

# Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson

## The Basel Standard for Doctor's Visits – Chance for a Successful Interaction Triad Patient-Doctor-Nursing Staff

### Autoren

Heidemarie Weber<sup>1</sup>, Wolf Langewitz<sup>2</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Qualitätsmanagement, Universitätsspital Basel, Schweiz

<sup>2</sup> Abteilung Psychosomatik Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Schweiz

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1266079>  
 Psychother Psych Med 2011; 61: 193–195  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York ·  
 ISSN 0302-4350

### Korrespondenzadresse

**Dr. phil. Heidemarie Weber, M.A.**  
 Leiterin Qualitätsmanagement  
 Universitätsspital Basel  
 Spitalstraße 26  
 4031 Basel, Schweiz  
 hweber@uhbs.ch

### Hintergrund



Eine auf die Bedürfnisse von Patienten ausgerichtete Behandlungsqualität bedarf, neben einer evidenzbasierten medizinischen Therapie, einer verständlichen und strukturierten Kommunikation sowie der Abstimmung von Patientenerwartungen und -bedürfnissen mit den therapeutischen Möglichkeiten. Dies erfordert neben fachlichen Kompetenzen eine hohe Sozialkompetenz aller beteiligten Fachkräfte. Insbesondere gilt dies für das Visitengespräch während des Klinikaufenthaltes. Hier festigt und entwickelt sich das Vertrauen zum behandelnden Arzt nur dann, wenn Ängste und Fragen kommuniziert und den Patienten das Gefühl von individueller Betreuung und respektvollem Umgang vermittelt werden.

Zentraler Ort für den Austausch von Informationen und den Abgleich von Erwartungen ist die Stationsvisite, bei der in der Regel Patienten, Ärzte und Pflegende einmal pro Tag zusammentreffen. Das Gelingen der Visite im Routinealltag des Krankenhauses ist davon abhängig, wie organisatorische Absprachen zwischen Ärzten und Pflegenden getroffen werden, wie gut die Behandlungs- und Pflegepläne aufeinander abgestimmt sind und wie die Beziehung und Zusammenarbeit mit dem Patienten gestaltet wird. Patienten kritisieren die Qualität von Information und Kommunikation im Spital [1,2], ebenso sind Ärzte und Pflegende mit der Zusammenarbeit im Visitenverlauf unzufrieden [3].

Dies veranlasste die Autoren, sich um eine Verbesserung der Abläufe und der Inhalte der Stationsvisite in der Inneren Medizin zu bemühen. In einer ersten Forschungsarbeit wurde untersucht, wie die Redeanteile in der Interaktionstriade Patient, Arzt und Pflegefachperson verteilt sind [3–5]: hier zeigte sich, dass die Pflege sich auf der Visite kaum zu Wort meldet und dass Patienten – entgegen ihrer Klage nicht ausreichend informiert zu werden – mit Informationen nach-

gerade überschüttet werden: durchschnittlich 20 Informationen innerhalb einer 7 Minuten dauernden Kontaktzeit. Im nächsten Schritt wurde in Fokusgruppen mit engagierten Ärzten, Oberärzten und Pflegefachpersonen ein Visitenstandard erarbeitet, der im Jahre 2009 in einer erneuten Serie von Fokusgruppen-Gesprächen einer ersten Revision unterzogen wurde. Dieser Visitenstandard wird im vorliegenden Artikel vorgestellt. Er wurde ab Herbst 2010 den Mitarbeitenden auf den Stationen der Inneren Medizin in einer Serie von Fortbildungsveranstaltungen vorgestellt und dann verbindlich eingeführt.

### Aufbau des Visitenstandards



Wie **Tab. 1** zeigt, enthält der Visitenstandard einen allgemeinen Teil, in dem Grundsätzliches festgelegt wird, einen inhaltlichen Teil, der die Oberkategorien der Themen von Patient, Arzt und Pflegefachperson fokussiert (**Abb. 1**) sowie einen beschreibenden Teil, der die Abläufe von Assistenzarzt-, Oberarzt- und Chefarztvisite im unmittelbaren Patientenkontakt darstellt. Im Anhang befinden sich ergänzende Hinweise zur Hospitalisations- und Austrittsplanung.

Im *ersten Teil* werden in den **Grundsätzen** die Rahmenbedingungen für die Visiten festgelegt wie beispielsweise die Visitenzeiten, die Vorbereitung, die Organisation und die Regeln für eine am Patienten orientierte Kommunikation. Zur *Vorbereitung* gehört beispielsweise, dass sich alle an der Visite Beteiligten aus ihrer beruflichen Identität über die aktuelle Situation des Patienten informieren. Zur *Visitenorganisation* gehören alle Maßnahmen, die einen ungestörten Ablauf sicherstellen, wie es beispielsweise durch das Umstellen des Mobiltelefons zur zuständigen Sekretärin und das Anbringen eines Schildes „Visite“ an der Türe des zu visitierenden Patientenzimmers erreicht werden kann.

**Tab. 1** Wesentliche Elemente des Basler Visitenstandards.

Grundsätze
Die Visite ist eine verabredete Zusammenkunft, bei der sich Patient, Arzt und Pflegefachperson über den aktuellen medizinischen und pflegerischen Stand austauschen. Um konzentriertes Arbeiten und eine ausgewogene Kommunikation zu erreichen, sind die vereinbarten Rahmenbedingungen einzuhalten. Für alle medizinischen Abteilungen und Visitenformen gelten die gleichen Visitenzeiten (09:00 bis 11:00 h). Vorhersehbare Abweichungen werden am Abend vorher abgesprochen und angekündigt. Um einen möglichst ungestörten Ablauf zu gewährleisten und die Visiten-effizienz zu steigern, werden die folgenden Rahmenbedingungen bei allen Visitenformen eingehalten:
Visitenvorbereitung
Alle Beteiligten sind über den aktuellen Zustand und das Befinden des Patienten aus der Perspektive ihrer beruflichen Identität (ärztlich, pflegerisch) informiert. Therapeutische Ziele und Interventionen werden zwischen Assistenzarzt und dem zuständigen Oberarzt geklärt.
Visitenorganisation
Personal und Patienten ist der Visitenzeitpunkt bekannt
AÄ stellen das Telefon für die Zeit der Visite auf PAM um
OA verwendet das Telefon nur im Notfall
Präsenzlicht bleibt ausgeschaltet (Schild „Visite“ an die Tür)
Patientendokumentation (PATDOK) ist auf dem aktuellen Stand
Konsiliararztvisiten und Visite der Privatpatienten finden außerhalb dieses Zeitraumes statt
die Führung der Visite liegt in der Verantwortung des jeweils zuständigen Arztes (Assistenzarzt, Oberarzt oder Chefarzt)
Um einen optimalen Austausch zu gewährleisten und um einander die jeweiligen Anliegen mitzuteilen und gemeinsames Verständnis zu erreichen, werden die folgenden Grundsätze eingehalten:
Visitenkommunikation
der jeweils für die Visite Verantwortliche koordiniert die Redebeiträge, und alle Beteiligten bringen sich aktiv in ihrem Verantwortungsbereich ein
alle Beteiligten konzentrieren sich auf ein gemeinsames Thema, Gespräche innerhalb des Zimmers beziehen sich ausschließlich auf die Visite bei dem jeweiligen Patienten.
der Austausch findet in „Dialogform“ statt und orientiert sich am Anliegen und an den Bedürfnissen der Patienten (Kommunikationstechniken)
die Visite wird dazu genutzt, individuelle Fragen von Patienten zu klären und Gefühle anzusprechen. <sup>2</sup> Wenn der zeitliche Rahmen dazu nicht ausreicht, wird ein zusätzlicher Termin, u. U. für ein Teammitglied und den Patienten verabredet (Zeitmanagement: mit Agenda festen Termin vereinbaren)

<sup>2</sup> Anwendung von Kommunikationstechniken

Die *Visitenkommunikation* soll sicherstellen, dass ein effizienter Ablauf gewährleistet ist. Der jeweils für die Visite verantwortliche Arzt koordiniert die Redebeiträge so, dass sich alle Beteiligten aktiv mit Anliegen aus ihrem Verantwortungsbereich einbringen können. Der Austausch mit dem Patienten findet unter Anwendung der Kommunikationstechniken in Dialogform statt und orientiert sich an seinen Anliegen und Bedürfnissen. Im Vordergrund steht die Absicht, eine „gemeinsame Wirklichkeit“ mit dem Patienten herzustellen [6].

Im *zweiten Teil* werden die **Inhalte** in einer knappen Übersicht über relevante Themen der Beteiligten aufgezählt. Sie werden von der Nachfrage des Arztes zu Anliegen und Wünschen des Patienten, zu seinen Beschwerden und Wahrnehmungen sowie zu Sorgen, Ängsten und Befürchtungen und zu Fragen zum Behandlungs- und Pflegeprozess angeführt. Alle anderen Themen beinhalten das Prozedere von Diagnostik und Therapie, aber auch die Selbstpflegeressourcen des Patienten und das Soziale im Hinblick auf die Planung der Entlassung.

Visiteninhalte	
Patient	
Fragen Anliegen/Ziele Beschwerden/Wahrnehmungen Sorgen/Ängste/Befürchtungen	
Arzt	Pflegefachperson
<b>organspezifisch:</b>	
– neurologisch: Vigilanz, Psyche, Delir/Demenz, Mobilisation, Schmerz	
– Herz-Kreislauf: BD, HF	
– pulmonal: Sättigung, AF	
– Abdomen: Ernährung, Stuhlgang, Blutzucker	
– Niere: Ausscheidung, Bilanz, Gewicht	
– Infekte: Temperatur	
– Hautverhältnisse	
– weitere Beobachtungen	
<b>Medikation/Reservemedikation:</b>	
– Dosis	
– Nebenwirkungen	
– Interaktionen	
<b>Lokalstatus</b>	
<b>Resultate Diagnostik</b>	
Labor, Bildgebung	
<b>medizinische Prozedere</b>	
– Therapie	
– Diagnostik	
<b>Selbstpflegeressourcen/- management</b>	
<b>Soziales</b>	
– Unterstützung	
– Einbezug von Bezugspersonen	
<b>Austrittsplanung</b>	
<b>Ziele</b> überprüfen, neue definieren	

**Abb. 1** Mögliche Inhalte des Austauschs zwischen Patient, Arzt und Pflegefachperson.

Im folgenden *dritten Teil* werden jeweils die Assistenzarzt-, Oberarzt- und Chefarztvisite mit ihren **Funktionen** und dem jeweils idealtypischen Ablauf beschrieben. Ein wesentliches Ergebnis gelingender Assistenzarztvisiten ist, dass Patienten eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen und sich am Diagnose-, Therapie- und Pflegeprozess aktiv beteiligen können.

Der **Ablauf** ist entscheidend von der Idee einer Absprache zwischen Arzt und Pflegefachperson der Ziele *dieser* Visite für *diesen* Patienten geprägt, die VOR dem Patientenzimmer stattfindet. Zunächst schildert die Pflegenden die aktuelle Situation des Patienten, um den Arzt über mögliche Veränderungen zu orientieren – erst danach betreten beide das Zimmer des Patienten. Im Patientenzimmer stehen nach der Begrüßung des Patienten die Erklärung des Assistenzarztes zu den Wünschen an die Visite sowie die Nachfrage nach den Erwartungen des Patienten an erster Stelle. Dann folgt die Besprechung von therapeutischen Zielen, die Mitteilung von Untersuchungsergebnissen, ggf. die körperliche Untersuchung des Patienten, die Besprechung des weiteren Behandlungs- und Pflegeprozesses sowie die Vorbereitungen auf die Entlassung. Abschließend werden offene Fragen des Patienten geklärt und Verordnungen im gemeinsamen Einvernehmen festgehalten. Das Nachgespräch außerhalb des Patientenzimmers soll sicherstellen, dass abgesprochen ist wer welche nachfolgenden Aktionen einleitet. Die dazu erforderliche Dokumentation

wird vom Arzt erledigt, während die Pflegenden die nächstfolgende Bezugspflegerin zur Fortsetzung der Visite ruft.

Die Abläufe von Oberarzt- und Chefarztvisite unterscheiden sich wesentlich im Hinblick auf die Visitergebnisse – der Oberarzt verschafft sich einen Überblick über den Diagnose- und Therapieverlauf, den der Assistenzarzt anvisiert und ergänzt oder korrigiert diesen, der Chefarzt verschafft sich einen Gesamteindruck von der Qualität des Diagnose- und Therapieverlaufs und führt Lehrgespräche mit dem Assistenzarzt, während sich der Oberarzt um allfällige Verordnungen kümmert. Die pflegerische Qualitätskontrolle und -supervision wird durch die Beteiligung von Fachverantwortlichen bei Oberarzt- und Chefarztvisiten sichergestellt, die in der Regel einmal wöchentlich stattfinden.

### Ausblick



Implementierungsprozesse zur Verbesserung von Abläufen sind schwer – niemand ist resistenter gegenüber Veränderungen als Fachleute auf eingefahrenen Gleisen! Der Visitenstandard versucht, das Paradigma der traditionellen Visite zu widerlegen und gibt der hochwertigen Medizin und Pflege ein modernes Dienstleistungsinstrument an die Hand, das zur Patientenorientierung beiträgt und darüber hinaus die Anliegen der beiden Be-

rufgruppen auf einem professionellen Niveau integriert. Die Chance der Akzeptanz von Ärzten und Pflegenden steigt durch den Reformwillen und die Unterstützung des Chefarztes und der Pflegedienstleiterin. Dennoch muss sich der Standard im Alltag bewähren – dies bedarf der Wertschätzung und des respektvollen Umgangs aller Beteiligten miteinander.

### Literatur

- 1 Langewitz W, Conen D, Nübling M et al. Kommunikation ist wesentlich – Defizite in der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patientinnen und Patienten. *Psychother Psych Med* 2002; 8: 348–354
- 2 Nübling M, Weber H, Zierath M et al. Patientenbefragung im Spital: Revalidierung und Optimierung eines Erhebungsinstrumentes. *Psychother Psych Med* 2003; 9: 236–243
- 3 Weber H. Die Ambivalenz der Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite. Dissertation an der Universität Freiburg i.Br. 2002 zu finden unter: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/516/>
- 4 Weber H, Stöckli M, Nübling M et al. Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education Counseling* 2007; 67: 343–348
- 5 Weber H, Nübling M, Langewitz W. Das Visitengespräch. In: Langer T, Schnell MW. *Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch*. München: Marseille, 2009: 77–88
- 6 Weber H. Das Gespräch bei der Visite. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P et al., Hrsg. *Uexküll: Psychosomatische Medizin*. 7. Auflage. München: Urban & Fischer, 2011: 347–358