

Probst S, Mörtl K, Kächele H, Wietersheim Jv (2011) Die Funktion der Visite in der psychosomatischen Klinik. Psychodynamische Psychotherapie 10: 235-242

## **Von der Visite im Krankenhaus zur Visite in der psychosomatischen Klinik**

Susanne Probst, Kathrin Mörtl, Horst Kächele, Jörn von Wietersheim

Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm

### **Zusammenfassung**

Die Visite in der psychosomatischen Klinik hat wenig spezifische Aufmerksamkeit in Forschung und Praxis erfahren. Was sind die formalen und inhaltlichen Aspekte? Zur ersten Annäherung wurden im Jahr 2004 Fragebögen an alle psychosomatischen Akut- und Rehabilitationskliniken in Bayern und Baden-Württemberg geschickt. 60 Bögen wurden von den leitenden Ärzten ausgefüllt und an uns zurückgesandt (38 aus Akut- und 22 aus Rehabilitationskliniken). Die Ergebnisse zeigen, dass für die leitenden Ärzte in der psychosomatischen Visite es vor allem wichtig ist, sich einen Überblick über den Zustand des Patienten zu verschaffen sowie Therapiefortschritt und -wirksamkeit zu überprüfen. Es soll sich eine kurze, regelmäßige Interaktion mit dem Patienten entwickeln, in der auch der Patient Fragen stellen kann. Die teambezogene Funktion der Visite (z.B. Informationsaustausch, Supervision) ist für die befragten Ärzte weniger bedeutsam.

Schlüsselwörter

Psychosomatische Klinik, Visite, Wirkfaktoren der Psychotherapie

## **From ward rounds in the hospital to ward rounds in the psychosomatic clinic**

### **Abstract**

This study was conducted to investigate how ward rounds are executed in psychosomatic clinics and which specific aspects relating to their structure and their content are implied. In the year 2004, a questionnaire was sent out to all 157 psychosomatic clinics (acute and rehabilitation) in Bavaria and Baden-Württemberg; 60 of them were filled out by the lead medical doctors and sent back to us (38 of acute and 22 of rehabilitation clinics). The results indicate that the ward rounds are highly important to the lead medical doctors to receive an overview of the patient's condition and to check on the therapeutic progress. The purpose is to engage in an interaction with the patient and to provide space for questions and answers. The team informing function of the ward rounds (e.g. information exchange, supervision) is less important to the doctors.

Keywords

Psychosomatic Medicine, Ward Round, Common Factors

## Einleitung

„Die Visite, der Höhepunkt an jedem Tag, war gleichzeitig immer die größte Enttäuschung gewesen.“ Das Zitat des österreichischen Schriftstellers Thomas Bernhard aus seiner erstmals 1978 erschienenen autobiographischen Schrift „Der Atem“ (2004, S. 58) zeigt die hohe Erwartung an die Visite im Krankenhaus. Die Krise einer sprachlosen Medizin wurde von der Literatur sichtbar gemacht. Diese Klage wurde anfangs der siebziger Jahre Thema der Forschung. Der Mangel an Zeit für den Patienten wurde vielfältig dokumentiert (Nordmeyer, 1978). Aufgabe der traditionellen Visite war die Fixierung und Kontrolle des Therapieplans und weniger die Annäherung zwischen Arzt und Patient (Raspe und Nordmeyer, 1981).

Im Kontext der von Thure von Uexküll eingeleiteten Neu-Orientierung einer bio-psycho-sozialen Medizin wurde eine Neu-Orientierung der Visitenfunktion eingeleitet. Besonders an der neu gegründeten Medizinisch-naturwissenschaftlichen Hochschule Ulm (später dann Universität Ulm), an der von Uexküll als Gründungsprofessor mitgewirkt hatte, konnte er als einer der internistischen Abteilungsleiter seine Ideen zu psychosomatischen Medizin weiter entwickeln. In diesem günstigen Umfeld wurden neue Ideen erprobt, u.a. Balint-Gruppen für Krankenschwestern (Köhle et al. 1972), Horizontalvisiten (Rotmann u. Karstens 1974) und eine internistisch-psychosomatische Krankenstation (Köhle et al. 1980). Diese Ansätze konnten aufzeigen, dass eine Verbesserung der medizinischen Betreuung durch mehr patienten-orientiertes Handeln möglich war.

Uexkülls Reformansatz suchte eine Auseinandersetzung zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und holistischen, ganzheitlichen Verständnis. Erstgespräch und Visite wurde dabei bevorzugte Orte von diskursanalytischen Studien, da dort die sprechende Medizin zu Wort kommen durfte<sup>1</sup>. Besonders das Bild der traditionellen Stationsarztvisite wurde empirisch differenziert. Im Kontext des Ulmer Visitenprojektes im SFB 129 „Psychotherapeutische Prozesse“ unterschieden Westphale, Simons und Köhle (1981) zwischen diagnostischen und therapeutischen Funktionen der psychosomatisch-internistischen Visite. Dabei unterteilen sie die therapeutischen Funktionen in spezifische und unspezifische: Zuwendung und Interesse durch den Arzt wirken unspezifisch, stabilisieren und stützen den Patienten. Durch die Aufmerksamkeit und das Interesse des Arztes wird die Compliance gefördert, Copingstrategien werden unterstützt (Bliesener & Köhle, 1986). Spezifisch wirken hingegen therapeutische Interventionen zur Bewusstmachen und Bearbeitung von Konflikten. Neben diesen patientenbezogenen Aufgaben wurde der psychosomatisch-internistischen Visite auch eine arbeitsorganisatorische Funktion zugeschrieben (Fehlenberg & Köhle, 1983). Dabei stand die Pflege einer Teamkultur im Zentrum: Besonders der Austausch von Informationen innerhalb der Teammitglieder wurde betont, womit gleichzeitig Supervision und Ausbildung verbunden waren.

Diese goldene Ära der Visitenforschung, wie wir im Nachhinein feststellen dürfen, zielte auf Kritik und Verbesserung der ordinären somatischen Visite.

Heute finden sich weitgehend positionsübergreifende Modelle, wie dies zum Beispiel Vogt (2003) formuliert. Er definiert sieben patienten- und teambezogene Funktionen der idealtypischen Visite: (1) Auftragsklärung und Gesamtplanung, (2) Zwischenanamnese und Verlaufsbeobachtung, (3) Entlassung und Prognose, (4) Beziehungsgestaltung, (4) Kontrolle, (5) Supervision und Ausbildung, sowie (6) Informationsaustausch zwischen Teammitgliedern und (7) Präsentation als Team. Wie schwierig die sinnvolle Umsetzung dieser idealtypischen Kategorien im jeweiligen klinischen Alltag aber ist, zeigen empirische Studien: Wie schon

---

<sup>1</sup> In der Fachdatenbank PSYNDEX findet man mit dem Suchbegriff „Visite“ nur 19 mehr oder weniger ergiebige Artikel und Buchkapitel (oftmals ohne empirische Datenermittlung), die nach 1990 erschienen sind. Zwischen 1973 und 1990 sind dies 33 (Suchdatum: 20. Februar 2009).

Raspe und Nordmeyer (1981) festgestellt hatten, gingen in der traditionellen Visite 80% der Gesprächsinitiativen und Frageaktivität vom Arzt aus; den gleichen Befund, die zu Lasten des Patienten gehende asymmetrische Gesprächsstruktur des dominanten Arztes, betonte erneut Haferlach (1994). Geisler (2002) bemängelte, dass die Patienten die von den Ärzten verwendeten Fachausdrücke häufig nicht oder sogar falsch verstehen würden und Wittig (2003) stellte fest, dass sich Patienten mit niedrigem Bildungsniveau nach einer Visite schlechter fühlen würden als vorher.

Soviel zur Situation der Visite im alltäglichen Krankenhaus. Angesichts der inzwischen flächendeckenden Etablierung von stationären psychosomatischen Einrichtungen, wollen wir untersuchen, welche Entwicklung das Konzept der Visite in diesen Einrichtungen genommen hat. Zum Beispiel skizzierte Müller (1988) für den Visitenarzt in die Heidelberger Psychosomatischen Klinik eine ähnliche Funktionalität wie in der somatischen Medizin, die vor allem in der Zusammenführung von sozialen, somatischen und psychischen Komponenten besteht: Offenkundig ist dieser Visitenarzt noch der gute alte Stationsarzt, der nicht als Psychotherapeut tätig wird, dessen Arbeit wenig Gratifikationen bietet, eine undankbare Aufgabe (S.165). Aber zugleich ist der Visitenarzt Teil des therapeutischen Teams: "Dabei entstehen Konflikte, die immer wieder der Klärung bedürfen, um das Team funktionsfähig zu halten" (S.166).

Im Rahmen des jetzt verbindlichen Prozedurenschlüssels für psychiatrische und psychosomatische stationäre Behandlungen wird auch die Visite (allerdings nur im Bereich der psychosomatischen Komplexbehandlung) genannt (DIMDI 2010). Gefordert ist für diese Behandlung eine wöchentliche mindestens 10minütige Visite, die durch einen Facharzt durchgeführt wird.

Wie die Visiten im jeweiligen psychosomatischen Klinikalltag genutzt werden und ob sich daraus aktuelle Trends in der Bedeutung der Visite herausarbeiten lassen, hat uns aus vielen Gründen beschäftigt. Generell dürften in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Arbeit andere Beziehungsstrukturen von Bedeutung sein als im Allgemeinkrankenhaus. Wirkfaktoren der teil-stationären Psychotherapie, wie wir sie erhoben haben (Mörtl & von Wietersheim 2008), verweisen auf spezifische psychotherapeutische Wirkmechanismen ausserhalb der Einzel- und Gruppentherapiesitzungen: in den Pausen im Gespräch mit den Mitpatienten, im erweiterten Dialog mit den Therapeuten innerhalb und ausserhalb der Klinik, im Kontakt zur immer erreichbaren Krankenschwester als erste und wichtige Anlaufstelle. Welche Rolle hier die wöchentliche Visite einnimmt, war uns wenig deutlich. Deshalb haben wir untersucht, wie sich psychosomatische Visiten bezüglich Häufigkeit, Ort, Dauer, Teilnehmer, Inhalt und Funktion charakterisieren lassen, und ob sich psychosomatische Rehabilitations- von Akutkliniken darin unterscheiden.

## **Methode**

Unser Interesse war es die gegenwärtige Visitenrealität zu abbilden. Neben den äußeren Rahmenbedingungen (Ort, Häufigkeit, Dauer, Teilnehmer) wurden auch inhaltliche Aspekte (diagnostische, therapeutische oder organisatorische Funktion, patienten- oder teambezogen) erfasst.

### **Studiendesign und Stichprobe**

Im Querschnittsdesign wurden zu einem Zeitpunkt (November 2004) alle 157 psychosomatischen Kliniken in Bayern und Baden-Württemberg angeschrieben. Diese wurden aus folgenden Quellen entnommen: Krankenhausverzeichnis 2000 (von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder); Verzeichnisse für Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Bayern 2002 (vom Bayerischen Landesamt

für Statistik und Datenarbeit); Standortplanung des Landes Baden-Württemberg für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin (vom Sozialministerium Baden-Württemberg). Die Chefarzte der Kliniken wurden gebeten einen Fragebogen zur Bedeutung der Visite auszufüllen und an uns zurückzusenden (ersatzweise konnten dies auch ihre Vertreter übernehmen). Wir erhielten 60 Fragebögen zurück (Rücklaufquote von 38%). Die 60 Kliniken umfassten 38 Akut- und 22 Rehabilitationseinrichtungen. 44 von 60 Fragebögen wurden von den Chefarzten selbst ausgefüllt. Die gesammelten Daten wurden im Anschluss in das SPSS Programm (Statistical Package for Social Sciences) eingegeben und dort statistisch auf ihre Häufigkeiten hin untersucht. Beim Vergleich von Akut- und Rehabilitationskliniken wurden je nach Skalenniveau und Verteilung der Items parametrische und nichtparametrische Verfahren eingesetzt (T-Test, Wilcoxon-Test, Mann-Whitney U-Test, Chi-Quadrat-Test). Als Signifikanzniveau wurde  $p < 0,05$  festgelegt.

### Erhebungsinstrument

Der 5 DIN-A4-Seiten umfassende Fragebogen enthält 25 Fragen zur Visite und gibt Auskunft darüber, ob eine Visite durchgeführt wird, wer diese leitet, wo und wie oft sie stattfindet, wie lange sie dauert, ob Mitpatienten anwesend sind und aus wie vielen Teilnehmern sie besteht. Erfragt wird außerdem ob psychotherapeutische Interventionen durchgeführt und Entscheidungen bezüglich des Behandlungsplanes getroffen werden. Die Visiteführenden sollen angeben, wie oft sie bestimmte Inhalte aufgreifen, welche Funktionen die Visite für sie erfüllt, ob sie mit ihrer Visite zufrieden sind und wie wichtig sie ihre Visiten für den Behandlungserfolg einschätzen.

## Ergebnisse

### Das Setting der Visite

Insgesamt führen 92% der untersuchten Kliniken Visiten durch, 5 der 60 Kliniken führten alternativ Sprechstunden beim Chefarzt, Einzel- oder Gruppengespräche mit den Ärzten, oder Fallbesprechungen im Team ohne den Patienten durch. 76% der Visiten sind gemischt psychotherapeutisch und körperlich-medizinische; 20% bieten eine rein psychotherapeutische Visite an, 4% eine rein körperlich-medizinische. 80% der untersuchten Visiten werden vom Chefarzt geleitet. Das Visitengespräch mit einem Patienten dauert durchschnittlich 11,1 Minuten (Standardabweichung 5,6 bei einem Minimalwert von 2,5 und einem Maximalwert von 26,7 Minuten). Am häufigsten wird die Visite im Zimmer des Patienten abgehalten (51%), am zweithäufigsten (31%) in einem anderen Funktionsraum (Stationszimmer, Gruppenraum). In den meisten Kliniken (51%) wird der Patient einmal in der Woche vom Chefarzt oder einem Vertreter visitiert, in 6% der Kliniken zweimal pro Woche (in 18% alle zwei Wochen, in 13% alle drei Wochen, in 12% seltener). Bei 73% der Visiten sind keine Mitpatienten anwesend. 62% der Visiten bestehen aus max. 4 teilnehmenden Mitarbeitern (33% aus 5-8, nur 5% aus 9-12). Die an der Visite teilnehmenden Mitarbeiter bestehen in den 55 Kliniken aus folgenden Berufsgruppen: Krankenpflegepersonal (in 86% der Kliniken), Assistenzärzte (in 84%), Oberärzte (56%), Psychologen (51%), Spezialtherapeuten (28%), Praktikanten (25%), Studierende (15%) und Krankenpflegeschüler (7%).

### Inhalte und Funktion der Visite

Die Mehrheit der Visiteführenden bewerten die Visite als wichtig (71%), 24% erachten sie als sehr wichtig. Die meisten sind mit der Durchführungsart der Visite ziemlich zufrieden (65%),

17% sind sehr zufrieden, 18% sind wenig oder gar nicht zufrieden. 56% der Visiteführenden würden gerne etwas an ihrer Visite ändern: Gewünscht wurde mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten (48%), oder häufigere Visiten (16%). Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Inhalte und Funktionen der Visite.

Tab 1: Inhalte und Funktionen der Visite (n=55, 5 missing)

Funktion und Inhalt der Visite	M	SD	Min	Max	
Befindlichkeit des Patienten	3,89	0,37	2	4	sehr bedeutsam & immer Inhalt der Visite
Anliegen des Patienten	3,80	0,45	2	4	
Erste Vorstellung des Visiteführenden	3,75	0,67	1	4	
Überblick über den Zustand	3,69	0,63	2	4	
Überprüfung von Therapiefortschritt	3,62	0,65	1	4	
Kennenlernen des Patienten	3,60	0,66	2	4	
Fragemöglichkeit für Patienten	3,55	0,57	2	4	
Information für Visitenführenden	3,53	0,63	2	4	
Regelmäßige Kontaktmöglichkeit	3,42	0,88	1	4	
Stabilisierung durch Zuwendung	3,33	0,61	2	4	
Therapieziele und Pläne	3,27	0,62	2	4	
Erstellung des Therapieplans	3,25	0,80	1	4	
Förderung der Compliance	3,24	0,82	2	4	
Diagnostische Funktion	3,22	0,71	2	4	
Beileitung des Therapieprozesses	3,17	0,80	1	4	
Emotionalen Beistand spenden	3,11	0,69	2	4	
Informieren des Patienten	3,09	0,67	2	4	
Nachstationäre Zeit	3,04	0,64	2	4	
Therapeutische Funktion	3,04	0,66	1	4	
Einzelereignissen und Besonderheiten	3,00	0,75	2	4	
Anschließende ambulante Therapien	2,95	0,76	2	4	
Informationsaustausch mit Pflege	2,95	1,10	1	4	
Psychosomatische Zusammenhänge	2,89	0,57	2	4	
Strukturierungsmöglichkeit	2,89	0,81	1	4	
Einschätzung der Teamarbeit	2,89	0,90	1	4	
Didaktische Funktion	2,87	0,94	1	4	
Anamnese	2,84	0,88	1	4	
Erklärungsmodell erarbeiten	2,78	0,63	1	4	
Patientenkurve	2,69	1,29	1	4	
Anordnung therapeutischer Maßnahmen	2,67	0,88	1	4	
Soziale Fragen	2,65	0,67	2	4	
Differentialdiagnostik	2,38	0,65	1	4	
Medizinische Befundbesprechung	2,38	1,05	1	4	
Organisatorische Funktion	2,35	0,73	1	4	
Körperliche Untersuchung	1,36	0,56	1	3	

[1: nie/keine Bedeutung] [2: manchmal/wenig Bed.] [3: häufig/mittl. Bed.] [4: immer/viel Bed.]  
M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Min: Minimalwert; Max: Maximalwert

Tabelle 1

Während eine körperliche Untersuchung in den Visiten eher selten durchgeführt wird, geht es fast immer um Befindlichkeit und Anliegen des Patienten. Fast immer stellt sich der Visiteführende bei seiner ersten Visite vor. Für die befragten Visiteführenden ist es bedeutsam mit Hilfe der Visite Kontakt herzustellen, Informationen zu gewinnen und sich so einen Überblick über den Zustand des Patienten und den Therapiefortschritt zu verschaffen. Die Patienten sollen in der Visite die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen. Die organisatorische

Funktion der Visite sowie explizit medizinische Inhalte (körperliche Untersuchung, medizinische Befundbesprechung) sind für die Befragten am wenigsten bedeutsam.

Aus den subjektiven Einschätzungen der Ärzte wird ersichtlich, dass die Visite bestehen bleiben sollte: 65% zeigten sich mit der Visite zufrieden, allerdings wünschten sich viele (48%) dafür mehr Zeit. Das Zeitproblem könnte gelöst werden indem alternative und effizientere Rahmenbedingungen für die Visite geschaffen werden. Einige Ideen hierzu sind: Individuelle Sprechstunden oder wöchentlichen Treffen des Chefarztes mit der gesamten Patientengruppe. Das Setting der Visite könnte mehr an die institutionellen Anforderungen angepasst sein und so den Bedürfnissen der Patienten und Mitarbeiter besser angepasst werden.

Psychosomatische Akut- und Rehabilitationskliniken wurden hinsichtlich der oben in den Ergebnissen genannten strukturellen und inhaltlichen Aspekte verglichen, sie unterscheiden sich kaum voneinander. Neben einer signifikant anderen Verweildauer (länger in der Akutklinik) findet sich der einzige inhaltliche Unterschied im Item „Emotionaler Beistand durch die Visite“. Dieses hat in der Rehabilitationsklinik eine höhere Bedeutung. Betrachtet man die prozentuelle Verteilung, so zeigt sich, dass der emotionale Beistand in 47% der Rehakliniken mit „sehr bedeutsam“ beurteilt wurde, in den Akutkliniken gaben dies nur 19% an. Der einzig signifikante Unterschied zu den Rahmenbedingungen der Visite findet sich hinsichtlich des Visiteführenden ( $p=0,005$ ): 91,7% der Visiten in Akutkliniken werden vom Chefarzt geleitet, in der Rehabilitationsklinik trifft dies nur auf 57,9% zu.

## Diskussion

Die psychosomatische Visite unterscheidet sich von der somatischen vor allem in einem zentralen Rahmenaspekt: der Zeit. Das psychosomatische Visitengespräch dauert in den hier untersuchten Kliniken durchschnittlich 11 Minuten. Ähnlich lang dauerten die Visiten in dem Modell-Projekt in Ulm 1972 bis 1979, in dem der psychosomatische Arbeitsansatz mit einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis auf einer internistischen Station integriert wurde: Nach Westphale und Köhle (1982) dauerte die Kernvisite am Krankenbett dort 6,7 Minuten und die Vor- und Nachbesprechung des jeweiligen Patienten vor dem Zimmer zusätzlich ca. 3 Minuten. Wittig (2003) ermittelte in seiner Untersuchung von psychosomatischen Visiten in der Abteilung Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikums Rostock eine mittlere Dauer von 14 Minuten. Die internistische Visite dauert im Schnitt ca. 3 Minuten<sup>2</sup>, die chirurgische Visite dauert sogar nur eine knappe Minute pro Patient und Tag (Siegrist, 1982). Die psychische Befindlichkeit des Patienten und seine Entwicklung in der letzten Zeit können jedoch nur in etwas längeren Gesprächen erfasst werden. So sind zum Beispiel soziale oder biographische Aspekte und Erklärungsmodelle des Patienten mit zu erheben. Auch Deutungen und Interventionen „kosten“ Zeit.

Betrachtet man jene Fragebogenitems, die als sehr bedeutsam eingeschätzt werden (Mittelwert über 2,3), so zeigt sich hier, bezogen auf die Einteilung von Fehlenberg & Köhle (1983), ein klarer Schwerpunkt in den so genannten patientenbezogenen Themen. Hierzu gehören die chefärztliche Supervision und Kontrolle (Überblick über den Zustand des Patienten verschaffen, Therapiefortschritt überprüfen). Die Visite bietet so einen Rahmen, in

---

<sup>2</sup> Nach Nordmeyer (1978) und Jährig und Koch (1982) dauert die internistische Visite pro Patient durchschnittlich ca. 3,5 Minuten, nach Siegrist (1972) 3 Minuten und nach Steinmann et al. (1978) durchschnittlich nur ca. 2,5 Minuten, wobei von letztgenannten als häufigster Wert 1 Minute angegeben wird. Auch die von Weber (2002) ermittelte durchschnittliche internistische Visitendauer von 7,6 Minuten liegt deutlich unter derjenigen in psychosomatischen Kliniken.

dem die Chefärzte ihre Verantwortung ausüben und den Therapieprozess und die Arbeit der Kollegen begleiten können. Die arbeitsorganisatorische Funktion, wie sie u.a. von Uexküll (1977, 1980) formulierte, und die sich in den Items zur organisatorischen und didaktischen Funktion abbildet, und die teambezogene Funktionen (Organisation) und die körperliche Untersuchung sind weniger bedeutsam. Die besonders bedeutsamen patientenbezogenen Items könnte man unter dem Begriff „Beziehung und Interaktion“ zusammenfassen: Der Patient soll sich in einer kurzen persönlichen Interaktion mit dem Visiteführenden zu Persönlichem äußern können und eine Rückmeldung bekommen.

Aus Sicht der Patienten, die in dieser Untersuchung nicht erhoben wurde, kann nach unserer Erfahrung die Visite sehr ambivalent bewertet werden. Zum einen erhält der Patient hier viel Aufmerksamkeit, er fühlt sich gesehen und beachtet, auch von einer klinisch erfahrenen, leitenden Person. Andererseits sind die Visiten, vor allem vor einer größeren Gruppe, auch oft ängstigend; Patienten gehen nicht gern in die Visite. Ob eine Visite für die Patienten therapeutisch wirksam ist, ist wegen der Rahmenbedingungen und der kurzen Zeit eher fraglich. Zwar zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass Therapieinterventionen (wie z.B. die Items Erklärungsmodelle erarbeiten, Anordnung von Maßnahmen, Klärung psychosomatischer Zusammenhänge) als weniger bedeutsam eingeschätzt werden, jedoch ist der Bereich „Kontaktmöglichkeit“ ohne Zweifel dem allgemeinen Wirkraum zuzuordnen. Zu jenem zählen Faktoren wie Feedback, Vertrauen, Therapeuten Expertise, Therapeutische Allianz und Strukturierung (vgl. Mörtl & von Wietersheim 2008).

Es gibt aber auch Kritisches zu bedenken: So kennt der Einzel- oder Gruppentherapeut den Patienten und seine Entwicklung vermutlich aufgrund der längeren Therapiezeit mit dem Patienten vermutlich wesentlich besser als ein Chefarzt innerhalb weniger Minuten erfassen kann. Die von den Visiteführenden beklagte mangelnde Zeit drückt dies vermutlich auch aus. Wichtig wird sein, vor oder nach der persönlichen Interaktion mit dem Patienten auch die Erfahrung der mit dem Patienten vertrauten Therapeuten einzubeziehen. Nach unseren Erfahrungen ist es schon möglich, die Befindlichkeit eines Patienten und seine Entwicklung z.B. in der letzten Woche einigermaßen innerhalb von 10 Minuten zu erfassen. Eine Grundlage für sinnvolle Interventionen ist damit aber meist nicht gegeben.

Folgende Beschränkungen sind zu beachten. Die Angaben in dieser Studie sind die persönlichen Einschätzungen der Visiteführenden. Es gibt viele Aspekte, die von ihnen als bedeutsam bis sehr bedeutsam eingeschätzt wurden. Ob diese Bereiche aber auch so in der aktuellen klinischen Praxis umgesetzt werden und z.B. auch so von den Patienten oder dem Team erlebt werden, ist eine noch zu beantwortende Frage. Diese kann nur durch ein Studiendesign beantwortet werden, in welchem die Visiten aufgezeichnet oder dokumentiert werden. Zu berücksichtigen ist auch die relativ geringe Rücklaufquote, so dass nicht von einer Repräsentativität der antwortenden Ärzte ausgegangen werden kann. Weitere Forschungen könnten sich dem Erleben der Patienten in der Visitsituation oder einem möglichen Einfluss der Visite auf das Ergebnis der Therapie widmen. Wir plädieren mit dieser Studie für eine neue Phase der psychosomatischen Visitenforschung, wobei wir besonders den therapeutischen Wert der chefärztlichen Intervention für wenig geklärt halten. Es ist durchaus lohnend, sich an von Uexkülls detaillierte Darstellung der Chefarztvisite in der Entwicklung der Medizin zu erinnern. Sie war für lange Zeit ein didaktisches Ereignis, hatte eine Funktion in der Ausbildung von Medizinstudenten und diente zugleich der Demonstration, dass der Professor immer Recht hat (von Uexküll 1980, S. 57).

### **Fazit für die Praxis**

Die Visite in der psychosomatischen Klinik erfüllt je nach Umsetzung unterschiedliche Funktionen. In manchen Kliniken stellt sie die einzige Kontaktmöglichkeit zwischen dem Patienten und dem leitenden Arzt dar. Die Visite eröffnet einen Raum für „Beziehung“, in dem sowohl der Patient als auch der Visitenführende Fragen stellen und Informationen erhalten kann. Der Visitenführende versucht in der knappen zur Verfügung stehenden Zeit ein Bild von der psychischen Situation des Patienten und dessen Therapiefortschritt zu erhalten und so seiner klinischen Verantwortung gerecht zu werden. Gleichzeitig sind Einzel- und Gruppentherapeuten oft besser informiert. Ob die Visite trotz der jetzt gültigen gesetzlichen Regelungen in dieser Form im psychosomatischen Alltag bestehen bleiben muss, sollte weiter diskutiert werden. Da es hierzu aber noch wenig alternative Vorschläge gibt, wünschen sich die meisten Ärzte für die bestehende Visite mehr Zeit. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es durchaus sinnvoll über neue Konzepte der Visitenführung (z.B. ausführlichere Besprechung ohne den Patienten oder seltenere Visite, aber dafür länger) nachzudenken.

### Literaturverzeichnis

- Bernhard T (2004) (15. Auflage) Der Atem. Eine Entscheidung. DTV München
- Bliesener T, Köhle K (1986) Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Westdeutscher Verlag Opladen
- DIMDI (2010) Operationen- und Prozedurenschlüssel, Version 2010.  
[www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/block-9-60...9-64.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2010/block-9-60...9-64.htm)  
(letzter Zugriff am 10.10.2010)
- Fehlenberg D, Köhle K (1983) Die Stationsarztvisite zwischen Krankenhausroutine und therapeutischem Gespräch. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 33:45-52
- Geisler L (2002) Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. PMI Verlag AG, Frankfurt Main, S 215-223
- Haferlach T (1994) Das Arzt-Patient-Gespräch. Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und Patientenaufklärung. W Zuckerschwerdt Verlag Bern Wien New York, S 39-42
- Jähig C, Koch U (1982) Die Arzt-Patient-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses – Eine empirische Untersuchung. In: Köhle K, Raspe HH (Hrsg) Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban und Schwarzenberg München Wien Baltimore, S 36-57
- Kächele H, Strauß B (2008) Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? Psychotherapeut 53:408-413
- Köhle K, Kächele H, Franz H, Urban H, Geist W (1972) Integration der psychosomatischen Medizin in der Klinik. Die Funktion einer Schwesternarbeitsgruppe "Patientenzentrierte Medizin". Med Klinik 67: 1644-1648
- Köhle K, Simons C, Böck D, Grauhan A (Hrsg) (1980) Angewandte Psychosomatik. Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. editiones Roche, Basel
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook for psychotherapy and behavior change. Wiley New York, S 139-193
- Mörzl K, Wietersheim J von (2008) Client experiences of helpful factors in a day treatment program: A qualitative approach. Psychotherapy Research 18:281-293
- Müller M (1988) Visite. In: Becker H, Senf W (Hrsg) Praxis der stationären Psychotherapie. Thieme Verlag Stuttgart, S 165-173
- Nordmeyer J (1978) Arzt-Patient-Beziehung während der Visite unter besonderer Berücksichtigung von Problempatienten. Dissertation Universität Hamburg Fachbereich Psychologie

- Raspe HH, Nordmeyer J (1981) Die Stationsarztvisite – eine verschenkte Möglichkeit? *Therapiewoche* 31:1021-1025
- Rotmann M, Karstens R (1974) Interaktionsprobleme der psychosomatischen Konsultationspraxis. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse* 28: 669-683
- Siegrist J (1972) Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten. *Zeitschrift für Soziologie* 1:271-280
- Siegrist J (1982) Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus. In: Beckmann D, Davis-Osterkamp S, Scheer, JW (Hrsg) *Medizinische Psychologie*. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York, S 375-401
- Steinmann G, Nordmeyer J, Deneke FW, Kerekjarto M (1978) Nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite. *Medizinische Psychologie* 4:68-80
- Uexküll T von (1977) Die Chefarztvisite als Problem. *Medizinische Klinik* 72:269-276
- Uexküll T von (1980) Die Chefarztvisite. In: Köhle K, Simons C, Böck D, Grauhan A (Hrsg) *Angewandte Psychosomatik. Die internistisch-psychosomatische Krankenstation*. editiones Roche, Basel, S 55-66
- Vogt M (2003) *Visite als Steuerungsinstrument in der Pflege und Therapie im Krankenhaus*. Verlag Dr. Kovac Hamburg
- Weber H (2002) *Die Ambivalenz in der Pflege auf dem Professionalisierungsweg – eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite*. Dissertation Universität Freiburg Philosophische Fakultät
- Westphale C, Köhle K (1982) Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle K, Raspe HH (Hrsg) *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. Urban und Schwarzenberg München, S 102-138
- Westphale C, Simons C, Köhle K (1981) Die Visite als psychotherapeutisches Gespräch. In: Heigl F, Neun H (Hrsg) *Psychotherapie in Klinik und Praxis Band 2*. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht Göttingen, S 255-262
- Wittig O (2003) *Die ärztliche Visite in der stationären Psychosomatik – Analyse der Patientenperspektive*. Medizinische Dissertation Universität Rostock