



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG

 Springer Pflege

**9. Interprofessioneller Gesundheitskongress**

27. Juni bis 7. Juli 2022 | Online

Viele Professionen - ein Patient!

# Interprofessionelle Visite – Pflegeleistung sichtbar machen

Alexander Forster  
Birgit Trierweiler-Hauke

Universitätsklinikum Heidelberg



# Warum interprofessionelle Zusammenarbeit?

Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen wird bereits seit 1988 von der Weltgesundheitsorganisation gefordert. World Health Organisation (1988) Learning together to work together. WHO, Geneva

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen forderte 2007 in seinem Gutachten zu einer verstärkten Kooperation und Verantwortung der Berufsgruppen für mehr Effizienz im Gesundheitswesen auf. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Gutachten 2007 "Kooperation und Verantwortung". Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. SVR Gesundheit, Berlin

Mehr Kooperation und eine gute Kommunikation, welche das Wissen und die Erfahrung alle Teammitglieder einbezieht.

Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001

# Interprofessionellen Zusammenarbeit – das Thema ist nicht neu?

THEMEN DER ZEIT

Interprofessionelle Kommunikation

## Zusammenarbeit im Krankenhaus

Bundesärztekammer und Verbände des Deutschen Pflegerates wollen mit einem Modellprojekt dazu beitragen, die Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten zu verbessern.

Bernadette Klapper, Silke Lecher, Doris Schaeffer, Uwe Koch

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 97 | Heft 51-52 | 25. Dezember 2000

Von 1999 bis 2002 lief ein gemeinsames Modellprojekt der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerats:

„Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“, kurz InterKIK, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

## Ziel des Projekts

- die Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten – vor allem an den zentralen Schnittstellen wie Aufnahme, Visite und Entlassung – zu verbessern.

## Interprofessionelle Kommunikation

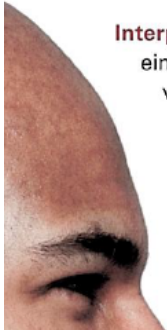
## Zusammenarbeit im Krankenhaus

Bundesärztekammer und Verbände des Deutschen Pflegerates wollen mit einem Modellprojekt dazu beitragen, die Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten zu verbessern.

Bernadette Klapper, Silke Lecher, Doris Schaeffer, Uwe Koch

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 97 | Heft 51-52 | 25. Dezember 2000

## „Wir müssen reden!“



**Interprofessionelle Kommunikation** Es braucht ein gutes Team, um Patienten bestmöglich zu versorgen. Doch oftmals herrscht zwischen Pflegenden und Ärzten eine weite Kluft – und manchmal auch „dicke Luft“. Dabei ist Annäherung möglich, wenn beide Seiten sich aufeinander zubewegen.

Von Brigitte Teigeler

Die Schwester Der Pfleger 56. Jahrgang 2/17



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 104 (2010) 18-24



Schwerpunkt

## Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich

Conny H. Antoni\*  
Universität Trier, FB I

Originalarbeit



## Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft

Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten

Marianne Schärli (MNS)<sup>1</sup>, Rita Müller (MNS)<sup>2</sup>, Jacqueline S. Martin (PhD, RN)<sup>3</sup>, Elisabeth Spichiger (PhD, RN)<sup>4</sup>, Rebecca Spirig (Prof., PhD, RN)<sup>5</sup>

Pflege (2017), 1–11

<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000531>



# Hintergrund - Definitionen

„*interdisziplinäre* Zusammenarbeit“

= Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen der gleichen Disziplin

„*multiprofessionelle* Zusammenarbeit“

= das Arbeiten der Berufe neben- und weitgehend unabhängig voneinander.

“*interprofessionelle* Zusammenarbeit“ (IPC)

= überschneiden sich die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe.

“interprofessionelle Ausbildung/Lehre“ (IPE)

= “when two or more professions learn with, from and about each other” (CAIPE)

# Wie ist die aktuelle Situation in der Pflegeausbildung und im Medizinstudium?

- “Professionell Pflegende arbeiten interprofessionell mit anderen Berufsgruppen zusammen. Sie entwickeln multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen” (Rahmenberufsordnung für professionell Pflegende, S.5)
- „Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung sowie ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern“ (ÄAppro2002, §1.1)

# Auftrag zur Interprofessionellen Zusammenarbeit - wo steht es geschrieben?

NKLM (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin)

- VIII.3. Interprofessionelle Kompetenzen
  - VIII.3-01 Die Absolventin und der Absolvent arbeiten mit unterschiedlichen Gesundheitsberufen auf der Grundlage gegenseitigen Respekts und gemeinsamer Werte zusammen.
  - VIII.3-01.1 Sie richten ihr Handeln in der interprofessionellen Gesundheitsversorgung an den individuellen Patienteninteressen und ihrem Umfeld aus. Sie können ...

# Auftrag zur Interprofessionellen Zusammenarbeit - wo steht es geschrieben?

NKLM (Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin)

- VIII.3-01.1.1 bei interprofessioneller Versorgung die Würde, Autonomie und Privatsphäre von behandelten Personen schützen
  - Berücksichtigung des Berufsethos unterschiedlicher Gesundheitsberufe
  - Ethics of Care
  - Interprofessionelle Patienten- und Angehörigengespräche in Mehrbettzimmern



# Auftrag zur Interprofessionellen Zusammenarbeit - wo steht es geschrieben?

Die Umsetzungsempfehlungen „Kommunikative Kompetenzen im ärztlichen und pflegerischen Beruf“ des Nationalen Krebsplans fordern eine flächendeckende Implementierung u. a. interprofessioneller Kommunikation in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. BMG 2016).

Rahmenpapiere, wie die gemeinsame Erklärung zur Allianz für Gesundheitskompetenz und der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz aus 2018, unterstützen die Förderung interprofessioneller Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung (IMPP -Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen 2019).

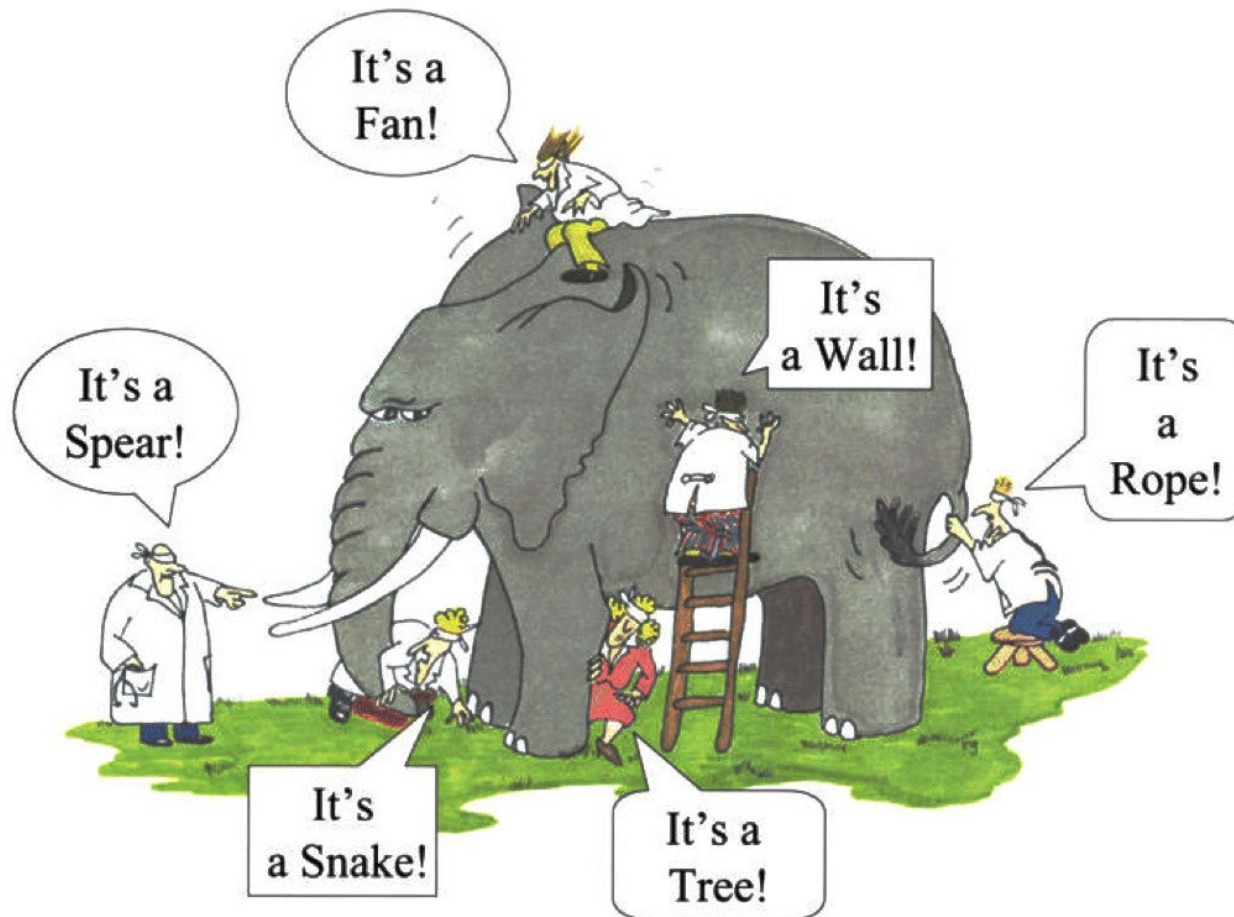
# Interprofessionelle Zusammenarbeit – was ist das?

- Meinen wir alle das Gleiche?
- Was ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)?
- Gibt es Qualitätsindikatoren?
- Welche Vorteile hat interprofessionelle Zusammenarbeit?
- Haben wir bessere Resultate?
- Was sind die größten Herausforderungen?

# Warum IZ?



# Meinen wir alle das Gleiche?



<http://www.philipchircop.com/post/25783275888/seeing-the-full-elephant-its-a-tree-its-a>

# Was ist eine gute Interprofessionelle Zusammenarbeit?

Wir benötigen interprofessionelle Kompetenzen.

4 competency domains:

- 1) Values/Ethics for Interprofessional Practice
- 2) Roles/Responsibilities
- 3) Interprofessional Communication
- 4) Teams and Teamwork

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an Panel./update. Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative. 2011/2016

# Gibt es Qualitätsindikatoren?

- Angehende Ärzte/innen und Pflegende stehen vor der Herausforderung, gelerntes **Fachwissen** in die Praxis transferieren zu müssen und den Patienten in einem **interprofessionellen** Team zu versorgen.
- Interprofessionalität stellt in diesem Zusammenhang das gemeinschaftliche Unterfangen Angehöriger unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitswesen zum **Verbessern von Patientenergebnissen** dar. Dies zeigt sich in gegenseitigem Respekt und Vertrauen, gemeinsamer Entscheidungsfindung und geteilter Verantwortung.

Bowles, D., McIntosh, G., Hemrajani, R., Yen, M.-S., Phillips, A., Schwartz, N. et al. (2016). Nurse-physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors. *Journal of Interprofessional Care*, 30 (5), 544 – 550.

# Welche Vorteile hat interprofessionelle Zusammenarbeit?

Negative Erfahrungen in der IPZ schaffen jeweils eine Gewinner\*in und eine Verlierer\*in, positive Erfahrungen ergeben zwei Gewinner\*innen.

Collette, A. E., Wann, K., Nevin, M. L., Rique, K., Tarrant, G., Hickey, L. A. et al. (2017). An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. *Journal of Interprofessional Care*, 31 (4), 470 – 478.

# Welche Vorteile hat interprofessionelle Zusammenarbeit?

Gute interprofessionelle Zusammenarbeit auf Patientenergebnisse bzw. auf die Arbeitszufriedenheit werden beschrieben.

Rosenstein (2002); Rosenstein und O'Daniel (2008)

Die Autoren empfehlen, interprofessionelle Zusammenarbeit systematisch zu fördern.



# Welche Vorteile hat interprofessionelle Zusammenarbeit?

→ hat eine positive Wirkung auf die Patientensicherheit durch Fehlerreduktion

Reeves et al. 2010; Petri 2010; Clough 2008

Auswertungen von Daten einer Haftpflichtversicherung für Mitarbeiter im Gesundheitswesen in den USA (CRICO)

→ 21% der Behandlungsfehler bei Patienten auf fehlerhafte Kommunikation der beteiligten Berufsgruppen zurückzuführen

Hoffmann u. Yu 2008

# Haben wir bessere Resultate?

| Wer/Was  | Beobachtung  |
|--|--|
| <b>Leistungserbringer/Personal</b><br>(healthcare providers) welche in interprofessionellen Kontexten arbeiten, im Vergleich zu solchen in monoprofessionellen Kontexten | <ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="checkbox"/> Zufriedener</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Mehr positive Erlebnisse</li><li><input checked="" type="checkbox"/> Erwerb von zusätzlichem Wissen und Fähigkeiten</li><li><input type="checkbox"/> Entwicklung positiverer Einstellung gegenüber interprofessionellem Arbeiten</li><li><input type="checkbox"/> Entwicklung anderer Verhaltensweisen</li></ul> <p><b>Kommentar:</b> Abgesehen vom generellen Gutheissen von interprofessioneller Zusammenarbeit wurden von einigen Anbieter Sorgen genannt bezüglich: Training/Ausbildung, Arbeitsbelastung, Informationsaustausch, Diskretion (der anderen Mitarbeiter), Änderung professioneller Rollen, organisatorische und kulturelle Unterschiede der Fachbereiche, Mangel an gemeinsamer Vision, Mangel an Lokalkenntnis, langsamer und frustrierender Prozess der Implementierung von interprofessioneller Praxis.</p> |

Metaanalyse der Canadian Health Services Research Foundation von Barrett et al. (2007)

# Haben wir bessere Resultate?

**Patienten**, welche von interprofessionellen Team betreut wurden

- ✓ Höhere Zufriedenheit
- ✓ Mehr positive Erfahrungen
- ✓ Verbesserung des Selbstmanagements
- ✓ Verbesserung des Wissens über eigenen Gesundheitszustand
- ✓ Gesünderer Lebensstil
- ✓ Stärkerer Fokus auf Prävention

**Kommentar:** Das Ausmass der Kooperation scheint allerdings nicht die immer die Versorgungsresultate zu bestimmen. In manchen Studien aus dem Bereich psychischer Gesundheit schien die Paarung von Zusammenarbeit und Behandlungsrichtlinien einen entscheidenden Vorteil zu bringen. Auf der anderen Seite wurde festgestellt, dass die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und Psychiatern/Psychologen nicht ohne Weiteres funktioniert.

Metaanalyse der Canadian Health Services Research Foundation von Barrett et al. (2007)

# Haben wir bessere Resultate? (HIPSTA)

## Postoperative Morbidität und Mortalität

- kein signifikanter Unterschied in der Rate und dem Schweregrad der Komplikationen
- kein signifikanter Unterschied in den Raten der vordefinierten pflegeassoziierten Komplikationen

**Table 3.** Complications and clinical outcome parameters.

|   | HIPSTA<br>(n = 232) | CSW<br>(n = 465) | total<br>(n = 697) | p-value           |
|---|---------------------|------------------|--------------------|-------------------|
| Rate care associated non-surgical morbidity |                     |                  |                    |                   |
| Surgical site infections                    | 30 (34.9%)          | 65 (35.5%)       | 95 (35.3%)         | .704 <sup>1</sup> |
| Deep vein thrombosis                        | 1 (1.2%)            | 7 (3.8%)         | 8 (3.0%)           | .210 <sup>1</sup> |
| Pulmonary embolism                          | 2 (2.3%)            | 8 (4.4%)         | 10 (3.7%)          | .369 <sup>1</sup> |
| Lower respiratory tract infection*          | 12 (14.0%)          | 36 (19.7%)       | 48 (17.8%)         | .207 <sup>1</sup> |
| Urinary tract infection                     | 34 (39.5%)          | 89 (48.6%)       | 123 (45.7%)        | .143 <sup>1</sup> |
| Catheter-related infection **               | 7 (8.1%)            | 30 (16.4%)       | 37 (13.8%)         | .057 <sup>1</sup> |

Kuner Ch. et al., Clinical outcomes of patients treated on the Heidelberg interprofessional training ward vs. care on a conventional surgical ward: A retrospective cohort study, Journal of Interprofessional Care, <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1975667>

# Haben wir bessere Resultate? (HIPSTA)

## Mittlere Verweildauer

- Die mittlere Verweildauer auf der HIPSTA Station war gegenüber einer Allgemeinstation signifikant kürzer.

|   |              |               |               |                    |
|---|--------------|---------------|---------------|--------------------|
| Postoperative length of hospital stay**** | 11.10 ± 8.49 | 15.06 ± 15.04 | 13.74 ± 13.35 | <.001 <sup>2</sup> |
| Postoperative days on regular ward****    | 9.62 ± 7.02  | 12.60 ± 12.43 | 11.61 ± 11.01 | <.001 <sup>2</sup> |
| Days on ICU until discharge****           | 0.41 ± 1.71  | 0.94 ± 3.51   | 0.77 ± 3.04   | .007 <sup>2</sup>  |
| Days on IMC until discharge ****          | 1.09 ± 3.14  | 1.54 ± 3.68   | 1.39 ± 3.51   | .094 <sup>2</sup>  |

Kuner Ch. et al., Clinical outcomes of patients treated on the Heidelberg interprofessional training ward vs. care on a conventional surgical ward: A retrospective cohort study, Journal of Interprofessional Care, <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1975667>

# Was sind die größten Herausforderungen?

- IPZ wird aus unterschiedlichen Blickwinkeln beurteilt.
- Es gibt viel Gemeinschaftliches wie auch Gegenseitiges.
- Pflegende haben gegenüber IPZ eine grundsätzlich positivere Haltung, erleben sie aber als weniger gut funktionierend.
- Ärztinnen und Ärzte erleben IPZ als eher problemlos und im klinischen Alltag als weitaus deutlicher ausgeprägt als vorhanden.

Sollami, A., Caricati, L., & Sarli, L. (2015). Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of Interprofessional Care*, 29 (3), 223 – 229.

Bowles, D., McIntosh, G., Hemrajani, R., Yen, M.-S., Phillips, A., Schwartz, N. et al. (2016). Nurse-physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors. *Journal of Interprofessional Care*, 30 (5), 544 – 550.

Collette, A. E., Wann, K., Nevin, M. L., Rique, K., Tarrant, G., Hickey, L. A. et al. (2017). An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. *Journal of Interprofessional Care*, 31 (4), 470 – 478.

## Fazit:

Insofern wird der wahrgenommene Handlungsbedarf, aber auch der Leidensdruck bei Pflegefachpersonen größer sein als bei Ärztinnen und Ärzten.

# Was sind die größten Herausforderungen?

- IPZ → keine Momentaufnahme im klinischen Alltag, sondern ein anhaltender Prozess und fordert anhaltende Aufmerksamkeit.

Culver Clark, R., & Greenawald, M. (2013). Nurse-Physician Leadership. Insights Into Interprofessional Collaboration. The Journal of Nursing Administration, 43 (12), 653 – 659.

- Pflegende und Ärztinnen und Ärzte sehen sich übereinstimmend sowohl selbst als auch gegenseitig in unterschiedlichem Licht.

Sollami, A., Caricati, L., & Sarli, L. (2015). Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. Journal of Interprofessional Care, 29 (3), 223 – 229.

**Pflegefachpersonen stehen für  
Wärme,  
Fürsorglichkeit,  
Gemeinwohl**

**Ärztinnen und Ärzte gelten als  
kompetenter,  
selbstbezogener und  
führungsstärker**

Solche Zuschreibungen bestimmen gegenseitige Erwartungen auch in der Zusammenarbeit, vor allem rechtfertigen sie stillschweigend einen Status quo und behindern jedes Streben nach **Änderung** (Sollami et al., 2015a)

# Wie können wir Interprofessionelle Zusammenarbeit umsetzen?

- Unsere Aufgabe als Pflegeleitung
  - Führungsgrundsätze
- Nehmen wir unsere Aufgaben wahr?
- Warum brauchen wir eine Visite?
- Visite – wie ist die Ausgangslage?
- Wie können wir die Visite verändern?
- Was verändert sich mit der Reorganisation der Visite?



# Unsere Aufgabe als Pflegeleitung (Auszüge)

- Mitarbeiter in der Pflege zu halten,
  - zu binden und
  - zu entwickeln.
- 
- Rolle der Pflegeleitung und Anerkennung durch diese
  - Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung
  - Arbeitsbedingungen und Dienstplangestaltung
  - Personalbesetzung und Arbeitsbelastung
  - Bezahlung (Karriereplanung)
  - Ausstattung mit Arbeitsmaterialien
  - Neustrukturierung von Aufgaben
  - **Teamstruktur und Mitsprache**

# Unsere Aufgabe als Pflegeleitung

## Teamstruktur und Mitsprache

- **Interprofessionelle Zusammenarbeit stärken**
  - Tagesablaufplan berufsgruppenübergreifend
  - Einführung Jour Fixe
  - IP Fortbildungsveranstaltungen
  - IP Arbeitsgruppen
  - Gestaltung Besuchszeiten
  - Gemeinsame Patienten- und Angehörigengespräche
  - IP SOPs
  - IP Visite

# Führungskompetenzen UKHD

## Führungsgrundsätze des Pflegedienstes

1. Wir vertreten die Strategie des Universitätsklinikums Heidelberg.
2. Wir leben Wertschätzung durch Aufmerksamkeit, Respekt, Vertrauen und Kommunikation.
3. Wir handeln verlässlich und konsequent unter dem Grundsatz der Glaubwürdigkeit.
4. Wir kommunizieren auf Augenhöhe und sind stolz auf unseren Beruf.
5. Mitarbeiterentwicklung heißt für uns Fördern und Fordern.

**nurse leaders make the difference**

# Aufgabenprofil Pflegefachkraft

100 Kapitel 4 · Das interdisziplinäre Team

## 4.2.4 Behandelnde Pflegefachkraft

Pflegefachkräfte sind essenziell für die Umsetzung der medizinischen Therapie. Sie erkennen und unterstützen den Menschen in seinen Defiziten, aufgrund einer akuten, chronischen Erkrankung oder einer dauerhaften Behinderung und sorgen so für die Nutzung der vorhandenen Ressourcen im therapeutischen Prozess. Zudem schützen Pflegende den Menschen vor einer weiteren Verschlimmerung seiner Erkrankung durch eine durch Wissen und besondere Erfahrung geprägte Fähigkeit zur Krankenbeobachtung. Pflegefachkräfte verhindern Komplikationen, die mit dem Krankenhausaufenthalt einhergehen können. Sie beraten und leiten den Patienten an, die notwendigen Prophylaxen durchzuführen.

Durch die Präsenz am Krankenbett erkennen Pflegende drohende oder aufgetretene Probleme, kommunizieren sie an die beteiligten Berufsgruppen, v. a. an die behandelnden ärztlichen Kollegen. Je nach Sachverhalt entscheidet die Pflegefachkraft, ob es sich um eine dringende oder in der Visite zu besprechende Situation handelt. Aufgrund ihrer Ausbildungsqualität können sie Therapienotwendigkeiten vorschlagen bzw. umsetzen. Mit diesem Wissen unterstützen sie den behandelnden Stationsarzt bei der Koordination der anstehenden Maßnahmen und nehmen aktiv am Ausbildungsprozess der zukünftigen Fachärzte teil.

Pflegende haben eine hohe Verantwortung bei der Umsetzung der Dokumentationsrichtlinien und optimieren so ggf. auch den Erlös im Rahmen der Krankenhausfinanzierung. Aus dem jeweiligen Stationssetting ergibt es sich, dass die Visitedokumentation in Beratung mit der Pflegefachkraft durchgeführt wird oder im Gespräch die medikamentösen Anordnungen für die kommende Behandlung festgelegt werden.

Pflegende versorgen die ihnen anvertrauten kranken Menschen nach Theorien und evidenzbasierten Behand-

4.2 · Visitenteilnehmer im Einzelnen

101

4

lungsverfahren. Dabei sorgen sie für eine stetige Weiterentwicklung der Behandlungsstrategien. Diese besondere Art der Versorgung der Patienten durch die Pflegenden sorgt auch für eine besondere Art der Wertschätzung im therapeutischen Team und lässt eine Kommunikation auf Augenhöhe (nicht nur in der Visitesituation) zu. Sollte eine palliative Versorgung notwendig sein, übernehmen die Pflegenden die Behandlung der Symptome. Je nach Erfahrung werden die Behandlungsstrategien dem behandelnden ärztlichen Team vorgeschlagen.

### ■ Visitenteilnahme

An allen Visiten, die die zu behandelnden Patienten betrifft.

### ■ Vorteile

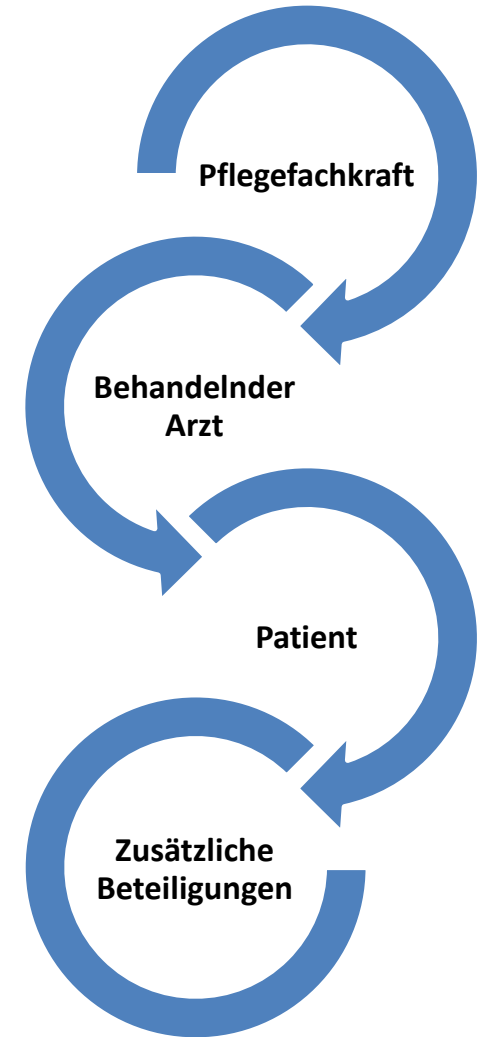
Pflegende als Mitglied des therapeutischen Teams sind bei der Visite wichtig, da:

- In der Visite werden die Beobachtungen der einzelnen Berufsgruppen geschildert, zusammengefasst, bewertet und sorgen so für eine Entscheidung in der Behandlungsstrategie.
- Häufig fühlt sich der Patient in der Visite nicht in der Lage, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Im Tagesverlauf werden solche Dinge im Gespräch mit der Pflegefachkraft deutlich, die sie dann bei der Visite vorstellen kann.
- Durch ihre Erfahrung und Beobachtungsfähigkeit können die Pflegenden bei der Visite Veränderungen einzelner Symptome wiedergeben und somit für eine Überprüfung der Therapie sorgen.
- Pflegende stellen ihre bisher geleisteten Therapieansätze zur Prophylaxe vor und können somit die Behandlungsstrategie unterstützen.

Forster, A. (2017): Visite!, Springer-Verlag Heidelberg

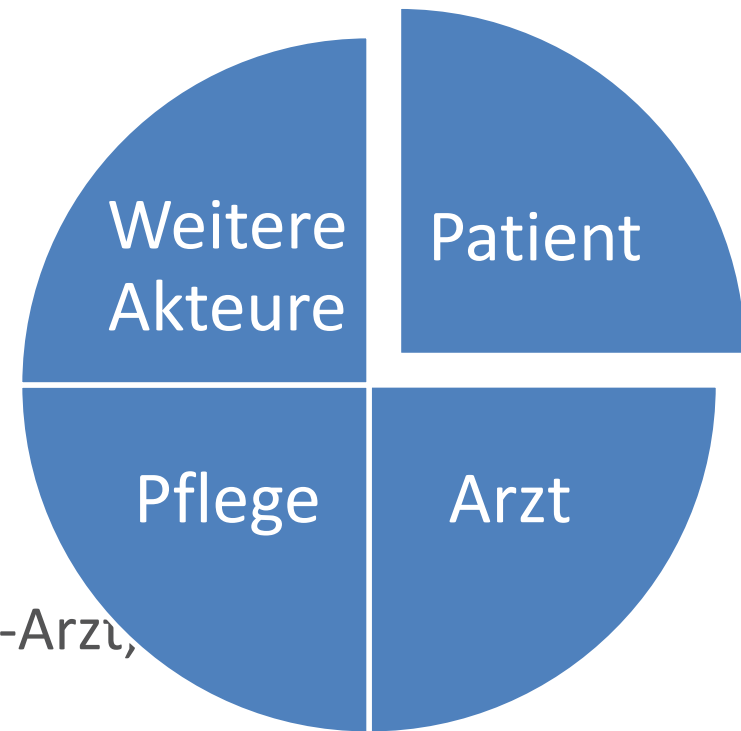
# Warum Visite?

- Kommunikationssteigerung
  - Zielgerichteter Austausch mit Strategie
  - Begegnungen zwischen den Akteuren führt zu mehr Austausch
  - In respektvoller Umgebung mit dem Patienten
- Entscheidungsfindung
  - Nötige **kurzfristige** Entscheidungen werden (gemeinsam) getroffen



# Warum Visite?

- Informationsvermittlung
  - Vorher überlegte und festgelegte Zusammenhänge
  - Zwischen den Akteuren
  - Pflege-Patient, Arzt-Pflege, Patient-Arzt,
- Ressourcenplanung
  - Diagnostik, Ernährung, Entlassmanagement, Medikation, etc.
- Teamwork
  - Erkennen und Wert-schätzen des Anderen Stärke
  - Was ist Dein Beitrag, dass das Team funktioniert?



# Warum Visite?

- Personalentwicklung
  - Eigenes/Reflektiertes Erkennen von Stärken und Verbesserungspotential
  - Lehrveranstaltung direkt oder indirekt
  - Darstellung der Leistungsfähigkeit der Behandler gegenüber dem Patienten
- Risiko-Minimierung
  - (Beinahe) Unerwünschte Ereignisse erkennen, ausschalten und erfassen
  - Visuell in der Durchführung der Visite
  - Kognitiv in der Vorbereitung der Visite

# Warum Visite?

- Qualitätskontrolle
  - Einhaltung von Standards und deren Überprüfung
  - Konzept Sichere Arbeitsumgebung durch Arbeitsplatzkompetenz
- Qualitätssteigerung
  - Erkennen von nötigen Veränderungen
  - Probleme erkennen und bearbeiten
- Kostenreduktion
  - Behandlungsdauer reduzieren durch zielgerichtete Therapieansätze



# Die Ausgangslage - die Visite in deutschen Krankenhäusern

- eindimensional – sowohl in Richtung Patient als auch in der Interaktion mit anderen Berufsgruppen
  - stumme oder nickende Pflegefachkräfte oder gar keine Teilnahme von Pflegenden
  - Oder: Pflegefachpersonen haben die Mediziner schon vor der Patiententür informiert, bleiben aber im Patientenzimmer still
- es ist nicht gewährleistet, dass alle patientenrelevanten Sachverhalte zur Sprache kommen
- es ist nicht gewährleistet, dass die bestmögliche Behandlungsstrategie festgelegt werden kann

# Blaupause HIPSTA - Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation

- Eröffnung 10.04.2017
- 1. Interprofessionelle Ausbildungsstation Deutschlands
- Wird kontinuierlich betrieben
- 30.09.2022  
1. Heidelberger HIPSTA Konferenz



## 1.HIPSTA Konferenz WIR FEIERN 5 JAHRE HEIDELBERGER INTERPROFESSIONELLE AUSBILDUNGSSTATION

Freitag 30. September 2022 | 09.00 bis 17.00 Uhr  
Chirurgische Universitätsklinik | Im Neuenheimer Feld 420 | Hörsaal

### Programm

Die Entstehung der Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation (HIPSTA)

Warum Interprofessionelle Ausbildungsstationen?

Interprofessionelle Ausbildungsstationen nun überall?

Die Rolle der Lernbegleitung - wo ist der Unterschied?

Veränderung durch Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ausblick und Herausforderungen

Podiumsdiskussion

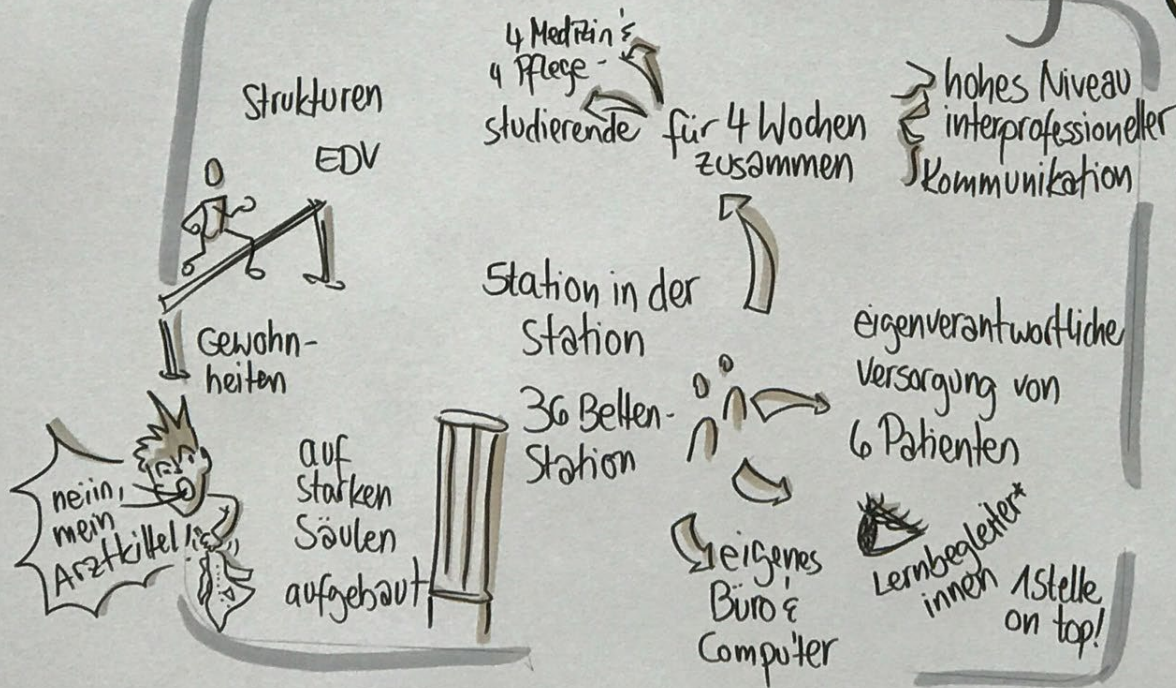
IPSTA 2.0

Bitte bis zum 31.08.2022 verbindlich unter [Hipsta.CHIR@med.uni-heidelberg.de](mailto:Hipsta.CHIR@med.uni-heidelberg.de) anmelden.

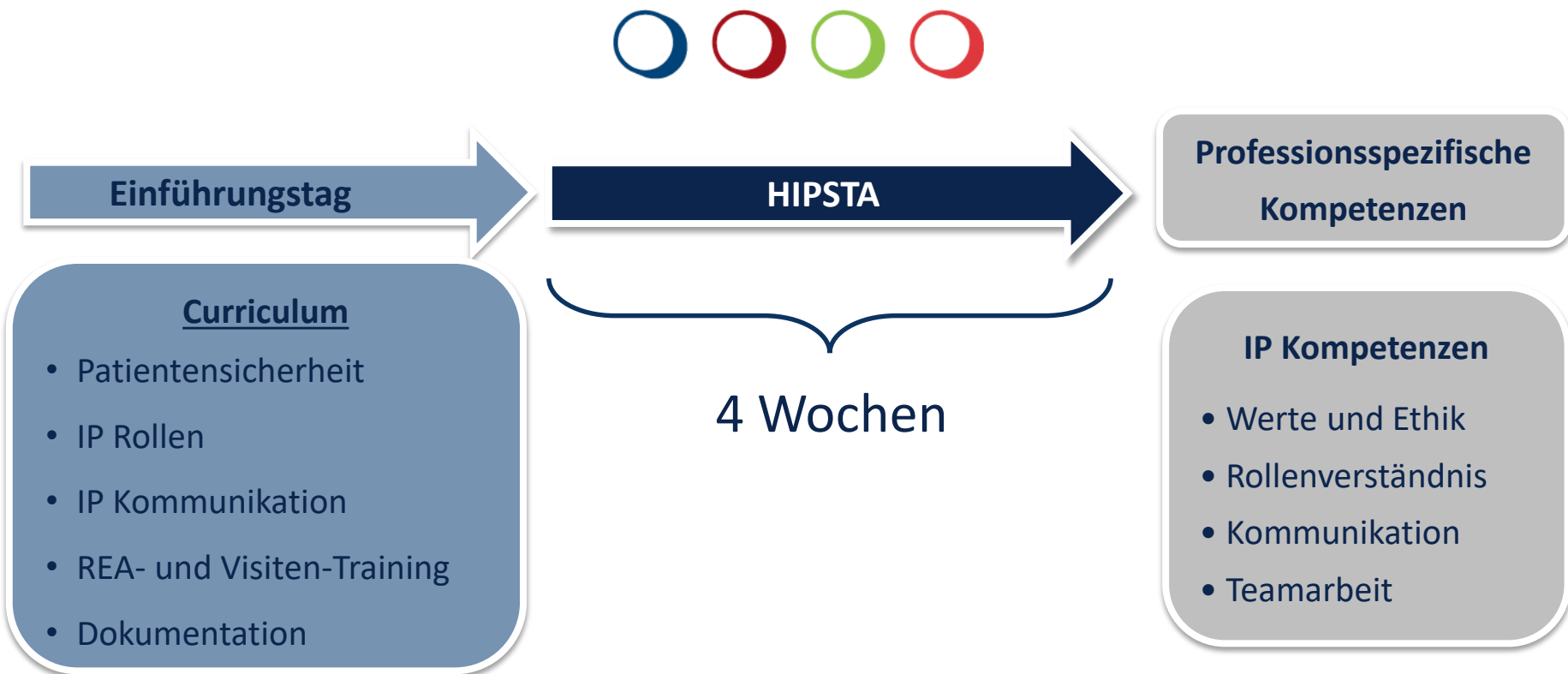


eines Transformationsprozesses

# HIPSTA Heidelberg



# HIPSTA



# HIPSTA Visite



# Die Visite auf der HIPSTA Station

<https://player.vimeo.com/video/438844906>

# Interprofessionelle Visite

## - zwei Möglichkeiten (immer in Interaktion mit dem Patienten)

### Neuorganisation

Interprofessionelle Visite auf der HIPSTA (Heidelberger Interprofessionellen Ausbildungsstation) Station

- Auszubildender Pflege stellt den Patienten komplett vor und berichtet über alle Beobachtungen/neue Befundergebnisse → startet die Visite
- Auszubildender der Physiotherapie ergänzt und berichtet
- Medizinstudent im PJ greift alle Inhalte auf und führt zusammen

### Reorganisation

Interprofessionelle Visite auf der IMC Station

- Mediziner und Pflegende berichten wechselnd und sich gegenseitig ergänzend

# Reorganisation der Visite

## Aufgabe und Zielsetzung der Visite sind klar, trotzdem...

- Unterbrechungen
- Störungen
- Teilnehmer der Visite werden abgerufen
- Visite findet nur monoprofessionell statt
- Pflegepersonal nimmt nicht teil, da es sich der Versorgung anderer Patienten widmen muss
- Pflegepersonal findet keine Zeit an der Visite teilzunehmen, weil die Visitendauer zu lang erscheint
- Visitenbeschlüsse beinhalten häufig nur medizinische Ziele
- Visitenbeschlüsse sind nicht festgelegt und werden nicht über alle Berufsgruppen klar kommuniziert
- Visitenbeschlüsse werden mehrfach besprochen und nachgefragt, da diese nicht deutlich kommuniziert oder verschriftlicht wurden

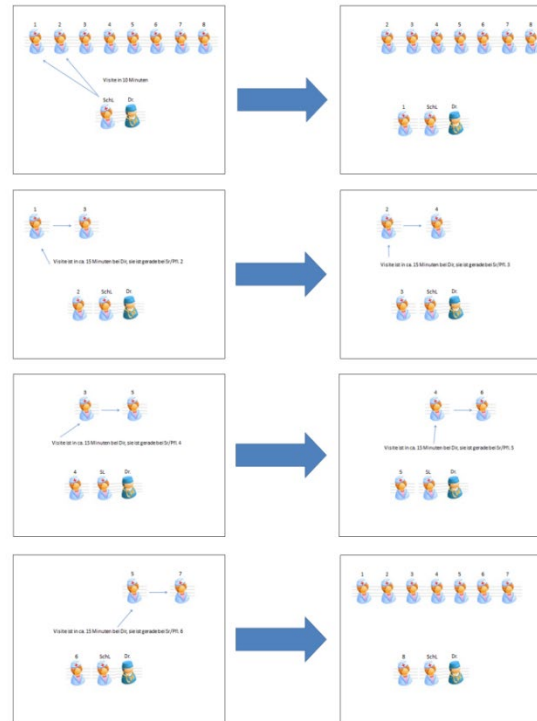


# Der Weg beginnt - Reorganisation der Visite auf einer 24-Betten IMC-Station – der 1. Schritt



## Visite auf Station VTS

„Eine gute interprofessionelle Visite ist eine wichtige Säule für die Patientensicherheit und für die Mitarbeiterzufriedenheit“ - B7001



PET, Catharina Alexander, FKS VTS

# Reorganisation der Visite

## Ziele der neukonzipierten Visite

1. 100 % Visitenteilnahme durch die verantwortliche Pflegefachperson
2. Visitenteilnahme der Schichtleitung erwünscht
3. Verantwortliche Pflegefachperson steht immer in der 1. Reihe
4. Pflegefachperson beleuchtet die pflegerischen Sichtweisen innerhalb einer verbindlichen Redezeit, die eingehalten werden muss
5. Visitenbeschlüsse legen die Tagesziele – medizinisch und pflegerisch überprüfbar fest
6. Alle Visitenteilnehmer werden im Visitenbeschlussprotokoll festgehalten

# Wie können wir gewährleisten, dass alle patientenrelevanten Sachverhalte angesprochen werden?

- Einführung einer verbindlichen Checkliste
- Visite mit dem Patienten zusammen
- Beschäftigung mit den verantwortlichen Themen bereits vorher (ständig)
- Themenspezifische Visiten durch z. B. zielgerichtete Fragen und direkte Patienteninformation
  - Visite durch den Stationsarzt
  - Schmerzvisite
  - Pflegevisite
  - Kurvenvisite, etc.
- Offene Fragen vermeiden

Arzt

Patient

Pflege

Vorstellung des Patienten

Vorstellung des Patienten

Gemeinsame Festlegung der  
medizinischen und pflegerischen  
Ziele und Vorplanung von  
notwendigen Untersuchungen

Gemeinsame Verschriftlichung der Ziele  
und kontinuierliche Weitergabe  
während der monoprofessionellen  
Übergaben

- Diagnose, Operation
- Komplikationen
- Klinische Untersuchung
- Kreislauf
- Leber-und Nierenfunktion
- Infektionsstatus
- Laborparameter
- aktuelle Medikation
- Immunsuppression

- Atmung / Atemtherapie
- Verdauung / Ernährung
- Bewegungsstatus  
Bewegungskompetenzen
- Schmerzscore
- Neurologie
- Schlaf
- Delirscore

# Reorganisation der Visite

- Beobachtung der Visite
- Vorinformation und Teilnahme an 100 Visiten
- Befragung der MA zu den Gütekriterien einer Visite und Festlegung der überprüfbaren Kriterien

|                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| trifft zu            | alles korrekt                |
| trifft eher zu       | bis zu 2 Unvollständigkeiten |
| trifft eher nicht zu | ab 3 Unvollständigkeiten     |
| trifft nicht zu      | ab 5 Unvollständigkeiten     |

| Gütekriterien einer guten Visite  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
|---|-------------|---------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Datum:  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Zimmer:   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Bettplatz:  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| TN Arzt:  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Dauer der Visite:   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
|   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| <b>Item</b>   | <b>ja</b>   | <b>nein</b>   |                      |                           |                                 |                            |
| Alle Visitenteilnehmer sind untereinander bekannt?                          |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Der Patient kennt alle Visitenteilnehmer?                                   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Gibt es einen Visitenleiter?  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
|   | <b>Arzt</b> | <b>Pflege</b> | <b>trifft zu = 1</b> | <b>trifft eher zu = 2</b> | <b>trifft eher nicht zu = 3</b> | <b>trifft nicht zu = 4</b> |
| Die Diagnose wurde vollständig vorgetragen?                                 |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Nebendiagnosen und Komorbiditäten vollständig?                              |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Folgende Punkte wurden besprochen?  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Herz- und Kreislauf   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Blutungsgefahr? Antikoagulation?  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Atmung und Beatmung/Atemtherapie  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Infektionsstatus und Mikrobiologie  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Laborparameter  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Leberfunktion   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Nierenfunktion - Ersatzverfahren?   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Aktuelle Medikation   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Ernährung und Verdauung - Kostaufbau + Abführmaßnahmen                      |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Schmerz, Schmerzscore und Medikation  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Neurologie - Delir? Delirscore?   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Bewegung und Bewegungskompetenz?  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
|   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Festgelegte Tagesziele  |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| medizinisch   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| pflegerisch   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
|   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
|   |             |               |                      |                           |                                 |                            |
| Was macht eine gute Visite aus? Wann sind alle TN mit der Visite zufrieden? |             |               |                      |                           |                                 |                            |

- Überprüfung der Umsetzung der Visitenbeschlüsse anhand von 30 Patientenkurven

# Reorganisation der Visite

## Evaluierung Tagesziele – Formulierung und Durchführung

Datum Visite: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_

### 1. mündliche Formulierung der Tagesziele

|                           | ja | nein |
|---------------------------|----|------|
| erfolgt durch Pflegekraft |    |      |
| erfolgt durch Arzt        |    |      |
| Formulierung ist          |    |      |
| konkret                   |    |      |
| terminiert                |    |      |
| an Adressaten gerichtet   |    |      |

### 2. schriftliche Formulierung der Tagesziele

|   | ja | nein |
|---|----|------|
| erfolgt durch Pflegekraft in COPRA  |    |      |
| erfolgt durch Arzt in COPRA   |    |      |
| Anordnung schriftlich nötig?  |    |      |
| Anordnung schriftlich erfolgt?  |    |      |
| alle mündlichen Tagesziele wurden verschriftlich?                           |    |      |
| alle schriftlichen Tagesziele wurden auch mündlich in der Visite besprochen |    |      |
| Formulierung ist  |    |      |
| konkret   |    |      |
| terminiert  |    |      |
| an Adressaten gerichtet   |    |      |

### 3. Tagesziele erfüllt in den darauffolgenden Schichten bis zur nächsten Visite

Tagesziel : \_\_\_\_\_

| einmaliges Tagesziel<br>(1x durchzuführen)  | ja                                     | nein |
|---|--|------|
| erledigt  |  |      |
| zeitgemäß erledigt  |  |      |
| <b>dauerhaftes Tagesziel</b><br>(Durchführung muss öfter als 1. mal erfolgen bzw. kontinuierlich) |  |      |
| <b>FD – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>SD – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>ND – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>FD – bis zur nächsten Visite</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |

Tagesziel : \_\_\_\_\_

| einmaliges Tagesziel<br>(1x durchzuführen)  | ja                                     | nein |
|---|--|------|
| erledigt  |  |      |
| zeitgemäß erledigt  |  |      |
| <b>dauerhaftes Tagesziel</b><br>(Durchführung muss öfter als 1. mal erfolgen bzw. kontinuierlich) |  |      |
| <b>FD – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>SD – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>ND – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>FD – bis zur nächsten Visite</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |

Tagesziel : \_\_\_\_\_

| einmaliges Tagesziel<br>(1x durchzuführen)  | ja                                     | nein |
|---|--|------|
| erledigt  |  |      |
| zeitgemäß erledigt  |  |      |
| <b>dauerhaftes Tagesziel</b><br>(Durchführung muss öfter als 1. mal erfolgen bzw. kontinuierlich) |  |      |
| <b>FD – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>SD – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>ND – Visitetag</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |
| <b>FD – bis zur nächsten Visite</b>   | muss in dieser Schicht erledigt werden |      |
|   | ist erledigt worden                    |      |

Datum Visite: \_\_\_\_\_

Pat.-Abkürzung: \_\_\_\_\_

# Reorganisation der Visite

**Evaluierung Tagesziele – Formulierung und Durchführung**

Datum Visite: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_ Tagesziel: \_\_\_\_\_

einmaliges Tagesziel  ja  nein

**1. mündliche F**

|                        |
|------------------------|
| erfolgt durch Pflegekr |
| erfolgt durch Arzt     |
| Formulierung ist       |
| konk                   |
| termini                |
| an Adressaten gerich   |

**3. Tagesziel**

Tagesziel : \_\_\_\_\_

einmaliges T: (fx durchzuf

zeitgemä

(Durchfüh

FD - V

**Langfristige Ziele > 24 Stunden**

| ja | nein |
|----|------|
| 16 | 1    |
| 16 | 2    |
| 15 | 7    |
| 11 | 2    |
| 9  | 1    |
| 17 | 1    |
| 16 | 1    |

— ja — nein

| ja | nein |
|----|------|
|    |      |
|    |      |
|    |      |
|    |      |

| ja | nein |
|----|------|
|    |      |
|    |      |
|    |      |

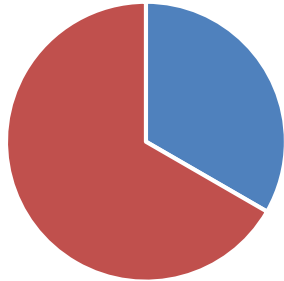
|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| SD - Visitetag               | muss in dieser Schicht erledigt werden |  |  |
|                              | ist erledigt worden                    |  |  |
| ND - Visitetag               | muss in dieser Schicht erledigt werden |  |  |
|                              | ist erledigt worden                    |  |  |
| FD - bis zur nächsten Visite | muss in dieser Schicht erledigt werden |  |  |
|                              | ist erledigt worden                    |  |  |

|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| ND - Visitetag               | ist erledigt worden                    |  |  |
|                              | muss in dieser Schicht erledigt werden |  |  |
| FD - bis zur nächsten Visite | ist erledigt worden                    |  |  |
|                              | muss in dieser Schicht erledigt werden |  |  |

Datum Visite: \_\_\_\_\_ Pat.-Abkürzung: \_\_\_\_\_

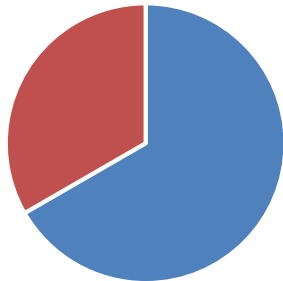
# Reorganisation der Visite – 1. Erfolge

## 1. Visitenbeobachtungsreihe



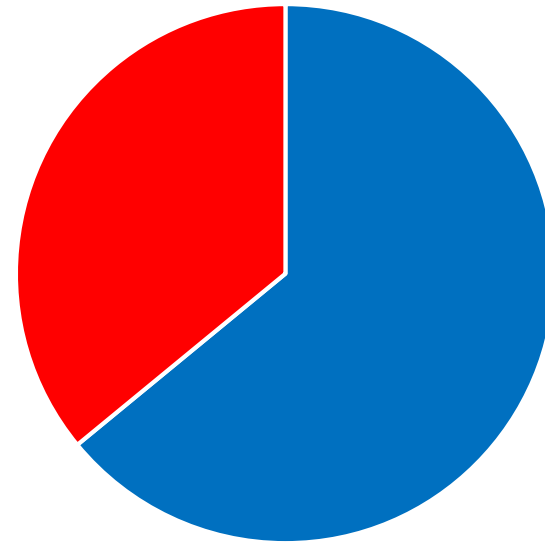
- Pflegefachperson dauerhaft anwesend
- Pflegefachperson nicht dauerhaft anwesend

## 2. Visitenbeobachtungsreihe



- Pflegefachperson dauerhaft anwesend
- Pflegefachperson nicht dauerhaft anwesend

## Qualitätskriterien einer Visite

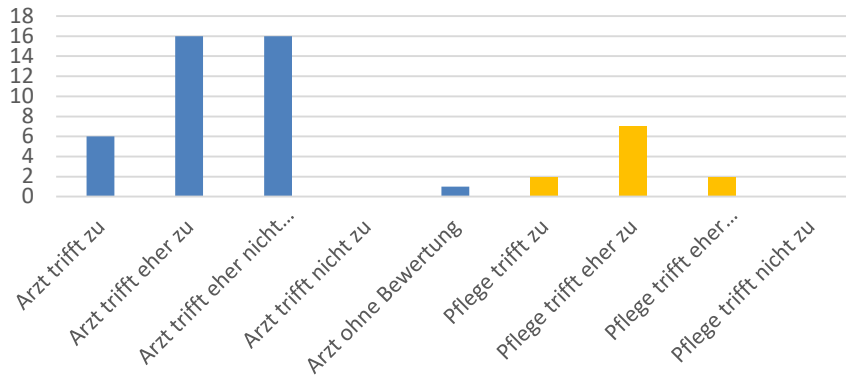


- Pflegefachperson dauerhaft anwesend
- Pflegefachperson nicht dauerhaft anwesend

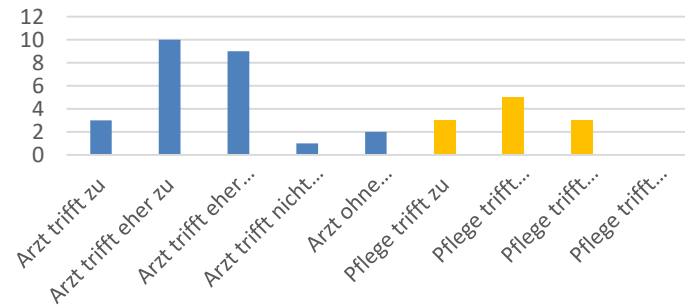


# Reorganisation der Visite – wer spricht über was?

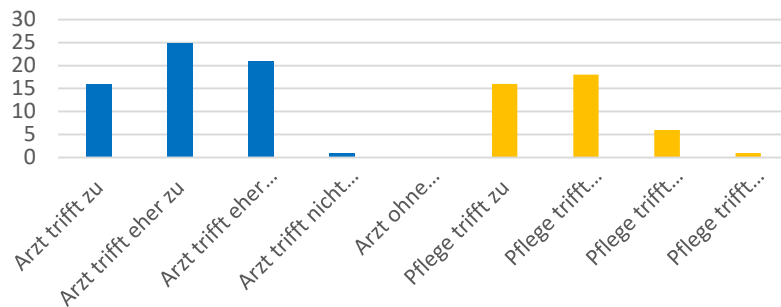
## Herz- und Kreislauf



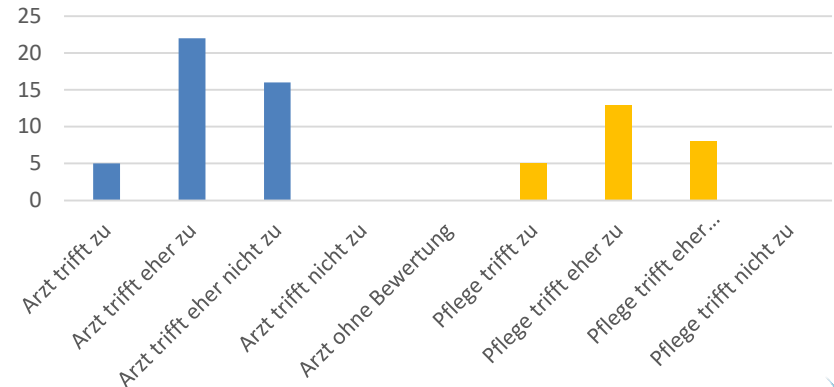
## Atmung und Beatmung / Atemtherapie



## Ernährung und Verdauung / Kostaufbau + Abführmaßnahmen

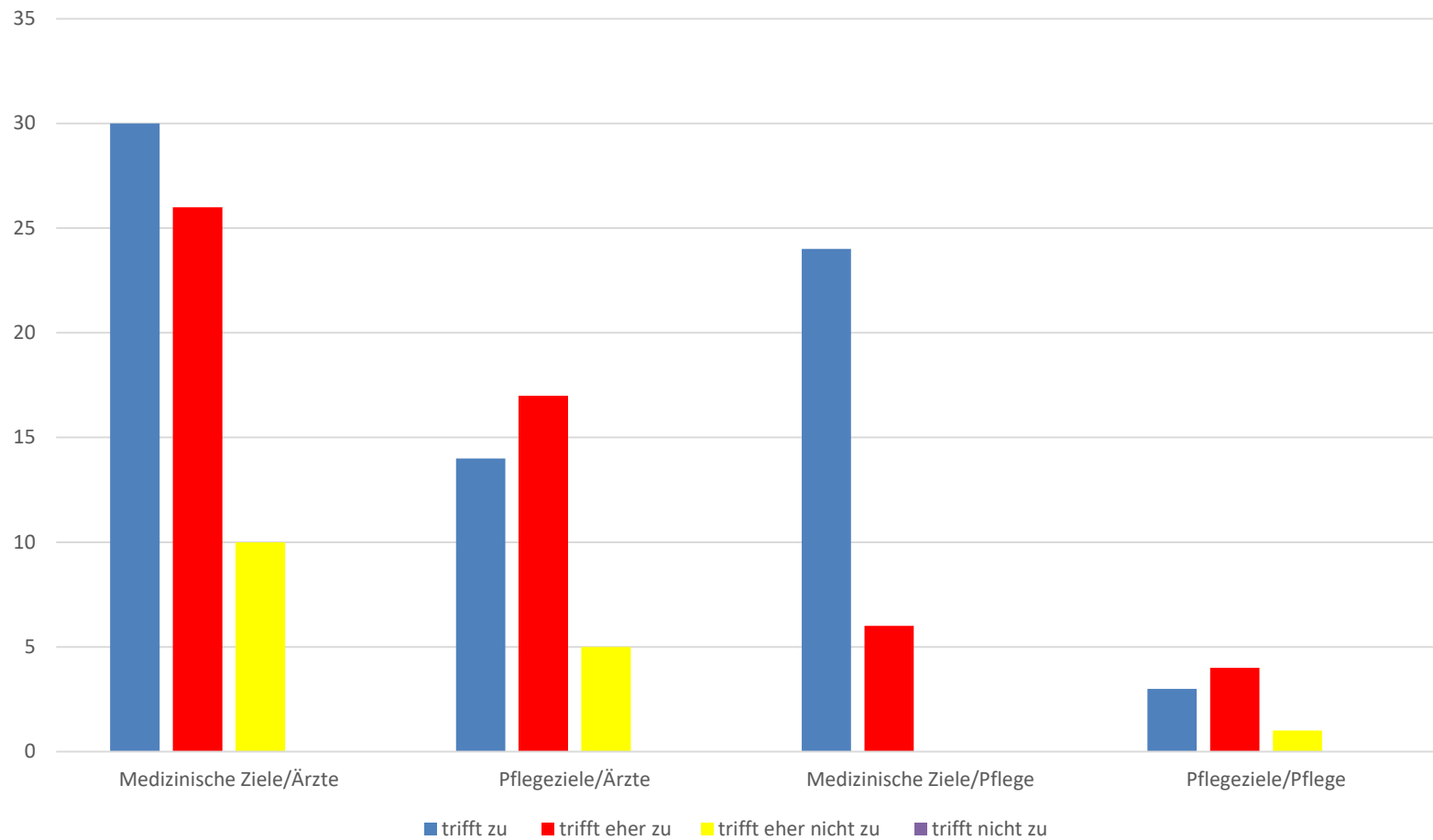


## Bewegung und Bewegungskompetenz



# Reorganisation der Visite

## Wer legt die Visitenziele fest?



# Stolpersteine der Interprofessionellen Visite

- Die Reorganisation der Visite ist Changemanagement.
- Die Widerstände, die im Rahmen des Visiten-Veränderungsprozesses auftreten, sind größer als geahnt.
- Es entstehen Ängste bei Ärzten und Pflegenden
  - Kompetenzverlust
  - Ansehen beim Patienten/in der Gesellschaft
  - Angst vor Versagen
- Die potentiell längere Visitendauer wird als Grund angegeben, die Visite nicht interprofessionell zu gestalten.

# Was wir heute schon wissen

- IPZ benötigt klare Strukturen und regelmäßige Überprüfungen  
→ strukturierte IPZ → Interprofessionelle Visite
  - Deutliche Festlegung, was IPZ für die Station bedeutet → macht eine Überprüfung möglich und lässt ein permanentes Verbessern zu
- steigert die Berufszufriedenheit – in allen Berufsgruppen
- zeigt die Pflegeleistung deutlich und erkennbar – besonders auch für Patienten auf

# Um die Interprofessionelle Zusammenarbeit dauerhaft zu implementieren

- Klinik- und Leitungsstrukturen fundamental verändern
- gemeinsame Besprechungen und gemeinsame Arbeitskreise
- Dokumentationssysteme interprofessionalisieren →  
gemeinsame Dokumente
- gemeinsame Verantwortlichkeiten
- Ausbildung neu denken
- Fort- und Weiterbildung neu strukturieren



# Die Akteure eines Orchesters sind keine Solisten

(Loewy 2000)