

**Aus der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik
Tübingen**

Abteilung Innere Medizin VI

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**STRUKTUR, ZIELE UND RAHMENBEDINGUNGEN
DER VISITE
IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN UND
PSYCHOTHERAPIE
AUS PATIENTENSICHT
(PsmVisit)**

**INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Sasse, Blanda Amrei

2018

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. M. Teufel

2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. M. Skardelly

Tag der Disputation: 04.09.2018

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	Definition der Visite	2
1.2	Geschichte der Visite	4
1.3	Visite in Fachbereichen außerhalb der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	6
1.4	Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	10
1.4.1	Geschichte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	10
1.4.2	Entwicklung der Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	11
1.4.3	PEPP-System	13
1.5	Bisherige Studien zur Visite	14
1.5.1	Studien zur Visite generell	14
1.5.2	Studien zur Visite in Fachbereichen außerhalb der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	20
1.5.3	Studien zur Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie	24
1.6	Ziele der Studie	30
2	MATERIAL UND METHODEN	32
2.1	Studienaufbau und Planungsphase	32
2.2	Fragebogenkonstruktion	32
2.2.1	Erster Teil: Angaben zur Person	32
2.2.2	Zweiter Teil: Einzelvisiten	33
2.2.3	Dritter Teil: Gruppensitzungen	35
2.3	Stichprobe	35
2.4	Durchführung der Befragung	35
2.5	Statistische Auswertung	36
3	ERGEBNISSE	38
3.1	Quantitative Ergebnisse	38

3.1.1	Patientenkollektiv.....	38
3.1.2	Rahmenbedingungen	42
3.1.2.1	Zeitliche Rahmenbedingungen.....	42
3.1.2.2	Team-Teilnehmer in der Visite, Anwesenheit von Mitpatienten...	44
3.1.2.3	Räumliche Rahmenbedingungen	45
3.1.3	Ablauf	48
3.1.3.1	Vor dem Visitengespräch	48
3.1.3.2	Störfaktoren.....	50
3.1.3.3	Beginn des Visitengesprächs	52
3.1.3.4	Gesprächsleiter	53
3.1.3.5	Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis.....	55
3.1.3.6	Themen	56
3.1.3.7	Ende des Visitengesprächs.....	57
3.1.4	Subjektive Bewertung der Visite	58
3.1.4.1	Bedeutung der Visite	59
3.1.4.2	Angst vor der Visite	60
3.1.4.3	Vorfreude auf die Visite	61
3.1.4.4	Aufregung vor der Visite.....	62
3.1.4.5	Einschränkungsgefühl durch die Visite.....	63
3.1.4.6	Gefühl nach der Visite	64
3.1.4.7	Empfindung der Visite als sinnvoll.....	65
3.1.4.8	Raum für Patienten Anliegen in der Visite	66
3.1.4.9	Klarheit der Ziele der Visite	67
3.1.4.10	Korrelationen.....	68
3.1.5	Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht.....	69
3.2	Qualitative Ergebnisse	70
3.2.1	Rahmenbedingungen	70
3.2.1.1	Zeitliche Rahmenbedingungen.....	70
3.2.1.2	Team-Teilnehmer in der Visite, Anwesenheit von Mitpatienten...	71
3.2.1.3	Räumliche Rahmenbedingungen	72
3.2.2	Ablauf	74
3.2.2.1	Vor dem Visitengespräch	74

3.2.2.2	Störfaktoren.....	74
3.2.2.3	Beginn des Visitengesprächs	75
3.2.2.4	Gesprächsleiter	75
3.2.2.5	Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis.....	76
3.2.2.6	Themen	77
3.2.2.7	Ende des Visitengesprächs	77
3.2.3	Subjektive Bewertung der Visite	78
3.2.3.1	Bedeutung der Visite	78
3.2.3.2	Angst vor der Visite	79
3.2.3.3	Vorfreude auf die Visite	80
3.2.3.4	Aufregung vor der Visite.....	80
3.2.3.5	Einschränkungsgefühl durch die Visite.....	81
3.2.3.6	Gefühl nach der Visite	81
3.2.3.7	Empfindung der Visite als sinnvoll.....	82
3.2.3.8	Raum für Patientenanliegen in der Visite	83
3.2.3.9	Klarheit der Ziele der Visite	83
3.2.4	Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht.....	84
4	DISKUSSION	86
4.1	Patientenkollektiv.....	86
4.2	Rahmenbedingungen.....	87
4.2.1	Zeitliche Rahmenbedingungen	87
4.2.2	Team-Teilnehmer in der Visite, Anwesenheit von Mitpatienten	88
4.2.3	Räumliche Rahmenbedingungen	89
4.3	Ablauf.....	92
4.3.1	Vor dem Visitengespräch	92
4.3.2	Störfaktoren	94
4.3.3	Beginn des Visitengesprächs	96
4.3.4	Gesprächsleiter	96
4.3.5	Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis.....	100
4.3.6	Themen	101
4.3.7	Ende des Visitengesprächs	102

4.4	Subjektive Bewertung der Visite	102
4.4.1	Bedeutung der Visite	102
4.4.2	Angst vor der Visite	103
4.4.3	Vorfreude auf die Visite	104
4.4.4	Aufregung vor der Visite	104
4.4.5	Einschränkungsgefühl durch die Visite	105
4.4.6	Gefühl nach der Visite	106
4.4.7	Empfindung der Visite als sinnvoll	107
4.4.8	Raum für Patienten Anliegen in der Visite	107
4.4.9	Klarheit der Ziele der Visite	108
4.5	Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht	109
4.6	Diskussion der Gruppenunterschiede	110
4.7	Bedeutung der Studie	111
4.8	Diskussion der Methoden	114
4.9	Schlussfolgerung und Ausblick	117
5	ZUSAMMENFASSUNG	119
6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	121
7	TABELLENVERZEICHNIS	122
8	LITERATURVERZEICHNIS	123
9	ERKLÄRUNG ZUM EIGENANTEIL	129
10	ANHANG	130
10.1	Fragebogen für Patienten	130
10.2	Rahmenbedingungen: zusätzliche Ergebnisse	147
10.2.1	Zeitliche Rahmenbedingungen	147
10.2.2	Räumliche Rahmenbedingungen	150
10.2.3	Ausgewählte Zeichnungen von Patienten	152
10.3	Ablauf: zusätzliche Ergebnisse	162

10.3.1 Körperliche Untersuchung	162
10.3.2 Erstes und letztes Wort	162
10.4 Bedeutung der Visite, Begründungen	163
10.5 Angst vor der Visite, Begründungen	166
10.6 Vorfreude auf die Visite, Begründungen	168
10.7 Aufregung vor der Visite, Begründungen	170
10.8 Einschränkungsfühl durch die Visite, Begründungen	172
10.9 Gefühl nach der Visite, Begründungen	173
10.10 Empfindung der Visite als sinnvoll, Begründungen	175
10.11 Raum für Patienten Anliegen in der Visite, Begründungen	177
10.12 Klarheit der Ziele der Visite, Begründungen	179
10.13 Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht, Zitate ..	180
10.14 Ergebnisse zu Gruppensitzungen	182
10.15 Informationsblatt für Patienten über die psychosomatische Visite	189
11 DANKSAGUNG	190

1 Einleitung

Wenn Patienten ins Krankenhaus müssen, kommt zur Krankheit und der damit verbundenen Einschränkung eine weitest gehende Aufgabe der Selbstbestimmung hinzu (Nothdurft, 1982, Stunder, 1983, Siegrist, 1978, Siegrist, 1995, Engelhardt et al., 1987). So sind die Patienten im Krankenhaus auf die Versorgung und Therapie des behandelnden Teams angewiesen. Dabei besteht meist die einzige Möglichkeit, mit dem gesamten behandelnden Team in Kontakt zu treten und gemeinsam über den weiteren Verlauf zu entscheiden, in der Visite (Fehlenberg, 1987, Köhle, 1980). Gerade in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie wird diese häufig nicht nur für Informationsaustausch genutzt, sondern hat auch diagnostische und therapeutische Funktionen (Raspe, 1983). Wie Thure von Uexküll bemerkt, ist die Visite ein „Gebiet [...], dessen Bedeutung für die Medizin und darüber hinaus für das Zusammenleben und die Verständigung zwischen Menschen kaum überschätzt werden kann“ (Uexküll, 1982). Dabei wird „die Visitsituation [...] als Rahmen verstanden, der unter diagnostisch-therapeutischer Zielsetzung bestimmte Formen der Beziehung möglich macht“ (Westphale und Köhle, 1982) (S. 111). Trotz dieser zentralen Bedeutung der Visite sowohl für den Patienten als auch für die Behandler findet man in der Literatur kaum aktuelle Studien hierzu. Verwunderlich ist auch, dass gerade zur Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie noch kaum Patienten befragt wurden, obwohl diese idealerweise sehr patientenorientiert ablaufen sollte.

In der folgenden Arbeit soll versucht werden, diese Lücke in der Forschung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zu schließen.

Einleitend werden die theoretischen Hintergründe der Visite, ihre Geschichte und ihre Rolle in anderen Fachbereichen der Medizin beleuchtet. Anschließend beschäftigt sich die Arbeit mit den geschichtlichen Hintergründen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und es wird die momentane gesetzliche Situation der psychosomatischen Visite untersucht.

Die Einleitung wird abgeschlossen, indem die Ziele der Visite vorgestellt werden.

Im Folgenden wird oft nur die männliche Form, also z.B. „der Patient“ verwendet werden, jedoch wird immer auch die weibliche Form, hier „die Patientin“, gemeint sein.

1.1 Definition der Visite

„Visite“, von dem lateinischen Wort „visitare“ (besuchen), bezeichnet den Besuch des Patienten durch einen oder mehrere Ärzte, Pflegekräfte und eventuelle weitere im Gesundheitsbereich Tätige zum Zweck des gemeinsamen Austausches bezüglich Therapie, Diagnostik und Behandlungsplanung. Die Visite kann sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, wöchentlich (meist Chefarzt- bzw. Oberarzt-Visite) oder täglich (meist Stationsarztvisite) stattfinden (Antwerpes et al., 2015, Fischer et al., 2016).

Da die Patienten „besucht“ werden sollen, findet die Visite meist im Zimmer des Patienten statt. Aber auch andere Räumlichkeiten werden verwendet, so z.B. oft Gruppenräume im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Nach Bliesener gibt es nicht *die* typische Visite, sondern viele verschiedene Variationen davon, sodass es nicht möglich erscheint, eine für alle anderen repräsentative Visite zu beschreiben (Bliesener, 1982).

Hartmann unterscheidet folgende Visitenformen (Hartmann, 1984):

- Stationsarzt-Visite
- Oberarzt-Visite
- Chefvisite des leitenden Arztes der Abteilung
- Konsiliar-Visiten der zugezogenen Spezialisten
- Spezial-Visiten der Abteilungen
- Lehr-Visiten mit Studenten und Schwesternschülerinnen
- Kurven-Visiten außerhalb der Krankenzimmer
- Übergabe-Visiten an den Nacht- und Wochenendarzt oder an die folgende Pflegeschicht.

Dabei hat jede Visitenform ihren Fokus auf einer ganz bestimmten Funktion. So sollen in der Chefarzt-Visite „nicht primär die Tatsachen, Befunde, Diagnosen“ (Hartmann, 1984) (S. 160), sondern Probleme und unbeantwortete Fragen thematisiert werden.

Die „Kurvervisite“, bei der lediglich die Krankenakte des Patienten und nicht der Patient selbst angesehen wird, ist keine „Visite“ nach der obigen Definition („Besuch des Patienten“) und dient meist dem Austausch zwischen Pflegepersonal und behandelndem Arzt.

In einigen psychiatrischen Einrichtungen hat sich auch die sogenannte Gruppervisite als besondere Visitenform herausgebildet, bei der alle Patienten und Therapeuten anwesend sind (Werner, 2004). Sie findet täglich (z.B. in Tageskliniken als Morgenrunde) oder mehrmals wöchentlich statt und wird gerne hierarchiearm gestaltet, sodass die Patienten im Mittelpunkt stehen. Durch Schilderungen von Mitpatienten oder Erklärungen von therapeutischer Seite können die Patienten das Entstehen ihrer Krankheit besser verstehen und einordnen. Der Schwerpunkt kann individuell gesetzt werden, wodurch eine große Variabilität der Gruppervisite entsteht (Ott, 1996). Durch die Gruppervisite sollen einerseits Gruppenprozesse und gegenseitige Solidarisierung gefördert und andererseits die mit der traditionellen Visite verbundene Erwartungsangst vor dem Erscheinen des Visite-Teams im Patientenzimmer verringert werden (Begemann-Deppe und Jacobi, 1982).

Hauptziel der Visite ist es, eine „gemeinsame Realität“ (Weber, 2011) (S. 347) zwischen Patient und Behandlern bezüglich Diagnose, Therapie und weiterem Vorgehen zu schaffen, da sie meistens die einzige Möglichkeit eines Zusammenkommens von behandelnden Ärzten, Pflegekräften und Patient darstellt. Weber verbildlicht die Visite mit dem Begriff „Marktplatz der Information“, der dazu dient, dass alle „den gleichen Wissensstand“ (Weber, 2011) (S. 351) haben. Effektive und wechselseitige Kommunikation ist hier zur erfolgreichen gemeinsamen Informationssammlung und Entscheidungsfindung besonders wichtig. Oft finden auch kurze Untersuchungen des Patienten statt, um den aktuellen Gesundheitszustand zu erfassen.

Weitere Funktionen sind die Lehre bei der Aus- und Weiterbildung, die Pflege der Arzt-Patienten-Beziehung sowie das Klären von offenen Fragen seitens des Patienten (Guth, 1985). Nach Guth ist gerade eine positive Arzt-Patienten-Beziehung für den Fortschritt des Heilungsprozesses elementar wichtig (Guth, 1985). Im Optimalfall sollte hierfür immer der Patient im Mittelpunkt stehen, informiert sein und partizipativ an Entscheidungen teilnehmen können. Damit dies möglich ist, sollte idealerweise jeweils eine kurze Vor- und Nachbesprechung vor dem Patientenzimmer stattfinden, um im Zimmer den Fokus auf das Gespräch mit dem Patienten richten zu können (Guth, 1985). Nicht zuletzt dient die Visite neben der Informationsvermittlung an den Patienten auch der „Herstellung eines Vertrauensverhältnisses“ (Weber, 2011) (S. 350) zwischen Patient und Behandlungsteam.

Die Realität sieht jedoch oft anders aus: Durch Zeitdruck, Unterbrechungen durch Anrufe oder Pager und fehlende Strukturierung ist die Visite oft zu kurz, sodass der Patient kaum zu Wort kommt und „viele Fragen [...] nach der Visite offen“ (Weber, 2011) (S. 351) bleiben.

Es wird häufig bemängelt, dass nur über den Patienten, aber nicht mit ihm gesprochen wird (Rosumek, 1992), was die Unzufriedenheit der Patienten mit der Visite verstärkt. Außerdem ist es laut Weber oft so, „dass die Informationswege meistens von der Patientin zur Pflegenden und dann zum Arzt gehen, aber danach häufig nicht noch einmal aufgegriffen werden“ (Weber, 2011) (S. 351), sodass das Ziel, auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen, nicht erreicht werden kann.

1.2 **Geschichte der Visite**

Maaß arbeitet in seinen „Anmerkungen zur Geschichte der klinischen Visite“ heraus, dass die Visite schon immer einander konkurrierenden Funktionen diene (Maaß, 1982). Aus der frühchristlichen Zeit gibt es bereits Berichte, in denen den Ärzten die Pflicht erteilt wird, an alle Betten zu treten und nach dem Wohl der Patienten zu sehen. Hier steht die Kontrolle einer guten Patientenbetreuung im

Vordergrund. An islamischen Schulen dagegen ist der Fokus auf die medizinische Ausbildung am Bett gerichtet. Im Jerusalemer Krankenhaus finden während der Zeit der Kreuzzüge regelmäßig Visiten statt, die der Betreuung der Kranken dienen. Ab dem 16. Jahrhundert gerät die praktische Ausbildung am Krankenbett wieder in den Vordergrund (Maaß, 1982).

Im Artikel „Ärztliche Visite im Krankenhaus – Lernen aus der Vergangenheit?“ wird herausgearbeitet, dass der Patient während diesen „Vorlesungen“ am Bett vorwiegend als Fall und kaum als Mensch wahrgenommen wird: „Die klinische Visite war eine Mischung aus Verhör des Kranken und Kurzkolleg am Krankenbett“ (Dierkesmann und Waldmann, 2010).

Aus Berichten des 20. Jahrhunderts wird entnommen, dass es je nach sozialer Stellung des Patienten „zwei verschiedene ärztliche Verhaltensweisen“ (Dierkesmann und Waldmann, 2010) in der Visite gibt. Die Visite bei Patienten der unteren sozialen Schichten wird dabei mit folgenden Begriffen beschrieben: „Zynismus, Ironie, Nicht-zu-Wort-kommen-Lassen, [...] Reduktion des Patienten auf seine Krankheit“ (Dierkesmann und Waldmann, 2010).

Durch die Entstehung immer größerer Krankenhäuser und die immer weitere Technisierung der Medizin wird die Visite für die Abwicklung bürokratischer Funktionen bei der Planung und Organisation im Sinne der Behandler umstrukturiert. Dabei stehen die Bedürfnisse der Patienten weiterhin im Hintergrund (Maaß, 1982, Stunder, 1983, Dierkesmann und Waldmann, 2010). Dierkesmann und Waldmann beschreiben dies treffend: „Mag es früher Ignoranz und Überheblichkeit der Ärzte gegenüber den Patienten gewesen sein, welche die klinische Visite oft als tiefe Enttäuschung empfinden ließ, so ist es heute das durch wirtschaftliche Pressionen vorgegebene enge Zeitbudget, der Dokumentationsirrsinn, die Überbewertung von Zertifizierungen, was die Ärzte zu einer oberflächlichen Visite zwingt“ (Dierkesmann und Waldmann, 2010).

Raspe kommt auf ähnliche Weise zu dem Ergebnis, dass das Informations- und Aufklärungsdefizit der Patienten durch die sozial organisierten Umstände im Krankenhaus entstanden ist, und zwar durch wenig direkte Kontaktmöglichkeiten

zwischen Arzt und Patient, ein vom Arzt dominiertes Visitengespräch mit daraus folgendem reaktiven Verhalten des Patienten, unterrepräsentierte Patienteninteressen bei den Gesprächsthemen und „aktive Aufklärungsverweigerung“ (Raspe, 1983) (S. 128), insbesondere bei Schwerkranken.

Weber beschreibt aktuelle Veränderungen, die sich aufgrund von Unzufriedenheit mit der jetzigen Form der Visite immer häufiger in der Inneren Medizin abspielen: Die Ärzte besuchen ihre Patienten oft auch „außerhalb der Visite, um mit ihnen in Ruhe über anstehende Untersuchungen oder deren Ergebnisse sprechen zu können“ (Weber, 2011) (S. 351). Die Pflegenden dagegen plädieren für die Kurvenvisite, da sie sich hier ungestört mit den Ärzten austauschen können (Weber, 2011).

1.3 Visite in Fachbereichen außerhalb der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Auf internistischen Stationen wird die Visite gern als täglicher „Dreh- und Angelpunkt“ (Fischer et al., 2016) der Stationsarbeit bezeichnet. Daraus lässt sich schließen, dass der Visite auch über die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hinaus eine entscheidende Rolle für eine erfolgreiche Behandlung der Patienten zugeschrieben wird.

Hartmann beschreibt die Visite so: „Sie ist das Haupt-Ereignis des Tages für den Kranken, den Arzt, die Schwester; die Drehscheibe der diagnostischen und therapeutischen Planungen, die Gelegenheit für das Wechselspiel der Fragen, der Befunderhebung und -bewertung, der Zusammenfassung der Erkenntnisse und vieles mehr“ (Hartmann, 1984) (S. 157). Hier stehen also neben dem ärztlichen Gespräch die körperliche Untersuchung sowie Absprache für gelaufene wie auch weitere diagnostische und therapeutische Schritte im Vordergrund.

Bezüglich Häufigkeit, Dauer, teilnehmenden Personen und Ablauf der Visite gibt es keine einheitliche Regelung.

Weber stellt hierzu fest, dass gemeinsame Visiten häufig nicht mehr täglich, sondern nur noch zwei- bis dreimal pro Woche stattfinden (Weber, 2011).

Da die Visite häufig in Mehrbettzimmern mit bettlägerigen Patienten stattfindet, kann die vertrauliche Atmosphäre „unter vier Augen“ zwischen Patient und behandelndem Team leider meist nicht hergestellt werden. Weiterhin wird häufig Kritik am „Überwiegen des funktionellen Elements über das humane“ (Hartmann, 1984) (S. 158) geübt. Dies kommt unter anderem auch durch den enormen Zeitdruck im Krankenhausalltag zustande, sodass die Visitenzeit pro Patient sehr begrenzt ist. Die durchschnittliche Visitenzeit beträgt in Studien z.B. 2,5 Minuten (Steinmann, 1977) bzw. 3,5 Minuten (Nordmeyer, 1982, Siegrist, 1978, Jährig und Koch, 1982). Herring et al. ermitteln jedoch einen Zeitbedarf von mindestens zehn Minuten pro Patient (Herring et al., 2011).

Im Jahr 2011 wird als Reaktion auf die Kritik, aufbauend auf dem Ulmer Visiten-Modell (s. 1.4.1.2), mit dem Basler Visitenstandard ein Konzept vorgestellt, welches wichtige psychosomatische Inhalte der Visite auch in der somatischen Medizin zu integrieren versucht (Weber und Langewitz, 2011). Damit soll die Zufriedenheit von Patienten, Ärzten und Pflegenden bei der Visite erheblich verbessert werden. Wichtige Ziele dieses Konzeptes sind die Visitenvorbereitung durch alle Beteiligten, die Schaffung einer konzentrierten Atmosphäre ohne Unterbrechungen durch Anbringen eines Schildes „Visite“ an der jeweiligen Zimmertür und Umleiten von Anrufen, das thematische Fokussieren auf Fragen und Anliegen des Patienten sowie die obligatorische Vor- und Nachbesprechung mit Dokumentation vor dem Patientenzimmer. Sinn und Zweck der Visite, den Patienten aktiv am Entscheidungsprozess bezüglich Diagnostik und Therapie zu beteiligen und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen, sollen so optimal umgesetzt werden. Neu eingeführt wird hier die Rolle eines „Moderators“, welcher die Redebeiträge koordiniert und darauf achten soll, dass alles Wichtige besprochen wird und Fragen des Patienten geklärt werden (Weber, 2011). Tabelle 1 und Abbildung 1 veranschaulichen die wesentlichen

Grundsätze und Inhalte einer Visite nach dem Basler Visitenstandard (vgl. (Weber und Langewitz, 2011)).

Tabelle 1: Elemente des Basler Visitenstandards, vgl. (Weber und Langewitz, 2011)

Grundsätze:

- Visite als verabredete Zusammenkunft von Patient, Arzt und Pflegefachperson
- immer gleiche Visitenzeiten (9.00 bis 11.00 Uhr)

Visitenvorbereitung

- Informierung über aktuellen Zustand des Patienten
- Klärung von therapeutischen Zielen und Interventionen

Visitenorganisation

- allen bekannter Visitenzeitpunkt
- Umstellung von Telefonen
- Schild „Visite“ an Tür
- Patientendokumentation auf aktuellem Stand
- Konsiliararztvisiten und Visiten der Privatpatienten außerhalb dieses Zeitraums
- Leitung der Visite durch einen Verantwortlichen (Assistenzarzt, Oberarzt oder Chefarzt)

Visitenkommunikation

- Verantwortlicher koordiniert Redebeiträge, alle bringen sich aktiv im jeweiligen Verantwortungsbereich in das Gespräch ein
- ein gemeinsames Thema
- Austausch in Dialogform, orientiert an den Anliegen des Patienten
- Klärung von individuellen Fragen des Patienten, Ansprechen von Gefühlen, evtl. Vereinbarung eines separaten Gesprächstermins

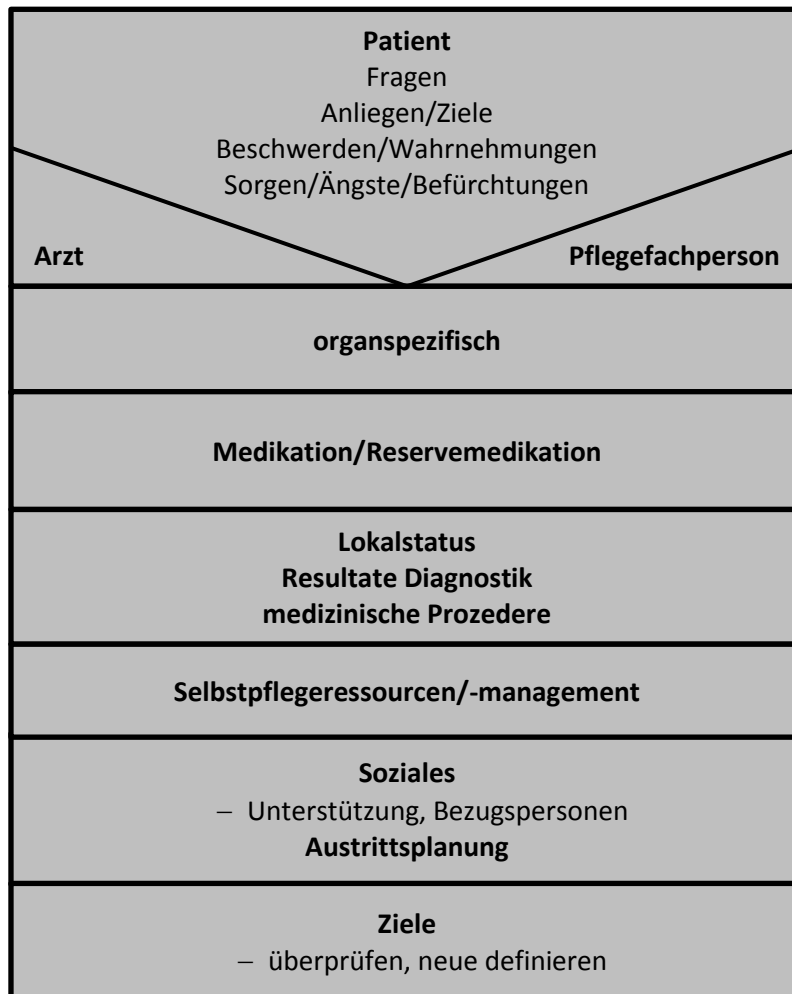


Abbildung 1: Visiteninhalte nach dem Basler Visitenstandard, vgl. (Weber und Langewitz, 2011)

1.4 Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

1.4.1 Geschichte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

„Das Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist in der ärztlichen Ausbildung seit 1972 und in der Weiterbildung seit 1992 verankert, hat jedoch eine wesentlich längere Tradition in der Geschichte der medizinischen Disziplinen“, so die Autoren im Vorwort zur ersten Auflage des Leitfadens Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Janssen, 2009). Schon in der Antike wird die Psyche als bedeutend für die Entstehung von Krankheiten angesehen. Bis zum 19. Jahrhundert spielt diese Sichtweise jedoch in der konventionellen Medizin keine große Rolle. 1787 führt William Cullen (1710-1790) den Begriff der „Neurose für organisch nicht erklärbare Nervenkrankheiten“ (Janssen, 2009) (S. 2) ein. Sigmund Freud (1856-1939) erweitert diesen Begriff und schlägt als mögliche Behandlung die Psychoanalyse vor. Er beschreibt mit dem Konversionsmechanismus die Möglichkeit, wie sich unbewusste psychische Konflikte in physischen Symptomen bemerkbar machen können, warnt jedoch auch vor einer zu schnellen Integration dieses psychoanalytischen Modells in die Medizin (Kapfhammer, 2010).

Da die Vertreter der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sich bereits zu Beginn nicht auf ein einheitliches Konzept einigen können, existieren zwei unterschiedliche Ansätze: der holistisch-integrative und der psychogenetische (Henningsen und Rief, 2015).

Während des dritten Reichs wird die deutsche Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von der psychosomatischen Entwicklung, die vor allem in den USA, der Schweiz und den Niederlanden stattfindet, nahezu vollständig abgeschnitten.

Nach dem Ende des zweiten Weltkrieges gibt es in Deutschland daher auch auf psychosomatischer Ebene viel aufzuholen: Ab 1946 werden an vielen

Universitätseinrichtungen psychosomatische Abteilungen aufgebaut und integriert (Janssen, 2009).

Ein wichtiger Schritt zur Integration des psychosomatischen Konzeptes in die Medizin sind die Aufnahme des bio-psycho-sozialen Ansatzes in die ärztliche Approbationsordnung 1970 sowie die Einführung der Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in das Medizinstudium.

Gesetzlich wird 1975 im Enquete-Bericht der Bundesregierung eine Zweiteilung der Versorgung in die psychiatrische und die psychotherapeutisch-psychosomatische festgelegt.

1980 nimmt man die Verhaltenstherapie, die auf den Grundlagen der Stresstheorie aufbaut, in die psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung auf.

Insgesamt wird die Entstehung und Entwicklung der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie durch eine Vielzahl unterschiedlicher Forschungsansätze geprägt, die heutzutage immer noch relevant sind und die aktuelle Pluralität erklären können. So werden z.B. ganz unterschiedliche Therapieansätze von der Psychoanalyse bis hin zur Verhaltensmedizin angewendet.

Einige Ansätze können sich jedoch nicht durchsetzen: So wird die Vorstellung, es existiere neben rein somatischen Krankheiten eine Gruppe rein psychosomatischer Krankheiten, heute als überholt angesehen, da die Grenze dazwischen nicht klar erkennbar ist. Von Uexküll sagt dazu: „Jede Krankheit ist psychosomatisch, und jeder Kranke ist ein psychosomatisch Kranker!“ (Otte, 2001) (S. 129). Von Uexküll kämpft bis zu seinem Tod 2004 für eine Integration der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in die gesamte Medizin.

1.4.2 Entwicklung der Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Thure von Uexküll prägt von 1966 bis 1976 Forschung und Lehre an der neu gegründeten Ulmer Universität. Er startet, unter anderem zusammen mit Köhle, ein Modell, in dem Internisten und Psychoanalytiker zusammenarbeiten sollen, um somatische und psychische Faktoren in der Medizin integrativ zu verbinden

(Otte, 2001) und patientenorientierter vorzugehen. Die hier behandelten Patienten werden zu 80% als organisch krank und zu 20% als psychisch bzw. psychosomatisch krank eingestuft (Westphale und Köhle, 1982). Im Rahmen des Modells finden z.B. eine wöchentliche Stationskonferenz, tägliche Morgenbesprechungen und Visiten oder auch Patientengruppen und zwanglose Patiententreffen statt. Diese internistisch-psychosomatische Modellstation besteht von 1972 bis 1979 (Fehlenberg, 1987).

Im Ulmer Visitenkonzept, das anhand dieses Modells entwickelt wird, versucht man, die allgemeine Kommunikation durch Veränderung von Rahmenbedingungen zu verbessern, darunter mehr Visitenzeit pro Patient, weniger Zeitdruck sowie eine Vor- und Nachbesprechung zwischen den Mitarbeitern vor dem Patientenzimmer (Köhle, 1980). Dadurch soll mehr Zeit für ein Gespräch *mit* dem Patienten zur Verfügung stehen und die Visite patientenzentrierter werden, mit einem „Mehr an Einfluss und Autonomie“ (Fehlenberg, 1987) (S. 4) für den Patienten. Die Visite soll außerdem durch spezielle psychotherapeutische Funktionen wie Konfrontation oder Deutungen erweitert werden. Der Arzt hat nicht mehr nur noch die Rolle des Experten, sondern zusätzlich auch diejenige des Begleiters des Patienten (Bliesener und Köhle, 1986). Die Visite wird hier „nicht nur als ein Mittel zur Veränderung des Informationsstandes, sondern als ein Mittel zur Veränderung des Erlebens des Patienten“ (Fehlenberg et al., 1982) (S. 236) angesehen. Durch mehr psychoanalytisch orientierte Gespräche in der Visite erhofft man sich auch diagnostische Funktionen, z.B. einen indirekten Informationsgewinn über den Patienten durch Übertragung und Gegenübertragung (Westphale, 1982). Tabelle 2 veranschaulicht die Ziele und das Vorgehen der psychosomatisch orientierten, in Ulm entwickelten Visite (vgl. (Köhle, 1980)).

Fehlenberg arbeitet zusammenfassend drei Ziele der Ulmer Stationsvisite heraus: das Erreichen eines reinen Arzt-Patienten-Dialogs, einer Symmetrie zwischen Arzt und Patient in diesem Dialog sowie die besondere Unterstützung von schwerstkranken Patienten (Fehlenberg, 1987).

Tabelle 2: Ziele und Vorgehen der Ulmer Visite, vgl. (Köhle, 1980)

	Ziele	Vorgehen
Vorbesprechung vor Patientenzimmer	Formulierung diagnostischer und therapeutischer Ziele	Austausch zwischen Schwestern und Ärzten, gemeinsamer Informationsstand, Formulierung des engeren Visitenziels
Visitengespräch am Patientenbett	Berücksichtigung von: Patient (Befinden, Bedürfnisse), Arbeitsbündnis, psychosomatischen Zusammenhängen Befundbewertung	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüßung – open-ended Interview, evtl. mit Information, Interpretation, Stützung – körperliche Untersuchung – Kurvenwertdiskussion – Einbeziehung der Umstehenden („wir“) – Zusammenfassung, Bewertung, weiteres Vorgehen – Fragen des Patienten
Nachbesprechung vor Patientenzimmer	Visitenergebnis Aufgabenverteilung	<ul style="list-style-type: none"> – kurze Diskussion von Beobachtungen – Kritik? – Absprache weiterer Maßnahmen

1.4.3 PEPP-System

Seit 2003 besteht in somatischen Krankenhäusern das sogenannte DRG-System (Diagnosis Related Groups) als Abrechnungssystem nach Fallgruppen. Psychiatrische und psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen werden dabei zunächst ausgeklammert.

2009 wird durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Grundlage für ein pauschalisierendes Entgeltsystem auch der voll- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gelegt. Daraufhin wird das pauschalisierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) entwickelt, welches 2013 zunächst auf freiwilliger Basis und ab 2018 verbindlich eingeführt wird.

Im Unterschied zum DRG-System wird beim PEPP nicht nach Diagnosen kodiert, sondern nach dokumentierten Leistungen. Grund für das PEPP-System sei die Verbesserung der Transparenz der Leistungen, die die Patienten erhalten. Allerdings wird oft kritisiert, dass die degressive, verweildauerabhängige

Vergütung starke Anreize setze, die Patienten am Ende der ersten höheren Vergütungsstufe zu entlassen und nicht nach ihren individuellen Bedürfnissen vorzugehen. Auch bestehe die Gefahr, Patienten vorzeitig in die ambulante Behandlung zu entlassen, noch bevor sie psychisch angemessen stabil seien (Bühning, 2014).

Die Einführung des PEPP-Systems hat möglicherweise auch Auswirkungen auf die psychosomatische Visite. Bisher wird die Visite als Basisleistung angesehen und nicht kodiert (Löhr und Kuschel, 2013); sie ist eher als Strukturmerkmal eine zur Abrechnung notwendige Voraussetzung. Allerdings ist die genaue Rolle der Visite im OPS-Katalog (Operationen- und Prozedurenschlüssel) auch nicht festgelegt, obwohl sie viel Zeit im Krankenhausalltag in Anspruch nimmt. Hier sind in Zukunft Änderungen zu erwarten, die dieser Problematik Abhilfe verschaffen sollen.

Bezüglich des DRG-Systems befürchtet Vogt, „dass bei einer Diagnose, die wenig finanziellen Gewinn einspielt, nicht mehr geplant und gesteuert wird“ (Vogt, 2003) (S. 369) und stellt die Überlegung an, ob durch den Erhalt eines Geldwertes auch die Visitenfunktion aufgewertet werden könne.

1.5 Bisherige Studien zur Visite

1.5.1 Studien zur Visite generell

Die Forschung zur Visite beginnt in den 1970er Jahren. Besonders viele Studien existieren aus den 1980er Jahren. Dabei steht bisher vor allem die Kommunikation im Mittelpunkt der Forschung.

Zu Beginn der Visitenforschung in den 1970er Jahren werden vor allem formal-quantitative und transaktionsanalytische Gesichtspunkte berücksichtigt (Raspe, 1982). Dabei stehen formal auszählbare Elemente wie Gesprächsinitiativen, Anzahl von Fragen und Sätzen sowie der Umgang des Personals mit dem Patienten im Vordergrund. Hier wird festgestellt, dass die Gesprächsführung größtenteils vom Arzt übernommen wird. Er hat den größten Anteil am Gespräch

und kommuniziert mit Krankenschwester und Patient, während zwischen Krankenschwester und Patient kaum Interaktion vorkommt. Der Patient verhält sich oft passiv und reaktiv (Raspe, 1982, Raspe, 1983). Die Person des Kranken, seine leibliche, seelische und soziale Verfassung wird im Visitengespräch vernachlässigt (Raspe, 1983).

Siegrist kommt bei einer Untersuchung verschiedener Visiten zu folgenden Ergebnissen: Bei schwerkranken Patienten kommt es häufiger vor, dass Ärzte sich durch asymmetrische Kommunikationsstile wie Nichtbeachten, Adressaten- oder Themenwechsel, Beziehungskommentare oder die Mitteilung funktionaler Unsicherheit vor Fragen des Patienten zurückziehen (Siegrist, 1982). Bei leichter erkrankten Patienten und auf psychosomatischen Stationen kommen asymmetrische Kommunikationsstile weniger häufig vor. Siegrist schlussfolgert daraus, dass symmetrische Kommunikation lehr- und lernbar ist und bei entsprechenden Bedingungen auf der Station auch gelebt werden kann (Siegrist, 1982).

Weiterhin stellen Raspe und Siegrist bei einer Befragung von Stationsärzten mehrerer Kreiskrankenhäuser fest, dass die körperliche Untersuchung als relevantestes Ziel der Visiten gilt und das Gespräch mit dem Patienten an letzter Stelle steht (Raspe und Siegrist, 1979).

Bliesener analysiert, aufbauend auf Siegrist, ebenfalls Visitengespräche, jedoch qualitativ (Bliesener, 1982). Er stellt zunächst einen Widerspruch, ein „Missverhältnis zwischen der Wichtigkeit der Visite für den Patienten und dem konkreten Gesprächsverlauf“ (Bliesener, 1982) (S. 12), fest. Die Patienten möchten zwar gerne am Gespräch teilnehmen, werden aber daran gehindert. Bliesener arbeitet daraufhin verschiedene ärztliche „Strategien der Abweisung“ (Bliesener, 1982) (S. 200) heraus.

Steinmann untersucht in seiner Dissertation nonverbale Kommunikationsabläufe während der Stationsvisite (Steinmann, 1977). Dabei findet er bei Patienten signifikant häufiger nonverbale Signale wie z.B. Kopfschütteln, Lächeln oder Stirnfaltenbewegungen als bei Ärzten. Kopfnicken wird häufiger bei Ärzten

beobachtet, ebenso wie Nebenbeschäftigungen und Gestikulationen. Er kommt zu dem Schluss, dass sich Patienten generell „interaktionsbereiter, unmittelbarer, positiv affektiver, affiliativer, motorisch aktiver, angespannter und belasteter“ (Steinmann, 1977) (S. 86) verhalten, während Ärzte „dominanter, statusbetonter und distanzierter“ (Steinmann, 1977) (S. 86) sind. Außerdem sind Patienten nach einer Visite, in denen der Arzt sich abgelenkt zeigte, in der Regel niedergeschlagener, was auf ihre große Abhängigkeit vom Verhalten des Arztes hindeutet (Steinmann, 1977).

Analog dazu beschreibt Nordmeyer das Sprachverhalten bei der Stationsarztvisite, vor allem bei sogenannten „Problempatienten“ (Nordmeyer, 1978). Nordmeyer beobachtet, dass Ärzte sich in der Visite nicht zu allen Patienten gleich verhalten, sondern dass sie mit Patienten aus höheren sozialen Schichten länger reden oder dass sie junge Patienten mehr zu Wort kommen lassen. Insgesamt ist die Visitenkommunikation eher asymmetrisch, der Arzt dabei in einer aktiven und der Patient in einer passiven Rolle. Der Arzt stellt vorwiegend gezielte, direkte und suggestive Fragen. Bei als problematisch eingestuften Patienten sind die Ärzte oft distanzierter und unterbrechen den Patienten häufiger. Dennoch sind Gespräche mit Problempatienten tendenziell länger (Nordmeyer, 1978). Bei als diagnostisch problematisch eingestuften Patienten stellen die Ärzte insgesamt mehr Fragen, dabei besonders viele offene und Suggestivfragen (Nordmeyer, 1982).

Wie genau gesprächsstrukturelle Merkmale aussehen, die Eigeninitiativen seitens der Patienten verhindern, untersucht die Linguistin Quasthoff-Hartmann genauer (Quasthoff-Hartmann, 1982).

Jährig und Koch stellen anknüpfend an Steinmann und Nordmeyer die Arzt-Patienten-Beziehung, auch in Abhängigkeit von Patientenvariablen, in den Vordergrund (Jährig und Koch, 1982). Auch sie kommen zu dem Ergebnis, dass der Arzt das Gespräch bezüglich Redezeit und Fragen dominiert. Bei älteren Patienten und bei Patienten, denen ihre Prognose bekannt ist, scheint die Visite kürzer zu dauern. Männliche Patienten stellen mehr Fragen als weibliche, wobei weibliche und jüngere Patienten als selbstbewusster eingeschätzt werden. Bei

krankenhauserfahrenen Patienten sind die Visite und auch die Patientenredezeit länger. Die vorhandene Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung trotz des Wandels hin zu einer mehr patientenorientierten Medizin erklären sich Jährg und Koch durch die noch vorhandene „Diskrepanz zwischen ärztlichem Anspruch und den [...] realen Möglichkeiten“ (Jährg und Koch, 1982) (S. 56); sie sehen hier noch großen Handlungsbedarf.

Nothdurft untersucht die Visitenkommunikation in Bezug auf Undurchlässigkeit gegenüber dem Patienten (Nothdurft, 1982). Er beobachtet, dass Patienten häufig nicht in Visitengespräche eingreifen können. Dafür findet er folgende Gründe: Unbeobachtbarkeit von Visiten, z.B. durch leises Sprechen, Undurchschaubarkeit des Gesprächs, z.B. durch Fachausdrücke, sowie Unabsehbarkeit, z.B. durch mehrere Beiträge gleichzeitig (Nothdurft, 1982). Für den Patienten ist es somit schwer, selbst Initiativen im Visitengespräch zu ergreifen und sich einzubringen. Dies wird zusätzlich erschwert durch Angst vor negativen Folgen und krankheitsbedingte Schwäche (Nothdurft, 1982).

Insgesamt ergibt sich aus den oben beschriebenen Studien zur Visite ein „erhebliches Kommunikations- und Informationsdefizit“ (Westphale und Köhle, 1982).

Auch zur Rolle der Pflege bei der Visite existieren verschiedene Forschungsarbeiten:

Manias und Street stellen im Artikel „Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds“ fest, dass Pflegenden nicht genügend in die Visite einbezogen werden (Manias und Street, 2001). Der eigentliche Sinn, zusammenzukommen und gemeinsam Pläne und Entscheidungen zu erarbeiten, ist oftmals nicht erfüllt. Die Krankenschwestern können sich bei Entscheidungen nicht mitteilen, fühlen sich übergangen und werden nicht vermisst, falls sie nicht anwesend sein können. Außerdem dürfen sie nur an bestimmten Stellen etwas sagen, verhalten sich ausschließlich reaktiv und bringen selten neue Probleme zu Sprache. Manias und Street kritisieren, dass Entscheidungen häufig an anderen Orten als am Bett des Patienten getroffen werden (Manias und Street, 2001).

Moret et al. heben die besondere Rolle der Pflege als Vermittler zwischen Arzt und Patient hervor (Moret et al., 2008). Die Pflegenden können den Ärzten ihre Wahrnehmungen zu den Patienten berichten und auch den Patienten Informationen, die diese bei der Visite nicht behalten konnten, noch einmal erläutern. Daher ist die Teilnahme einer Pflegefachperson an der Visite von großer Bedeutung (Moret et al., 2008).

Vogt untersucht in ihrer Arbeit „Visite als Planungs- und Steuerungsinstrument in der Pflege und Therapie im Krankenhaus“ die Bedeutung von Visiten aus arbeitspsychologischer Sicht (Vogt, 2003). Sie stellt fest, dass hier Ärzte und Pflegenden, die ja teilweise unterschiedliche Aufgaben verfolgen, die Gelegenheit für „Informationsaustausch und Kooperation“ bekommen. Somit ist die Visite „berufsgruppenübergreifend[...] und hierarchieüberwindend“ (Vogt, 2003) (S. 25), auch die Patienten können mit einbezogen werden. Sie ermittelt sieben zentrale Funktionen der Visite: „Auftragsklärung & Gesamtplanung, Zwischenanamnese & Verlaufsbeobachtung, Entlassung & Prognose, Empowerment & Beziehungsgestaltung, Kontrolle, Supervision & Ausbildung, Informationsaustausch zwischen Teammitgliedern, Präsentation als Team“ (Vogt, 2003) (S. 24). Daraus stellt sie eine idealtypische Visite zusammen. Weiterhin stellt sie fest, dass die Visite teilweise von gewissen Rollenerwartungen, Routine und auch Ritualen geprägt ist.

Vogt stellt vier Bedingungen auf, damit die Visite ein Instrument der Planung und der Steuerung ist: 1. Auftragsklärung unter Berücksichtigung *aller* Beteiligten, 2. Einbeziehung des Patienten entsprechend seiner aktuellen Kapazität, 3. patientenbezogene Funktionen, 4. teambezogene Funktionen der idealtypischen Visite (Vogt, 2003). Sie untersucht dann bei Visiten auf zwei inneren Stationen Norddeutschlands, ob diese Bedingungen erfüllt werden und kommt zu dem Schluss, dass dies oft nicht der Fall ist: „Es liegen viele Möglichkeiten und ungenutzte Chancen in diesem Arbeitsinstrument“ (Vogt, 2003) (S. 361). Gerade bei der Veränderung des Gesundheitssystems mit „Rationalisierungsdruck[...] bei zusätzlicher Qualitätssteigerung“ (Vogt, 2003) (S. 361) sind die Möglichkeiten der Visite noch nicht ausgeschöpft. So werden „widersprüchliche Anliegen nicht

zusammengeführt“, sondern bleiben „nebeneinander stehen und behindern sich“ (Vogt, 2003) (S. 362). Die Ärzte sind sowohl gegenüber dem Patienten als auch gegenüber dem behandelnden Team dominant. Kooperation bei der Auftragsklärung ist jedoch für den gesamten Klinikaufenthalt und ganz besonders zu Beginn essentiell, so Vogt. Dabei ist es erforderlich, auf jeden Patienten, seine Gefühle und Anliegen individuell einzugehen. Eine Kontinuität der beteiligten Berufsgruppen (vor allem Ärzte und Pflegende) über den gesamten Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes eines Patienten ist für die Effektivität der „Teamvisite“ (Vogt, 2003) (S. 368) wünschenswert. Auch dafür sollte angestrebt werden, dass die Planung der Visite mit Zeitpunkt, Dauer und Ablauf von allen Beteiligten gemeinsam und nicht nur von den Ärzten durchgeführt wird. Die Anforderungen an die Visite sind hoch und hinzu kommt der Zeitdruck, allerdings können alle Beteiligten bei effektiver Nutzung derselben auch in hohem Maße davon profitieren. Dann, so Vogt, ist es auch nicht nötig, weitere separate „Teamsitzungen“ (Vogt, 2003) (S. 373) zu empfehlen – dies kann alles in die Visite integriert werden.

Aus Patientenperspektive gibt es bisher nur wenige Forschungsarbeiten: Engelhardt et al. finden bei Patientenbefragungen und -beobachtungen unter anderem bei der Visite eine latente Unzufriedenheit seitens der Patienten (Engelhardt et al., 1987). Durch Anamnese und Untersuchung in Anwesenheit von Mitpatienten werden die Patienten „verschüchtert und gehemmt“ (Engelhardt et al., 1987) (S. 55). In der Visite verstehen die Patienten nur wenig, sie bemängeln zusätzlich zur kurzen Zeit die Interaktion mit den Behandlern und dass nur der somatische Aspekt berücksichtigt wird. Sie fühlen sich schlecht informiert und sind durch die soziale Diskrepanz zu den Ärzten verschüchtert (Engelhardt et al., 1987). Damit werden die schon oben beschriebenen Beobachtungen aus Patientensicht bestätigt.

Weber untersucht mit dem „Basler Fragebogen“ die Zufriedenheit von Patienten am Universitätsklinikum Basel (Weber, 1999). Sie findet heraus, dass die Patienten vor allem bei der „Information, Aufklärung und Kommunikation“ (Weber, 1999) unzufrieden sind. Dabei wird vor allem kritisiert, dass Ärzte

außerhalb der Visite nicht ansprechbar sind, in der Visite keine vertraulichen Gespräche möglich sind und die Patienten oft nicht mit in das Gespräch oder Entscheidungen einbezogen werden. Dem Informationsbedarf der Patienten wird nicht ausreichend entsprochen, die Ärzte sind wenig einfühlsam und rücksichtsvoll. Auch bei weiteren Befragungen werden hier Defizite festgestellt, die Patienten fühlen sich nicht „als Individuum wahrgenommen“ (Langewitz et al., 2002).

Auch in einer Patientenbefragung in Großbritannien zeigt sich, dass die Patienten mit ihren unterschiedlichen Anliegen wahrgenommen und an Entscheidungen beteiligt werden möchten (Coulter, 2005). Sie wünschen sich Ärzte, die an ihnen interessiert und einfühlsam sind.

1.5.2 Studien zur Visite in Fachbereichen außerhalb der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Siegrist ist einer der ersten, der durch vergleichende Untersuchungen von *Akutkrankenhäusern* Informationen über die Visite sammelt (Siegrist, 1978). Er findet sowohl erhebliche Mängel bei den zeitlichen Rahmenbedingungen (3,5 Minuten pro Patient, zahlreiche Unterbrechungen) als auch bei der Kommunikation (asymmetrische Verbalhandlungen, (Siegrist, 1978, Siegrist, 1995)).

Stunder arbeitet in seiner Dissertation bei einer Analyse der verbalen Interaktion bei Visiten auf *gynäkologischen* Stationen heraus, dass die meisten Ärzte überwiegend somatische Themen ansprechen und nur eine Minderheit es schafft, auch psychische Problematiken zu thematisieren (Stunder, 1983). Des Weiteren findet er heraus, dass eine lange Visitendauer mit einer hohen Arzt-Redezeit nicht zwangsläufig mehr Information für die Patientin bedeutet und dass die Kommunikation zwischen schwerkranken Patientinnen und den Ärzten meist gestört ist (Stunder, 1983).

In anderen Fachbereichen als der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie geht es auffallend oft um die Bewertung und Verbesserung der Effektivität der Visiten.

So kommt Duhm in seiner Dissertation zu dem Schluss, dass eine Tablet-gestützte Visite in der *Neurologie* effizienter ist und der Ablauf schneller gestaltet werden kann (Duhm, 2015).

Klöcker untersucht die Visite auf einer *internistischen Intensivstation* (Klöcker, 2010). Sie kritisiert, dass durch Zeitdruck, Stress, Unterbrechungen und gefordertes Multitasking eine erhebliche Menge an Informationen nicht weitergegeben wird und verloren geht. Als Lösungsansatz, die Kommunikation während der Visite zu verbessern, schlägt sie kurze Visiten in kleinen Gruppen und ohne Unterbrechungen vor sowie Checklisten für Behandlungsziele und eine Variation der Reihenfolge der Patienten, damit nicht immer dieselben Patienten am Ende der Visite an die Reihe kommen (Klöcker, 2010).

In einer Londoner Studie wird ebenfalls eine „Checkliste“ für die Visite vorgestellt, damit alle wichtigen Punkte abgehakt werden können, ohne etwas zu vergessen (Amin et al., 2012). Hier wird der Versuch unternommen, die Visite so standardisiert wie möglich ablaufen zu lassen – der Patient und seine Fragen kommen dabei möglicherweise etwas zu kurz.

Ott untersucht *internistisch-geriatrische* Visitengespräche qualitativ und quantitativ (Ott, 1996). Er arbeitet heraus, dass gerade bei älteren Patienten das Bedürfnis nach Zuwendung und Aufklärung bei der Visite besonders groß ist, da der Krankenhausaufenthalt oft mit persönlichen Ängsten und dem Verlust von Kompetenzen verbunden ist. Für den visiteleitenden Arzt besteht hier eine besondere Herausforderung, da die alternden Patienten oft zunehmend in eine passive Rolle verfallen und zum Gespräch sowie zur Eigenverantwortung angeregt werden müssen. Für den Arzt ergeben sich somit folgende Visite-Aufgaben: die Behandlung des Patienten überprüfen und über weitere Schritte entscheiden, den Patienten transparent aufklären sowie „eine empathische Beziehung an[...]streben“ (Ott, 1996) (S. 168).

Bezüglich der Analyse von Visitengesprächen ergibt sich, dass der Arzt-Patient-Dialog den größten Raum der durchschnittlich drei Minuten Visitenzeit einnimmt, der Patient sich arztorientiert verhält und die Themen sich vor allem um aktuelles Befinden des Patienten, seine Erkrankung und Befunde drehen. Empathie, psychische und soziale Belange stehen eher im Hintergrund (Ott, 1996).

Die Patienten haben den Eindruck, dass ihre Gesprächsabsichten nicht gut genug berücksichtigt werden und sind tendenziell eher unzufrieden mit der „emotionalen und informativen Effektivität“ (Ott, 1996) (S. 170). Zusammenfassend stellt sich die Visite als arztzentriert und unpersönlich dar. Die Rolle der Pflegeperson ist dabei eher hintergründig und auf kurze Dialoge mit dem Arzt begrenzt (Ott, 1996).

Wichtig ist für die internistisch-geriatrische Visite vor allem eine mehr patientenzentrierte und offene Visite, wozu eine Umstellung des Arztes weg von beruflichen Ritualen hin zu flexibler und individueller Patientenbetreuung mittels „verbaler Interaktion“ (Ott, 1996) (S. 174) nötig ist. Insgesamt empfiehlt Ott ein Hinwenden zur „Längsschnittvisite“ (Ott, 1996) (S. 176), in der alle Visiten eines Patienten insgesamt als Prozess aufgefasst werden sollen und die psychosoziale Komponente mehr Berücksichtigung findet.

Begemann-Deppe und Jacobi finden bei einer Patientenumfrage zur Gruppensitzung in der *Psychiatrie* heraus, dass diese die Einzelvisite bevorzugen (Begemann-Deppe und Jacobi, 1982). Bezüglich Prioritäten herrscht die Rangfolge Einzelgespräch, Einzelvisite, Gruppensitzung. In der Einzelsituation werden die bessere Möglichkeit zum dyadischen Gespräch, der kleinere Rahmen und die geringere Distanz zum Therapeuten mit damit verbundener geringerer Angst als Vorteil angesehen (Begemann-Deppe und Jacobi, 1982).

In seiner Dissertation untersucht Bohlken *psychiatrische* Zimmervisiten formalquantitativ, inhaltsanalytisch und sprechhandlungstheoretisch (Bohlken, 1986). Er findet heraus, dass das Gespräch relativ symmetrisch zwischen Patient und behandelndem Arzt verläuft. Inhaltlich geht es vor allem um Befinden und Verhalten des Patienten, auch kommen therapeutische Interventionen vor. Trotz

Konflikten und Konfrontationen enden die Visiten meist im Konsens. Dabei verhalten sich die Ärzte abhängig von der Erkrankung der Patienten unterschiedlich (Bohlken, 1986).

Ebenfalls in der *Psychiatrie* analysiert Rosumek die Kommunikation bei Oberarztvisitengesprächen qualitativ und kommt damit der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie relativ nahe (Rosumek, 1992). Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die oberärztliche Visite sehr unterschiedlich aussieht, je nach Konzept und Ausrichtung der Klinik. Die Oberarzt-Rolle hat einen großen Einfluss auf Gesprächsverlauf und Visitenkommunikation, sodass dem Patienten im Gespräch Halt vermittelt werden kann.

Jedoch beobachtet sie häufig eine „Kommunikation der Ausgrenzung“ (Rosumek, 1992) (S. 154) durch mehrfach-adressierte, ironische und distanzfördernde Aussagen, verunsicherndes Lachen, bestimmte Fragetechniken und die Tatsache, dass nicht mit, sondern über die Patienten gesprochen wird. Sie stellt dabei die These auf, dies liege an einer natürlichen Abwehrreaktion der Visitierenden gegenüber den psychisch Kranken und deren Realitätswahrnehmung, denn „der Kontakt – gerade mit psychisch Kranken – stellt die eigene Identität in Frage“ (Rosumek, 1992) (S. 157).

Da es sich in der Psychiatrie oft um geschlossene Stationen und unfreiwillige sowie lange Aufenthalte der Patienten, abgeschnitten von der Außenwelt, handelt, sind häufige Themen die Entlassung und die Umstellung auf das Leben nach der Entlassung (Rosumek, 1992).

Bezüglich der Rahmenbedingungen stellt Rosumek fest, dass durch die Tatsache, dass das Visitenteam das Patientenzimmer betritt, eine Asymmetrie hergestellt wird, indem der Beginn des Visitengesprächs den Patienten aufgezwungen wird. Sie kritisiert auch, dass der Oberarzt sich bei Patienten, die ihn noch nicht kennen, häufig nicht persönlich vorstellt. Gesprächseröffnung und -beendigung sind essentiell für das Entstehen eines erfolgreichen Visitengesprächs, werden jedoch unterschiedlich genutzt. So wird oft direkt nach der Begrüßung die Standardfrage „Wie geht es Ihnen?“ gestellt, um dann gleich weitere, gezielte Fragen, z.B. nach der Medikation, nachzuschicken, und dem

Patienten somit keine Möglichkeit gegeben, selbst Initiative für ein Gesprächsthema zu ergreifen (Rosumek, 1992). Auf analytisch orientierten Stationen wird dies insgesamt besser gehandhabt als auf biologisch orientierten Stationen, z.B. kommt hier oft zum Abschluss der Visite ein resümierendes Fazit vor. Therapeutische Interventionen kommen auf analytisch orientierten Stationen ebenfalls sehr viel häufiger vor als auf biologisch orientierten, so etwa Explorationen, Konfrontationen, Interpretationen, Ermutigungen und stützende Worte (Rosumek, 1992).

Rosumek beobachtet, dass die Lehr-Lern-Situation durchaus Vorteile haben kann, wenn z.B. der Patient vom Assistenzarzt allen Anwesenden durch einen kurzen Bericht vorgestellt wird, der Oberarzt gute Gesprächsführung vormacht oder die Assistenzarzt-Patienten-Beziehung entlastet wird, indem der Oberarzt die Verantwortung für wichtige, möglicherweise unangenehme Entscheidungen übernimmt. Falsch praktiziert, kann diese Situation jedoch auch zum Gegenteil führen, wenn etwa der Patient dem Visite-Team „vorgeführt“ wird oder nicht mehr ins Gespräch einbezogen wird und nur noch als „Lehrobjekt“ dient (Rosumek, 1992).

1.5.3 Studien zur Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Zur bereits oben beschriebenen psychosomatisch orientierten Ulmer Visite (s. 1.4.2) existieren diverse Studien:

Urban analysiert in seiner Dissertation die verbale Interaktion (Urban, 1978). Er findet heraus, dass bei der Ulmer Visite 97% der Verbalaktivität am Krankenbett, gleichverteilt zwischen Arzt und Patient, stattfindet. Dies sagt jedoch noch nichts über eine mögliche Verbesserung der Asymmetrie des Visitengesprächs aus. Pro Kontakt stellen 26% der Sätze Informationen für den Patienten dar, wobei im Vordergrund Informationen zu Therapie und Untersuchungsergebnissen stehen (Urban, 1978).

Zusätzlich dazu findet Witfeld heraus, dass die Informationen vorwiegend reaktiv an die Patienten übermittelt werden, was einen aktiven Wissenserwerb der

Patienten voraussetzt (Witfeld, 1978). Er beobachtet außerdem einen positiven Zusammenhang zwischen Visitendauer und übermittelter Informationsmenge (Witfeld, 1978).

Westphale untersucht in seiner Dissertation, ob auf der Ulmer Modellstation dem Patienten in der Visite genügend Redezeit und die Möglichkeit zu Gesprächsinitiativen gegeben werden (Westphale, 1982). Weiterhin geht er der Frage nach, ob die Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie durch die Nutzung von therapeutischen Interventionen und mehr psychoanalytischen Gesprächen einem Funktionswandel unterliegt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass das oft kritisierte Kommunikationsdefizit der Visiten in Ulm wesentlich verschwindet, sodass der Patient mehr am Gespräch beteiligt wird – die durchschnittliche Gesprächsdauer beträgt 6,7 Minuten –, ein vertiefter Dialog entstehen kann und aus Patient und behandelndem Team kooperierende Partner werden (Westphale, 1982, Westphale und Köhle, 1982). Vor allem bei den Arzt stärker belastenden, z.B. todkranken Patienten, zieht sich der Arzt vor deren großen Informationsbedürfnissen nicht zurück. Bezüglich Themen und Gesprächsinitiativen kann der Arzt jedoch generell besser seine Interessen durchsetzen als der Patient, sodass hier weiterhin ein Ungleichgewicht besteht, das besonders ausgeprägt bei Oberarztvisiten ist (Westphale, 1982). Insgesamt können folglich die Rahmenbedingungen so verändert werden, dass grundlegende Kommunikationsdefizite limitiert und vertiefte Dialoge zwischen Arzt und Patient ermöglicht werden (Westphale und Köhle, 1982).

Bliesener und Köhle untersuchen in ihrer Arbeit „Die ärztliche Visite – Chance zum Gespräch“ qualitativ Kommunikationsstrukturen auf der Ulmer Modellstation (s.o.), um neue Ideen einer guten Gesprächsführung zu entdecken (Bliesener und Köhle, 1986). So werden hier problematische Visitengespräche analysiert und Probleme aufgedeckt sowie Verbesserungsvorschläge formuliert: versteckte Botschaften sollen offen und Fragen des Patienten spontan beantwortet werden sowie geplante Beiträge separat initiiert werden. Der Patient soll ausreden dürfen. Eine Kombination aus intervenierender und nondirektiver Gesprächsführung, aus Einverständnis und Konfrontation wird empfohlen.

Ebenfalls bewährt hat sich die Vorgehensweise des Arztes, den Patienten die Gesprächsinitiative beginnen zu lassen. Bitten des Patienten, die unmöglich zu erfüllen sind (z.B. sofortige Entlassung todkranker Patienten), sollen klar abgelehnt werden, damit sich der Patient nicht ermutigt fühlt, weiter zu insistieren. Dennoch soll Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten gezeigt werden. Auf klare Ziele und Absprachen wird viel Wert gelegt (Bliesener und Köhle, 1986).

Den Wechsel von sachlichen, somatischen Themen hin zu psychotherapeutischen Interventionen soll der Gesprächsleiter für den Patienten deutlich kennzeichnen, damit dieser auch darauf eingehen kann. Themen, die nicht als zielführend erachtet werden, dürfen jederzeit umgelenkt und geändert werden (Bliesener und Köhle, 1986).

Offenheit im Gespräch, z.B. auch auf metakommunikativer Ebene, trägt dabei zu einem besseren Arzt-Patienten-Verhältnis bei. Bei Unklarheiten soll dem Patienten zeitnah durch direktes Nachfragen ermöglicht werden, sich zu erklären, bevor zu lange aneinander vorbeigeredet wird.

Nach Bliesener und Köhle „sollte der Arzt nur dann auf verborgene Motive und Gefühle des Patienten hinlenken, wenn er imstande ist, sie auch hilfreich aufzufangen“ (Bliesener und Köhle, 1986) (S. 190). Eigene Leistungen des Patienten dürfen als solche gewürdigt und gelobt werden. Sollte der Patient schweigsam sein und sich kaum äußern, darf er zum Reden aktiviert werden, auch durch direktes Ansprechen auf die Schweigsamkeit. Gleichzeitig wird die Frage aufgeworfen, ob es nicht besser wäre, der Schweigsamkeit eines Patienten ebenfalls mit schweigendem Abwarten und größeren Gesprächspausen zu begegnen, um diesen so zum Reden anzuregen, wobei dies eventuell zu einem unangenehmen Gefühl seitens des Patienten führen würde (Bliesener und Köhle, 1986).

Damit zeigt sich eine Lücke in der Forschungsarbeit, welche Bliesener auch selbst erkennt: Die Perspektive der Patienten wird nicht berücksichtigt, sodass der Blickwinkel einseitig derjenige der Mitarbeiter ist.

Guth analysiert in ihrer Arbeit „Beziehungsbildung im psychosomatischen Visitengespräch“ (Guth, 1985) ebenfalls auf der Ulmer Modellstation, wie die

Arzt-Patienten-Beziehung durch das Visitengespräch beeinflusst wird. Dabei werden von neutralen Personen einzelne Visitengespräche beobachtet und bewertet. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass es keinen Unterschied in den Beziehungen mit todkranken und nicht todkranken Patienten gibt und dass die Beziehung umso positiver bewertet wird, je länger das Gespräch dauert und je größer der Redeanteil des Patienten ist. Außerdem ist die Patientenzufriedenheit höher, wenn neben medizinischen Themen auch psychosoziale angesprochen werden können. Bezüglich der anderen Faktoren wie therapeutische Interventionen, Antwortmodi oder Informationsaustausch werden zwischen den Ärzten große Unterschiede beobachtet, sodass hier keine einheitliche Aussage bezüglich Effektivität für die Beziehung gemacht werden kann. Die therapeutischen Interventionen werden jedoch tendenziell eher negativ für die Arzt-Patienten-Beziehung bewertet und sollten daher mit Bedacht eingesetzt werden (Guth, 1985).

Auch Fehlenberg bezieht sich in seinem Buch „Kommunikation zwischen Arzt und Patient“ auf die Ulmer Modellstation (Fehlenberg, 1987). Er arbeitet heraus, dass auf traditionellen Stationen „ein Interessenkonflikt zwischen Routineabwicklung der Visite durch das Personal einerseits und den Kommunikationsbedürfnissen des Patienten andererseits“ (Fehlenberg, 1987) (S. 10) besteht, wobei der Patient häufig unterliegt. Anschließend analysiert er, ob die vorgenommenen Ziele der Ulmer Visite (s. 1.4.2) erreicht werden und kommt zu dem Ergebnis, dass die Dialogsituation zwischen Arzt und Patient, was die Beteiligung anderer Anwesender angeht, gegeben ist. Es besteht jedoch weiterhin ein asymmetrisches Gesprächsverhältnis dahingehend, dass der Arzt meist das Gespräch strukturiert und der Patient als Informationslieferant dient. Außerdem hat der Patient weiterhin weniger Rederecht, was sich bei schwerkranken Patienten noch verstärkt. Auch bei Entscheidungssequenzen besteht eine Asymmetrie. Wirklich symmetrisch scheinen nur direkte Frage-Antwort-Sequenzen zu sein (Fehlenberg, 1987). Er findet analog zu Guth heraus, dass aus Patientensicht eine Visite für die Arzt-Patienten-Beziehung als gut eingeschätzt wird, wenn „einerseits der Patient aktiv an den medizinischen

Behandlungsaufgaben beteiligt ist und [...] andererseits der Arzt bemüht ist, verstärkt das psychosoziale Lebensfeld des Patienten einzubeziehen“ (Fehlenberg, 1987) (S. 418).

Auch Safian et al. kommen bei einem Vergleich einer traditionell orientierten Visite in Hamburg mit der psychosomatisch orientierten Visite in Ulm zu dem Ergebnis, dass zwar in Ulm „die Bedürfnisse des Patienten eine stärkere Berücksichtigung erfahren, jedoch der Arzt weiterhin den Verlauf der Visite dominant beeinflusst“ (Safian et al., 1982) (S. 176). Inwieweit dies positiv oder negativ zu bewerten ist und ob noch weitere Verbesserungen nötig sind, wird hier offengelassen.

Im Rahmen einer Affektanalyse wird herausgearbeitet, dass die Affekte Angst bzw. Aggression bei Patienten stärker ausgeprägt sind als bei Ärzten und dass die ärztlichen Affekte meistens aufgegriffene Patientenaffekte sind (Koch et al., 1982, Sodemann et al., 1982). Außerdem sind die Affekte von Arzt und Patient in Ulm stärker aufeinander abgestimmt im Vergleich zu Hamburger Visiten (Koch et al., 1982). Weiterhin sprechen Ärzte bei nicht todkranken Patienten das Thema „Hoffnung“ häufiger an als bei Todkranken (Sodemann et al., 1982). Bei den Patienten spielen Angstthemen, allen voran die Angst vor Scham bzw. Schande, eine größere Rolle als Aggressivität- und Hoffnungsthemen (Sodemann, 1988). Sodemann findet außerdem heraus, dass ein Zusammenhang zwischen Prognose, Gesamtangst und Anzahl der gestellten Fragen des Patienten besteht (Sodemann, 1988).

Krug und Köhle analysieren den Gebrauch von Personalpronomina, um Rückschlüsse auf die Beziehungsbildung in der Visite ziehen zu können (Krug und Köhle, 1982, Krug, 1994). Dabei erkennen sie, dass Patienten meistens die Selbstreferenz „ich“ verwenden, während es bei Ärzten die Fremdreferenz mit der Anrede „Sie“ ist. Diese Asymmetrie spiegelt die vorgegebenen Rollen vom hilfesuschenden Patienten und dem Hilfe anbietenden Arzt wider (Krug, 1994). Sie finden des Weiteren Unterschiede zwischen traditionell orientierten Visiten und der psychosomatischen Ulmer Visite heraus, z.B. wird in Ulm der Patient häufiger

angeredet, was für eine stärker patientenorientierte Visite spricht (Krug und Köhle, 1982). Hier kann weiterhin beobachtet werden, dass die Pflege ihre Äußerungen meistens direkt an den Patienten richtet, was bedeutet, dass eine aktive Pflege im Gespräch sich nicht zwangsläufig nachteilig für den Patienten auswirkt (Krug, 1994).

Die Recherche zu der vorliegenden Dissertation ergibt nur eine Studie, die sich mit der Patientenperspektive bei der Chef- bzw. Oberarztvisite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie beschäftigt (Wittig, 2003). Hier werden Patientenangaben zu Angst und Befindlichkeit vor, während und nach der Visite, zum Zurechtkommen mit dem Gesprächsleiter und mit sich selbst und zum Veränderungserleben sowie die von außen eingeschätzte Selbstexplorationsfähigkeit der Patienten berücksichtigt. Dabei werden auch Gruppenvergleiche z.B. bezüglich Geschlecht, Alter, Diagnose oder Komorbidität vorgenommen.

Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass die Befindlichkeit insgesamt nach der Visite etwas schlechter ist als vorher. Es fällt eine Korrelation zwischen Befindlichkeit nach der Visite und Ängstlichkeit dahingehend auf, dass bei höherer Ängstlichkeit eine schlechtere Befindlichkeit nach der Visite angegeben wird. Bezüglich Gruppenvergleichen werden folgende Unterschiede beobachtet: Komorbide Patienten schätzen ihre Befindlichkeit in der Visite signifikant schlechter ein als Patienten ohne Komorbidität, Patienten mit Visitenvorerfahrung haben eine signifikant höhere Selbstexploration als Patienten ohne Visitenvorerfahrung, weibliche Patienten fühlen sich, im Gegensatz zu männlichen Patienten, nach der Visite besser als vorher und Patienten mit höherer Bildung fühlen sich nach der Visite besser als Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau.

Kritisch betrachtet werden muss die geringe Patientenzahl von 36 Patienten. Eine wirkliche Befragung der Patienten nach ihrer Meinung zur Visite oder nach Veränderungsvorschlägen liefert auch diese Studie nicht. Des Weiteren ist die Studie auf das reine Visitengespräch und ihre Effekte auf den Patienten

beschränkt, die weiteren Bedingungen wie Rahmenbedingungen und Ablauf werden hier außer Acht gelassen.

Etwas später untersuchen Probst et al. 60 psychosomatische Kliniken in Bayern und Baden-Württemberg auf ihre Visiten und aktuelle Trends ihrer Bedeutung (Probst et al., 2011). Dazu verschicken sie Fragebögen an die Einrichtungen, die dann von Visiteführenden ausgefüllt zurückgeschickt werden. Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass die psychosomatische Visite meist durch den Chefarzt geleitet wird, im Durchschnitt 11,1 Minuten dauert und am häufigsten im Zimmer des Patienten, einmal pro Woche, stattfindet. Meist sind nicht mehr als vier Mitarbeiter, neben dem Patienten, anwesend. Als besonders wichtig wird von den Visiteführenden die Möglichkeit des Kontaktes mit dem Patienten eingestuft, durch den Fortschritte und aktueller Zustand überprüft sowie Fragen beantwortet werden können. Somit ist die Visite wichtig für die Beziehungsbildung zwischen Patient und Gesprächsführer. Organisatorische und somatische Inhalte werden als weniger wichtig bewertet. Veränderungsvorschläge seitens der Gesprächsführer zielen vor allem auf mehr Zeit während der Visite und häufigere Visiten ab. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass auch in dieser Studie die Meinung und Perspektive der Patienten außer Acht gelassen wird. Es erfolgt nur eine einseitige Analyse der psychosomatischen Visite.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass es kaum aktuelle Studien gibt, welche die psychosomatische Visite aus Sicht der Patienten untersuchen. In der folgenden Arbeit soll dies geändert werden.

1.6 Ziele der Studie

Bisher wurden nach unserem Wissen kaum Studien zur Visite aus Sicht der Patienten durchgeführt. Dabei ist die Visite für den Patienten essentiell: Oft hat er „kaum eine andere Gelegenheit, um Antworten auf seine wesentlichen Fragen zu erhalten“ (Weber, 2011) (S. 352). Daher besteht die Intention dieser Arbeit darin, die Patienten nach ihrer Haltung zur psychosomatischen Visite zu befragen

und herauszufinden, wie sie „ihre“ Visite bezüglich Bedeutung, Zielen, Rahmenbedingungen und Struktur einschätzen.

Die Studie hat folgende Ziele:

1. Hauptziel ist es, die Patientensicht hinsichtlich des psychosomatischen Visitenformats explorativ zu beschreiben. Hierbei sollen erste Hypothesen gebildet werden, die eventuell in weiteren Studien überprüft werden könnten. Wie stellen sich die Patienten eine Idealvisite vor? Wie wird die Visite insgesamt von den Patienten eingeschätzt bezüglich Bedeutung, Sinn und emotionaler Fragen wie Angst, Aufregung, Vorfremde? Sind die Ziele der Visite klar und haben die Patienten das Gefühl, ihre Anliegen vorbringen zu können? Welche Wünsche an die Visite gibt es aus Patientensicht?
Ziel ist es auch, im Sinne eines Qualitätsmanagements herauszufinden, wie zufrieden die Patienten mit der Visite der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sind. Mithilfe der Studie soll eine Weiterentwicklung und Optimierung der Visite ermöglicht werden. Sie soll als Hilfestellung dienen, um die Rolle der Visite, beispielsweise für eine mögliche Integration in den Leistungskatalog des PEPP-Systems, genauer definieren zu können.
2. Es soll untersucht werden, ob bezüglich der Patienteneinschätzung Unterschiede zwischen verschiedenen Patientengruppen, abhängig von Alter, Geschlecht, Diagnose, Visitenvorerfahrung und/oder Behandlungssetting (teil-/stationär) vorhanden sind. Andererseits sollen auch Ergebnisse berichtet werden, bei denen unabhängig davon klare Tendenzen sichtbar werden.

2 Material und Methoden

2.1 Studienaufbau und Planungsphase

Die Fragestellung wurde anhand einer fragebogenbasierten, anonymen, prospektiven deskriptiven Querschnittsstudie untersucht.

Zwischen 2014 und 2015 fand eine Planungsphase statt, in der wichtige Schritte und Vorgehensweisen festgelegt sowie die Fragebögen erstellt wurden.

2.2 Fragebogenkonstruktion

Der Fragebogen für die Patienten umfasst 17 Seiten (s. Anhang 10.1) und besteht aus drei Teilen: Patientenangaben zur Person, Einzelvisiten und Gruppervisiten. Der mittlere Teil, Einzelvisiten, stellt den Hauptteil des Fragebogens dar und kann daher nochmals in Rahmenbedingungen, Ablauf und emotionale Einschätzung unterteilt werden. Der gesamte Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen, im Folgenden werden nur einige wichtige Aspekte herausgestellt.

2.2.1 Erster Teil: Angaben zur Person

Im ersten Teil wird nach Angaben zur Person gefragt (s. Tabelle 3). Die Patientenangaben sind wichtig, um später die Patientengruppen auf mögliche Unterschiede untersuchen zu können.

Tabelle 3: Inhalt des Fragebogens, Teil 1 (Angaben zur Person)

Teil 1: Angaben zur Person	
1	Alter
2	Geschlecht
3	Haupt- und Nebendiagnosen
4	Zeitpunkt der Erstdiagnose
5	momentanes Behandlungssetting (stationär/teilstationär)
6	wievielter (teil)stationärer Aufenthalt
7	geplante Dauer der Behandlung (Wochen)
8	Anzahl der miterlebten psychosomatischen Visiten, insgesamt und aktuell

2.2.2 Zweiter Teil: Einzelvisiten

Im zweiten Teil des Fragebogens geht es um die regulären Einzelvisiten, in denen ein Patient und mehrere Ärzte bzw. Therapeuten anwesend sind – im Gegensatz zu den selteneren Gruppensitzungen, in denen mehr Patienten als Ärzte bzw. Therapeuten am Gespräch teilnehmen. Die Patienten werden zu idealen Rahmenbedingungen, Ablauf, ihrer subjektiven Bewertung und Wünschen an die Einzelvisite befragt (s. Tabelle 4).

Da Rahmenbedingungen, Ablauf und Struktur der Visite einen wichtigen Beitrag dazu leisten, ob sich Patienten wohlfühlen, wird hier sehr viel Wert auf die genauen Vorstellungen der Patienten gelegt, sodass die Fragen sehr detailliert sind. Da dies in bisherigen Studien noch nicht genügend betrachtet wurde, soll untersucht werden, ob sich bezüglich der Rahmenbedingungen Tendenzen ergeben und/oder eine große Vielfalt an Patientenmeinungen vorherrscht.

Im letzten Abschnitt des zweiten Teils werden mehrere kurze allgemeine Fragen zur Visite gestellt, die die Patienten durch Ankreuzen auf einer Likert-Skala von Null bis Zehn beantworten und jeweils begründen können. Diese Fragen betreffen die subjektive Bewertung der Visite durch die Patienten und zielen darauf ab, einschätzen zu können, wie wichtig bzw. sinnvoll die Visite insgesamt aus Sicht der Patienten ist.

Tabelle 4: Inhalt des Fragebogens, Teil 2 (Einzelvisiten)

Teil 2: Einzelvisiten	
Rahmenbedingungen	
9	ideale Häufigkeit der Visite
10	idealer Wochentag für die Visite
11	ideale Tageszeit (vormittags oder nachmittags)
12	ideale Gesprächsdauer (Minuten)
13	Wunsch nach individueller Anpassung der Gesprächszeit
14	Team-Teilnehmer in der Visite: Anzahl, Funktionen
15	Wunsch nach Anwesenheit von Mitpatienten
16	idealer Ort der Visite
17	ideale Raumgröße
18	ideale Raumfarben
19	Anwesenheit von Raumgegenständen z.B. Tisch, Pflanzen, ...
20	ideale Raumaufteilung und Stuhlanordnung
Ablauf	
21	Wunsch nach Ablaufplan vor Visiten
22	Störfaktor durch Notizen bzw. Laptop während der Visite
23	Störfaktor durch Betreten oder Verlassen des Raums durch Personen
24	idealer Gesprächsleiter
25	ideale Gestaltung des Wartebereichs
26	Störfaktor durch Warten mit anderen Patienten
27	ideale Gestaltung des Betretens des Raums
28	ideale Begrüßung des Patienten
29	Störfaktor durch Unbekannte im Raum
30	Sollten alle Beteiligten sitzen?
31	idealer Gesprächsbeginn
32	Stattfinden einer körperlichen Untersuchung
33	ideales Gesprächsverhältnis zwischen Gesprächsleiter und Patient
34	anzusprechende Themen
35	Wunsch nach Information vor erster Visite
36	ideales Verhalten des Gesprächsleiters
37	Wunsch nach Gesprächspausen
38	ideale Gestaltung des Gesprächsendes
39	Wer sollte das erste bzw. letzte Wort haben?
40	ideale Gestaltung des Verlassens des Raums
Subjektive Bewertung (Skala von Null bis Zehn)	
41	Bedeutung der Visite
42	Angst vor der Visite
43	Vorfreude auf die Visite
44	Aufregung vor der Visite
45	Einschränkungsgefühl durch die Visite
46	Gefühl nach der Visite
47	Einschätzung des Sinns der Visite

48	Raum für Patienten Anliegen
49	Klarheit von Zielen der Visite
50	Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht

2.2.3 **Dritter Teil: Gruppensitzungen**

Im dritten Teil des Fragebogens werden die Patienten nach ihrer Meinung zur Gruppensitzung befragt: Sollte eine solche regelmäßig stattfinden, und wenn ja, wie häufig und wie lange, mit wie vielen Personen usw.

Falls eine solche Gruppensitzung nicht gewünscht ist, wird nach Gründen dagegen gefragt. Hier gilt es herauszufinden, ob die Patienten sich generell eine psychosomatische Gruppensitzung vorstellen könnten, oder ob dies eher nicht gewünscht ist, und aus welchen Gründen das jeweils der Fall ist.

2.3 **Stichprobe**

Befragt wurden alle stationär und teilstationär behandelten Patienten der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen im Zeitraum von August 2015 bis April 2016 im Sinne einer Querschnittsstudie mit konsekutivem Einschluss. Einschlusskriterium war die aktuelle Behandlung auf Station oder in der Tagesklinik zum Zeitpunkt der Befragung. Ausschlusskriterien waren keine vorhanden.

Zur genaueren Beschreibung des Patientenkollektivs siehe 3.1.

2.4 **Durchführung der Befragung**

Die Befragungen fanden im Zeitraum zwischen August 2015 und April 2016 statt, auf freiwilliger Basis und anonym. Jeder Patient wurde nur einmal befragt.

Die Befragung war so organisiert, dass im Anschluss an das sogenannte „Patientenmeeting“, bei dem alle Patienten zusammenkommen, die Studie vorgestellt und die Fragebögen verteilt wurden, welche die Patienten sofort

ausfüllen und wieder abgeben konnten. Das Ausfüllen fand im Gruppenraum statt, in dem auch die Visiten sind, sodass die Patienten sich gut in die Visitensituation hineinversetzen konnten. Verständnisfragen von Seiten der Patienten konnten direkt beantwortet werden.

2.5 Statistische Auswertung

Die Daten aus den Fragebögen wurden quantitativ und qualitativ ausgewertet. Im qualitativen Teil sind Angaben der Patienten im Freitext sowie zusätzliche Bemerkungen der Patienten enthalten.

Die quantitative Auswertung wurde mit dem Statistik-Programm IBM SPSS Statistics (Version 23) durchgeführt.

Da es sich um eine explorative, deskriptive Arbeit handelt, wurden je nach Fragestellung vor allem Häufigkeiten sowie Mittelwerte (MW), Mediane (Med) und Standardabweichungen (SD) berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0.05$ festgelegt und Unterschiede mit parametrischen Tests (Chi-Quadrat-Test, T-Test, Welch-T-Test bei Varianzheterogenität und einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA)) auf Signifikanzen überprüft.

Da die Voraussetzung der Normalverteilung nicht bei allen Daten der Likert-Skalen (s. 3.1.4) gegeben ist (optischer Test auf Normalverteilung), wurden Korrelationen mit dem Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet. Korrelationen können keine Aussage über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge liefern. Dennoch können sie Hinweise auf eine gewisse positive oder negative Beeinflussung bieten.

Bei fehlenden Werten wurden jeweils nur die gültigen Prozentsätze und die Anzahl der gültigen Angaben angegeben.

Kreuzten Patienten mehrere Antworten an, obwohl Mehrfachnennungen in der Frage nicht vorgesehen waren, so wurde dies entweder unter der Antwortmöglichkeit „anderes“, falls vorhanden, eingegeben, oder die Angaben konnten nicht verwertet werden und wurden als fehlender Wert kodiert.

Zur Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen ist folgendes anzumerken: Die Haupt- und Nebendiagnosen konnten als Freitext und Mehrfachnennungen

angegeben werden und wurden bei der Analyse nach ICD-10 (International Classification of Diseases) in Gruppen aufgeschlüsselt.

Aufgrund der anonym durchgeführten Studie handelt es sich um Diagnosen aus Sicht der Patienten und nicht um expertenbasierte Diagnosen.

Bei Patienten, die mehrere Hauptdiagnosen angaben, wurde jeweils nur die erstgenannte als Hauptdiagnose kodiert und die restlichen als Nebendiagnosen, da sonst die Diagnosegruppen zu komplex wären. Außerdem wäre es schwierig, eine sinnvolle Aussagekraft hinsichtlich der Diagnosen zu erhalten. So wurde aus Gründen der Einfachheit für jeden Patienten die erstgenannte, wichtigste Diagnose als Hauptdiagnose definiert.

3 Ergebnisse

3.1 Quantitative Ergebnisse

Im Folgenden sind die zentralen quantifizierbaren Ergebnisse der Patientenumfrage aufgeführt. Ergänzende Kommentare und Begründungen der Patienten finden sich im qualitativen Teil der Ergebnisse (s. 3.2).

Im Anhang werden weniger zentrale Ergebnisse der Patientenbefragung zu folgenden Themen aufgeführt: ideale Wochentage und Tageszeit, ideale Raumgröße und -farben, Vorhandensein von Kamera bzw. Mikrofon, Stattfinden einer körperlichen Untersuchung, erstes und letztes Wort sowie Gruppensitzungen (s. 10.2 bis 10.14).

3.1.1 Patientenkollektiv

Insgesamt wurden 168 Patienten in die Studie eingeschlossen. Der Rekrutierungszeitraum betrug neun Monate (s. 2.4).

Tabelle 5 fasst die Angaben zu Alter, Geschlecht und Behandlungssetting zusammen. Das durchschnittliche Behandlungsalter beträgt 40 Jahre (entnommen aus Patientendaten des Jahres 2015 in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Tübingen). Wie man aus der Tabelle entnehmen kann, sind zwei Drittel der befragten Patienten weiblich und ein Drittel männlich. Bei den Männern sind 16,1% unter 30 Jahre alt (n=9), 83,9% ab 30 Jahre alt (n=47). Bei den Frauen sind dagegen 42,9% unter 30 (n=48) und 57,1% ab 30 Jahre alt (n=64).

Tabelle 6 fasst die Patientenangaben zu folgenden Fragen zusammen: vergangene Zeit seit der Erstdiagnose, Anzahl der Aufenthalte, geplante Behandlungsdauer beim aktuellen Aufenthalt und bisherige Erfahrung mit psychosomatischen Sitzungen.

Tabelle 7 fasst die Angaben zu Haupt- und Nebendiagnosen zusammen. Daraus ist zu entnehmen, dass die beiden größten Gruppen als Hauptdiagnose eine affektive Störung (F30 bis F39) und eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung (F40 bis F49) angeben. Mehr als die Hälfte der Patienten geben Nebendiagnosen an, darunter sowohl psychische (Angst- oder Panikstörung, Depression, Schlaflosigkeit, Suizidgedanken, dissoziative Störungen) als auch somatische Krankheiten (bösartige Erkrankungen, Asthma, Allergien).

Tabelle 5: Patientenkollektiv; Alter, Geschlecht, Behandlungssetting

	%	n absolut		%	n absolut
Alter			Geschlecht		
15 bis 19	7,1	12	weiblich	66,7	112
20 bis 29	26,8	45	männlich	33,3	56
30 bis 49	44,0	74	gesamt	100,0	168
50 bis 60	17,9	30	momentanes Behandlungssetting		
über 60	4,2	7	Station	65,5	110
gesamt	100,0	168	Tagesklinik	34,5	58
mittleres Alter	40 Jahre		gesamt	100,0	168

Tabelle 6: Patientenkollektiv; vergangene Zeit seit der Erstdiagnose, Anzahl der Aufenthalte, Behandlungsdauer, Visitenvorerfahrung

vergangene Zeit seit der Erstdiagnose in Jahren (Differenz zwischen Jahr der Datenerfassung und der Erstdiagnose)		Dies ist Ihr wievielter (teil)stationärer Aufenthalt?		
Mittelwert	5,4	Mittelwert	1,9	
Standardabweichung	6,4	Standardabweichung	1,7	
Median	3	Median	1	
Minimum	0	Minimum	1	
Maximum	30	Maximum	11	
gültige Angaben	133	gültige Angaben	165	
Wie viele psychosomatische Visiten haben Sie insgesamt schon miterlebt?		Wie viele psychosomatische Visiten haben Sie bei diesem Aufenthalt schon miterlebt?		
Mittelwert	4,2	Mittelwert	2,9	
Standardabweichung	3,3	Standardabweichung	2,0	
Median	3	Median	3	
Minimum	0	Minimum	0	
Maximum	>10	Maximum	>10	
gültige Angaben	131	gültige Angaben	152	
geplante Dauer der Behandlung in Wochen		existierende Visitenvorerfahrung (miterlebte psychosomatische Visite)		
Mittelwert	7,2		%	n absolut
Standardabweichung	2,0	ja	91,2	146
Median	7	nein	8,8	14
Minimum	4	gesamt	100,0	160
Maximum	15			
gültige Angaben	146			

Tabelle 7: Patientenkollektiv; Haupt-, Nebendiagnosen (Patientenangaben)

Hauptdiagnose		
ICD-10-Klasse	%	n absolut
affektive Störungen (F30 bis F39)	41,2	63
bipolare affektive Störung (F31)		2
depressive Episode (F32)		22
rezidivierende depressive Störung (F33)		39
neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen (F40 bis F48)	36,6	56
phobische Störung (F40)		3
andere Angststörung (F41)		12
Zwangsstörung (F42)		2
Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung (F43)		8
dissoziative Störung (F44)		4
somatoforme Störung (F45)		27
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50 bis F59)	18,3	28
Essstörung (F50)		27
<i>Anorexia nervosa (F50.0)</i>		19
<i>Bulimia nervosa (F50.2)</i>		3
nichtorganische Schlafstörungen (F51)		1
Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen (F60 bis F69)	0,6	1
spezifische Persönlichkeitsstörung (F60)		1
sonstige	3,3	5
gesamt	100,0	153
Nebendiagnosen		
Mittelwert	Standardabweichung	Median
0,8	1,0	1
Anzahl der Nebendiagnosen	%	n absolut
0	49,0	75
≥1	51,0	78
1	31,4	48
2	12,4	19
3	5,2	8
4	1,3	2
5	0,0	0
6	0,7	1
gesamt	100,0	153

3.1.2 Rahmenbedingungen

3.1.2.1 Zeitliche Rahmenbedingungen

Abbildung 2 veranschaulicht das Meinungsbild zur idealen Häufigkeit der Visite. Im Mittel geben die Patienten als ideale Dauer eines Visitengesprächs pro Patient etwa zwölf Minuten an (siehe Abbildung 3). Hier finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Patientengruppen bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnosen, Behandlungssetting und Visitenvorerfahrung. Dabei halten es mehr als 80% der Befragten für sinnvoll, die pro Patient benötigte Zeit für das Visitengespräch individuell anzupassen, da nicht jeder Patient gleich lang braucht (siehe Tabelle 8).

Wie häufig sollte die Visite Ihrer Meinung nach idealerweise stattfinden?

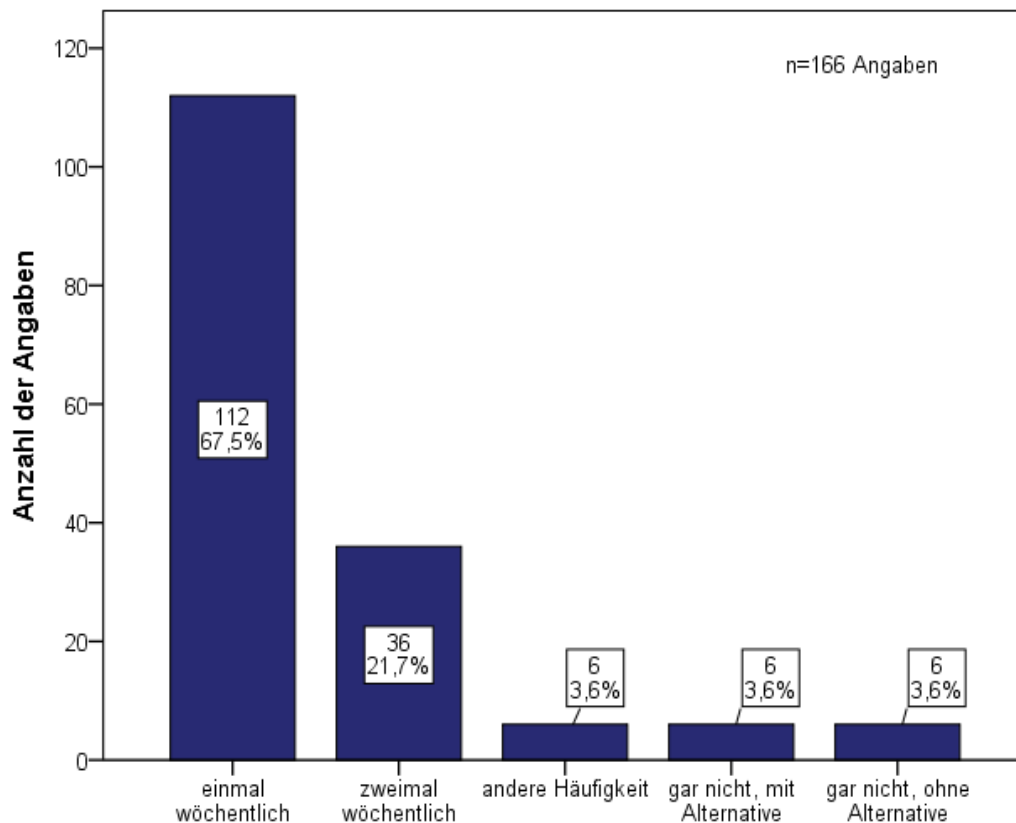


Abbildung 2: Rahmenbedingungen; ideale Häufigkeit der Visite

Wie lange sollte das Visitengespräch pro Patient mindestens dauern?

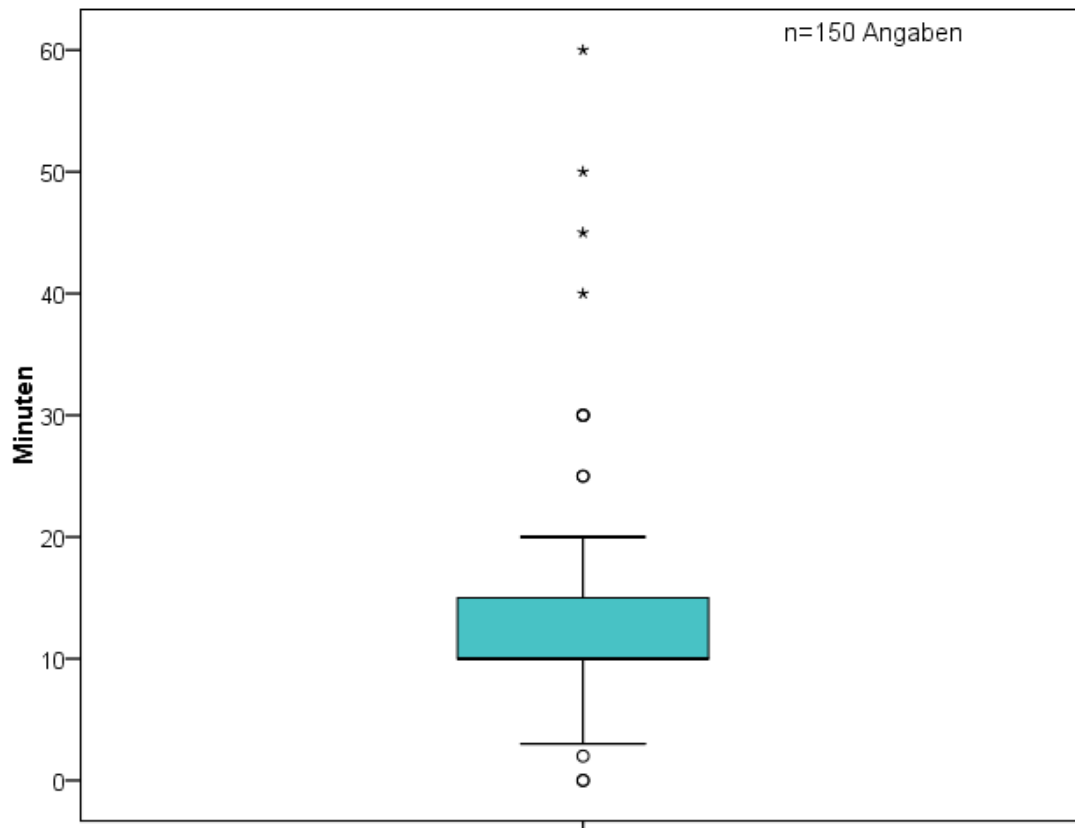


Abbildung 3: Rahmenbedingungen; ideale Dauer des Visitengesprächs

MW=12,3; SD=8,3; Med=10; Min=0; Max=60

Tabelle 8: Rahmenbedingungen; Anpassung der Gesprächszeit

Fänden Sie es sinnvoll, die pro Patient benötigte Zeit für das Visitengespräch individuell anzupassen?		
	%	n absolut
ja	83,0	137
nein	17,0	28
gesamt	100,0	165

3.1.2.2 Team-Teilnehmer in der Visite, Anwesenheit von Mitpatienten

Tabelle 9 fasst die Patientenangaben zur Anzahl anwesender Personen zusammen.

Der Median der idealen maximalen Gesamtanzahl an visitierenden Personen liegt bei vier Personen. Es finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Patientengruppen bezüglich Diagnose, Geschlecht und Alter.

Zum Geschlechterverhältnis wünschen sich die Patienten am häufigsten im Visite-Team zwei Männer und drei Frauen (Median). Es werden also tendenziell etwas mehr Visitierende vom weiblichen Geschlecht gewünscht.

Von männlichen Patienten werden signifikant mehr Anwesende vom männlichen Geschlecht (MW=2,7) gewünscht als von weiblichen Patienten (MW=2,0, $p < 0,05$).

Bei der Frage zu anwesenden Mitpatienten finden sich zwischen den einzelnen Patientengruppen keine signifikanten Unterschiede bezüglich Diagnose, Geschlecht, Alter, Behandlungssetting und Visitenvorerfahrung.

Tabelle 9: Rahmenbedingungen; Teilnehmeranzahl, Mitpatienten

Wie viele Personen der folgenden Berufsgruppen sollten Ihrer Meinung nach, außer Ihnen als Patient/in, bei der Visite idealerweise maximal anwesend sein?				
	Median	Minimum	Maximum	gültige Angaben
Gesamtanzahl	4	1	15	144
männliche Personen	2	0	7	80
weibliche Personen	3	0	7	80
Chefärzte	1	0	1	142
Oberärzte	1	0	2	142
Assistenzärzte	1	0	3	142
Psychologen/Psycholog. Psychotherapeuten	1	0	4	142
Bezugstherapeut	1	0	2	142
Pflegepersonal	1	0	2	142
Studenten	0	0	4	141
Praktikanten/Pflegeschüler	0	0	4	141
andere	0	0	1	146
Dürfen/Sollten Mitpatienten bei der Visite idealerweise anwesend sein?				
	%		n absolut	
nein	75,3		125	
manchmal, wenn nötig	19,3		32	
egal	3,6		6	
ja	1,8		3	
gesamt	100,0		166	

3.1.2.3 Räumliche Rahmenbedingungen

Mehr als die Hälfte der Patienten gibt als Ort der Visite einen Gruppenraum an (siehe Abbildung 4). Dabei gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Patientengruppen bezüglich Diagnosen, Geschlecht, Alter, Behandlungssetting und Visitenvorerfahrung.

Angegebene Mehrfachantworten werden unter „anderes“ kodiert, da dies nicht in der Frage vorgesehen ist, z.B. „Gruppenraum oder Patientenzimmer“, „Gruppenraum oder Arztzimmer“, „Arztzimmer oder Patientenzimmer“.

Zu beachten ist, dass sich die Angabe von n=13 Patienten, die das Patientenzimmer angeben, lediglich auf die stationäre Patientenanzahl bezieht. Daher ist hier der eigentliche Anteil 11,8% (bei n=110 stationären Patienten).

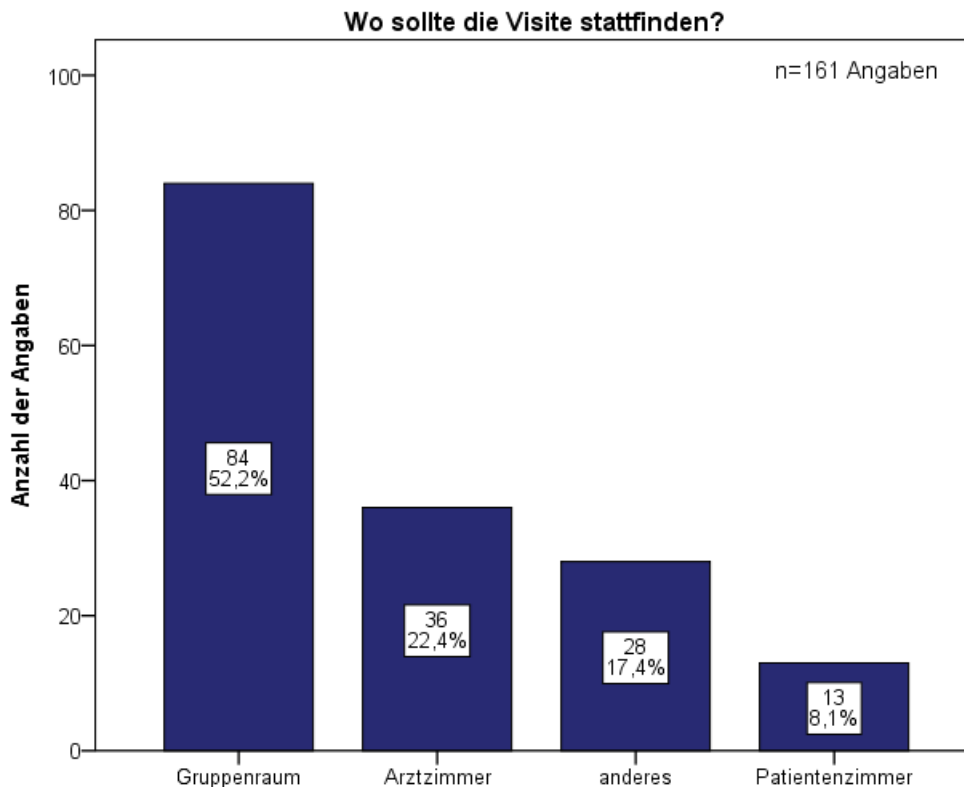


Abbildung 4: Rahmenbedingungen; Ort der Visite

Tabelle 10 fasst die Häufigkeiten der angegebenen Stuhlanordnung sowie Gegenstände im Raum zusammen, wobei die zentralen Ergebnisse hervorgehoben sind. Im Anhang finden sich zusätzliche Ergebnisse zu Kamera bzw. Mikrofon.

Bei der Stuhlanordnung sind Mehrfachnennungen, z.B. „Halbkreis“ und „dem Patienten gegenüber“, möglich und vorhanden.

Die Patientengruppen werden bezüglich Behandlungssetting, Diagnosen, Alter und Geschlecht auf Unterschiede untersucht (siehe Anhang). Dabei wird unter anderem festgestellt, dass der Stuhlkreis signifikant häufiger von teilstationären Patienten (46,6%) als von stationären Patienten angegeben wird (29,2%, $p < 0,05$).

Die Möglichkeit, die exakte Stuhlanordnung im Raum aufzuzeichnen, wird vor allem von Patienten genutzt, die eine vom vorherrschenden stationären bzw.

teilstationären Setting abweichende Vorstellung von der Raumaufteilung und Stuhlanordnung haben (siehe Tabelle 10, 3.2.1 und Anhang).

81,8% der befragten stationären und 70,0% der befragten teilstationären Patienten zeichnen die Stuhlanordnung anders, als sie sie von ihrer Station bzw. Tagesklinik gewohnt sind.

Bei 20,5% der Zeichnungen ist in die Anordnung ein Tisch integriert (siehe 3.2.1).

Tabelle 10: Rahmenbedingungen; Raumgegenstände, Raumaufteilung

Was sollte im Raum vorhanden sein? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=164 Angaben)	n absolut
Stühle, im Kreis	35,4	58
Stühle, im Halbkreis	33,5	55
Stühle, dem Patienten gegenüber	27,4	45
Stühle, andere Anordnung	9,1	15
Fenster	95,1	156
Pflanze(n)	75,0	123
Bild(er)	51,8	85
Taschentücher, in Griffweite	53,0	87
Taschentücher, in Sichtweite	20,1	33
Taschentücher, versteckt	5,5	9
Patientenkurve	37,2	61
Uhr	32,9	54
Desinfektionsmittel	10,4	17
Kamera/Mikrofon	9,8	16
genutzte Supervisionsscheibe	3,7	6
anderes	5,5	9
nichts	10,4	17
Zeichnungen von idealer Raumaufteilung und Stuhlanordnung		
	%	n absolut
andere	60,7	71
ähnlich wie vorherrschende tagesklinische Aufteilung und Stuhlanordnung (Kreis)	25,6	30
ähnlich wie vorherrschende stationäre Aufteilung und Stuhlanordnung (Halbkreis)	13,7	16
gesamt	100,0	117

3.1.3 Ablauf

3.1.3.1 Vor dem Visitengespräch

Tabelle 11 fasst die Angaben zu Aufklärung über die Visite, Ablaufplan und gewünschtem Wartebereich zusammen.

Vor ihrer ersten Visite möchte fast die Hälfte der Patienten durch ein Informationsblatt über Ablauf, Struktur, Sinn und Ziele derselben informiert werden, fast ebenso viele wünschen eine mündliche Erklärung (Mehrfachnennungen sind möglich). Das Informationsblatt wird dabei signifikant häufiger von Patienten ohne psychosomatische Visitenvorerfahrung angegeben (78,6% im Vergleich zu 39,9% bei Patienten mit Vorerfahrung, $p < 0,05$). Unter 30-Jährige möchten signifikant häufiger vom Gesprächsleiter über die Visite informiert werden (32,1% im Vergleich zu 16,7% bei ab 30-Jährigen, $p < 0,05$).

Fast 80% der Patienten möchten, dass ihnen im Voraus vor jeder Visite ein Plan zum Ablauf der Visite ausgehändigt wird.

Bezüglich der Informationen, welche dieser Plan enthalten sollte, werden vor allem Uhrzeit und Ort der Visite angekreuzt. Dabei wünschen weibliche Patienten mit 57,5% signifikant häufiger, dass auch der veranschlagte Zeitrahmen genannt wird, als männliche Patienten (36,4%, $p < 0,05$).

Fast 60% der Patienten bevorzugen es, vor dem Visiteraum, *mit* vorhandener Sitzgelegenheit zu warten, bis ihre Visite beginnt. Die drei Personen, die keine Sitzgelegenheit vor dem Raum wünschen, gehören zu der Diagnosegruppe F50 bis F59 (u.a. Essstörungen). Dieser Zusammenhang ist allerdings nicht signifikant und muss deskriptiv gewertet werden.

Unter „anderes“ werden auch nicht vorgesehene Mehrfachnennungen kodiert.

Fast 80% der Patienten würden sich nicht daran stören, wenn sie mit anderen Patienten zusammen im selben Raum auf die Visite warten müssten. Die größte Gruppe, die hier „egal“ angegeben hat, ist in der Diagnosegruppe der affektiven Störungen (F30-F39, u.a. depressive Störungen) zu finden; dieser Zusammenhang ist jedoch nicht signifikant.

Abbildung 5 fasst die Angaben zum Betreten des Visiteraums zusammen. Unter die beiden Möglichkeiten „sonstiges Mitglied“ sowie „anderes“ fallen häufig

Patienten, die mehrere Personen oder Antworten angekreuzt haben, z.B. „Pflegepersonal oder Bezugstherapeut“, „werde vom Gesprächsleiter in den Raum geholt oder hereingerufen“.

Tabelle 11: Ablauf; Aufklärung über die Visite, Ablaufplan, Wartebereich

Wenn es Ihre erste Visite ist: Wie sollten Ablauf, Struktur, Sinn und Ziele der Visite vermittelt werden? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=164 Angaben)	n absolut
Informationsblatt	43,3	71
mündlich	42,7	70
im Vorfeld der Visite	35,4	58
durch Bezugstherapeuten	34,8	57
durch Gesprächsleiter	22,0	36
direkt in der Visite	21,3	35
durch Stationsarzt	7,9	13
anderes	3,7	6
Hätten Sie gerne, dass Ihnen im Voraus vor jeder Visite ein Plan zum Ablauf der Visite ausgehändigt wird?		
	%	n absolut
ja	79,6	129
nein	20,4	33
gesamt	100,0	162
Wenn ja, welche Informationen sollte dieser enthalten? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=161 Angaben)	n absolut
Uhrzeit	72,7	117
Ort	67,1	108
veranschlagter Zeitrahmen	50,3	81
Wo würden Sie gerne auf die Visite warten?		
	%	n absolut
vor Visiteraum, mit Sitzgelegenheit	59,4	98
Gruppenraum	11,5	19
Patientenzimmer	7,9	13
Wartezimmer	6,1	10
vor Visiteraum, ohne Sitzgelegenheit	1,8	3
anderes	13,3	22
gesamt	100,0	165
Würde es Sie stören, wenn Sie gleichzeitig mit anderen Patienten (im selben Raum) auf die Visite warten müssten?		
	%	n absolut
nein	78,2	129
egal	12,1	20
ja	9,7	16
gesamt	100,0	165

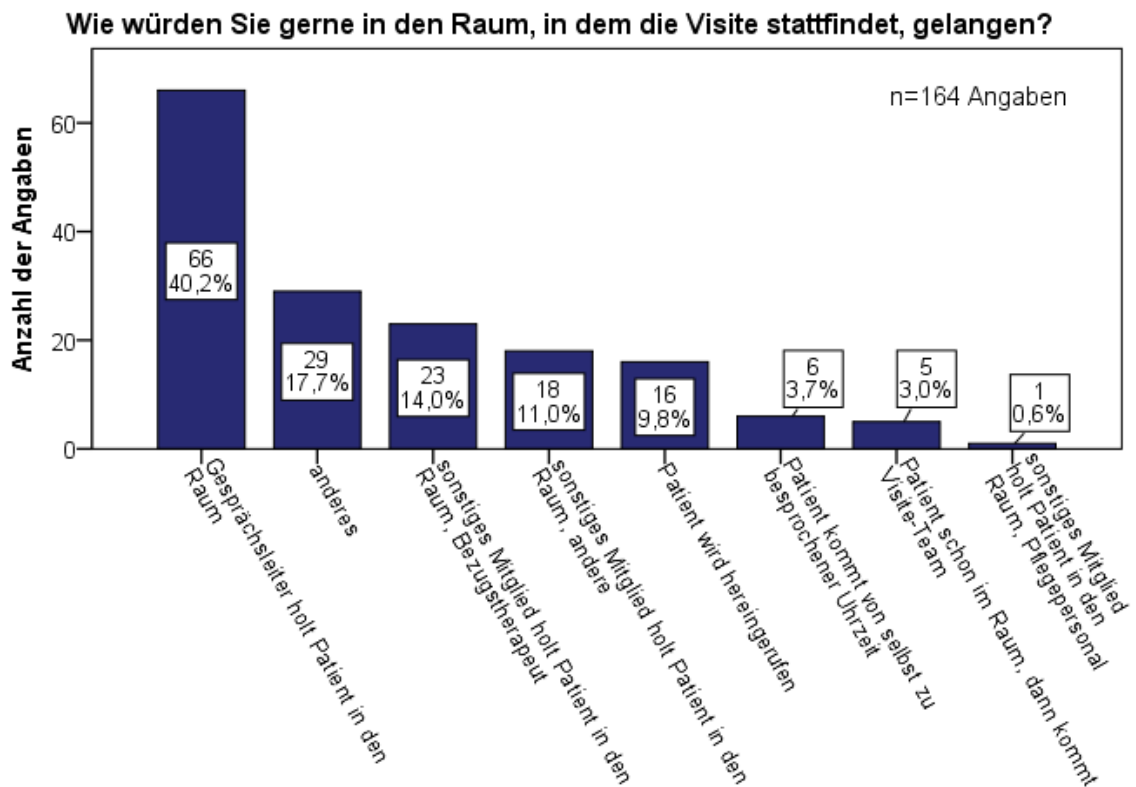


Abbildung 5: Ablauf; Betreten des Raums

3.1.3.2 Störfaktoren

Tabelle 12 fasst die Angaben zu möglichen Störfaktoren und zur Anwesenheit unbekannter Personen zusammen.

Fast zwei Drittel der Patienten geben an, es würde sie nicht stören, wenn sich ein Teil der Anwesenden während der Visite Notizen macht bzw. mit Laptop dabeisitzt. Dabei wird der Störfaktor durch den sich Notizen machenden Gesprächsleiter als Gegenüber bei den unter 30-Jährigen mit 31,6% signifikant wichtiger eingeschätzt als bei den ab 30-Jährigen (15,0%, $p < 0,05$).

Fast 90% der Patienten geben an, es störe sie, wenn während des Gesprächs Personen den Raum verlassen oder hinzukommen. Es gibt keine signifikanten Unterschiede bezüglich Alter und Geschlecht.

Mehr als drei Viertel der Patienten würden es als störend empfinden, wenn Personen im Raum wären, die ihnen unbekannt sind.

Die Antwortmöglichkeit „Frage an den Patienten, ob Anwesenheit in Ordnung ist“ wird signifikant häufiger von Patienten ohne jegliche psychosomatische Visitenvorerfahrung angekreuzt (64,3% im Vergleich zu 29,2% bei Patienten mit Vorerfahrung, $p < 0,05$).

Tabelle 12: Ablauf; Störfaktoren, Anwesenheit unbekannter Personen

Würde es Sie stören, wenn ein Teil der Anwesenden sich während der Visite Notizen macht bzw. mit Laptop dabeisitzt?		
	%	n absolut
nein	59,4	98
ja	40,6	67
gesamt	100,0	165
Wenn ja: was genau würde Sie stören? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=164 Angaben)	n absolut
nur wenn Gegenüber (Gesprächsleiter) sich Notizen macht	20,7	34
nur bei elektronischen Notizen (Laptop etc.)	11,0	18
immer (Notizen jeder Art)	7,9	13
nur bei handschriftlichen Notizen	6,7	11
Würde es Sie stören, wenn während des Gesprächs Personen den Raum verlassen oder hinzukommen?		
	%	n absolut
ja	89,6	146
nein	10,4	17
gesamt	100,0	163
Falls Personen im Raum sind, die Ihnen unbekannt sind, würde es Sie stören?		
	%	n absolut
ja	76,4	126
nein	23,6	39
gesamt	100,0	165
Falls ja, wie sollte man in diesem Fall vorgehen? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=126 Angaben)	n absolut
Selbstvorstellung der unbekannt Person	52,4	60
Vorstellung durch Gesprächsleiter	49,2	62
Frage an Patienten, ob Anwesenheit in Ordnung ist	41,3	52
keine Vorstellung, Nichtbeachten	3,2	4
anderes	2,4	3

3.1.3.3 Beginn des Visitengesprächs

Tabelle 13 fasst die Patientenangaben zur idealen Begrüßung zusammen.

Aus Tabelle 14 geht hervor, dass sich nahezu jeder Patient während des Gesprächs wünscht, dass alle Beteiligten sitzen. Mehrfachnennungen sind hier nicht vorgesehen, sodass diese nicht in der Statistik erfasst werden können.

Abbildung 6 veranschaulicht das Meinungsbild zum idealen Gesprächsbeginn. Unter „anderes“ fallen sowohl Patienten, die Mehrfachnennungen angegeben haben, obwohl dies nicht in der Frage vorgesehen ist, als auch Patienten mit eigenen Ideen.

Tabelle 13: Ablauf; Begrüßung

Wie möchten Sie zu Beginn der Visite idealerweise begrüßt werden? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=164 Angaben)	n absolut
Handschlag durch Gesprächsleiter	64,6	106
Austausch einleitender Worte	43,9	72
Handschlag durch alle Anwesenden	7,9	13
direkt "in medias res" ohne Begrüßung	3,7	6
anderes	6,1	10

Tabelle 14: Ablauf; Sitzen

Sollten alle Beteiligten sitzen?		
	%	n absolut
ja, alle sollten sitzen	99,4	164
nur Patient und Gesprächsleiter sollten sitzen	0,6	1
nur der Patient sollte sitzen	0,0	0
alle sollten stehen	0,0	0
gesamt	100,0	165

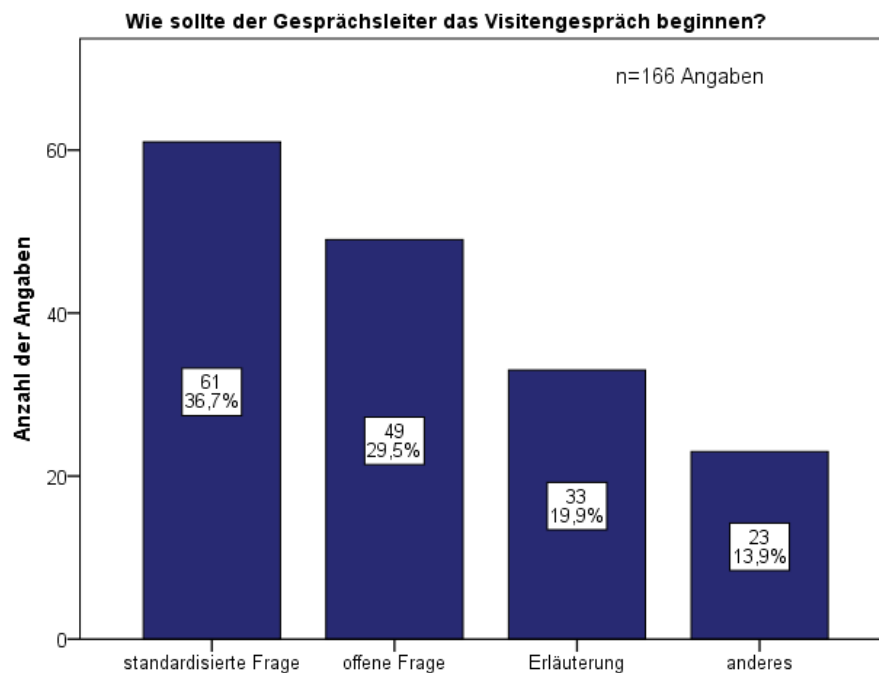


Abbildung 6: Ablauf; Gesprächsbeginn

3.1.3.4 Gesprächsleiter

Tabelle 15 fasst die Ergebnisse zum angegebenen Gesprächsleiter zusammen. Mehrfachnennungen sind möglich.

Weibliche Patienten wünschen dabei mit 29,4% signifikant häufiger den Bezugstherapeuten als Gesprächsleiter als männliche Patienten (14,8%, $p < 0,05$).

Tabelle 16 fasst die Patientenangaben zur Frage nach dem idealen Verhalten des Gesprächsleiters zusammen.

Im Mittel wird angegeben, die offene Frage zu einem Anteil von 54% und die geschlossene Frage zu einem Anteil von 41% zu verwenden.

Tabelle 15: Ablauf; Gesprächsleiter

Wer sollte idealerweise die Visite bzw. das Gespräch leiten? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=163 Angaben)	n absolut
Oberarzt	27,6	45
Bezugstherapeut	24,5	40
Chefarzt	20,2	33
Chefarzt und Oberarzt zusammen	19,6	32
kein Gesprächsleiter, jeder der Beteiligten nimmt am Gespräch teil	16,6	27
leitender Psychologe	16,0	26
wechselnd, je nach Anwesenden	7,4	12
andere	6,1	10
Stationsarzt	3,1	5

Tabelle 16: Ablauf; Verhalten des Gesprächsleiters

Wie sollte sich der Gesprächsleiter idealerweise verhalten?					
	immer	oft	manchmal, wenn nötig	nie	gesamt
	% (n abs.)	% (n abs.)	% (n abs.)	% (n abs.)	% (n abs.)
hält sich an seine Notizen	9,4 (12)	31,3 (40)	49,2 (63)	10,2 (13)	100,0 (128)
agiert spontan, ohne Notizen	34,5 (51)	40,5 (60)	20,9 (31)	4,1 (6)	100,0 (148)
abwartend, passiv, lässt Patienten das Gespräch leiten	3,0 (4)	12,7 (17)	54,5 (73)	29,9 (40)	100,0 (134)
unterbricht Patienten ab und zu	2,9 (4)	5,0 (7)	62,6 (87)	29,5 (41)	100,0 (139)
strukturiert selbst das Gespräch	23,9 (34)	38,0 (54)	33,8 (48)	4,2 (6)	100,0 (142)
äußert offen seine Meinung	51,7 (75)	28,3 (41)	17,2 (25)	2,8 (4)	100,0 (145)
interveniert therapeutisch: Lob	50,7 (75)	25,0 (37)	20,9 (31)	3,4 (5)	100,0 (148)
interveniert therapeutisch: Ermutigung	57,2 (83)	24,1 (35)	16,6 (24)	2,1 (3)	100,0 (145)
interveniert therapeutisch: Konfrontation	54 (39,1)	24,6 (34)	31,2 (43)	5,1 (7)	100,0 (138)
interveniert therapeutisch: Ratschläge	50,0 (72)	27,1 (39)	18,1 (26)	4,9 (7)	100,0 (144)
interveniert therapeutisch: Deutungen	35,4 (45)	31,5 (40)	25,2 (32)	7,9 (10)	100,0 (127)
interveniert therapeutisch: anderes	75,0 (3)	25,0 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (4)
stellt offene Fragen	38,3 (41)	30,8 (33)	26,2 (28)	4,7 (5)	100,0 (107)

stellt geschlossene Fragen	28,4 (27)	33,7 (32)	31,6 (30)	6,3 (6)	100,0 (95)
benutzt medizinische Fachsprache	2,9 (4)	5,8 (8)	56,8 (79)	34,5 (48)	100,0 (139)
lässt Raum für Fragen des Patienten	69,5 (105)	24,5 (37)	5,3 (8)	0,7 (1)	100,0 (151)
macht sich Notizen	25,5 (36)	31,9 (45)	35,5 (50)	7,1 (10)	100,0 (141)
spricht im Dialekt	8,7 (11)	15,0 (19)	38,6 (49)	37,8 (48)	100,0 (127)
anderes	100,0 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	100,0 (2)

3.1.3.5 Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis

Tabelle 17 fasst die Patientenangaben zu Gesprächspausen und idealem Gesprächsverhältnis zusammen.

Bei gewünschten Gesprächspausen wird der Anteil, den sie an der Gesprächszeit haben sollten, zwischen fünf und 50 Prozent angegeben, am häufigsten (60,7%) zwischen zehn und 20 Prozent.

Beim Gesprächsverhältnis finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen bezüglich Diagnose, Geschlecht, Alter und Visitenvorerfahrung.

Tabelle 17: Ablauf; Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis

Wichtigkeit von Gesprächspausen		
	%	n absolut
Pausen stören	78,3	123
Pausen erwünscht	21,7	34
gesamt	100,0	157
Wie sollte die Gesprächszeit zwischen Arzt und Patient aufgeteilt sein?		
	%	n absolut
unterschiedlich	60,3	94
1 : 1	28,2	44
mehr beim Patienten	7,1	11
mehr beim Arzt	4,5	7
gesamt	100,0	156

3.1.3.6 Themen

Tabelle 18 fasst die Ergebnisse zu möglichen Themen zusammen, die nach Meinung der Patienten „immer“, „oft“, „manchmal“ oder „nie“ in der Visite angesprochen werden sollten.

Tabelle 18: Ablauf; Themen

Welche Themen sollten bei der Visite aus Ihrer Sicht angesprochen werden?					
	immer	oft	manchmal, wenn nötig	nie	gesamt
	% (n abs.)	% (n abs.)	% (n abs.)	% (n abs.)	% (n abs.)
Verlauf, Entwicklung	67,1 (108)	19,9 (32)	12,4 (20)	0,6 (1)	100,0 (161)
Probleme	64,6 (104)	13,0 (21)	22,4 (36)	0,0 (0)	100,0 (161)
Diagnosen	27,5 (42)	12,4 (19)	57,5 (88)	2,6 (4)	100,0 (153)
Differenzialdiagnosen	17,2 (27)	15,3 (24)	60,5 (95)	7,0 (11)	100,0 (157)
Gefühle, Emotionen	33,5 (54)	29,8 (48)	33,5 (54)	3,1 (5)	100,0 (161)
Ereignisse während des Aufenthalts	21,5 (34)	18,4 (29)	56,3 (89)	3,8 (6)	100,0 (158)
Ziele definieren	25,2 (39)	34,2 (53)	34,8 (54)	5,8 (9)	100,0 (155)
weiteres somatisches medizinisches Vorgehen	51,0 (79)	32,2 (36)	25,8 (40)	0,0 (0)	100,0 (155)
weiteres psychotherapeutisches Vorgehen	50,0 (79)	29,1 (46)	20,3 (32)	0,6 (1)	100,0 (158)
Erklärung der Erkrankung für den Patienten	31,0 (49)	20,9 (33)	44,3 (70)	3,8 (6)	100,0 (158)
Erwartungen des Patienten	25,8 (41)	29,6 (47)	42,1 (67)	2,5 (4)	100,0 (159)
Fragen und Anliegen des Patienten	58,5 (93)	18,2 (29)	23,3 (37)	0,0 (0)	100,0 (159)
Mitpatienten	6,4 (10)	4,5 (7)	60,9 (95)	28,2 (44)	100,0 (156)
soziale Fragen	7,7 (12)	10,9 (17)	69,9 (109)	11,5 (18)	100,0 (156)
Vergangenheit	7,0 (11)	12,1 (19)	64,3 (101)	16,6 (26)	100,0 (157)
Familie	6,3 (9)	14,7 (21)	65,7 (94)	13,3 (19)	100,0 (143)
Aufenthaltsdauer, Entlassdatum	20,1 (32)	19,5 (31)	58,5 (93)	1,9 (3)	100,0 (159)
Zeit nach der Behandlung	25,3 (41)	22,8 (37)	49,4 (80)	2,5 (4)	100,0 (162)

Möglichkeit einer Weiterbehandlung bei Therapieende: Zusammenfassung	27,2 (43)	28,5 (45)	42,4 (67)	1,9 (3)	100,0 (158)
anderes	64,6 (102)	13,9 (22)	20,3 (32)	1,3 (2)	100,0 (158)
	66,7 (2)	0,0 (0)	33,3 (1)	0,0 (0)	100,0 (3)

3.1.3.7 Ende des Visitengesprächs

Tabelle 19 fasst die Ergebnisse zur Gestaltung des Gesprächsendes und zum Verlassen des Raumes zusammen.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, sind die beiden häufigsten Nennungen die „abschließende, standardisierte Frage“ und ein „Handschlag durch den Gesprächsleiter“, Mehrfachnennungen waren möglich.

Bezüglich des Verlassens des Raums möchten zwei Drittel der Patienten von selbst hinausgehen, ein Viertel möchte vom Gesprächsleiter hinausgeleitet werden. Vorhandene Mehrfachnennungen bei dieser Frage konnten nicht gewertet werden, da sie nicht vorgesehen waren.

Tabelle 19: Ablauf; Gesprächsende, Verlassen des Raums

Wie sollte das Ende des Gesprächs idealerweise gestaltet werden? (Mehrfachnennungen möglich)		
	% (n=161 Angaben)	n abs.
abschließende, standardisierte Frage	80,1	129
Handschlag durch Gesprächsleiter	60,9	98
Verabschiedung	53,4	86
kurzer Ausblick auf weiteren Tagesablauf	22,4	36
Handschlag durch alle	5,6	9
anderes	2,5	4
Handschlag durch mehrere Anwesende	1,2	2
Wie möchten Sie als Patient am liebsten aus dem Raum gelangen?		
	%	n abs.
gehe von selbst hinaus	66,7	104
werde vom Gesprächsleiter hinausgeleitet	25,6	40
bleibe im Raum, Visite-Team geht hinaus	3,2	5
werde von anderer Person hinausgeleitet: andere	3,2	5
werde von anderer Person hinausgeleitet: Bezugstherapeut	0,6	1
werde von anderer Person hinausgeleitet: Pflegepersonal	0,6	1
gesamt	100,0	156

3.1.4 Subjektive Bewertung der Visite

Abbildung 7 gibt eine Übersicht über die im Folgenden einzeln aufgeführten Ergebnisse zur subjektiven Bewertung der Visite durch die Patienten. Auf einer Skala von Null bis Zehn kann die Visite individuell eingeschätzt werden.

Die jeweils angegebenen Begründungen sind unter 3.2.3 und ausführlich im Anhang zu finden.

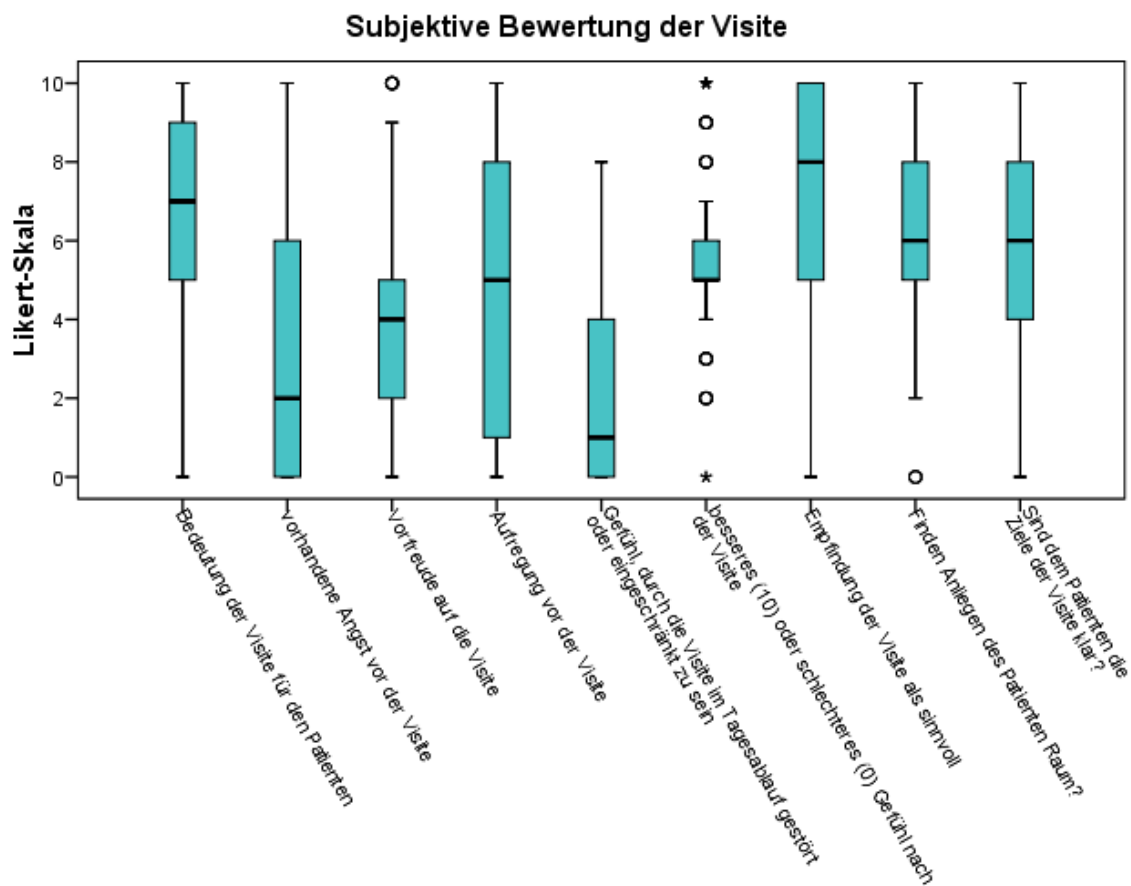


Abbildung 7: Subjektive Bewertung der Visite; Übersicht

0=niedrigste Bewertung, 10=höchste Bewertung

3.1.4.1 Bedeutung der Visite

Abbildung 8 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Wie wichtig ist die Visite insgesamt für Sie?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („völlig unwichtig“) bis Zehn („besonders wichtig“).

Die Zahlen Null bis Vier geben 22,9% der Patienten an.

Die älteren Patienten (≥ 30 Jahre) schätzen die Visite mit einem Mittelwert von 6,7 signifikant wichtiger ein als die jüngeren Patienten (< 30 Jahre) mit einem Mittelwert von 5,4 ($p < 0,05$).

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung und Behandlungssetting.

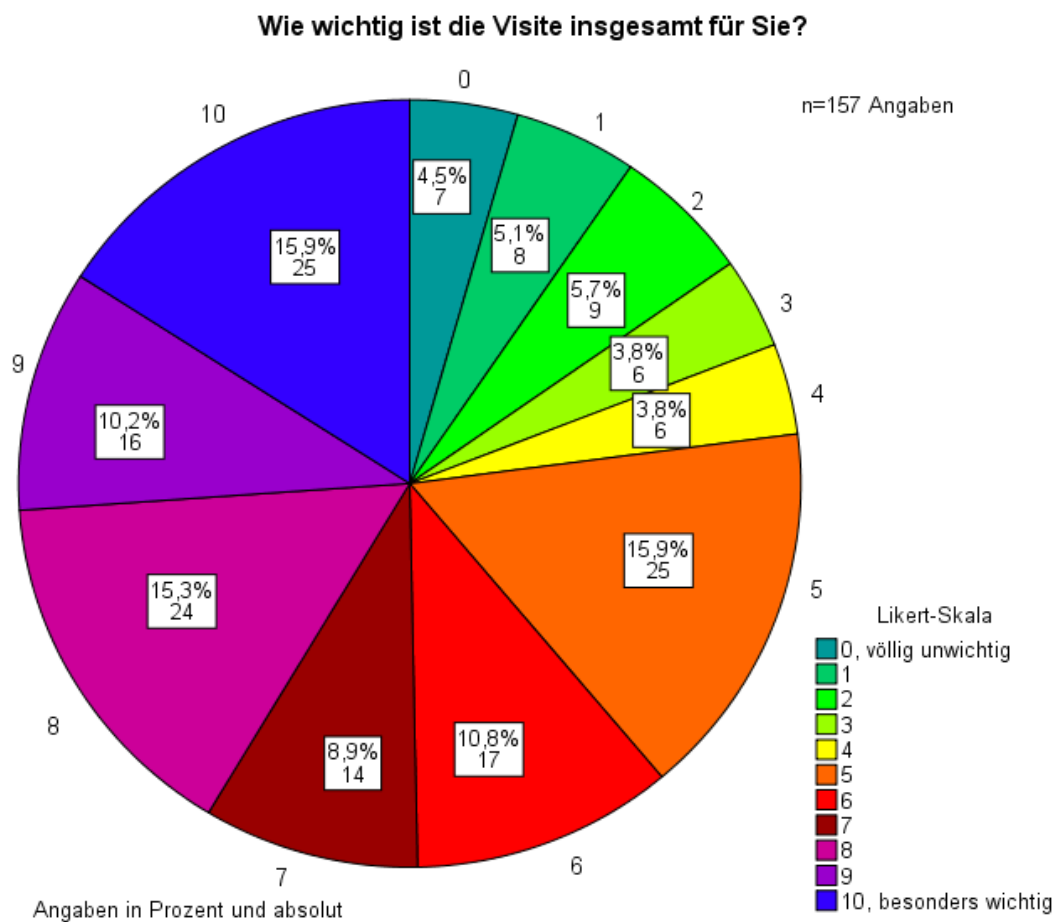


Abbildung 8: Bedeutung der Visite (0=völlig unwichtig, 10=besonders wichtig)

MW=6,2, SD=2,9, Med=7, Min=0, Max=10

3.1.4.2 Angst vor der Visite

Abbildung 9 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Haben Sie Angst vor einer Visite?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („überhaupt nicht“) bis Zehn („massiv“).

Weibliche Patienten (MW=3,8) geben hochsignifikant mehr Angst an als männliche Patienten (MW=1,8, $p < 0,01$).

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Alter, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung und Behandlungssetting.

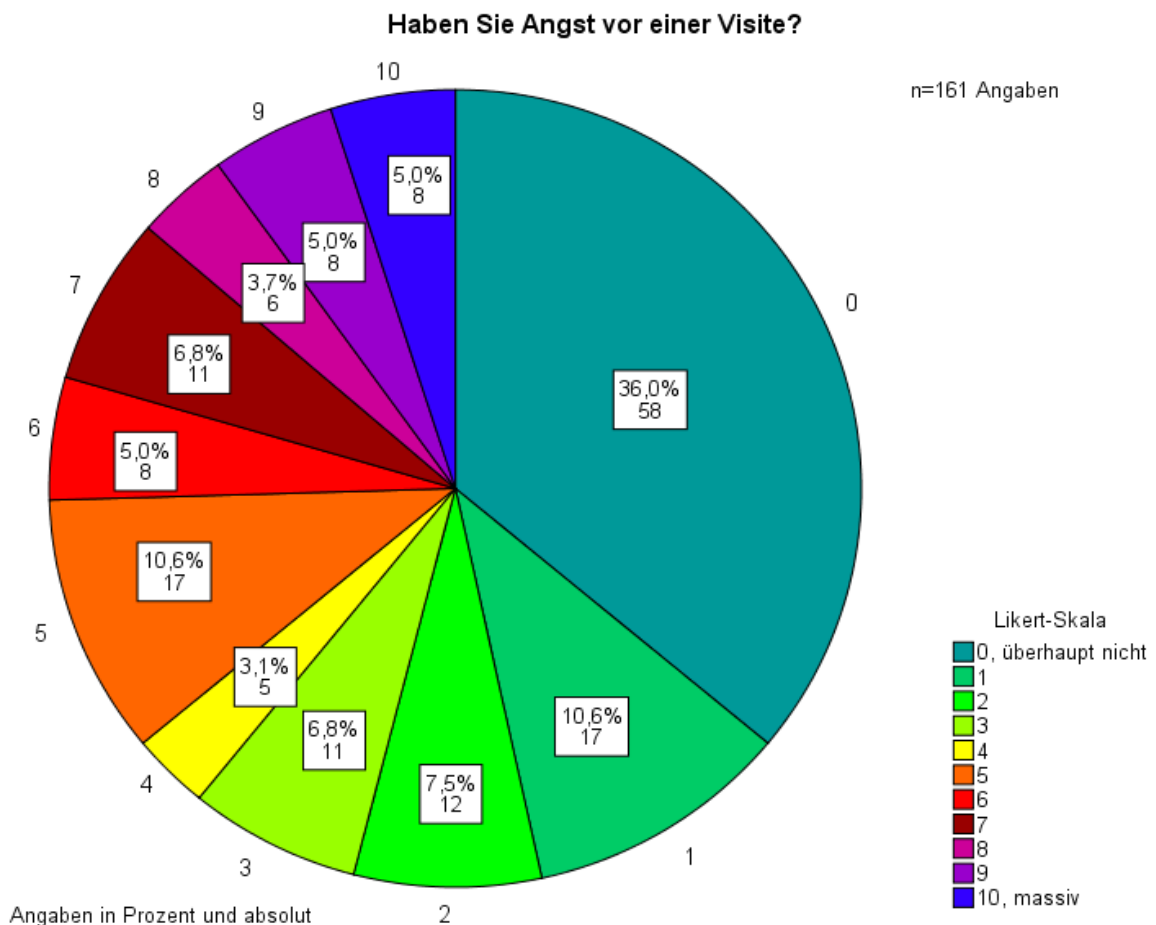


Abbildung 9: Angst vor der Visite (0=überhaupt nicht, 10=massiv)

MW=3,1, SD=3,3, Med=2, Min=0, Max=10

3.1.4.3 Vorfreude auf die Visite

Abbildung 10 veranschaulicht das Meinungsbild zur Frage „Freuen Sie sich auf die Visite?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („überhaupt nicht“) bis Zehn („extrem“).

Dabei geben die Patienten ab 30 Jahren mit einem Mittelwert von 4,3 und die Patienten ohne psychosomatische Visitenvorerfahrung mit einem Mittelwert von 5,8 eine hochsignifikant größere Vorfreude an als die unter 30-Jährigen (MW=3,1) bzw. die Patienten mit Vorerfahrung (MW=3,6, jeweils $p < 0,01$).

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n) oder Behandlungssetting.

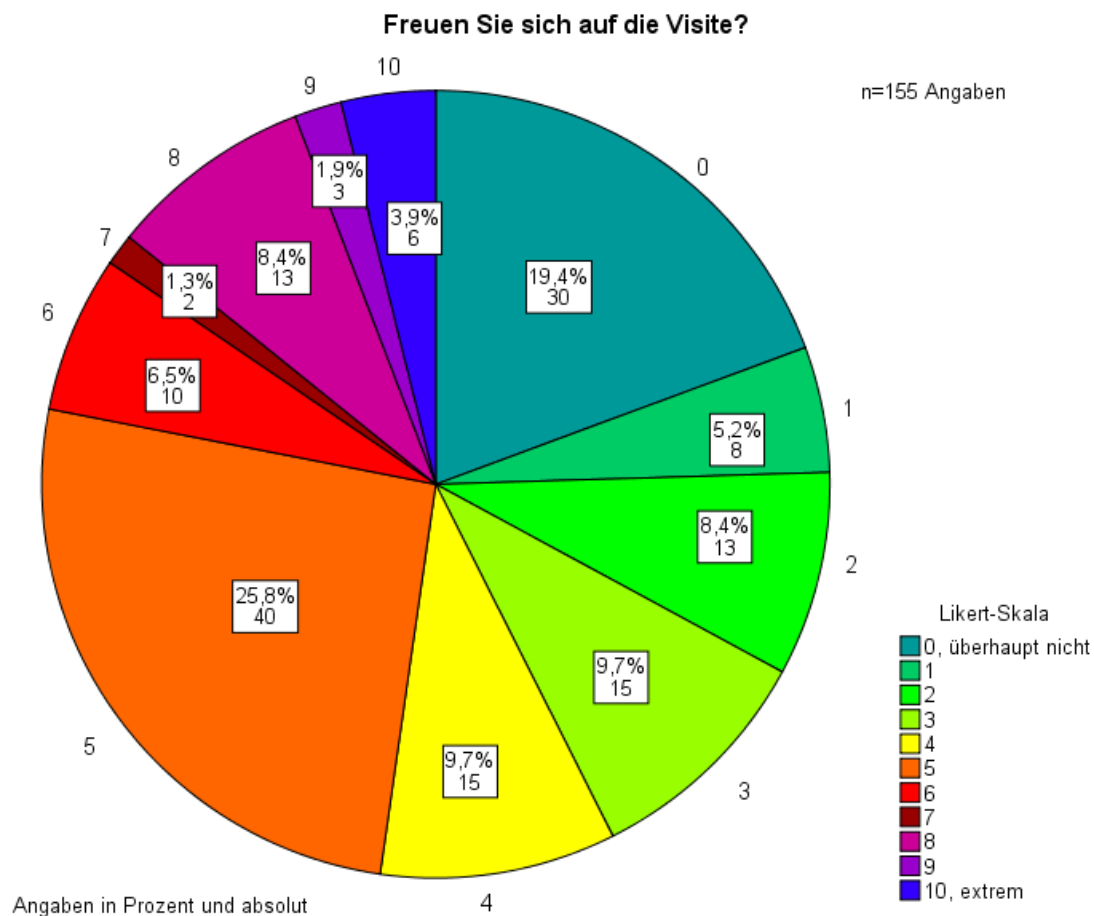


Abbildung 10: Vorfreude auf die Visite (0=überhaupt nicht, 10=extrem)

MW=3,9, SD=2,8, Med=4, Min=0, Max=10

3.1.4.4 Aufregung vor der Visite

Abbildung 11 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Sind Sie aufgeregt vor einer Visite?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („überhaupt nicht“) bis Zehn („massiv“).

Dabei geben Frauen mit einem Mittelwert von 5,1 eine hochsignifikant stärkere Aufregung an als Männer (MW=3,4, $p < 0,01$).

Außerdem sind unter 30-Jährige (MW=5,4) signifikant aufgeregter als ab 30-Jährige (MW=4,1, $p < 0,05$).

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung und Behandlungssetting.

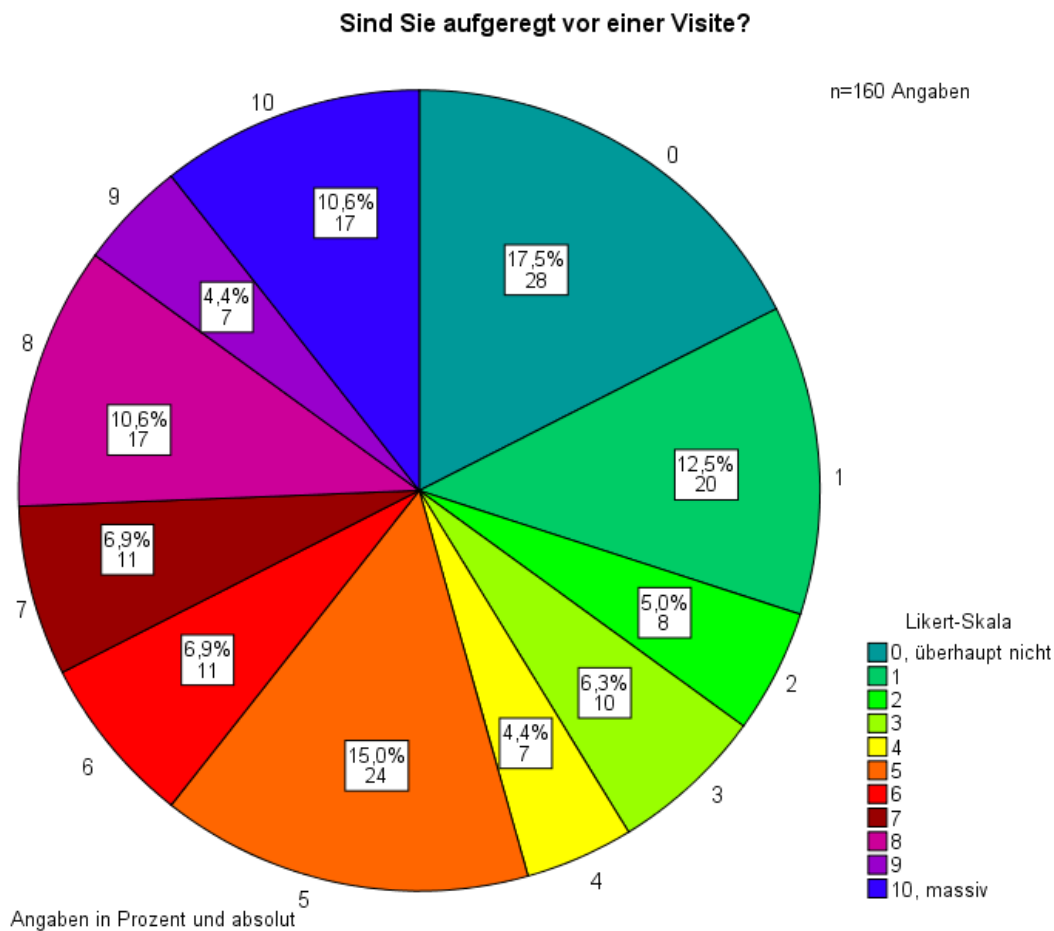


Abbildung 11: Aufregung vor der Visite (0=überhaupt nicht, 10=massiv)

MW=4,5, SD=3,4, Med=5, Min=0, Max=10

3.1.4.5 Einschränkungsegefühl durch die Visite

Abbildung 12 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Fühlen Sie sich durch die Visite in Ihrem Tagesablauf gestört oder eingeschränkt?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („überhaupt nicht“) bis Zehn („massiv“). 48,4% der Patienten geben an, sich „überhaupt nicht“ durch die Visite eingeschränkt zu fühlen.

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung oder Behandlungssetting.

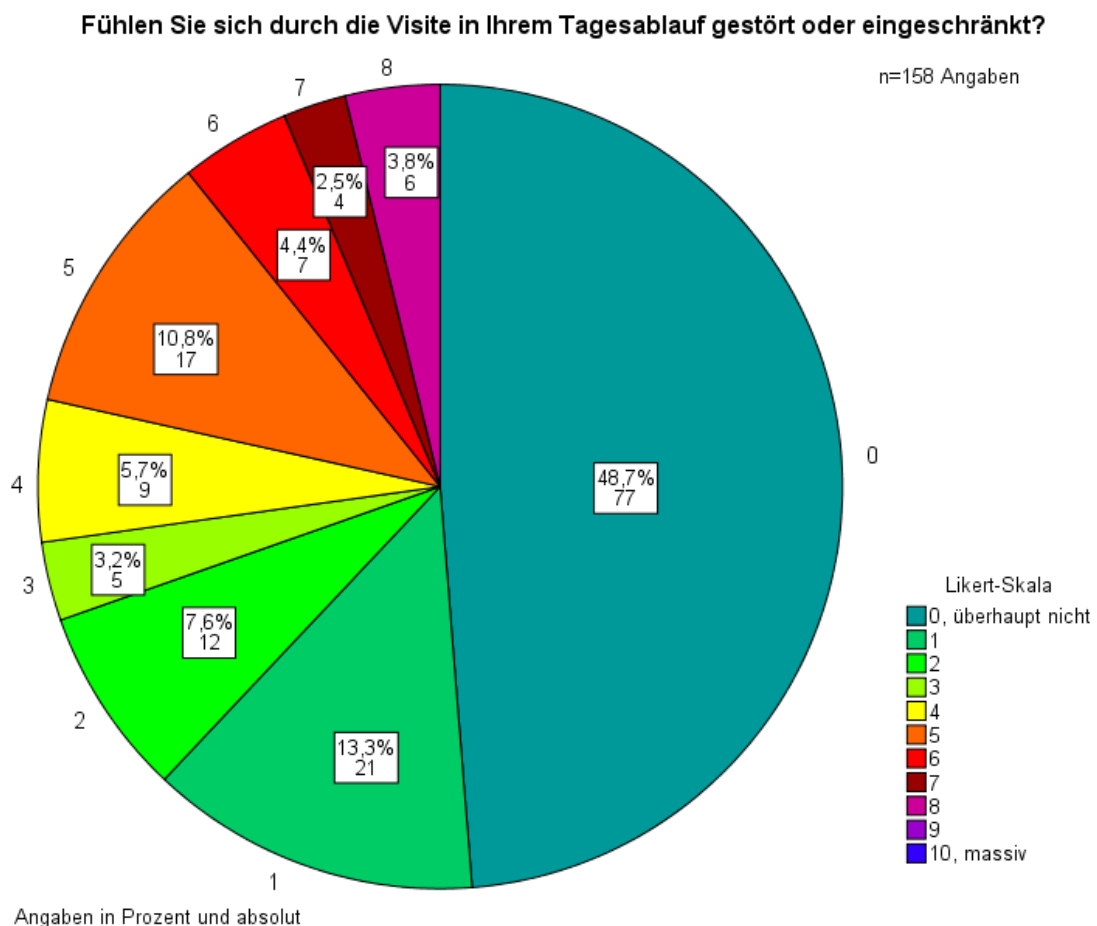


Abbildung 12: Einschränkungsegefühl durch die Visite (0=überhaupt nicht, 10=massiv)

MW=1,9, SD=2,5, Med=1, Min=0, Max=8

3.1.4.6 Gefühl nach der Visite

Abbildung 13 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Fühlen Sie sich nach einer Visite i.d.R. besser oder schlechter?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („viel schlechter“) bis Zehn („viel besser“). Tendenziell ist das Gefühl nach der Visite eher besser (MW=5,4).

Dabei ist das Gefühl bei den ab 30-Jährigen (MW=5,7) signifikant besser als bei den unter 30-Jährigen (MW=4,9, $p < 0,05$).

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung oder Behandlungssetting.

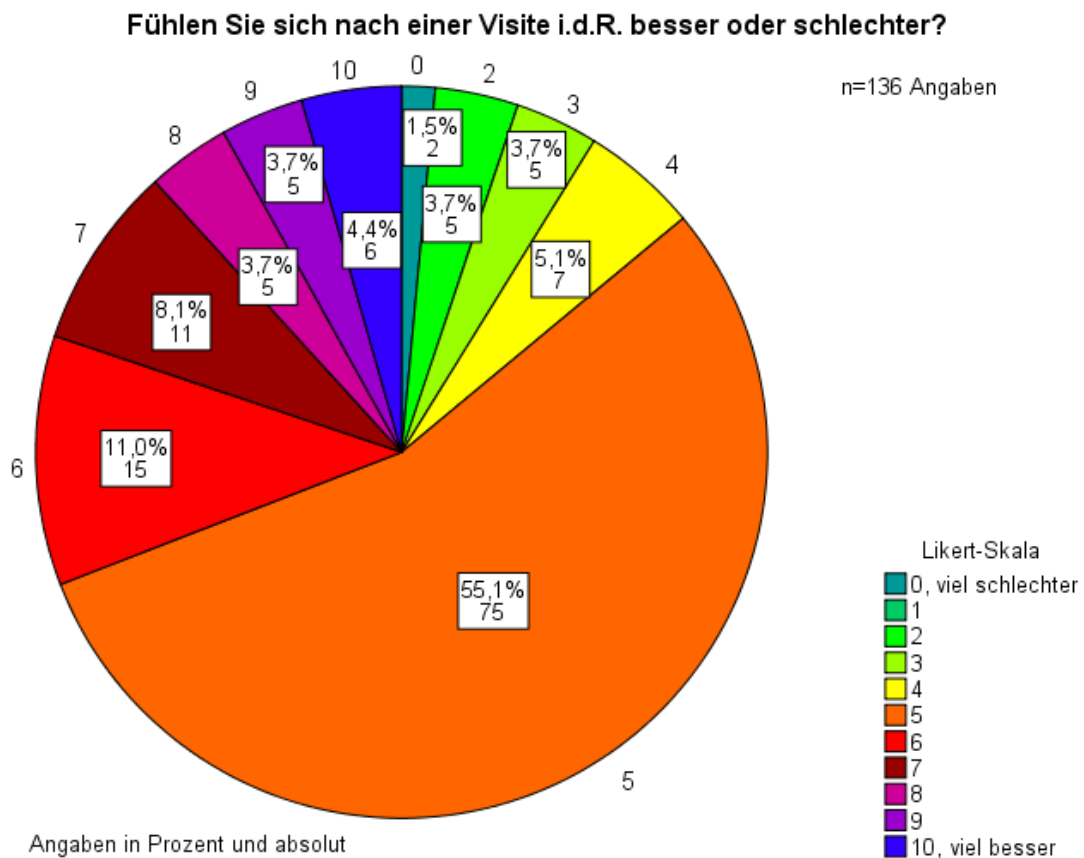


Abbildung 13: Gefühl nach der Visite (0=viel schlechter, 5=gleich, 10=viel besser)

MW=5,4, SD=1,8, Med=5, Min=0, Max=10

3.1.4.7 Empfindung der Visite als sinnvoll

Abbildung 14 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Empfinden Sie die Visite als sinnvoll?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („völlig sinnlos“) bis Zehn („sehr sinnvoll“).

Insgesamt kreuzen 17,7% der Patienten eine Zahl zwischen Null und Vier an, während 82,3% eine Zahl zwischen Fünf und Zehn ankreuzen.

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung oder Behandlungssetting.

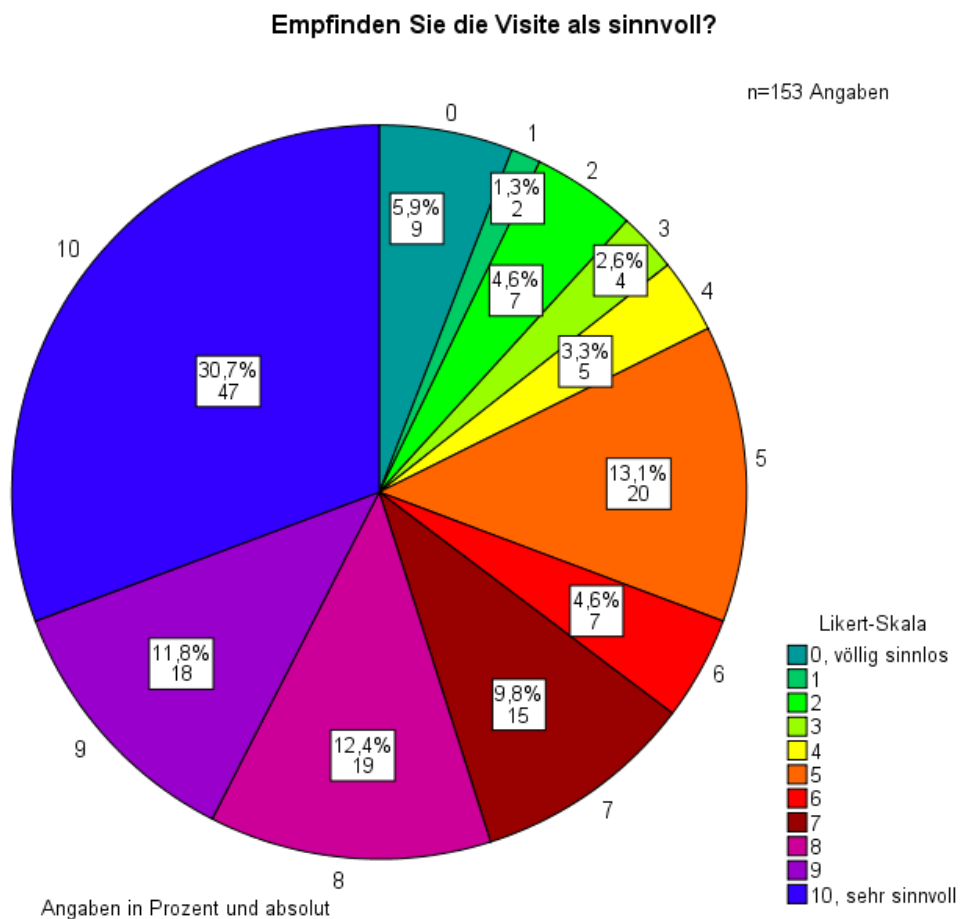


Abbildung 14: Empfindung der Visite als sinnvoll (0=völlig sinnlos, 10=sehr sinnvoll)

MW=7,1, SD=3,0, Med=8, Min=0, Max=10

3.1.4.8 Raum für Patientenanliegen in der Visite

Abbildung 15 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Finden Ihre Anliegen Raum während der Visite?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („überhaupt nicht“) bis Zehn („sehr stark“).

Dabei geben 56,8% der Patienten eine Zahl zwischen Sechs und Zehn an.

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung oder Behandlungssetting.

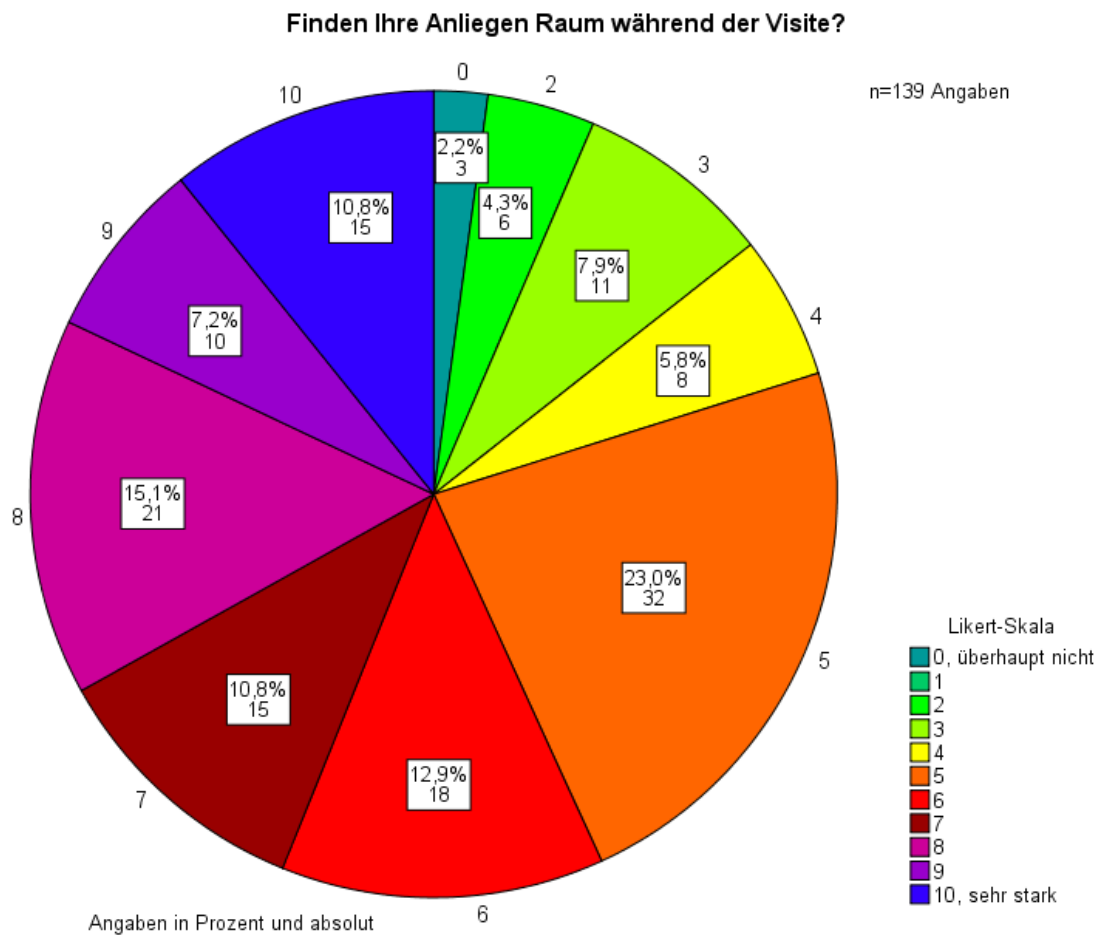


Abbildung 15: Raum für Patientenanliegen in der Visite (0=überhaupt nicht, 10=sehr stark)

MW=6,2, SD=2,4, Med=6, Min=0, Max=10

3.1.4.9 Klarheit der Ziele der Visite

Abbildung 16 veranschaulicht das Meinungsbild der Patienten zur Frage „Sind Ihnen die Ziele der Visite klar?“, anzukreuzen auf einer Skala von Null („völlig unklar“) bis Zehn („völlig klar“).

Es befinden sich 29,5% der Patienten auf der Skala unterhalb der Fünf.

Dabei sind den unter 30-Jährigen die Ziele signifikant unklarer (MW=5,2) als den ab 30-Jährigen (MW=6,3, $p < 0,05$).

Es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich Geschlecht, Diagnose, Vorhandensein von Nebendiagnose(n), Visitenvorerfahrung oder Behandlungssetting.

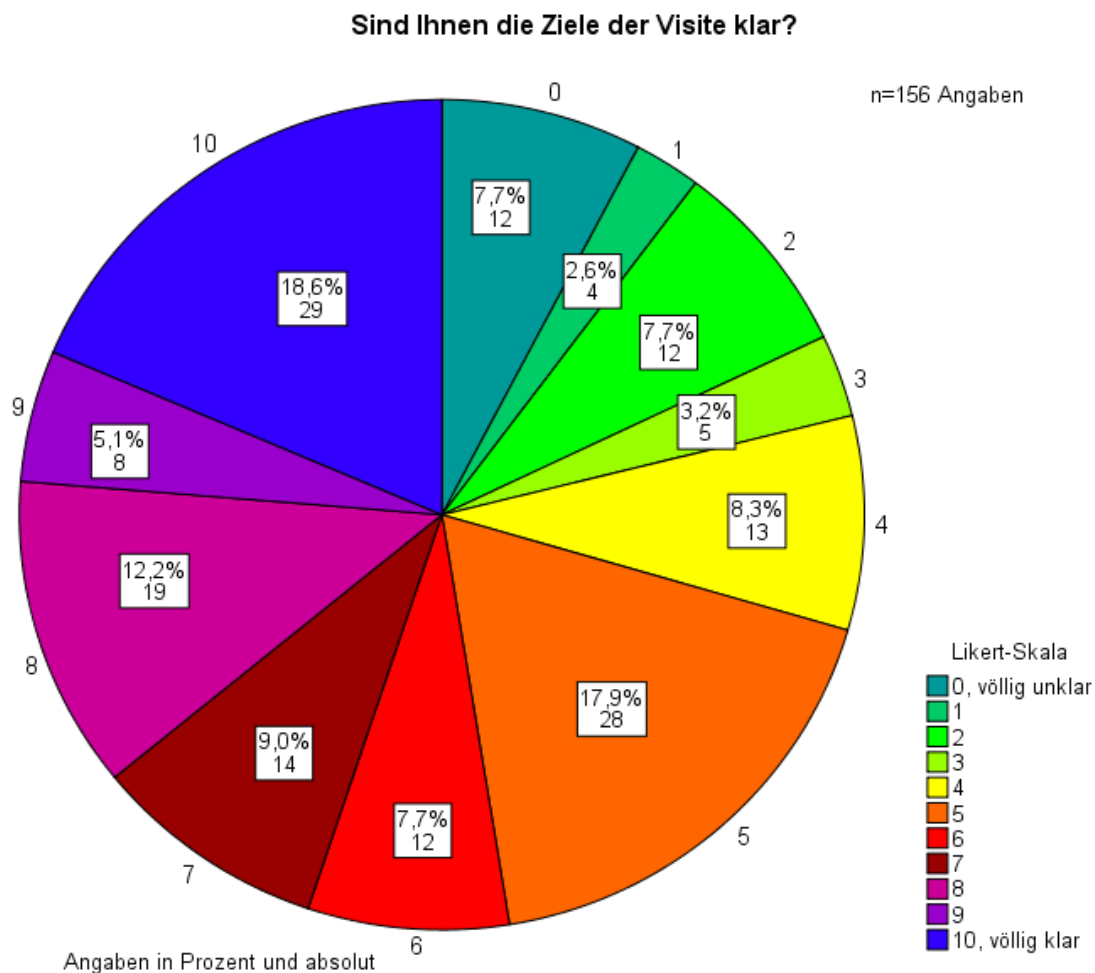


Abbildung 16: Klarheit der Ziele der Visite (0=völlig unklar, 10=völlig klar)

MW=5,9, SD=3,1, Med=6, Min=0, Max=10

3.1.4.10 Korrelationen

Zusätzlich zu den einzelnen Ergebnissen der emotionalen Einschätzung werden auch Korrelationen der Likert-Skalen untereinander berechnet.

Tabelle 20 fasst alle signifikanten ($p < 0,05$) Zusammenhänge anhand des Spearman-Korrelationskoeffizienten zusammen, die hochsignifikanten Zusammenhänge ($p < 0,01$) sind hierbei besonders hervorgehoben.

Dabei gibt es vor allem positive Korrelationen (z.B. Bedeutung der Visite mit Vorfreude, Sinn und Klarheit der Ziele der Visite; Angst mit Aufregung usw.), aber auch negative Korrelationen, z.B. Einschränkungsfühl und Sinn der Visite.

Tabelle 20: Emotionale Einschätzung der Visite; Korrelationen

	Angst	Vorfr.	Aufreg.	Einschr.	Gef.	Sinn	Anlieg.	Ziele
Bedeut.	∅	0,61	∅	- 0,29	0,37	0,76	∅	0,42
Angst		- 0,26	0,78	0,28	∅	∅	∅	∅
Vorfr.			- 0,17	- 0,23	0,34	0,44	∅	0,33
Aufreg.				0,22	∅	∅	∅	∅
Einschr.					∅	-0,45	- 0,31	- 0,35
Gef.						0,39	0,29	∅
Sinn							0,35	0,51
Anlieg.								0,32

Erläuterung 1: Bedeut.=Bedeutung, Vorfr.=Vorfreude, Aufreg.=Aufregung, Einschr.=Einschränkungsgefühl, Gef.=Gefühl nach der Visite, Anlieg.=Anliegen der Patienten, ∅=keine Signifikanz ($p > 0,05$), normalgedruckt=Rangkorrelationskoeffizient bei signifikanter Korrelation ($p < 0,05$), fettgedruckt=Rangkorrelationskoeffizient bei hochsignifikanter Korrelation ($p < 0,01$), grau hinterlegt=besonders auffällige hochsignifikante Korrelation

3.1.5 Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht

Auf die Frage nach konkreten Wünschen zur Visite gibt es n=41 Kommentare und Ideen. Die Vorschläge werden als Freitext erfasst. Hinzu kommen Vorschläge, die an anderen Stellen auf die Fragebögen geschrieben wurden.

Häufig vorkommende Wünsche beziehen sich auf Zeit, Anzahl der Visitenteilnehmer, Information über Zweck der Visite, Setting, Gesprächsleiter, Gesprächsführung, Gesprächsinhalte sowie die Atmosphäre im Raum. Sie sind in Tabelle 21 quantitativ erfasst und werden unter 3.2.5 qualitativ näher ausgeführt und erläutert.

Tabelle 21: Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht

Haben Sie konkrete Wünsche bezüglich der Visite? (Mehrfachnennungen)		
	% (n=168 Patienten)	n absolut
Gesprächsinhalte	8,3	14
Anzahl der Visitenteilnehmer	6,5	11
Gesprächsleiter	5,4	9
Gesprächsführung	4,8	8
Zeit	4,2	7
Information über Zweck der Visite	4,2	7
Atmosphäre im Raum	3,6	6
Setting	2,4	4
sonstiges	0,6	1

3.2 Qualitative Ergebnisse

Im Folgenden werden Freitextantworten und zusätzliche Anmerkungen der Patienten zu bestimmten Fragen berichtet, die die quantitativen Ergebnisse (s. 3.1) qualitativ ergänzen.

3.2.1 Rahmenbedingungen

3.2.1.1 Zeitliche Rahmenbedingungen

Wird bei der Frage nach der Visitenhäufigkeit die Antwort „gar nicht“ (n=12) gegeben, so werden folgende Gründe (n=3) genannt: „Austausch von Informationen zwischen dem Fachpersonal sollte genügen“, „keine Visite, sondern Sprechstunde mit Einzelgespräch“ bzw. „lieber öfter mit dem persönlichen Therapeuten“ (je n=1).

Eine „andere Häufigkeit“ (n=6) wird mit folgenden Angaben gewählt: „alle zwei Wochen“ (n=3), „einmal wöchentlich oder bei Bedarf (offene Sprechstunde)“, „einmal pro Monat“ und „einmal insgesamt“ (je n=1).

Zur Frage nach der idealen Visitedauer gibt es folgende Freitextantworten anstelle einer Minutenangabe (n=12): „So lange wie es dauert, um das Neueste zu besprechen“ (n=1), „individuell“ (n=2), „nach Bedarf“ (n=4), „je nach Fall“ (n=1), „je nach Notwendigkeit“ (n=1), „der Situation angepasst“ (n=1) bzw. „unterschiedlich“ (n=1). Eine Person, die 50 Minuten angibt, fügt hinzu: „Nur so hilft es annähernd etwas“ (n=1).

Zur Frage nach individueller Anpassung der Gesprächszeit pro Patient fügt ein Patient hinzu, dies sei zwar sinnvoll, ergebe aber „wahrscheinlich Schwierigkeiten in der Terminkoordination“ (n=1).

3.2.1.2 Team-Teilnehmer in der Visite, Anwesenheit von Mitpatienten

Zur angegebenen idealen Anzahl der Personen im Visite-Team gibt es folgende zusätzlichen Bemerkungen (n=64):

- Gesamtanzahl: „egal“ (n=8), „so wenig wie möglich (n=1), „alle, die es betrifft“ (n=5), „was nötig ist“ (n=1)
- „viele Personen einem Einzelnen gegenüber einschüchternd“ (n=1), „ab gewisser Größe fühlt man sich wie erschlagen“ (n=1)
- „bei der ersten Visite sollten erst nur ein bis zwei Ärzte da sein“ (n=1)
- Geschlechterverhältnis: „egal“ (n=36), „ausgeglichen“ (n=3), „Hauptsache gemischt“ (n=1), „männlich: beliebig, aber nicht nur Männer, weiblich: mindestens zwei“ (n=1, weibliche Patientin)
- „Chefarzt oder Oberarzt“ (n=2), „Chefarzt und Oberarzt im Wechsel“ (n=1)
- andere Berufsgruppen: „Spezialisten“ (n=1), „medizinische Fachärzte“ (n=1).

Tabelle 22 fasst angegebene Argumente gegen bzw. für die Anwesenheit von Mitpatienten zusammen.

Dabei wird als Gegenargument größtenteils die gewünschte Privatsphäre angeführt. Für die Anwesenheit von Mitpatienten wird argumentiert, dass manchmal, wenn nötig und hilfreich sowie vom Patienten gewünscht, ein anwesender Mitpatient in Absprache mit dem Team das Visitengespräch bereichern kann.

Tabelle 22: Rahmenbedingungen; Mitpatienten, Begründungen

Welche Gründe sprechen gegen die Anwesenheit von Mitpatienten?	
	n absolut
Visite ist zu persönlich, intim und privat Diskretion Vertrauen Datenschutz Mitpatienten haben keine Schweigepflicht	50
freierer Austausch und konstruktivere Gespräche ohne Mitpatienten	7
unangenehmes Gefühl Scheu Schamgefühl	5
Austausch mit Mitpatienten in Gruppentherapie sowie zu jeder anderen Zeit möglich, wobei das Ausmaß der Informationsübermittlung vom Patienten selbst bestimmt werden kann	2
gesamt	64
Welche Gründe sprechen für die Anwesenheit von Mitpatienten?	
	n absolut
Unterstützung unangenehm, alleine vor vielen Personen zu sitzen	5
Option bei Wunsch des Patienten in Absprache mit Team, falls hilfreich und notwendig	4
Information für Mitpatienten besserer Austausch der Patienten untereinander möglich	2
neutrale Bezugsperson	1
Vorteil durch mehrere Meinungen, Ansichten und Ideen bei Klärungsbedarf	1
gesamt	14

3.2.1.3 Räumliche Rahmenbedingungen

Zum angegebenen idealen Ort für die Visite gibt es folgende Zusatzbemerkungen (n=30):

- „egal“ (n=16)
- „alle um einen Tisch“, „alle sitzen“, „alle auf Augenhöhe“, „ruhiger, warmer Raum“, „geschlossener Raum“, „separater Raum, der die Privatsphäre schützt“ (je n=1)
- verschiedene Mehrfachnennungen

Patientenzimmer und Arztzimmer werden mit einem gewissen Sicherheitsgefühl begründet, während der Gruppenraum den Vorteil eines neutralen Umfeldes und mehr Raum bietet.

Im Freitext zur Frage nach Gegenständen im Raum gibt es folgende Zusatzbemerkungen (n=26):

- Stuhlanordnung (n=10):
 - Anordnung um einen Tisch (n=4), z.B. „runder Tisch“, „Artus Runde“ oder „drei Stühle um einen Tisch“. Der Tisch trage zu einer entspannteren Atmosphäre bei und verhindere, dass sich der Patient „wie entblößt“ fühle.
 - „Patient sollte die Möglichkeit haben, alle anwesenden Personen zu sehen“ (n=1)
 - „Halbkreis hinter dem Patienten“ (n=1)
 - „Dreieck“ (n=1)
 - „nicht dem Patienten gegenüber“ (n=1)
 - als Stuhlanordnung eine Mischung aus Kreis und Halbkreis (n=2).
- andere, weitere Gegenstände (n=10): „Sofas“ (n=2), „Getränke“ (n=2), „Teppich“, „Lampe“, „eventuell leise Musik“, „farbige Dekoration“, „Wandsprüche“ und „Bilder von Tieren oder Menschen“ (je n=1).
- Patientenkurve: „nur mit Einverständnis des Patienten“ (n=1)
- „viele Pflanzen“ (n=1)
- Taschentücher: „richtige Tempotaschentücher, keine Spender“ (n=2)
- „egal“ (n=1), „außer Fenstern und Stühlen ist der Rest komplett egal“ (n=1).

Eine mögliche ideale Raumaufteilung wird vor allem von Patienten aufgezeichnet, die eigene, vom vorhandenen Setting abweichende Ideen haben. Folgendes ist hier festzustellen:

- in die Anordnung integrierter Tisch (n=24).
 - Bezugstherapeut neben Patient oder in seiner Nähe (n=5).
 - Blickrichtung des Patienten: zum Fenster (n=21), zur Tür (n=5), zur Uhr (n=2).
- Zur Veranschaulichung der verschiedenen räumlichen Vorstellungen sind im Anhang (s. 10.2.3) einige ausgewählte und interessante Zeichnungen der Patienten abgedruckt.

3.2.2 Ablauf

3.2.2.1 Vor dem Visitengespräch

Auf die Frage, wie die Patienten vor ihrer ersten Visite über deren Ablauf und Zweck informiert werden möchten, wird „anderes“ mit folgenden Kommentaren angekreuzt (n=6): „nach Wunsch, wenn es notwendig ist“ (n=1), „Bezugspflege“ (n=2), „Checkliste, strukturiertes Vorgehen“ (n=1), „am besten vorab, nicht erst am Tag der Visite“ (n=1) und „Vorabinformation hinsichtlich der Anzahl der teilnehmenden Visitenteilnehmer“ (n=1).

Auf dem Plan für den Ablauf der Visite für die Patienten werden im Freitext folgende zusätzliche Informationen vorgeschlagen (n=8): „Thema“ (n=2) bzw. „Inhalt“ (n=1) der Visite bzw. eine „Orientierung“ („Was soll besprochen werden?“, n=1) und die Nennung der Reihenfolge der Patienten (n=2), außerdem „veranschlagter Zeitrahmen“ (n=1) und „Info über Ablauf/grobe Erklärung“ (n=1).

Bezüglich des Betretens des Visiteriums wird einmal vorgeschlagen, Patient und Visite-Team sollen den Raum gemeinsam betreten. Ein anderer Patient gibt an, dies sei „situationsabhängig, aber die letzte genannte Möglichkeit [komme von selbst zu besprochener Uhrzeit in den Raum] ist sicher am unangenehmsten, die erste [bin schon im Raum und Visite-Team kommt herein] falls überraschend oder zeitlich ungenau definiert auch“.

3.2.2.2 Störfaktoren

Bei der Frage, ob unbekannte Personen als störend empfunden werden, gibt es folgende zusätzlichen Anmerkungen:

- „nein, nicht störend“ (n=2): „außer *alle* sind neu [unbekannt]“, „wenn sie sich davor kurz vorstellen“ (je n=1)
- „anderes“ (n=3): „Unbekannte dürfen nicht bleiben“, „unbekannte Personen sollten bei Visiten grundsätzlich nicht anwesend sein; falls das in Ausnahmefällen doch einmal vorkommt, sollte vor Beginn der einzelnen Visitengespräche von jedem Patienten einzeln die Zustimmung eingeholt werden und diese Personen vorgestellt werden; auf die Schweigepflicht auch

der fremden Person sollte ausdrücklich hingewiesen werden“, „zuerst fragen, ob Anwesenheit stört, wenn nein, Vorstellung durch Gesprächsleiter“ (je n=1).

3.2.2.3 **Beginn des Visitengesprächs**

Als Begrüßung wird unter „anderes“ genannt (n=12):

„freundliches Hallo von allen“ (n=3), „persönliche Begrüßung, kurze Einleitung, wer da ist, was der Sinn ist“ (n=1), „ohne Handschlag mit Namen begrüßt werden“ (n=1), „freundlich, persönlich, sicher auch situationsabhängig, keinesfalls gezwungen und nur einstudierte Floskeln“ (n=1), „bei großen Gruppen über sechs Personen: Handschlag durch Gesprächsleiter, bei kleineren Gruppen: Handschlag durch alle“ (n=1), „sollte mit Zustand des Patienten beginnen“ (n=1), „herzlich und liebevoll mit Respekt“ (n=1), „auf keinen Fall Handschlag durch alle anwesenden Personen!“ (n=1) sowie „egal“ (n=2).

Für den Gesprächsbeginn schlagen Patienten unter „anderes“ Folgendes vor (n=10): „Was brauchen Sie?“, „zielorientiert aber dennoch harmonisch“, „patientenspezifische Frage“, „ins Gespräch einleiten [...] und dann auf die Patientenrückmeldung übergehen; einfühlsam, [...] mit direkten Fragen zur Situation“, „Rückmeldung des Bezugstherapeuten“, „standardisierte Frage, Information darüber, was hier besprochen wird und ob ich selbst ein Anliegen habe“, „kein Standard!“, „offene Frage oder Erläuterung; kein schweigendes Abwarten oder standardisierte Frage, da dann Zugzwang-Gefühl“, „direkte Frage bzw. Hilfestellung was man erzählen könnte“ sowie „Spontan! Hängt von Personen und Tag ab“ (je n=1).

3.2.2.4 **Gesprächsleiter**

Als Gesprächsleiter wird im Freitext unter „andere“ Folgendes genannt (n=10): „egal“, „je nachdem, wer anwesend ist“, „dem Zweck entsprechend“, „Chefarzt oder Oberarzt je nach Anwesenheit“, „Chefarzt und Bezugstherapeut zusammen“, „nicht Bezugstherapeut, Rest egal“, „Bezugstherapeut sollte anwesend sein und dem Patienten ggf. zur Seite stehen, aber nicht selbst das

Gespräch leiten“, „andere [als Oberarzt oder Bezugstherapeut] mit OK des Patienten“, „ein "Leiter", aber es wäre dennoch schön, wenn sich alle auf irgendeine Weise an dem Gespräch beteiligen, Fragen stellen oder Rückmeldung geben“, „idealerweise sollen es die Ärzte entscheiden“ (je n=1).

Zum gewünschten idealen Verhalten des Gesprächsleiters gibt es folgende Anmerkungen (n=15):

- Verwendung medizinischer Fachsprache: „benutzt medizinische Fachsprache und erklärt die Fachbegriffe“ (n=1)
- Anteil von offenen und geschlossenen Fragen: keine Angabe, da „abhängig von der Situation“ (n=1)
- Dialekt: keine Angabe, da „egal“ (n=3), „je nach Patient“ (n=2), „unwichtig“ (n=1)
- andere therapeutische Interventionen: „Kritik“, „Analyse“, „Ausgewogenheit der genannten oberen Bereiche“ und „Aufbau wenn nötig“ (je n=1)
- anderes: „kann zuhören, hilft so gut er kann mit allen Mitteln, setzt sich für einen ein“, „nimmt sich Zeit, [ist] unvoreingenommen, freundlich (Aufbau statt Abbau)“, „alles je nach Einzelfall, spontan, sollte Sozialkompetenz und Kenntnis besitzen“ (je n=1).

3.2.2.5 Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis

Zusätzliche Kommentare zur Frage nach Gesprächspausen sind (n=7): „Pausen stören bei der wohl kurzen Dauer“, „je nach Gesprächslänge, wäre nur bei langen Sitzungen denkbar“, „individuell“, „je nach Länge und Gesundheitszustand“, „möglich, aber nicht nötig“, „nach Bedarf“ bzw. „nur, wenn es sein muss“ (je n=1).

Wird das Gesprächsverhältnis als mehr beim Patienten liegend angegeben, werden die Verhältnisse „eins zu zwei“ (n=5), „40:60“ (n=3), „eins zu drei“ (n=1) und „30:70“ (n=1) genannt.

Wird das Gesprächsverhältnis als mehr beim Arzt liegend angegeben, werden die Verhältnisse „zwei zu eins“ (n=4) und „70:30“ (n=1) genannt.

Unter der Frage zum idealen Gesprächsverhältnis stehen folgende Kommentare (n=3): „nach Bedarf“, „auch Rückmeldung der Ärzteseite [...], nicht nur fragend“ (Patient hat „unterschiedlich“ angekreuzt) sowie „Visite sinnvoll, wenn der Arzt nicht viel mehr sagt als der Patient“ (je n=1).

3.2.2.6 Themen

Bei den Visite-Themen wird unter „anderes“ Folgendes genannt (n=3): „Wünsche des Patienten“, „einzelne gesteckte Ziele wie z.B. Schlafhygiene“ sowie „Verbesserungsvorschläge, Wünsche und Feedback: was gefällt, was stört oder fehlt? Evaluation bzw. Patient fühlt sich ernst genommen“ (je n=1).

3.2.2.7 Ende des Visitengesprächs

Zur Gestaltung des Gesprächsendes gibt es folgende Kommentare (n=5):

- „Handschlag durch alle ist zu viel bei vielen!“ (n=1)
- „anderes“: „Tschüss von allen“, „bei großen Gruppen: Handschlag durch Gesprächsleiter; bei kleinen Gruppen: Handschlag durch alle“, „viel Lachen, witziges Gesprächsende, Zuversicht geben, Mut machen, ein guter Witz zum Abschluss“, „individuell, persönlich“ (je n=1).

3.2.3 Subjektive Bewertung der Visite

Um die einzelnen Ergebnisse zur subjektiven Bewertung der Visite durch die Patienten verstehen zu können, sind die von ihnen angegebenen Begründungen im Freitext hilfreich und notwendig. Die zentralen und häufigsten Gründe werden im Folgenden aufgeführt, im Anhang (10.4 bis 10.12) sind zusätzlich die vollständigen Zitate aller Patienten zu finden.

3.2.3.1 Bedeutung der Visite

Patienten, die die Visite als wichtig oder *besonders wichtig* einstufen, begründen dies folgendermaßen (n=69 Kommentare):

- inhaltliche Ebene: Information und Austausch, Klären von Fragen und Anliegen, gemeinsame Entscheidungen
- Kontakt mit Chef- bzw. Oberarzt: Supervision, Zweitmeinungen, neue Impulse, Erfahrung, fachmännische Ratschläge
- organisatorische Ebene: Kontinuität, Zusammenkommen des ganzen Teams mit dem Patienten, Überprüfen von Therapieverlauf und aktuellem Zustand
- Beziehungsebene: Rückmeldung und Feedback bekommen sowie selbst Rückmeldung an das Team geben
- Gefühlsebene: „wichtig, dass [der] Oberarzt persönlich nach mir schaut und über meine Krankheit spricht und mich gut unterstützt“; „fühlt sich gut an gesehen zu werden“; „Sicherheit“
- „Ich kann sagen, was mich stört, wie es mir geht, Hilfe bekommen“.

Patienten, die die Visite *nicht für völlig unwichtig, aber auch nicht für besonders wichtig* halten, begründen dies unter anderem folgendermaßen (n=9 Kommentare):

- die Visite ist „einfach“ ein Teil des Aufenthaltes
- verschiedene Therapien sind gleich wichtig
- variable Wichtigkeit, z.B. wichtig bei bevorstehenden Diagnosen.

Patienten, die die Visite eher als *unwichtig* einschätzen, begründen dies folgendermaßen (n=26 Kommentare):

- Einzelgespräche sind wichtiger, da eine größere Vertrautheit und Offenheit herrscht und die Gespräche tiefer gehen; Chefarzt bzw. Oberarzt sind zu fremd; die Gruppe beim Visitengespräch ist zu groß
- die Visite erscheint inhaltlich nicht oder kaum weiterbringend
- Sinn und Zweck der Visite sind nicht bekannt.

3.2.3.2 **Angst vor der Visite**

Warum man *keine Angst* vor der Visite haben muss, wird von den Patienten folgendermaßen begründet (n=24 Kommentare):

- Vernunftgründe: „keine bedrohliche Situation“, „Chance“, wichtiges Angebot, überschaubar und bekannt.

Patienten, die sich *neutraler* verhalten, geben dafür folgende Gründe an (n=6 Kommentare):

- Gewöhnung an die Situation
- abhängig von Diagnose (z.B. bei sozialer Phobie größere Angst) und Gesprächsthemen.

Angegebene Gründe für *Angst* vor der Visite sind folgende (n=55 Kommentare):

- Situation: im Mittelpunkt, „Prüfungssituation“, zu viele Menschen
- Angst bei unbekanntem Gesprächsleiter bzw. Ablauf, vor fremden Personen
- inhaltlich: Gesprächsverlauf und Fragen nicht vorhersehbar
- emotional: Angst vor „Aufgewühltwerden“
- zwischenmenschlich: Angst vor Kritik, Ärger oder Missverständnissen, abgestempelt oder nicht ernst genommen zu werden
- Unsicherheit über eigenes Verhalten, Angst etwas Falsches zu sagen
- „Der alles entscheidende Eindruck – zehn Minuten zum Überzeugen“
- „Angst vor Überforderung mit der Situation“.

3.2.3.3 Vorfreude auf die Visite

Patienten, die angeben, sich auf die Visite zu *freuen*, begründen dies folgendermaßen (n=26 Kommentare):

- wichtiger Bestandteil der Therapie: Neues erfahren, Begegnung mit dem gesamten Team, Klären von Fragen oder Anliegen, Rückmeldung
- „immer gut sich selbst einzubringen; Chance [...] sich zu äußern“
- Möglichkeit, den Chef- oder Oberarzt kennenzulernen
- Gefühl, wahrgenommen und in der Krankheit unterstützt zu werden.

Patienten, die der Visite *neutral* entgegensehen, argumentieren folgendermaßen (n=13 Kommentare):

- gehört dazu, „weder Freude noch Ablehnung“
- „je nach Stimmung und aktueller Situation unterschiedlich“.

Bei *geringer Vorfreude* auf die Visite werden folgende Begründungen angegeben (n=26 Kommentare):

- Angst, Anspannung, Aufregung.

3.2.3.4 Aufregung vor der Visite

Die Begründungen ähneln denen der Frage nach Angst vor der Visite.

Nicht aufgeregt sein zu müssen, wird folgendermaßen begründet (n=16 Kommentare):

- Situation und Team sind bekannt
- gehört dazu
- es kann einem nichts passieren.

Bei eher *neutraler* Haltung werden folgende Begründungen angegeben (n=5 Kommentare):

- individuell und je nach Tagesform und Situation unterschiedlich.

Andererseits bestehen folgende Gründe für *Aufregung* (n=47 Kommentare):

- Ungewissheit, was genau die Patienten in der Visite erwartet, welche Themen angesprochen und welche Fragen gestellt werden oder ob es Neuigkeiten gibt
- Visitsituation: im Mittelpunkt, viele Menschen, „Prüfungssituation“.

3.2.3.5 Einschränkungsgedühl durch die Visite

Als Gründe dafür, dass die Visite die Patienten *nicht* in ihrem Tagesablauf *einschränkt*, wird Folgendes angegeben (n=27 Kommentare):

- Visite gehört zur Behandlung dazu und ist fest eingeplant
- kurzer, aber wichtiger Termin.

Patienten, die das Einschränkungsgedühl *neutral bzw. unterschiedlich* einschätzen, begründen dies folgendermaßen (n=5 Kommentare):

- abhängig vom Verlauf und Zeitpunkt des Visitengesprächs (bei schlechtem Verlauf ist der restliche Tag dadurch beeinflusst).

Andere Patienten geben als Gründe für ein gewisses *Einschränkungsgedühl* Folgendes an (n=22 Kommentare):

- Visite überschneidet sich manchmal mit anderen Terminen, sodass es zu „Terminstress“ kommt
- manchmal lange Wartezeit
- „auf Abruf bereit stehen“
- ausgelöste Gefühle durch die Visite (z.B. Aufregung).

3.2.3.6 Gefühl nach der Visite

Dass sich Patienten nach der Visite eher *besser* fühlen, ist Folgendem zu verdanken (n=18 Kommentare):

- Fragen und Anliegen können geklärt werden
- Therapiefortschritte werden besprochen
- Erleichterung bei gutem Verlauf der Visite
- positive Rückmeldung sowie Erkenntnisgewinn bezüglich neuer Impulse oder eines neuen Verständnisses für die eigene Situation

- Empfindung des Visitengesprächs und von positiver Rückmeldung als wohltuend.

Patienten, die das Gefühl nach der Visite als *unterschiedlich* einstufen, begründen dies folgendermaßen (n=27 Kommentare):

- abhängig von Gesprächsverlauf, den gestellten Fragen, den angesprochenen Themen, ausgelösten Emotionen, der Stimmung und Offenheit beim Gespräch und der Verfassung des Patienten.

Patienten, die sich *gleich* fühlen wie vor der Visite, geben folgende Gründe an (n=11 Kommentare):

- normales Gespräch
- Fragen oder Anliegen können oft schon im Einzelgespräch geklärt werden
- subjektiv kein neuer Informationsgewinn.

Falls sich Patienten nach der Visite eher *schlechter* fühlen, so werden folgende Gründe angegeben (n=10 Kommentare):

- Zweifel, ob man sich richtig verhalten habe
- fehlende Fortschritte und Erkenntnisse
- Enttäuschung oder Verwirrung.

3.2.3.7 Empfindung der Visite als sinnvoll

Wird die Visite als *sinnvoll* betrachtet, werden ähnliche Gründe wie in der Frage zur Bedeutung der Visite gegeben (n=37 Kommentare):

- Austausch und Rückmeldung zwischen Patienten und behandelndem Team; Zusammenfassen von Informationen
- Überprüfung der Therapie durch den übergeordneten Behandler (Chef- oder Oberarzt); Zusammenfließen verschiedener Meinungen
- Patient kann sich über seine aktuelle Verfassung mitteilen und Unterstützung erfahren.

Wird die Visite eher als *sinnlos* eingeschätzt, wird dies folgendermaßen begründet (n=14 Kommentare):

- mangelnder Informationsgewinn
- Setting der Visite, zu viele Anwesende
- Gespräch mit dem Bezugstherapeuten erscheint sinnvoller
- Ziele der Visite sind nicht klar.

Es gibt auch Patienten, die die Visite *weder als besonders sinnvoll, noch als völlig sinnlos* betrachten (n=9 Kommentare, siehe Anhang).

3.2.3.8 Raum für Patienten Anliegen in der Visite

In den Begründungen dafür, dass die Anliegen der Patienten *viel Raum* finden, wird Folgendes angegeben (n=25 Kommentare):

- es wird danach gefragt, ob die Patienten eigene Anliegen haben
- man wird angehört und ernst genommen
- Fragen werden beantwortet

Patienten, die eher *wenig Raum* für ihre Anliegen in der Visite finden, begründen dies folgendermaßen (n=21 Kommentare):

- „kaum Interaktion mit Fachtherapeuten“
- Zeit ist zu kurz, sodass nicht immer alles geklärt werden kann
- Wunsch, noch mehr auf die Patienten einzugehen.

Allerdings wird auch eingesehen, dass in der Visite nicht immer alles sofort geklärt werden kann: „Probleme sind manchmal nicht gleich lösbar“.

3.2.3.9 Klarheit der Ziele der Visite

Die Patienten geben als Begründung, dass ihnen die Ziele der Visite *klar* sind, Folgendes an (n=20 Kommentare):

- Ziele sind erklärt worden, teilweise auf Anfrage, z.B. durch den Therapeuten.

Patienten, denen die Ziele *weder besonders klar noch besonders unklar* sind, geben folgende Gründe an (n=8 Kommentare):

- eigenständige Informierung oder Selbsterschließung der Ziele
- Unsicherheit, ob angenommene Ziele auch die wirklichen Ziele sind: „Ich denke, man will den Kontakt zum Patienten nicht verlieren“; „Sehen, wo der Patient gerade steht?“.

Patienten, denen die Ziele eher *unklar* sind, begründen dies folgendermaßen (n=24 Kommentare):

- Ziele der Visite werden nicht explizit erklärt.

3.2.4 Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht

Folgende konkrete Vorschläge zur psychosomatischen Visite werden vorgebracht (n=41 Kommentare):

- *Zeiten*: im Voraus planen, sodass die einzelnen Gespräche pünktlich sind; pro Patient Zeit nehmen; individuelle Anpassung der Gesprächsdauer an den Patienten bzw. „immer feste Zeiten für jeden Patienten“; längeres bzw. kürzeres Gespräch (auch konträre Vorschläge)
- *Anzahl der Visiteteilnehmer*: kleiner Rahmen; eine große Anzahl an Personen im Raum wirke einschüchternd, man könne nicht so offen reden und fühle sich wie auf einer Bühne; für ein vertrauensvolles Gespräch seien „so wenig wie möglich Personen im Raum“ sinnvoll
- *Aufklärung*: über Sinn, Ablauf, anwesende Personen, Dauer und Ziele der Visite; Aufklärung vor der ersten Visite, aber noch nicht bei Aufnahme (zu große Flut an anderen Informationen); es nehme die Angst vor der Visite, wenn man wisse, was einen in etwa erwarte
- *Anordnung im Raum*: offenes und entspanntes Klima; Vorschläge: Stuhlkreis, „nicht zu viel Distanz“, Anordnung um einen Tisch
- *Gesprächsleiter*: Bezugstherapeut, da dieser „mit dem Patienten zu tun hat“; andere Anwesende sollen sich mehr aktiv am Gespräch beteiligen, z.B. Rückmeldung der einzelnen Therapeuten zu den verschiedenen Bereichen

- *Gesprächsführung*: Kommunikation auf partnerschaftlicher Ebene; auf den Patienten eingehen; Gefühl vermitteln, auf einer Augenhöhe zu sein; gezielte Fragen, auf die man auch ausführlicher antworten könne; Pausen möglichst vermeiden
- *Gesprächsinhalt*: einzelne Therapien hervorheben (Welche Therapien gibt es und sind sinnvoll? Gibt es eine Entwicklung des Patienten in den einzelnen Therapien?); kurzer Bericht oder Rückmeldung von den einzelnen Fachtherapeuten, nicht nur Bericht durch den Patienten; Thematisierung der Prognose, eventueller Ergebnisse aus Tests und des weiteren Vorgehens; Feedback und Impulse, um weiter an sich arbeiten zu können; auf Anliegen der Patienten eingehen
- *Atmosphäre*: entspannt und locker; „auch mal einen Spaß machen“.

4 Diskussion

4.1 Patientenkollektiv

Zunächst fällt der hohe Anteil der weiblichen Patienten am Patientenkollektiv (Frauen : Männer = 2 : 1) auf. Nach Alder und Bitzer gibt es zwar keinen Geschlechtsunterschied in der absoluten Häufigkeit aller psychischen Erkrankungen, jedoch in der Ausprägung (Alder und Bitzer, 2011). So sind Frauen häufiger von affektiven Störungen (w : m = 2 : 1), Angststörungen (2 : 1), Essstörungen (6,5 : 1) sowie somatoformen Störungen (1,7 : 1) betroffen als Männer (Alder und Bitzer, 2011) (S. 302). Gerade Menschen mit diesen Erkrankungen werden schwerpunktmäßig in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie behandelt, sodass dies den hohen Anteil erklärt.

Die Angaben der Patienten zu ihren Diagnosen sind Eigenangaben: Aufgrund der anonymen Befragung erfolgt keine Überprüfung anhand der Patientenakten. Ziel der Studie ist es, die Patientensicht zu erfragen, sodass darauf geachtet wird, dass die Patienten ihre Angaben anonym und ohne Kontrolle von außen vornehmen können. Daher sind diese Angaben als subjektiv zu werten.

Oft ist den Patienten ihre Diagnose zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht bekannt, oder die Patienten geben ihre Diagnose bewusst nicht an. Dies erklärt, warum n=153 Diagnosen bei n=168 befragten Patienten angegeben werden. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 91,1%, sodass die Angaben als Orientierung gut zu verwenden sind. In dieser Studie geht es um das Visitenerleben der Patienten; somit sind Diagnosen sekundär.

Dass den Fragebogen insgesamt mehr Stationspatienten (65,5%) als Tagesklinikpatienten (34,5%) ausfüllen, ergibt sich aus der Größe der Station mit 26 Betten im Vergleich zu nur 14 teilstationären Plätzen.

Insgesamt können in der vorliegenden Studie durch die gegebenen realen Bedingungen in der Klinik keine gleichgroßen Gruppen bezüglich Geschlecht,

Alter, Diagnosen oder Visitenvorerfahrung gebildet werden. Das Patientenkollektiv der Studie bildet vielmehr die Patientenzusammensetzung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie wirklichkeitsgetreu, ohne artifizielle Adaptation ab.

4.2 Rahmenbedingungen

4.2.1 Zeitliche Rahmenbedingungen

21,7% der Patienten geben die ideale Visitenhäufigkeit mit zweimal wöchentlich an. Das bedeutet, dass die Visite nicht nur akzeptiert, sondern als überaus wichtig eingeschätzt wird.

Sinnvoll ist es, die Visite an einem festgelegten Wochentag zu einem festen Zeitpunkt in den Stationsablauf zu integrieren. So kommt es zu einer Regelmäßigkeit, und Verwirrungen bezüglich Beginn und Dauer können vermieden werden, sowohl bei den Patienten als auch im Team. Dies wird auch im Basler Visitenstandard empfohlen (Weber und Langewitz, 2011).

Der Mittelwert von 12,3 Minuten Gesprächsdauer pro Patient zeigt, dass die Patienten ein relativ langes Gespräch wünschen.

Zum Vergleich: Die Auswertung des Basler Visitenprojekts ergibt eine durchschnittliche Gesprächszeit von 7,5 Minuten (Weber et al., 2007). Auch im psychosomatischen Ulmer Visitenmodell stehen nur acht Minuten pro Patient, inklusive Vor- und Nachbesprechung, zur Verfügung (Rassek et al., 1975).

Die ermittelten realen Gesprächszeiten auf internistischen Stationen sind sogar noch kürzer – z.B. im Durchschnitt 2,5 Minuten (Steinmann, 1977) bzw. 3,5 Minuten (Nordmeyer, 1978).

So scheinen Idealbild der Patienten und Realität des Krankenhauses hinsichtlich der Gesprächsdauer bei der Visite weiterhin zu differieren. Rassek et al. vermuten, dass das Problem der effektiven Zeitnutzung eine Ausbildungsfrage ist und stellen fest, dass es „auch für uns bisher keineswegs befriedigend gelöst“ (Rassek et al., 1975) ist.

Einen Kompromiss stellt sicherlich eine durchschnittliche Visitengesprächsdauer von zehn Minuten pro Patient mit Vor- und Nachbesprechung dar. Die individuelle Anpassung an das Gesprächsbedürfnis der Patienten innerhalb eines gewissen Rahmens ist ebenfalls sinnvoll.

4.2.2 Team-Teilnehmer in der Visite, Anwesenheit von Mitpatienten

Die Tendenz der angegebenen maximalen Anzahl der Visitierenden geht hin zu kleineren Gruppen (Med=4). In kleinen Gruppen fällt es leichter, ein Gespräch zu führen und die Patienten werden durch die Größe der Gruppe nicht gleich beim Hineinkommen eingeschüchtert. Auch Begemann-Deppe und Jacobi bestätigen, dass die Patienten einen kleineren Rahmen für die Visite bevorzugen (Begemann-Deppe und Jacobi, 1982). Köhle erklärt dies so, dass zu viele Visiterteilnehmer auf den Patienten verwirrend wirken können (Köhle, 1980). Jedoch konkurriert dieser Wunsch mit der Absicht der Visite, das gesamte Team mit dem Patienten zusammenkommen zu lassen. So empfehlen Rassek et al.: „Die Visite soll eine Teamarbeit sein“ (Rassek et al., 1975). Auch wird es dann schwierig, den Wechsel der zuständigen Personen mit dem Wechsel der Patienten zu koordinieren, weil dann eine entstehende Unruhe durch das Hinein- und Herausgehen von (jeweils zuständigen) Personen in den bzw. aus dem Visiteraum nicht verhindert werden kann. Die Größe des Visite-Teams bleibt also ein Spagat zwischen „so wenig wie möglich“ und „so vielen wie nötig“, und auch Rassek et al. stellen für das Ulmer Modell fest, „dafür [...] noch keine geeignete Form gefunden“ (Rassek et al., 1975) zu haben. Oft stellt die Visitensituation einen Kompromiss zwischen den Patienten- und Mitarbeiterinteressen dar.

Bezüglich des gewünschten Geschlechts werden etwas mehr weibliche (Med=3) als männliche Personen (Med=2) angegeben. Dies könnte z.B. daran liegen, dass insgesamt mehr Frauen an der Umfrage teilgenommen haben, die sich lieber Gesprächspartner vom gleichen Geschlecht wünschen. Die Hypothese, dass sich Patienten generell lieber Gesprächspartner vom gleichen Geschlecht wünschen, könnte durch die Tatsache, dass die männlichen Patienten signifikant

mehr männliche anwesende Personen (MW=2,7) angeben als die weiblichen Patienten (MW=2,0), unterstützt werden. In einer weiterführenden Studie könnte diese Frage weiter untersucht werden, z.B. indem weibliche und männliche Patienten nach Visiten mit einem weiblichen oder männlichen Gesprächsleiter interviewt werden.

Bei der Frage nach Anwesenheit von Mitpatienten zeigt sich, dass die Patienten großen Wert auf Privatsphäre und Datenschutz legen (75,3% bei „nein“). Menschen, die in (teil-)stationärer Behandlung aufgrund psychosomatischer Beschwerden sind, erwecken oft den Eindruck, in sehr engem Kontakt mit ihren Mitpatienten zu stehen. Sie verbringen sehr viel Zeit und auch gemeinsame Therapiesitzungen miteinander und tauschen sich oft über ihre Beschwerden aus. Diese Nähe geht allerdings wohl nicht so weit, dass die Patienten „ihre“ Visite mit anderen Patienten teilen möchten. Aus diesem Ergebnis lässt sich ableiten, dass die Patienten sich zum Großteil gegen eine Gruppensitzung aussprechen, so wie auch in unserer Studie (81,6%, s. Anhang 10.14) und anderen Studien (Begemann-Deppe und Jacobi, 1982).

Das starke Bedürfnis nach Privatsphäre kann in weiteren Patientenbefragungen bestätigt werden (Engelhardt et al., 1987, Cartwright, 1964).

4.2.3 Räumliche Rahmenbedingungen

Bei der Raumaufteilung und Stuhlanordnung wird tendenziell der Stuhlkreis (25,6%) bevorzugt. Die Mischung aus Halbkreis und sich gegenüberstehenden Gesprächsteilnehmern wird insgesamt nicht so häufig angegeben (13,7%). Das Aufzeichnen der idealen Raumaufteilung und Stuhlanordnung wird dabei auffallend häufig von Patienten genutzt, die eine abweichende Vorstellung vom vorherrschenden Setting haben (60,7%). Patienten, die schon Erfahrungen mit räumlichen Settings bei der Visite gemacht haben, können sich vermutlich genauer vorstellen, wie der Raum aussehen muss, damit sie sich wohlfühlen. Insgesamt scheint eine angenehme Atmosphäre durch das Vorhandensein eines Tisches, bequeme Sitzgelegenheiten („Sofas“) und offene, einander zugewandte Sitzanordnungen erwünscht zu sein. Dadurch, dass die Patienten sich, z.B. durch

das Vorhandensein von Sofas, sicher und geborgen fühlen, können sie sich möglicherweise besser öffnen und in der Visite über ihre Probleme berichten. Der Wunsch nach einer entspannten Atmosphäre kann psychoanalytisch als eine Form der Regression, also der Rückkehr zu primitiven Verhaltens- und Erlebensformen, interpretiert werden. Während Freud die Regression v.a. negativ beurteilt und davor warnt, Regressionsversuche von Patienten zuzulassen (Balint, 1970), sieht Balint die Regression auch als „Verbündete[n] in der analytischen Therapie“ (Balint, 1970). Er stellt die Vermutung auf, dass der Analytiker dem Patienten durch Zulassen von Regression einen Neubeginn ermöglichen kann (Balint, 1970). Auch stellt Balint fest, dass in der klassischen psychoanalytischen Therapiestunde bereits einige primitive Bedürfnisse erfüllt werden: „der ruhige, wohltemperierte Raum, die bequeme Couch, eine neutrale Umgebung“ (Balint, 1970) (S. 225). Diese Zwei-Personen-Situation ist sicherlich nur teilweise auf die Visitensituation übertragbar. Auch besteht die Möglichkeit, dass die professionelle Kommunikationsebene des Visitengesprächs durch „zu viel Gemütlichkeit“ behindert wird, sodass ein Kompromiss sinnvoll erscheint.

Die Aufnahme eines Tisches in das räumliche Visitensetting, um den herum die Stühle angeordnet werden, könnte Vorteile sowohl hinsichtlich Organisation (Notizen, Taschentücher etc.) als auch für die Gesprächsförderung bewirken. Für den Patienten könnte der Tisch sowohl Schutz und Sicherheit als auch eine gewisse räumliche Trennung zu den Therapeuten bieten. Dadurch, dass „alle an einem Tisch“ sitzen, wird dem Patienten vermutlich vermittelt, vollwertiges Mitglied im Behandlungsteam zu sein. Andererseits kann aus therapeutischer Sicht der Patient durch den Schutz des Tisches während der Interaktion nicht mehr so gut beobachtet werden. So können etwa die Hände während des Gesprächs unter dem Tisch versteckt und Nervosität oder Anspannung weniger gut erkannt werden. Durch den Schutz des Tisches kann ein mögliches Vermeidungsverhalten des Patienten gefördert werden, was therapeutisch nicht indiziert ist. Hier wäre als Kompromiss ein niedrigerer Tisch vorstellbar, der diesen Nachteil ausgleichen könnte.

Durch mindestens eine für alle Teilnehmer gut sichtbare Uhr wird die Einhaltung des Zeitplans gewährleistet. Zusätzlich kann aus therapeutischer Sicht dem Patienten ein erhöhtes Kontrollerleben gewährleistet werden.

Zu viele Pflanzen und Bilder sollten aus therapeutischer Sicht wegen einer möglichen Ablenkung vom Gespräch vermieden werden.

Da der Gesprächsleiter den Patienten meist in den Raum und wieder hinaus geleitet, ist deren Nähe zur Tür aus organisatorischen Gründen sinnvoll. Jedoch sollte vermieden werden, dass der Patient mit dem Rücken zur Tür sitzt, um auch hier ein höheres Kontrollerleben zu gewährleisten.

Anhand der Vorschläge der Patienten und obigen Überlegungen wurde eine mögliche Ideal-Anordnung entworfen, die viele der genannten Ideen vereinigen soll (s. Abbildung 17).

Insgesamt sind die Rahmenbedingungen essentiell für ein gelingendes Gespräch bei der Visite. Denn, so stellt auch Nothdurft fest: „Der Arzt-Patient-Kontakt findet ja gerade nicht losgelöst von den situativen Umständen, in die er eingebettet ist, statt, sondern ist deren systematischer Bestandteil und mit ihnen verwoben“ (Nothdurft, 1982). Es ist wichtig, den beteiligten Gesprächspartnern die Visitensituation so angenehm wie möglich zu gestalten, damit ein gutes Gespräch möglich wird.

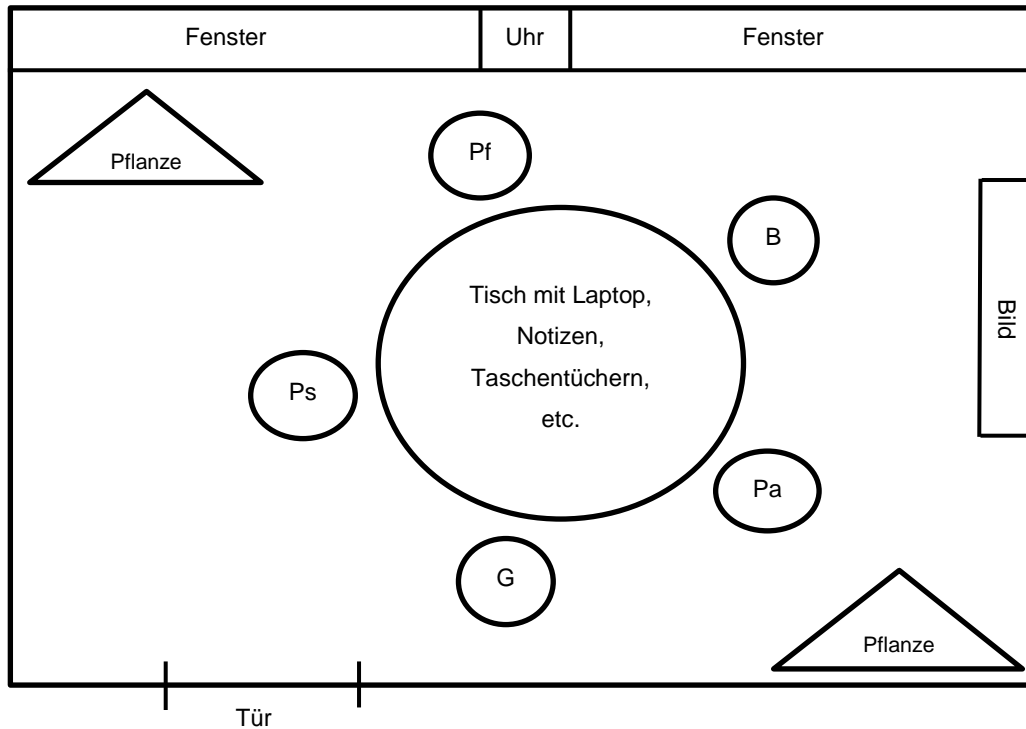


Abbildung 17: Rahmenbedingungen, Idealanordnung

Pa=Patient, G=Gesprächsleiter, B=Bezugstherapeut, Ps=Psychologe, Pf=Pflege

4.3 Ablauf

4.3.1 Vor dem Visitengespräch

Schon vor dem ersten Gespräch möchten die meisten Patienten über die Visite informiert werden, durch ein Informationsblatt (43,3%) oder mündlich (42,7%). Dass der Wunsch nach einem Informationsblatt gerade bei Patienten ohne psychosomatische Visitenvorerfahrung besonders groß ist (78,6% im Vergleich zu 39,9% bei Patienten mit Vorerfahrung), zeigt, dass generell vor dem ersten Visitengespräch große Unsicherheit und Aufregung darüber besteht, wie die Visite ablaufen wird. Dem könnte durch ein Informationsblatt, das im Voraus an alle neu hinzugekommenen Patienten ausgegeben wird, entgegengewirkt werden. Außerdem könnte den Patienten vor der ersten Visite die Möglichkeit gegeben werden, Fragen zur Visite zu stellen. Möglicherweise gehen die Patienten auch ruhiger in die Visite, wenn ihnen im Voraus der Raum, in dem die Visite stattfindet, gezeigt und dabei der Ablauf der Visite erklärt wird.

Fast 80% der Patienten wünschen sich, im Voraus der Visite einen Plan ausgehändigt zu bekommen, der vor allem Angaben zu Uhrzeit (72,7%) und Ort (67,1%) enthält. Schon Siegrist kritisiert, dass die zeitliche Struktur der Visite trotz ihrer großen Bedeutung im Stationsalltag starken Schwankungen ausgesetzt und somit für die Patienten sehr undurchsichtig ist (Siegrist, 1978). Daher sollte der Wunsch der Patienten nach Struktur und Planbarkeit ernst genommen werden. Der genaue Ablaufplan mit exakter Uhrzeit, Patientenreihenfolge und Ort kann als Weiterentwicklung des Ulmer Visitenmodells und des Basler Visitenstandards angesehen werden, die für die Visite hauptsächlich feste Zeiten definieren (Fehlenberg und Köhle, 1984, Weber und Langewitz, 2011).

Dass der veranschlagte Zeitrahmen als Information von den weiblichen Patienten signifikant häufiger gewünscht wird (57,5% im Vergleich zu 36,4% bei den männlichen Patienten), zeigt möglicherweise, dass die Frauen ein größeres Bedürfnis haben, sich schon im Vorfeld auf den Rahmen der Visite einzustellen.

Die Frage zum gewünschten Wartebereich zeigt, dass es 90,3% der Patienten nicht stören würde, wenn sie mit anderen Patienten im selben Raum auf die Visite warten müssten. Über die Gründe, falls Patienten dies doch als störend empfinden, kann hier nur spekuliert werden: Eventuell können sich die Patienten dann nicht optimal auf die bevorstehende Visitsituation einstimmen oder möchten sich nicht kurz vorher mit anderen Patienten unterhalten müssen. Hier könnte man sich überlegen, den Patienten, falls gewünscht, freizustellen, ob sie in ihrem Patientenzimmer oder einem separaten Raum auf die Visite warten möchten. Dann könnten die Betroffenen sich möglicherweise besser auf die Visite vorbereiten.

Die Patienten, die den Wartebereich ohne Sitzgelegenheit bevorzugen, stammen alle aus der Diagnosegruppe F50-F59. Daher könnte man die Hypothese aufstellen, dass Patienten mit Essstörung eher dazu neigen, beim Warten keine Sitzgelegenheit zu beanspruchen. Da der Zusammenhang jedoch nicht signifikant ist, müsste man dies in einer separaten, größer angelegten Studie überprüfen.

Die Regelung, nach welcher der Patient vom Gesprächsleiter in den Raum geholt wird, findet bei den Patienten größtenteils Zustimmung (40,2%). Es scheint für die Patienten angenehmer zu sein, in Begleitung den Raum mit den Visitierenden betreten zu können.

Lediglich 3,0% geben an, als Patient schon im Raum sein zu wollen. Das ist vor allem für die somatischen Stationen interessant, bei denen die Visite meistens im Patientenzimmer stattfindet. Auch aus anderen Studien ist bekannt, dass eine Asymmetrie erzeugt wird, indem der Patient in seinem Zimmer ständig erreichbar sein und warten muss, während das Visite-Team mit Betreten des Raums den Visitenzeitpunkt bestimmt (Rosumek, 1992, Siegrist, 1995). Vielleicht wäre hier ein Umdenken angebracht, indem z.B. die Patienten, sofern mobil, ebenfalls in ein anderes Zimmer gebracht werden. Dann wäre auch die Privatsphäre gewährleistet, da die Mitpatienten nicht mehr im Raum wären.

Insgesamt kann aus den obigen Ergebnissen abgeleitet werden, dass ein Aufklärungsblatt und/oder -gespräch über die Visite und ein Ablaufplan mit Uhrzeit, Reihenfolge und Ort vor jeder Visite den Patienten ein hohes Kontrollerleben gewährleisten können. Außerdem sollte den Patienten die Wahl gegeben werden, wo sie vor der Visite warten möchten, sei es im eigenen Patientenzimmer oder im eigens dafür vorgesehenen Warteraum.

4.3.2 Störfaktoren

Die Mehrheit der Patienten (fast 60%) fühlt sich nicht gestört, wenn Anwesende sich während des Gesprächs Notizen machen. Die heutige Dokumentationspflicht in der Medizin macht dies notwendig und wird offensichtlich von den meisten Patienten toleriert. Interessanterweise scheint unter denen, die sich gestört fühlen, der Laptop (11,0%) etwas unangenehmer zu sein als handschriftliche Notizen (6,7%). Allerdings machen die mangelnden Zeitressourcen und die erforderliche Effektivität in der heutigen medizinischen Realität oftmals ein direktes elektronisches Dokumentieren notwendig. Dies zeigt sich auch in aktuellen Studien z.B. zur Verbesserung der Effektivität der Visite durch Dokumentation per Tablet (Duhm, 2015).

Dass die jüngeren Patienten sich signifikant häufiger daran stören würden, wenn der gegenüberstehende Gesprächspartner sich Notizen machen würde (unter 30 Jährige: 31,6%, ab 30 Jährige: 15,0%) könnte darauf hinweisen, dass diese das Notieren eher als Zeichen für eingeschränkte Aufmerksamkeit sehen als ältere Patienten. Die älteren Patienten scheinen hier mehr Toleranz zu zeigen.

Die Frage zur Störung durch Personen, die den Raum betreten oder verlassen, zeigt eindeutig, dass den Patienten ein ungestörtes Visitengespräch überaus wichtig ist (89,6% bei „ja“). Diese Meinung scheint auch unabhängig von Alter und Geschlecht zu sein. Das Problem ist auch in anderen Studien zur Visite bekannt. So kritisiert Weber, dass der „Visitenablauf von zahlreichen Störungen und Unterbrechungen gekennzeichnet ist“ (Weber, 2011) (S. 354). Im Basler Visitenstandard werden Ansätze zur Vermeidung solcher Unterbrechungen vorgeschlagen, z.B. ein Umstellen des Telefons (Weber und Langewitz, 2011).

Wie erwartet, legen die Patienten großen Wert darauf, alle anwesenden Personen bei ihrer Visite zu kennen (76,4% würden unbekannte Personen als störend empfinden). Dabei reicht es ihnen meist aus, wenn die unbekannte Person sich kurz vorstellt (52,4%) oder vorgestellt wird (49,2%). Dies ist besonders in nicht-psychosomatischen Visiten, etwa einer Chefarzt-Visite auf somatischen Stationen, bei der z.B. Studenten mitgenommen werden, oft nicht der Fall (Cartwright, 1964).

Die Tatsache, dass 41,3% der Patienten gefragt werden möchten, ob die Anwesenheit der ihnen noch unbekannt Personen für sie in Ordnung ist, könnte auf ein gewisses Kontrollbedürfnis dieser Patienten hindeuten. Würden sie nicht gefragt werden, gäbe das ihnen das Gefühl, die Kontrolle über das Visitengespräch abzugeben. Es ist daher wichtig, die Patienten ernst zu nehmen, sie möglichst viel selbst entscheiden zu lassen und ihnen eventuell zu erklären, weshalb die Anwesenheit (noch) unbekannter Personen beim Visitengespräch sinnvoll sein könnte.

4.3.3 **Beginn des Visitengesprächs**

Die persönliche Begrüßung mit Handschlag durch den Gesprächsleiter (64,6%) sowie einleitende Worte (43,9%) scheinen den Patienten in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie wichtig zu sein. Auch in anderen Fachrichtungen könnte dies wichtig sein, denn hier wird oft bemängelt, dass eine Begrüßung des Patienten zu kurz kommt (Rosumek, 1992). Wichtig ist in jedem Fall, den Gesprächseinstieg patientenzentriert zu gestalten (Hausteiner-Wiehle und Schaefert, 2015).

Wie die Frage zum idealen Gesprächsbeginn zeigt, bevorzugen es die Patienten, dass der Gesprächsleiter zwar das Wort eröffnet, ihnen dann aber durch eine Frage (66,2%) die Gelegenheit gibt, sich mitzuteilen. Auch bei Raspe wird die offene Frage als Gesprächsbeginn empfohlen, die dem Patienten Gelegenheit geben soll, sich frei zu äußern (Raspe, 1983).

4.3.4 **Gesprächsleiter**

Bei der Frage nach dem Gesprächsleiter ist eine Tendenz zum Oberarzt (20,2%) zu erkennen, jedoch auch zu einer etwas offeneren Gesprächsführung, in der sich auch die anderen Beteiligten ab und zu einbringen und nicht nur als Zuhörer agieren (16,6%). Bei Manias und Street sowie bei Vogt wird ebenfalls die Passivität und fehlende Beteiligung, hier der Pflege, kritisiert (Manias und Street, 2001, Vogt, 2003). Während früher das Problem darin lag, dass die Kommunikation sich überwiegend zwischen Ärzten und Pflegepersonal abspielte und der Patient zuhören musste (Raspe, 1982, Siegrist, 1982, Nothdurft, 1982), so hat sich nun in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie auf Kosten der anderen Anwesenden ein reiner Arzt-Patienten-Dialog entwickelt (Rassek et al., 1975). Dies hat zwar den Vorteil, dass sich das Gespräch auf den Patienten konzentriert, jedoch scheinen die Patienten eine gewisse Beteiligung auch der anderen Anwesenden an geeigneten Stellen (nicht nur in der Vorbesprechung) zu wünschen, z.B. bezüglich Einschätzung des Behandlungsverlaufs. Bei Krug und Köhle konnte diesbezüglich gezeigt werden,

„dass bei einer entsprechenden Einstellung und einem patientenzentrierten Arbeitsklima die übrigen Visitenteilnehmer [...] als Mitglieder des Stationsteams in der Visite für die Patienten durchaus als aktive Gesprächspartner zur Verfügung stehen können“ (Krug und Köhle, 1982) (S. 188). Bohlken beobachtet dabei eine Aufteilung der therapeutischen Interventionen: Während der Gesprächsleiter stützend therapeutisch interveniert, greifen die übrigen Anwesenden eher konfrontierend ein (Bohlken, 1986). Diese Rollenverteilung führt dazu, dass das Vertrauen des Patienten in den Gesprächsleiter nicht so einfach durch Konfrontationen erschüttert wird.

Petzold und Reindell argumentieren für den Oberarzt als Gesprächsleiter bei der Visite damit, dass hierdurch das Team im Hintergrund beobachten kann, wie sich der Patient bei einem Gegenüber verhält, den er nicht täglich sieht (Petzold und Reindell, 1980). So könnte z.B. festgestellt werden, ob der Patient Probleme, die er gegenüber Stationsärzten oder der Pflege als essentiell darstellt, bei dem Oberarzt ebenfalls thematisiert. Der Oberarzt kann somit zusätzlich zu Supervision und Kontrolle der Behandlung auch Informationen über den Patienten herausfiltern, indem er mit dem Patienten interagiert. Andererseits besteht die Gefahr, dass der Patient durch den „unbekannten, fremden“ Oberarzt eingeschüchtert ist und weniger erzählt, als er z.B. dem Bezugstherapeuten oder der Bezugspflege erzählen würde. Dennoch sollte der Bezugstherapeut nicht als Gesprächsleiter, wie von 24,5% der Patienten gewünscht, fungieren, da sich, wie oben beschrieben, eine andere, möglicherweise weniger vertraute Person als Gesprächsleiter eher vorteilhaft auf die Visite auswirkt.

Eine gewisse räumliche Nähe zum Bezugstherapeuten könnte z.B. bei sehr unsicheren Patienten hergestellt werden, damit der Patient ein bekanntes Gesicht sieht, falls er den Gesprächsleiter noch nicht kennt. Für eine räumliche Distanz zwischen Patient und Bezugstherapeut im Visitengespräch spricht andererseits, dass der Patient unabhängig von den Sitzungen mit dem Bezugstherapeuten, möglicherweise auch kritischer, erzählen und dass der Bezugstherapeut besser und distanzierter in die passive Beobachterrolle schlüpfen kann. Außerdem stärkt die positive Erfahrung, eine zunächst als angsteinflößend eingestufte Situation gemeistert zu haben, das Selbstvertrauen

und den Mut der Patienten. Somit kann die räumliche Distanz zum Bezugstherapeut auch therapeutischen Nutzen mit sich bringen.

Es stellt sich noch die Frage, warum weibliche Patienten signifikant häufiger den Bezugstherapeuten als Gesprächsleiter wünschen als männliche Patienten (29,4% versus 14,8%). Dazu könnte spekuliert werden, dass Frauen sich lieber mit einer ihnen vertrauteren Person unterhalten.

Bei der Frage zum idealen Verhalten des Gesprächsleiters zeigt sich, dass viele Patienten keine sehr strikte Meinung dazu haben oder sich nicht entscheiden können. Viele haben wohl die allgemeine Vorstellung, dass der Gesprächsleiter freundlich und zugewandt sein sollte, können dies aber nicht genau spezifizieren. Auch bei Cartwright zeigt sich, dass von Patienten die Persönlichkeit des Arztes sowie aufmerksames Zuhören als besonders wichtig für ihre Zufriedenheit eingeschätzt werden (Cartwright, 1964). In der Literatur kann bestätigt werden, dass die Zufriedenheit und Compliance der Patienten größer ist, wenn der Arzt einen sympathischen, einfühlsamen Eindruck macht, sich Zeit nimmt, den Patienten genügend informiert und ihn im Sinne einer persönlichen Beziehung wahrnimmt (Guth, 1985, Hausteiner-Wiehle und Schaefer, 2015).

Tendenziell wird von den Patienten das Bild eines spontan agierenden, seine Meinung offen äussernden und interessierten Gesprächsleiters gezeichnet, der viel Platz für Fragen des Patienten lässt und sich auch sprachlich auf Augenhöhe des Patienten begibt. Auch Stunder bestätigt, dass, „erst wenn der Arzt sich [...] in den Dienst des Patienten stellt“ (Stunder, 1983) (S. 9), eine vertrauensvolle und individuelle Beziehung zum Patienten möglich wird. Nach Hannich trägt eine „Kommunikation auf Augenhöhe“ (Hannich, 2008) (S. 321) dazu bei, dass die Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Patienten gestärkt wird, sodass er die Genesung nicht allein dem behandelnden Team überlässt, sondern sich aktiv und mitverantwortlich in die Behandlung einbringen kann. Eine patientenzentrierte Visite hat somit sowohl für den Patienten als auch langfristig für das Krankenhaus (Wirtschaftlichkeit durch kürzere Liegedauer und mit der Patientenzufriedenheit verbundene Weiterempfehlung) große Vorteile (Hoefert und Hellmann, 2008).

Auffallend häufig „immer“ gewünscht werden die therapeutischen Interventionen Lob (50,7%), Ermutigung (57,2%), Konfrontation (39,1%), Ratschläge (50,0%) und Deutungen (35,4%). Zum Lob empfehlen auch Hausteiner-Wiehle und Schaefert: „Lob sollte glaubhaft sein, sich auf konkrete Situationen beziehen und weniger für Therapieerfolge als vielmehr für Therapieanstrengungen gegeben werden“ (Hausteiner-Wiehle und Schaefert, 2015) (S. 284). Eine Anpassung von psychotherapeutischen Interventionen an die Interessen des Patienten ist jedoch sinnvoll, sodass zuerst exploriert werden sollte, ob der Patient ein sachlich-informatives oder ein therapeutisch-emotionales Gespräch erwartet (Fehlenberg et al., 2003).

Zur Frage des Dialektes bzw. der medizinischen Fachsprache geben in der vorliegenden Studie 56,8% der Patienten an, der Gesprächsleiter möge manchmal, wenn nötig, medizinische Fachsprache verwenden. 34,5% wünschen keine medizinische Fachsprache. Dies könnte darauf hinweisen, dass viele Patienten, die in psychosomatische Behandlung kommen, schon sehr krankheitserfahren sind und Fachbegriffe daher verstehen. Dialekt wird von 38,6% manchmal, wenn nötig, und von 37,8% nie gewünscht. Die Patienten der vorliegenden Studie wünschen also tendenziell eher ein professionelles Gesprächsniveau ohne Dialekt.

Bliesener und Köhle merken an, dass durch die Verwendung von Fachsprache und durch fehlende Anpassung an den Dialekt des Patienten eine gewisse soziale Distanz entstehen kann, die den Patienten einschüchtert und ihn am Sprechen hindern kann: „der Arzt spricht nicht die Sprache des Patienten“ (Bliesener und Köhle, 1986) (S. 272). Auch Hannich empfiehlt bei der Gesprächsführung sprachliche Einfachheit, Prägnanz und einen kognitiv gegliederten Ablauf (Hannich, 2008). Wittig vermutet, dass ein anspruchsvolles sprachliches und inhaltliches Niveau bei Patienten mit niedrigerem Bildungsstand zu einer Verschlechterung der Befindlichkeit nach der Visite führt (Wittig, 2003). Es ist daher sinnvoll, das sprachliche Niveau individuell an die Patienten anzupassen.

Insgesamt kann aus Sicht der Patienten die Aussage bestätigt werden, dass der Arzt die Beziehung zum Patienten und den Krankheitsverlauf entscheidend durch sein Verhalten beeinflussen kann (Hausteiner-Wiehle und Schaefer, 2015).

4.3.5 **Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis**

Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass die meisten Patienten (78,3%) keinen großen Wert auf Gesprächspausen in der Visite legen, vor allem mit der Begründung, dass für Pausen keine Zeit sei. Falls sich doch Pausen ergeben, sollen diese nach Ansicht der Patienten möglichst kurz gehalten werden. Dass Pausen auch der Ordnung der Gedanken dienen oder dem Gespräch durch die Förderung freien Assoziierens eine neue Richtung geben können, wird hierbei nicht beachtet. Balint stellt fest, dass Schweigen sowohl eine „trotzlose, fürchterliche Leere“ als auch eine „freundliche, anregende Weite“ (Balint, 1970) (S. 213) bedeuten kann. Hausteiner-Wiehle und Schaefer empfehlen, bei einer entstehenden Pause den Blickkontakt zum Patienten aufrechtzuerhalten und mindestens drei Sekunden darauf zu warten, dass der Patient von sich aus, eventuell nach einer kleinen Denkpause, das Gespräch wieder aufnimmt (Hausteiner-Wiehle und Schaefer, 2015).

Bei der Frage zum idealen Gesprächsverhältnis geben zahlreiche Patienten (35,3%) den Wunsch an, mindestens genauso viel Redeanteil wie der Gesprächsleiter, wenn nicht sogar einen höheren Anteil zu haben. Die Mehrheit der Patienten (60,3%) gibt hingegen einen je nach Gesprächssituation und Stimmungslage „unterschiedlichen“, flexiblen Redeanteil an. Der Wunsch der Patienten nach möglichst viel aktiver Beteiligung kann in anderen Studien bestätigt werden (Guth, 1985, Fehlenberg, 1987). Im Basler Visitenprojekt zeigt sich, dass „der Redeanteil der Patienten [...] im unmittelbaren Dialog mit den Ärzten genauso hoch [ist] wie der der Ärzte“ (Weber, 2011) (S. 354). Die Bitte um einen ausgeglichenen Redeanteil ist also möglicherweise bereits erfüllt.

4.3.6 Themen

Folgende Themen sind aus Sicht der Patienten besonders wichtig und immer anzusprechen: Verlauf und Behandlungsfortschritt (67,1%), auftretende Probleme (64,6%), eine Zusammenfassung bei Therapieende (64,6%), Fragen und Anliegen des Patienten (58,5%), weiteres somatisches medizinisches Vorgehen (51,0%), weiteres psychotherapeutisches Vorgehen (50,0%) sowie Gefühle und Emotionen (33,5%).

Auffällig ist, dass beim Thema „Familie“ (Fragebogen s. Anhang 10.1, Frage 34, Zeile 16) sehr oft nichts angekreuzt wird (n=25 fehlende Werte). Warum dies so ist, darüber lässt sich lediglich spekulieren. Es liegt jedoch die Antwort nahe, dass es den Patienten unangenehm ist, über persönliche Fragen in einer großen Runde mit vielen Zuhörern zu sprechen. Auch das würde für eine möglichst geringe Anzahl an Anwesenden bei der Visite sprechen. Es ist auch möglich, dass dieses Thema generell in Visiten seltener vorkommt, sodass die Patienten beim Ausfüllen überrascht über den Vorschlag sind und, aus Zeit- oder Konzentrationsgründen, die Frage offenlassen.

Soziale Fragen, Vergangenheit und Familie werden von den meisten Patienten (69,9%, 64,3% bzw. 65,7%) „manchmal“ als Gesprächsthema gewünscht. Die Thesen von Guth und Fehlenberg, dass aus Patientensicht das Ansprechen von psychosozialen Themen in der Visite als sehr positiv bewertet wird, können hier somit nicht ohne Weiteres bestätigt werden (Guth, 1985, Fehlenberg, 1987). In der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gibt es hierfür schließlich zusätzliche Einzelgespräche, was auf internistischen Stationen nicht der Fall ist. Dort stellt die Visite meist die einzige Möglichkeit dar, um über individuelle Probleme des Patienten zu sprechen.

Dennoch gilt, wie auch Fehlenberg et al. bemerken: „Es gibt eine Dimension der Visite, die ein Arzt nicht ausklammern darf, wenn er den Patienten wirklich erreichen will. Eine Dimension, in der es um die im Gespräch zu vollziehende emotionale Verständigung, um die besonderen und allgemeineren psychischen Belastungen des Patienten geht.“ (Fehlenberg et al., 1982) (S. 235).

4.3.7 Ende des Visitengesprächs

Das Gesprächsende soll nach Meinung der meisten Patienten mit einer abschließenden, standardisierten Frage an den Patienten (80,1%) und einer Verabschiedung (53,4%) mit Handschlag durch den Gesprächsleiter (60,9%) gestaltet werden.

Etwa zwei Drittel der Patienten trauen es sich nach Abschluss der Visite zu, den Raum selbst zu verlassen, während 25,6% gerne vom Gesprächsleiter hinausgeleitet werden möchten.

Insgesamt soll das Ende des Visitengesprächs aus Patientensicht eher schnell und ohne großen Aufwand gestaltet werden.

4.4 Subjektive Bewertung der Visite

Die Ergebnisse zur Befragung der Patienten nach ihrer subjektiven Einschätzung der Visite mithilfe von Likert-Skalen können als zentraler Bestandteil der vorliegenden Studie angesehen werden, da sie auf einfache Weise sehr viel über die Meinungen der Patienten und deren subjektive Beurteilung der Visite Auskunft geben.

4.4.1 Bedeutung der Visite

Insgesamt wird die Visite von der Mehrheit der Patienten als wichtig (MW=6,2) eingeschätzt. Dies ist als sehr positiv zu werten, da die Visite nur effektiv sein kann, wenn ihre Bedeutung auch den Patienten klar ist. Bei den Patienten, die der Visite keine große Bedeutung zuschreiben, stellt sich die Frage, warum dies der Fall ist. Hierbei zeigt sich, dass den Patienten oftmals Sinn und Zweck der Visite nicht ganz klar sind, wodurch sich für sie keine große Bedeutung der Visite ergibt. Hier sollte also darauf geachtet werden, dass die Patienten vorab über den Zweck und die Ziele der Visite informiert werden.

Dass die jüngeren Patienten sich kritischer äußern als ältere Patienten, kann in der Studie von Stunder bestätigt werden, wobei vermutet wird, dass die älteren Patienten ein „eher respekt- oder gar ehrfurchtsvolles Verhalten“ (Stunder, 1983) (S. 156) den Behandlern gegenüber zeigen.

4.4.2 **Angst vor der Visite**

Die Patienten geben im Durchschnitt eine geringe bis mäßige Angst vor der Visite an (MW=3,1).

Falls Patienten Angst vor der Situation „Visite“ haben, lässt sich feststellen: Einigen Angst-Ursachen kann man gut entgegenwirken, indem man die Patienten vorher genau darüber informiert, was auf sie zukommen wird und womit sie rechnen können. Überlegenswert ist auch, den Patienten schon vorher mitzuteilen, in welche thematische Richtung sich das Gespräch entwickeln könnte, falls absehbar, damit diese sich innerlich ein wenig darauf vorbereiten können. Allerdings wird auch das einen spontanen Themenwechsel und die Angst davor nicht verhindern können.

Andere Ursachen der Angst vor der Visite sind schwieriger anzugehen, da sie Teil der Persönlichkeit des Patienten widerspiegeln und eventuell sogar die Ursache des Aufenthaltes in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sind, z.B. soziale Phobien. Dann wäre die positive Erfahrung, eine Visite erfolgreich „überstanden“ zu haben, gleichzeitig Teil der Therapie und direkte Überprüfung des Behandlungserfolges. Negative Erfahrungen können hier korrigiert und das Verhalten bei als angsteinflößend empfundenen Situationen gelernt werden. Auch Westphale und Köhle entdecken hier die therapeutische Funktion für Patienten, in der Visite „neu erlernte Verhaltensweisen einüben“ (Westphale und Köhle, 1982) (S. 113) zu können. Weiterhin können die in der Visite erlebte Angst und Aufregung als Hilfe zur Fokussierung in der Therapie dienen. So können konkrete Angstauslöser festgestellt und die Angst gezielt angegangen werden.

Die Begründungen der Patienten für ihre Angst sind vergleichbar mit dem, was Sodemann et al. herausgefunden haben, nämlich dass am meisten „Angst vor Scham/Schande“ (Sodemann et al., 1982) (S. 229) besteht. Dies ist in der

Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ein sensibler Punkt, sodass besonders darauf geachtet werden sollte, den Patienten ernst zu nehmen.

Die Ergebnisse zeigen bezüglich der Angst einen hochsignifikanten Unterschied zwischen weiblichen (MW=3,8) und männlichen Patienten (MW=1,8). Dies bestätigt den insgesamt etwas unsichereren und ängstlicheren Eindruck, den die Frauen in der Umfrage erwecken. Es ist jedoch auch möglich, dass männliche Patienten, obwohl es eine anonyme Umfrage ist, dem gesellschaftlichen Erwartungsdruck von Stärke und Unerschrockenheit folgen und sich nicht trauen, ihre wahren Gefühle anzugeben.

4.4.3 Vorfreude auf die Visite

Mehr als ein Fünftel der Patienten (22,0%) kreuzen eine Zahl oberhalb der Fünf an und freuen sich somit auf die Visite. Diese bietet Gelegenheit, mit dem behandelnden Team zusammenzukommen und positive Rückmeldung zu erhalten. Diese positiven Aspekte sehen möglicherweise die Patienten ab 30 Jahren (MW=4,3) etwas stärker als die unter 30-Jährigen (MW=3,1), da sie sich signifikant mehr freuen. Dies könnte auch mit der größeren Erfahrung der älteren Patienten zusammenhängen. Dass dennoch die Patienten ohne Visitenvorerfahrung sich signifikant mehr (MW=5,8) auf die Visite freuen als die Patienten mit Vorerfahrung (MW=3,6), deutet darauf hin, dass die Visite als etwas Neues positiv eingeschätzt wird. Ist die Visite bereits bekannt, wird sie eher nicht mehr als etwas Besonderes angesehen. Außerdem ist die Visite auch mit einem möglicherweise anstrengenden Gespräch oder mit Konfrontationen verbunden. Damit die Visite im Behandlungsalltag der Patienten zum dauerhaft positiven Ereignis werden kann, ist es wichtig, deren Ziele und Vorteile den Patienten klarzumachen und die Visite für die Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten.

4.4.4 Aufregung vor der Visite

Die Patienten geben im Durchschnitt eine Aufregung von 4,5 auf einer Skala von Null bis Zehn an.

Die Auswertung zeigt, dass man durchaus aufgeregt sein kann (MW=4,5), ohne Angst vor der Visite zu haben (MW=3,1). Z.B. ist dies in dem Sinn möglich, dass man gespannt ist, ob man bei der Visite Neuigkeiten erfahren wird oder ob die Therapeuten Fortschritte beobachtet haben, also im Sinne einer positiven Aufregung. Angst drückt dagegen eindeutig ein negatives Gefühl aus. Das Ergebnis rechtfertigt somit die separate Abfragung von „Angst“ und „Aufregung“. Dennoch korrelieren die Angaben der Patienten zu „Angst“ und „Aufregung“ stark miteinander (0,78).

Wie bei der Angst zeigen auch bei der Aufregung die weiblichen Patienten (MW=5,1) eine signifikant stärkere Ausprägung als die männlichen Patienten (MW=3,4), was wiederum mit der oben genannten Korrelation übereinstimmt. Unter 30-Jährige (MW=5,4) sind signifikant stärker aufgeregt als ab 30-Jährige (MW=4,1). Möglicherweise bringen ältere Patienten mehr Erfahrung mit und sind dadurch in der Regel in solchen Situationen ruhiger.

Insgesamt kann die mittlere subjektive Aufgeregtheit der Patienten von 4,5 als gespannte aber nicht übermäßig angespannte Erwartungshaltung vor der Visite verstanden werden.

Klinkhammer schreibt bezüglich des Umgangs mit aufgeregten Patienten, dass ein empathisches, ruhiges und ehrliches Verhalten besonders wichtig ist (Klinkhammer, 2010). Hilfreich kann es außerdem sein, die Atmosphäre mit einer netten oder humorvollen Bemerkung aufzulockern. Ebenso ist es möglich, den Patienten auf seine Aufregung und Gründe für diese Aufregung anzusprechen, um dann gegebenenfalls darauf zu reagieren – ein völliges Ignorieren der Gefühle des Patienten ist zu vermeiden. Wie bereits oben erwähnt, können in der Visite erlebte Gefühle wie Angst oder Aufgeregtheit in der weiteren Therapie besprochen und fokussiert werden. Auch ist es wichtig, den Patienten vorher über die Visite zu informieren, sodass er sich im Voraus auf die Situation einstellen kann.

4.4.5 Einschränkungsgedühl durch die Visite

Das Ergebnis zur Frage nach dem Einschränkungsgedühl durch die Visite zeigt, dass, solange die Voraussetzung einer guten Planung und Einbindung des

Visitertermins in den Stationsablauf erfüllt ist, kaum Grund besteht, sich im Tagesablauf eingeschränkt zu fühlen (MW=1,9). Die Ausnahme bilden individuelle Gründe wie Aufregung oder die mentale Vor- und Nachbereitung des Gesprächs, die die Patienten unterschiedlich stark beanspruchen.

Es erscheint sinnvoll, darauf zu achten, dass die Reihenfolge der Patienten jede Woche etwas variiert, sodass nicht immer die gleichen Patienten zum Schluss an die Reihe kommen und durch einen Aufstau länger warten müssen. Dies empfiehlt auch Klöcker in ihrer Dissertation zur intensivmedizinischen Visite (Klöcker, 2010). Auch Steinmann stellt fest, dass die Visitendauer, wahrscheinlich abhängig von Aufmerksamkeit und Ermüdung des Gesprächsleiters, am Anfang einer Visite signifikant länger ist als gegen Ende (Steinmann, 1977). Auch dies spricht für ein Variieren der Patientenreihenfolge. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, eine Liste z.B. auf dem Stationsflur auszuhängen, in welche sich die Patienten selbständig eintragen. So können individuelle Präferenzen berücksichtigt werden und gleichzeitig auffällige Verhaltensweisen wie z.B. Vermeidungsverhalten bei Patienten aufgedeckt werden.

4.4.6 Gefühl nach der Visite

Insgesamt fühlen sich die Patienten nach der Visite etwas besser (MW=5,4). Es entsteht der Eindruck, dass einige Patienten sich nicht auf *ein* Gefühl, das *in der Regel* nach der Visite gilt, festlegen können, sondern die Frage mit „unterschiedlich“ (n=26) beantworten. Bei der Erstellung des Fragebogens wurde davon ausgegangen, dass das Gefühl nach der Visite i.d.R. in die eine oder andere Richtung tendiert. Dies ist wohl oft nicht der Fall, sodass, abhängig von verschiedenen Faktoren wie z.B. Gesprächsverlauf, offen ist, ob sich der Patient im Nachhinein besser oder schlechter fühlt.

Ebenso besteht die Möglichkeit, dass sich das gute Gefühl erst verzögert einstellt, ohne dass die Patienten dies bewusst bemerken oder auf die Visite zurückführen können. Das wäre z.B. der Fall, wenn im Gespräch eine Konfrontation mit einem Problem stattfindet, die zunächst als unangenehm wahrgenommen wird, jedoch langfristig zu einer Lösung dieses Problems und

damit zu einer besseren Befindlichkeit führt. Dies beschreibt auch Wittig in seiner Studie (Wittig, 2003).

Dass die ab 30-Jährigen sich nach der Visite signifikant besser fühlen (MW=5,7) als die jüngeren Patienten (MW=4,9), könnte daran liegen, dass sie schon mehr Erfahrung damit haben, ihr Gefühl direkt nach einer Visite einzuschätzen. Dies könnte mit einer gewissen Weiterentwicklung der Persönlichkeit und einer damit verbundenen besseren Selbstreflexion bei den älteren Patienten zusammenhängen. Möglicherweise tritt das bessere Gefühl bei den jüngeren Patienten auch mit einer stärkeren Verzögerung ein als bei den Älteren.

4.4.7 Empfindung der Visite als sinnvoll

Die Mehrheit der Patienten hält die Visite für sinnvoll (MW=7,1) – ein Ergebnis, das ihre enorme Bedeutung für den Klinikalltag unterstreicht.

Gerade in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie besteht der Sinn der Visite darin, die psychischen und somatischen Aspekte kombiniert zu thematisieren. In den somatischen Fachrichtungen wird dagegen oft kritisiert, dass psychische Aspekte in der Visite zu kurz kommen. Hier fühlen sich die Patienten von den Ärzten oftmals nicht in ihrer Person, sondern nur als „Krankheit“ oder „Fall“ wahrgenommen (Stunder, 1983, Engelhardt et al., 1987). Interessant wäre hier eine Patientenbefragung zur Empfindung der Visite als sinnvoll und, ob eine Diskrepanz zu unseren Ergebnissen entsteht. Eine Aufklärung über Sinn und Zweck der Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist sicherlich wichtig, um die Akzeptanz derselben weiter zu optimieren (s. 4.4.9).

4.4.8 Raum für Patienten Anliegen in der Visite

Mit einem Mittelwert von 6,2 sind die meisten Patienten der Meinung, ihre Anliegen vorbringen zu können. Damit ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Visite erfüllt, das oft bemängelt wird (Weber, 2011). Bei der Klärung von Fragen und Anliegen der Patienten sind kurze Interaktionen mit den anwesenden Fachtherapeuten möglich, was von den Patienten ebenfalls gewünscht wird.

4.4.9 Klarheit der Ziele der Visite

Wie oben bereits mehrfach vermutet, gibt es einige Patienten, denen die Ziele der Visite nicht richtig klar sind (29,5% unterhalb der Fünf) oder bei denen Unsicherheit besteht, ob die angenommenen Ziele die tatsächlichen sind. Das könnte auch ein Grund dafür sein, dass Ablauf oder Rahmenbedingungen nicht immer Anklang finden. Möglicherweise erhoffen sich die Patienten etwas ganz anderes von der Visite (z.B. reine Informationsvermittlung zur Krankheit) und sind dementsprechend enttäuscht, wenn dies nicht eintritt. Dass die Zufriedenheit stark mit der Informationsmenge korreliert, kann in anderen Studien bestätigt werden (Bertakis, 1977). In der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist es jedoch in vielen Fällen auch wichtig, den Rahmen der Visite nicht zu eng vorzugeben, um dem Patienten freies Assoziieren zu ermöglichen. Damit dieses Vorgehen nicht auf Unverständnis von Seiten des Patienten trifft, ist eine Aufklärung über dieses Ziel notwendig.

Insgesamt erscheint es sinnvoll, den Patienten die Visite und ihren Zweck explizit zu erklären, z.B. in Form eines Informationsblattes, das an neue Patienten vor deren erster Visite ausgegeben wird. Ein Entwurf für eine Vorlage eines solchen Informationsblattes ist im Anhang (s. 10.15) zu finden. Es enthält die Dimensionen „Ziele und Bedeutung der Visite“ sowie „Ablauf der Visite“.

Dass den Patienten ab 30 Jahren die Ziele signifikant klarer (MW=6,3) sind als den unter 30-Jährigen (MW=5,2), könnte an der etwas größeren Erfahrung der älteren Patienten liegen oder auch daran, dass diese eher von sich aus danach fragen. Generell sollte aber nicht davon ausgegangen werden, dass Patienten von selbst nach den Zielen der Visite fragen, wenn ihnen diese nicht klar sind. Dies kann z.B. auf Gründen der Scham beruhen oder der Angst davor, die Behandler in ihrer knapp bemessenen Zeit aufzuhalten (Cartwright, 1964).

Auch bei den Korrelationen wird die Bedeutung einer Information über die Ziele der Visite für die anderen emotionalen Einschätzungsskalen deutlich. Die Klarheit der Ziele korreliert stark positiv mit der Einschätzung der Bedeutung (0,42) und des Sinns (0,51) der Visite durch die Patienten. Dies legt die Vermutung nahe, dass Patienten, die sich über die Ziele der Visite im Klaren sind, diese auch als besonders wichtig und sinnvoll einschätzen. Somit scheint es für den Erfolg der

Visite sehr von Vorteil zu sein, die Patienten genau über die Ziele der Visite aufzuklären. Dieses Ergebnis ist ein zentraler Punkt dieser Studie.

4.5 Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht

Auf die Veränderungsvorschläge wird teilweise schon in den oberen Teilen der Diskussion eingegangen. Folgende wichtige Punkte sollen jedoch noch einmal besonders hervorgehoben werden:

Zum einen scheint der Wunsch nach einem Zeitplan sowie einer Aufklärung der Patienten über die Visite sinnvoll und notwendig. Wie sich bei der vorliegenden Untersuchung herausgestellt hat, ist vielen Patienten das Ziel der Visite noch nicht vollständig klar, sodass sie Schwierigkeiten haben, diese auch für sich sinnvoll zu nutzen. Hierfür bietet sich ein Informationsblatt an; ein Entwurf für ein solches ist im Anhang (s. 10.15) zu finden. Auch das Aushändigen eines Zeitplans scheint für die effektive Durchführung der Visite von Vorteil zu sein.

Da die Patienten zum Teil ein längeres, zum Teil ein kürzeres Gespräch wünschen, ist eine Gesprächsdauer von sieben bis zehn Minuten ein guter Kompromiss, der bei Bedarf auch individuell angepasst werden kann.

Die Patienten bitten darum, die Anzahl der Anwesenden so gering wie möglich zu halten. Dennoch ist es erstrebenswert, dass alle wichtigen Personen im Raum sind. Dieser Widerspruch zwischen den Bedürfnissen des Visite-Teams und der Patienten wird auch weiterhin eine große Herausforderung sein.

Gegen den Wunsch einiger Patienten, dem Bezugstherapeuten als Gesprächsleiter gegenüberzusitzen, sprechen verschiedene Gründe (s.o.). Dennoch könnte, sofern indiziert, bei der Stuhlanordnung darauf geachtet werden, dass eine räumliche Nähe zum Bezugstherapeuten besteht. Außerdem könnte das Gespräch hinsichtlich Beiträgen etwas aufgelockert werden, sodass auch Bezugstherapeut oder Fachtherapeuten sowie Pflege Wichtiges einbringen können. Inhaltlich kann auf den Wunsch der Patienten nach Feedback und Impulsen geachtet werden.

Insgesamt sind die konkreten Vorschläge der Patienten eine sinnvolle Ergänzung zu den restlichen Angaben im Fragebogen, da sie einige wichtige Dinge hervorheben, bei denen möglicherweise noch Veränderungsbedarf besteht. Dennoch sind aus therapeutischer Sicht nicht alle Vorschläge sinnvoll und sollten nicht unüberlegt übernommen werden.

4.6 **Diskussion der Gruppenunterschiede**

Insgesamt können bei den Gruppenvergleichen nur wenige signifikante Unterschiede gefunden werden. Auffällig ist, dass signifikante Differenzen vor allem bezüglich Geschlecht und Alter, aber auch Behandlungssetting (Station oder Tagesklinik) sowie vorhandener Vorerfahrung mit psychosomatischer Visite zu finden sind. So geben die weiblichen Patienten mit 29,4% signifikant häufiger den Bezugstherapeuten als Gesprächsleiter an als die männlichen Patienten mit 14,8%. Patienten ohne Visitenvorerfahrung wünschen zu 78,6% ein Informationsblatt, Patienten mit Vorerfahrung nur zu 39,9%. Patienten ab 30 Jahren schätzen die Visite insgesamt etwas wichtiger ein (6,7) als Patienten unter 30 Jahren (5,4). Frauen geben hochsignifikant mehr Angst (MW=3,6 versus 1,8) und Aufregung (MW=5,1 versus 3,4) an als männliche Patienten ($p < 0,01$).

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen jüngeren und älteren Patienten spiegeln möglicherweise grundlegende, subjektive Differenzen wider, z.B. was die Gestaltung des Visiteriums angeht. Kriterien wie Aufenthalt auf Station oder Tagesklinik sowie Vorerfahrung mit Visite haben direkten Einfluss auf die Beurteilung der Visite durch die Patienten, was die beobachteten signifikanten Unterschiede bei diesen Gruppen erklärt.

Die oben genannten Gruppen sind jeweils dichotom (Männer versus Frauen, Unter-30-Jährige versus Ab-30-Jährige, Station versus Tagesklinik sowie Vorerfahrung versus fehlende Vorerfahrung mit Visite). Dadurch kommen bei der Auswertung Signifikanzen möglicherweise stärker zum Ausdruck.

Bezüglich Diagnosegruppen sind keine signifikanten Unterschiede zu erkennen. Dies könnte zum einen daran liegen, dass die Patienten nicht nach Diagnosegruppen ausgesucht und regelmäßig verteilt wurden, sodass es fünf

unterschiedlich große Gruppen gibt. Dadurch werden signifikante Ergebnisse geringer. Zum anderen deutet dies möglicherweise darauf hin, dass es bei der Beurteilung der psychosomatischen Visite durch die Patienten primär um das Erleben der Visite geht, unabhängig von individuellen Faktoren wie z.B. Erkrankung. Bezüglich dieses Erlebens gibt es zwar durchaus Unterschiede zwischen den Patienten, jedoch können diese größtenteils nicht in eine Struktur oder Regelmäßigkeit eingeordnet werden.

Viel wichtiger erscheinen die klaren Tendenzen, die sich unabhängig von Geschlecht, Alter oder Krankheitsbild bei der Patientenbefragung ergeben: Diese betreffen die Anwesenheit von Mitpatienten (Tendenz zu nein), den gewünschten Raum (Tendenz zum Gruppenraum), Störfaktoren durch Betreten oder Verlassen des Raums (Tendenz zu ja), die körperliche Untersuchung (Tendenz zu nie) sowie die Gruppensuche (Tendenz zu nein). Auch bei der gewünschten Gesprächsdauer und Gesamtanzahl an visitierenden Personen finden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Daraus lässt sich folgern, dass es nicht nötig ist, die Visitenform z.B. je nach Diagnosegruppe unterschiedlich zu variieren. Es sollten stattdessen Kriterien für ein einheitliches, allgemein anerkanntes psychosomatisches Visitenformat herausgearbeitet werden, die einen Kompromiss zwischen allen Patientenmeinungen und den Anforderungen des Klinikalltags bilden.

4.7 Bedeutung der Studie

Insgesamt wird der Visite, obwohl sie einen wichtigen und zentralen Teil des Krankenhausalltags einnimmt, immer noch nicht genug Beachtung geschenkt. Bei Fehlenberg et al. wird eine „Aktualisierung [...] der praxiskritischen Visitenforschung“ (Fehlenberg et al., 2003) gefordert. Damit eine effektive Durchführung der Visite mit all ihren Elementen zur Normalität wird, fordert Siegrist außerdem eine stärkere Thematisierung derselben bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung (Siegrist, 1995). Die vorliegende Studie soll durch eine Analyse des Visitenformats aus Patientensicht neue Ergebnisse zur Visitenforschung beitragen.

Dabei ist es besonders dringend, die Perspektive der Patienten bei der psychosomatischen Visite zu beachten. Dies hat mehrere Gründe: Zum einen ist es gerade in der Psychotherapie laut Fehlenberg et al. wichtig, sich an die Interessen des Patienten anzupassen und zuerst die Erwartungen des Patienten zu explorieren (Fehlenberg et al., 2003). Es ist somit sinnvoll, auch bei der Frage nach der psychosomatischen Visite als psychotherapeutischem Bestandteil die Patienteninteressen zu eruieren. Zum anderen soll eine stärkere Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit herbeigeführt und die Patientenbeteiligung insgesamt gefördert werden (Krones und Richter, 2006). In der seit Oktober 2017 aktualisierten Fassung des Genfer Gelöbnisses wird dies z.B. durch folgenden hinzugefügten Satz deutlich: „Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.“ (Bundesärztekammer, 2017)

Manche Patienten erwecken zwar den Eindruck, nicht unbedingt über alles entscheiden zu wollen, sondern sich, besonders als Kranke im Krankenhaus, manchmal gerne leiten lassen zu wollen (Krones und Richter, 2006). So stellt auch Stunder fest, der Patient „sanktioniert [...] den Führungsanspruch des Arztes“ (Stunder, 1983) (S. 12). Auch in der hier vorliegenden Studie tauchen Kommentare der Patienten auf, in denen sie den Ärzten Entscheidungen zu Ablauf oder Rahmenbedingungen bei der Visite überlassen wollen. Nach Hausteiner-Wiehle und Schaefert scheinen jedoch die Patienten seltener zu werden, die sich einen paternalistischen Arzt wünschen, der für sie entscheidet (Hausteiner-Wiehle und Schaefert, 2015). Deshalb ist es der Ansatz der Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, die Patienten in Entscheidungen einzubeziehen, denn letztendlich stärkt dies das Selbstbewusstsein der Patienten und ist ein weiterer Beitrag zur Therapie.

In einem Gutachten für Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit wird darauf hingewiesen, dass die „Rolle der Patienten [...] im Wandel begriffen“ (Schwartz et al., 2000/2001) ist. Es wird im Sinne der Patienten ein „wachsender Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems“ (Schwartz et al., 2000/2001) angenommen. Gleichzeitig wird kritisiert, dass diese neue, stärkere Rolle der Patienten jedoch noch kaum

angemessen umgesetzt wurde. Die vorliegende Studie ist damit ein richtiger Schritt hin zu mehr Partizipation der Patienten, indem sie ganz bewusst die Sicht der Patienten fokussiert. Sie ist umso wichtiger, als bisher kaum Studien zur psychosomatischen Visite aus Patientensicht existieren.

Um weiterhin eine gute Versorgung der Patienten zu gewährleisten, ist Qualitätsmanagement nötig (Schwartz et al., 2000/2001). Deshalb sollte in regelmäßigen Abständen eine kritische (Re-)Evaluation von Prozessen, hier der psychosomatischen Visite, stattfinden. Auch für die Effizienz des in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie seit Anfang 2018 verbindlich neu eingeführten pauschalisierenden Entgeltsystems (PEPP) sind Qualitätsmanagementmaßnahmen nötig und sinnvoll (Schwartz et al., 2000/2001). Wie eingangs erläutert, ist die psychosomatische Visite bisher nicht als Basisleistung im PEPP-System kodiert. Sie ist stattdessen als Strukturmerkmal lediglich eine zur Abrechnung notwendige Voraussetzung. Vogt schlägt hier vor, die Visitenfunktion durch Aufnahme in den Leistungskatalog aufzuwerten (Vogt, 2003). Allerdings ist die genaue Rolle der Visite im OPS-Katalog (Operationen- und Prozedurenschlüssel) nicht festgelegt, obwohl sie viel Zeit im Krankenhausalltag in Anspruch nimmt. Die vorliegende Studie soll daher helfen, diese Rolle genauer zu definieren. Sie fokussiert dabei die Patientensicht auf die Visite.

Ziel soll es schließlich sein, auf der Grundlage dieser und weiterer Studien ein einheitliches und gutes psychosomatisches Visitenformat auszuarbeiten.

Ist eine konkrete Übertragung der erhaltenen Ergebnisse der Studie zur psychosomatischen Visite auf somatische Stationen, zumindest teilweise, möglich und sinnvoll? Hier bestehen laut anderen Studien grundlegende Mängel (Klöcker, 2010, Ott, 1996, Rosumek, 1992).

Zwar wurde der Basler Visitenstandard (Weber und Langewitz, 2011) schon teilweise auf Stationen der Inneren Medizin eingeführt, allerdings gibt es bisher noch keine Untersuchungen, inwieweit dies zu einer Veränderung der konkreten Visiten-situation auf diesen Stationen geführt hat (Weber, 2011).

Eine größer angelegte Umfrage unter Patienten und Mitarbeitern von Stationen verschiedener Fachbereiche könnte hier klären, ob eine nach psychosomatischem Visitenformat angelegte Visite auch dort gewünscht wird. Dieses würde zu einer Integration der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in die anderen Fachbereiche beitragen, wie unter anderem auch von Westphale, Köhle und Guth gefordert (Westphale und Köhle, 1982, Guth, 1985). Damit würde sich die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie von dem spezialisierten Randgebiet für bestimmte Krankheiten hin zu einem grundlegenden Fach für die Medizin mit einem erweiterten Krankheitsverständnis entwickeln (Westphale und Köhle, 1982).

4.8 Diskussion der Methoden

Die Wahl der Methode „Befragung mithilfe von Fragebögen“ und die Vorgehensweise bei der Befragung scheinen sehr gut geeignet zu sein, um mit vertretbarem Aufwand eine große Anzahl an Patienten umfassend zu einem Thema zu befragen. Das Ziel der Studie, die Patientensicht bezüglich der psychosomatischen Visite herauszukristallisieren, kann am effektivsten mithilfe einer anonymen Studie erreicht werden, in der jeder Patient völlig unabhängig von seiner aktuellen Behandlung eigene Erfahrungen, Wünsche und Bemerkungen abgeben kann. Denn: „Im Mittelpunkt steht der Patient“ (Weber, 2011) (S. 355), er sollte daher die Möglichkeit haben, Wünsche und Idealvorstellungen hinsichtlich der Visite zu äußern. Dies wurde, wie eingangs beschrieben, in früheren Studien oft vernachlässigt. Auf ähnliche Weise könnte in einem zweiten Schritt die Sicht auch von Mitarbeitern oder unbeteiligten Außenstehenden auf die Visite eruiert werden; dies würde jedoch den Umfang dieser Arbeit sprengen.

Dass die Messung der Patientenzufriedenheit schwierig ist, ist bereits bekannt (Guth, 1985). Auch stellt sich die Frage, wie differenziert die Visite von Patienten beurteilt und bewertet werden kann.

Willson und McNemara zeigen jedoch, dass Patienten durchaus in der Lage sind, differenzierte Beurteilungen und Bewertungen abzugeben (Willson und McNamara, 1982). Diese Erkenntnis ist als Ausgangspunkt für weitere Patientenbefragungen anzusehen (Bertakis, 1977, Raspe, 1983, Engelhardt et al., 1987, Cartwright, 1964, Reynolds et al., 1981). Bezüglich der Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie scheint es jedoch bisher nur eine nennenswerte Studie mit einer Patientenbefragung zu geben (Wittig, 2003). Die hier durchgeführte Studie soll diese Lücke schließen.

Coulter empfiehlt hinsichtlich Patientenumfragen, die Patienten detailliert über ihre Erfahrungen mit dem medizinischen Gesundheitssystem *berichten* zu lassen, anstatt sie dasselbe qualitativ *bewerten* zu lassen (Coulter, 2006). Er ist der Meinung, dass Patientenumfragen als alleiniges Instrument zur Beurteilung von Qualität nicht ausreichen. So wäre in der vorliegenden Studie alternativ eine qualitative Befragung einzelner Patienten möglich gewesen. Die Durchführung solch qualitativer Interviews hätte jedoch den zeitlichen Rahmen gesprengt; gleichzeitig wäre es nicht möglich gewesen, eine annähernd gleich hohe Anzahl an Patienten zu befragen. Zudem hätte diese Methode andere Informationen geliefert als die vorliegenden, die zwar genauer und in die Tiefe gehender sind, jedoch nur die Sicht einzelner Patienten abbilden.

Wie bei allen Patientenbefragungen muss auch hier mit einer möglichen Verzerrung gerechnet werden. Einerseits kann diese positiv ausfallen, da die Patienten sich während der Befragung in einer gewissen Abhängigkeitsposition, der Behandlung, befanden. Es ist daher möglich, dass Patienten die Fragen nach angenommener Erwünschtheit und Erwartung beantworteten. Andererseits kann die vollkommene Anonymität der Studie auch zu einer gewissen negativen Verzerrung führen. Weiterhin stellt Cartwright fest, dass die Möglichkeit besteht, Patientenmeinungen lediglich sehr vereinfacht und reduziert darzustellen (Cartwright, 1964). Außerdem können Missverständnisse der Patienten bezüglich einzelner Fragen nicht ausgeschlossen werden. Insgesamt können die Ergebnisse, mit einer gewissen Wachsamkeit und Vorsicht betrachtet, aber durchaus als realistisch angesehen werden.

Zur Studie selbst sind folgende Limitationen anzumerken:

Da es sich um eine offene Feldstudie handelt, konnten Faktoren wie Dauer und Wachheit der Patienten beim Ausfüllen der Fragebögen nicht kontrolliert werden. So konnten sich die Patienten beim Ausfüllen möglicherweise nicht optimal konzentrieren oder hatten durch weitere Termine Zeitdruck. Hinzu kommt die Länge des Fragebogens mit 17 Seiten, welche eine kritische Größe darstellt.

Zur Frage nach der Anzahl der miterlebten Visiten „insgesamt“ und „beim aktuellen Aufenthalt“ gibt es fehlende Werte (n=131 Angaben bzw. n=152 Angaben bei n=168 befragten Patienten). Dies liegt daran, dass diese Aufteilung in „insgesamt“ und „aktuell“ erst während des Zeitraums der Befragung in den Fragebogen aufgenommen wurde. Dadurch konnte bei den zu Beginn Befragten nicht mehr festgestellt werden, ob die Anzahl der miterlebten Visiten insgesamt oder beim aktuellen Aufenthalt gemeint war. Nur bei Patienten mit erstmaligem Aufenthalt konnte zweifelsfrei die angegebene Zahl als gesamte und aktuelle Visitenzahl gleichzeitig angenommen werden.

Von den Patienten wird die Umfrage kaum kritisiert, stattdessen äußern sich sogar einige Patienten, an den Ergebnissen interessiert zu sein und sehen es positiv, dass sie nach ihrer Meinung gefragt werden.

Der Studie folgend ergeben sich noch einige interessante Zusatzfragen, die in eine zweite Studie einbezogen werden könnten, z.B. ob als Gesprächsleiter eher ein Mann oder eine Frau gewünscht wird oder ob der befragte Patient lieber zu Beginn oder am Ende der Visite an die Reihe kommen möchte.

Ebenfalls in zukünftigen Studien könnte man noch mehr patientenbezogene Informationen erfragen, z.B. zu sozialem Status, Ausbildung, Wohnumständen, Berufstätigkeit und Versicherung. Dadurch gäbe es noch mehr Möglichkeiten, konkrete Gruppen zu vergleichen, bestimmte Interessen und Wünsche auf Patienteneigenschaften zurückzuführen und Gemeinsamkeiten oder Unterschiede herauszufinden.

Auch eine Befragung von Mitarbeitern zu Wünschen und Idealvorstellungen bzgl. der psychosomatischen Visite erscheint als sehr sinnvoll. Damit könnten in einer vergleichenden Betrachtung Unterschiede und Übereinstimmungen der Meinungsbilder von Patienten und Mitarbeitern festgestellt werden.

Weiterhin wäre eine Befragung verschiedener psychosomatischer Einrichtungen hilfreich, um den Ist-Zustand in den jeweiligen Kliniken zu erfassen. Es wird davon ausgegangen, dass hier eine große Variabilität herrscht, da Rahmenbedingungen und Ablauf der Visite in der vorherrschenden Lehrmeinung nicht konkret vorgegeben sind.

Natürlich können durch eine deskriptive Studie lediglich Hypothesen gebildet werden (Baldus et al., 2014) (S. 210). Um diese Hypothesen zu verifizieren, sind weitere Studien empfehlenswert. Beispielsweise könnte man die Visite in einem Raum mit oder ohne Tisch stattfinden lassen und im Anschluss die Patientenzufriedenheit eruieren.

4.9 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Studie liefert sowohl quantitativ als auch qualitativ Antworten auf die Frage zur Patientensicht bezüglich des psychosomatischen Visitenformates. Bei einigen Fragen sind klare Ergebnisse ersichtlich, bei anderen Fragen kommen variable Meinungen und Aussagen zum Vorschein. Bei der subjektiven Bewertung der Visite zeigt sich, dass diese durchaus eine große Bedeutung für die Patienten hat und als sehr sinnvoll eingeschätzt wird. Optimierungsbedarf besteht in der Klarheit der Ziele. Einige konkrete Vorschläge der Patienten erscheinen sehr sinnvoll und sollten in eine Empfehlung zur Gestaltung der Visite aufgenommen werden.

Im Hinblick auf Qualitätsmanagement bestätigt die Studie, dass die meisten Patienten im Großen und Ganzen mit der Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zufrieden sind. Unsicherheiten bei der Bewertung sind oft auf mangelnde Kenntnis der Ziele der Visite zurückzuführen. Ein Informationsblatt für die Patienten kann dies optimieren.

In der Studie können keine wesentlichen signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen bezüglich Diagnose, Alter, Geschlecht, Behandlungssetting oder Visitenvorerfahrung gefunden werden.

Es ist daher sinnvoll, Kriterien für eine allgemein anerkannte Form der psychosomatischen Visite als Standard für alle Patienten auszuarbeiten.

Der Studie folgend ergeben sich einige interessante Zusatzfragen, die in einer zweiten Studie einbezogen werden könnten, sowie die Idee, auch Mitarbeiter und verschiedene Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zur Visite zu befragen.

Weiterhin könnte durch Patientenbefragungen in Fachbereichen außerhalb der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie die Patientensicht zur Visite eruiert werden und ob der Wunsch in Richtung eines eher psychosomatisch angelegten Visitenformates geht.

Die Visite als fester Bestandteil der medizinischen Versorgung ist zwar an sich vorgegeben, ihre genaue Rolle ist jedoch nicht definiert. Die vorliegende Studie dient dazu, die Rolle der Visite aus Sicht der Patienten zu explorieren. Sie kann als Anhaltspunkt und Hilfestellung dienen, um in Zukunft ein einheitlicheres Bild der Visite in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zu zeichnen, und somit zur Erhöhung der Effektivität der psychosomatischen Krankenhäuser beitragen.

Als wichtiger Bestandteil für die Therapie und die Arzt-Patienten-Beziehung spielt die Visite eine besondere Rolle im Klinikalltag der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.

Bei der Auswertung der Fragebögen treten sehr differenzierte Meinungen und Vorschläge der Patienten zum Vorschein.

Daher sollte bei der Schaffung von „Rahmenrichtlinien“ für die Visite eine Einbeziehung der Patienten und ihrer Wünsche in Rahmenbedingungen, Ablauf und Ziele der Visite erfolgen, nicht nur in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, sondern auch in allen anderen medizinischen Fachbereichen.

5 Zusammenfassung

Die Visite spielt eine zentrale Rolle für die erfolgreiche Behandlung von Patienten in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, aber auch darüber hinaus.

Studien zur Visite beschäftigen sich hauptsächlich mit Kommunikation, Funktionen der Visite, Rolle der Pflegenden sowie Effektivität. Psychosomatische Visitenforschung dreht sich dabei vor allem um das Ulmer Visitenmodell, bei dem die Visite unter psychosomatischen Aspekten umgestaltet wird.

Bisher existieren jedoch nach unserem Wissen kaum Studien zur *Patientensicht* hinsichtlich der psychosomatischen Visite und nur wenige aktuelle Studien zum Thema „Psychosomatische Visite“ insgesamt.

Auch gibt es keine einheitlichen Rahmenrichtlinien zur psychosomatischen Visite, sodass von einer großen Variabilität bei den Visiten ausgegangen werden muss.

Die vorliegende deskriptive explorative Studie hatte zum Ziel, die Patientensicht bezüglich des psychosomatischen Visitenformats zu eruieren, vor allem hinsichtlich Bedeutung, Zielen, Struktur und Rahmenbedingungen.

Dazu wurden 168 Patienten, die sich in (teil-)stationärer psychosomatischer Behandlung befanden, mittels Fragebögen befragt.

Zentrale Ergebnisse der Patientenumfrage sind:

- **Rahmenbedingungen:** Die Patienten geben eine ideale Visitendauer von durchschnittlich 12 Minuten und eine individuelle Anpassung der Gesprächszeit an, weiterhin maximal vier Team-Teilnehmer bei der Visite (Median) und als Ort mehrheitlich den Gruppenraum.
- **Ablauf:** Angegeben werden der Bedarf nach einem Informationsblatt bzw. einer Erklärung über die Visite generell vor der ersten Visite (Klarheit der Ziele der Visite auf einer Skala von Null bis Zehn: 5,9) sowie einem Ablaufplan vor jeder Visite. Die meisten Patienten empfinden es als störend, wenn Personen

während der Visite den Raum verlassen oder hinzukommen und/oder wenn ihnen Unbekannte anwesend sind.

- **Subjektive Bewertung:** Auf einer Skala von Null bis Zehn bewerten die Patienten die Visite im Durchschnitt als wichtig (6,2) und sinnvoll (7,1). Angst vor der Visite wird selten benannt (3,1), Aufregung davor relativ gesehen etwas häufiger (4,5), ebenso wie die Vorfreude (3,9). Die Patienten haben das Gefühl, in der Visite Raum für ihre Anliegen (6,2) zu finden.
- **Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht:** Die Patienten geben diverse Vorschläge für eine Optimierung der Visite an, u.a. zu Zeiten (pünktlich und individuell), Anzahl der Visitenteilnehmer (kleinerer Rahmen), Aufklärung über die Visite (vor der ersten Visite), Raumanordnung (z.B. Tisch), Gesprächsleiter, Gesprächsführung, Gesprächsinhalt sowie Atmosphäre während der Visite.
- **Gruppenunterschiede:** Signifikante Unterschiede werden vor allem bezüglich Geschlecht, Alter, Behandlungssetting (teil-/stationär) und Visitenvorerfahrung gefunden. So geben weibliche Patienten hochsignifikant mehr Angst (MW=3,6 versus 1,8) und Aufregung (MW=5,1 versus 3,4) vor der Visite an als männliche Patienten ($p < 0,01$). Insgesamt zeigen sich nur wenige signifikante Unterschiede, stattdessen jedoch einige klare, gruppenübergreifende Tendenzen.

Eine patientenzentrierte Gestaltung der Visite ist empfehlenswert, denn nur dann können die vollen Möglichkeiten für eine sinnvolle und effektive Behandlung ausgeschöpft werden. Ein zentrales Ergebnis der Studie ist die Notwendigkeit einer Aufklärung der Patienten über die Ziele der Visite.

Weitere Studien zur psychosomatischen Visite sind empfehlenswert, um hier aufgestellte Hypothesen zu überprüfen, Mitarbeiter zu befragen sowie die jeweiligen Visiten an verschiedenen Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Deutschland zu vergleichen. Eine genaue Definition der Rolle und des Formats der psychosomatischen Visite ist sinnvoll, gleichzeitig sollte sie in das jeweilige Behandlungskonzept passen.

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Visiteninhalte nach dem Basler Visitenstandard, vgl. (Weber und Langewitz, 2011)	9
Abbildung 2: Rahmenbedingungen; ideale Häufigkeit der Visite	42
Abbildung 3: Rahmenbedingungen; ideale Dauer des Visitengesprächs	43
Abbildung 4: Rahmenbedingungen; Ort der Visite	46
Abbildung 5: Ablauf; Betreten des Raums.....	50
Abbildung 6: Ablauf; Gesprächsbeginn	53
Abbildung 7: Subjektive Bewertung der Visite; Übersicht.....	58
Abbildung 8: Bedeutung der Visite (0=völlig unwichtig, 10=besonders wichtig)	59
Abbildung 9: Angst vor der Visite (0=überhaupt nicht, 10=massiv)	60
Abbildung 10: Vorfreude auf die Visite (0=überhaupt nicht, 10=extrem)	61
Abbildung 11: Aufregung vor der Visite (0=überhaupt nicht, 10=massiv)	62
Abbildung 12: Einschränkungsfühl durch die Visite (0=überhaupt nicht, 10=massiv)	63
Abbildung 13: Gefühl nach der Visite (0=viel schlechter, 5=gleich, 10=viel besser).....	64
Abbildung 14: Empfindung der Visite als sinnvoll (0=völlig sinnlos, 10=sehr sinnvoll)	65
Abbildung 15: Raum für Patienten Anliegen in der Visite (0=überhaupt nicht, 10=sehr stark)	66
Abbildung 16: Klarheit der Ziele der Visite (0=völlig unklar, 10=völlig klar)	67
Abbildung 17: Rahmenbedingungen, Idealanordnung	92

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Elemente des Basler Visitenstandards, vgl. (Weber und Langewitz, 2011)	8
Tabelle 2: Ziele und Vorgehen der Ulmer Visite, vgl. (Köhle, 1980)	13
Tabelle 3: Inhalt des Fragebogens, Teil 1 (Angaben zur Person)	33
Tabelle 4: Inhalt des Fragebogens, Teil 2 (Einzelvisiten)	34
Tabelle 5: Patientenkollektiv; Alter, Geschlecht, Behandlungssetting	39
Tabelle 6: Patientenkollektiv; vergangene Zeit seit der Erstdiagnose, Anzahl der Aufenthalte, Behandlungsdauer, Visitenvorerfahrung	40
Tabelle 7: Patientenkollektiv; Haupt-, Nebendiagnosen (Patientenangaben)...	41
Tabelle 8: Rahmenbedingungen; Anpassung der Gesprächszeit.....	43
Tabelle 9: Rahmenbedingungen; Teilnehmeranzahl, Mitpatienten.....	45
Tabelle 10: Rahmenbedingungen; Raumgegenstände, Raumaufteilung	47
Tabelle 11: Ablauf; Aufklärung über die Visite, Ablaufplan, Wartebereich.....	49
Tabelle 12: Ablauf; Störfaktoren, Anwesenheit unbekannter Personen	51
Tabelle 13: Ablauf; Begrüßung.....	52
Tabelle 14: Ablauf; Sitzen.....	52
Tabelle 15: Ablauf; Gesprächsleiter	54
Tabelle 16: Ablauf; Verhalten des Gesprächsleiters.....	54
Tabelle 17: Ablauf; Gesprächspausen, Gesprächsverhältnis	55
Tabelle 18: Ablauf; Themen	56
Tabelle 19: Ablauf; Gesprächsende, Verlassen des Raums	57
Tabelle 20: Emotionale Einschätzung der Visite; Korrelationen	68
Tabelle 21: Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht.....	69
Tabelle 22: Rahmenbedingungen; Mitpatienten, Begründungen.....	72
Tabelle 23: Rahmenbedingungen; Wochentag, Tageszeit	148
Tabelle 24: Begründungen für die Tageszeit.....	148
Tabelle 25: Rahmenbedingungen; Raumgröße, Raumfarben	150
Tabelle 26: Ablauf; körperliche Untersuchung.....	162
Tabelle 27: Ablauf; erstes und letztes Wort.....	163
Tabelle 28: Gruppensituen.....	183

8 Literaturverzeichnis

- ALDER, J. und BITZER, J. 2011. Gender. In: ADLER, R., LANGEWITZ, W., et al. (eds.) *Uexküll, Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis*. München, Elsevier, Urban & Fischer.
- AMIN, Y., GREWCOCK, D., et al. 2012. Why patients need leaders: introducing a ward safety checklist. *J R Soc Med*, 105, 377-383.
- ANTWERPES, F., BLASCHKE, J., et al. 2015. Visite [Online]. Available: <http://flexikon.doccheck.com/de/Visite> [Accessed 17.05.2016].
- BALDUS, J., BORDON, S., et al. 2014. *Amboss, Band 1, Top-Themen zum Hammerexamen 2014/2015*, MIAMED GmbH.
- BALINT, M. 1970. *Therapeutische Aspekte der Regression - die Theorie der Grundstörung*, Klett.
- BEGEMANN-DEPPE, M. und JACOBI, I. 1982. Visiten auf einer psychiatrischen Station. Eine empirische Untersuchung über Erfahrungsprozesse im Rahmen struktureller Veränderungen. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- BERTAKIS, K. D. 1977. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract*, 5, 217-222.
- BLIESENER, T. 1982. *Die Visite - ein verhinderter Dialog: Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal*, Tübingen, Gunter Narr Verlag.
- BLIESENER, T. und KÖHLE, K. 1986. *Die ärztliche Visite: Chance zum Gespräch*, Opladen, Westdeutscher Verlag.
- BOHLKEN, J. 1986. *Gesprächssituation und Sprechverhalten während der Visite auf einer psychiatrischen Station*. Dissertation, Universität Marburg.
- BÜHRING, P. 2014. Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP): Anreize zu verfrühter Entlassung. *Dtsch Arztebl Int*, 111, 434.
- BUNDESÄRZTEKAMMER. 2017. *Weltärztebund verabschiedet neues ärztliches Gelöbnis* [Online]. Available: <http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/weltaerztebund-verabschiedet-neues-aerztliches-geloebnis/> [Accessed 24.01.2018].
- CARTWRIGHT, A. 1964. *Human relations and hospital care*, London, Routledge & Kegan Paul.
- COULTER, A. 2005. What do patients and the public want from primary care? *BMJ*, 331, 1199-1201.
- COULTER, A. 2006. Can patients assess the quality of health care? *BMJ*, 333, 1-2.
- DIERKESMANN, R. und WALDMANN, W. 2010. Ärztliche Visite im Krankenhaus - Lernen aus der Vergangenheit? *Klinikerzt*, 39, 332-336.
- DUHM, J. 2015. *Prospektive Untersuchung des aktuellen Nutzens und künftigen Potentials einer Tablet-PC gestützten Visite am Beispiel der Neurologischen Klinik der Charité*. Dissertation, Universität Berlin.
- ENGELHARDT, K., WIRTH, A., et al. 1987. *Kranke im Krankenhaus: Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin*, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag.

- FEHLENBERG, D. 1987. *Kommunikation zwischen Arzt und Patient: Gesprächsstrukturen der psychosomatischen Krankenvisite*, Studienverl. Brockmeyer.
- FEHLENBERG, D. und KÖHLE, K. 1984. Das ärztliche Gespräch während der klinischen Visite und in der Sprechstunde. Hindernisse und Gestaltungsmöglichkeiten aus psychosomatischer Sicht. *Internist (Berl)*, 25, 682-693.
- FEHLENBERG, D., SIMONS, C., et al. 1982. Ansätze zur quantitativen Untersuchung ärztlicher Interventionen im Visitengespräch. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- FEHLENBERG, D., SIMONS, C., et al. 2003. Die Krankenvisite - Chance für ein weiterführendes ärztliches Gespräch. In: ADLER, R., HERRMANN, J. M., et al. (eds.) *Uexküll: Psychosomatische Medizin - Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. München, Jena, Urban & Fischer Verlag.
- FISCHER, M. R., WOLFEL, T., et al. 2016. Interface ward round. *Dtsch Med Wochenschr*, 141, 28-31.
- GUTH, U. 1985. *Beziehungsbildung im psychosomatischen Visitenespräch. Zusammenhang zwischen Globalurteil u. Gesprächsmerkmalen*.
- HANNICH, H.-J. 2008. Visite - adäquate Kommunikation als Erfolgsfaktor für das Behandlungsergebnis und das Krankenhaus. In: HOEFERT, H.-W. und HELLMANN, W. (eds.) *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Heidelberg, Economica Verlag.
- HARTMANN, F. 1984. *Patient, Arzt und Medizin: Beiträge zur ärztlichen Anthropologie; mit zahlreichen Tabellen*, Göttingen, Verl. für Medizinische Psychologie im Verl. Vandenhoeck & Ruprecht.
- HAUSTEINER-WIEHLE, C. und SCHAEFERT, R. 2015. Gestaltung der Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung und Gesprächsführung. In: HENNINGSEN, P. und RIEF, W. (eds.) *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. Stuttgart, Schattauer.
- HENNINGSEN, P. und RIEF, W. 2015. Psychosomatik und Verhaltensmedizin: Geschichte, Entwicklung, Schwerpunkte. In: HENNINGSEN, P. und RIEF, W. (eds.) *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. Stuttgart, Schattauer.
- HERRING, R., DESAI, T., et al. 2011. Quality and safety at the point of care: how long should a ward round take? *Clin Med (Lond)*, 11, 20-22.
- HOEFERT, H.-W. und HELLMANN, W. (eds.) 2008. *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*, Economica-Verl. [u.a.].
- JÄHRIG, C. und KOCH, U. 1982. Die Arzt-Patienten-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses - eine empirische Untersuchung. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- JANSSEN, P. L. (ed.) 2009. *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: orientiert an den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer; mit 40 Tabellen*, Köln, Deutscher Ärzte-Verl.
- KAPFHAMMER, H.-P. 2010. Psychosomatische Medizin - Geschichte, Definition, Extension, Organisation. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 6, 216-229.
- KLINKHAMMER, G. 2010. Der Patient in palliativer Situation: „Ein besserer Umgang mit sterbenskranken Menschen“. *Dtsch Arztebl Int*, 107, 1566-1568.

- KLÖCKER, K. M. 2010. *Visitenstruktur einer intensivmedizinischen Station: Analyse unter lernpsychologischen Aspekten*. Dissertation, Universität Rostock.
- KOCH, U., FAULER, I., et al. 1982. Affekte bei Ärzten und Patienten während der Visite: Eine Analyse verbalisierter Affekte mit dem Gottschalk-Gleser-Verfahren an Hamburger und Ulmer Visitengesprächen. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- KÖHLE, K. (ed.) 1980. *Angewandte Psychosomatik: die internistisch-psychosomatische Krankenstation; ein Werkstattbericht*, Basel, Ed. Hoffmann-LaRoche.
- KRONES, T. und RICHTER, G. 2006. Die Arzt-Patient-Beziehung. In: SCHULZ, S., STEIGLEDER, K., et al. (eds.) *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: eine Einführung*. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- KRUG, R. 1994. *Das kriegen wir schon wieder hin...: Personalpronomina als Indikatoren für die Beziehungskonstellation in Visitengesprächen*, Frankfurt (Main), Verlag für Akademische Schriften.
- KRUG, R. und KÖHLE, K. 1982. Der Gebrauch von Personalpronomina als Indikator für Beziehungskonstellationen in Visitengesprächen. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- LANGEWITZ, W., CONEN, D., et al. 2002. Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *Psychother Psych Med*, 52, 348-354.
- LÖHR, M. und KUSCHEL, B. 2013. *Wann erfüllt eine Leistung das Kriterium einer Therapieeinheit nach OPS-Katalog in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik? - Bielefelder Algorithmus zur Identifikation einer Therapieeinheit (BAIT©EP+PS)* [Online]. Available: https://www.dfpp.de/archiv/ops/BAIT_EP-PS.pdf [Accessed 14.12.2017].
- MAAß, E. 1982. Anmerkungen zur Geschichte der klinischen Visite. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- MANIAS, E. und STREET, A. 2001. Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *J Clin Nurs*, 10, 442-450.
- MORET, L., A., R., et al. 2008. Medical information delivered to patients: discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Educ Couns*, 70, 94-101.
- NORDMEYER, J. 1978. *Arzt-Patient-Beziehung während der Visite: unter besonderer Berücksichtigung von Problempatienten*. Dissertation, Universität Hamburg.
- NORDMEYER, J. 1982. Formal-quantitative Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung während der Visite. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- NOTHDURFT, W. 1982. Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus-Visiten. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- OTT, R. 1996. Die Stationsvisite: quantitative und qualitative Analyse internistisch-geriatriischer Visitengespräche und Konsequenzen für den Klinikalltag. In: MUTHNY, F. A. und MANN, F. (eds.) *Medizinische Psychologie*. Münster.

- OTTE, R. 2001. Thure von Uexküll: Von der Psychosomatik zur integrierten Medizin. Göttingen: Bayerische Staatsbibliothek.
- PETZOLD, E. und REINDELL, A. 1980. *Klinische Psychosomatik*, Heidelberg, Quelle & Meyer.
- PROBST, S., MÖRTL, K., et al. 2011. Von der Visite im Krankenhaus zur Visite in der psychosomatischen Klinik. *Psychodynamische Psychotherapie*, 10, 235-242.
- QUASTHOFF-HARTMANN, U. 1982. Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- RASPE, H.-H. 1982. Visitenforschung in der Bundesrepublik: Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal-quantitativer Analysen. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- RASPE, H.-H. 1983. *Aufklärung und Information im Krankenhaus: medizinsoziologische Untersuchungen; mit 32 Tabellen*, Göttingen, Verl. für Med. Psychologie im Verl. Vandenhock & Ruprecht.
- RASPE, H.-H. und SIEGRIST, J. 1979. Zur Gestalt der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich. In: SIEGRIST, J. und HENDEL-KRAMER, A. (eds.) *Wege zum Arzt: Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung*. München, Urban & Schwarzenberg.
- RASSEK, M., PAAR, G., et al. 1975. Funktionen der ärztlichen Visite im Rahmen der internistisch-psychosomatischen Krankenversorgung. *Verh Dtsch Ges Inn Med*, 81, 1735-1737.
- REYNOLDS, P. M., SANSON-FISHER, R. W., et al. 1981. Cancer and communication: information-giving in an oncology clinic. *Br Med J*, 282, 1449-1451.
- ROSUMEK, S. 1992. *Gespräche mit PatientInnen - oder über sie?: sprachwiss. Analysen von Oberarztvisiten in der Psychiatrie*, Frankfurt am Main [u.a.], Lang.
- SAFIAN, P., FAULER, I., et al. 1982. Inhaltliche und methodische Analyse von Visitengesprächen zweier klinischer Populationen mittels unterschiedlicher Rating-Verfahren. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- SCHWARTZ, F. W., WILLE, E., et al. 2000/2001. *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Bonn, Nomos-Verl.-Ges.
- SIEGRIST, J. 1978. *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus: vergleichende medizinsoziologische Untersuchungen in Akutkrankenhäusern; 26 Tabellen*, Stuttgart, Enke.
- SIEGRIST, J. 1982. Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- SIEGRIST, J. 1995. *Medizinische Soziologie: mit 13 Tabellen*, München; Wien; Baltimore, Urban & Schwarzenberg.

- SODEMANN, U. 1988. *Affektanalyse von Visitengesprächen bei todkranken und nicht todkranken Patienten: Anwendung d. Gottschalk-Gleser-Verfahrens u. e. computerunterstützten Methode*. Dissertation, Universität Berlin.
- SODEMANN, U., TOERKOTT, J., et al. 1982. Affekt-Themen in Visiten bei Patienten mit ungünstiger Prognose auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- STEINMANN, G. 1977. *Zur nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite*. Dissertation, Universität Hamburg.
- STUNDER, W. A. 1983. *Die Interaktion zwischen Arzt und Patientin bei der gynäkologischen Visite*. Dissertation, Universität Bonn.
- UEXKÜLL, T. V. 1982. Geleitwort. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- URBAN, H. 1978. *Sprachliche Kommunikationsstrukturen der ärztlichen Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Station*. Dissertation, Universität Ulm.
- VOGT, M. 2003. *Visite als Planungs- und Steuerungsinstrument in der Pflege und Therapie im Krankenhaus: arbeitspsychologische Studie auf zwei Stationen der Inneren Medizin*, Hamburg, Kovac.
- WEBER, H. 1999. *Patientenbefragung: Ein Projekt zur Qualität der Versorgung und Betreuung im Krankenhaus aus der Perspektive von Patienten*.
- WEBER, H. 2011. Das Gespräch bei der Visite. In: ADLER, R., HERZOG, W., et al. (eds.) *Uexküll, Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7., komplett überarb. Aufl., [Nachdr.] ed. München, Elsevier, Urban & Fischer.
- WEBER, H. und LANGEWITZ, W. 2011. Basler Visitenstandard - Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 61, 193-195.
- WEBER, H., STOCKLI, M., et al. 2007. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns*, 67, 343-348.
- WERNER, W. 2004. *Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie: Psychiatrie im sozialen Kontext*, Stuttgart [u.a.], Schattauer.
- WESTPHALE, C. 1982. *Formale Gesprächsmerkmale und Informationsverhalten als Voraussetzung eines therapeutischen Dialogs in der Visite: e. Beitrag zur Überprüfung e. internist.-psychosomat. Stationskonzepts*.
- WESTPHALE, C. und KÖHLE, K. 1982. Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: KÖHLE, K. und RASPE, H. (eds.) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite: empirische Untersuchungen*. München, Urban & Schwarzenberg.
- WILLSON, P. und MCNAMARA, J. R. 1982. How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. *Soc Sci Med*, 16, 1699-1704.
- WITFELD, F. 1978. *Informationsübermittlung während der ärztlichen Visite auf einer internistisch psychosomatischen Krankenstation*. Dissertation, Universität Ulm.

WITTIG, O. 2003. *Die ärztliche Visite in der stationären Psychosomatik: Analyse der Patientenperspektive*. Dissertation, Universität Rostock.

9 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen unter der Betreuung von Prof. Dr. Martin Teufel konzipiert und durchgeführt.

Sämtliche Befragungen und die statistische Auswertung wurden, nach Anleitung durch Prof. Dr. Martin Teufel, eigenständig von mir durchgeführt.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den 19.03.2018

Blanda Sasse

10 Anhang

10.1 Fragebogen für Patienten

PsmVisit – Fragebogen für Patienten



Medizinische Klinik - Osianderstr. 5 - 72076 Tübingen

Universitätsklinikum Tübingen

Medizinische Klinik

Abteilung Innere Medizin VI
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Osianderstraße 5
72076 Tübingen

Sekretariat: (07071) 29-86719

martin.teufel@med.uni-tuebingen.de
www.psychosomatik-tuebingen.de

FRAGEBOGEN FÜR DIE PATIENTEN - bitte ausfüllen -

Struktur, Ziele und Rahmenbedingungen der Visite in der Psychosomatik (PsmVisit)

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am
Universitätsklinikum Tübingen führt eine Studie zu Struktur, Zielen und
Rahmenbedingungen der Visiten durch.

Das Wissen um psychosomatische Visiten ist limitiert, wobei wir zunächst davon
ausgehen, dass eine große Heterogenität herrscht.
Dabei spielt die Visite eine große und besondere Rolle in der Psychosomatik. Sie
stellt eine zentrale Möglichkeit für einen regelmäßigen Austausch zwischen Patient
und Behandlern dar.

Unser Ziel ist es, herauszufinden, welche Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten
zwischen den psychosomatischen Einrichtungen, zwischen Vorstellungen von
Patienten und von Mitarbeitern, und nicht zuletzt zwischen Ist- und Soll-Zustand
bestehen. Des Weiteren möchten wir eventuelle neue Erkenntnisse für zukünftige
erfolgreiche Behandlungskonzepte herausarbeiten.

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

Daher interessiert uns auch besonders, wie Sie sich als Patient/in eine optimale Visite vorstellen, welche Wünsche und Anregungen Sie diesbezüglich haben und wie wichtig die Visite für Sie ist.

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen, dass Sie nur bei entsprechend gekennzeichneten Fragen („Mehrfachnennungen möglich“) auch mehrere Antworten ankreuzen können.

Nun bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Die Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr.med. M. Teufel

Studienkoordinatorin B. Sasse

Anmerkung: Aus Gründen der Einfachheit wird im Folgenden nur die männliche Form (z.B. Patient) verwendet, gemeint ist jeweils natürlich auch die weibliche Form (z.B. Patientin).

Universitätsklinikum Tübingen
Anstalt des öffentlichen Rechts
Stiz Tübingen
Geisweg 3 · 72076 Tübingen
Telefonzentrale (07071) 29-0
www.medizin.uni-tuebingen.de
Steuer-Nr. 85156/09402
Ust-ID: DE 146 889 674

Aufsichtsrat
Hartmut Bohrade (Vorsitzender)
Vorstand
Prof. Dr. Michael Bamberg (Vorsitzender)
Gabriele Sonntag (Stellv. Vorsitzende)
Prof. Dr. Karl Ulrich Bartz-Schmidt
Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth
Klaus Tischler

Banken
Baden-Württembergische Bank Stuttgart
(BLZ 600 501 01) Konto-Nr. 7477 5037 93
IBAN: DE41 6005 0101 7477 5037 93
SWIFT-Nr.: SOLADEST
Kreissparkasse Tübingen
(BLZ 641 500 20) Konto-Nr. 14 144
IBAN: DE79 6415 0020 0000 0141 44
SWIFT-Nr.: SOLADES1TUB



PsmVisit – Fragebogen für Patienten

Teil 1: Angaben zur Person

1. Alter

- 15 bis 19
- 20 bis 29
- 30 bis 49
- 50 bis 60
- über 60

2. Geschlecht

- weiblich männlich

3. Diagnose(n)

Hauptdiagnose(n):

Nebendiagnose(n):

4. Zeitpunkt der Erstdiagnose

5. momentane Einrichtung

- Station
- Tagesklinik

6. Dies ist Ihr wievielter (teil)stationärer Aufenthalt?

7. geplante Dauer der Behandlung

8. Wie viele psychosomatische Visiten haben Sie schon miterlebt?

insgesamt:

bei diesem Aufenthalt:

Teil 2: Einzelvisiten (ein Patient und mehrere Ärzte bzw. Therapeuten anwesend)

9. Wie häufig sollte die Visite Ihrer Meinung nach idealerweise stattfinden?

zweimal wöchentlich einmal wöchentlich

andere Häufigkeit: _____

gar nicht

Falls gar nicht, hätten Sie gerne Alternativen?

Ja, und zwar: _____

Nein

10. Welcher Wochentag wäre Ihnen für die Visite am liebsten?

(Mehrfachnennungen möglich)

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag/Sonntag

egal

11. Wann sollte die Visite für Sie idealerweise stattfinden?

vormittags

nachmittags

Warum? _____

12. Wie lange sollte das Visitengespräch pro Patient idealerweise mindestens dauern?

_____ Minuten

13. Fänden Sie es sinnvoll, die pro Patient benötigte Zeit für das Visitengespräch individuell anzupassen?

Ja, denn nicht jeder Patient braucht gleich lange

Nein, für jeden Patienten sollte die gleiche Zeitdauer im Voraus feststehen

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

14. Wie viele Personen der folgenden Berufsgruppen sollten Ihrer Meinung nach, außer Ihnen als Patient/in, bei der Visite idealerweise maximal anwesend sein? (bitte Zahlen eingeben)

Gesamtanzahl an Personen: _____

davon Anzahl

männlicher Personen: _____

weiblicher Personen: _____

davon Anzahl Funktionen:

_____ Chefärzte

_____ Oberärzte

_____ Assistenzärzte

_____ Psychologen / Psychologische Psychotherapeuten

_____ Bezugstherapeut

_____ Pflegepersonal

_____ Studenten

_____ Praktikanten / Pflegeschüler

_____ andere:

15. Dürfen/Sollten Mitpatienten bei der Visite idealerweise anwesend sein?

Ja

Nein

manchmal, wenn nötig

egal

Warum?

16. Wo sollte die Visite stattfinden?

Gruppenraum

Patientenzimmer

Arztzimmer

anderes:

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

17. Wie groß sollte der Raum idealerweise sein?

- kleiner als 10 m²
- 10 bis 15 m²
- 15 bis 20 m²
- größer als 20 m²
- egal

18. In welcher/n Farbe/n sollte der Raum idealerweise gestrichen sein?
(Mehrfachnennungen möglich)

- keine
- weiß rot gelb
- orange blau grün
- eine bestimmte Farbe: _____

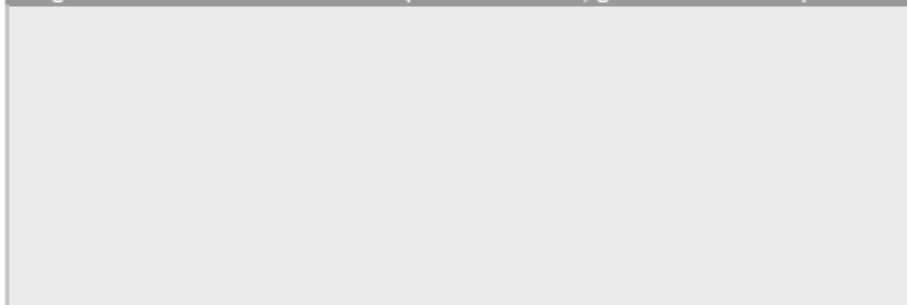
anderes: _____

egal

19. Was sollte im Raum vorhanden sein? (Mehrfachnennungen möglich)

- Fenster
- Bild(er)
- Pflanze(n)
- Stühle
 - Wenn ja, wie sollten die Stühle angeordnet sein?
 - Kreis Halbkreis dem Patienten gegenüber
 - andere: _____
- Taschentücher
 - wenn ja:
 - in Sichtweite des Patienten in Griffweite des Patienten
 - versteckt
- Desinfektionsmittel
- Patientenkurve/-akte
- Uhr
- genutzte Supervisionsscheibe
- Kamera / Mikrofon
 - Wenn vorhanden, sollten diese i.d.R. während der Visite angeschaltet sein?
 - nur Kamera an
 - nur Mikrofon an
 - beide an
 - beide sollten ausgeschaltet sein
 - Wenn eines der beiden oder beide angeschaltet ist/sind, wozu sollten die Aufzeichnungen verwendet werden?
 - Feedback für die nächste therapeutische Sitzung
 - Verhaltensanalyse
 - Forschungszwecke
 - anderes: _____
- anderes: _____
- nichts

20. Bitte zeichnen Sie die für Sie optimale Raumaufteilung und Stuhlanordnung sowie Ihre Wunschanordnung eventuell weiterer wichtiger Gegenstände bei einer Visite auf! (Blick von oben, grob schematisch)



PsmVisit – Fragebogen für Patienten

21. Hätten Sie gerne, dass Ihnen im Voraus ein Plan zum Ablauf der Visite ausgehändigt wird?

Ja

Wenn ja, welche Informationen sollte dieser enthalten?
(Mehrfachnennungen möglich)

Uhrzeit Ort veranschlagter Zeitrahmen

Nein

22. Würde es Sie stören, wenn ein Teil der Anwesenden sich während der Visite Notizen macht bzw. mit Laptop dabei sitzt? (Mehrfachnennungen möglich)

Ja

immer

nur bei meinem Gegenüber, mit dem ich das Gespräch führe

nur bei handschriftlichen Notizen

nur bei Notizen in elektronischer Form (Laptop etc.)

Nein

23. Würde es Sie stören, wenn während des Gesprächs Personen den Raum verlassen oder hinzukommen?

Ja

Nein

24. Wer sollte idealerweise die Visite bzw. das Gespräch leiten?
(Mehrfachnennungen möglich)

es sollte keinen Leiter geben, jeder der Beteiligten sollte am Gespräch teilnehmen

wechselnd, je nach Anwesenden

Chefarzt und Oberarzt zusammen

Chefarzt

Oberarzt

leitender Psychologe

Stationsarzt

Bezugstherapeut (Arzt oder Psychologe)

andere:
.....

25. Wo würden Sie gerne auf die Visite warten?

vor dem Raum, in dem die Visite stattfindet

Wenn ja, sollte es dort eine Sitzgelegenheit geben?

Ja Nein

in einem Wartezimmer

in meinem Patientenzimmer

in einem Gruppenraum

anderes:
.....

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

26. Würde es Sie stören, wenn Sie gleichzeitig mit anderen Patienten (im selben Raum) auf die Visite warten müssten?

- Ja Nein egal

27. Wie würden Sie gerne idealerweise in den Raum, in dem die Visite stattfindet, gelangen?

- ich bin schon im Raum und das Visite-Team betritt den Raum erst dann
 ich werde vom Gesprächsleiter in den Raum geholt
 ich werde von einem sonstigen Mitglied des Visite-Teams in den Raum geholt

Wenn ja, von wem?

- Bezugstherapeut Pflegepersonal
 andere: _____

- ich werde hereingerufen
 ich komme von selbst zu einer besprochenen Uhrzeit in den Raum
 anderes: _____

28. Wie möchten Sie zu Beginn der Visite idealerweise begrüßt werden? (Mehrfachnennungen möglich)

- Austausch einleitender Worte zur Begrüßung
 Handschlag durch den Gesprächsleiter
 Handschlag durch alle anwesenden Personen
 es geht direkt „in medias res“ ohne vorherige Begrüßung
 anderes: _____

29. Falls Personen im Raum sind, die Ihnen unbekannt sind, würde es Sie stören?

- Ja
Falls ja, wie sollte man in diesem Fall vorgehen?
(Mehrfachnennungen möglich)
 unbekannte Personen stellen sich selbst vor
 Vorstellung der unbekannt Personen durch den Gesprächsleiter
 Frage an mich, ob die Anwesenheit der unbekannt Personen stört
 keine Vorstellung der unbekannt Personen und Nichtbeachten dieser Tatsache
 anderes: _____
- Nein

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

30. Sollten alle Beteiligten sitzen?

- Ja, alle sollten sitzen
- nur der Patient sollte sitzen
- nur der Patient und Gesprächsleiter sollten sitzen
- alle sollten stehen

31. Wie sollte der Gesprächsleiter das Visitengespräch idealerweise beginnen, damit es für Sie angenehm ist?

- mit einer standardisierten Frage („Wie geht's Ihnen?“)
- mit einer offenen Frage („Erzählen Sie mal – was gibt's Neues?“)
- mit einer Erläuterung
- mit schweigendem Abwarten
- anderes:
.....

32. Sollte während der Visite eine körperliche Untersuchung stattfinden?

- Ja, immer
- Ja, manchmal
- nie
 - Wenn ja, möchten Sie dabei bekleidet bleiben?
 - Ja
 - Nein, unbedeckt zu sein würde mir nichts ausmachen

33. Wie sollte die Gesprächszeit zwischen Arzt und Patient aufgeteilt sein?

- 1 : 1
- mehr beim Arzt, Verhältnis etwa Arzt : Patient = _____ :
- mehr beim Patient, Verhältnis etwa Arzt : Patient = _____ :
- unterschiedlich, je nach Arzt / Patient

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

34. Welche Themen sollten bei der Visite aus Ihrer Sicht angesprochen werden?				
	immer	oft	manchmal, wenn nötig	nie
bisheriger Verlauf der Behandlung, Neues in der Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme, die während der Behandlung auftreten bzw. auftraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differenzialdiagnosen (Abklärung von Krankheiten mit ähnlicher Symptomatik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühle, Emotionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestimmte Ereignisse während des Aufenthalts (z.B. Erkrankungen, Familienereignisse, Streit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziele definieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres somatisches medizinisches Vorgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiteres psychotherapeutisches Vorgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erklärung der Erkrankung für den Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwartungen des Patienten an die Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragen und Anliegen des Patienten bzgl. Erkrankung, Behandlung etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitpatienten (z.B. bzgl. Sympathien, Antipathien etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Fragen (z.B. Partnerschaft, Beruf etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergangenheit / Lebensgeschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthaltsdauer und Entlassdatum (Rahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit nach der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit einer Weiterbehandlung bei Therapieende: Zusammenfassung des Aufenthalts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

35. Wenn es Ihre erste Visite ist: Wie sollten Ihnen Ablauf, Struktur, Sinn und Ziele der Visite vermittelt werden? (Mehrfachnennungen möglich)

- Infoblatt
- mündlich
- im Vorfeld der Visite
- direkt in der Visite
- durch Gesprächsleiter
- durch Bezugstherapeuten
- durch Stationsarzt
- anderes:

.....

36. Wie sollte sich der Gesprächsleiter idealerweise verhalten?

	immer	oft	manchmal	nie
hält sich an seine Notizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
agiert spontan, ohne Notizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verhält sich eher abwartend, passiv, lässt den Patienten das Gespräch leiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterbricht den Patienten auch ab und zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strukturiert selbst das Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äußert offen seine Meinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lässt therapeutische Interventionen einfließen, darunter				
Lob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ermutigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfrontation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ratschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere:				
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stellt offene Fragen, Anteil: %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stellt geschlossene Fragen, Anteil: %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benutzt medizinische Fachsprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lässt Raum für Fragen des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macht sich Notizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spricht im Dialekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes:				
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wichtigkeit von Gesprächspausen

Pausen erwünscht

Wenn ja, wieviel Prozent der Gesprächszeit sollten sie etwa einnehmen? _____ %

Pausen stören

38. Wie sollte das Ende des Gesprächs idealerweise gestaltet werden? (Mehrfachnennungen möglich)

abschließende, standardisierte Frage, die den Patienten noch einmal zu Wort kommen lässt, falls ihm noch etwas auf dem Herzen liegt („Gibt es noch etwas, über das wir noch sprechen sollten?“)

kurzer Ausblick auf den weiteren Tagesablauf

Verabschiedung, z.B. „Eine gute Woche“

Handschlag durch den Gesprächsleiter

Handschlag durch mehrere anwesende Personen

Handschlag durch alle anwesenden Personen

anderes:

39.a) Wer sollte das erste Wort haben?

Patient

Gesprächsleiter

eine andere Person:

unterschiedlich

39.b) Wer sollte das letzte Wort haben?

Patient

Gesprächsleiter

eine andere Person:

unterschiedlich

40. Wie möchten Sie als Patient am liebsten aus dem Raum gelangen?

ich gehe von selbst hinaus

ich werde vom Gesprächsleiter hinausgeleitet

ich werde von einer anderen Person hinausgeleitet

Wenn ja, von wem?

Bezugstherapeut

Pflegepersonal

andere:

ich bleibe im Raum und das Visite-Team geht hinaus

PsmVisit – Fragebogen für Patienten

45. Fühlen Sie sich durch die Visite in Ihrem Tagesablauf gestört oder eingeschränkt (bitte auf der Linie ankreuzen)?

0 ————— 10
überhaupt nicht massiv

Warum?

46. Fühlen Sie sich nach einer Visite i.d.R. besser oder schlechter (bitte auf der Linie ankreuzen)?

0 ————— 10
viel schlechter gleich viel besser

Warum?

47. Empfinden Sie die Visite als sinnvoll (bitte auf der Linie ankreuzen)?

0 ————— 10
völlig sinnlos sehr sinnvoll

Warum?

48. Finden Ihre Anliegen Raum während der Visite (bitte auf der Linie ankreuzen)?

0 ————— 10
überhaupt nicht sehr stark

Warum?

Teil 3: Gruppensitzungen (mehr Patienten als Ärzte bzw. Therapeuten)

51. Sollte Ihrer Meinung nach regelmäßig eine Gruppensitzung stattfinden?

Ja

Wenn ja:

Welchen Zweck sollte die Gruppensitzung haben?

Wie häufig sollte diese stattfinden?

Wie lange sollte sie durchschnittlich dauern?

Wie viele Patienten sollten mindestens anwesend sein?

Wie viele Ärzte / Therapeuten sollten anwesend sein?

Sollten sich alle anwesenden Personen untereinander kennen?

Ja Nein

Sollte jeder Patient mindestens einmal zu Wort kommen?

Ja Nein

Sollte die Zeit auf alle Patienten gerecht verteilt sein?

Ja Nein

Was sind Vorteile der Gruppensitzung?

Was könnte man noch verbessern?

Nein

Wenn nein:

Welche Gründe sprechen gegen eine Gruppensitzung?

10.2 Rahmenbedingungen: zusätzliche Ergebnisse

10.2.1 Zeitliche Rahmenbedingungen

Tabelle 23 fasst die Angaben zu gewünschten Wochentagen und Tageszeiten für die Visite zusammen.

An welchem **Wochentag** die Visite stattfinden sollte, ist fast der Hälfte der Patienten egal (Mehrfachnennungen waren möglich). Der Donnerstag wird dabei auf Station mit 23,6% signifikant häufiger gewünscht als in der Tagesklinik mit 7,1% ($p < 0,05$).

Über die Hälfte der Patienten wünscht sich die ideale **Visitentageszeit** vormittags im Vergleich zu nur etwa einem Fünftel, die sie sich nachmittags wünschen. Dabei wird der Vormittag auf Station (70,1%) signifikant häufiger gewünscht als in der Tagesklinik (30,8%), während in der Tagesklinik mit 40,4% signifikant häufiger der Nachmittag gewünscht wird als auf Station mit 13,1% ($p < 0,05$).

Als Gründe für den Vormittag werden bessere Konzentration, Kraft und Aufnahmefähigkeit sowie Zeitgründe angegeben.

Für den Nachmittag sprechen ebenfalls organisatorische und zeitliche Gründe sowie eine bessere Fitness und Wachheit, außerdem kann dann über bereits Erlebtes berichtet werden.

Die ausführlichen Gründe für die jeweilige Tageszeit sind als Zitate in Tabelle 24 wiedergegeben.

Tabelle 23: Rahmenbedingungen; Wochentag, Tageszeit

Welcher Wochentag wäre Ihnen für die Visite am liebsten? (Mehrfachnennungen)		
	% (n=166 Angaben)	n absolut
egal	45,2	75
Montag	28,3	47
Donnerstag	18,1	30
Dienstag	12,7	21
Mittwoch	12,7	21
Freitag	10,8	18
Wann sollte die Visite für Sie idealerweise stattfinden?		
	%	n absolut
vormittags	57,2	91
nachmittags	22,0	35
egal	20,8	33
gesamt	100,0	159

Tabelle 24: Begründungen für die Tageszeit

vormittags	
bessere Konzentration und Aufmerksamkeit, frischer (n=19)	„man ist in den Morgenstunden konzentrierter“ „vormittags noch ausgeruht“ „Körper und Geist sind noch frisch und munter“ „bessere Konzentration und Aufnahmefähigkeit“ „Konzentrationsfähigkeit am größten“ „man ist noch aufnahmefähiger“ „ausgeschlafener“ „Konzentration ist noch am besten“ „vormittags bin ich aufnahmefähiger“ „bessere Konzentration“ „Aufnahmevermögen höher“ „vormittags ist man noch frischer“ „Aufmerksamkeit ist morgens am höchsten“ „mehr Kraft“ „der Tag ist noch frischer“ „vormittags noch nicht so viele Tageseindrücke“ „man ist noch nicht von anderen Sachen abgelenkt“ „Freitagabends wäre man schon im Wochenendmodus“ „man hat noch nicht viele Termine hinter sich“
emotionale Gründe (n=11)	„kürzere Zeit für Angst“ „kein Abwarten und Gedanken machen“ „Visite ist schneller hinter einem“ „damit man es hinter sich hat“ „dann hat man sie hinter sich“ „da sie mit psychischem Stress verbunden und dann gleich erledigt ist“ „dann muss man nicht den ganzen Tag warten“ „dann ist es vorbei“

	<p>„dann ist die Aufregung schnell vorbei“ „gefühlsmäßig angenehmer“ „vormittags (Gefühl)“</p>
weniger Wartezeit, mehr Zeit für den Nachmittag (n=8)	<p>„möchte freie Zeit nachmittags für mich nutzen“ „mittags gerne ausruhen“ „wegen Wartezeit“ „damit nachmittags Zeit für andere Dinge“ „vormittags besteht die meiste Zeit dafür“ „morgens hat man meistens Zeit“ „als Tagesabschluss ist die Visite langes Warten, das fühlt sich unbefriedigend an“ „evtl. freier Nachmittag → Freizeit“</p>
anschließend mehr Zeit zum Nachdenken und Anwenden (n=4)	<p>„anschließend mehr Zeit um nachzudenken“ „mehr Zeit zum Nachdenken, Bearbeiten, Analysieren, Entwickeln von Strategien“ „direkte Anwendung des Besprochenen“ „zum Verarbeiten“</p>
organisatorische Gründe (n=3)	<p>„Planung des weiteren Tages möglich“ „dann sind Folgebehandlungen schneller anzuberaumen“ „längere Termine möglich“</p>
individuelle Gründe (n=1)	<p>„Nächte sind viel schlimmer als Tage [Beschwerden], morgens weiß man noch alles genau“</p>
nachmittags	
Besprechung von bereits Erlebtem (n=5)	<p>„Tag bereits etwas erlebt“ „dann liegt der Tag schon hinter einem, daher idealer“ „Freitagnachmittag wäre als Abschluss der Woche ideal“ „um möglichst viel Erlebtes mit einfließen lassen zu können“ „kann man Ereignisse des Tages besprechen“</p>
Zeit für Vorbereitung (n=5)	<p>„Vormittag kann zum Sammeln genutzt werden“ „damit man sich den Tag über Gedanken darüber machen kann, was man sagen will“ „um erstmal ankommen zu können in der Tagesklinik und sich Gedanken machen zu können über evtl. Fragen“ „falls einem morgens noch etwas Wichtiges einfällt“ „Zeit sich nochmal Gedanken zu machen“</p>
zeitliche Gründe (n=5)	<p>„nachmittags mehr Zeit“ bzw. „nachmittags meist mehr Zeit“ „weil danach keine weiteren Behandlungen (Zeitdruck)“ „viel mehr Termine vormittags“ „da es sonst wegen den Therapien stressig wäre“</p>
bessere Fitness und Wachheit (n=5)	<p>„Mitte des Tages fühlt man sich fitter und hat sich evtl. schon mit etwas befasst“ „man ist wach, kann Gefühls- und körperliche Zustände besser deuten“ „fitter, wacher“ „wegen Morgensteifigkeit“ „weil man vormittags müde ist“</p>
sonstiges (n=2)	
	<p>„s. 9 [Häufigkeit: gar nicht]“</p>
	<p>„kein bestimmter Zeitpunkt erwünscht“</p>

10.2.2 Räumliche Rahmenbedingungen

Tabelle 25 fasst die Angaben zu Raumgröße und Raumfarben zusammen.

Die **Größe des Raums** ist für die meisten befragten Patienten unwichtig. Im Freitext wird angemerkt, sie soll „je nach Teilnehmerzahl“ bzw. „nicht zu groß, aber für die jeweilige Personenzahl angemessen“ sein.

Auch die **Raumfarben** sind für die Hälfte der Patienten unwichtig (Mehrfachnennungen möglich). Dabei wird die Farbe „gelb“ von den weiblichen Patienten mit 20,2% signifikant häufiger gewünscht als von den männlichen Patienten mit 3,6%, während die Männer mit 64,3% häufiger „egal“ angeben als die Frauen mit 43,1% (jeweils $p < 0,05$).

Im Freitext werden als „bestimmte Farbe“ genannt (n=6): „pink“, „weinrot (lila)“, „leicht getönt, egal welche Farbe, kein weiß“, „warme Farbe“, „bunt, freundlich“, „alles außer weiß und schwarz“ (je n=1).

Unter „anderes“ wird Folgendes notiert: „hell“ (n=7), „warm“ (n=2), „freundlich“ (n=3), „nicht steril“ (n=2), „bunt, fröhlich“, „farbenfroh“, „angenehme Farbe z.B. grau als Norm“, „nicht ganz weiße Wände, sondern Bilder und Fenster“, „helles und angenehmes (gemütliches) Zimmer“, „leichte Tönung“, „Sandtöne“, „warme oder Pastellfarben“, „warme Farben oder weiß“, „Raufaser ohne Muster, Teppich“, „harmonische Farben“, „ansprechend“ sowie „insgesamt entspannte Atmosphäre, nicht zu klinisch rein“ (je n=1).

Tabelle 25: Rahmenbedingungen; Raumgröße, Raumfarben

Wie groß sollte der Raum idealerweise sein?			In welcher/n Farbe/n sollte der Raum idealerweise gestrichen sein? (Mehrfachnennungen möglich)		
	%	n absolut		%(n=165 Angaben)	n absolut
egal	38,2	63	egal	50,3	83
15 – 20 m ²	27,3	45	weiß	16,4	27
10 – 15 m ²	20,6	34	orange	15,2	25
> 20 m ²	12,1	20	gelb	14,5	24
< 10 m ²	1,8	3	grün	12,1	20
gesamt	100,0	165	anderes	12,1	20
			blau	6,7	11
			eine bestimmte Farbe	3,6	6
			rot	1,8	3
			keine	0,0	0

Bei der Frage nach gewünschten **Gegenständen** werden folgende signifikanten Unterschiede zwischen den Patientengruppen bezüglich Behandlungssetting, Diagnose, Alter und Geschlecht festgestellt:

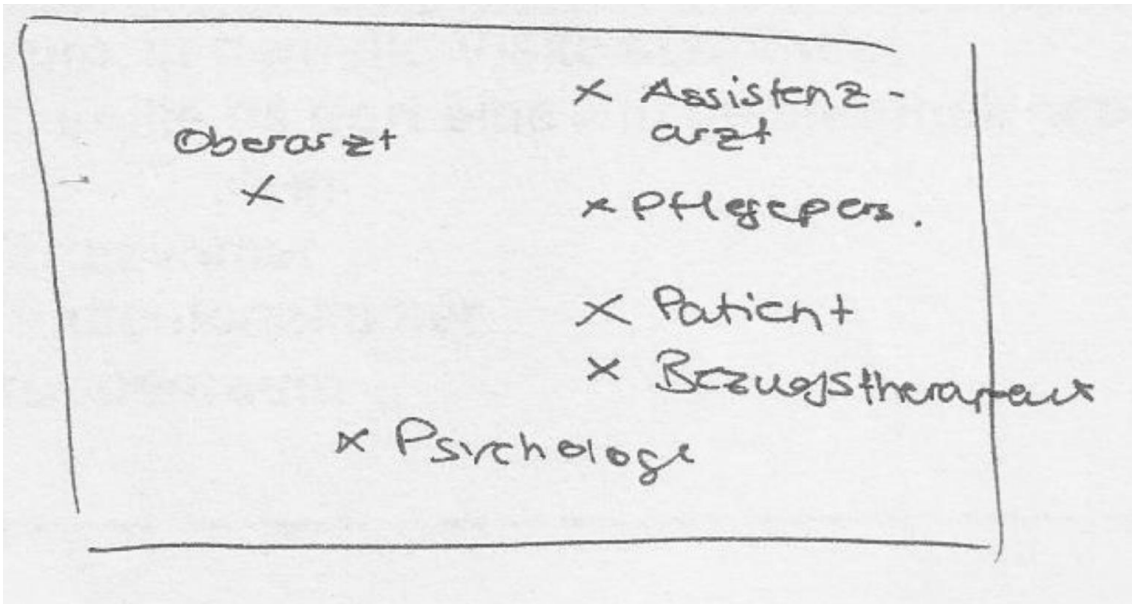
- Pflanzen werden von unter 30-Jährigen (85,7%), weiblichen Patienten (79,8%) und Patienten der Station (80,2%) signifikant häufiger gewünscht als von Ab-30-Jährigen (69,4%), männlichen Patienten (65,5%) und Patienten der Tagesklinik (65,5%, jeweils $p < 0,05$).
- Frauen wünschen häufiger Bilder (57,8%, Männer 40,0%, $p < 0,05$) und Taschentücher in Griffweite (65,1%) als Männer (29,1%, $p < 0,01$).
- Ein Desinfektionsmittel wird von stationär behandelten Patienten mit 14,2% signifikant häufiger angegeben als von teilstationär behandelten Patienten mit 3,4% ($p < 0,05$).

Zur Frage nach den gewünschten vorhandenen Gegenständen im Raum sind bezüglich **Kamera und Mikrofon** folgende zusätzliche Ergebnisse festzuhalten:

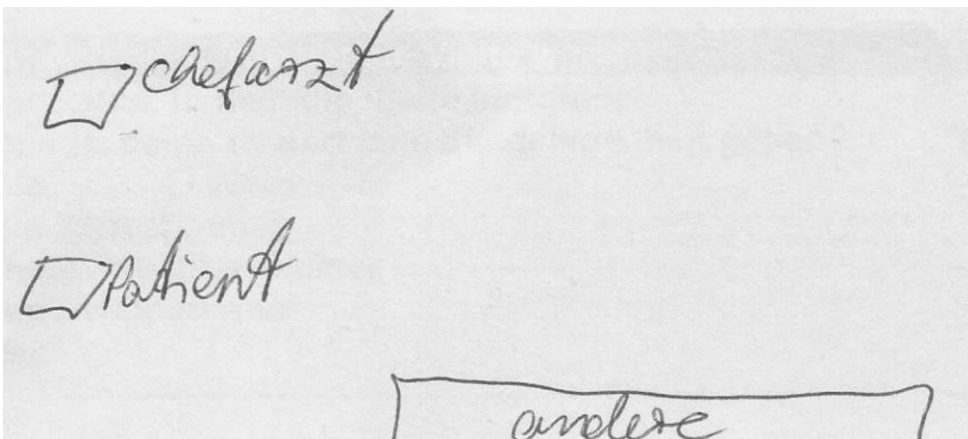
- Kamera und Mikrofon im Raum *vorhanden* (n=16)
- beide während der Visite ausgeschaltet (n=51)
- beide angeschaltet (n=10)
- nur das Mikrofon angeschaltet (n=2).
- Zweck: „Feedback für die nächste therapeutische Sitzung“ (n=22), „Verhaltensanalyse“ (n=21), „Forschungszwecke“ (n=13), „für die Mitpatienten“ (n=1). Offensichtlich geben einige Patienten einen Zweck an, ohne eine Kamera oder ein Mikrofon zu wünschen.

Werden Kamera und/oder Mikrofon im Raum abgelehnt, sind im Freitext genannte Gründe „Schweigepflicht“, „zu persönlich“ oder „abschreckend“. Auf Wunsch und in Absprache könne eine Aufzeichnung eventuell erfolgen.

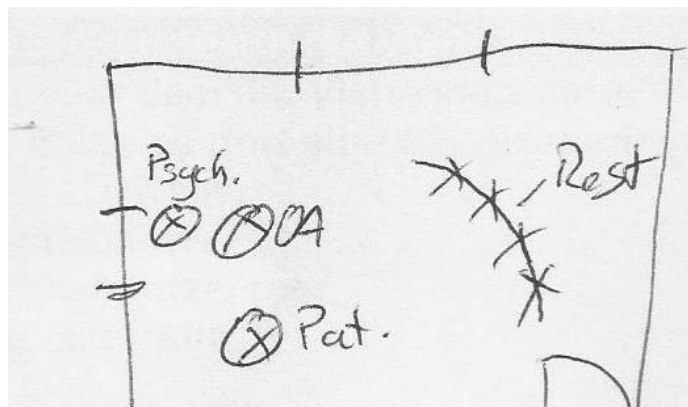
10.2.3 Ausgewählte Zeichnungen von Patienten



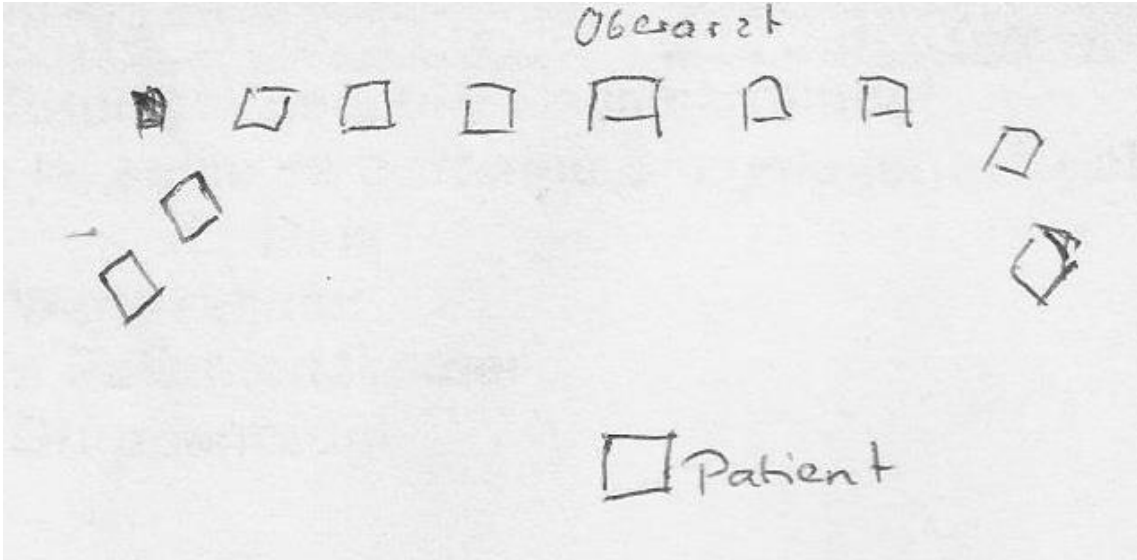
Zeichnung 1: Patient mit Bezugstherapeut, Assistenzarzt und Pflege in einer Reihe, gegenüber Oberarzt, Psychologe eher außerhalb



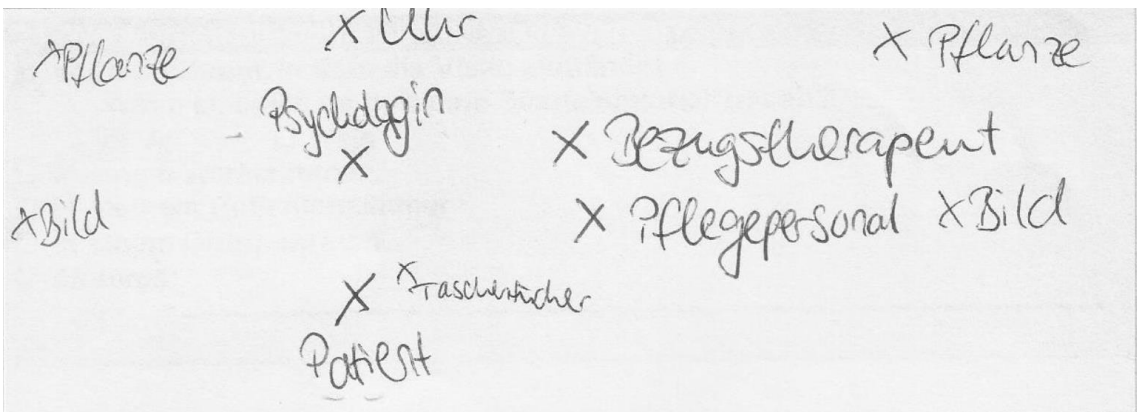
Zeichnung 2: Chefarzt sitzt Patient gegenüber, hinter Patient etwas nach hinten verschoben in einer Reihe andere



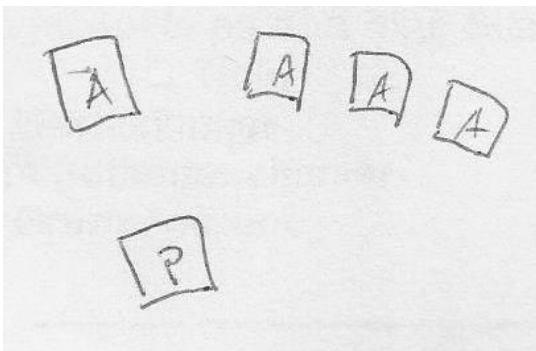
Zeichnung 3: Patient sitzt Oberarzt und Psychologe gegenüber, etwas weiter entfernt im Halbkreis der Rest



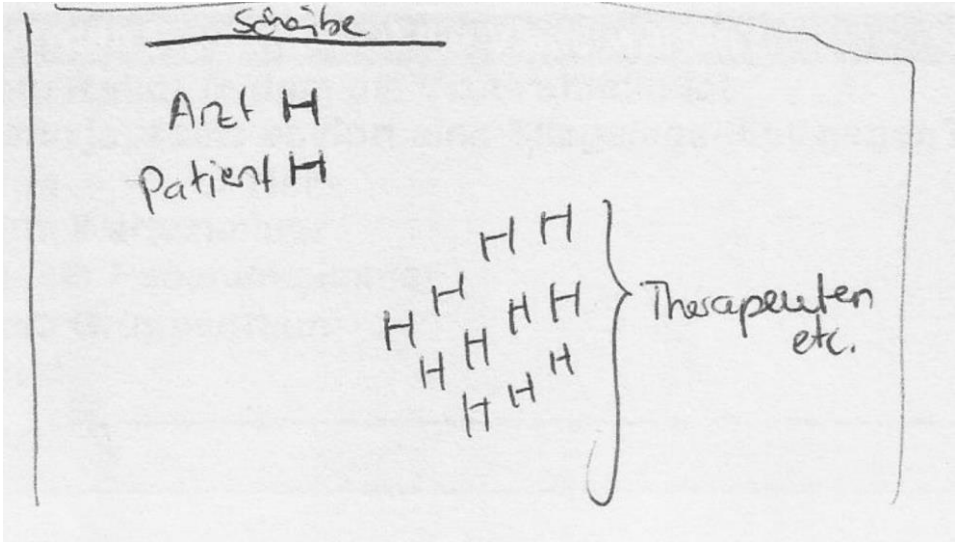
Zeichnung 4: Halbkreis mit Oberarzt in der Mitte sitzt Patient gegenüber



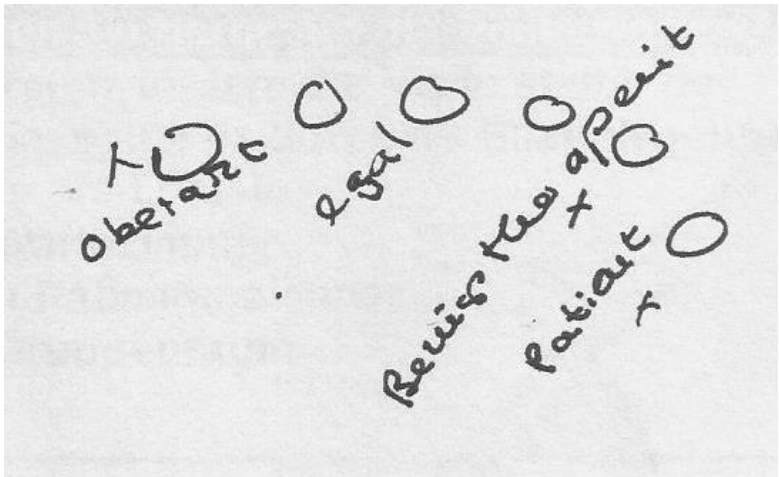
Zeichnung 5: Patient gegenüber Psychologe, Bezugstherapeut und Pflege beobachtend, Patient mit Blick auf Uhr



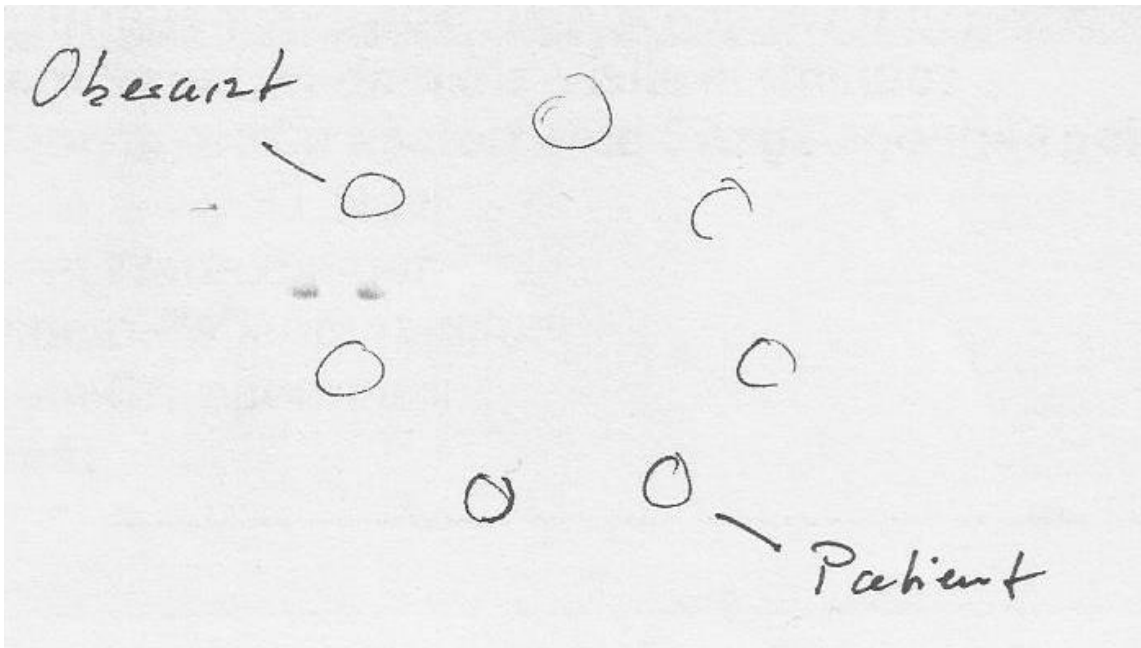
Zeichnung 6: Patient sitzt Gesprächsleiter gegenüber, welcher mit etwas Abstand mit drei weiteren Visitierenden zusammen im Halbkreis sitzt



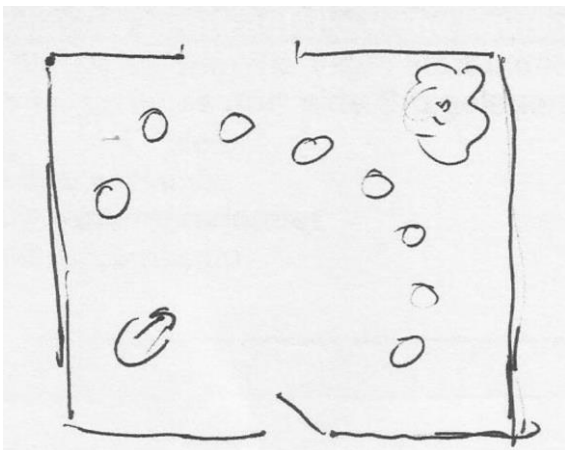
Zeichnung 7: Gesprächsleiter und Patient sitzen sich gegenüber, hinter Patient sitzen alle anderen in mehreren Reihen



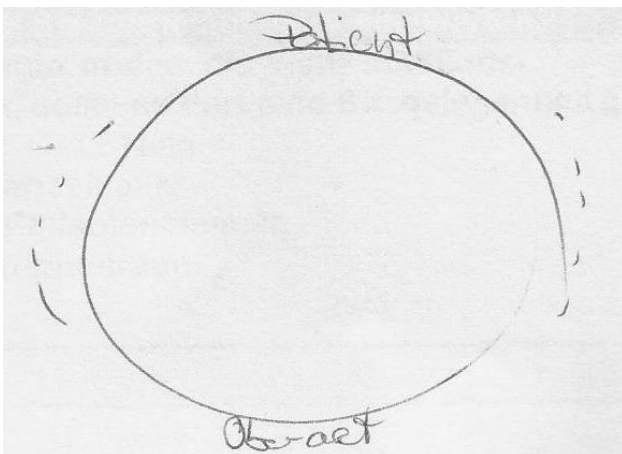
Zeichnung 8: Halbkreis, jeweils an einem Ende Oberarzt und Patient (neben Bezugstherapeut)



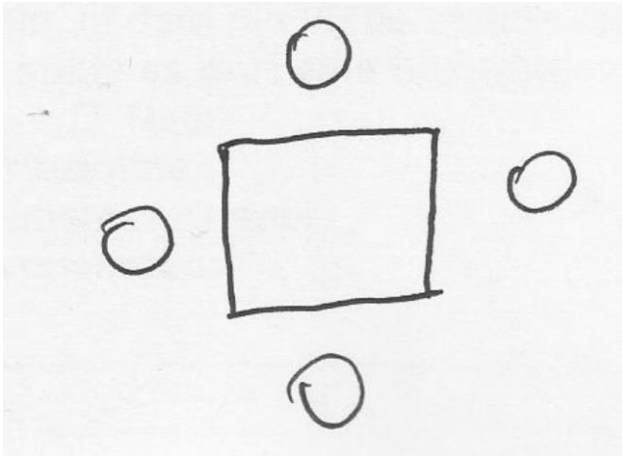
Zeichnung 9: Stuhlkreis, Patient und Oberarzt sitzen sich direkt gegenüber



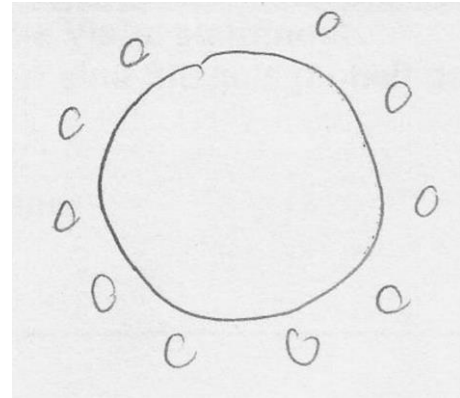
Zeichnung 10: Kreis, aber Patient hat größeren Abstand zu den anderen Personen



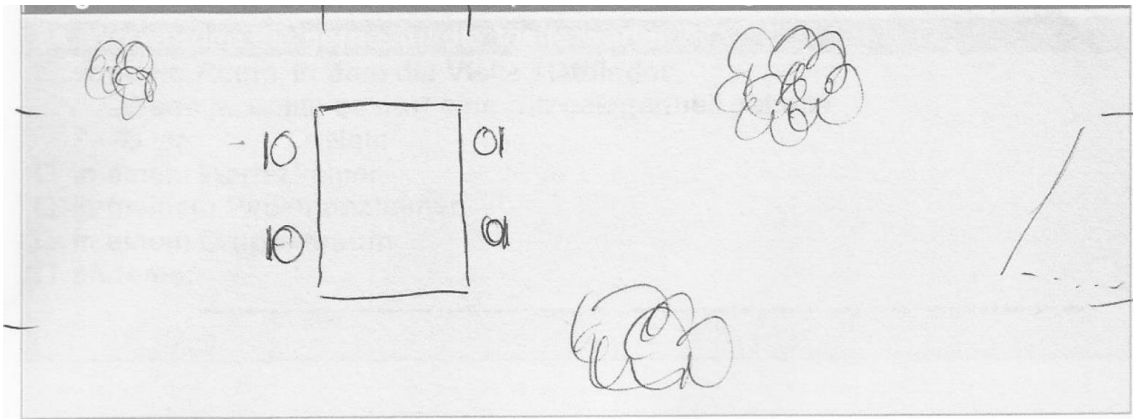
Zeichnung 11: Kreis, Patient und Oberarzt sitzen sich direkt gegenüber



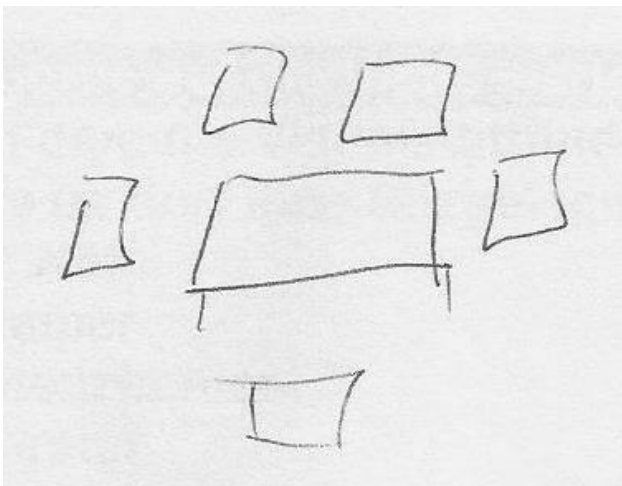
Zeichnung 12: mit Tisch



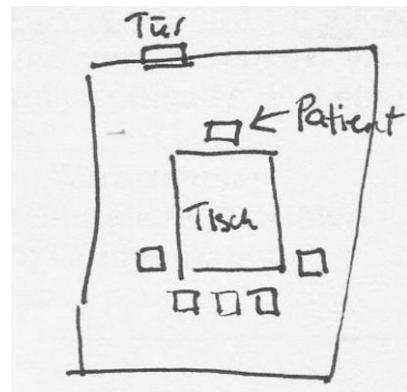
Zeichnung 13: mit Tisch



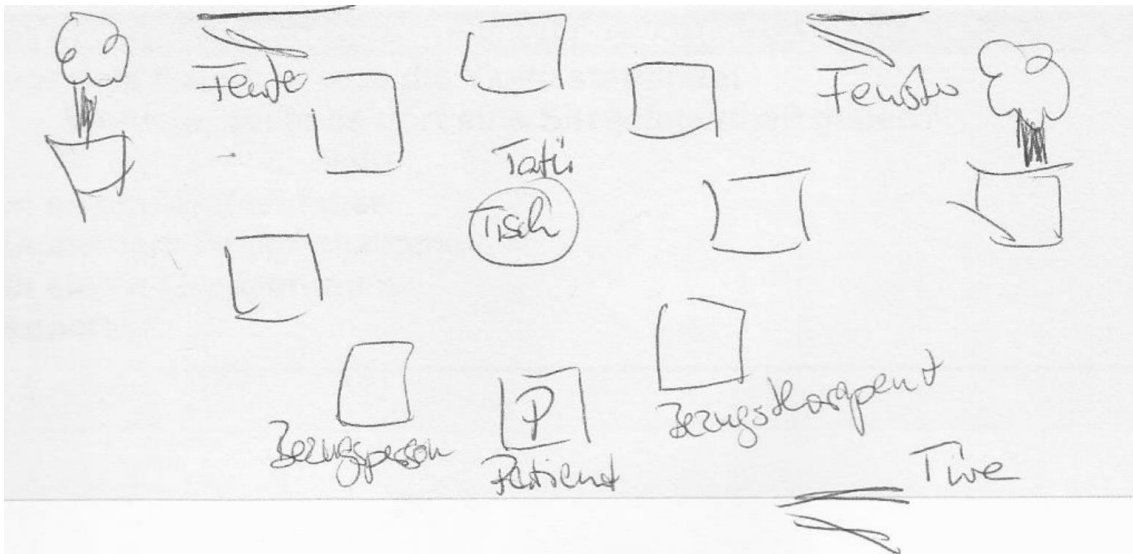
Zeichnung 14: mit Tisch



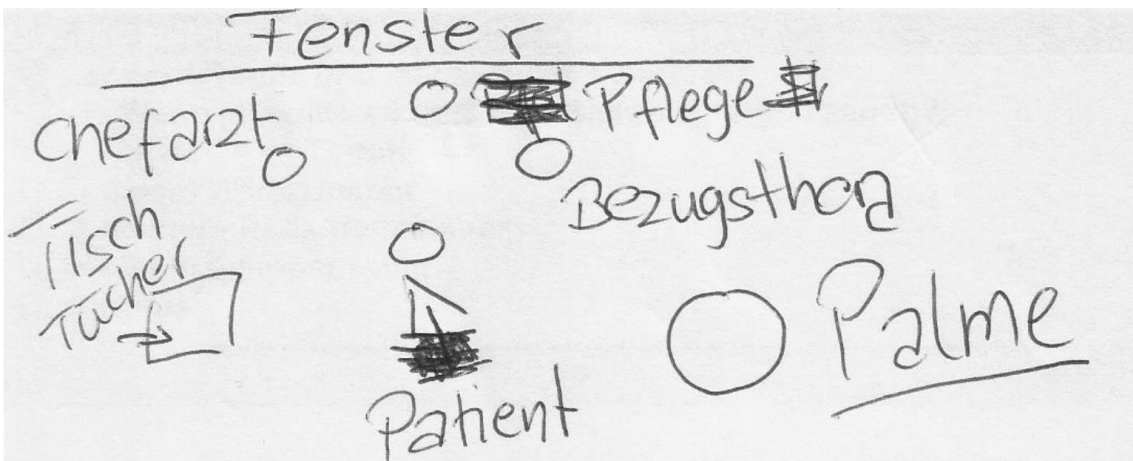
Zeichnung 15: mit Tisch



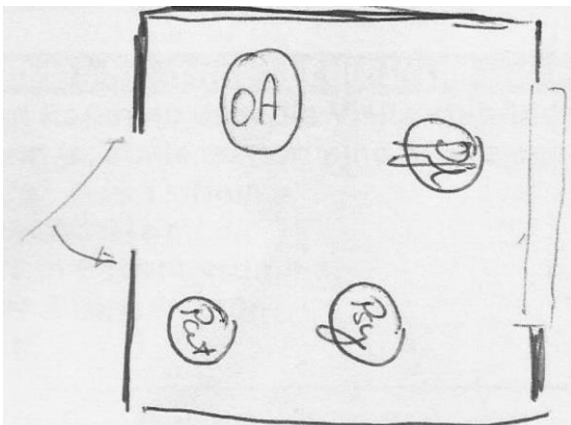
Zeichnung 16: Patient sitzt an einer Seite eines eckigen Tisches, 5 weitere Personen verteilt an den anderen Seiten



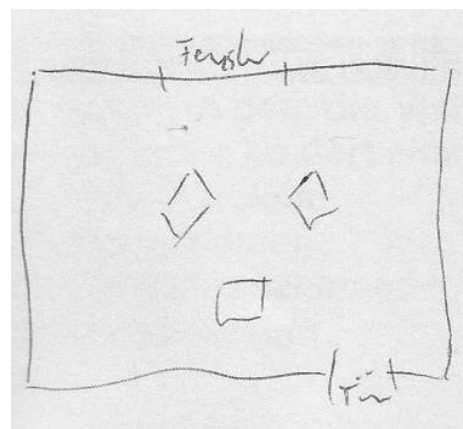
Zeichnung 17: alle sitzen im Kreis um einen kleinen Tisch, Patient zwischen Bezugsperson und Bezugstherapeut



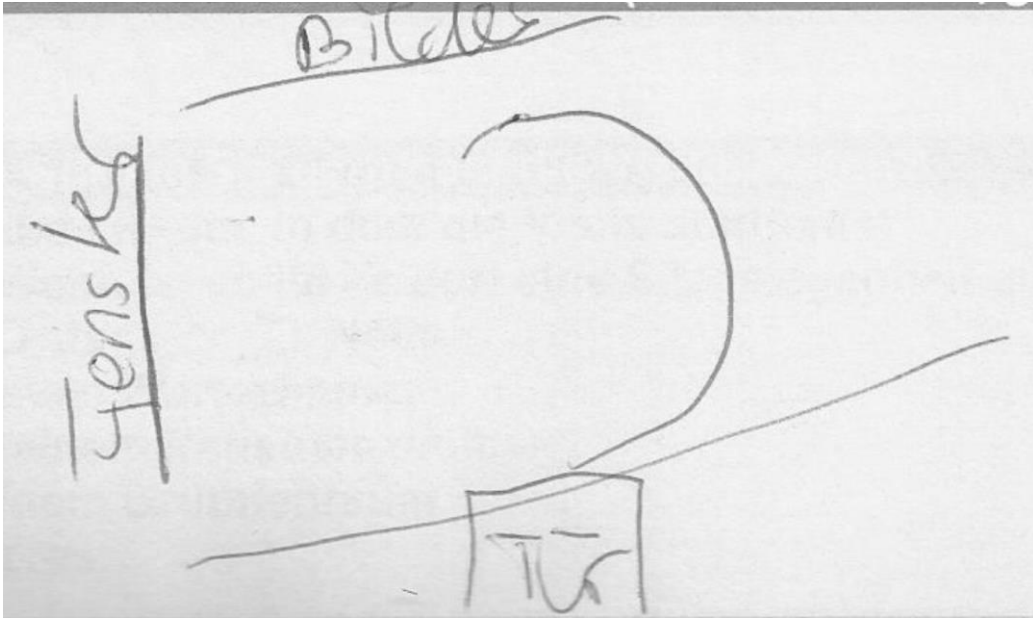
Zeichnung 18: vier Personen in großem Viereck, Patient mit Blick zu Fenster



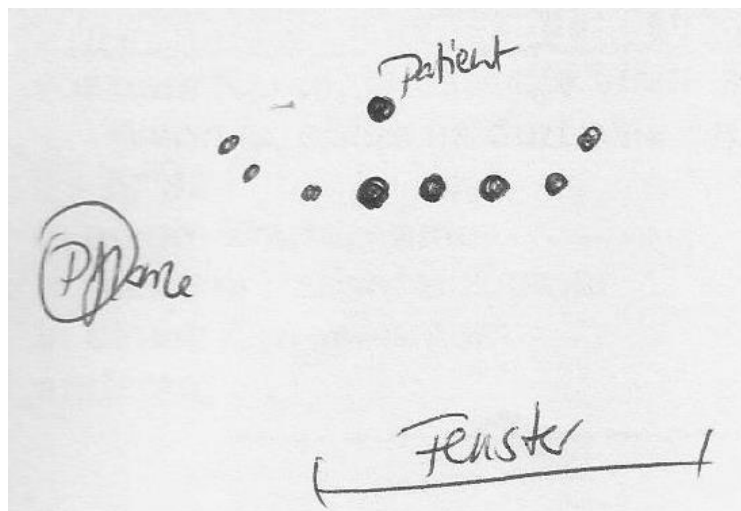
Zeichnung 19: vier Personen sitzen jeweils in einer Ecke des Raumes



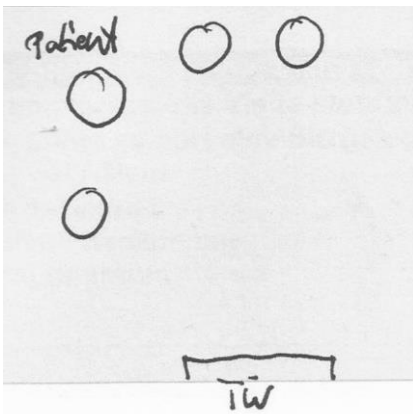
Zeichnung 20: Dreieck



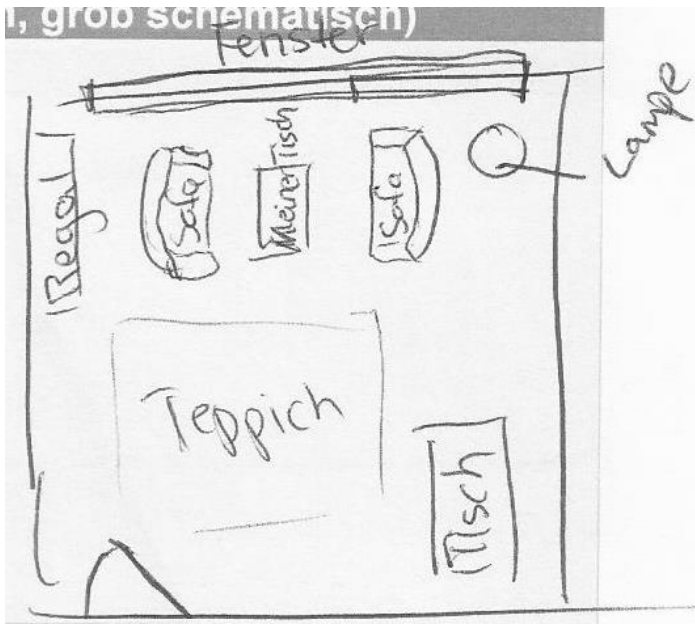
Zeichnung 21: Halbkreis, zum Fenster hin offen



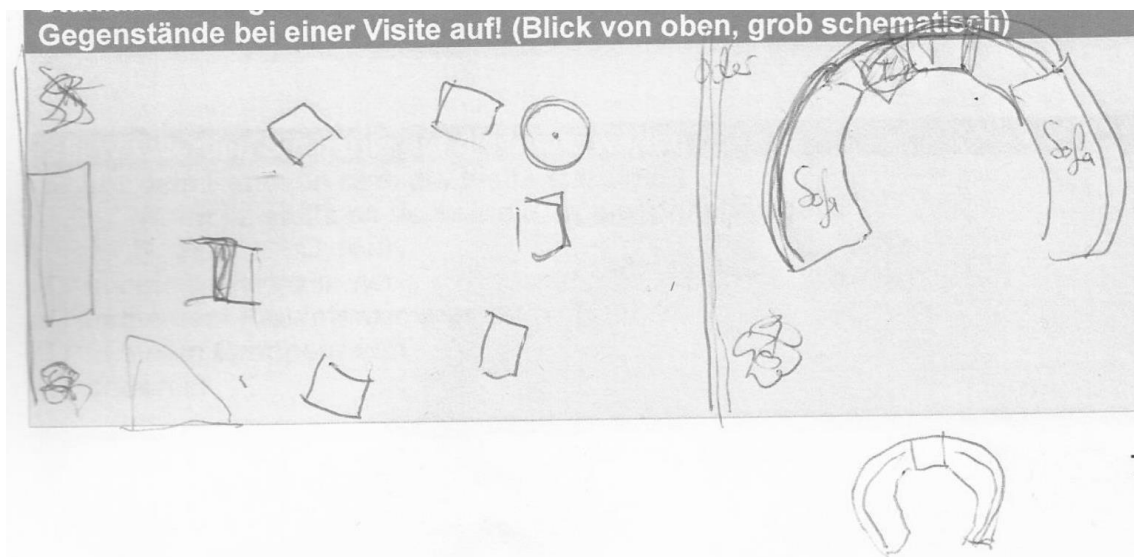
Zeichnung 22: Patient sitzt Halbkreis gegenüber



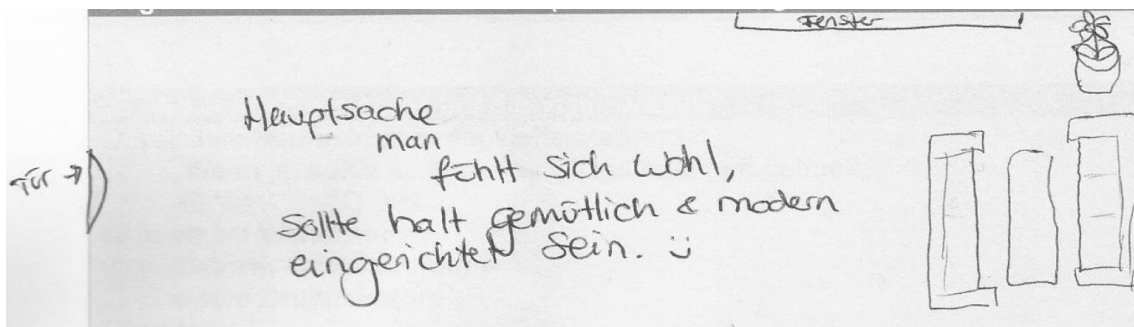
Zeichnung 23: Patient in Mitte eines Halbkreises mit Blick zur Tür



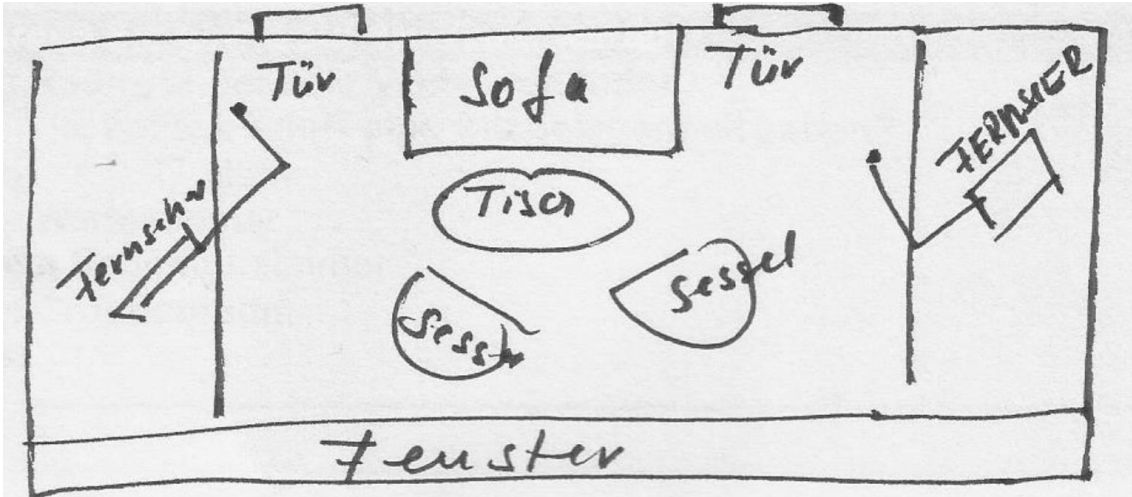
Zeichnung 24: Sitzgruppe mit 2 Sofas, dazwischen kleiner Tisch



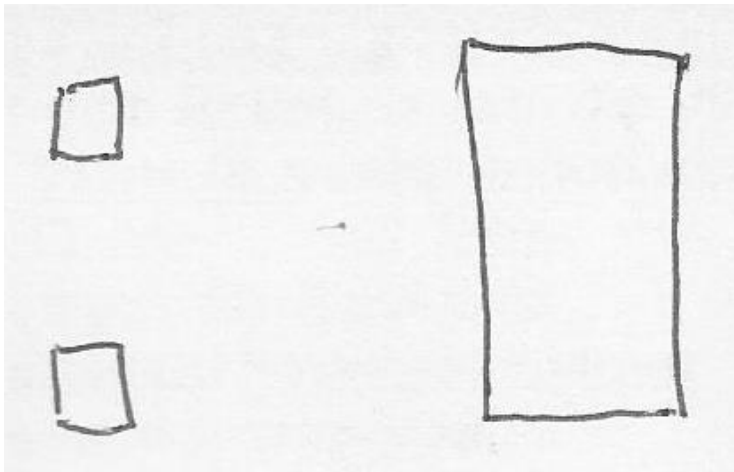
Zeichnung 25: Stuhlkreis oder Sofa-Halbkreis



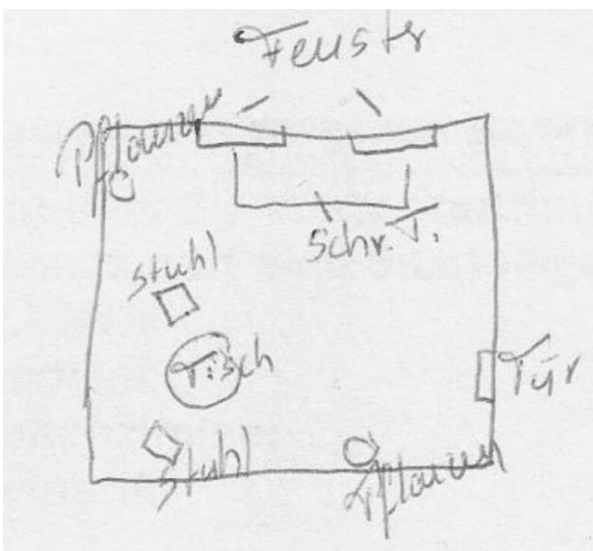
Zeichnung 26: zwei gegenüberstehende Sofas mit Tisch dazwischen



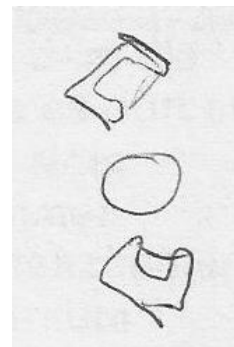
Zeichnung 27: gemütlicher Raum mit Sofa, Sesseln, Tisch und Fernseher



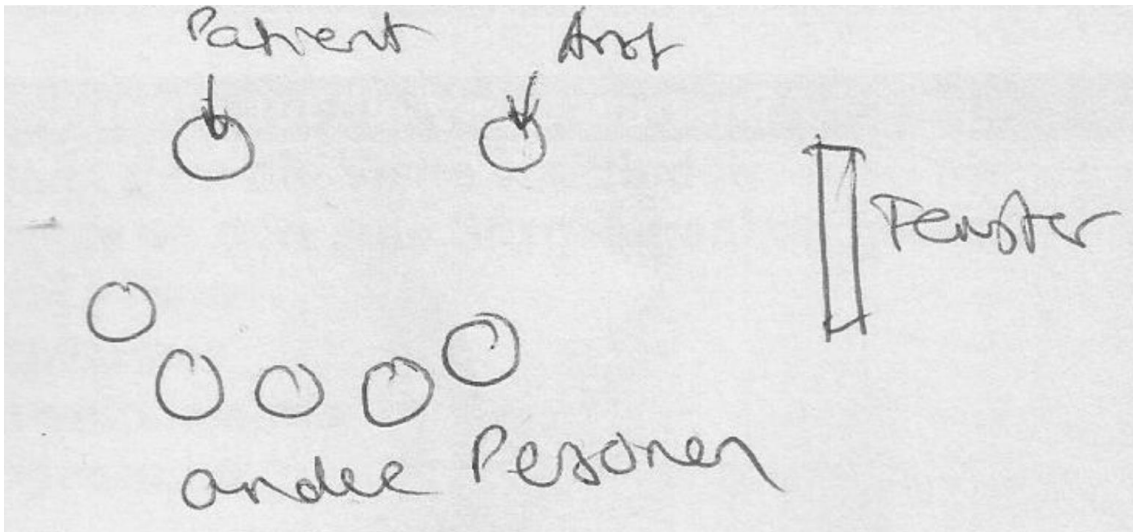
Zeichnung 28: zwei Stühle neben Bett



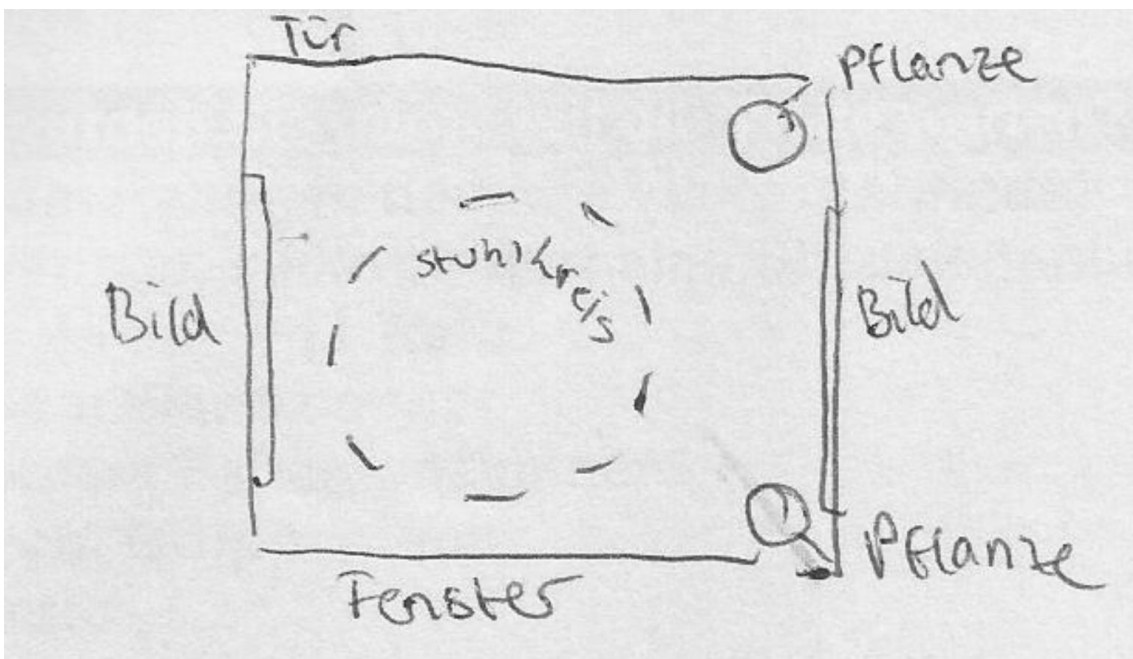
Zeichnung 29: wie im Arztzimmer, zwei gegenüberstehende Stühle mit Tisch



Zeichnung 30: Patient sitzt Gesprächsleiter gegenüber, in Sesseln, mit kleinem rundem Tisch in der Mitte



Zeichnung 31: ähnlich wie vorherrschendes stationäres Setting (Halbkreis mit Blick auf sich gegenüberstehenden Patient und Gesprächsleiter)



Zeichnung 32: Stuhlkreis, ähnlich wie vorherrschendes tagesklinisches Setting

10.3 Ablauf: zusätzliche Ergebnisse

10.3.1 Körperliche Untersuchung

Tabelle 26 fasst die Angaben zu einer möglichen körperlichen Untersuchung zusammen. Hier gibt es keine Gruppenunterschiede bezüglich Diagnose oder Geschlecht.

Bei der Untersuchung selbst möchten mit 80,8% die weiblichen Patienten signifikant häufiger bekleidet bleiben als die männlichen Patienten mit 46,7% ($p < 0,05$).

Hinter die Antwortmöglichkeit „ja, manchmal“ auf die Frage nach einer körperlichen Untersuchung wird oft „bei Bedarf“ oder „wenn nötig“ hinzugefügt.

Tabelle 26: Ablauf; körperliche Untersuchung

Sollte während der Visite eine körperliche Untersuchung stattfinden?		
	%	n absolut
nie	70,1	115
ja, manchmal	26,8	44
ja, immer	3	5
gesamt	100,0	164
Wenn ja, möchten Sie dabei bekleidet bleiben?		
	%	n absolut
ja	68,3	28
nein	31,7	13
gesamt	100,0	41

10.3.2 Erstes und letztes Wort

Tabelle 27 fasst die Ergebnisse zur Frage danach, wer das erste bzw. letzte Wort haben sollte, zusammen. Das erste Wort sollte nach Meinung einer Mehrheit von fast 90% der Gesprächsleiter haben.

Bei der Frage nach dem letzten Wort gibt mehr als die Hälfte der Patienten den Gesprächsleiter an. Dabei möchten männliche Patienten signifikant häufiger selbst das letzte Wort bekommen als weibliche Patienten (32,0% versus 12,5%, $p < 0,05$).

Mehrfachnennungen waren nicht vorgesehen und konnten nicht in die Wertung aufgenommen werden.

Tabelle 27: Ablauf; erstes und letztes Wort

Wer sollte das erste Wort haben?		
	%	n absolut
Gesprächsleiter	87,8	137
unterschiedlich	9,6	15
Patient	1,9	3
andere Person	0,6	1
gesamt	100,0	156
Wer sollte das letzte Wort haben?		
	%	n absolut
Gesprächsleiter	52,6	81
unterschiedlich	27,9	43
Patient	18,8	29
andere Person	0,6	1
gesamt	100,0	154

10.4 Bedeutung der Visite, Begründungen

eher wichtig	<p>„Arztmeinungen“ „Besprechung wichtiger Dinge“ „Hoffnung auf Rat von spezialisiertem Team“ „nötig für Therapieverlauf“ „Gesamtbild/Zweitmeinungen hören, Fachlichkeit“ „Status quo von leitendem Facharzt wichtig, gibt Sicherheit“ „Aufklärung über Krankheitsverlauf, möchte wissen, woran ich bin“ „Besprechung aktueller und kommender Behandlung, Diagnose, Verlauf und Zusammenfassung“ „fasst nochmal alle Informationen der verschiedenen Therapiemodule zusammen von einer Woche, das ist sehr interessant“ „Chefarzt hat viel Erfahrung, er trägt die Verantwortung für mich“ „etwa wöchentlich zu wissen wie der aktuelle Zustand ist, wie die nächsten Schritte sind“ „wichtig, dass [der] Oberarzt persönlich nach mir schaut und über meine Krankheit spricht und mich gut unterstützt“</p>
---------------------	---

	<p>„Gefühl, dass Anliegen des Patienten dort am schnellsten umgesetzt werden“</p> <p>„wichtig für Informationen“</p> <p>„neue Infos bekommen wir durch die Pflege, durch die Visite aber mehrere Meinungen“</p> <p>„Chance für mich Fragen zu stellen“</p> <p>„will wissen, was der Stand der Dinge ist, was mich erwartet“</p> <p>„um den ärztlichen Blick zu bekommen → Rückmeldung!“</p> <p>„Chance mit Oberarzt zu sprechen, ob Therapieverlauf ok ist“</p> <p>„Therapieverlauf“</p> <p>„Info“ (n=2)</p> <p>„Supervision und Feedback höherer Stelle“</p> <p>„weil ich im Austausch sein möchte zwecks Rückmeldung“</p> <p>„damit der eigene Stand sichtbar ist“</p> <p>„es geht um die eigene Person“</p> <p>„Austausch von Therapeuten und Patient“</p> <p>„Feedback“</p> <p>„momentane Situation (Gesundheit)“</p> <p>„Rückkopplung“</p> <p>„up to date“</p> <p>„nochmals Blick von außen“</p> <p>„Möglichkeit, dem Ober- oder Chefarzt Fragen zu stellen“</p> <p>„Einschätzung durch andere Ärzte, nicht nur durch Bezugstherapeut“</p> <p>„neue Impulse bekommen und sehen wo ich gerade stehe“</p> <p>„ich höre von Fachleuten was ich hören und machen muss“</p> <p>„hilft sehr gut, man kann offen über alles reden und bekommt fachmännische Ratschläge“</p> <p>„den Oberarzt oder Chefarzt kennenlernen und Meinung hören“</p> <p>„Medikamente besprechen“</p> <p>„Bestandsaufnahme“</p> <p>„Rahmen, Persönliches zu klären, anzusprechen, Feedback zu bekommen, falls dieses sonst zu kurz kommt“</p> <p>„weil man Dinge ansprechen kann oder Rückmeldung bekommt“</p> <p>„es können wichtige Dinge besprochen werden“</p> <p>„Feedback aus erster Hand“</p> <p>„um organisatorische und sonstige Fragen zum Aufenthalt beantwortet zu bekommen“</p> <p>„Austausch über die Fortschritte der Behandlung, Festlegen der weiteren Therapie“</p> <p>„anderer Blickwinkel oder Herangehensweise“</p> <p>„wichtige Impulse für weitere Therapie“</p> <p>„damit alle Beteiligten informiert sind; Supervision durch Oberarzt“</p>
--	---

	<p>„Einzelvisite wichtig, Regelungen und Verfahren weiterer Therapieverlauf“</p> <p>„Aufzeigen von Fortschritten/Rückschritten der Therapie“</p> <p>„ich brauche andere Meinungen und Hilfe“</p> <p>„Chefarzt/Oberarzt sind übergeordnete Behandler, regelmäßiger Kontakt sollte daher bestehen“</p> <p>„organisatorische Dinge müssen geklärt werden; einzige Möglichkeit des Patienten mit dem Team zusammen zu sprechen“</p> <p>„Stand für meine Therapie wissen/Ratschläge“</p> <p>„Infos über Behandlung“</p> <p>„Richtlinie, Aufklärung“</p> <p>„Möglichkeit Feedback an größeres Team zu geben“</p> <p>„wichtig um therapeutische Fragen noch einmal mit dem Oberarzt zu besprechen“</p> <p>„dass man das Gefühl hat, alle (auch Oberärzte) wollen für mich etwas machen, dass sie auch etwas tun“</p> <p>„Ich kann sagen, was mich stört, wie es mir geht, Hilfe bekommen“</p> <p>„um zu erfahren wie der Ablauf ist“</p> <p>„Abklärung der physischen Gesundheit ist wichtig, da diese ähnliche Symptome wie psychische Krankheiten bei den Patienten hervorrufen; Fehldiagnose?“</p> <p>„bedarfsorientiert“</p> <p>„um auf den neuesten Stand gebracht zu werden“</p> <p>„Probleme bereden“</p> <p>„weil man Information über sich bekommt“</p> <p>„einmal pro Woche ein Gespräch wie es läuft“</p> <p>„fühlt sich gut an gesehen zu werden; man fühlt sich gleich "wichtig", also dass einem hier geholfen wird“</p>
<p>weder besonders wichtig, noch besonders unwichtig</p>	<p>„Austausch mit Team wichtig, aber nicht essentiell“</p> <p>„verschiedene Therapien sind für mich gleich wichtig“</p> <p>„die Situation an sich ist mir nicht angenehm, andererseits halte ich sie für die Weiterarbeit wichtig“</p> <p>„ist Teil des Aufenthaltes, hat gewisse Bedeutung“</p> <p>„die Visite ist in erster Linie wichtig für das Personal woraus ich wiederum profitiere“</p> <p>„wenig therapeutischer Nutzen“</p> <p>„unterschiedlich, bei bevorstehenden Diagnosen eher schon, andererseits weniger“</p> <p>„spontan, erste Visite steht bevor → keine zu hohe Erwartung, aber wichtig, dass es sie gibt“</p> <p>„keine Ahnung, war noch bei keiner Visite“</p>
<p>eher unwichtig</p>	<p>„Gespräche mit Bezugstherapeutin sind wichtiger“</p> <p>„wenig Erkenntnisse oder Neuigkeiten“</p>

	<p>„weil ich fast alles mit meinem Therapeuten oder Bezugspflege bespreche und da eine gewisse Vertrautheit besteht“</p> <p>„hauptsächlich wichtig sind die Bezugspflege und der Arzt, der für einen zuständig ist“</p> <p>„bringt nicht immer etwas“</p> <p>„sehe kaum Nutzen für mich; wirklich wichtige Fragen oder Themen würde ich nie vor der ganzen Gruppe besprechen“</p> <p>„bringt mir persönlich nicht viel“</p> <p>„müsste nicht jede Woche stattfinden“</p> <p>„es reicht mir, wenn mein Bezugsarzt Bescheid weiß“</p> <p>„Oberarzt ist mein Therapeut, daher nicht so wichtig“ (Patient sieht Oberarzt in Einzelgesprächen)</p> <p>„Weil mir der Zweck der Visite nicht klar ist. Wird das nur gemacht, weil die Krankenkasse das fordert?“</p> <p>„teilweise einschüchternd durch zu viele Personen im Raum“</p> <p>„so ganz klar ist mir das Ziel der Visite nicht → ein wenig diffus“</p> <p>„da ich in der Einzelgesprächstherapie mehr erfahre“</p> <p>„es werden immer nur Dinge besprochen, die schon mit Psychotherapeut, Bezugspflege besprochen wurden = Wiederholung“</p> <p>„es kommt nicht viel dabei heraus“</p> <p>„ich verstehe den Nutzen dahinter nicht“</p> <p>„lieber mit Schwerpunkt bei persönlichem Therapeut/Mediziner“</p> <p>„Einzelgespräche sind tiefer“</p> <p>„der Gesprächsleiter kennt mich womöglich nicht richtig“</p> <p>„zu wenig Information, zu kurze Zeit“</p> <p>„keine Diagnosen, kein Besprechen der weiteren Vorgehensweise“</p>
--	---

10.5 Angst vor der Visite, Begründungen

keine Angst	<p>„Visite = wichtiges Angebot“</p> <p>„keine bedrohliche Situation“</p> <p>„sehe ich als Chance“</p> <p>„wenig bis gar keine Angst“</p> <p>„Warum sollte ich?“ (n=2)</p> <p>„Warum? Wovor?“</p> <p>„ist nichts Unangenehmes“</p> <p>„hilfreich für die Behandlung, ist zum Wohl des Patienten“</p> <p>„ist hilfreich“</p> <p>„Oberarzt ist mein Therapeut“</p>
--------------------	---

	<p>„gibt keinen Grund Angst zu haben“ (n=3) „sind auch nur Menschen“ „ich möchte schließlich wissen, was Sache ist“ „Ablauf ist bekannt“ „überschaubarer Rahmen“ „mir passiert nichts“ bzw. „mir kann nichts passieren“ „Was kann schon passieren?“ „dient dem Verhältnis Arzt/Patient“ „Weshalb sollte man Angst haben? Man kennt ja alle Personen.“ „einige Personen schon bekannt“</p>
neutral	<p>„abhängig von Therapiephase oder -verlauf und Themen“ „gehört dazu“ (n=2) „Angst wird mit der Zeit weniger“ „eher egal; kann nichts Negatives passieren“ „kommt darauf an, was man hat“</p>
Angst	<p>„Mittelpunkt, Angst vor Kritik, Aufgewühltwerden“ „Verlauf“ „aufgeregt, Angst vor Kritik oder Ärger“ „viele Menschen“ „Angst vor Überforderung mit der Situation“ „ich komme mir oft vor wie auf dem elektrischen Stuhl“ „Angst, etwas Falsches zu sagen oder abgestempelt zu werden“ „Der alles entscheidende Eindruck – zehn Minuten zum Überzeugen“ „zu viele Menschen, die nach einem schauen“ „zu viele Menschen; sollten max. zwei bis drei sein“ „manchmal Angst vor emotionalen Fragen, die zu beantworten mir sehr schwer fallen“ „rede ungerne vor vielen Menschen, fühle mich angespannt“ „viele Leute in einem Raum, Aufmerksamkeit wird auf mich gelenkt, Gesprächsleiter bisher unbekannt“ „Menschenmenge“ „Angst, weil es kein gutes Gefühl ist, vor so vielen Menschen zu sprechen und "angestarrt" zu werden und auf dem "Präsentierteller" zu sitzen“ „Angst vor schlimmen Diagnosen“ „Herausforderung auf andere zuzugehen, Angst was passiert“ „man weiß nicht wie es verläuft“ „angespannte Stimmung; Gesprächsverlauf?“ „jedes Mal ist man unsicher, warum weiß ich nicht!“ „Angst vor Kritik“ (n=2) „evtl. Neuigkeiten“ „nervös“ „Stress, Beurteilung“ „Gefühl, abgefertigt zu werden“ „weiß nicht, was ich sagen soll und wen ich anschauen soll“</p>

	<p>„es stellt sich für mich als alle gegen einen dar, auch wenn es als alle für einen gemeint ist“</p> <p>„am Anfang wusste ich nicht was auf mich zukommt“</p> <p>„bin in solchen sozialen Situationen immer nervös, das Einzelvisitenetting hat gefühlt etwas "Prüfungsmäßiges"“</p> <p>„Druck, Angst etwas falsch zu sagen, Kritik zu bekommen“</p> <p>„man sitzt gefühlt auf dem Präsentierteller und wird begutachtet“</p> <p>„Diagnose "soziale Phobie"“</p> <p>„weiß nicht was ich gefragt werde, Angst vor Stillschweigen, Fragen nicht beantworten zu können“</p> <p>„unangenehm“</p> <p>„weiß nicht was auf mich zukommt“</p> <p>„unbekannte Gesichter“</p> <p>„viele Leute, auf den Punkt zu kommen“</p> <p>„alle schauen einen an, fremde Personen bzw. keine Personen, die für einen zuständig sind“</p> <p>„Wie kann ich anfangen?“</p> <p>„man steht im Fokus, mehrere Personen achten genau auf das, was gesagt wird, allgemein Reden vor vielen Menschen“</p> <p>„Unsicherheit, Angst vor unbekanntem Themen und Fragen“</p> <p>„beunruhigt/verängstigt mich“</p> <p>„neue Diagnosen, Veränderungen“</p> <p>„entspricht circa einer Prüfungssituation“</p> <p>„Aufregung, Konsequenzen“</p> <p>„das erste Mal hatte ich ein bisschen Angst“</p> <p>„etwas angespannte Situation, so viele Menschen (fünf bis sechs) mir gegenüber“</p> <p>„Patienten haben immer Angst“</p> <p>„Missverständnisse zwischen Gesprächsteilnehmern, sich nicht ernst genommen fühlen“</p> <p>„die vielen Personen im Raum machen mir Angst“</p> <p>„weiß nicht wie es abläuft“</p> <p>„was kommt auf einen zu“</p> <p>„unangenehm, dass so viele dabei sind“</p> <p>„Probleme in Therapiefortschritten“</p>
--	---

10.6 Vorfreude auf die Visite, Begründungen

eher Vorfreude	<p>„wahrgenommen werden“</p> <p>„Diagnosendifferenzierung, Meinungen, Strategienentwicklung“</p> <p>„wichtiger Bestandteil der Therapie“</p>
----------------	---

	<p>„Ich brauche Antworten! Ich brauche einen Befund!“ „möchte meinen Zustand wissen“ „oft Freude darauf; gespannt, was der Chefarzt zu sagen hat; wichtig, dass er unterstützt bei Krankheitsbekämpfung“ „Befinden kann übermittelt werden“ „Erleichterung, zu erfahren, was man hat“ „wegen Rückmeldung/Austausch“ „Rückmeldung“ „erfahre meine Fortschritte“ „Behandlungsverlauf wird evtl. angepasst oder verändert“ „man muss Gedanken ordnen und mitteilen“ „neugierig“ „Information!“ „Rückmeldung ist wichtig“ „alle wichtigen Ansprechpartner anwesend“ „um Fragen und Sonstiges was ansteht beantwortet zu bekommen“ „nochmal für mich wichtige Punkte ansprechen können, alle Beteiligten informieren“ „Chefarzt kennenlernen“ „Unterstützung“ „Infos, Tipps“ „weil ich mir Infos erhoffe“ „gespannt, will wissen was es ist“ „weil man eventuell Ergebnisse bekommt“ „immer gut sich selbst einzubringen; Chance haben sich zu äußern“</p>
<p>eher neutral oder unterschiedlich</p>	<p>„je nach Stimmung und aktueller Situation unterschiedlich“ „egal“ (n=2) „weder noch“ „teils, teils“ „weder Freude noch Ablehnung“ „neutral, finde es notwendig“ „weiß ich eher erst nachher falls ich nicht selbst mit einem dringenderen Anliegen zu klären käme“ „neutral“ „nicht im Besonderen“ „weiß ich nicht“ „weiß nicht, was da so läuft, positiv-neutral“ „ist okay, da ich selten Fragen habe“</p>
<p>eher keine Vorfremde</p>	<p>„Gefühl des Angesehenwerdens von allen“ „weil ich Angst davor habe, vor den ganzen Menschen zu sitzen“ „Notwendigkeit“ „siehe oben“</p>

	<p>„Angst“ bzw. „Ängste davor“ „Es gehört dazu!! Ist nicht wie ein Einzelgespräch.“ „ist Teil des Klinikaufenthaltes“ „Ungewissheit“ „Habe meistens davor schon ein Gespräch beim Oberarzt“ „Diagnose "soziale Phobie"“ „Visite ist kein Highlight“ „nein, nicht unbedingt Freude“ „gehört dazu“ „zu erledigender Termin“ „weil ich dann angespannt bin“ „Angst/Unwohlsein“ „muss sein“ „nicht sehr hilfreich“ „Angst/Aufregung“</p>
--	--

10.7 Aufregung vor der Visite, Begründungen

eher nicht aufgeregt	<p>„Verlauf“ „Visitierende sind auch nur Menschen“ „kein Grund dazu“ (n=3) „gehört zur Behandlung“ „Wieso sollte ich aufgeregt sein?“ (n=3) „ich möchte Neuigkeiten aus erster Hand“ „wenig aufgeregt“ „regelmäßig und bekannte Teilnehmer“ „warum auch“ „Warum sollte man aufgeregt sein? Es passiert ja nichts...“ „ich bin ein offener Mensch“ „gehört dazu“</p>
eher neutral bzw. unterschiedlich	<p>„individuell nach Erwartungen und Therapieverlauf“ „tagesformabhängig“ „je nach Zustand“ „bisschen, weiß ich nicht“ „normal“</p>
eher aufgeregt	<p>„Mittelpunkt, Angst“ „Spannung, ob Aufenthalt Wirkung zeigt, ob es Fortschritte gibt“ „Autoritätsperson Oberarzt“ (n=2) „Möglichkeit von schlechten Neuigkeiten oder Diagnosen“ „allgemeine Anspannung“</p>

	<p>„Weil ich in der Regel nicht weiß was ich sagen soll oder was von mir erwartet wird“</p> <p>„Angst vor vielen Menschen zu sprechen“</p> <p>„manchmal – durch neue und viele Personen, z.T. "im Rücken"“</p> <p>„zu viele Menschen“</p> <p>„z.T. aufgeregt, da ich nie genau weiß, was mich erwartet an Fragen“</p> <p>„Mittelpunkt, Menschenmenge“</p> <p>„Was wird von mir erwartet? Habe ich alles richtig gemacht?“</p> <p>„Aufregung, welche Diagnosen man erhält“</p> <p>„Aufregung vor dem, was angesprochen wird“</p> <p>„Ängste was kommt und viele Menschen“</p> <p>„große Nervosität, wie vor einer Prüfung“</p> <p>„man kann Situation nicht einschätzen“</p> <p>„aufgeregt, ob eigene Ziele bzw. Vorstellungen durchgesetzt werden können“</p> <p>„man fragt sich was man immer sagen soll“</p> <p>„Ungewissheit was passieren wird“</p> <p>„Stress“</p> <p>„Angst, etwas Falsches zu sagen oder mich nicht richtig mitteilen zu können“</p> <p>„zumindest vor der ersten Visite; fremde Personen“</p> <p>„man weiß nicht genau was einen erwartet, womit man eventuell konfrontiert wird“</p> <p>„Angst, sich falsch zu verhalten oder etwas Falsches zu fragen“</p> <p>„Reden vor dem ganzen Team“</p> <p>„Ungewissheit“</p> <p>„viele Menschen im Raum“</p> <p>„weil ich nicht weiß was gefragt wird“</p> <p>„Unsicherheit“</p> <p>„Diagnose "soziale Phobie"“</p> <p>„es könnte etwas Neues herauskommen“</p> <p>„zu viele Personen in einem Raum“</p> <p>„viele Leute; das Richtige zu sagen um was es mir geht“</p> <p>„vielleicht kann ich mich nicht gut ausdrücken“</p> <p>„nicht zu wissen was besprochen wird“</p> <p>„Angst“</p> <p>„aufgeregt, weil ich nicht weiß was kommt“</p> <p>„Prüfungssituation“</p> <p>„das erste Mal aufgeregt, weil viele Leute anwesend“</p> <p>„ich verstehe Fragen/Anmerkungen vom Gesprächsleiter oft nicht, möchte aber alles loswerden und beantworten in der kurzen Zeit“</p> <p>„weil der Oberarzt dabei ist“</p> <p>„angespannt was kommt“</p> <p>„weil man nicht genau weiß was auf einen zukommt“</p>
--	--

	„man weiß nicht was besprochen wird“ „alle schauen auf einen; was wird man wohl zu mir sagen?“
--	---

10.8 Einschränkungsgedühl durch die Visite, Begründungen

eher kein Einschränkungsgefühl	„wichtig“ „ bei guter Planung kein Problem “ „ein Termin wie jeder andere auch“ „Visite sollte mich weiterbringen und aufklären“ „nicht unbedingt eingeschränkt; bei gutem Verlauf nicht störend“ „ziemlich kurz und schnell vorbei“ „gehört zur Therapie“ (n=5) „macht mir nichts aus“ „ich bin froh, wenn es etwas zu tun gibt“ „gehört zur Therapie, Teil davon, hilft eventuell bei der weiteren Behandlung“ „sie ist geplant und gehört zum Tagesablauf mit dazu“ „ist eingeplant in meinen Plan“ bzw. „ist mit eingeplant“ „stört mich nicht“ „muss eben sein“ „Termin ist ja vorher bekannt“ „einfach weiterer Termin“ „nein, nicht eingeschränkt“ „ Bestandteil des Tagesablaufs “ „ist ein Teil meiner Arbeit“ „ist ja geplant“ „ich bin hier zur Behandlung – Visite gehört dazu“ „weil ich nicht lange warten muss“ „es ist etwas Gutes“
eher neutral bzw. unterschiedlich	„kommt darauf an, manchmal schon“ „Je nach Verlauf der Visite: wenn sie gut verläuft keine Einschränkung, wenn sie unangenehm wird schon“ „egal, gehört eben dazu“ „ist ein Termin, zu dem man gehen muss“ „kommt auf den Zeitpunkt an“
eher Einschränkungsgefühl	„ Angst vor Aufwühlung “ „schwer, Ziele zu formulieren“ „Überschneidung mit anderen Terminen“ „nicht sinnvoll in den Tagesablauf eingebunden“

	<p>„teilweise durch längeres Warten“</p> <p>„z.T. eingeschränkt zwecks Terminstress“</p> <p>„wenn es mitten am Tag ist und man davor und danach nichts machen kann“</p> <p>„manchmal ist die Visite eher "unterbrechend"“</p> <p>„durch die Wartezeit davor“</p> <p>„bisschen eingeschränkt, da ich warten muss, wann ich drankomme, also immer zur Verfügung stehen muss – ist hier aber nicht schlimm“</p> <p>„falls der Zeitrahmen sehr flexibel gestaltet ist und ich lange auf Abruf bereitstehen muss“</p> <p>„weil für alle Patienten der volle Nachmittag geblockt ist“</p> <p>„Wartezimmergefühl“</p> <p>„Zeiten, die man für Therapie nutzen könnte“</p> <p>„weil Termine oft verschoben werden müssen oder ausfallen“</p> <p>„warten (es gibt Verzögerungen → schlechte Planbarkeit)“</p> <p>„stört“</p> <p>„aufgeregt“</p> <p>„Warten dauert lange“</p> <p>„Unruhe, Nebenbaustelle Rhythmus“</p> <p>„manchmal lange Wartezeit“</p>
--	--

10.9 Gefühl nach der Visite, Begründungen

eher besser	<p>„Standortbestimmung“</p> <p>„Entwicklung, Verbesserung“</p> <p>„Hilfe, Behandlungserfolge zu erkennen und weitere Schritte zu besprechen“</p> <p>„guter Überblick, wo ich stehe; Fokussierung auf wichtige Themen ist effektiv“</p> <p>„Aufregung war umsonst und unbegründet, Situation war ok → besseres Gefühl“</p> <p>„Erkrankung und weitere Behandlung wird erklärt“</p> <p>„positive Rückmeldung oder ich weiß danach woran ich arbeiten muss“</p> <p>„Behandlung wird angepasst/besprochen“</p> <p>„neues Verständnis für meine Situation“</p> <p>„immer ein gutes Gespräch“</p> <p>„weil ich Informationen bekomme“</p>
-------------	--

	<p>„Fragen beantwortet, Dinge geklärt, Therapiestand besprochen“ „Aufregung fällt weg“ „Anliegen besprochen“ „positive Rückmeldung tut gut“ „Ausblick“ „ich fühle mich in der Regel besser, da ich meine Probleme ansprechen konnte“ „weil man Resultate bekommt“</p>
eher gleich	<p>„normal“ „meistens gleich“ „bringt keinen Fortschritt“ „meistens gleich, da alles schon in Einzelgesprächen geklärt werden konnte“ „relativ gleich“ „es werden meist Dinge besprochen, die ich schon weiß“ „ich kenne die Situation bisher von einer Erfahrung“ „ändert nichts“ „Es wird kaum etwas besprochen, was nicht schon bekannt wäre“ „da das Gespräch eher sachlich verläuft“ „man ist nachher nicht schlauer“</p>
eher schlechter	<p>„bisherige einmalige unangenehme Erfahrung (fünf Minuten Dauer)“ „Zweifel – was hätte ich besser machen sollen“ „fühle mich danach meistens blöd“ „teilweise offene Fragen, daher eher schlechter“ „manchmal enttäuscht oder ängstlich“ „viel schlechter: etwas falsch gemacht zu haben“ „die Gefühle kommen hoch! → viel schlechter“ „unangenehm“ „öfter schon etwas verwirrt rausgegangen“ „Gefühl, nicht verstanden zu werden“</p>
unterschiedlich	<p>„unterschiedlich, daher nicht eindeutig zu beantworten“ „je nach Verlauf“ (n=2) „kommt darauf an, was thematisiert wurde – je nachdem entweder viel schlechter oder viel besser“ „je nachdem, welcher Befund vorliegt“ „kommt auf Fragen an“ „unterschiedlich“ „unterschiedlich; Visite kann viele Emotionen und Gefühle auslösen (gute und schlechte)“ „2 oder 7, je nach Gespräch“ „unterschiedlich, aufgewühlt“ „das variiert schon mal“ „kommt darauf an, wie sie verläuft“ „kommt darauf an“</p>

	<p>„kommt auf die Situation/Stimmung an“ „je nach Tag/Ablauf und Themen bei Visite“ „manchmal besser, manchmal schlechter, manchmal gleich, je nach Visite/Gesprächsleiter/Thema“ „kommt auf die Visite an, das Besprochene, aber auch auf die Freundlichkeit, Lockerheit, Offenheit des Gegenübers/der Situation“ „kommt auf den Inhalt der Visite an“ „das kommt wohl auf die Infos an!“ „kommt darauf an, wie das Gespräch verlaufen ist“ (n=2) „je nachdem“ (n=3) „läuft gut, Ermutigung → +; läuft schlecht → –“ „kommt darauf an, was gesprochen wird“</p>
keine Angabe	<p>„kann ich noch nicht sagen“ „weiß ich nicht“ „hatte hier noch keine“ „keine Ahnung“</p>

10.10 Empfindung der Visite als sinnvoll, Begründungen

eher sinnvoll	<p>„Meinungen“ „wichtig für gesamte Therapie“ „Bilanz ziehen, ggf. Änderungen“ „guter Überblick, wo ich stehe; Fokussierung auf wichtige Themen ist effektiv“ „Rat, Meinungen von verschiedenen Seiten“ „man muss über alles sprechen, immer wieder, damit Ziele klar sind“ „in der Visite fließen die Meinungen aller mich behandelnden Therapeut/innen zusammen, das ergibt somit ein Gesamtbild“ „es geht ja um mein Leben“ „wichtig zu wissen, dass wichtige Visiten-Personen vieles über mich wissen; wichtig für Unterstützung“ „bringt Bewegung“ „will wissen, was ich habe (gesundheitlich)“ „hilft Lage einzuschätzen“ „gegenseitiger Austausch ist wichtig“ „es ist mal ein anderer Arzt, der etwas bespricht; sinnlos kann man nicht sagen“</p>
---------------	--

	<p>„gehört zur Behandlung“</p> <p>„ist schon gut auch mal von jemand anderem als von dem Therapeuten eine Meinung zu hören“</p> <p>„Kennenlernen der Ärzte“</p> <p>„andere Arztmeinungen und Austausch der Ärzte und Psychologen halte ich für wichtig“</p> <p>„alle hören, was gesprochen wird – bei Unklarheiten und weiteren Schritten kann der Dialog gesucht werden“</p> <p>„für mich und Ärzte zum Überprüfen“</p> <p>„die Visite ist ein Rückblick auf die bisherige Behandlung und dient zur Planung des weiteren Vorgehens“</p> <p>„es wird alles zusammengefasst“</p> <p>„alle kommen zusammen“</p> <p>„damit alle im Bilde sind was den Patienten betrifft“</p> <p>„Raum für Rückmeldung in beide Richtungen, im Einzelfall kann dies wichtiger sein“</p> <p>„dass sich alle Gedanken machen“</p> <p>„oberärztliche Aufsicht“</p> <p>„aktueller Stand und Aussicht in die Zukunft“</p> <p>„weil Oberärzte therapeutische Entscheidungen mit treffen“</p> <p>„damit sich ein Bild von mir gemacht werden kann“</p> <p>„Patienten werden ernst genommen“</p> <p>„da der Austausch zwischen Patienten und dem Team sehr wichtig ist in dieser Form“</p> <p>„Zusammenfassung des bisherigen Standes“</p> <p>„Überprüfung Status/Behandlung; Zusammenfassung der Meinung aller Therapeuten“</p> <p>„Möglichkeit zum Austausch mit dem behandelnden Personal“</p> <p>„weil ich mitteilen kann wie es mir geht und was mich bedrückt“</p> <p>„ich werde kompetent informiert“</p>
<p>weder besonders sinnlos, noch besonders sinnvoll</p>	<p>„wichtig, aber nicht essentiell“</p> <p>„wenn dadurch Neues erfahren werden kann sinnvoll, ansonsten nicht wirklich sinnvoll“</p> <p>„egal“</p> <p>„teils“</p> <p>„Einzelvisite mit weniger Teilnehmern sinnvoll“</p> <p>„je nachdem“</p> <p>„so la la“</p> <p>„abhängig von z.B. aktuellem Zustand“</p> <p>„keine Ahnung“</p>
<p>eher sinnlos</p>	<p>„wichtiger mit Bezugstherapeut“</p> <p>„Sinn unbekannt“</p> <p>„wenig sinnvoll, denn ich gehe nicht mit mehr Informationen heraus, die vorher nicht auch schon da waren“</p>

	<p>„oft nur standardisierte Fragen“</p> <p>„mir sind die Bezugspersonen, die mich kennen, lieber“</p> <p>„Verlauf der Therapie schwer erkennbar, kein direkter Bezug herstellbar (Zeitmangel)“</p> <p>„klare Ziele der Visite fehlen“</p> <p>„nur Wiederholung des Bekannten“</p> <p>„Form“</p> <p>„sehe Nutzen für mich nicht – die wichtigen Anliegen bespreche ich mit Bezugstherapeuten“</p> <p>„es wird nicht über das Physische gesprochen, Psychisches kann ich mit Therapeuten klären“</p>
--	--

10.11 Raum für Patientenanliegen in der Visite, Begründungen

<p>Anliegen finden eher viel Raum</p>	<p>„Thema sind Patient und seine Probleme“</p> <p>„bei guter eigener Vorbereitung und wenn gut darauf eingegangen wird“</p> <p>„Ich werde immer gefragt ob ich ein Anliegen habe und dann auch angehört und ernst genommen“</p> <p>„es wird immer gefragt“</p> <p>„Anliegen werden oft angesprochen; wichtig für Wohlbefinden“</p> <p>„meistens“</p> <p>„man kann schon alles ansprechen“</p> <p>„kann über Probleme reden“</p> <p>„es wird auf Bedarf eingegangen“</p> <p>„da ich auch zu Wort komme und mich äußern kann“</p> <p>„Ärzte hier machen einen echt tollen Job“</p> <p>„alles was man sagen will kann man sagen“</p> <p>„ich kam mir wahrgenommen vor“</p> <p>„der Gesprächsleiter fragt danach und ich antworte“</p> <p>„kann mich äußern wenn ich etwas auf dem Herzen habe“</p> <p>„hatte noch keine Anliegen aber denke schon“</p> <p>„die Anwesenden nehmen sich genügend Zeit dafür“</p> <p>„ich bekomme Antworten auf meine Fragen“</p> <p>„man hört gut zu“</p> <p>„Es wird auf alle Punkte eingegangen“</p> <p>„man bekommt ausreichend die Möglichkeit, eigene Punkte anzusprechen“</p> <p>„weil man es anspricht was einen beschäftigt“</p> <p>„wenn ich etwas zu sagen habe, sage ich das“</p>
--	--

	<p>„bisher ja (1 Visite)“ „wenn man sich traut“</p>
<p>weder sehr wenig, noch sehr stark</p>	<p>„kommt darauf an wie sehr ich sie einbringe“ „teilweise“ „es wird nach Fragen gefragt aber nicht oder nicht sinnvoll darauf eingegangen“ „meistens nicht viel zu klären“ „je nachdem worum es geht“ „meistens finden sie Raum, aber teilweise ist die Zeit auch sehr kurz hierfür, um alle Anliegen zu besprechen“ „momentan eher kurz, aber in Ordnung; während Gespräch mit Bezugstherapeut hat man dann eher die Möglichkeit seine Anliegen zu besprechen“ „Probleme sind manchmal nicht gleich lösbar“ „kann nicht abschätzen inwieweit alles gut rüber kommt“ „es wird auf mich eingegangen, mir aber nicht immer gesagt, wie Behandlungsstand/-fortschritt ist“ „Fragen werden beantwortet, jedoch kaum Interaktion mit Fachtherapeuten“</p>
<p>Anliegen finden eher wenig Raum</p>	<p>„kaum bei erster Visite“ „Gefühl, dass das, was man sagt, eher uninteressant für die Visite ist“ „hatte hier noch keine Visite, in meisten anderen Krankenhäusern geht die Visite streng nach Zeitplan → Anliegen können kaum vorgebracht werden“ „zu wenig Zeit bei 10 Minuten“ „teilweise wird nicht darauf eingegangen“ „teilweise zu kurz oder andere Themen“ „zu wenig Zeit“ „die Zeit ist begrenzt“ „Zeit zu kurz (n=2)“ „man wird nicht immer ernst genommen oder etwas heruntergespielt, Bereich 0 bis 5“ „begrenzter Rahmen der Visite, daher würde ich auch nur das Wichtigste ansprechen“ „Zeitmangel, auch wegen "Einschwingen" auf die Fragestellung und deren Gewichtung“ „weniger“ „nicht immer genug Zeit“ „wenig spezifische Abklärung über Therapieverlauf“ „da man weniger Zeit hat und der Gesprächsleiter uns nicht so gut kennt wie die Bezugsperson“ „keine Zeit“ „manchmal nicht, wegen Zeitmangel“ „Planabweichung oder eigene Vorschläge werden nicht angenommen“</p>

keine Angabe	<p>„hatte hier noch keine“ „noch nicht versucht“ „hoffentlich“ „keine Ahnung“</p>
---------------------	--

10.12 Klarheit der Ziele der Visite, Begründungen

Ziele eher klar	<p>„nach Nachfragen über Sinn und Ziel der Visite bzw. guter Vorbereitung bei Beginn des Aufenthaltes“ „ich denke, dass die Visite eine Zusammenfassung der Woche ist, wo alle Eindrücke zusammenfließen und ich zusätzlich Raum bekomme, wenn alle anwesend sind, meine Probleme, wenn ich möchte, nochmals anzusprechen“ „Ich denke, man will den Kontakt zum Patienten nicht verlieren“ „Ziele klar“ „Sehen, wo der Patient gerade steht?“ „alles ok“ „wurde mir vom Therapeuten erläutert“ „gehört zur Behandlung“ „wurde erklärt“ (n=2) „ich habe beim ersten Mal gefragt“ „Team und Oberarzt sehen jeden Patient und wissen grob worum es geht“ „gemeinsam auf den Fortschritt schauen“ „um Fortschritte zu sehen“ „Wochenergebnis, weiteres Vorgehen“ „bei Unklarheit wird darüber gesprochen“ „da dies Fachkräfte ausüben“ „meiner Meinung nach verschafft sich Chefarzt/Oberarzt einen persönlichen Eindruck, zusätzlich zum im Personalteam Besprochenen“ „Brainstorming für das Team“ „einige Fragen werden geklärt“</p>
Ziele weder besonders klar noch besonders unklar	<p>„keine Vermittlung, sondern Selbsterschließung“ „das Ziel wird nicht vorher erklärt, scheint aber das Gespräch als Selbstzweck zu sein“ „denke schon, wurden mir aber im Vorfeld nie genau erklärt“ „oft nur standardisierte Fragen“ „manchmal ja aber manchmal auch nicht“ „hängt vom Einzelfall ab“ „organisatorisch ja, therapeutisch nein“ „kann ich mir denken, wurden jedoch nicht explizit erläutert“</p>

<p>Ziele eher unklar</p>	<p>„kaum Info, erster Klinikaufenthalt“ „weiß nicht was es mir bringen soll“ „manchmal nicht immer nachvollziehbar, was Gesprächsleiter direkt von mir wissen möchte“ „Ziele unklar, da mir von niemandem gesagt wurde, wozu die Visite da ist“ „Sehe nicht viel Sinn darin, da die Beteiligten sich ohnehin schon über den Patienten austauschen“ „habe danach oft keine Ahnung was das jetzt bringen sollte“ „da bisher nur eine Visite, schwer zu beurteilen“ „nicht so ganz??“ „manchmal nicht ganz klar was einen erwartet“ „noch nicht ganz“ „nicht immer; einzelfallabhängig“ „keine Erklärung bekommen“ „hat noch niemand erklärt“ „werden bislang nicht genannt“ „Wurde nie erklärt. Es ist nicht bekannt, welchen Zweck die Visite hat. Man geht hin, weil man muss.“ „nein“ „wurde mir nie explizit mitgeteilt“ „in derzeitiger Form nicht“ „wird mir nicht gesagt“ „Die Ziele wurden nicht erklärt“ „man wird über Ziel nicht wirklich informiert bzw. über Nutzen für Patienten“ „keine Ahnung“ (n=2) „nicht immer“</p>
---------------------------------	--

10.13 Wünsche an die psychosomatische Visite aus Patientensicht, Zitate

<p>„bessere Pünktlichkeit bzw. bessere Zeitplanung im Voraus“ „weniger Anwesende, gezielte Fragen, keine Pausen“ „bei erster Visite Information über Sinn und Ablauf der Visite (fehlt bzw. findet bei Aufnahme statt, dies kann aufgrund der vielen Eindrücke nicht gleich alles abgespeichert werden); allgemein mehr Infos über Sinn und Zweck der einzelnen Angebote für Patienten“ „mehr auf den Patienten eingehen“ „Stuhlkreis → nicht so bedrohlich“ „weniger Menschen, nur Arzt und Patient, locker und auch mal einen Spaß machen“</p>
--

„mehr ziel- und/oder etappenmäßiges Arbeiten, Therapeut sollte Gespräch führen, mit statt über den Patienten reden“

„nähere Sitzposition, nicht auf einen großen Raum verteilt; Erklärung des Ziels der Visite und der Behandlung überhaupt; Bezug auf die Therapien – wozu dient welche Therapie; Nennung des Eindrucks der Therapeuten, nicht nur Fragen nach dem Eindruck des Patienten; Einbindung in die Gesamttherapie; Gesprächsführer sollte jemand sein, der mit dem Patienten zu tun hat (nicht Ober-/Chefarzt); Nennung von Prognosen und möglichem weiteren Vorgehen“

„die anderen Anwesenden sollten auch mit in der Visite sprechen; Visite sollte nicht zu angespannt verlaufen; dem Patienten helfen, so gut wie möglich; Anliegen sollten berücksichtigt werden“

„Vor der ersten Visite sollte der Patient evtl. darauf vorbereitet werden, um was es geht, wie die Visite abläuft, wer alles anwesend ist etc.“

„die Angst vor der Visite sollte genommen werden, indem aufgeklärt wird, wie lange, wozu etc.“

„konkrete Fragen an den Patienten; sich Zeit nehmen; ein Infoblatt mit den wichtigsten Aussagen des Patienten, um das wichtigste hervorzubringen“

„im kleineren Rahmen mit max. 3 Personen!“

„mehr Feedback und Vorschläge/Sachen an denen ich arbeiten kann“

„Zeit individuell anpassen“

„bessere Planung der Visite um Zeitdruck zwischen den Therapien zu vermeiden; mehr Rückmeldung vom ganzen Team wie sie den Verlauf der Behandlung sehen und einschätzen“

„kurz und auf den Punkt“

„bei der Einzelvisite einen Plan, wann ungefähr wer drankommt, Genauigkeit ca. halbe Stunde“

„kein "Verhörklima", sondern eher ein Gespräch mit dem Patienten, den Ärzten und Psychologen am Tisch → Patient fühlt sich besser, wenn nicht ein Stuhl mehreren gegenübersteht, sondern eher mit Tisch nicht zu viel Distanz gehalten wird (s. Zeichnung) → die Situation sorgt noch mehr dafür, dass der Patient aufgeregt ist → Prüfungsangst, wird quasi vorgezeigt → andere Anordnung“

„eine detailliertere Betrachtung der einzelnen Therapiemaßnahmen wäre gut“

„Bezugstherapeut als Gesprächsleiter“

„entspannte Atmosphäre, runder Tisch, alle sollten sich am Gespräch beteiligen“

„länger“

„noch vor der ersten Visite den Sinn dahinter erklären“

„Absprache über das weitere Vorgehen/Therapie mit dem Patienten wäre schön → warum oder warum nicht erhält man eine Therapie, welche Therapien sind nötig und was gibt es, welche Wünsche sind erfüllbar?“

„weniger Personen bei der Visite, wirkt schnell einschüchternd“

„es sollten deutlich weniger Personen anwesend sein; so ist es kaum möglich, ein offenes Gespräch zu führen, fühlt sich an wie auf Bühne, es kommt keine vertrauenswürdige Atmosphäre zustande“

„mehr Transparenz zwischen Ärzteteam und Patient“

„weniger Personal, Teilnahme der in die Therapie eingebundenen Leute, mehr auf Patienten eingehen (Ziele erreicht, Therapieangebot erweitern usw.)“
 „Information geben, warum die Visite stattfindet und wie der weitere Therapieverlauf ist“
 „Aktenvermerke in Kopie dem Patienten aushändigen, soweit er das wünscht“
 „wenn es nicht anders möglich ist: fremde Personen rausgehen, Patient sollte über den Sinn/die Ziele vorher aufgeklärt werden, Bezugsperson (ob Therapeut oder Arzt egal), Patienten Fragen stellen, welche sich nicht nur mit Ja/Nein beantworten lassen“
 „immer feste Zeiten für jeden Patienten!“
 „lieber mit Schwerpunkt bei persönlichem Therapeut“
 „nicht mehr als 4 Leute außer Patient; auf Patient eingehen“
„Zusammenfassung, Rückmeldung durch Fachtherapeuten; aktueller Status aus Sicht der Therapeuten“
 „dass nicht so viele Leute in dem Raum sind“
 „nicht so viel Taktik v. Arztseite, mehr Menschlichkeit und nicht nur Professionalität“
„so wenig wie möglich Personen im Raum; das Gefühl geben, auf einer Augenhöhe zu sein → dass man sich nicht klein fühlt“
 „nicht so viele Leute auf einmal“
 „Ergebnisse der Tests mitteilen (wenn man nicht explizit nachfragt bekommt man nichts davon mit)“

10.14 Ergebnisse zu Gruppensitzungen

Tabelle 28 fasst die Patientenangaben zur Frage nach Gruppensitzungen zusammen. Die Mehrheit spricht sich gegen eine Gruppensitzung aus, bei der mehrere bis alle Patienten gleichzeitig anwesend sind. Als Gründe dagegen werden vor allem die Wahrung der Privatsphäre, die schon vorhandene Gruppentherapie sowie eine möglichst individuelle Behandlung der Patienten angegeben.

Tabelle 28: Gruppensitzungen

Sollte Ihrer Meinung nach regelmäßig eine Gruppensitzung stattfinden?		
	%	n absolut
nein	81,6	120
ja	18,4	27
gesamt	100,0	147
Bei gewünschter Gruppensitzung: Sollten sich alle anwesenden Personen untereinander kennen?		
	%	n absolut
ja	75,0	21
nein	25,0	7
gesamt	100,0	28
Bei gewünschter Gruppensitzung: Sollte jeder Patient mindestens einmal zu Wort kommen?		
	%	n absolut
ja	83,3	25
nein	16,7	5
gesamt	100,0	30
Bei gewünschter Gruppensitzung: Sollte die Zeit auf alle Patienten gerecht verteilt sein?		
	%	n absolut
ja	73,1	19
nein	26,9	7
gesamt	100,0	26

Im Folgenden sind Antworten der Patienten, die sie auf die Freitextfragen zur Gruppensitzung gegeben haben, als Zitate wiedergegeben.

Häufigkeit	„einmal wöchentlich“ (n=14) „zweimal wöchentlich“ (n=2) „dreimal wöchentlich“ (n=2) „täglich“ (n=1) „je nach Dauer des Aufenthaltes“ (n=1) „bei eintreffenden Problemen“ (n=1) „je nach Bedarf“ (n=1)
Dauer	minimal fünf und maximal 90 Minuten – < 30 Minuten (z.B. 15 oder 20 Minuten, n=9) – „30 Minuten“ (n=4) – „60 Minuten“ (n=4) – „kurz und knapp“ (n=1)

Zahl der anwesenden Patienten	„alle“ (n=5) „fünf“ (n=4) „unter fünf“ (n=3) „zehn“ (n=1) „15“ (n=1) „freiwillig, nach Wunsch“ (n=1) „die betreffenden Personen“ (n=1)
Zahl der anwesenden Ärzte bzw. Therapeuten	„zwei Ärzte bzw. Therapeuten“ (n=5) „weder Ärzte noch Therapeuten“ (n=2) „drei“ (n=1) „sechs“ (n=1) „Bezugsärzte“ (n=1) „zwei bis drei“ (n=1) „ein Arzt, ein Therapeut“ (n=1) „maximal zwei“ (n=1) „mindestens zwei“ (n=1) „egal aber nicht zu viele“ (n=1) „ein bis drei“ (n=1) „Oberarzt und direkte Therapeuten“ (n=1) „ein Arzt, zwei Therapeuten“ (n=1)
Zweck der Gruppensitzung	„ Teamgefühl, gegenseitige Unterstützung “ „bei "geschlossenen" Gruppen um allgemeine Themen betr. des "Settings" zu besprechen“ „ nur bei Konflikten bzw. wenn Therapieziele kollidieren “ „es sollte sich größtenteils um Krankheit der Patienten drehen“ „ Austausch “ „nicht nur Rückmeldung von Therapeuten, sondern auch von der Gruppe“ „Aussprache“ „Austausch über den aktuellen Gesundheitszustand“ „Austausch aller, falls Bedarf“ „auch zum Vergleich“ „wie Gruppentherapie“ „ Hilfe in anderen Erfahrungen bekommen; Mitpatienten kennenlernen “ „man erkennt sich auch in anderer Problematik“ „die Mitpatienten besser einschätzen können/kennenlernen“ „Behandlungsstand (Ist-/Soll-Zustand) klären“ „die Meinung der Ärzte erfahren“

	<p>„Austausch zwischen Patienten → was läuft gut, was nicht → Raum für Diskussion“ „sich Sorgen anderer anhören“</p>
<p>Vorteile der Gruppensitzung</p>	<p>„Austausch, Gruppengefühl“ „gemeinsamer Austausch, Gesamtbild bekommen, Gruppengefühl stärken, Gruppendynamik verbessern“ „Dinge können direkt geklärt werden“ „Unterstützung, Gleichberechtigung, gegenseitig therapieren“ „auch die Gruppe kann sich beteiligen“ „man lernt die Problematiken der Mitpatienten kennen, Zeitverteilung je nach Redebedarf“ „zur eigenen Reflexion“ „die Probleme der anderen kennenlernen und identifizieren“ „man sieht, dass andere auch Probleme haben“ „Problematik anderer und eigene auf andere“ „gleiche Krankheiten können von mehreren Betroffenen besser beurteilt werden“ „von allen etwas erfahren“ „Diskussionsaustausch“ „mehr Mut, man fühlt sich nicht alleine“</p>
<p>„Was könnte man noch verbessern?“</p>	<p>„Hintergründe und Ziele definieren und erklären“ „über Gefühle sprechen; offen sein; seine Probleme äußern; Arzt/Therapeut sollte viele wichtige und nutzbare Fragen stellen“ „sich selber“ „Zeit“ „die Zeiten einhalten“ „die Stimmung zwischen den Patienten dadurch“</p>
<p>Gründe gegen Gruppensitzung</p>	<p>„Gruppentherapie“ „Probleme gehen Mitpatienten nichts an“ „Mitpatienten sollten nicht innerste Probleme kennen“ „einzelnefallbezogene Besprechung gewünscht“ „gesundheitliche Angelegenheiten sind privat, möchte das selbst entscheiden“ „zu privat für andere“ „kann offener sein, wenn alleine“ „Intimität, Datenschutz“</p>

	<p>„nicht sinnvoll, da hier der Einzelne im Vordergrund stehen soll“</p> <p>„persönlicher Freiraum“</p> <p>„zu persönlich“ (n=2)</p> <p>„individuelles Krankheitsbild braucht konkrete Antworten bzgl. Prognose, Therapieverlauf etc. – Gruppengespräch gibt es schon in der Gruppentherapie“</p> <p>„Krankheit wird gerne intim behandelt, und ich rede nicht gern vor vielen Menschen“</p> <p>„andere Patienten brauchen mein Problem nicht in einzelnen Bereichen kennen“</p> <p>„möchte bei der Visite nicht mit anderen Patienten meine Krankheit besprechen“</p> <p>„lieber Zeit für den Einzelnen nehmen“</p> <p>„Visite sollte persönlich bleiben“</p> <p>„Privatsphäre; was andere mitbekommen sollen kann man später selbst mitteilen“</p> <p>„mein Anliegen ist privat“</p> <p>„Probleme & Co. können intern/untereinander angesprochen werden“</p> <p>„Individualität und Persönlichkeit des Patienten sind sehr wichtig“</p> <p>„intime Fragen und Medikamente“</p> <p>„Privatsphäre von mir, möchte Mitpatienten nicht alles erzählen was evtl. dort besprochen wird“</p> <p>„Diskretion“ (n=2)</p> <p>„Privatsache, Schweigepflicht“</p> <p>„zu übergreifend, zu privat“</p> <p>„jeder sollte entscheiden können was privat bleibt“</p> <p>„Privatsphäre und ärztliche Schweigepflicht sollten im Vordergrund stehen“</p> <p>„Privatsphäre“ (n=6)</p> <p>„Probleme sind zu individuell“</p> <p>„Visite ist privat“</p> <p>„die anderen Patienten spielen keinerlei Rolle in einer Visite“</p> <p>„Persönlichkeitsrecht, Datenschutz“</p> <p>„Privatsphäre, Datenschutz“</p> <p>„ich bespreche meine Probleme lieber nur mit einem Arzt“</p> <p>„jeder sollte seine Probleme privat lassen“</p>
--	--

	<p>„möchte das nicht mit den Mitpatienten“</p> <p>„ich finde Gruppentherapien gut aber Gruppensitzungen nicht“</p> <p>„ich denke die Anliegen und Themen des Einzelnen finden dann nicht mehr die Berücksichtigung“</p> <p>„es geht die Patientengruppe nichts an, was in der Visite besprochen wird. Würde bei mir absolut zu Zurückhaltung in den Äußerungen führen, da ich mir der Einhaltung der Schweigepflicht nicht sicher sein kann“</p> <p>„ich möchte medizinische Probleme nicht mit/vor anderen Patienten besprechen“</p> <p>„zu öffentlich“</p> <p>„finde Einzelvisite besser“</p> <p>„manche Dinge sollen privat bleiben“</p> <p>„Privatsphäre des Patienten. Er entscheidet, was "offiziell" wird“</p> <p>„möchte nicht über Erkrankungen der anderen Patienten zu viel wissen“</p> <p>„individuelles Krankheitsbild → individuelle Genesungsziele und Vorgehen“</p> <p>„möchte persönliches Gespräch“</p> <p>„es geht niemanden etwas an was ich habe“</p> <p>„noch mehr Leute die einen beobachten“</p> <p>„Anteil von Gruppentherapie schon hoch genug!“</p> <p>„Mitpatienten müssen nicht alles wissen“</p> <p>„Privatsphäre schützen“</p> <p>„wüsste nicht wozu das gut sein sollte“</p> <p>„weil es nicht um die Gruppe geht, sondern um mich selbst“</p> <p>„Wahrung Privatsphäre“</p> <p>„so wenig Personen wie möglich anwesend“</p> <p>„zu privat“</p> <p>„Verlust der Individualität Arzt ↔ Patient“</p> <p>„individuell, Datenschutz“</p> <p>„man mag evtl. nicht so frei reden, Datenschutz“</p> <p>„ich will meine Schwäche nicht anderen zeigen“</p> <p>„finde Einzelvisite sinnvoller und zielführender, darin geht es um einzelnen Patienten“</p> <p>„das geht keinen etwas an“</p> <p>„Datenschutz, Privatsphäre“</p> <p>„machen meiner Meinung nach keinen Sinn“</p>
--	---

	<p>„jeder hat andere Anliegen; Privatsphäre“</p> <p>„Privatsphäre, es geht um mich!“</p> <p>„zu individuell“</p> <p>„zu persönlich, Chaos → zu viele Leute und Meinungen“</p> <p>„Einzelsitzung besser; nur sinnvoll, wenn Einzelsitzung nicht möglich“</p> <p>„ich möchte nicht alles mit Mitpatienten teilen“</p> <p>„ich möchte entscheiden, welche Informationen meine Mitpatienten bekommen“</p> <p>„jeder Patient sollte individuell sein; alleine ist besser“</p> <p>„Hemmungen größer, individuelles Eingehen nicht optimal möglich, Privatsphäre der Patienten sollte gewahrt werden, in sonstiger Gruppentherapie kann jeder selbst entscheiden inwiefern er sich einbringt, in Visite müsste man ja Fragen oder persönliche Belange/Anliegen vor allen anderen besprechen, man hätte nicht die Wahl!“</p> <p>„ich fühle mich besser, wenn ich in der Visite alleine bin“</p> <p>„andere geht konkreter Krankheitsverlauf nichts an“</p> <p>„denke die Visite sollte im Einzelnen bleiben“</p> <p>„das ist keine Visite, das ist schon Therapie“</p> <p>„sehe keinen Zweck“</p> <p>„ich möchte meine Probleme nicht jedem offenlegen“</p> <p>„weil jeder Patient eine andere Krankheit hat“</p> <p>„Persönlichkeitsrechte“</p> <p>„unpersönlich“</p> <p>„es sollen nicht alle alles über einen wissen“</p> <p>„kenne keine Gruppensitzung; unangenehm“</p> <p>„es geht die Mitpatienten nichts an; ich kann entscheiden wen ich teilhaben lasse“</p> <p>„jeder Patient ist für sich da; oft zu persönlich für die Gruppe“</p>
--	--

10.15 Informationsblatt für Patienten über die psychosomatische Visite

Ziele und Bedeutung der Visite

- Zusammenkommen von behandelndem Team mit dem einzelnen Patienten
- Austausch über aktuelle körperliche und seelische Situation des Patienten
- Herstellung einer gemeinsamen Basis bezüglich Diagnostik und Therapie für die weiterführende Behandlungsplanung
- gegenseitige Rückmeldungen
- Klären von Fragen und Anliegen des Patienten
- Ansprechen von Problemen
- Aufbau und Pflege einer individuellen Beziehung zwischen behandelndem Team und Patient
- Herstellung von Vertrauen
- Förderung freien Assoziierens
- Stärkung des Selbstwertgefühls des Patienten durch positive Erfahrungen
- gemeinsame Entscheidungen treffen
- Kontrolle der Behandlung durch übergeordneten Behandler (Chefarzt, Oberarzt etc.)
- Lehre bei der Aus- und Weiterbildung (auch die Visite muss erlernt werden!)
- Die Visite als **einzige Möglichkeit** für ein Zusammenkommen zwischen Patient, Ärzten und Pflege ist ein zentraler Bestandteil des Aufenthalts und dient einer schnellen Genesung der Patienten!

Ablauf der Visite

- Die Visite findet im Gruppenraum statt.
- Das Visiteteam besteht aus Ärzten, Psychologen und Pflegepersonen (zwischen sechs und zwölf Personen).
- Unbekannte Personen werden Ihnen vor Beginn des Gesprächs vorgestellt.
- Sie dürfen vor dem Visiteraum warten und werden dann vom Gesprächsleiter in den Raum geleitet.
- Bevor Sie in den Raum kommen, tauscht sich das behandelnde Team über Ihren Krankheitsverlauf sowie über Ihre aktuelle körperliche und seelische Situation und eventuell anstehende Fragen aus.
- Das Gespräch wird von Chefarzt, Oberarzt oder dem leitenden Psychologen geleitet.
- Das Gespräch zwischen Ihnen und dem Gesprächsleiter steht im Zentrum der Visite, die übrigen Teilnehmer hören aufmerksam zu, eventuell werden Notizen gemacht.
- Sie haben jederzeit die Gelegenheit, Fragen zu stellen, das Gespräch zu unterbrechen oder eigene Anliegen vorzubringen.
- Das Gespräch dauert i.d.R. nicht länger als zehn Minuten und kann individuell angepasst werden.
- Im Anschluss an das Gespräch werden Sie freundlich verabschiedet und verlassen den Raum wieder.

11 Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater und Betreuer, Prof. Dr. M. Teufel, für die viele Zeit, die hilfreichen Ideen und Ratschläge. Er hat mir in den letzten Jahren von Beginn an bei der Vorbereitung, Durchführung, Auswertung sowie beim Verfassen der Doktorarbeit beigestanden und geholfen. Vielen Dank. Weiterhin herzlichen Dank an das Team der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Tübingen, sowohl auf Station als auch in der Tagesklinik und Ambulanz. Es war eine große Hilfe, dass ich während meiner Vorbereitungsphase bei Visiten anwesend sein konnte und für die Durchführung regelmäßig an Gruppenterminen teilnehmen sowie die Räume der Ambulanz zum Drucken, Auswerten und Schreiben nutzen durfte.

Ein besonderer Dank geht an meine Familie, allen voran meine Eltern, meinen Freund und alle Freunde, die mich die ganze Zeit begleitet haben, jederzeit bereit waren, mir zuzuhören, mir wertvolle Tipps gegeben haben und mir, wenn es nötig war, Mut zugesprochen haben.