



Gesellschaft für Qualitätsmanagement  
in der Gesundheitsversorgung e. V.

AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Arbeitshilfe bessere Kommunikation 4

# Kommunikation bei der Visite

Weber H, Heun S, Holtel M, Pilz S, Pivernetz K,  
Poimann H, Rode S, Schwäbe N, Stapenhorst K, Tatzel C  
12.12.2016

## **Inhalt**

<b>1. Hintergrund/Evidenz .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Voraussetzungen .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Ziele .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Maßnahmen.....</b>	<b>4</b>
<b>5. Haltung und Verhaltensstrategie.....</b>	<b>4</b>
<b>6. Erklären der Methode.....</b>	<b>5</b>
<b>7. Anwendungsszenarien.....</b>	<b>5</b>
<b>8. Vorbereitung von Kommunikation .....</b>	<b>6</b>
<b>9. Durchführung .....</b>	<b>6</b>
<b>10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung.....</b>	<b>6</b>
<b>11. Quellen .....</b>	<b>6</b>
<b>12. Pocketversion.....</b>	<b>8</b>
<b>Anschrift für die Verfasser .....</b>	<b>8</b>

## 1. Hintergrund/Evidenz

Für den Patienten nimmt die Visite im Klinikalltag durch den täglichen Kontakt zum Behandlungsteam eine zentrale Stellung ein. Für die Ärzte ist die Visite häufig der einzige Kontakt, den sie zum Patienten herstellen (Weber H 2011\_a (Level III-3 nach NHMRC 2000)). Die Visite wird im Routinealltag des Krankenhauses in ihrer Wirkung für die Zufriedenheit des Patienten und seinen Genesungsprozess gemeinhin unterschätzt (Weber H 2011\_b (EL)). Von zentraler Bedeutung für den gelingenden Ablauf der Visite ist die Art und Weise, wie das medizinische Fachpersonal mit Patienten spricht und sich vor dem unmittelbaren Kontakt abstimmt. Davon beeinflusst sind auch die Kooperationsbereitschaft (Compliance) und die Vertrauensbildung des Patienten für die Dauer des stationären Aufenthaltes.

Es gehört zu den Herausforderungen des Klinikalltags im 21. Jahrhundert, 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 2007, Weber H 2011 (Level III-3)), dagegen dauert die gesamte Stationsvisite eines Chirurgen zum Teil weniger als 30 Minuten (Pucher PH et al. 2016 (Level II)). Aufgrund dieser zeitlichen Vorgaben ist die Visite häufig mit medizinischen 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 2002 (Level III)). 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 und Therapie. Ein reibungsloser Ablauf ist daher für die Wirtschaftlichkeit des Behandlungsprozesses von zentraler Bedeutung. Neben hochqualifizierter Medizin ist auch die patientenorientierte „Servicequalität“ bei der 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 H 2009 (EL)). Medizinstudenten werden selten durch spezielle Trainings hinreichend für den Klinikalltag und die Visite geschult (Powell N et al. 2015 (Level IV)). Auch auf ihre wichtige Rollenfunktion als Kooperationspartner im Behandlungsteam werden Ärzte und Pflegende kaum vorbereitet (Nikendel C et al. 2008 (Level III-3)). Visitenkommunikation ist erlernbar, Visitenorganisation lässt sich planen und die Visite lässt sich von der Leitungsebene in ihrer Bedeutung anheben. Eine ständige Weiterentwicklung ist notwendig. Ideal wäre ein gemeinsames Kommunikationstraining für Ärzte 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 M und Leffmann C 2011; Meyerburg-Altward I und Tecklenburg A 2010 (EL); Weber H 2011 (EL)). Die Klinikleitung muss dessen Umsetzung unterstützen und einfordern.

## 2. Voraussetzungen

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 außerhalb des für die routinemäßig stattfindende Visite festgelegten Zeitraumes 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 notieren)
- die Visite beginnt pünktlich
- Störfaktoren sind reduziert (z.B. Telefon abgeben, Präsenzlicht 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 H 2011\_c) (EL)

## 3. Ziele

Das Team der Visite unter der ärztlichen Leitung folgt vorab definierten Regeln und stellt den Ablauf in einem guten Einvernehmen mit allen Beteiligten sicher. Alle relevanten Informationen sind bei den jeweils Verantwortlichen vorhanden und werden den Patienten verständlich und nachvollziehbar vermittelt. Jeder Patient hat Klarheit über die bei dieser Visite vermittelten Informationen. Er kennt die nächsten Schritte seines Behandlungsprozesses. Er fühlt sich sicher und respektiert. Er kann bei der Visite seine persönlichen Anliegen vorbringen und erhält verständliche Antworten auf seine Fragen.

Grundsätzlich gilt: Informationen gut strukturieren und reduzieren, um den Patienten nicht zu überfrachten (Langewitz W 2015 (Level II)). Der Patient wird in die anstehenden Entscheidungen einbezogen, kann die weiteren Behandlungsschritte nachvollziehen und gegebenenfalls seine Einwilligung geben.

## 4. Maßnahmen

Die ärztliche Leitung hat die Regeln für die Visitenarten definiert und unterstützt deren Einhaltung durch Schulungen, vorbildliches Verhalten und Supervision. Alle Beteiligten werden über den Ablauf und die Regeln zur Visite informiert. Absprachen zu medizinischen Details werden vom Visitenteam vor dem Patientenzimmer getroffen. Die Visite wird konzentriert und patientenorientiert durchgeführt. Das heißt, die Zuwendung zum Patienten steht im Mittelpunkt.

## 5. Haltung und Verhaltensstrategie

Als primär ärztliche Aufgabe wird die Visite vom Arzt geleitet und koordiniert. Diese Aufgabe muss nicht immer 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 und den Bedürfnissen des Patienten.
- Kommunikationstechniken werden angewendet (Turan S et al. 2009 (Level IV)).
- Informationen werden gut strukturiert und reduziert (Langewitz W et al. 2015 (Level II)).
- 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 ein zusätzlicher Termin u. U. für ein Teammitglied und den Patienten vereinbart.

## 6. Erklären der 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.
- Der Oberarzt und das Behandlungsteam legen Diagnose-, Therapie und Pflegestrategien sowie die Rahmenplanung für den stationären Aufenthalt fest. Zusätzlich dient die Oberarztvisite der Ausbildung von Assistenzärzten.
- Die Chefarztvisite ermöglicht dem Behandlungsteam und dem Patienten, über getroffene Diagnose-, Therapie- und Pflegestrategien zu sprechen und zu entscheiden. Dies 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 H 2011 b (EL); Weber H 2011 c (EL)).

## 7. Anwendungsszenarien

Visiten werden von Assistenzärzten in der Regel werktätig 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.

## 8. Vorbereitung von Kommunikation

Fragen vor der Visite für alle Beteiligten:

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

## 9. Durchführung

Aufgaben des Visitenverantwortlichen

### VOR dem Patientenzimmer

- mit allen Beteiligten klären, welche Themen oder Fragen für diese Visite im Vordergrund stehen und angesprochen werden sollen (nicht mehr als 3 bis 5),
- die Ziele für den Patienten für diese Visite festlegen,
- vorschlagen, wer welche Themen anspricht.

### IM Patientenzimmer

- Themen strukturieren und Inhalte so moderieren, dass der Patient sie gut verstehen kann,
- Inhalte knapp zusammenfassen und nachfragen, was der Patient verstanden hat,
- Anliegen des Patienten erfragen und gegebenenfalls Sorgen und Befürchtungen ansprechen.

### anschließend VOR dem Patientenzimmer

- gegebenenfalls neue Erkenntnisse besprechen,
- die Aufgabenverteilung mit allen Beteiligten abstimmen.

## 10. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung

Grundsätzlich sind die rechtlichen Hintergründe von Patienten zur Informationspflicht im Bürgerlichen Gesetzbuch § 630 c 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 zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“* (BGB § 630 c (2))

## 11. Quellen

- Eberlein-Gonska M, Leffmann C (2011): Teamorientierte Zusammenarbeit ZEFQ 104: 3-4. (EL)
- Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H: Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. Psychother Psych Med 2002; 52: 348-54. (Level III)
- Langewitz W, Ackermann S, Heierle A, Hertwig R, Ghanim L, Bingisser R: Improving patient recall of information: Harnessing the power of structure. Patient Educ Couns. 2015 Jun; 98(6): 716-21. (Level II)
- Meyerburg-Altwareg I, Tecklenburg A (2010): Qualitätssteigerung durch qualifikationsorientierten Personaleinsatz und teamorientierte Zusammenarbeit ZEFQ 104: 25-31. (EL)

- Nikendel C, Kraus B, Schraut M, Briem S & Juenger J: Ward rounds: how prepared are future doctors? Med. teacher 2008; 30: 88–91. (Level III)
- NHMRC. How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence, page 8. Accessed March 2010 at [http://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/file/publications/synopses/c69.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/c69.pdf)
- Powell N, Bruce CG, Redfern O: Teaching a 'good' ward round. Clin Med (Lond). 2015 Apr;15(2):135-8. doi: 10.7861/clinmedicine. 15-2-135. (Level IV)
- Pucher Ph H, Aggarwal R: Improving Ward-based Patient Care: Prioritizing the Ward Round in Training and Practice. Annals of Surgery: June 2016 - Volume 263 - Issue 6 - p 1075–1076. (Level II)
- Turan S et al.: The impact of clinical visits on communication skills training, Patient Education and Counseling 77 (2009) 42–47. (Level IV)
- Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz W A: Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician Interaction using RIAS. Patient Education and Counseling, 67 (2007), 343-348. (Level III)
- Weber H, Nübling M, Langewitz W: Das Visitengespräch. In: Langer Th, Schnell Martin W: Das Arzt-Patient/ Patient-Arzt Gespräch. Marseille Verlag GmbH München 2009. (EL)
- Weber H: Die Ambivalenz in der Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Eine empirische Untersuchung bei der täglichen Visite. LIT Verlag Münster 2011\_a. (EL)
- Weber H: 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 2011\_b, S. 347-358. (EL)
- Weber H, Langewitz W: Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson. Psychother Psych Med 2011\_c: 61: 193-195. (EL)

## Links

- Bürgerliches Gesetzbuch, BGB: § 630/§ 630c Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten: <http://www.buzer.de/s1.htm?g=BGB&a=630c>
- Patientenrechte Ärztepfllichten Broschüre BAGP PatientInnenstellen, Broschüre Nr. 1 : <http://www.gesundheits.de/bagp/BAGP-Dokumente/praep09geschuetzt.pdf>

## 12. 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](http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html).

### Pocketversion

Pocketversion zur  
Arbeitshilfe bessere Kommunikation 4  
**Kommunikation bei der Visite**

Vorbereitung des Visitenbesuchs

**Fragen vor der Visite für alle Beteiligten**

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

Nähere Erläuterungen finden Sie in der Langversion dieser Arbeitshilfe unter [http://www.gqmg.de/gqmg\\_leistung/kommunikation.html](http://www.gqmg.de/gqmg_leistung/kommunikation.html).

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.12.2016

Pocketversion zur  
Arbeitshilfe bessere Kommunikation 4  
**Kommunikation bei der Visite**

Durchführung des Visitenbesuchs

**VOR dem Patientenzimmer**  
Als Visitenverantwortlicher

- kläre ich mit allen Beteiligten ab, welche Themen oder Fragen bei diesem Patienten bei dieser Visite angesprochen werden sollen,
- lege ich die Ziele für den Patienten für diese Visite fest,
- schlage ich vor, wer welche Themen anspricht.

**IM Patientenzimmer**  
Als Visitenverantwortlicher

- strukturiere ich die Themen (möglichst nicht mehr als 3 bis 5) und moderiere Inhalte so, dass der Patient sie gut versteht,
- fasse ich zusammen und frage nach, was der Patient verstanden hat,
- frage ich nach Anliegen des Patienten und spreche seine Sorgen und Befürchtungen gegebenenfalls aktiv an.

**VOR dem Patientenzimmer**  
Als Visitenverantwortlicher

- bespreche ich die neuen Erkenntnisse mit den Beteiligten,
- kläre ich ab, wer welche Aufgaben übernimmt.

© GQMG, AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement. 12.12.2016

## Anschrift für die Verfasser

Dr. phil. Heidemarie Weber

Kommunikationsberatung im Gesundheitswesen. Logotherapie und Existenzanalyse

Am Pfannenstiel 22, D 79379 Müllheim/Baden, [info@prokomge.de](mailto:info@prokomge.de)