

Kommunikation bei der Visite

2., überarbeitete Auflage, 9.11.2019

© GQMG/AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Weber H, Dröge D, Heun S, Holtel M, Pilz S, Stapenhorst K, Tatzel C, Scharnojohn I

1. Hintergrund und Evidenz

Für den Patienten nimmt die Visite im Klinikalltag durch den täglichen Kontakt zum Behandlungsteam eine zentrale Stellung ein, und häufig ist sie die einzige Möglichkeit, den Kontakt zum Arzt herzustellen (Weber 2011a). Die Wirkung der Visite für die Zufriedenheit des Patienten und seinen Genesungsprozess wird im Routinealltag des Krankenhauses gemeinhin unterschätzt (Weber 2011b). Für das Gelingen der Visite haben zwei Aspekte zentrale Bedeutung: Wie stimmen sich die medizinischen Fachpersonen vor dem unmittelbaren Patientenkontakt ab und wie sprechen sie mit dem Patienten?

Die Art und Weise der Kommunikation beeinflusst entscheidend die Kooperationsbereitschaft (Compliance) und die Vertrauensbildung des Patienten für die Dauer des stationären Aufenthaltes. Es gehört zu den Herausforderungen des gegenwärtigen Klinikalltags, allen Anforderungen an den Austausch von Informationen bei immer knapper werdenden zeitlichen Ressourcen gerecht zu werden.

Die Visite der Inneren Medizin nimmt für 12 Patienten ca. 90 Minuten in Anspruch (Weber et al. 2007/Weber 2011a), dagegen dauert die gesamte Stationsvisite eines Chirurgen zum Teil weniger als 30 Minuten (Pucher & Aggarwal 2016). Aufgrund dieser zeitlichen Vorgaben ist die Visite häufig mit medizini-

schon Fakten überhäuft. Der Patient hat kaum Gelegenheit, seine Sorgen, Ängste und Befürchtungen anzusprechen oder Antworten zu erhalten. Er klagt über zu viele Informationen in kurzer Zeit, ihn stören mithörende Bettnachbarn. Ihm fehlt die Möglichkeit zu vertiefenden Rückfragen und Erklärungen. Anliegen und Wünsche werden selten berücksichtigt. Aus Patientenbefragungen des Universitätsspitals Basel (1996-2012) ist bekannt, dass sich geringe Visitenqualität und unzureichende Informationsvermittlung negativ auf die Ergebnisse der Kommunikation auswirken (Langewitz et al. 2002). Solange die medizinische Behandlung als „ausgezeichnet“ gewertet wird, bringt ein Patient jedoch kaum Kommunikationsmängel zur Sprache.

Während der Visite erfolgen wichtige Weichenstellungen für eine korrekte und zielführende Diagnostik sowie Therapie. Ein reibungsloser Ablauf ist daher für die



Wirtschaftlichkeit des Behandlungsprozesses von zentraler Bedeutung. Neben hochqualifizierter Medizin ist auch die patientenorientierte „Servicequalität“ einer guten Visite ein Wettbewerbsvorteil. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätsverbesserung erkennen einige Klinikleiter die Bedeutung der Visite. Viele Ärzte und Pflegende halten die traditionell geführte Visite für reformbedürftig (Weber, Nübling & Langewitz 2009). Medizinstudierende werden selten durch spezielle Trainings hinreichend für den Klinikalltag und die Visite geschult (Powell et al. 2015). Auch auf ihre wichtige Rolle als Kooperationspartner im Behandlungsteam werden Ärzte und Pflegende kaum vorbereitet (Nikendei et al. 2008).

Visitenkommunikation ist jedoch erlernbar, Visitenorganisation lässt sich planen, und die Leitungsebene kann die Bedeutung der Visite heben. Eine ständige Weiterentwicklung ist notwendig. Ideal wäre ein gemeinsames Kommunikationstraining für Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte, ergänzt um ein Coaching durch erfahrene Stations- und Oberärzte sowie Stationsleitungen.

Es bedarf darüber hinaus einer gemeinsamen Vorstellung im Behandlungsteam, wie die Visite in der jeweiligen Klinik oder Fachabteilung ablaufen soll. Ein Visitenstandard sollte in teamorientierter Zusammenarbeit entwickelt werden (Eberlein-Gonska & Leffmann 2010; Meyerburg-Altwarz & Tecklenburg 2010; Weber 2011a). Die Klinikleitung muss dessen Umsetzung unterstützen und einfordern.

2. Ziele

- Die Visite unter ärztlicher Leitung folgt vorab definierten Regeln und stellt den Ablauf in einem guten Einvernehmen mit allen Beteiligten sicher.
- Alle relevanten Informationen sind bei den Verantwortlichen vorhanden. Sie werden dem Patienten verständlich und nachvollziehbar vermittelt.
- Der Patient fühlt sich sicher und respektiert. Er erhält Klarheit über die vermittelten Informationen. Er kann seine persönlichen Anliegen vorbringen und erhält verständliche Antworten auf seine Fragen. Er wird in die anstehenden Entscheidungen einbezogen, kann die weiteren Behandlungsschritte nachvollziehen und gegebenenfalls seine Einwilligung geben.

3. Voraussetzungen

Grundsätzlich sind die rechtlichen Hintergründe zur Information des Patienten im Bürgerlichen Gesetzbuch

Worum es geht

Für Patienten ist die Visite häufig die einzige Begegnung des Tages mit dem Arzt. Sie ist ein „Marktplatz“ zum Austausch von Informationen zwischen Patient, Arzt und Pflegefachperson. Organisatorische und strukturelle Voraussetzungen sollten einen konzentrierten Ablauf ermöglichen. Die Kommunikation ist in Umfang und Ausdruck an den Patienten anzupassen.

What it's about

For patients, the ward round is often the only possibility of the day to interact with their doctor. It is a "marketplace" to exchange information between patient, doctor and nurse. Organisational and structural prerequisites should facilitate a concentrated process. Communication must be adapted to the patient in terms of quantity and style.

Die verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für alle Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind.

geregelt. Danach ist der „Behandelnde verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die vor und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ (§ 630 c (2) BGB)

Für eine zufriedenstellende und störungsfreie Visite gelten folgende Organisationskriterien:

- Alle Visitenarten (Assistenzarzt-, Oberarzt- und Chefarztvisite) sind aufeinander und mit dem gesamten Behandlungsteam abgestimmt.
- Konsiliararztvisiten und Visiten bei Privatpatienten finden zu anderen Zeiten als routinemäßige Visiten statt.
- Allen Beteiligten (Ärzten, Pflegenden, Patienten und gegebenenfalls ihren Angehörigen, sonstigem Fachpersonal) sind Zeit und Art der Visite bekannt.
- Der Patient wird ermutigt, sich auf die Visite vorzubereiten (z.B. Fragen zu notieren).
- Die Visite beginnt pünktlich.
- Störfaktoren sind reduziert (z.B. Telefon abgeben, ausschalten).

- An der Tür hängt zur Orientierung ein Schild „Visite“.
- Die Patientendokumentation ist auf dem aktuellen Stand und vollständig auf dem Visitenwagen oder digital vorhanden.
- Die Führung der Visite und andere Verantwortlichkeiten sind geregelt (Weber & Langewitz 2011).

4. Haltung und Verhaltensstrategie

Als primär ärztliche Tätigkeit wird die Visite vom Arzt geleitet und koordiniert. Diese Aufgabe muss nicht zwangsläufig dem Ranghöchsten zufallen. Auch ein erfahrener Stationsarzt kann – um dem Patienten den gewohnten Ansprechpartner zu belassen – die Visite koordinieren, wenn darüber Konsens besteht. In diesem Fall erteilt er dem Chefarzt, einer pflegerischen Stationsleitung oder dem Oberarzt das Wort. Eine gelingende Visite muss die Anliegen aller Beteiligten berücksichtigen. Bei knappen zeitlichen Ressourcen und bei mehr als drei Beteiligten müssen Informationsmenge und -verständlichkeit auf den jeweiligen Empfänger zugeschnitten sein. Die Kommunikation erfordert höchste Konzentration aller Beteiligten.

Folgende Grundsätze haben sich bewährt:

- Alle Beteiligten fokussieren auf ein gemeinsames Thema. Gespräche innerhalb des Zimmers beziehen sich ausschließlich auf die Visite des jeweiligen Patienten.
- Der Austausch findet in „Dialogform“ statt und orientiert sich am Anliegen sowie den Bedürfnissen des Patienten.
- Kommunikationstechniken werden angewendet (Turan et al. 2009).
- Informationen werden gut strukturiert und reduziert, um den Patienten nicht zu überfrachten (Langewitz et al. 2015).
- Patienteninformationsmaterial über die spezifische Erkrankung und den Umgang damit steht zur Verfügung.
- Die Visite wird dazu genutzt, individuelle Fragen des Patienten zu klären und gegebenenfalls Gefühle anzusprechen. Wenn der zeitliche Rahmen dazu nicht ausreicht, wird unter Umständen ein zusätzlicher Termin für ein Teammitglied und den Patienten vereinbart.

5. Methode, Anwendungsszenarien, Vorbereitung, Durchführung

Methode

Die inhaltlichen Zielsetzungen der Visitenarten sind unterschiedlich.

- Die Assistenzarztvisite dient in erster Linie der Standortbestimmung zwischen Patient und Behandlungsteam. Hier werden Diagnose und Therapie, anstehende Untersuchungen, Befunde und offene Fragen besprochen.
- Die Oberarztvisite entwickelt im Behandlungsteam Diagnose-, Therapie- und Pflegestrategien sowie die Rahmenplanung für den stationären Aufenthalt. Zusätzlich dient sie der Ausbildung von Assistenzärzten.
- Die Chefarztvisite ermöglicht dem Behandlungsteam und dem Patienten, über getroffene Diagnose-, Therapie- und Pflegestrategien zu sprechen und zu entscheiden. Sie ist letztlich ein Garant für die Qualität der Behandlung.

Die Methode der Kommunikation ist für alle Visitenarten gleich. In erster Linie geht es um die klare Trennung zwischen dem fachlichen, interdisziplinären Austausch und der Kommunikation in Anwesenheit des Patienten. Vor der Tür des Patientenzimmers bespricht das Visitenteam medizinische und organisatorische Details. Im Zimmer steht die individuelle Zuwendung zum Patienten im Mittelpunkt (Weber 2011b/Weber & Langewitz 2011).

Anwendungsszenarien

Visiten werden von Assistenzärzten in der Regel werktäglich durchgeführt, Oberarzt- und Chefarztvisiten einmal pro Woche. Jede Visite sollte störungsfrei und konzentriert ablaufen.

Wenn die Pflege nach den Prinzipien der Bezugspflege organisiert ist, hat es sich bewährt, dass der Assistenzarzt zunächst alle Patienten besucht, die im Verantwortungsbereich einer Pflegenden liegen, bevor er die nächsten Patienten visitiert. Dies bedeutet, dass er möglicherweise in einem Zweibettzimmer zunächst nur eine Patientin besucht und die andere zu einem späteren Zeitpunkt. Der Assistenzarzt folgt der jeweiligen Pflegefachkraft. Bei der Oberarzt- und Chefarztvisite hat es sich bewährt, dass die Patientenzimmer nacheinander besucht werden. Die jeweils verantwortlichen Pflegefachkräfte halten sich bereit und folgen dem Verlauf der Visite.

Vorbereitung

Fragen vor der Visite für alle Beteiligten:

- Sind die Bedingungen für einen konzentrierten Ablauf der Visite erfüllt, z.B. Zeitpunkt und Dauer, Abgeben der Mobiltelefone?
- Bin ich im Rahmen meiner Eigenverantwortung auf dem neuesten Informationsstand?
- Ist der Visitenwagen gemäß den Anforderungen aufgefüllt?
- Sind die elektronischen Medien einsatzbereit?

Durchführung

Vor dem Patientenzimmer

Der Visitenverantwortliche

- klärt mit allen Beteiligten, welche Themen oder Fragen für diese Visite im Vordergrund stehen und angesprochen werden sollen (nicht mehr als drei bis fünf),
- legt die Ziele für den Patienten für diese Visite fest und
- schlägt vor, wer welche Themen anspricht.

Im Patientenzimmer

Der Visitenverantwortliche

- strukturiert verständlich Themen und Inhalte,
- fasst Inhalte knapp zusammen und fragt nach, was der Patient verstanden hat, und
- erfragt Anliegen des Patienten und spricht seine Sorgen und Befürchtungen aktiv an.

Abschließend vor dem Patientenzimmer

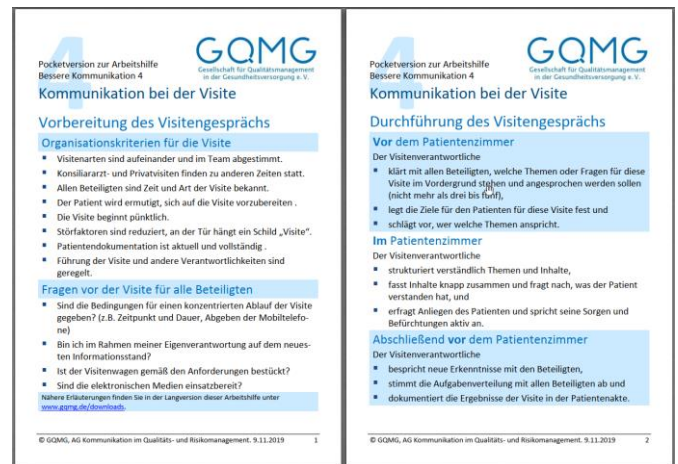
Der Visitenverantwortliche

- bespricht neue Erkenntnisse mit den Beteiligten,
- stimmt die Aufgabenverteilung mit allen Beteiligten ab und
- dokumentiert die Ergebnisse der Visite in der Patientenakte.

6. Pocketversion

Als Erinnerungstütze für die Kitteltasche gibt es eine Pocketversion dieser Arbeitshilfe. Die Größe entspricht einer Postkarte, zweiseitig bedruckt. Eine veränderbare Datei zur Anpassung an Ihre lokalen Gegebenheiten erhalten Sie über die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der GQMG:

http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html.



7. Literatur

- Eberlein-Gonska M & Leffmann C (2010): Teamorientierte Zusammenarbeit. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 104: 3-4 (Level EL).
- Holtel M & Weber H (2019): Kommunikation: So gelingt die Visite. Dtsch Arztebl 116: A40-41 (Level EL).
- Langewitz W, Conen D, Nübling M & Weber H (2002): Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. Psychother Psych Med 52: 348-354 (Level III).
- Langewitz W, Ackermann S, Heierle A, Hertwig R, Ghanim L & Bingisser R (2015): Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. Patient Educ Couns 98: 716-721 (Level II).
- Meyerburg-Altwar I & Tecklenburg A (2010): Qualitätssteigerung durch qualifikationsorientierten Personaleinsatz und teamorientierte Zusammenarbeit. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 104: 25-31 (Level EL).
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (2009): NHMRC additional levels of evidence and grades for re-recommendations for developers of guidelines, <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/information-guideline-developers/resources-guideline-developers> (11.8.17).
- Nikendei C, Kraus B, Schraut M, Briem S & Juenger J (2008): Ward rounds: how prepared are future doctors? Med Teach 30: 88-91 (Level III-3).
- Powell N, Bruce CG & Redfern O (2015): Teaching a 'good' ward round. Clin Med 15: 135-8 (Level IV).
- Pucher PH & Aggarwal R (2016): Improving Ward-based Patient Care: Prioritizing the Ward Round in Training and Practice. Ann Surg 263: 1075-1076 (Level II).
- Turan S, Üner S, Elcin M, Sayek I, Odabasi O & Senemoglu N (2009): The impact of clinical visits on communication skills training. Patient Educ Couns 77: 42-47 (Level IV).
- Weber H, Stöckli M, Nübling M & Langewitz WA (2007): Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician Interaction using RIAS. Patient Educ Couns, 67: 343-348 (Level III).
- Weber H, Nübling M & Langewitz W (2009): Das Visiten-gespräch. In: Langer T & Schnell MW: Das Arzt-Patient-/ Patient-Arzt-Gespräch. München: Marseille (Level EL)
- Weber H (2011a): Die Ambivalenz in der Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Eine empirische Untersuchung bei der täg-

lichen Visite. LIT Verlag Münster (Level III-3).

- Weber H (2011b): Das Gespräch bei der Visite. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W & Wesiack W (Hrsg.): Uexküll, Psychosomatische Medizin; Theoretische Modelle und klinische Praxis. München, S. 347-358 (Level EL).
- Weber H & Langewitz W (2011): Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson. Psychother Psych Med: 61: 193-195 (Level EL).

Mit der Literatur wird das Evidenzlevel der jeweiligen Quelle genannt. Die Einteilung stammt vom australischen *National Health and Medical Research Council* (NHMRC 2009). Zusätzlich hat die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement das Level *EL* für Expertenwissen eingeführt. Das Level III wird nicht in drei Stufen differenziert.

Level	Bezeichnung	Erläuterung
I	Systematischer Review-Artikel	Übersicht über randomisierte Kontrollstudien
II	Randomisierte Kontrollstudie	Unabhängige Doppelblindstudie
III-1	Pseudorandomisierte Kontrollstudie	Kontrollstudie im Vergleich mit validiertem Referenzstandard
III-2	Vergleichsstudie	Kohortenstudie im Vergleich mit Referenzstandard
III-3	Verlaufsstudie	Retrospektive Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe und Referenzstandard
IV	Fallstudie	Ergebnisse einer Fallstudie oder Vorher-nachher-Vergleich, jeweils ohne Referenzstandard
EL	Expertenlevel	Intensive Auseinandersetzung mit einer Thematik durch Fachexperten

8. Anschrift für die Verfasser

Dr. phil. Heidemarie Weber M.A.
 Professionelle Kommunikation im Gesundheitswesen, prokomge
info@prokomge.de
 Am Pfannenstiel 22
 D 79379 Müllheim