in der Praxis immer wieder vor, dass Patienten von der Ärztin/dem Arzt über Diagnostik oder Therapie informiert und aufgeklärt werden, sich aber in der Folge daran nicht erinnern können oder das Aufklärungsgespräch nicht als solches empfunden haben. Also ist es nicht nur wichtig Information anzubieten, sondern auch zu überprüfen, inwieweit diese verstanden worden ist (Uexküll and Adler 2012). Aus der Luftfahrt sind sogenannte Loop - oder Schleifen - Konversationen bekannt. Auf eine Information kommt immer eine Antwort, die klarstellt, dass die Information verstanden worden ist. Das Abfragen und Überprüfen der gegebenen Information im Arzt-Patienten-Gespräch wäre somit ein weiteres Ziel der gelungenen Kommunikation.

Die Studie von Kinmonth, Woodcock et al. zeigt, dass allgemeine Ziele für die Arzt-Patienten-Kommunikation schwer festzulegen sind.

In der Interventionsstudie wurden Praxisassistentinnen/Praxisassistenten und Ärztinnen/Ärzte in patientenzentrierter Kommunikation geschult und mit einem Kollektiv, das keine Schulung hatte, verglichen. Wenn man als Ziel der ärztlichen Konsultation die Kommunikation mit der Ärztin/dem Arzt, die Therapiezufriedenheit und das Wohlbefinden heranzieht, schneidet die Interventionsgruppe deutlich besser ab. Die Interventionsgruppe schnitt allerdings deutlich schlechter bei der Qualität der Diabetes-Einstellung ihrer Patienten ab.

Obwohl die Patienten mit einer patientenzentrierten Kommunikation zufriedener mit Ärztin/Arzt und Therapie waren und subjektiv ein höheres Wohlbefinden hatten, ist die Frage zu stellen, ob diese Zielsetzung, bei dem erhöhten Risiko durch die schlechtere Einstellung der Risikofaktoren, gerechtfertigt ist.

Diese Studie verdeutlicht, wie schwierig es ist, allgemein gültige Ziele für Arzt-Patienten-Kommunikation zu definieren (Kinmonth, Woodcock et al. 1998).

1.3.2 Faktoren die Arzt-Patienten-Kommunikation positiv beeinflussen können

Nachdem versucht wurde, Kommunikation und deren Ziele zu definieren und die Nachricht in ihre Bestandteile zerlegt worden ist, stellt sich die Frage, was eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation ausmacht und welche Faktoren diese behindern können.

Eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation kann durch folgende Punkte gekennzeichnet sein (Dorf Müller 2001).

- Gespräch in ruhiger, ansprechender und vertrauter Umgebung
- Zeitliche Limitierung mit Patienten besprechen
- Verständliche Sprache und entsprechende Wortwahl
- Aktives und konzentriertes Zuhören
- Kompetente, konstante und einfühlsame Informationsvermittlung
- Partnerschaftliche Beziehung mit Vertrauen, Offenheit und Anerkennung fachlicher, sozialer und emotionaler Kompetenzen
- Empathie und Akzeptanz
- Wahrnehmen nonverbaler Signale
- Chance des Äußerns von Gefühlen, Befürchtungen und Zweifeln
- Toleranz gegenüber Widerständen, Abwehr und Einwänden
- Überzeugung statt Überredungsversuche
- Berücksichtigung der individuellen Biographie und aktuellen Situation

1.3.3 Faktoren die Arzt-Patienten-Kommunikation negativ beeinflussen können

Fallstricke die eine gelungen Kommunikation zwischen Arzt und Patient behindert können sind vielfältig. Dorf Müller definiert folgende Aspekte, die der Arzt vermeiden sollte (Dorf Müller 2001).

- Missverständnisse nicht wahrhaben, darauf nicht reagieren
- Widerstände und Abwehr im Gespräch und im Beziehungsaufbau nicht wahrnehmen
- Angstblockaden mit reduzierter Aufnahmefähigkeit übersehen
- Einwände, Zweifel, Konflikte nicht ansprechen, hinter denen sich relativ häufig Informationsbedürfnisse verbergen.
- Kritik und Vorwürfen mit Affekten begegnen
- Lösungen nicht ausreichend auf Sachebene suchen.

Scholz definiert welche externen Aspekte sich negativ auf die Arzt-Patienten-Kommunikation auswirken (Scholz and Barolin 1999).

- Extremer Zeitdruck/Stress
- Lange dauernde hohe Konzentrationsanforderungen
- Häufig schneller Entscheidungszwang
- Unregelmäßiger Arbeitsanfall
- Ständiger Umgang mit schwerkranken Patienten
- Erschwerte Versorgung der Patienten durch Personalmangel
- Belastung durch unqualifiziertes Pflegepersonal
- Hohe körperliche Belastung

Die positiven und negativen Faktoren, die auf die Arzt-Patienten-Kommunikation wirken, sind größtenteils Expertenmeinungen. Es fehlen standardisierte Studien. Das Messen, Bewerten und das Aufstellen von Richtlinien wie es in der Medizin üblich ist, erscheint schwierig. Treffend formuliert Dorf Müller:

„Patentrezepte für eine einfühlsame, klare und effiziente Gesprächsführung, einen bestimmten Kommunikationsstil, die gerade von Psychologen erwartet werden, sind eine

Utopie und gehen an der komplexen Realität menschlichen Lebens und an Tagesschwankungen mehr oder minder vorbei.“ (Dorfmüller 2001)

1.3.4 Gesprächstechniken im Arzt-Patienten-Gespräch

„Im Rahmen einer bio-psycho-sozialen Medizin sollten im Gespräch zwischen einer Fachperson und Patienten Elemente aus unterschiedlichen Systemen berücksichtigt werden. Biologische Gegebenheiten, psychische Faktoren und soziale Bedingungen tragen zu subjektivem Leiden und subjektivem Wohlbefinden bei.“ (Langewitz 2013)

Der Psychosomatiker Langewitz spricht hier, neben dem hinlänglich bekannten bio-psycho-sozialen Modell, die Tatsache an, dass ein Arzt-Patienten-Gespräch zwischen Fachpersonal und „Laien“ stattfindet. Daraus resultieren die patientenorientierte und arztzentrierte Gesprächsführung. Bei der patientenzentrierten Gesprächsführung liegt das Rederecht hauptsächlich bei der Patientin/dem Patienten, bei der arztzentrierten Gesprächsführung hauptsächlich bei der Ärztin/dem Arzt. Für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation sollte man sich diese zwei Möglichkeiten der Gesprächsführung bewusst machen. Idealerweise hat ein Gespräch beide Aspekte. Durch den patientenzentrierten Anteil sollte es ermöglicht werden, eine ärztliche Hypothese zu generieren und diese im arztzentrierten Teil zu verifizieren (Uexküll and Adler 2012, Langewitz 2013).

Um Missverständnisse und falsche Erwartungen zu vermeiden, sollte am Beginn des Gesprächs der Zeitplan und die Agenda festgelegt werden. Die Agenda ist je nach Situation unterschiedlich und wie ein „Fahrplan“ für das Gespräch zu sehen. Bei einer Erstkonsultation kann wahrscheinlich nicht viel mehr als eine grobe Gliederung des Ablaufs gegeben werden. Bei weiteren Konsultationen kann der Patientin/dem Patienten gegebenenfalls bereits eine fixe Agenda mit den zu erreichenden Zielen präsentiert werden (Langewitz 2013).

Wichtig ist, sich zu verdeutlichen, dass Wahrnehmung subjektiv ist. Von Person zu Person werden Situationen durchaus sehr unterschiedlich wahrgenommen. Menschen bringen Wünsche, Vorstellungen über gesellschaftliche Werte und gemachte Erfahrung mit in jede Interaktion ein. So wird selektiv, wie durch einen ganz persönlichen Filter, die Interaktion wahrgenommen und eine eigene Wirklichkeit konstruiert. Im Arzt-Patienten-Gespräch ist es nun erforderlich, soweit es geht, eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren (Langewitz 2013).

Einige Kommunikationstechniken werden nun im Detail erläutert.

1.3.4.1 WWSZ

Das Akronym WWSZ steht für Warten, Wiederholen, Spiegeln und Zusammenfassen. Diese vier Techniken tragen zur patientenzentrierten Gesprächsführung bei.

Das Warten der Ärztin/des Arztes stellt eine nonverbale Aufforderung für die Patientin/den Patienten dar, um in seiner Geschichte fortzufahren. So wird es der Patientin/dem Patienten ermöglicht seine eigene Sicht der Dinge zu schildern. Beim Warten ist darauf zu achten, dass der Zuhörer dem Redner seine Aufmerksamkeit z.B. durch Augenkontakt oder Kopfnicken signalisiert. Es können auch verbale Äußerungen wie „mmh, mmh“ dem Gegenüber zeigen, dass man konzentriert der Ausführung zuhört. Außerdem kann eine Pause als rhetorisches Mittel eingesetzt werden, um Aussagen besonderes Gewicht zu verleihen.

Die Technik des Wiederholens kann einen stockenden Redefluss wiederbeleben und die Patientin/den Patienten ermutigen, in seinen Ausführungen weiter zu machen.

Beim Spiegeln werden Themen aufgegriffen, die die Patientin/der Patient direkt oder indirekt angesprochen hat. Es kann sowohl der Inhalt des Gesprächs gespiegelt werden als auch die Emotionen, die zur Sprache kommen. Auch das Spiegeln hat öffnenden Charakter, wenn es mit dem Ziel eingesetzt wird, der Patientin/dem Patienten weitere Äußerungen zu erleichtern.

Das Zusammenfassen ermöglicht der Ärztin/dem Arzt das Gespräch zu strukturieren und das Gesagte wenn nötig zu abstrahieren. Diese Technik dient außerdem als Kontrolle für die Ärztin/den Arzt und die Patientin/den Patienten. Die Ärztin/der Arzt kann überprüfen, ob die Patientin/der Patient richtig verstanden wurde. Die Patientin/der Patient hingegen überprüft, ob das Gesagte auch so bei der Ärztin/dem Arzt ankommt, wie es gemeint war.

Die Techniken des Warten, Wiederholens und Spiegeln „öffnen den Raum“. Ermuntern die Patientin/den Patienten in seinem Erzählduktus zu bleiben. Das Zusammenfassen „schließt den Raum“, und es findet ein Wechsel im Rederecht statt. Es wird die Gesprächsinitiative von der Patientin/dem Patienten auf die Ärztin/den Arzt übertragen oder anders ausgedrückt, wird das patientenzentrierte Gespräch in ein arztzentriertes Gespräch übergeleitet (Uexküll and Adler 2012, Langewitz 2013).

1.3.4.2 Informationsvermittlung

Die Vermittlung von Informationen stellt eine zentrale Aufgabe in jedem Arzt-Patienten-Gespräch dar. Diagnosen, Therapie und Therapieoptionen müssen mit Nutzen und Risiko

erklärt und in manchen Fällen auch die Alternative eines Therapieverzichts diskutiert werden.

Die Schwierigkeit der Informationsvermittlung wird oft von Ärztinnen/Ärzten unterschätzt oder als lästige zeitraubende Aufgabe empfunden. Aus diesem Grund kommt es immer wieder vor, dass sich Patientinnen/Patienten unzureichend informiert fühlen.

Langewitz stellt einige Gesprächstechniken für eine gelungene Informationsvermittlung vor.

Schon vor der Informationsvermittlung sollte sich ein Bild vom Wissenstand der Patientin/des Patienten gemacht werden. Zu beachten ist, dass teilweise kein oder nur sehr begrenztes medizinisches Wissen besteht (Langewitz 2013).

Die von John Sweller aufgestellte „Cognitive Load Theory“ besagt unter anderem, dass nur 5 bis 9 neue Informationen auf einmal verarbeitet werden können. Wenn Information über unterschiedliche Medien angeboten wird, führt dies zu einem besseren Merken und Verstehen der angebotenen Information. Eine Operationsaufklärung sollte z.B. zusätzlich zum Aufklärungsgespräch eine verschriftliche Aufklärung enthalten. Auch wird neue Information besser verarbeitet, wenn sie mit bereits vorhanden Wissen verknüpft werden kann (van Merriënboer and Sweller 2010).

Die Präsentation der Information in strukturierter Form bezeichnet Langewitz als Buchmetapher. Hierbei wird Information wie in einem Buch mit Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften und Text gegliedert.

Beispiel (Langewitz 2013):

«Ich möchte mit Ihnen über den Eingriff morgen sprechen, die Spiegelung der Brusthöhle.» Pause. *«Dabei würde ich gerne folgende Punkte besprechen:*

- *Warum wir diesen Eingriff machen wollen.*
- *Wie genau er ablaufen wird.*
- *Was die Risiken des Eingriffs sind.*
- *Wie es danach weitergehen wird.»*

Als letzten Punkt einer gelungenen Informationsvermittlung gibt Langewitz die Überprüfung des korrektem Informationsverständnis der Patientin/des Patienten an.

Um die Patientin/den Patienten nicht „abzufragen“, stellt Langewitz das „Blaming myself“ vor. Hierbei wird sein eigenes Können der Informationsvermittlung heruntergespielt und um regelmäßiges Feedback von der Patientin/dem Patienten gebeten (Langewitz 2013).

1.3.4.3 NURSE-Modell

In der englischsprachigen Literatur hat sich das Akronym NURSE etabliert. Es bezeichnet eine Kommunikationstechnik, die den Umgang mit Emotionen im Arzt-Patienten-Gespräch erleichtern soll (Smith, Marshall-Dorsey et al. 2000, Back, Arnold et al. 2007).

NURSE Steht für:

Naming:	Emotion benennen
Understandig:	Wenn möglich Verständnis ausdrücken
Respecting:	Respekt oder Anerkennung für den Patienten formulieren
Supporting:	Dem Patienten Unterstützung anbieten
Exploring:	Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden

Tabelle 1 NURSE-Modell

NURSE wird nicht jedesmal durchexerziert, wenn eine Patientin/ein Patient Emotionen zeigt. Das Akronym dient eher als eine Art Werkzeugkiste für den Umgang mit Emotionen, bei der nicht immer alle Werkzeuge benötigt werden.

Das Naming entspricht dem Spiegeln auf Emotionen. Die Ärztin/der Arzt spricht die vermutete Emotion an. Wichtig ist beim Ansprechen von Emotionen, dass dies in Form eines Vorschlags getätigt wird. Einerseits ist es oft schwierig, die genaue Stimmungslage des Gegenüber in Worte zu fassen, andererseits hat der Gegenüber so die Möglichkeit, die Qualität seiner Emotionen, die ihm zugeschrieben werden, zu korrigieren.

Das Ansprechen erscheint nur notwendig, wenn die Emotion noch nicht direkt von der Patientin/dem Patienten benannt worden ist.

Die Ärztin/der Arzt muss in der Folge entscheiden, ob die Emotion nachvollziehbar ist und kann dann gegebenenfalls Verständnis (understanding) für die Gefühle artikulieren.

Der Respekt (respecting) kann sich auf die Emotion beziehen, nach der Devise, es ist mutig Gefühle zu zeigen. Andererseits kann auch Respekt für den Umgang mit der Situation, die die Emotion ausgelöst hat, gezeigt werden.

Supporting beschreibt das Anbieten von Hilfe und nicht gleich die direkte Unterstützung. Dadurch wird der Patientin/dem Patienten die Möglichkeit gegeben, Angebote anzunehmen oder abzulehnen.

Wenn die Ärztin/der Arzt spürt, dass eine Emotion im Raum steht, diese aber nicht benennen kann, bietet eine weitere Exploration die Möglichkeit die Emotion zu konkretisieren und in der Folge anzusprechen.

1.4 Die Visite

Die Visite bietet einen Ort, an dem die Berufsgruppe der Ärzte und die Berufsgruppe der Pflege, in Anwesenheit des Patienten, zusammenkommen. Es erfolgt die Zusammenführung und das Erläutern von Informationen im Austausch mit der Patientin/dem Patienten.

Oft stellt die Visite den Mittelpunkt des Tagesablaufs für die Patientin/den Patienten dar. Informationen, die mitgeteilt werden, können über den restlichen Tag verarbeitet werden (Scholz and Barolin 1999, Uexküll and Adler 2012).

1.4.1 Aufbau und Ablauf der Visite

Es bestehen unterschiedliche Modelle für den Aufbau und den Ablauf von Visiten. Jede Fachrichtung besitzt hier ihre Besonderheiten. Das „Ulmer Visiten-Modell“ (Uexküll and Adler 2003) bietet einige generelle Punkte, die in jeder Fachrichtung Beachtung finden sollten.

Das Modell beschreibt die Dreiteilung der Visite in eine Vorbesprechung vor dem Patientenzimmer, die Visite am Krankenbett und die Nachbesprechung vor dem Patientenzimmer.

Bei der Vorbesprechung werden aktuelle Befunde besprochen. Es wird überlegt, welche Ziele verfolgt und welche Information übermittelt werden sollen. Dieser Teil der Visite dient dem Austausch zwischen Pflege und Ärztin/Arzt.

Bei der Visite am Krankenbett steht das patientenorientierte Arzt-Patienten-Gespräch im Vordergrund. Hierbei werden noch fehlende Informationen erhoben oder notwendige Untersuchungen durchgeführt.

Die Nachbesprechung sollte dazu genutzt werden, um Besprochenes zu dokumentieren und festzuhalten, was als nächstes zu tun ist.

Das „Ulmer Visiten-Modell“ haben Langewitz und Weber aufgegriffen und daraus den Basler Visitenstandard entwickelt.

Der Visitenstandard regelt neben allgemeinen Grundsätzen die Visitenvorbereitung, die Visitenorganisation und die Visitenkommunikation (Weber and Langewitz).

1.4.2 Erwartungen von der Ärztin/dem Arzte, der Pflege und der Patientin/dem Patienten an die Visite

Aus Befragungen der drei Gruppen, am Universitätsspital Basel, konnten Langewitz und Weber Erwartungen und Ideale der drei Gruppen an die Visite formulieren (Langewitz, Weber et al. 1997, Uexküll and Adler 2012).

Auch Scholz definiert Erwartungen der Patienten, die gut mit den Befragungen von Langewitz und Weber übereinstimmen (Scholz and Barolin 1999).

Erwartungen der Ärztin/des Arztes an die Visite (Langewitz, Weber et al. 1997):

1. Notwenige Informationen sind zum Zeitpunkt der Visite vorhanden und alle Teilnehmer sind darüber informiert.
2. Visite verläuft effizient und hat Priorität (keine Störungen).
3. Patientin/Patient kann Behandlungsverlauf nachvollziehen.
4. Verlaufsbeobachtungen werden durch kompetente Schwestern/Pfleger kommuniziert.
5. Lehr- und Lernsituationen sind möglich.

Es ist zu erkennen, dass die drei ersten Erwartungen an die Berufsgruppe der Ärzte gerichtet sind. Die 4. Erwartung wendet sich an die Berufsgruppe der Pflege. Die 5. Erwartung enthält den Aspekt der Ausbildung junger Kolleginnen/Kollegen.

Erwartungen der Pflege an die Visite (Langewitz, Weber et al. 1997):

1. Patientin/Patient hat Information verstanden, muss nicht mehr nachfragen.
2. Alle notwendigen Informationen sind zum Zeitpunkt der Visite vorhanden, werden mitgeteilt und die Pflegenden erhalten Information zum Weiterarbeiten.
3. Visite verläuft zügig, Zeitpunkt und Dauer sind auf den Stationsablauf abgestimmt, und allen Teilnehmern sind die Rahmenbedingungen klar.
4. Für die Nachbereitung der Visite sind Ärztinnen/Ärzte vorhanden und ansprechbar.
5. Mit Patientinnen/Patienten werden Ziele vereinbart.

Bei Betrachtung der Erwartungen der Pflege fällt auf, dass alle Erwartungen auf die Berufsgruppe der Ärzte bezogen sind.

Erwartungen der Patientin/des Patienten an die Visite (Scholz and Barolin 1999):

- Interesse am Fall
- Zuwendung, Sympathie, Beachtung

- Höflichkeit, persönliche Wertschätzung
- Verbindliche Information und Interpretation

Weitere Punkte, die sich Patientinnen/Patienten in der Visite wünschen, sind mehr Mitentscheidung bei der Behandlung und mehr Informationen bezüglich Nebenwirkungen von Medikamenten (Coulter 2005). Die Patientin/der Patient erwartet von der Ärztin/dem Arzt nicht nur fundiertes Fachwissen, sondern auch Wissen um Kommunikation und die Vermittlung von Information (Coulter 2006).

Bei der Befragung von Langewitz und Weber waren der Patientin/dem Patienten Information, Aufklärung und eine gelungene Kommunikation besonders wichtig. (Uexküll and Adler 2012).

1.4.3 Fehlerquelle und Störfaktoren der Visite

Die unterschiedlichen Erwartungen der Visiteteilnehmer lassen die Schwierigkeit einer gelungenen Visite erahnen. In der Literatur finden sich Expertenmeinungen zu häufigen Fehlern der Kommunikation während der Visite.

Kommunikationsfehler während der Visite (Siegrist 1978, Scholz and Barolin 1999, Hoefert and Demmel 2008):

- Gespräch über den Patienten statt mit dem Patienten
- Flüchtigkeit, Unverbindlichkeit, Desinteresse, Scheinzuwendung
- Mehrbeachtung von Teammitgliedern oder Bettnachbarn
- Ironische abwertende Haltung
- Unangebrachte Heiterkeit
- Austragung von Konflikten in Anwesenheit der Patienten
- Keine Begrüßung, keine Verabschiedung
- Übergehen von Patientenfragen
- Verkürzte Sprache
- Gebrauch von Fachtermini und Stationsjargon
- Unangekündigter Themen- und Adressatenwechsel
- Vermittlung des Eindrucks von Eile und Beschäftigung

Untersuchungen im englischsprachigen Raum haben sich mit der Interaktion von Ärztin/Arzt und Pflege während der Visite beschäftigt. Es wurde festgestellt, dass die Pflege sich nicht genügend in das Visitengeschehen integriert fühlt (Manias and Street 2001).

Einige Störfaktoren hinsichtlich Organisation und Ablauf sind (Langewitz, Weber et al. 1997, Uexküll and Adler 2012):

- Durch Rotationsysteme der Ärzte werden ständig neue Absprachen zwischen Arzt und Pflege über Beginn, Dauer und Inhalt der Visite nötig.
- Gehäufte Störungen und Unterbrechungen der Visite.
- Notwendige Informationen sind nur zum Teil vorhanden und nicht allen Visitenteilnehmern bekannt.

1.5 Untersuchung der Visite

Die Erwartungen der Visitenteilnehmer und die beschriebenen Fehlerquellen machen deutlich, dass eine nähere Betrachtung der Visite sinnvoll ist. Im deutschsprachigen Raum haben vor allem Langewitz und Weber am Universitätsspital Basel Visiten untersucht. So konnten Erwartungen des Personals und des Patienten definiert, Fehlerquellen aufgedeckt und mit dem Basler Visitenstandard bereits ein Lösungsansatz präsentiert werden (Weber and Langewitz, Langewitz, Weber et al. 1997, Weber, Stockli et al. 2007, Uexküll and Adler 2012).

Auch in Greifswald an der Klinik für Augenheilkunde wurden Visitengespräche untersucht (Papsdorf 2008).

Rein chirurgische Fächer haben bis jetzt in der Visitenforschung kaum Beachtung gefunden.

Eine der wenigen Studien, die chirurgische Visiten betrachten, ist die Studie von Feldbauer, an der Klinik für Orthopädie am LKH Graz, der nach dem identischen Studiendesign wie Papsdorf Visitengespräche untersucht hat (Feldbauer 2011).

Wir möchten mit unserer Studie den Visitengesprächen in chirurgischen Fächern weitere Aufmerksamkeit schenken und evaluieren, ob die bis jetzt erzielten Ergebnisse für chirurgische Fachrichtungen zutreffend sind.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

2.1.1 Geplantes Studiendesign

Geplant war die Durchführung einer Interventionsstudie. Hierbei sollte mit Hilfe von Fragebögen (siehe Anhang) und Beobachtungen (siehe Anhang) der Status quo des Visitengesprächs auf der Bettenstation der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz zum Zeitpunkt T0 erhoben werden.

Im weiteren Verlauf sollte das gesamte ärztliche Team ein Kommunikationstraining erhalten.

Nach dem Absolvieren des Kommunikationstrainings sollte das Visitengespräch mit den gleichen Tools zum Zeitpunkt T1 reevaluiert werden.

Da es sich in diesem Studiendesign nicht um eine Studie am Patienten handelt, sondern lediglich um Evaluierung von ärztlicher Fortbildung, ist ein Votum der Ethikkommission nicht nötig.



Abbildung 3 Studiendesigne der Geplanten Interventionsstudie

2.1.2 Arbeitshypothese

Es gibt einen Unterschied in der Qualität der Visitengespräche vor und nach einem spezifischen Kommunikationstraining durch geschulte Trainer.

2.1.3 Zielvariablen

Als Zielgröße dient die Qualität der Visite. Es werden mit dem Fragebogen und dem Beobachtungsprotokoll diverse Qualitätsmerkmale definiert.

2.1.4 Das Kommunikationstraining

Das geplante Kommunikationstraining setzt sich aus drei Programmschritten zusammen.

1. Vermittlung von „Kommunikationstheorie und Kommunikationstechnik“
2. Praxisworkshop „konkrete Kommunikationstechniken“
3. „Training on the job“, persönliche Begleitung und Feedback im Klinikalltag

Inhaltlich befasst sich das Kommunikationstraining mit folgenden Aspekten:

- Wahrnehmung und Wirklichkeitskonstruktion (siehe 1.3.4)
- Patientenorientierte und arztzentrierte Kommunikation (siehe 1.3.4)
- Kommunikationsmodelle und Techniken (siehe 1.3.4)

Methodisch sollte der Inhalt über einen Theorieteil mit anschließender Diskussion und Reflektion vermittelt werden. In der Folge sollte das Gelernte in Kleingruppen in Form von Rollenspielen und Fallbeispielen gefestigt werden. Der letzte Teil des Trainings umfasst die persönliche Begleitung im Krankenhausalltag mit persönlichem Feedback. Um möglichst individuell auf die Bedürfnisse der Abteilung eingehen zu können, war angedacht, das ärztliche Personal aufzufordern, selbst erlebte schwierige Kommunikationssituationen einzubringen und mit diesen Situationen zu arbeiten.

Verantwortlich für die Durchführung des Kommunikationstrainings waren Mag. Gerhard Maier und Dr. Christian Fazekas.

Das Kommunikationstraining fußt auf einem Konzept von Prof. Langewitz aus Basel.

2.1.5 Durchgeführte Studie

Durchgeführt wurde eine Beobachtung und eine Evaluierung der Visite mittels Beobachtungsprotokoll und Fragebogen. Bezogen auf das geplante Studiendesign wurde der Status quo des Visitengesprächs zum Zeitpunkt T0 erfasst. Es ist also kein prä- post Vergleich möglich.

Der Grund für das verfrühte Abbrechen der Interventionsstudie war ein abrupter Führungswechsel an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz. Als Gründe für den Abbruch wurden mangelnde zeitliche Ressourcen und Personalengpässe angeführt. Es bestand aus Perspektive von Leitung und Personal kein geeigneter Rahmen mehr, mit dem zum Teil bereits begonnen Kommunikationstraining fortzuführen.

Die Auswertung der Fragebögen ist nicht Teil dieser Diplomarbeit. Diese Arbeit wird sich auf die Auswertung und Interpretation der Beobachtungsprotokolle beschränken. Für die Auswertung der Fragebögen und eine Zusammenfassung der Ergebnisse möchte ich auf die Diplomarbeit von Nina Berghofer „Einschätzung der Qualität und des Ablaufes der Visitengespräche an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie aus ärztlicher- und Pflegeperspektive: Möglichkeiten zur Optimierung!“ verweisen.

2.2 Untersuchungsfeld

2.2.1 Der Untersuchungsort

Die Beobachtungsprotokolle und die Fragebögen, die für die Diplomarbeit Verwendung finden, wurden an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz erhoben. Vom 24. März bis zum 04. Mai 2014 wurden die Beobachtungen während der Morgensvisite auf der Bettenstation durchgeführt. Die Bettenstation umfasst 56 Betten, davon 12 Betten mit Sonderklasse. Es wurden Visitingespräche in Einzel-, Zwei-, Dreier- und Viererzimmern beobachtet. Grundsätzlich wurde die Visite im Patientenzimmer abgehalten. Zum Zeitpunkt der Untersuchung war Prof. Dr. Helmut Seitz Vorstand der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz.

2.2.2 Der Visitenablauf

Die Morgensvisite startete nach der Morgenbesprechung des ärztlichen Personals. Startzeit war während der Beobachtung zwischen 8 Uhr 30 und 9 Uhr .

Das Ende der Visite war je nach Bettenbelegung sehr unterschiedlich.

Die Bettenstation wurde von zwei Visitentteams gleichzeitig visitiert. Die Aufteilung erfolgte nach Zimmern. Es gab eine „Männer-“ und eine „Frauenseite“, wobei diese Beschreibung nichts mit dem tatsächlichen Geschlecht der Patienten zu tun hatte.

Vor dem Betreten des Patientenzimmers wurde meistens eine Vorbesprechung durchgeführt. Die visitierende Ärztin/der visitierende Arzt besprach hierbei, in Anwesenheit aller Visitenteilnehmer, Themen wie Operationsverlauf, aktuelle Befunde oder das weitere Vorgehen für alle Patienten im zu visitierenden Zimmer. Hierbei wurden bereits neu verordnete Medikamente aktualisiert oder mit Hilfe eines Laptops aktuelle Laborbefunde angesehen. Dieser Teil der Visite wurde nicht mit dem Beobachtungsprotokoll erfasst.

Mit Klopfen an der Zimmertür machte das Visitentteam, zumeist die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt auf sich aufmerksam und betrat den Raum. Ansprechpartner für die Patientin/den Patienten war die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt. Bestandteile der Visite an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz waren das Visitingespräch, teilweise Mobilisierung des Patienten, Wundkontrolle und Verbandswechsel.

Das Visitingespräch wurde von der visitenführenden Ärztin/dem visitenführenden Arzt geführt. Es wurde grundsätzlich der Status quo erfragt und die nächsten diagnostisch/therapeutischen Schritte sowie der Austritt geplant.

Bei Mobilisierung und Verbandwechsel assistierte die Pflege und war so ins Gespräch mit der Patientin/dem Patienten integriert.

Sobald die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt seine Aufmerksamkeit der nächsten Patientin/dem nächsten Patienten zuwendete oder das Zimmer verließ, wurde das Visitengespräch als beendet angesehen.

Oft kam es nach Beendigung der ärztlichen Visite, z.B. beim Verlassen des Zimmers noch zu Fragen von Patientenseite, die oft an das pflegerische Personal gerichtet waren. Diese Konversationen wurden mit dem Beobachtungsprotokoll nicht mehr berücksichtigt.

Nach Beendigung der Visite wurde die restliche Betreuung der Station zwei Stationsärztinnen überlassen.

2.3 Die beteiligten Personen

2.3.1 Das Visitenteam

An der Visite teilnehmende Personen waren:

- Eine Fachärztin/ein Facharzt
- Eine Stationsärztin/ein Stationsarzt (kein Facharzt/kein Assistenzarzt)
- Pflegepersonal
- Studentische Beobachterin/studentischer Beobachter (passive beobachtende Rolle)

Es wurde angestrebt, möglichst viele, der an der Unfallchirurgie beschäftigten, Ärztinnen/Ärzte zu beobachten. Es wurden 11 der 15 visitenführenden Ärztinnen/Ärzte beobachtet, darunter 10 Fachärztinnen/Fachärzte und 1 Stationsärztin/Stationsarzt.

Es wurden von 149 Visitengesprächsbeobachtungen, 134 Gespräche von Fachärztinnen/Fachärzten und 15 Gespräche von Stationsärztinnen/Stationsärzten durchgeführt.

Visitenführend war immer die Fachärztin/der Facharzt. Bei einer Beobachtungsserie mit 15 Beobachtungen war die Fachärztin/der Facharzt nicht zugegen. In diesem Fall war die Stationsärztin/der Stationsarzt visitenführend. Bei einer Beobachtungsserie mit 15 Beobachtungen war keine Stationsärztin/kein Stationsarzt dabei. Sonst bestand das Visitenteam immer aus Fachärztin/Facharzt, Stationsärztin/Stationsarzt, Pflege und Beobachterin/Beobachter. Auffallen ist, dass während der Beobachtungen keine Assistenzärztin/kein Assistenzarzt an der Visite beteiligt war.

Das Geschlecht und das Alter des ärztlichen Personals wurde aus Gründen der Anonymität nicht erfasst. Es hat sich aber um eine recht homogene, hauptsächlich aus männlichen Fachärzten bestehende Gruppe gehandelt.

Das Pflegepersonal bestand aus einer Diplomkrankenschwester/Diplomkrankenschwester, die kontinuierlich die Visite begleitet hat. Zumeist war noch eine Schülerin/ein Schüler oder eine Pflegehelferin/ein Pflegehelfer im Raum anwesend. Da diese oft während der Visite den Raum verließen oder im Zimmer mit anderen Tätigkeiten beschäftigt waren, wurden diese Personen nicht zum Visitenteam gezählt und nicht in die Beobachtung mit eingeschlossen.

Vom gesamten Visitenteam wurde vor Beginn der Untersuchung im Rahmen einer Informationsveranstaltung eine schriftlich Einwilligung eingeholt.

Die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt bekam eine Studiennummer zugewiesen. Nur die Studiennummer wurde auf dem Beobachtungsprotokoll vermerkt. Die Studiennummern sind nur den beiden studentischen Beobachtern bekannt. Die Idee ist, dass bei Interesse von Seiten der Ärztin/des Arztes seine beobachteten Visitengespräche ihm wieder zugeordnet werden können. Für die statistische Auswertung und gegebenenfalls Weitergabe der Daten an Dritte ist durch die Vergabe von Studiennummern die Anonymität der Ärztinnen und Ärzte gewährleistet.

2.3.2 Die Patientengruppe

Grundsätzlich wurden alle Patienten, die zu den Beobachtungszeitpunkten auf der Bettenstation der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz waren und visitiert wurden, mit in die Beobachtung eingeschlossen. Zum optimalen Erfassen des gesamten Visitengesprächs wurde allerdings nur jedes zweite Gespräch mit Hilfe des Beobachtungsprotokolls erfasst. Jedes Gespräch zu erfassen schien nach der Testphase, bei Visitengesprächen teilweise unter 30 Sekunden, aus Zeitgründen als unmöglich.

Eine Einwilligung der Patientin/des Patienten für die Beobachtung wurde nicht eingeholt, da es sich nicht um das Erfassen von Inhalten sondern alleinig um Gesprächsimpulse handelt. Da die Visite am Krankenbett nur bei wachen und ansprechbaren Patientinnen/Patienten mit ausreichend Deutsch- oder Englischkenntnissen durchgeführt wurde, gab es keine Ausschlusskriterien auf Patientenseite für die Beobachtung. Bei Sprachproblemen wurde die Patientin/der Patient zu einem späteren Zeitpunkt in Anwesenheit eines Dolmetschers visitiert und nicht von uns beobachtet.

2.4 Die Untersuchungsmethode

2.4.1 Die studentischen Beobachter

Die Beobachterin und der Beobachter waren zu diesem Zeitpunkt Studenten im 10. Semester der Humanmedizin an der medizinischen Universität Graz. Beide Beobachter haben vor dem Untersuchungsbeginn eine Einschulung vom stellvertretenden Leiter der Universitätsklinik für medizinische Psychologie und Psychotherapie Herr Dr. Fazekas erhalten. Hierbei wurde vor allem das Beobachtungsprotokoll diskutiert.

2.4.2 Der Fragebogen

Die Fragebögen wurden zu Beginn der Untersuchung dem ärztlichen Personal, dem pflegerischen Personal und den zum Zeitpunkt T0 stationären Patientinnen/Patienten der Bettenstation der Unfallchirurgie des LKH Graz ausgehändigt. Eine ausführliche Beschreibung und Auswertung der von Prof. Langewitz zur Verfügung gestellten Fragebögen finden Sie in der Diplomarbeit „Einschätzung der Qualität und des Ablaufes der Visitengespräche an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie aus ärztlicher- und Pflegeperspektive: Möglichkeiten zur Optimierung!“ von Nina Berghofer.

2.4.3 Das Beobachtungsprotokoll

Das verwendete Beobachtungsprotokoll besteht aus drei DIN A 4-Seiten, die sich im Anhang dieser Arbeit befinden. Das Protokoll erfasst Patientendaten, Gesprächsimpulse und erlaubt eine Bewertung der Kommunikationstechniken/Gesprächsatmosphäre des visitenführenden Arztes.

Das Beobachtungsprotokoll wurde uns von Prof. Langewitz zur Verfügung gestellt.

2.4.3.1 Patientendaten

Die Patientendaten konnten meist direkt während der Visite erhoben werden. In einzelnen Fällen musste nach der Visite die Patientenakte konsultiert werden. Es wurden vier Charakteristika erhoben.

- Geschlecht
- Behandlungsmodalität (Prä-, Postoperativ oder Konservative Behandlung)
- Alter (eingeteilt in 4 Altersgruppen)
- Sprachverständnis

Präoperative Patientinnen/Patienten wurde auf Operationen vorbereitet oder mussten wegen Verzögerungen im OP-Plan warten.

Postoperative Patientinnen/Patienten wurden hinsichtlich Wundversorgung, Schmerztherapie und antibiotische Therapie betreut.

Die konservative Behandlung bedeutet eine Therapie ohne Operation. Z.B. bei Infektionen eine Antibiotikatherapie oder bei Frakturen eine Schienung.

Das Sprachverständnis wurde in gut oder schlecht aufgeteilt. Gutes Sprachverständnis bedeutet, dass die Patientin/der Patient deutsche Umgangssprache versteht und sich verständlich in Deutsch artikulieren kann.

Schlechtes Sprachverständnis bedeutet, dass die Patientin/der Patient wenig bis keine deutsche Umgangssprache versteht und sich nicht oder sehr wenig in der deutschen Sprache artikulieren kann.

2.4.3.2 Gesprächsimpulse

Der Hauptteil des Protokolls gestattet die Aufzeichnung von Gesprächsimpulsen der Visitenteilnehmer. Als Impulsgeber kamen das Visitenteam und die Patientin/der Patient in Frage. Der Beobachterin/dem Beobachter kam -wie schon erwähnt- eine passive/beobachtende Rolle zu.

Das Beobachtungsprotokoll ist so aufgebaut, dass Gesprächsimpulse in 5 Themengebiete gegliedert werden.

- Bisheriger Verlauf (Was ist bis jetzt passiert?)
- Nächster Schritt (Was steht an? Wie geht es weiter mit Diagnostik/Therapie?)
- Austritt (Entlassung aus dem Krankenhaus, wann und wohin danach?)
- Psychosoziale Information (Angehörige, Arbeit, Finanzen, life-style)
- Emotionen (Sorgen/Ängste/Freude)

Der Impulsgeber ist in der Horizontalen und der Empfänger in der Vertikalen angeordnet.

- CA/LA = Chefärztin/Chefarzt, Leitende Ärztin/Leitender Arzt (in unserem Fall keine Beobachtung des Chefarzt)
- OA = Oberärztin/Oberarzt, Fachärztin/Facharzt
- AA = Assistenzärztin/Assistenzarzt (in unserem Fall Stationsarzt)

- PFL = Pflegepersonal
- PAT = Patientin/Patient

Ein Gesprächsimpuls kann eine Frage oder Aussage sein und ist zumeist an einen Ansprechpartner gerichtet. Fragen werden im Beobachtungsprotokoll mit einem „?“ und Aussagen mit einem „!“ markiert.

Bei aufeinander folgenden Gesprächsimpulsen ohne zwischenzeitlichen Gesprächsimpuls des Ansprechpartners wurde dies trotzdem als weiterer Impuls vermerkt.

Beispiel:

Arzt: Wie geht es Ihnen? ... Ist die Wunde schon gut verheilt?

Das Rederecht liegt beim Arzt. Die Patientin/der Patient äußert sich nicht zwischen der ersten und zweiten Frage. Hier würden zwei Gesprächsimpulse auf dem Beobachtungsprotokoll festgehalten werden.

Bei einem Wechsel des Ansprechpartners oder einem Themenwechsel innerhalb eines Monologs wurde dies auch als neuer Gesprächsimpuls gewertet.

Beispiel:

Arzt zum Patienten: Gut, Sie haben immer noch Schmerzen. Da müssen wir ihre Schmerztherapie adaptieren.

Arzt zur Pflege: Wir geben Novalgin Tropfen und drei mal täglich Tramal.

Auch hier liegt das Rederecht die gesamte Zeit beim Arzt, doch wird hier der Ansprechpartner gewechselt und dies als neuer Gesprächsimpuls vermerkt.

Emotionen wurden wie auf dem Beobachtungsprotokoll beschrieben vermerkt. Dabei kam es vor, dass Patienten Ängste/Sorgen nicht konkret ansprechen aber Emotionen im Raum standen. Hier wurde, obwohl nicht direkt angesprochen, das Handling der Ärztin/des Arztes (+aufgegriffen/- ignoriert) vermerkt.

Zur Verdeutlichung werden im folgenden fiktive Visitengespräche in das Beobachtungsprotokoll eingetragen.

Facharzt: Wie haben Sie die Operation überstanden?

Patient: Gut, aber seit gestern Abend habe ich Schmerzen!

Facharzt: Konnten sie trotzdem ein wenig schlafen?

Patient: Ja!

Bisheriger Verlauf: - Arbeitshypothese - Diagnostik - Ops/konservative Therapie - Komplikationen - ... Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“	Erforderl	CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
	CA/LA					
	OA					??
	AA					
	PFL					
	PAT			!!		

Abbildung 4 Beobachtungsprotokoll "Bisheriger Verlauf"

Patient: Kann man was gegen die Schmerzen unternehmen?

Facharzt: Wir adaptieren ihre Schmerztherapie!

Nächste Schritte - Was steht an? - Wie geht's weiter? - Diagnostik - Neue Therapie/ - Therapieänderung - ... Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“	Erforderl	CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
	CA/LA					
	OA					!
	AA					
	PFL					
	PAT			?		

Abbildung 5 Beobachtungsprotokoll "Nächster Schritt"

Facharzt: Wenn wir die Schmerzen unter Kontrolle haben, und Sie weiter so fleißig mit der Physiotherapie arbeiten, können wir sie in 3 Tagen entlassen!

Patient: Muss ich erst nach Hause oder kann ich gleich zur Reha fahren?

	Erforderl	CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
Austritt - Wann? - Wohin? - AUF Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“	CA/LA					
	OA					!
	AA					
	PFL					
	PAT			?		

Abbildung 6 Beobachtungsprotokoll "Austritt"

Facharzt: Haben Sie zuhause jemanden, der auf Sie schaut?

Patient: Nein, eigentlich nicht. Mein Mann ist seit dem Schlaganfall im Rollstuhl, und ich versorge ihn.

	Erforderl	CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
Psychoziale Info - Privat - Arbeit - Finanzen - life-style Aussagen --> „!“ Fragen --> „?“	CA/LA					
	OA					?
	AA					
	PFL					
	PAT			!!		

Abbildung 7 Beobachtungsprotokoll "Psychoziale Information"

Patient: Ich weiß nicht, wie ich das alles schaffen soll. ...Patient hat Tränen in den Augen...

Facharzt: Gut passt, dann also direkt in die Rehaklinik!

	Erforderl	CA/LA	OA	AA	PFL	PAT
Emotionen - Sorgen/Ängste	CA/LA					
werden angesprochen „X“	OA					-
werden aufgegriffen „+“	AA					
werden ignoriert „-“	PFL					
	PAT					

Abbildung 8 Beobachtungsprotokoll "Emotionen"

2.4.3.3 Kommunikationstechnik/Gesprächsatmosphäre

Die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt wurde in vier Bereichen bewertet. Eine klare Gesprächsstruktur, das Anwenden von WWSZ, eine verständliche Informationsübermittlung und die Gestaltung der Gesprächsatmosphäre wurden als Qualitätsmerkmale für ein gelungenes Visitengespräch von Langewitz im Beobachtungsprotokoll vermerkt. Bei der Bewertung wurde sich streng an die von Langewitz definierten Ankerpunkte gehalten, um eine möglichst objektive Bewertung zu gewährleisten. Da die visitierende Ärztin/der visitierende Arzt den mit Abstand größten Teil der Kommunikation mit dem Patienten in unseren Beobachtungen erledigt hat und Kommunikation so fast ausschließlich zwischen der visitierenden Ärztin/dem visitierendem Arzt (48% aller beobachteter Gesprächsimpulse) und der Patientin/dem Patient (36% aller beobachteter Gesprächsimpulse) statt gefunden hat, erschien es als nicht zielführend die restlichen Visitenteilnehmer zu evaluieren.

Gesprächsstruktur

Struktur - Ablauf, Rahmen, Agenda --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL

Abbildung 9 Beobachtungsprotokoll "Struktur"

Struktur

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

- (1) stellt sich/Teilnehmer nicht vor; es gibt keine erkennbare Agenda
- (2) stellt sich/Teilnehmer **oder** die Agenda der Visite vor
- (3) Voraussetzungen von 2 und Ankündigung von Unterbrechungen/Wechsel im Rederecht

- (4) stellt sich/Teilnehmer vor **und** die Agenda für die Visite
- (5) Voraussetzungen von 4 **und** Aushandeln der Inhalte der Visite mit dem Patienten

Gesprächstechnik (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen)

WWSZ --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL

Abbildung 10 Beobachtungsprotokoll "WWSZ"

Ankerpunkte: WWSZ

- (1) Beschränkt sich auf fokussierte und geschlossene Fragen, kein WWSZ
- (2) Benutzt selten eine der Techniken, z.B. Wiederholen oder Warten > 2 Sekunden, bleibt aber im eigenen Duktus
- (3) Benutzt manchmal mehr als eine Technik, fängt an mit dem Material zu arbeiten, das Pat. einbringt
- (4) Benutzt häufig mehr als eine Technik, arbeitet mit dem Material, das Pat. einbringt
- (5) Wie 4, gestaltet Übergang von WWSZ auf gezielte Anamnese oder Info-geben

Information übermitteln

Info übermitteln - Buchmetapher *** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL

Abbildung 11 Beobachtungsprotokoll "Info übermitteln"

Ankerpunkte: Info übermitteln

- (1) gibt Info unstrukturiert (z.B. Wechsel im Thema; Wechsel zwischen Informieren und Fragen), benutzt medizinischen Jargon
- (2) gibt Info unstrukturiert, vermeidet medizinischen Jargon
- (3) gibt Info, benennt das Thema der Information, vergisst Überschriften und wechselt in Text-Modus
- (4) gibt Info gut strukturiert (Buchmetapher)
- (5) wie 4 plus überprüft Verständnis mit ‚blaming himself‘

Gesprächsatmosphäre

Schafft eine freundliche Gesprächsatmosphäre **** --> Ranking 1-5	CA/LA	OA	AA	PFL

Abbildung 12 Beobachtungsprotokoll "Schaffen einer freundlichen Gesprächsatmosphäre"

Ankerpunkte: Schafft eine freundliche Gesprächsatmosphäre

- 1) Kaum Blickkontakt und laute dominante Stimme, Adressat der Interaktion wechselt abrupt und ohne Ankündigung, keine Pausen nach Struktur, unterbricht die Rede anderer
- 2) Hält Blickkontakt oder angemessene Lautstärke
- 3) Hält Blickkontakt und angemessene Lautstärke

- 4) 3 plus wartet ab, bis Redebeiträge anderer zu Ende sind
- 5) 4 plus macht Pausen nach Ankündigungen

Einige Ankerpunkte wurden während der Vorbereitungsphase als nicht ganz eindeutig identifiziert. Durch Absprache im Beobachtungsteam könnten alle Unklarheiten noch in der Übungsphase geklärt werden.

Ein Beispiel, das bei uns im Team für Diskussion gesorgt hat, war unter dem Punkt „Struktur“ der Ankerpunkt „stellt sich/ Teilnehmer vor“. Wann habe ich mich einer Patientin/ einem Patienten ausreichend vorgestellt? Muss im Stationsbetrieb immer der eigene Name genannt werden oder reicht ein „Grüß Gott, ich mache heute die Visite“ aus? Wie gut kennen sich Ärztin/Arzt und Patientin/Patient schon von früheren Visiten? Ist ein Vorstellen des restlichen Visitenteam überhaupt noch von Nöten?

Wir haben für unsere Beobachtung beschlossen, dass eine freundliche Begrüßung das Kriterium „Stellt sich/Teilnehmer vor“ erfüllt.

Einige Ankerpunkte haben sozusagen Voraussetzungen benötigt. So konnte die visitierende Ärztin/der visitierende Arzt z.B. Information gut strukturiert vermitteln (Punkt „Info übermitteln“ Ankerpunkt 4), aber doch medizinischen Jargon verwenden. Wir haben uns darauf geeinigt, dass sobald eine Voraussetzung nicht erfüllt ist, der jeweils letzte Ankerpunkt vergeben wird, in dem die Voraussetzung noch erfüllt ist. In diesem Beispiel wäre das der Ankerpunkt 1 „gibt Info unstrukturiert (z.B. Wechsel im Thema; Wechsel zwischen Informieren und Fragen) benutzt medizinischen Jargon“.

2.4.4 Durchführung der Beobachtung

In einer zweiwöchigen Vorbereitungsphase haben die zwei Beobachter zusammen Visitingespräche beobachtet und anschließend auf Kongruenz überprüft. Trotz anfänglicher Diskrepanzen konnte ab der zweiten Vorbereitungswoche eine fast deckungsgleiche Beobachtung erzielt werden.

Die für die Untersuchung herangezogenen Beobachtungen wurden im Anschluss nur jeweils von einer Beobachterin/einem Beobachter erhoben.

Durch einen internen Mailverteiler wurden die Beobachter darüber informiert, welche Ärztin/ welcher Arzt am nächsten Morgen die Visite leiten sollte.

Da angestrebt wurde, möglichst viele der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte zu beobachten, wurde von den Beobachtern entschieden, an welchen Tagen sie Beobachtungen durchführen.

Vor Beginn der direkten Teilnahme an der Visite wartete die Beobachterin/der Beobachter auf der Station und stellte sich dem jeweiligen Visitenteam nochmals vor.

Zusammen mit dem restlichen Visitenteam betrat die Beobachterin/der Beobachter die Patientenzimmer und folgte der Visite. Die Beobachterin/der Beobachter beteiligte sich allerdings nicht an der Visite, weder verbal noch bei manuellen Aufgaben.

Die Teilnahme an der Visite erfolgte im weißen Mantel. Dies sollte der Beobachterin/dem Beobachter ermöglichen im Hintergrund zu bleiben und nicht als externer Teilnehmer der Visite aufzufallen.

Die Beobachtungsprotokolle wurden direkt während des Visitingesprächs ausgefüllt. Wie oben schon beschrieben wurde nur jedes zweite Gespräch mit dem Beobachtungsprotokoll erfasst um der Beobachterin/dem Beobachter genügend Zeit für das Handling der Protokolle zu geben.

Patienteninformationen, die für das Beobachtungsprotokoll benötigt wurden, konnten von der Beobachterin/dem Beobachter meist während der Visite in Erfahrung gebracht werden. Vereinzelt war es nötig, nach der Visite in den Patientenkurven nachzulesen.

Es wurden in einer Visite ganz unterschiedliche Zahlen an Beobachtungen erzielt.

Gründe dafür sind vielfältig:

- Abbrechen der Visite wegen eines Notfalls auf der Station
- Abbrechen der Visite wegen eines Notfalls im OP
- Stark verspäteter Beginn der Visite und Überlappungen mit Lehrveranstaltungen der studentischen Beobachter
- Wenig Patienten auf der Bettenstation (OP, OP Vorbereitung, Diagnostik, Physiotherapie etc.)

2.4.5 Statistische Auswertung

Die erhobenen Daten wurden in Microsoft Excel 2011 for Mac eingegeben. Der Datensatz wurde anschließend in SPSS Statistics überführt und die deskriptive Analyse durchgeführt. Alle verwendeten Grafiken wurden ebenfalls mit SPSS oder Microsoft Excel erstellt.

Die erhobenen Daten wurden an Prof. Langewitz weitergegeben und in Basel ebenfalls statistisch ausgewertet.

2.4.6 Die zeitliche Abfolge

Im Februar 2014 wurde in Form einer Informationsveranstaltung im Anschluss an die Morgenbesprechung des ärztlichen Personals der Universitätsklinik für Unfallchirurgie

LKH Graz, die Untersuchung vorgestellt und die schriftliche Einwilligung der Ärzteschaft erlangt. Die schriftliche Einwilligung des Pflegepersonals wurde in den Folgetagen, mit freundlicher Unterstützung der Pflegeleitung, erlangt. Im Vorfeld wurde das Projekt mit Prof. Dr. Helmut Seitz, Vorstand der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz, und Dr. Fazekas, stellvertretender Leiter der Universitätsklinik für medizinische Psychologie und Psychotherapie, besprochen und die Zusammenarbeit vereinbart.

Anfang März startete die zweiwöchige Vorbereitungsphase der studentischen Beobachter. Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich vom 24. März 2014 bis zum 2. Mai 2014. Aufgrund eines abrupten Führungswechsels an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz konnte die Beobachtung, das geplante Kommunikationstraining und die geplante Folgebeobachtung nicht durchgeführt werden.

Die Auswertung der Daten erfolgte im Mai 2015. Die Verschriftlichung erfolgte im Juni und Juli 2015.

Für die Durchführung einer interrater Reliabilitätsanalyse wurden am 29. Juni und am 6. Juli 2015 noch einmal Daten erhoben.

3 Ergebnisse – Resultate

Es wurden 11 Ärztinnen/Ärzte beobachtet, darunter 10 Fächärztinnen/Fachärzte und 1 Stationsärztin/Stationsarzt.

149 Visitingespräche wurden insgesamt beobachtet. Visitenführend war immer die Fachärztin/der Facharzt. Bei einer Beobachtungsserie mit 15 Beobachtungen war die Fachärztin/der Facharzt nicht zugegen. In diesem Fall war die Stationsärztin/der Stationsarzt visitenführend. Bei einer Beobachtungsserie mit 15 Beobachtungen war keine Stationsärztin/kein Stationsarzt dabei.

Die Beobachtungen wurden von einer Beobachterin oder einem Beobachtern durchgeführt. Darauf wird, wenn nötig, im einzelnen eingegangen.

3.1 Angaben zu dem Patientenkollektiv

3.1.1 Die Altersgruppenverteilung

Eine Altersbegrenzung für die Untersuchung bestand nicht. Es wurden theoretisch alle Patienten, die zu den Beobachtungszeitpunkten auf der Bettenstation der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz waren und visitiert wurden, mit in die Beobachtung eingeschlossen.

Es wurde nicht das exakte Alter der Patienten erfasst, sondern lediglich eine Altersspanne. Die Einteilung in vier Altersspannen, wurde durch das von Langewitz gestaltete Beobachtungsprotokoll vorgegeben.

Der größte Teil der Patienten war zwischen 45 und 64 Jahren alt (42%). Etwa gleich viele Patienten waren < 45 Jahren (25%) und zwischen 64 und 84 Jahren (24%) alt. Die kleinste Patientengruppe war über 84 Jahre alt (9%).

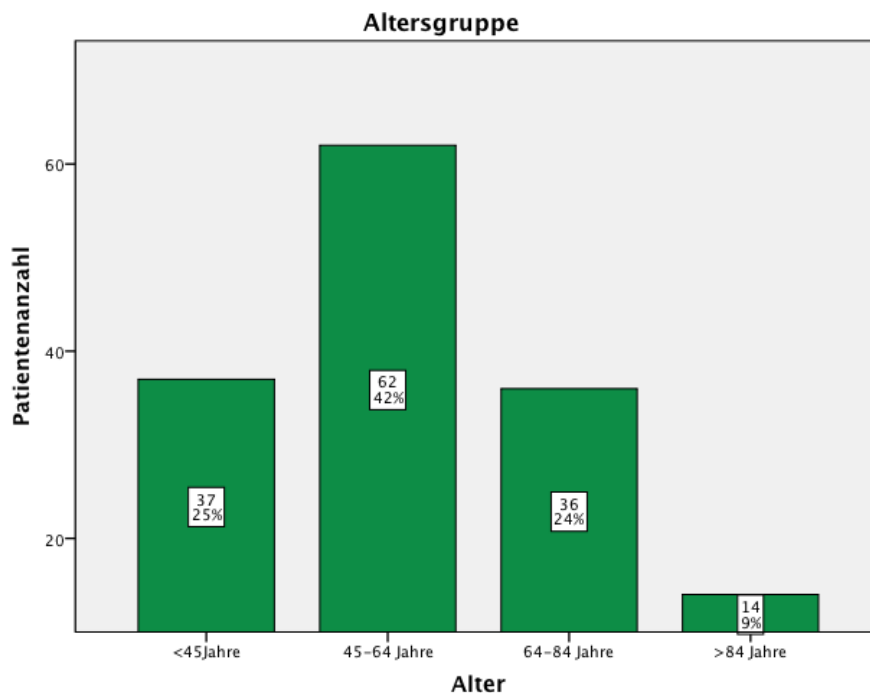


Abbildung 13 Altersgruppenverteilung

3.1.2 Die Geschlechterverteilung

Es wurden sowohl Männer als auch Frauen in die Untersuchung mit eingeschlossen. Es wurde meistens nur eines von zwei Visitentteams beobachtet und wie oben beschrieben auch nur jede zweite Patientin/jeder zweite Patient pro Visite. Das heißt pro Beobachtungsdurchgang nur ein Viertel der Bettenstation.

Die Geschlechterverteilung der Untersuchung kann deshalb keine Aussage über das Geschlechterverhältnis der Bettenstation der Universitätsklinik für Unfallchirurgie am LKH Graz zum Zeitpunkt der Beobachtung treffen.

Es wurden mehr Visitengespräche mit Patientinnen (58%) als mit Patienten (42%) beobachtet.

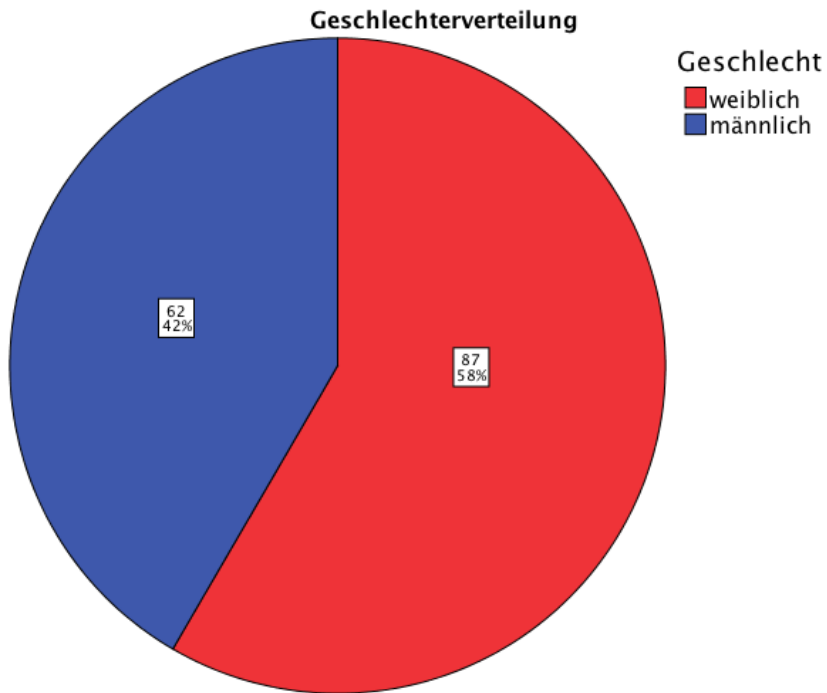


Abbildung 14 Geschlechterverteilung

3.1.3 Die Behandlungsmodalitäten und das Sprachverständnis

Die Einteilung in drei Behandlungsmodalitäten wurde durch das von Langewitz erarbeitete Beobachtungsprotokoll vorgeben.

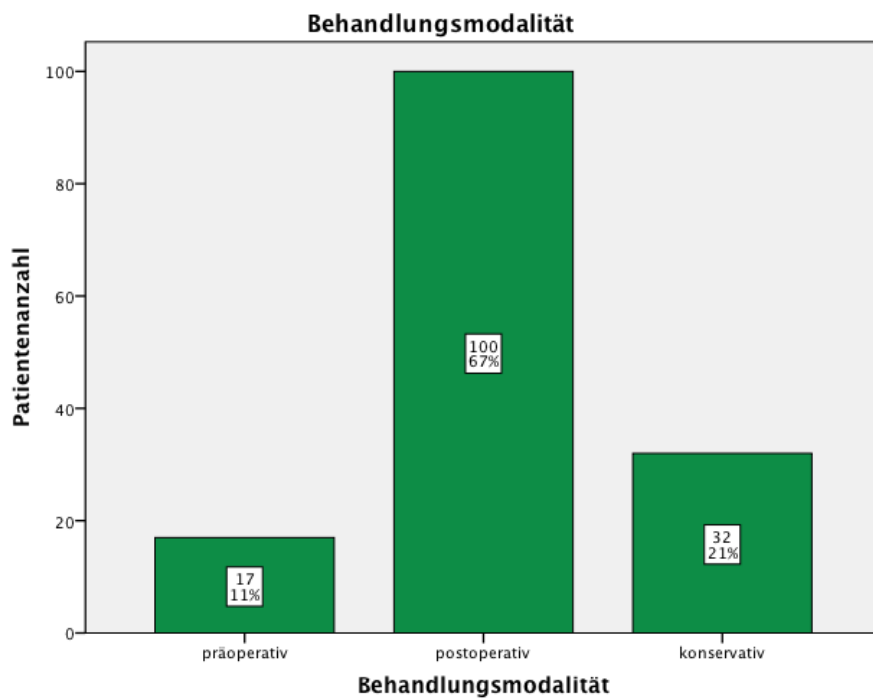


Abbildung 15 Behandlungsmodalitäten

Der Großteil der beobachteten Patienten wurde postoperativ (67%) auf der Bettenstation betreut. Nur jeweils ein kleiner Teil wurde präoperativ (11%) oder konservativ (21%) betreut.

Das Sprachverständnis der beobachteten Patienten war in fast allen Fällen gut (94%). Als schlecht wurde das Sprachverständnis bewertet, wenn sich die Patientin/der Patient nicht verständlich auf Deutsch artikulieren konnte, oder das Verständnis der deutschen Sprache nicht ausgereicht hat, um das in der Visite Gesagte zu verstehen. Falls das Sprachverständnis als schlecht bewertet worden ist, wurde oft auf Englisch kommuniziert oder im Verlauf der Visite um einen Dolmetscher gebeten.

3.2 Die Analyse des Beobachtungsprotokolls

3.2.1 Beobachtung der Gesprächsimpulse

Es wurden insgesamt 2401 Impulse davon 616 Fragen und 1785 Aussagen zwischen den Visitenteilnehmerinnen/den Visitenteilnehmern beobachtet.

Gesprächsimpulse an alle Visitenteilnehmer in absoluten Zahlen									
	OA		AA		PFL		PAT		
Impulse gesamt	1099		229		192		881		
Fragen gesamt	376		62		45		133		
Aussagen gesamt	723		167		147		748		
Verlauf	486	$M=0,54\pm 1,00$	99	$M=0,11\pm 0,45$	75	$M=0,08\pm 0,37$	400	$M=0,45\pm 1,10$	
Nächster Schritt	455	$M=0,51\pm 1,01$	108	$M=0,12\pm 0,47$	102	$M=0,11\pm 0,42$	331	$M=0,37\pm 0,89$	
Austritt	128	$M=0,14\pm 0,51$	21	$M=0,02\pm 0,17$	14	$M=0,02\pm 0,13$	120	$M=0,13\pm 0,50$	
Psychosoziale Info	30	$M=0,10\pm 0,37$	1	$M=0,00\pm 0,58$	1	$M=0,00\pm 0,58$	30	$M=0,03\pm 0,23$	

Tabelle 2 Gesprächsimpulse an alle Visitenteilnehmer

Mit 1099 Impulsen hat die visitenführende Ärztin/ der visitenführende Arzt die meisten Gesprächsimpulse während der Visite eingebracht. Die Patientin/der Patient trat mit 881 Impulsen am zweithäufigsten als Impulsgeber in Aktion. Relativ wenige Gesprächsimpulse gingen von der Stationsärztin/ dem Stationsarzt (229 Impulse) und vom Pflegepersonal (192 Impulse) aus.

Wiederum am meisten Fragen wurden von der visitierenden Ärztin/dem visitierendem Arzt gestellt. Aussagen haben die visitierende Ärztin/der visitierende Arzt und die Patientin/der Patient in etwa gleich viele eingebracht (Tabelle 2).

Es fällt auf, dass Gesprächsimpulse hauptsächlich von der visitenführenden Ärztin/dem visitenführendem Arzt und der Patientin/dem Patienten ausgehen, wobei vom ärztlichen

Personal hauptsächlich die Fragen gestellt werden und die Patientin/der Patient den antwortenden Part übernimmt.(Tabelle 2).

Die anderen Teilnehmer der Visite bringen wenige Gesprächsimpulse ein (Tabelle 2). Aus diesem Grund wird sich in der weiteren Analyse auf die Gesprächsimpulse zwischen visitenführender Ärztin/visitenführendem Arzt und Patientin/Patienten beschränkt.

Auch die grafische Aufarbeitung der Daten macht deutlich, dass Interaktion hauptsächlich zwischen visitierender Ärztin/visitierendem Arzt und Patientin/Patient stattfindet. Die bestimmenden Inhalte sind der „bisherige Verlauf“ und die „nächsten Schritte“. Psychosoziale Informationen werden so gut wie nicht ausgetauscht.

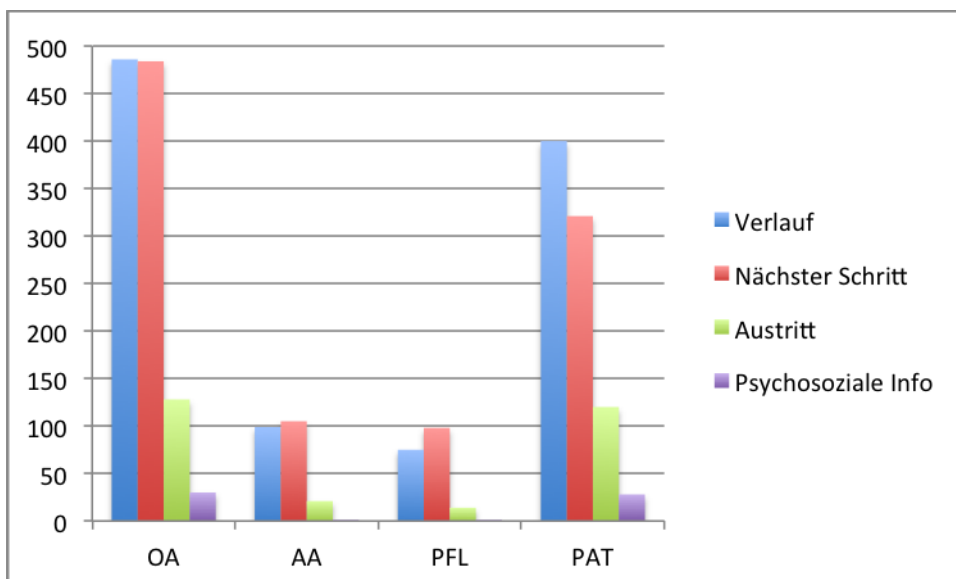


Abbildung 16 Gesprächsimpulse an alle Visiteteilnehmer

Tabelle 3 stellt die Daten aus Tabelle 2 aufgeschlüsselt nach Frage und Aussage da. Die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt bringt im Themengebiet „Verlauf“ gleich viele Impulse mit fragendem und aussagendem Charakter ein. In den weiteren Themengebieten beschränkt sich die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt hauptsächlich auf Aussagen. Nur psychosoziale Informationen werden durch Fragen erlangt.

Wie aus Tabelle 2 schon ersichtlich, beschränkt sich die Patientin/der Patient zumeist auf das Antworten.

Gesprächsimpulse aller Visitenteilnehmer Fragen und Aussagen									
	OA		AA		PFL		PAT		
Verlauf (?)	243	$M=0,54\pm 1,03$	43	$M=0,10\pm 0,48$	11	$M=0,02\pm 0,18$	22	$M=0,05\pm 0,27$	
Verlauf (!)	243	$M=0,54\pm 0,96$	56	$M=0,13\pm 0,43$	64	$M=0,14\pm 0,49$	378	$M=0,84\pm 1,36$	
Nächster Schritt (?)	90	$M=0,20\pm 0,54$	14	$M=0,03\pm 0,20$	29	$M=0,06\pm 0,30$	77	$M=0,17\pm 0,53$	
Nächster Schritt (!)	365	$M=0,82\pm 1,26$	94	$M=0,21\pm 0,61$	73	$M=0,16\pm 0,51$	254	$M=0,57\pm 1,11$	
Austritt (?)	21	$M=0,05\pm 0,25$	4	$M=0,01\pm 0,09$	5	$M=0,01\pm 0,11$	30	$M=0,07\pm 0,31$	
Austritt (!)	107	$M=0,24\pm 0,66$	17	$M=0,04\pm 0,22$	9	$M=0,02\pm 0,16$	90	$M=0,20\pm 0,63$	
Psychosoziale Info (?)	22	$M=0,15\pm 0,47$	1	$M=0,01\pm 0,08$	0	$M=0,00\pm 0,00$	4	$M=0,01\pm 0,11$	
Psychosoziale Info (!)	8	$M=0,05\pm 0,23$	0	$M=0,00\pm 0,00$	1	$M=0,01\pm 0,08$	26	$M=0,06\pm 0,31$	

Tabelle 3 Gesprächsimpulse aller Visitenteilnehmer Fragen und Aussagen

In Tabelle 4 werden die Gesprächsimpulse zwischen der visitenführenden Ärztin/dem visitenführenden Arzt und der Patientin/dem Patienten in den inhaltlichen Untergruppen dargestellt. Bei der Bezeichnung OA-PAT ist die Impulsrichtung von der visitierenden Ärztin/dem visitierenden Arzt zu der Patientin/dem Patient. Bei der Bezeichnung PAT-OA verhält sich die Impulsrichtung genau umgekehrt.

Gesprächsimpulse zwischen visitierendem Arzt und Patient						
	OA-PAT			PAT-OA		
Impulse gesamt	940			728		
Impuls gesamt (?)	340			105		
Impuls gesamt (!)	600			623		
Verlauf (?)	223	$M=1,50\pm 1,29$	18	$M=0,12\pm 0,42$		
Verlauf (!)	199	$M=1,34\pm 1,20$	309	$M=2,08\pm 1,48$		
Nächster Schritt (?)	75	$M=0,50\pm 0,80$	56	$M=0,38\pm 0,75$		
Nächster Schritt (!)	289	$M=1,94\pm 1,46$	214	$M=1,44\pm 1,50$		
Austritt (?)	20	$M=0,13\pm 0,41$	27	$M=0,18\pm 0,49$		
Austritt (!)	104	$M=0,70\pm 0,98$	76	$M=0,51\pm 0,93$		
Psychosoziale Info (?)	22	$M=0,15\pm 0,47$	4	$M=0,03\pm 0,20$		
Psychosoziale Info (!)	8	$M=0,05\pm 0,23$	24	$M=0,16\pm 0,51$		

Tabelle 4 Gesprächsimpulse zwischen visitierendem Arzt und Patient

Die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt stellt dem Patienten zumeist die Fragen, und die Patientin/der Patient beschränkt sich auf das Antworten. Die meisten Kommunikationsimpulse zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient fallen in die inhaltlichen Rubriken „bisheriger Verlauf“ und „nächste Schritte“. Sehr selten werden „psychosoziale Informationen“ angesprochen (Tabelle 4).

Auffallend ist hier die Verteilung der Fragen und Aussagen über die unterschiedlichen Themengebiete. Beim „Verlauf“ werden ungefähr gleich viele Fragen und Aussagen von der visitenführende Ärztin/dem visitenführende Arzt getätigt. Bei den Punkten „nächste Schritte“ und „Austritt“ ist eine deutliche Divergenz zu erkennen. Es werden deutlich mehr Gesprächsimpulse mit Aussagecharakter getätigt (Tabelle 4).

Das läßt zwei Interpretationen zu. Die Ärztin/der Arzt erklärt der Patientin/dem Patienten weitere diagnostische-therapeutische Schritte und plant den Austritt, ohne nachzufragen, ob es Einwände, andere Vorschläge oder Fragen gibt.

Die zweite, patientenzentrierte Interpretationsweise beinhaltet auch die Aufklärung und die Planung des Austritts, aber schließt Fragen nach dem Verständnis des soeben Erläuterten mit ein. Es wird sozusagen ein Feedback der Patientin/des Patienten erbeten.

Abbildung 17 bereitet zur bessern Übersicht die Tabelle 4 grafisch auf. Es wird auf einen Blick deutlich, dass „Austritt“ und „Psychosoziale Informationen“ die am wenigsten behandelten Themengebiete bei den beobachteten Visitenbesprechungen sind.

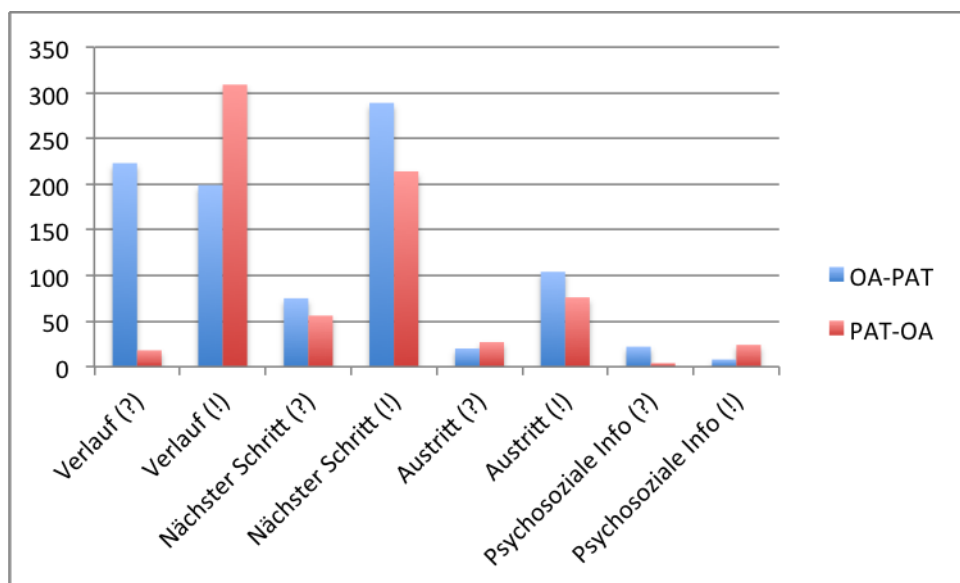


Abbildung 17 Gesprächsimpulse zwischen visitierendem Arzt und Patient

Zur besseren Lesbarkeit der weiteren Auswertung werden die oben erläuterten Abkürzungen verwendet.

3.2.1.1 Gesprächsimpuls zum bisherigen Verlauf

Es wurde insgesamt 1060 Gesprächsimpulsen zum Thema „bisheriger Verlauf“ verzeichnet. Damit wurden in diesem Themenbereich der Visite die meisten Impulse beobachtet (Tabelle 2).

Der OA bringt mit 486 Impulsen mehr Gesprächsimpulse ein als der PAT mit 400 Impulsen.

Der OA richtet im Schnitt 1,5 Fragen mit dem Thema „bisheriger Verlauf“ pro Visitengespräch an den PAT (Tabelle 4). Der PAT hingegen beschränkt sich auf die Antwort der Frage und richtet nur 0,12 Fragen pro Gespräch mit der Thematik an den OA (Tabelle 4). Insgesamt stellt der OA dem PAT 223 Fragen zum Thema „bisheriger Verlauf“. Dagegen stehen 18 Fragen zum Thema bisheriger Verlauf, die von dem PAT an den OA gerichtet sind (Tabelle 4).

3.2.1.2 Gesprächsimpulse zu den nächsten Schritten

Es wurden 996 Impulse, also annähernd viele Gesprächsimpulse wie beim „bisherigen Verlauf“, im Themenbereich „nächste Schritte“ beobachtet.

Es werden 455 Gesprächsimpulse vom OA eingebracht und 331 Gesprächsimpulse vom PAT (Tabelle 2).

Der OA richtet hier im Schnitt nur 0,5 Fragen pro Gespräch an den PAT. Der OA richtet aber vermehrt Äußerungen mit Aussagecharakter an den PAT (Tabelle 4).

Der PAT hingegen fragt, in diesem Themenbereich, deutlich öfter. Im Schnitt stellt der PAT dem OA 0,38 Fragen pro Gespräch (Tabelle 4).

3.2.1.3 Gesprächsimpulse zum Austritt

Der Austritt des Patienten nimmt, mit insgesamt nur 283 verzeichneten Impulsen, einen deutlich kleineren Anteil an dem Visitengespräch ein, als die davor beschriebenen Themen.

Die Initiative liegt mit 128 Impulsen zu 120 Impulsen zwar immer noch beim OA, doch fragt hier erstmalig der PAT mehr als der OA (Tabelle 4). Der OA stellt im Schnitt nur 0,13 Fragen pro Gespräch. Der PAT hingegen 0,18 Fragen die den Austritt betreffen (Tabelle 4).

3.2.1.4 Gesprächsimpulse zur Psychosozialen Information

Mit nur 62 Gesprächsimpulsen insgesamt stellt dieser Themenbereich in den beobachteten Visitengesprächen, den kleinsten Teil dar.

Die Verteilung der Gesprächsimpulse zwischen OA und PAT sind mit 30 zu 30 Impulsen ausgeglichen (Tabelle 2). Auffällig ist hier wiederum, dass der OA bei den Fragen die

Initiative ergreift (Tabelle 4). Der PAT fragt nur 4 mal in 149 beobachteten Gesprächen etwas zu diesem Thema.

3.2.2 Beobachtete Emotionen

Es wurden nur Emotionen, die die Patientin/den Patienten betreffen, beobachtet. Emotionen zwischen Teilnehmern des Visitentteams wurden im Patientenzimmer nicht beobachtet. Aus Tabelle 5 wird ersichtlich, dass Emotionen hauptsächlich zwischen OA und PAT ausgetauscht werden.

Beobachtete Emotionen			
	Emotion angesprochen	Emotion aufgegriffen	Emotion ignoriert
OA-PAT	10	30	3
AA-PAT	0	4	0
PFL-PAT	0	1	0
PAT-OA	24	5	0
PAT-AA	4	0	0

Tabelle 5 Beobachtete Emotionen

Insgesamt wurden 38 mal Emotionen während der 149 Visitingespräche angesprochen. Aufgegriffen wurden Emotionen 40 mal und ignoriert 3 mal in den beobachteten Gesprächen. Man würde erwarten, dass mehr Emotionen angesprochen werden als anschließend aufgegriffen werden. Diese Divergenz zwischen angesprochenen und aufgegriffenen Emotionen kommt dadurch zustande, dass Emotionen die nonverbal kommuniziert werden mit dem Beobachtungsprotokoll nicht erfasst werden konnten.

Wenn Emotionen zur Sprache kommen, ergreift zumeist die Patientin/der Patient die Initiative (Abbildung 18).

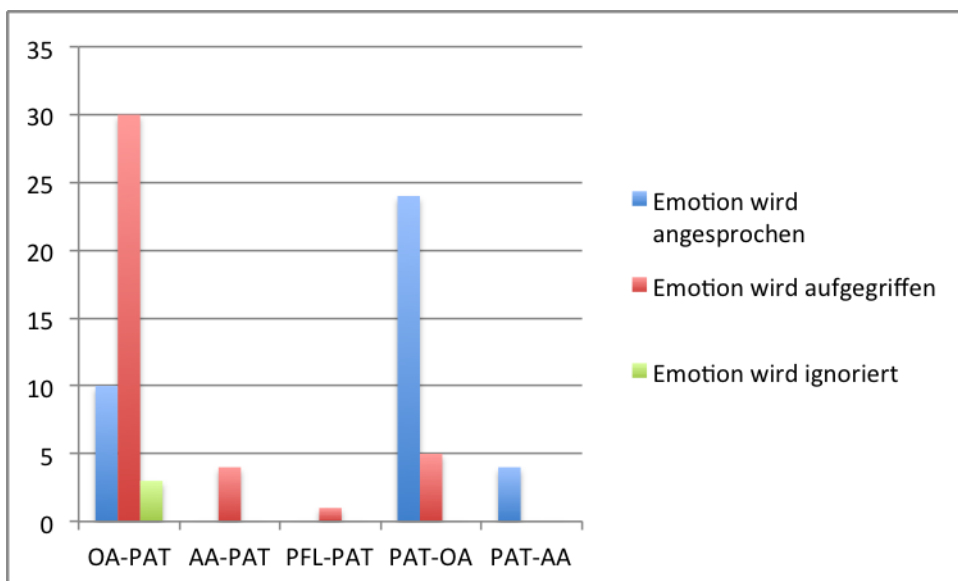


Abbildung 18 Beobachtete Emotionen

3.2.3 Die Gesprächsstruktur

In dem Punkt Gesprächsstruktur wurde von dem möglichen Ranking 1-5 (siehe 2.4.3.3) nur 1, 2 und 3 vergeben.

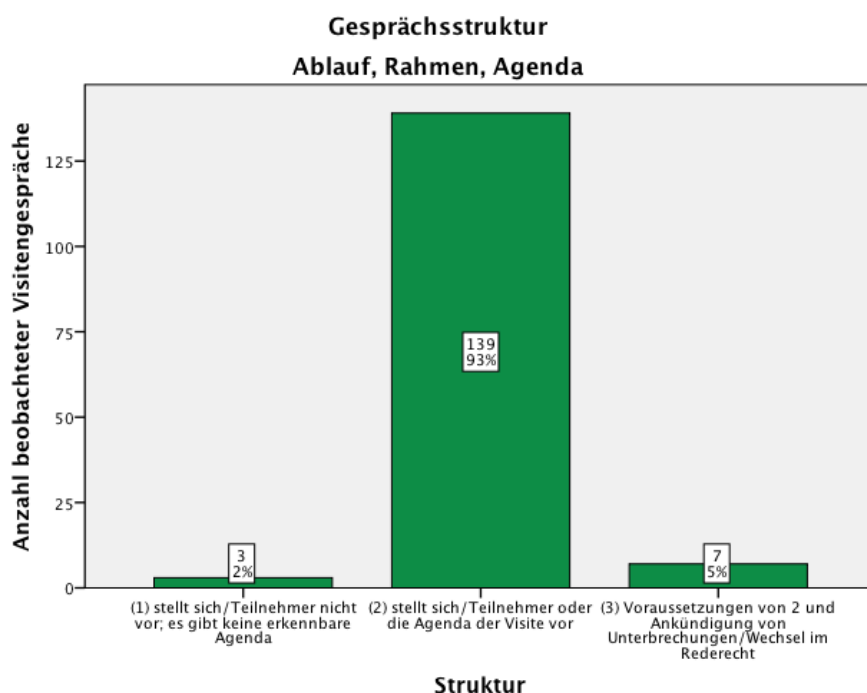


Abbildung 19 Gesprächsstruktur

In den meisten Fällen stellte die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt sich und das restliche Visitenteam vor oder erklärte die Agenda des Visitengesprächs (Ranking 2: 93%). Selten stellte sich die visitenführende Ärztin/der visitenführende Arzt gar nicht vor (Ranking 1: 2%). In 5% der Beobachtungen erläuterte die Ärztin/der Arzt die Agenda (Ranking 3: 5%).

Durch die Tatsache, dass zwei Beobachter das Rankingsystem verwendet haben, erscheint es sinnvoll, die Bewertungen der Beobachter einzeln zu betrachten. Hierfür wurden die erhobenen Daten der einzelnen Beobachter getrennt von einander analysiert. Der Mittelwert der vergebenen Punkte erscheint hier als probates Tool.

Wenn man die Bewertung (Rankingsystem 1-5), hinsichtlich Gesprächsstruktur, der zwei Beobachter betrachtet, fällt auf, dass mit einem Mittelwert von 2,02 (Beobachter 1) und einem Mittelwert von 2,03 (Beobachter 2) die Bewertung recht kongruent ist. Beobachter 1 hat allerdings nie den Rank 1 (stellt sich/Teilnehmer nicht vor; es gibt keine erkennbare Agenda) vergeben.

3.2.4 Die Gesprächstechnik

Warten, Wiederholen, Spiegeln und Zusammenfassen wurde von Langewitz als wichtiges Werkzeug für die gelungene Gesprächsführung definiert (Uexküll and Adler 2012). Es war auch hier ein Ranking von 1-5 möglich (siehe 2.4.3.3). Bei den Beobachtungen wurde das Ranking 5 nicht vergeben.

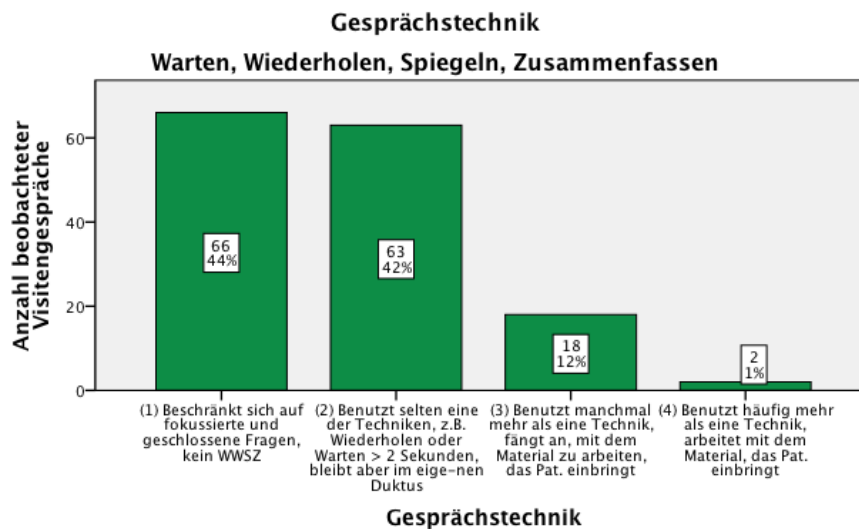


Abbildung 20 Gesprächstechnik

Am häufigsten hat die visitierende Ärztin/der visitierende Arzt sich auf geschlossene Fragen beschränkt (Ranking 1: 44%) oder nur selten eine Technik des WWSZ benutzt (Ranking 2: 42%). Selten wurde beobachtet, dass mehr als eine Technik des WWSZ benutzt wurde (Ranking 3: 12%). Dass häufig mehr als eine Technik des WWSZ gebraucht wurde, kam in nur zwei Beobachtungen vor (Ranking 4: 1%).

Bei getrennter Betrachtung der Punktevergabe der beiden Beobachter für die Gesprächstechnik ist eine Homogenität nicht gegeben. Beobachter 1 (Mittelwert 1,33) hat durchschnittlich deutlich weniger Punkte vergeben als Beobachter 2 (Mittelwert 2,16).

3.2.5 Die Informationsübermittlung

Eine strukturierte Übermittlung von Information erleichtert die Aufnahme und das Verarbeiten der gebotenen Information maßgeblich (Uexküll and Adler 2012, Langewitz 2013).

Langewitz definiert in seinem Beobachtungsprotokoll 5 Ankerpunkte die einem Ranking von 1-5 entsprechen (siehe 2.4.3.3).

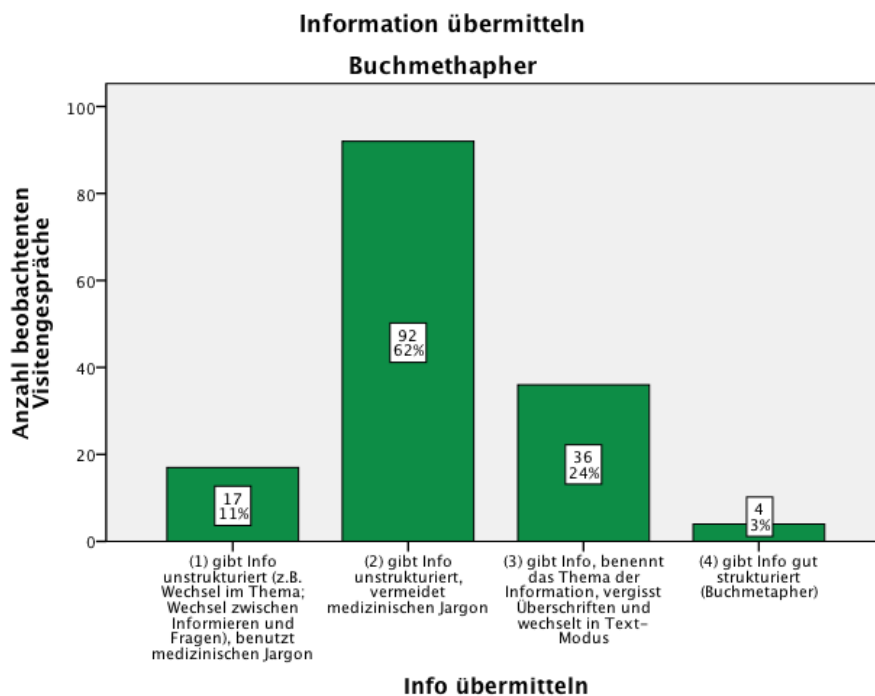


Abbildung 21 Informationsübermittlung

Bei 11% der beobachteten Gespräche wurde Information unstrukturiert und gespickt mit medizinischem Jargon übermittelt. Unstrukturierte Informationsvermittlung, bei der medizinischer Jargon vermieden wurde, ist zu 62% beobachtet worden. Teilweise strukturiert wurde Information zu 24% vermittelt. Nur sehr selten (3%) wurde Information in Form, der von Langewitz beschriebenen Buchmetapher, angeboten.

In der Rubrik Informationsübermittlung, bei getrennter Betrachtung, fällt auch hier auf, dass Beobachter 1 (Mittelwert 1,88) durchschnittlich weniger Punkte vergeben hat als Beobachter 2 (Mittelwert 2,55).

3.2.6 Die Gesprächsatmosphäre

Es fällt sehr schwer, etwas Subjektives wie Gesprächsatmosphäre zu messen. Langewitz hat dies mit einem Rankingsystem von 1-5 (siehe 2.4.3.3) versucht. Das Ranking 5 wurde nie beobachtet. Aus dem verwendeten Beobachtungsprotokoll geht hervor, dass ihm unter

anderem der Blickkontakt und eine angemessene Lautstärke im Gespräch als wichtige Parameter zur Messung der Gesprächsatmosphäre imponieren.

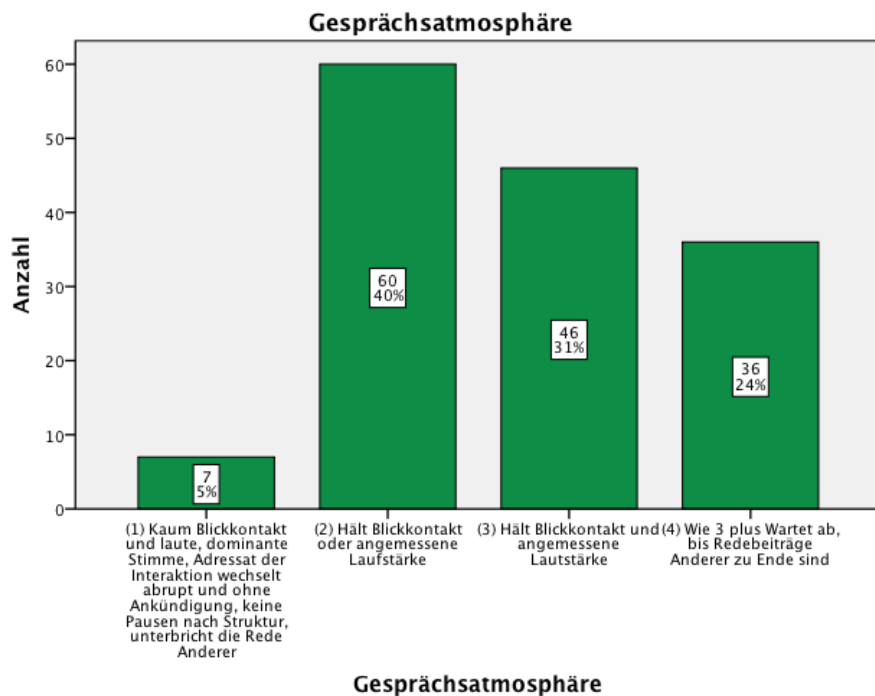


Abbildung 22 Gesprächsatmosphäre

Nur selten wird das Gespräch mit einer lauten und dominanten Stimme geführt (Ranking 1: 5%). Am häufigsten wird Blickkontakt oder eine angemessene Lautstärke gehalten (Ranking 2: 40%). Ca. bei einem Drittel der Beobachtungen wurde sowohl Blickkontakt als auch eine angemessene Lautstärke gehalten (Ranking 3: 31%). Bei einem Viertel der Gespräche wurde zusätzlich gewartet bis Redebeiträge Anderer zu Ende waren (Ranking 4: 24%).

Die Erfassung der Gesprächsatmosphäre erfolgte ähnlich inhomogen. Beobachter 1 (Mittelwert 2,38) hat auch hier durchschnittlich weniger Punkte vergeben als Beobachter 2 (Mittelwert 3,19).

4 Diskussion

Da die Untersuchung frühzeitig abgebrochen wurde, kann ein Effekt des Kommunikationstrainings auf die Visite nicht gezeigt werden. Die Beobachtungen ermöglichen aber eine Aussage über Kommunikationsmuster, Informationsvermittlung und Schwerpunktthemen der Visite auf der Bettenstation der Unfallchirurgie des LKH Graz.

Es konnten Stärken und Schwächen des Beobachtungsprotokolls und der Fragebögen in ihrer inhaltlichen Zusammensetzung und ihrer Praktikabilität in der Durchführung gezeigt werden.

Es wurden Informationen für die Gestaltung eines Kommunikationstrainings, das speziell auf die Bedürfnisse der Gesprächsführung an der Klinik für Unfallchirurgie des LKH Graz zugeschnitten ist, gewonnen.

Die Studie dient als Voruntersuchung für weiterführende Studien mit den verwendeten Beobachtungsprotokollen und Fragebögen.

4.1 Was muss Kommunikationstraining leisten

Die erhobenen Beobachtungen können für die Erstellung eines Kommunikationstrainings herangezogen werden. Es erscheint sinnvoll, sich Besonderheiten der beobachteten Visiten vor Augen zu führen und anschließend über eine passende Trainingsform nachzudenken.

Es können vier Auffälligkeiten der Visite definiert werden:

- Interaktion findet fast nur zwischen visitierender Ärztin/visitierendem Arzt und Patientin/Patient statt. Interdisziplinärer Austausch wurde kaum beobachtet (Tabelle 2 und Tabelle 3).
- Inhaltlich beschränkt sich die Visite auf medizinisch-therapeutische Inhalte. Psychosoziale Informationen und Emotionen finden kaum Platz (Tabelle 2 und Tabelle 4).
- Es mangelt an Gesprächsstruktur und strukturierter Informationsvermittlung (Abbildung 19 und Abbildung 21).
- Patientenorientierte Gesprächstechniken werden von der Ärztin/dem Arzt kaum verwendet (Abbildung 20).

Diese vier Punkte sind keinesfalls nur bei den Visitengesprächen auf der Unfallchirurgie des LKH Graz zu finden, sondern häufige Beobachtungen, die in der Literatur und in anderen Untersuchungen bereits beschrieben wurden.

Manias stellt in seiner Untersuchung fest, dass von Seiten der Pflege vermehrt interdisziplinärer Austausch gefordert wird (Manias and Street 2001).

Dass psychosoziale Inhalte und das Äußern von Emotionen bei der Visite zu kurz kommen, zeigen Fragebogenuntersuchungen von Weber aus dem Jahr 1996. Patientinnen/Patienten geben unter anderem an, dass sie keinen Ansprechpartner für Sorgen haben, Ärztinnen/Ärzte nicht einfühlsam und rücksichtsvoll sind und dass mit Ärztinnen/Ärzten kein vertrauliches Gespräch möglich sei (Uexküll and Adler 2012). Hierbei ist allerdings anzumerken, dass das spezifische Setting Visite nur einen begrenzten Rahmen für emotionale Gespräche bieten kann. Es wird daher besondere kommunikative Kompetenz benötigt, Emotionen situationsadäquat aufzugreifen. Gegebenenfalls kann ein Gesprächsangebot in einem anderen Rahmen und zu einem anderen Zeitpunkt unter vier Augen angeboten werden, um die belastete Situation nicht in aller Öffentlichkeit unnötig zu vertiefen. Weiter zeigt Webers Untersuchung, dass Gesprächsstruktur und strukturierte Informationsweitergabe von der Patientin/dem Patienten gewünscht wird, aber oft nicht zu dessen voller Zufriedenheit geschieht. Es fühlen sich 13% der befragten Patientinnen/Patienten nicht vollständig und 10% nicht verständlich über ihre Krankheit informiert (Uexküll and Adler 2012).

33% der befragten Patientinnen/Patienten geben an, bei Behandlungen nicht mitentscheiden zu können (Uexküll and Adler 2012). Die Daten bestätigten das Bestreben nach dem „mündigen Patienten“, der aktiv in den Entscheidungsprozess eingeschlossen wird. Patientenorientierte Gesprächsführung kann unserer Meinung nach ein erster Schritt zum „mündigen Patienten“ sein.

Aus den angeführten Untersuchungen wird deutlich, dass die vier Punkte häufige Fehler in der Visitenkommunikation darstellen. So erscheint es sinnvoll, sich die vier Punkte genauer anzuschauen und gegebenenfalls in einem Kommunikationstraining besonders zu behandeln.

Wenn man die Visite als „zentralen Marktplatz der Kommunikation im Krankenhaus“ betrachtet, ist es nur selbstverständlich, dass alle Berufsgruppen die mit der Patientin/dem Patienten interagieren auch in die Visite integriert werden. Die Pflege unterstützt Patientinnen/Patienten in ihrer täglichen Routine und erhält so Informationen, die für die Behandlung und Betreuung der Patientin/des Patienten entscheidend sind (Weber, Stockli et al. 2007). Anzuführen ist, dass bei unserer Untersuchung nur die Visite am Krankenbett beobachtet wurde und nicht die Vor- und Nachbesprechung, die für den Austausch

zwischen Ärztin/Arzt und Pflege gedacht ist. Je nach visitierender Ärztin/visitierendem Arzt wurden diese Teile mehr oder weniger zum interdisziplinären Austausch genutzt. Unsere Untersuchung hat zur Vor- und Nachbesprechung aus oben angeführten Gründen keine Daten generiert. Für Folgeuntersuchungen wären dies beiden Teile der Visite interessant und relevant, um den gesamten Visitenablauf in seiner Dreiteilung nach dem „Ulmer Visiten-Modell“ (Uexküll and Adler 2003) zu untersuchen.

Gegebenheiten aus dem biologischen- dem psychologischen- und dem sozialen System tragen zum subjektiven Leiden und subjektiven Wohlbefinden bei und sollten deshalb bei jeder Arzt-Patienten-Kommunikation Beachtung finden (Uexküll and Adler 2012). Der biologische Teil wurde bei den Beobachtungen behandelt. Kaum angesprochen wurden soziale Faktoren und Emotionen.

Es wurde gezeigt, dass sich Patientinnen/Patienten oft unzureichend informiert fühlen und sich an gegebene Informationen nur unzureichend erinnern können (Krupp, Spanehl et al. 2000, Uexküll and Adler 2012). Dies kann durch eine geordnete Gesprächsstruktur und eine strukturierte Informationsübermittlung verbessert werden (Langewitz, Ackermann et al. 2015).

Die Verwendung von patientenorientierten Gesprächstechniken führt im Idealfall zu einer patientenorientierten Gesprächsführung. Das hat den Vorteil, dass die Patientin/der Patient die Möglichkeit erhält, sein Anliegen und seine Sicht der Dinge kundzutun und dadurch mehr Informationen liefert. Für die Technik WWSZ konnte Langewitz zeigen, dass die Menge an erhaltenen Informationen mit der Häufigkeit des Verwendens von WWSZ korreliert (Uexküll and Adler 2012).

Die patientenorientierte Gesprächsführung ist außerdem ein erster Schritt zum immer öfter geforderten „mündigen Patienten“ der zusammen mit dem ärztlichen Personal Entscheidungen über Diagnostik und Therapie trifft (Faller 2012).

Ob eine patientenzentrierte Gesprächsführung in jedem Fall positiv für die Patientin/den Patienten ist, bleibt noch zu untersuchen. Woodcock konnte zeigen, dass nach einem patientenorientiertem Gesprächstraining der Ärztinnen/Ärzte die Patientinnen/Patienten zufriedener mit ihrer Behandlung waren und sich gesünder gefühlt haben. Jedoch bei objektiven Größen wie Body Mass Index und der Serum Triglyceridkonzentration haben die Patientinnen/Patienten schlechter abgeschnitten (Kinmonth, Woodcock et al. 1998).

Andere Studien zeigen wiederum, dass durch eine Intervention die auf die Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation abzielt, eine positive Beeinflussung kardiovaskulärer Risikofaktoren beobachtet werden kann (Trummer, Mueller et al. 2006, Benner, Erhardt et al. 2008).

Es macht also den Anschein, dass der gesunde Mix aus patientenorientierter und arztzentrierter Gesprächsführung zu bevorzugen ist. Es bietet sich an, möglichst viele Kommunikationstechniken und Strategien zur Verfügung zu haben, um so möglichst individuell auf die Kommunikationsbedürfnisse der Patientin/des Patienten eingehen zu können. Deinzer et al. hat gezeigt, dass höhere Grade an gemeinsamer Entscheidungsfindung mit niedrigeren Blutdruckwerten assoziiert sind, aber nur in der Subgruppe, die gemeinsame Entscheidungsfindung im Vorfeld schon für wichtig erachtet hat. In der Gruppe die gemeinsame Entscheidungsfindung als nicht besonders wichtig erachtet hat, konnte kein Effekt gezeigt werden (Deinzer, Veelken et al. 2009, Schoenthaler, Kalet et al. 2014).

Wie auch nicht jede Diagnostik oder Therapie für jede Patientin/jeden Patienten gleich gut geeignet ist, erscheint es nur logisch, dass auch nicht jede Kommunikationstechnik universell eingesetzt werden kann.

Aus den vier hier erörterten Punkten können nun Inhalte für ein Kommunikationstraining erarbeitet werden. Zu den bereits besprochenen Punkten ist noch anzumerken, dass die Intervention in unserem Fall abgebrochen wurde. Der erste Vorschlag zieht diese Tatsache mit in Betracht.

Vorschläge für Inhalte und Durchführung des Kommunikationstrainings an Hand der beobachteten Defizite bei der Visiten -Kommunikation an der Klinik für Unfallchirurgie am LKH Graz:

- Information, Aufklärung und Motivation des beteiligten Personals vor Beginn der Untersuchung, wie auch die Einpassung des Kommunikationstrainings in den Tagesablauf des ärztlichen Personal erhöht die Wahrscheinlichkeit einer gelungenen Durchführung und vermeidet frühzeitige Abbrüche der Intervention.
- Alle Visitenteilnehmer in den Ablauf der Visite einbinden. Möglicherweise durch Dreiteilung der Visite in Vorbesprechung, Visite am Krankenbett und Nachbesprechung. Bei der Vor- und Nachbesprechung wird das Wissen von Arzt

und Pflege koordiniert (Uexküll and Adler 2003). Die Visite am Krankenbett fokussiert sich auf den Patienten.

- Wiederholung des Bio-Psycho-Sozialen-Modells um die Wichtigkeit der psychosozialen-Informationen zu betonen.
- Strukturierte Informationsübermittlung anhand von Buchmetapher erlernen.
- Auf die Zweiteilung der Arzt-Patienten-Kommunikation in patientenzentrierte und arztzentrierte Kommunikation hinweisen. Gesprächstechniken wie WWSZ und NURSE erlernen, um den patientenzentrierten Teil der Kommunikation zu verbessern und professionell mit Emotionen umzugehen.

Wie gelingt es nun, das Personal von der Notwendigkeit einer gelungenen Kommunikation im Visitengespräch zu überzeugen, und wie kann man Inhalte für das Kommunikationstraining finden, die für den jeweiligen Fachbereich, die jeweilige Station wichtig und geeignet sind.

Eine Möglichkeit ist, das Personal und die Patienten der jeweiligen Station mittels standardisiertem Interview und Fragebögen nach ihren Erwartungen an die Visite zu fragen, wie es z.B. auch Weber in Basel gemacht hat (Uexküll and Adler 2012). So wird den drei Parteien der Visite Ärztin/Arzt, Pflege und Patientin/Patienten die Möglichkeit eingeräumt positive als auch negative Kritik zu äußern.

Unsere Annahme ist, dass so die Akzeptanz und die Motivation für folgende Interventionen gesteigert werden kann und anhand der Daten inhaltliche Schwerpunkte für das Kommunikationstraining definiert werden können.

Wichtig erscheint auch, während der Durchführung der Untersuchung das Personal über den Stand der Dinge zu informieren.

Eine konkrete Durchführung eines Kommunikationstrainings mit Informationsveranstaltungen und Teilhabe des Personals an den generierten Daten könnte wie folgt aussehen.

- Informationsveranstaltung allgemein. Aufklären, Informieren und Motivieren.
- Strukturiertes Interview und Fragebogenuntersuchung zur Erfassung der Erwartung an die Visite der unterschiedlichen Berufsgruppen und der Patientinnen/Patienten
- Informationsveranstaltung mit Analyse der Ergebnisse aus Interview und Fragebogen. Vorstellen des geplanten Kommunikationstrainings.

- Individualisiertes Kommunikationstraining bestehend aus einem Theorieteil, einem Praxisworkshop mit Rollenspiel und einer persönlichen Begleitung im Arbeitsalltag.
- Informationsveranstaltung über Beobachtung vor und nach dem Kommunikationstrainings. Aufzeigen von Stärken, Schwächen und dem Lerneffekt.

Beobachtungen mittels beschriebenen Beobachtungsprotokoll und Fragebogen sind vor und nach dem Kommunikationstraining durchzuführen.

4.2 Stärken und Schwächen der Studie

Unsere 149 Beobachtungen bieten Auskunft über Kommunikationsmuster. Wer spricht mit wem, wer stellt die Fragen und wer antwortet.

Die Verteilung von Themengebieten im Visitengespräch wird deutlich. Medizinisch-therapeutische Inhalte bestimmen das Gespräch. Psychosoziale Informationen und Emotionen werden kaum in der Visite thematisiert. Außerdem ist mit der Untersuchung von 11 Ärztinnen/Ärzten eine Einschätzung von verwendeten Kommunikationstechniken auf der Bettenstation der Unfallchirurgie des LKH Graz möglich.

Durch das standardisierte Beobachtungsprotokoll wird eine Objektivierung von schwer zu objektivierenden Themen versucht. Die Bewertung der Gesprächsatmosphäre wird mit jedem Beobachtungstool eine subjektive Komponente behalten.

Durch die zweiwöchige Vorbereitungsphase konnte eine gewissen Kongruenz der zwei Beobachter erzielt werden. Leider ist die Dokumentation der Vorbereitungsphase nicht lückenlos geglückt, so dass für die durchgeführte interrater Reliabilitätsanalyse im Juni 2015 erneut Daten generiert werden mussten. Die Analyse war zum Zeitpunkt des Abschlusses der Arbeit noch nicht fertig. Für die Auswertung der interrater Reliabilitätsanalyse möchte ich auf die Arbeit „Einschätzung der Qualität und des Ablaufes der Visitengespräche an einer Universitätsklinik für Unfallchirurgie aus ärztlicher- und Pflegeperspektive: Möglichkeiten zur Optimierung!“ von Nina Berghofer hinweisen.

Eine getrennte Auswertung zwischen Ärzten und Ärztinnen ist aus unseren Daten nicht möglich, wäre aber gerade im Bereich Gesprächsatmosphäre und Kommunikationstechniken interessant. Auch bei den Interaktionsmustern wäre eine Aufschlüsselung in Geschlechter nicht uninteressant. Es stellt sich die Frage, sind Frauen weniger dominant und bieten der Patientin/dem Patienten so mehr Raum, das

Visitengespräch mit ihren/seinen Anliegen und Sorgen zu füllen. Geht ein Geschlecht mehr auf psychosoziale Informationen und Emotionen ein als das andere?

Dass die geplante Interventionsstudie nicht durchgeführt werden konnte, ist einerseits dem Führungswechsel und dem Verschieben von Prioritäten geschuldet, andererseits kann man auch einen Mangel an Motivationsversuchen von Seiten des Studienteams als Grund für den Abbruch in Erwägung ziehen. Wie Motivation und Integration des Personals in die Studie besser glücken könnte, wurde oben unter 4.1 bereits beschrieben.

4.2.1 Stärken und Schwächen des Beobachtungsprotokolls

Das verwendete Beobachtungsprotokoll erfasst Interaktionsmuster der Visitenteilnehmer und die besprochenen Themengebiete der Visite akkurat. Durch das direkte Erfassen der Gesprächsimpulse auf einem Beobachtungsprotokoll entfällt der aufwändige Prozess der Aufnahme und Transkription. Die Dateneingabe ist so direkt vom Beobachtungsprotokoll möglich. Das spart Zeit und einen zusätzlichen Arbeitsschritt, der wiederum eine Quelle für Fehler darstellen kann.

Die Technik der Aufnahme und Transkription, die bei mehreren Studien zum Thema Visitenkommunikation Verwendung fand (Feldbauer 2011, Rüdiger 2011), erscheint zuerst als gute Idee, ist aber zeitaufwändig und fehleranfällig. Hauptproblem bei dieser Technik ist die schlechte Aufnahmequalität und die Hintergrundgeräusche, die dazu führen, dass aufgenommene Visitengespräche nicht verwendet werden können. Trotz Hintergrundgeräuschen und leisem, teilweise schwerverständlichem Sprechen der Visitenteilnehmer konnten wir mit dem Beobachtungsprotokoll jedes protokollierte Gespräch für unsere Auswertung verwenden.

Das Rankingsystem bietet eine standardisierte Einschätzung von verwendeten Kommunikationstechniken und der Gesprächsatmosphäre. Die erfassten Unterpunkte der Kommunikationstechniken sind kongruent mit den im geplanten Kommunikationstraining zu erlernenden Techniken. Dadurch ist eine Kontrolle des Effekts des geplanten Kommunikationstraining möglich.

Die Daten zum Patientenkollektiv sind so aufgebaut, dass diese leicht während der Visite erhoben werden können. Die Behandlungsmodalität ist auf der Unfallchirurgie meist leicht erkennbar oder wird im Laufe der Visite angesprochen. Das Geburtsdatum der Patientin/des Patienten ist auf der Bettenstation der Unfallchirurgie des LKH Graz am Bett vermerkt und auch das Geschlecht der Patientin/des Patienten ist mit einem Blick zu evaluieren.

Die Einteilung der Patienten in Altersgruppen und das Verteilen von Patientennummern garantiert der Patientin/dem Patienten Anonymität.

Nicht erfasst wurde der sehr interessante zeitliche Aspekt der Visite. Auf dem Beobachtungsprotokoll ist zwar die Möglichkeit gegeben die Zeit des Visitengesprächs zu notieren, allerdings ist die Praktikabilität nicht gegeben. Das Ausfüllen des Protokolls fordert die gesamte Konzentration der Beobachterin/des Beobachters, so dass keine Kapazität für das Stoppen der Zeit vorhanden ist.

Nicht gut praktikabel ist auch das Rankingsystem. Bei Mehrbettzimmern fehlt schlichtweg die Zeit, das Ranking der Kommunikationstechnik auszufüllen. In unserem Fall wurde nur jedes zweite Gespräch beobachtet, damit das Rankingsystem ausgefüllt werden konnte. Es war uns nur möglich, die visitierende Ärztin/den visitierenden Arzt zu bewerten, da die anderen Visitenteilnehmer hauptsächlich eine beobachtende und unterstützende Rolle übernehmen. An dieser Stelle ist anzufügen, dass trotz vorbereitendem Training und standardisiertem Rankingsystem immer Divergenzen zwischen zwei Beobachtern bestehen werden.

Es ist anzudenken, ob die Beobachtung nicht gleichzeitig von zwei Beobachtern durchgeführt werden sollte. Beobachter 1 könnte sich auf die Gesprächsimpulse konzentrieren und Beobachter 2 sich um das Ranking der Kommunikationstechniken, die Patientendaten und das Stoppen der Zeit kümmern. Dieses Vorgehen würde auch nur einen minimalen Mehraufwand bedeuten, da statt jedem zweiten Gespräch jedes Gespräch beobachtet werden könnte. Natürlich bedarf dieses Vorgehen einer besonders guten Absprache der zwei Beobachter.

Das Rankingsystem ist mit den von Langewitz definierten Ankerpunkten zwar standardisiert aber auch recht umfangreich. Es bedarf einer gewissen Übung und Verinnerlichung um das System schnell und akkurat anzuwenden. In der Übungsphase wurde bemerkt, dass einige Ankerpunkte nicht eindeutig formuliert sind. Die unklare Formulierung trägt zu Diskussion und Missverständnissen bei.

Emotionen, die im Raum stehen aber nicht benannt werden, können nicht mittels Beobachtungsprotokoll dokumentiert werden. Es ist anzudenken, ob die Dokumentaion der Emotionen um den Punkt „Nonverbale Emotion“ oder „Emotion steht im Raum“ erweitert werden sollte.

Als nicht praktikabel stellte sich auch das Erfassen der Vor- und Nachbesprechung der Visite heraus. Der zeitliche Aspekt und das Handling der Beobachtungsprotokolle wurde hier als Limitation gesehen. Bei der Vor- und Nachbesprechung von Mehrbettzimmern

müssen bis zu vier Beobachtungsprotokolle in sehr kurzer Zeit bearbeitet werden. Außerdem war für die Beobachter nicht immer klar ersichtlich, über welche Patientin/welchen Patienten gerade gesprochen wurde. Bei einer sehr gut strukturierten Vor- und Nachbesprechung und Rücksichtnahme auf die Beobachterin/den Beobachter erscheint eine Beobachtung mit dem verwendeten Protokoll als möglich aber im Stationsalltag auf der Unfallchirurgie am LKH Graz als Utopie.

Interessant ist bei der Beobachtung der „drei geteilten Visite“ die Zuordnung in Vorbesprechung, Visite am Krankenbett und Nachbesprechung. Das ist mit dem verwendeten Beobachtungsprotokoll nicht möglich.

Formatierungsfehler erschweren das Handling des Protokolls. Das Beobachtungsprotokoll beinhaltet drei Din A 4 Seiten, was ein wildes Blättern bei der Beobachtung zu Folge hat. Die Untergruppe „Austritt“ der Gesprächsimpulse ist auf zwei Seiten aufgeteilt und erschwert so den Vermerk von Gesprächsimpulsen.

Die Formatierungsfehler wurden im Lauf der Übungsphase bemerkt und behoben.

Probleme, die während der Beobachtung aufgetreten sind und wahrscheinlich auch zur Divergenz der zwei Beobachter mit beigetragen haben, sind leises unverständliches Sprechen der Visitanteilnehmer und Hintergrundgeräusche wie Baulärm. Das häufig beobachtete Phänomen, dass Fragen als Aussagen formuliert werden und nur die Modulation am Ende des Satzes auf die fragende Intention hinweist, führt dazu, dass bei der Beobachtung von Fragen und Aussagen, Unterschiede auftreten. Die beiden letzten Schwierigkeiten bei der Beobachtung der Visitengespräche sind die Beurteilung ab wann ein Gesprächsimpuls zu Ende ist, und wer der Ansprechpartner des getätigten Impulses ist.

Es ist anzunehmen, dass das Beobachtungsprotokoll zur Erfolgsbewertung des geplanten Kommunikationstrainings herangezogen werden kann.

Wenn vermehrt Fragen der Patientin/des Patienten beobachtet werden, stünde das für mehr Raum, den die Patientin/der Patient mit seinen Anliegen und Sorgen füllen kann.

Werden vermehrt Impulse im Themengebiet psychosoziale Information und Emotionen vermerkt, kann dies für eine Beachtung des Bio-Psycho-Sozialen Modells und das Verwenden der Kommunikationstechnik NURSE sprechen.

Wird im Rankingsystem bemerkt, dass die Technik des WWSZ oder eine strukturierte Informationsübermittlung nach dem Verständnis der Buchmetapher öfter Verwendung findet, wäre auch das ein Indiz für ein gelungenes Kommunikationstraining.

4.3 Zusammenfassung der Diskussion

Die Untersuchung wurde frühzeitig abgebrochen und kann deshalb keinen Effekt des Kommunikationstraining auf die Visite zeigen. Die Beobachtungen ermöglichen aber eine Aussage über Kommunikationsmuster, Informationsvermittlung und Schwerpunktthemen der Visite auf der Bettenstation der Unfallchirurgie des LKH Graz.

Die Auswertung der Beobachtung hat vier Defizite der Visite identifiziert.

Interaktion findet hauptsächlich zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient statt. Interdisziplinärer Austausch wurde kaum beobachtet.

Inhaltlich beschränkt sich die Visite auf medizinisch -therapeutische Inhalte. Psychosoziale Informationen und Emotionen finden kaum Platz.

Bei der Gesprächsführung mangelt es an Gesprächsstruktur und patientenorientierten Gesprächstechniken.

Die Defizite sollten bei einem künftigen Kommunikationstraining Beachtung finden.

Es konnten Stärken und Schwächen des Beobachtungsprotokolls und der Fragebögen in ihrer inhaltlichen Zusammensetzung und ihrer Praktikabilität in der Durchführung gezeigt werden.

Es ist anzunehmen, dass das verwendete Beobachtungsprotokoll und die verwendeten Fragebögen sich als geeignetes Tool zur Messung des Erfolges des Kommunikationstrainings darstellen.

Um herauszufinden, ob ein Kommunikationstraining das Visitengespräch verändert ist die Durchführung der unter 2.1 beschriebenen Studie nötig.

Unsere Studie dient als Voruntersuchung für weiterführende Studien mit den verwendeten Beobachtungsprotokollen und Fragebögen.

5 Literaturverzeichnis

Back, A. L., R. M. Arnold, W. F. Baile, K. A. Fryer-Edwards, S. C. Alexander, G. E. Barley, T. A. Gooley and J. A. Tulsky (2007). "Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care." Arch Intern Med **167**(5): 453-460.

Benner, J. S., L. Erhardt, M. Flammer, R. A. Moller, N. Rajjicic, K. Changela, C. Yunis, S. B. Cherry, Z. Gaciong, E. S. Johnson, M. C. Sturkenboom, J. Garcia-Puig, X. Girerd and R. O. Investigators (2008). "A novel programme to evaluate and communicate 10-year risk of CHD reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile." Int J Clin Pract **62**(10): 1484-1498.

Bird, J. and S. A. Cohen-Cole (1990). "The three-function model of the medical interview. An educational device." Adv Psychosom Med **20**: 65-88.

Coulter, A. (2005). "What do patients and the public want from primary care?" BMJ **331**(7526): 1199-1201.

Coulter, A. (2006). "Can patients assess the quality of health care?" BMJ **333**(7557): 1-2.

Deinzer, A., R. Veelken, R. Kohnen and R. E. Schmieder (2009). "Is a shared decision-making approach effective in improving hypertension management?" J Clin Hypertens (Greenwich) **11**(5): 266-270.

Dorfmueller, M. (2001). Die ärztliche Sprechstunde: Arzt, Patient und Angehörige im Gespräch. Landsberg/Lech, Ecomed.

Faller, H. (2012). "[Patient-centered communication in the physician-patient relationship]." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz **55**(9): 1106-1112.

Feldbauer, R. (2011). Das ärztliche Gespräch in der orthopädischen Visite am LKH-Univ. Klinikum Graz, Medizinische Universität Graz.

Hoefert, H.-W. and H.-J. Demmel (2008). Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg, Economica-Verlag.

Kinmonth, A. L., A. Woodcock, S. Griffin, N. Spiegel and M. J. Campbell (1998). "Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team." Bmj **317**(7167): 1202-1208.

Krupp, W., O. Spanehl, W. Laubach and V. Seifert (2000). "Informed consent in neurosurgery: patients' recall of preoperative discussion." Acta Neurochir (Wien) **142**(3): 233-238; discussion 238-239.

Langewitz, W., S. Ackermann, A. Heierle, R. Hertwig, L. Ghanim and R. Bingisser (2015). "Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure." Patient Educ Couns **98**(6): 716-721.

Langewitz, W., H. Weber and M. Nübling (1997). Projekt "PatientInnenbefragung" im Kantonsspital Basel. Basel, Kantonsspital.

Langewitz, W. A. (2013). "Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis.

."

Lazare A, P. S., Lipkin M (1995). Three functions of the medical interview. The medical interview. Clinical care, education and research. P.-n. S. Lazare A, Lipkin M. New York Heidelberg, Springer.

Lichtenstern, H. and M. Bauer (2012). Duden Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe [das Standardwerk für Fachleute und Laien] [der aktuelle Stand der medizinischen Terminologie]. Mannheim, Dudenverlag.

Manias, E. and A. Street (2001). "Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds." J Clin Nurs **10**(4): 442-450.

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

Rüdiger, A. J. (2011). Das ärztliche Visitengespräch in der Onkologie -eine Feldstudie unter formal-quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten-, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Schoenthaler, A., A. Kalet, J. Nicholson and M. Lipkin, Jr. (2014). "Does improving patient-practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence." Patient Educ Couns **96**(1): 3-12.

Scholz, H. and G. S. Barolin (1999). Kommunikation im Gesundheitssystem : Handbuch zur Konfliktvermeidung. Göttingen, Verlag für angewandte Psychologie.

Schulz von Thun, F. (2010). Miteinander reden. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Siegrist, J. (1978). Arbeit und Interaktion im Krankenhaus : vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern. Stuttgart, Enke.

Smith, R. C., A. A. Marshall-Dorsey, G. G. Osborn, V. Shebroe, J. S. Lyles, B. E. Stoffelmayr, L. F. Van Egeren, J. Mettler, K. Maduschke, J. M. Stanley and J. C. Gardiner (2000). "Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing." Patient Educ Couns **39**(1): 27-36.

Trummer, U. F., U. O. Mueller, P. Nowak, T. Stidl and J. M. Pelikan (2006). "Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study." Patient Educ Couns **61**(2): 299-306.

Uexküll, T. v. and R. Adler (2012). Psychosomatische Medizin theoretische Modelle und klinische Praxis. München, Elsevier.

Uexküll, T. v. and R. H. Adler (2003). Psychosomatische Medizin : Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München, Urban und Fischer.

van Merriënboer, J. J. and J. Sweller (2010). "Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies." Med Educ **44**(1): 85-93.

Watzlawick, P., J. B. Bavelas and D. D. Jackson (2007). Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern u.a., Huber.

Weber, H. and W. Langewitz [The Basel standard for doctor's visits--chance for a successful interaction triad patient-doctor-nursing staff].

Weber, H., M. Stockli, M. Nubling and W. A. Langewitz (2007). "Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS." Patient Educ Couns **67**(3): 343-348.

6 Anhang

6.1 Information und Einwilligungserklärungen

PatientInneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

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

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

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

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

Einverständniserklärung

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

Ich habe den Text dieser PatientInnenaufklärung und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet.

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

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

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

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

.....

Datum und Unterschrift der Untersuchungsleiterin/des Untersuchungsleiters☒

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

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

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

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

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

Einverständniserklärung

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

Ich habe den Text dieser PatientInnenaufklärung und Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Behandlung entstehen. Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten anonym ausgewertet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

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

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



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

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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!
Wir laden Sie recht herzlich ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen.

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

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

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

Einverständnisklärung

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

Ich habe den Text dieser Einwilligungserklärung gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet.

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

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

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




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

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

6.2 Beobachtungsprotokoll chirurgische Visite

Beobachtungsprotokoll Chirurgische Visite

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

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

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

PAT-Nr.	♀	♂	präop	postop	konservativ	<45	45-64	64-84	>84	Sprachverständnis*

*: 1=gut 2=schlecht

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

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

- (1) stellt sich/Teilnehmer nicht vor; es gibt keine erkennbare Agenda
- (2) stellt sich/Teilnehmer **oder** die Agenda der Visite vor
- (3) Voraussetzungen von 2 und Ankündigung von Unterbrechungen/Wechsel im Rederecht
- (4) stellt sich/Teilnehmer vor **und** die Agenda für die Visite
- (5) Voraussetzungen von 4 **und** Aushandeln der Inhalte der Visite mit dem Patienten

** Ankerpunkte: WWSZ:

- (1) Beschränkt sich auf fokussierte und geschlossene Fragen, kein WWSZ
- (2) Benutzt selten eine der Techniken, z.B. Wiederholen oder Warten > 2 Sekunden, bleibt aber im eigenen Duktus
- (3) Benutzt manchmal mehr als eine Technik, fängt an, mit dem Material zu arbeiten, das Pat. einbringt
- (4) Benutzt häufig mehr als eine Technik, arbeitet mit dem Material, das Pat. einbringt
- (5) Wie 4, gestaltet Übergang von WWSZ auf gezielte Anamnese oder Info-geben

*** Ankerpunkte: Info übermitteln

- (1) gibt Info unstrukturiert (z.B. Wechsel im Thema; Wechsel zwischen Informieren und Fragen), benutzt medizinischen Jargon
- (2) gibt Info unstrukturiert, vermeidet medizinischen Jargon
- (3) gibt Info, benennt das Thema der Information, vergisst Überschriften und wechselt in Text-Modus
- (4) gibt Info gut strukturiert (Buchmetapher)
- (5) wie 4 plus überprüft Verständnis mit, blaming himself'

**** Ankerpunkte: Schafft eine freundliche Gesprächsatmosphäre

- 1) Kaum Blickkontakt und laute, dominante Stimme, Adressat der Interaktion wechselt abrupt und ohne Ankündigung, keine Pausen nach Struktur, unterbricht die Rede Anderer
- 2) Hält Blickkontakt **oder** angemessene Lautstärke
- 3) Hält Blickkontakt und angemessene Lautstärke
- 4) 3 plus Wartet ab, bis Redebeiträge Anderer zu Ende sind
- 5) 4 plus Macht Pausen nach Ankündigungen

6.3 Fragebögen

Patientinnen- und Patientenbefragung zur Visite

Disziplin: _____ Datum: _____

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

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

8. Ärzte und Pflegende arbeiten als gut koordiniertes Team.

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

Weiblich

Männlich

Alter: Jahre

Höchster Bildungsabschluss:

Ich bin mit der Visite auf dieser Station allgemein:

sehr zufrieden

sehr unzufrieden

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

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

sehr positiv

sehr negativ

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

Befragung der Pflegenden zur Visite

Disziplin: _____ Datum: _____

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

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

2. Die Visite ist auf den Stationsablauf abgestimmt.

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

8. Ärzte und Pflegende arbeiten als gut koordiniertes Team.

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

- überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

Angaben zur Person:

Weiblich

Männlich

18-30 Jahre

30-40 Jahre

40-50 Jahre

50-60 Jahre

>60 Jahre

Befragung der Ärztinnen und Ärzte zur Visite

Datum: _____

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

1. Die Visite verläuft effizient und hat Priorität (Pünktlichkeit, keine Störungen/Anrufe, ...)
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

2. Die Visite ist auf den Stationsablauf abgestimmt.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

3. Alle notwendigen Informationen (Vitalparameter; tägliche Laborbefunde) sind zum Zeitpunkt der Visite vorhanden.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

4. Die Visite findet in Begleitung einer kompetenten Pflegenden statt.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

5. Pflegende haben genügend Zeit, um relevante Informationen auszutauschen.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

6. Pflegende erhalten alle notwendigen Informationen, um effizient weiterarbeiten zu können.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

7. Die Patienten werden über den Behandlungsverlauf informiert und haben das weitere Procedere verstanden.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

8. Die Patienten haben Gelegenheit im Rahmen der Visite über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

9. Ärzte und Pflegende arbeiten als gut koordiniertes Team.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

10. Lehr- und Lernsituationen für Assistenzärzte sind möglich.
 überhaupt nicht eher nicht eher ja eindeutig ja

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

.....

.....

.....

.....

Zu Ihrer Person:

- Weiblich Männlich
- Nicht-Facharzt Facharzt
- < 30 Jahre 30-40 Jahre 40-50 Jahre 50-60 Jahre >60 Jahre