
Ergebnisse Summercamp 2010

Thema des Workshops

Kommunikation im Brennpunkt am Beispiel der Internistischen Visite

Chancen zur Verbesserung eines zeitgemäßen professionellen Leistungsangebotes für Patient, Arzt und Pflegefachkraft

E Biermann eberhard.biermann@lrz.uni-muenchen.de, A Dehn-Hindenberg dehn-hindenberg@online.de,
K Riefenstein Kerstin.Riefenstein@uniklinikum-dresden.de, H Weber hweber@uhbs.ch

Hintergrund

Für dieses Jahr hat sich die Arbeitsgruppe „Patientenorientierte Kommunikation“¹ vorgenommen, ein „Jahresthema“ zu bearbeiten – die *ärztliche Visite* während der stationären Behandlung. Die Vertiefung des Themas ergibt sich aus zwei Gründen:

1. Die Visite ist eine Dienstleistung, in der die Kommunikation elementar für alle Beteiligten ist: für Patienten¹, Ärzte und Pflegende. Sie ist eine *zentrale* Zusammenkunft, an der alle relevanten Informationen interprofessionell ausgetauscht und weitere Diagnose- und Therapiemaßnahmen geplant und koordiniert werden.
2. Für Patienten steht die Visite im Mittelpunkt des Behandlungsprozesses, und sie ist häufig die einzige Gelegenheit des Tages, Arzt und Pflegefachkraft *gleichzeitig* anzutreffen, so dass alle auf den gleichen Informationsstand kommen.
3. Für Ärzte und Pflegende stellt sie einen wesentlichen Teil des interprofessionellen Austausches dar, an dem täglich alle relevanten Informationen und weitere Therapiemaßnahmen geplant und koordiniert werden.

Soweit die Theorie - in der Praxis des Klinikalltages feiert die Visite fröhliche „Urstände“ – d.h. sie ist *traditionell* geblieben und entspricht in der Art und Weise, wie sie im Klinikalltag durchgeführt wird, nicht mehr den Anforderungen, die an sie gestellt werden. Patienten stellen fest, dass *Information, Aufklärung* und *Kommunikation* defizitär sind (Weber 1999) und Pflegende finden „Kurvengvisiten“ geeigneter, um mit ihrer Anliegen zum Behandlungs- und Pflegeprozess bei den Ärzten grössere Aufmerksamkeit zu erhalten, als dies bei der Visite der Fall ist (Weber et al 2009). Ärzte beklagen den Mangel an Präsenz von Pflegenden und erleben sie in den Fällen, in denen sie beteiligt, z.T. wenig informiert über die aktuelle Situation des Patienten (Weber 2002).

Da die *Kommunikation*, die hier als Oberbegriff für den Austausch von Informationen steht, elementarer Bestandteil der Visite ist, hat sich die Arbeitsgruppe vorgenommen, sie für das Jahr 2010 während des Summercamptreffens zu fokussieren. An diesem relativ abgeschlossenen Prozess mit hohem personellen Aufwand sollten verschiedene Aspekte der Qualitätsmanagements diskutiert werden: *Patientensicherheit* und *-zufriedenheit*, organisatorische Themen und Fragen der *Prozessoptimierung* sowie das Thema *interprofessionelle Zusammenarbeit*.

¹ Die im Folgenden aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwendeten Begriffe Patient und Arzt schliessen selbstverständlich Patientinnen und Ärztinnen ein.

Die Visite ist in den achtziger Jahren ausgiebig untersucht worden (Köhle 1982) und wird in jüngster Zeit wieder thematisiert, allerdings weniger unter Forschungs- als unter Durchführungsaspekten (Helmich et al 2010) Im Basler Universitätsspital gründen diverse Aktivitäten zur Verbesserung der Visite auf den Ergebnissen einer Forschungsarbeit aus dem Jahre 2000 (Weber 2002, Weber et al 2007, Weber et al 2009) Insgesamt gesehen ist die Forschung zur Visite jedoch spärlich – auch die Pflegeforschung nimmt sich ihrer nicht an, aus Gründen, die in der originär ärztlichen Verantwortung für diese Leistung zu suchen sind. Neuere Arbeiten über die Kooperationsbeziehung zwischen Ärzten und Pflegenden lassen erkennen, dass die Einbeziehung pflegerischer Aspekte kaum Berücksichtigung findet (Manias 2001). Das Qualitätsmanagement hat den Visitenprozess bisher ebenfalls weitgehend ausgespart. Auch in der Ausbildung von Ärzten und Pflegenden hat die Visite als „Prozess“ nicht den Stellenwert, der ihr im Klinikalltag zukommt, was daran liegen mag, dass es sich bei der Beschäftigung mit dem Thema um einen Grenzbereich zwischen Sozialpsychologie (performance), Medizin (inhaltliche Arbeit) und Qualitätsmanagement (Prozessgestaltung und Patientensicherheit) handelt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse des Workshops zusammengefasst dargestellt:

Welche Erfahrungen mit der Visite liegen vor, was sind Erfolgs- und was Killerfaktoren?

Die Visite wird von den Workshopteilnehmern als „Informationsmarkt und Entscheidungsforum“ gesehen und als „Organisationsinstrument“ zur Koordination der Diagnostik und Behandlung, die sowohl die „Interdisziplinäre Kooperation“ als auch die „Lehre“ einschliesst.²

Die Teilnehmer kommen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und sind von der Visite mehr oder weniger weit entfernt; ihre Kommentare werden hier stichwortartig zusammengefasst:

Visitenablauf

- Der Dienstälteste spricht in der Regel den Patienten an – von seinem Stil (Wahrhaftigkeit, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit ...) – hängt ab, welche Vertrauenskultur in der Interaktion mit den Protagonisten entstehen kann.
- Die Visite geht zu schnell, Fragen bleiben unbeantwortet.
- Die Chefarztvisite wird von Patienten im Rückmeldungsmanagement als „Faschingsumzug“ bezeichnet!
- Bei den „Supervisionsvisiten“, i.d.R. die Oberarzt- und Chefarztvisiten, werden im Sinne der klassischen „Qualitätssicherung“ wesentliche Diagnosen und konsekutive Therapien hinterfragt und Prozessschritte stichprobenartig begutachtet.
- Die Visitenkultur besteht zu 95% aus *learning by doing*, d.h. so, wie es vorgemacht wird, wird es an nachfolgende Ärztegenerationen weitergegeben.

Erfolgsfaktoren

- Kompetenz und Erfahrung, Kommunikationstechniken, Entscheidungsprozesse werden von allen unterstützt.
- Beim Händeschütteln wird auf die Desinfektion der Hände geachtet.
- Akten sind vollständig (und nicht mit Untersuchungen „unterwegs“).
- Auf einen störungsfreien Verlauf wird geachtet.

- Ein guter Arzt sollte empathisch sprechen, am Schluss nachfragen, ob Fragen offen sind und das Verständnis des Patienten zu den Inhalten des Austauschs überprüfen.
- Wahrhaftigkeit, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit, Achtsamkeit sind wichtige Werte und spiegeln die Einstellung der Protagonisten wider.
- Kommunikationstechnisch sind offene Fragen wertvoller, weil sie dem Patienten mehr Antwortspielraum lassen.
- Umgekehrt ist wichtig, dass Ärzte den Fachjargon begrenzen, um den Patienten ein möglichst umfassendes Verstehen zu ermöglichen. Sie sollten Patienten möglichst wenig unterbrechen und das, was sie gehört haben *wiederholen*, um eine „gemeinsame Wirklichkeit“ anzustreben.³
- Alle Professionellen kommen gut vorbereitet und informiert zur Visite; der Informationsaustausch unter den Professionellen entspricht denen der Patienten: das Wiederholen sichert das Verständnis.

Killerfaktoren

- Ärzte reden vor den Patienten miteinander ohne diese einzubeziehen oder ihnen zu erklären, worum es geht.
- Sie sprechen Pflegende nicht an, beziehen sie nicht ein oder messen pflegerischen Informationen geringe Bedeutung bei.
- Visitenzeiten werden überdehnt (Fragen: Was kann aus dem Visitenablauf ausgegliedert werden? Wie sieht ein Beitrag zur zügigen Visite aus?).

Visionen und Vorschläge für Verbesserungen

Visionen

- Pflegende nehmen immer an der Visite teil und sind gleichrangige Partner auf Augenhöhe.
- Je ein Ansprechpartner aus jeder Profession (Assistenzarzt und Krankenschwester) begleiten den Patienten vom ersten bis zum letzten Tag.
- Die Visite bei einem Patienten wird erst dann beendet, wenn alle Beteiligten den gleichen Informationsstand haben und sich über die weiteren Schritte verständigt haben.
- Es gibt eine Person, die die Visite „moderiert“ (bzw. eine Fachperson darauf achtet, dass sich alle mit ihren Kommentaren eingebracht haben, auch wenn dieser heißen sollte „kein Kommentar!“) Das ist in aller Regel derjenige Arzt, der die Visitenverantwortung trägt.
- Ergebnisse der Visite sollten Bestandteil von Teambesprechungen in der Pflege sein (z.B. bei Problempatienten).
- Alle Beteiligten bringen sich aktiv ein (produktiv).
- Die Lernhaltung der jungen Assistenzärzte ist positiv (Einstellung zur Visite).
- Erfahrene Ärzte haben Vorbildfunktion (Kommunikation, Dokumentation, Informationsvermittlung, Visitenführung ...)

- Klassische Visiten durch den Chefarzt mit Entourage gehören der Vergangenheit an, es sei denn, ihre Funktion ist klar definiert und alle stimmen dem definierten Vorgehen zu (z.B. in einem entsprechenden Visitenstandard).
- Patienten stehen im Mittelpunkt!
- „Abmahnungen“ von Assistenzärzten sind nicht angemessen und gehören nicht in die Visite.
- Mutmassungen über Prognosen sollten bei der Visite generell entfallen.⁴

Verbesserungsvorschläge

- Veränderungen, die von Seiten der Mitarbeiter begonnen werden, scheitern häufig am Widerstand von Chefärzten.
- Empfehlungen von nichtärztlichen Berufsgruppen werden als „Einmischen“ in innerärztliche Tätigkeiten gesehen und abgelehnt!
- Entlassungsgespräche sind ausserhalb de Visite zu führen.
- Aufklärung über schwerwiegende Diagnosen: Pflegende müssen über die Aufklärungsgespräche mit Patienten informiert werden
- Visite sollte auch der Schulung von Spezialwissen dienen und Aspekte der Weiterbildung berücksichtigen.

Statements

- Ein guter Arzt sollte *empathisch* sprechen, am Schluss noch nachfragen, ob Fragen offen sind und das Einverständnis des Patienten für das weitere Vorgehen sicher. Wahrhaftigkeit, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit, Achtsamkeit gehören zu persönlichen Werten und bilden den Hintergrund für eine gelungene Visitenkultur.
- Es ist nicht entscheidend, was A gesagt hat, sondern es ist entscheidend, was B verstanden hat. In diesem Sinne sollte mit Patienten gesprochen werden. Um Sicherheit herzustellen und eine annähernd empfundene „gemeinsame Wirklichkeit“ herzustellen, ist die Anwendung von Kommunikationstechniken entscheidend.
- Patienten wollen: *Information*, *Eingehen* auf ihre Bedürfnisse und Wünsche, *Vertrauen* zu den Professionals, *empathisches Verständnis* der Professionellen im Hinblick auf die eigene Erkrankung (Dehn-Hindenberg 2010.)
- *Information* im Behandlungsprozess werden als zentral gesehen – Ärzten tragen dafür die Verantwortung, sollten aber in sinnvoller Art und Weise von Pflegenden unterstützt werden (Vermittlerfunktion!).
- Die Bewertung der Therapie orientiert sich am Informationsverhalten und am Eingehen der Professionellen auf individuelle Bedürfnisse von Patienten.
- Ohne empathisches Eingehen auf Patientenbelange wird der Erfolg der Medizin von Patienten nicht wahrgenommen!
- Fachliche Information müssen in einer einfachen Sprache möglichst ohne Fachwörter erfolgen bzw. diese müssen, wenn sie vorkommen, in die Sprache des Patienten „übersetzt“ werden“ (s.o.).

Key Driver für gelingende Patientenkommunikation bei der Visite:

Ziele: Entscheidungen werden zusammen mit dem Patienten, Ärzten und Pflegenden getroffen

- 1. Visitenorganisation:** Eine für alle Beteiligte erfolgreiche Durchführung der Visite erfordert eine Aufgabenbeschreibung der beteiligten Berufsgruppen und einen Gesprächsleitfaden, der die einzelnen Phasen der Kommunikation während der Visiten aufzeigt. Ein Visitenleitfaden, der den Ablauf und Aufgaben aller Beteiligten festlegt, unterstützt die Strukturierung der Visiten und stellt Handlungssicherheit her. Grundsätzlich wird die Visite vor Störungen zu schützen (z.B. keine Mobilphone zulassen, den Klinik-Funk im Stationsbüro zurücklassen), Schnittstellen und Kooperationsbeziehungen sind zu berücksichtigen.
- 2. Visitenkommunikation:** Patientenorientierte Gesundheitskommunikation (verständliche Informationen und Erklärungen, empathisches Verständnis der Professionellen durch Eingehen auf Bedürfnisse, Unsicherheiten und Ängste). Dies fördert das Vertrauen zum Behandlungsteam, das für eine aktive Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess unbedingt erforderlich ist.
- 3. Lehren und Lernen:** AssistenzärztInnen erleben Visitenformen, an denen sie sich orientieren können, sehr unterschiedlich. Dominiert ein älterer Kollege oder Oberarzt die Visite, so schauen sie sich das „Visitemachen“ ab. Besser ist es allerdings, wenn der Ältere den Jüngeren coacht, d.h. ihm die Organisation und Gesprächsführung an einzelnen Patienten überlässt und hinterher vor dem Zimmer bespricht.

Die Entscheidung, die Visite zu verändern, muss vom gesamten Behandlungsteam gewollt werden und bedarf der vollen Unterstützung des leitenden Arztes einer Klinik und der Pflegedienstleitung. Idealerweise wird – wie dies im Universitätsspital Basel in der Inneren Medizin erfolgte – ein Projekt ins Leben gerufen, um sich in einer für die Klinik vertretbaren Gangart mit der Thematik zu befassen und Ideen zur Problemlösung zu entwickeln. Ergebnis eines solchen Prozesses kann dann ein Handlungsleitfaden sein, wie beispielsweise der Visitenstandard für die „Patientenvisite“ der Inneren Medizin im Universitätsspital Basel (über hweber@uhbs.ch zu erhalten), auf dessen Anwendung sich alle Beteiligten verständigen.⁵

Da Universitätskliniken insbesondere im ärztlichen Bereich durch eine hohe Personalfuktuation gekennzeichnet sind, müssen immer wieder Schulungen stattfinden, um den gewünschten Standard zu sichern. Im Folgenden werden die Hauptgesichtspunkte einer veränderten Visitenkommunikation des Basler Modells vorgeschellt.

Hauptgesichtspunkte einer gelingenden Visite nach dem Basler Modell

Die nachfolgenden Überlegungen stammen aus der Arbeit des Basler Kernteams zur Verbesserung der Internistischen Visite und sind in einer Broschüre „Patientenvisite, Visitenstandard“ zusammengefasst. Er ist nach der Implementierung im Oktober 2010 derzeit in der Evaluationsphase (Informationen erteilt Dr. Heidemarie Weber, hweber@uhbs.ch). Diese Überlegungen werden in der Arbeitsgruppe besprochen und diskutiert und im Plenum des Summercamps in den Grundzügen vorgestellt.

1. Vorbereitende Organisationskriterien

Für einen reibungslosen Visitenablauf ist die Verständigung auf die Vollständigkeit der relevanten Dokumentation wichtig. Diejenigen, die die Visite begleiten, sollten über „ihre“ Patienten informiert sein (Übergabe, schriftliche Informationen usw.).

2. Visitenablauf

Die Reihenfolge der zu visitierenden Patienten wird von den unmittelbar Visite führenden Personen jeweils kurz vor Beginn festgelegt. In Basel folgen die Ärzte den Bezugspflegerinnen zu „ihren“ Patienten (siehe „Patientenvisite mit Assistenzarzt“), die in unterschiedlichen Zimmern liegen können. Bei Oberarzt- und Chefarztvisite, die jeweils einmal in der Woche stattfinden, werden die Zimmer der Reihe nach aufgesucht, und die Bezugspflegerinnen folgen den Ärzten (siehe „Patientenvisite mit Oberarzt/ Chefarzt“).

Vorteil: Der Zeitgewinn ist auf den jeweiligen Prozess optimal abgestimmt.

Nachteil: Zeitliche Verzögerungen lassen sich auch bei grösster Rücksichtnahme weder für Ärzte noch für Pflegenden vermeiden.

3. Dreiteilung des Visitengesprächs

Um die Visitenkommunikation zu optimieren und sie für den Patienten nachvollziehbar und einerseits auf seine Anliegen und Bedürfnisse fokussieren zu können, andererseits den Austausch über die Behandlung möglichst effizient zu gestalten, werden die Inhalte geteilt in das, was zwischen den Professionellen *vor* dem Patientenzimmer auszutauschen ist und dem, was *innerhalb* des Patientenzimmers kommuniziert wird.

Vor dem Patientenzimmer „DRAUSSEN“

WER - um wen geht es? WIE geht es dem Patienten jetzt (gibt es/ gab es) seit der letzten Visite/ dem letzten Kontakt Probleme, besondere Vorkommnisse, die berücksichtigt werden müssen? Überprüfung medizinischer und pflegerischer Fakten (z.B. Medikamente, Labor- und Vitalwerte, Ergebnisse von Untersuchungen usw.). WAS sind die beabsichtigten Ziele bei diesem Patienten? WER spricht welches Thema an?

Im Patientenzimmer „DRINNEN“

Nach der Begrüßung und der Vorstellung ggf. unbekannter Teilnehmer (Assistenzärzte, Funktionspersonal, Oberarzt, Chefarzt usw.)⁶ führt der die Visite führende Arzt durch die abgesprochenen Themen und koordiniert die Redebeiträge aller Beteiligten. Dabei achtet er auf die Anwendung von Kommunikationstechniken und darauf, dass alle zu Wort kommen können (Moderation).

Nach Besprechung aller relevanten Themen und Beantwortung von offenen Fragen des Patienten werden die Hauptpunkte zusammengefasst. Die Visite wird mit der Verabschiedung vom Patienten beendet.

Gespräche, die die persönliche Situation des Patienten zum Thema haben, lassen sich aus der traditionellen Visite ausgliedern, wie zum Beispiel Aufklärungsgespräche über schwerwiegende Diagnosen, bei denen auch Angehörige beteiligt sein können oder sollen. Auf solche Diskretion hat der Patient ein verbrieftes Recht.

Vor dem Patientenzimmer „DRAUSSEN“

Vor der Türe des Patienten findet ein kurzes Nachgespräch statt, in dem das Wesentliche festgehalten und ggf. dokumentiert wird. Die nächstfolgende Pflegenden wird gerufen.

Vorteil: Die Dreiteilung optimiert den Austausch der für die Beteiligten jeweils *relevanten* Themen.

Nachteil: Der Patient ist u.U. an den Überlegungen der Professionellen zu seinem Verlauf nicht beteiligt - dies würde insbesondere für die Patientenvsiste durch den Chefarzt gelten. Die Entscheidung, wie im Einzelfall zu verfahren ist, wird vor jedem Patientenzimmer festgelegt.

Folgende Argumente werden dieser „Dreiteilung“ öfters entgegengehalten:

- *„Bei vier Patienten in einem Zimmer kann ich mir nicht merken, was ich bei jedem Einzelnen draussen vereinbart habe!“*
- *„Ich muss den Patienten sehen, das verschafft mir erst den Eindruck, den ich brauche, um richtig entscheiden zu können!“*

Es gibt Techniken, wie man solchen „Problemen“ begegnen kann, ohne das ganze Konzept in Frage zu stellen. Erstens kann man sich kurze Stichworte als Notiz aufschreiben, zweitens kann man in begründeten Fällen auch von diesem Schema abweichen.

Nachwort

In der traditionellen Medizin haben die Fachdisziplinen im Allgemeinen und im Krankenhaus im Speziellen gewisse diagnose-spezifische Abläufe und Strukturen etabliert, welche die Teams beherrschen. Umgekehrt sind sie aber verunsichert, wenn Stationen interdisziplinär belegt werden bzw. aus „bettenpolitischen Gründen“ eine andere Abteilung ein Bett auf einer „fachfremden Station“ beansprucht, was auch in anderen Ländern vielfach praktiziert wird.⁷ So ist das Team keine stabile Einheit mehr und Konflikte entstehen.

Die „multidisziplinäre Visite“, bei der auch Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, DiabetesberaterInnen u.a. neben Arzt und Pflegefachkräften mitgehen, gehört immer häufiger wegen der zunehmenden Professionalisierung der Disziplinen, die gelegentlich eigene Visiten planen, der Vergangenheit an. Wenn jede Disziplin dem Patienten aber einen eigenen und separaten Input gibt, bleiben Unsicherheiten nicht aus.

Dies hat auch zur Folge, dass die Kommunikation schriftlich in Form von Anweisungen in Patienten zugehörigen Kurven vonstatten geht und die Visite später „ausgearbeitet“ werden muss.

Die früher gehegte Auffassung, dass der „Doktor“ die Anweisungen gibt und „die Pflege“ diese ausführt, wird in dieser Form meist von den Pflegefachkräften so nicht mehr akzeptiert. Vielfach ist die Pflege der Meinung, dass ihre Expertise im Behandlungsprozess zu kurz kommt.

Weitere Informationen sind über die Sprecher der Gruppe zu erhalten.

Ausblick

Das Thema „Patientenvsiste“ wird im Frühjahr 2011 als Thema für „GQMG kompakt“ in Hannover vorgeschlagen.

Anmerkungen

¹ Ehemals „AG Patientenedukation und Kommunikation“.

² Das Thema wird auch nahe am Thema der AG „Teamorientierte Zusammenarbeit“ gesehen, mit denen ein kurzes gemeinsames Meeting zur Abstimmung stattfindet.

³ Vgl. dazu Thure von Uexküll KAP (2010³), Seite ...

⁴ Prognosen sind eigentlich immer Mutmassungen und nie „garantiert“. Natürlich kann der Patient fragen „*Wie lange habe ich noch zu leben?*“ oder „*Wie lange dauert der Heilungsprozess noch?*“ wenn er sein Leben einrichten will. Es stellt sich vielmehr die Frage, ob schlechte Prognosen ein Thema für die Visite sind.

⁵ Das dazu initiierte Projekt beschäftigt sich mit der Implementierung und Evaluation dieses Standards "Patientenvisite", der von einem Kernteam, bestehend aus Ärzten und Pflegenden der Klinik, in diesem Jahr überarbeitet und neu herausgegeben wurde. Er ist seit 1. Oktober 2010 für die gesamte Innere Medizin gültig. Er wird mit einer einhergehenden Erhebung von Daten (Visitenbegleitung mit Tonbandaufnahmen), Checkliste zur Erhebung der Strukturdaten sowie der Befragung neu beginnender Ärzte und Pflegenden vor und nach der Intervention (Schulung und Supervision) evaluiert. Für die Schulung wurden Filme gedreht, die veranschaulichen sollten, wie das Vorgehen idealerweise gedacht ist.

⁶ Diese ist zu Beginn an alle im Zimmer liegende Patienten gerichtet. Danach wendet sich das Team den einzelnen Patienten zu.

⁷ O'Hare James A (2008): Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine* 19, 309–313.

Literatur

Adler, R. H; Herrmann, J.M.; Köhle, Karl et al (Hrsg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin. Modell ärztlichen Denkens und Handelns. München, Jena 2003⁶.

Bliesener, Thomas; Köhle, Karl (1986): Die ärztliche Visite. Opladen.

Busby, Araceli (1992): The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of Advanced Nursing*; 17: 339-346.

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

Coulter, Angela (2006): Can patients assess the quality of health care? Patients' surveys should ask about real experiences of medical care. *BMJ VOLUME 333 1 JULY* bmj.com.

Dehn-Hindenberg, Andrea: Gesundheitskommunikation im Therapieprozess. Schlusl Kirchner 2010.

Dirkesmann, Rainer und Werner Waldmann: Ärztliche Visite im Krankenhaus. Lernen aus der Vergangenheit? 2010, 39 (7+8), 332-336.

Fehlenberg, Dirk, Simons, Claudia, Köhle, Karl (2003): Die Krankenvsiste – Chance für ein weiterführendes ärztliches Gespräch. In: Adler, R. H; Herrmann, J.M.; Köhle, Karl et al: Uexküll, Psychosomatische Medizin, 445-456.

Fiehler, Reinhard (1990): Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Konrad Ehllich et al. (Hrg.) 1990, 41-65.

Helmich, Bernhard et al: Die klinische Visite und das ärztliche Gespräch. Sinnvoll Gestaltung unter aktuellen Krankenhausbedingungen. *Kliniker* 2010, 39 (7+8), 344-348.

Hoefert, Hans-Wolfgang (Hg.): Theoretische und pragmatische Grundlagen der Kommunikation. In: ders. und Wolfgang Hellmann: Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Heidelberg, München, Landsberg, Berlin 2008.

Köhle, Karl und Hans-Heinrich Raspe, Hrsg. (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München, Urban & Schwarzenberg.

Köhle K, Gaus E, Simons C, Westphale C (1982) Intergration of the Psychosomatic Approach with Internal Medicine: Development of Concepts and Preliminary Results of Evaluation of Doctor-Patient Interaction. *Psychother. Psychosom.* 38: 221.230.

Manias, Elizabeth (2001): Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing*; 10: 442-450.

-
- Moret Leïla et al (2008): Medical information delivered to patients. Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 70: 94-101.
- O'Hare, James A (2008): Anatomy of the ward round: *European J. of Internal Medicine* 19, 309-313.
- Siegrist, Johannes (1995): *Medizinische Soziologie*. München.
- Weber H, Langewitz W, Nübling M (1999): Patientenbefragung. Ein Projekt zur Qualität der Versorgung und Betreuung im Krankenhaus aus der Perspektive von Patienten. *PR-Internet, Management* 2, 47-58.
- Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz W.A. (2007): Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education Counseling* 67, 343-348.
- Weber, Heidemarie (2002): Die Ambivalenz der Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite. Dissertation an der Universität Freiburg i. Br., Hauptband, 2 Anlagengebäude, zu finden unter: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/516>
- Weber, Heidemarie (Hrsg.): *Patientenvisite. Visitenstandard Medizin*. 5. Auflage, Basel 2006. Zu beziehen über die Autorin hweber@uhbs.ch.
- Weber H., Nübling M., Langewitz W. (2009): Das Visitengespräch. In: Langer Th., Schnell Martin W.: *Das Arzt-Patient/ Patient-Arzt Gespräch*. Marseille Verlag GmbH München, 77-88.
- Zwarenstein, Merrick et al (2007): Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2007, 8:23.

Zusammenfassung der Hauptgesichtspunkte bei der Visite

	Problem	Lösungsvorschlag	Organisation/ Abstimmungen/ Techniken
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Visite geht zu schnell, Fragen der Beteiligten aneinander bleiben unbeantwortet • Visitenzeiten werden überdehnt 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeiträume für Visiten planen, in dem sie ungestört stattfinden können • Tagesorganisation wird abgestimmt auf Visitenart (Patientenvisite mit Assistenzarzt, Oberarzt, Chefarzt, Supervisionsvisite ...) • Spezielle Themen oder solche, die Diskretion verlangen, werden „ausgliedert“ (Mitteilung schwerwiegender Diagnosen/ Prognosen u.ä.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Visitenart und -zeit (Wochenplan) • Visitenzeiten werden allen mitgeteilt, auch den Patienten (Tagesplan) • Zeitlimit wird eingehalten, Verzögerungen werden im Behandlungsteam abgestimmt • Es besteht im Team Konsens, was „ausgliedernde Themen“ sind
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Chefarztvisite wird nicht ernst genommen („Faschingsumzug“), geht an den Bedürfnissen aller Beteiligten vorbei • Ärzte reden vor Patienten miteinander • Ärzte ignorieren kompetente Inputs von Pflegenden • Patientenorientierte Kommunikation • Patienten wünschen Diskretion bei bestimmten Themen, die sie nicht vor Mitpatienten besprechen wollen 	<ul style="list-style-type: none"> • Definition von Zielen und Leitfaden zur Durchführung von Patientenvisiten mit Chefarzt (Hauptbeteiligte sind involviert) • Fachgespräche über den Patienten werden außerhalb des Patientenzimmers geführt • Beteiligte Professionals verstehen sich als Behandlungsteam, in dem alle Aufgaben und Zuständigkeiten klar definiert sind • Respektvoller Umgang miteinander • Strukturierte und empathische Gesprächsführung mit Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Teamgespräche (Gesprächsführung, Moderation) • (An-) Leitungsgespräche • „Gesundheitskommunikation“ im Therapieprozess (Beratung, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Motivation)
Lehren und Lernen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Visitenkultur besteht zu 95% aus <i>learning by doing</i>, d.h. so, wie es vorgemacht wird, wird es auch weitergegeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Die ‚alten Hasen‘ geben die Visitenkultur an die noch Lernenden weiter, begleiten und fördern den Lernprozess durch gute Vorbildfunktion und Coaching • Visitenstandard erstellen (Ziele der Visitenarten, Ergebnisse für Patienten und alle Beteiligten) • Einbeziehung neuester Erkenntnisse aus der Literatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Prozessgestaltung durch Reflexion, Ziel- und Aufgabendefinition • Wissenschaftliches Arbeiten und Recherche • Leitlinien für Visiten (erstellt von Klinikleitung, Chefarzten, Behandlungsteam in Zusammenarbeit mit dem QM-Beauftragten)

Schlussveranstaltung Summercamp 2010

25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Summercamps wurden während der Schlusspräsentation in einer kleinen Ad-hoc-Befragung zur Visite befragt. Ziel war u.a. die Sensibilisierung für das Thema und die Frage nach der Aktualität innerhalb des Qualitätsmanagements. Die folgenden Ergebnisse hat die Gruppe zusammengetragen:

Frage 1: Welche Bedeutung hat die Visite aus Ihrer Sicht im Rahmen der Qualitätsverbesserung?

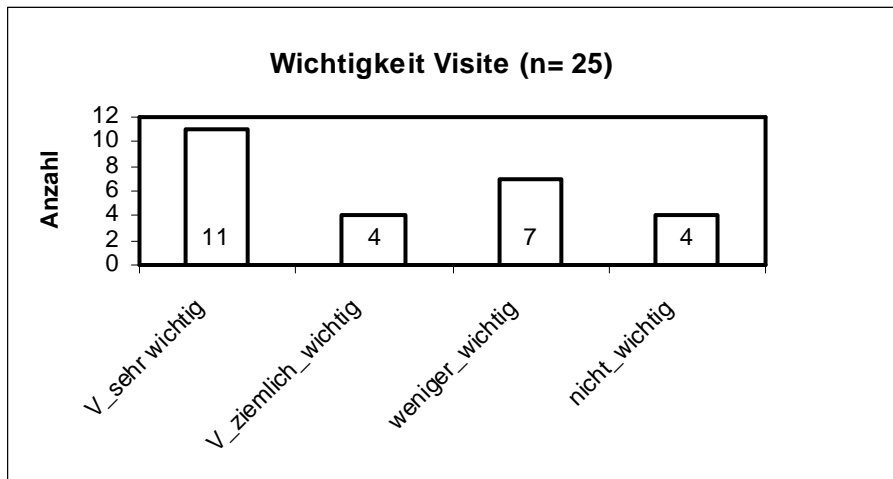


Abbildung 1: Wichtigkeit der Bedeutung der Visite, gestaffelt nach beruflicher Funktion:

Frage 2: Bedeutung der Visite aus Ihrer derzeitigen beruflichen Perspektive?

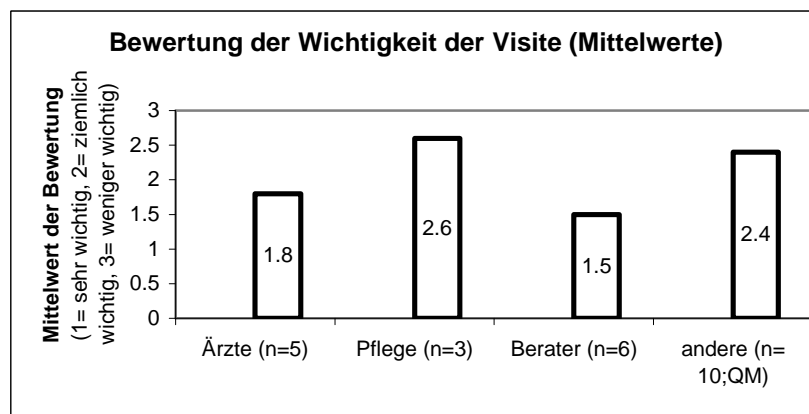


Abbildung 2: Wichtigkeit der Visite gestaffelt nach beruflicher Funktion