

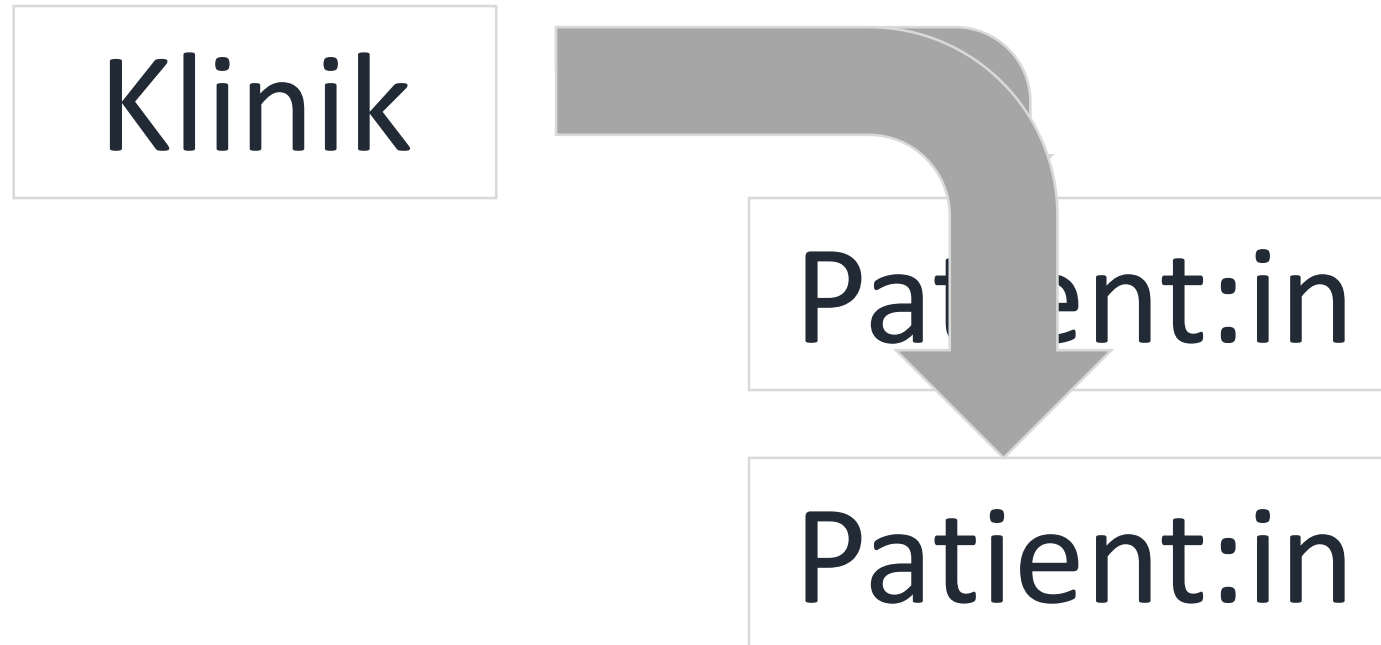
Visite

Unser tägliches Brot,
Aber wie angerichtet?

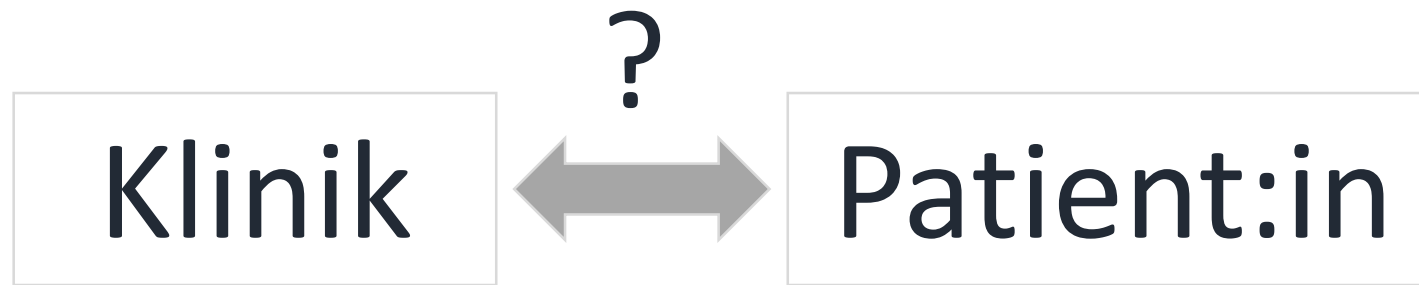
Visite: visitare = besuchen

- Wer besucht wen und wo?
- Oder ohne Patient:innen?
 - Kurvenvisite
 - Facharzt:innenvisiten
 - Oberarzt:innenvisiten
 - Ltd Psychotherapeut:innenvisiten
 - Chefarzt:innenvisiten

Machtgefälle



Machtgefälle



Strukturmerkmale:

Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation)
- Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
- Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)

Mindestmerkmale:

- Teambesprechung mit Vertretern aus mindestens 2 unterschiedlichen Berufsgruppen

einmal pro Woche zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs

- Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/einzeltherapeutische Intervention

Ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte bzw. Kontakt mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie),

Familiientherapie

Anleitung von anderen Teammitgliedern im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes "Talking down" bis hin zu Freiheitseinschränkung oder Freiheitsentzug)

(Störungsspezifische) Psychoedukation

Aufklärung (Kinder/Jugendliche und Bezugspersonen), Compliance-Förderung und enges Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie

Monitoring und ärztliche Behandlung von Entzugssymptomatik

Begleitung bei richterlichen Anhörungen oder (fach)ärztliche Stellungnahmen zur Unterbringung

Visite?

OPS-
Codes
9-64
bis
9-69

Facharztstandard

- OPS kennt nur den Begriff Facharzt
- Facharztstandard ist nicht an den Titel Facharzt gebunden
- Kinder– und Jugendlichenpsychotherapeut:innen erfüllen nicht den Facharztstandard
- Sie können aber inhaltlich Visiten durchführen. Für den OPS-Code muss ein zusätzlicher Facharzteintrag erfolgen

Eierlegende Wollmilchsau

(Gössi et al., Deutsches Ärzteblatt, 362-369, 122, 13, 2025)

- Status-quo Analyse: „lautes Denken“
- Diagnosenüberprüfung: „collaborative clinical group reasoning“
- Medikationsüberprüfung
- Therapieplanung
- Multiteam
- Betreuungsform
- feM-Begründungen
- Entlassplanung
- Partizipation: „Hast du Fragen?“ „Welches Anliegen hast du?“
- Beschwerdemöglichkeiten
- Ausbildung „teachable moments“
 - Vorbild
 - Üben für Assistent:innen

Ausbildung

- „teachable moments“
- „lautes Denken“
- „collaborative clinical group reasoning“
- Vorbild für ein A-P-Gespräch
 - Wie komme ich zur Diagnose?
 - Wie gehe ich empathisch auf den Patienten ein?
 - Wie schaffe ich Compliance?
- Üben für Assistent:innen
 - Fall vorbereiten
 - Symptomatik zusammenfassen
 - Hypothesen bilden

Teilnehmer:innen

- Multiteam?
- Fachtherapeut:innen, Sozialdienst, PED, Schule, Eltern...?
- Visite ist ein Zeitfresser und muss gut vorbereitet werden
- Teilzeitmitarbeitende nehmen nur teilweise teil?
- Es gibt keine Untersuchungen zu günstiger Anzahl bei der Visite. Aber: Sehr viele TN sind zu viel
- Ausbildung versus Patient:innenperspektive

Reflecting Team Visite

- „bedside“
 - Informationen zum Patienten werden berichtet während Patient im Raum ist
 - Vortragende sind fallführende Therapeut:innen oder Fachtherapeut:innen oder PED Mitarbeitende,...
 - Geschieht wertschätzend, respektvoll, weniger kritisch
- „Nicht-bedside“ wäre, dass alle Informationen vorher ausgetauscht werden und Patient kommt dann dazu

Kompetenzen

(Gössi et al., Deutsches Ärzteblatt, 362-369, 122, 13, 2025)

- Fachwissen als Basis
- Kommunikation sollte unsere Grundkompetenz sein
 - Freundlich und respektvoll
 - Aktives Zuhören
 - Klare und einfache Sprache
 - Einbeziehung in Entscheidungen
 - Aktive Einbeziehung in das Gespräch
 - Förderung des behandlungsbezogenen Verhaltens
 - Empathie und emotionale Sicherheit
- Ehrlichkeit, Transparenz, Zuverlässigkeit
- Steuerung der Teamkommunikation und des Visitenklimas
- „teach-back“ Methode: Patient wiederholt das Gesagte

Partizipation

- Wo haben die Patient:innen die Möglichkeit, Einfluss auf die Behandlung zu nehmen?
- Wo fühlen sie sich ernstgenommen?
- Wo werden sie mit ihren Beschwerden, Nöten, Sorgen und Ängsten außerhalb der Einzeltherapie gehört?
- Perspektivwechsel zu den Patient:innen ist nötig.
- Wie fühlen sich die Patient:innen vor, während und nach der Visite?
- Wie ist die Sitzposition? Im Kreis integriert? Alleine wie auf einem „heißen Stuhl“?

Störungen

- Essen und Trinken auf der Visite
- Anrufe
- Aufstehen und den Raum verlassen
- Gespräche zwischen Mitarbeitenden während Patient:in im Raum ist
- Klappern durch Dokumentationen auf dem Laptop
- Unangemessenes Lachen
- Unruhe und Lärm außerhalb des Visitenraumes z.B. auf der Station?

Zeitmanagement

- Pünktlich starten
- Zeitobergrenze festlegen? Was ist zu lang? Pausen?
- Reihenfolge transparent machen, Patient:innen mitbestimmen lassen
- Ablauf ist organisiert, Patient:innen sind zur vorgesehenen Zeit auf der Station?
- Ausfall von Therapien und Schule mit beachten

Dokumentationen

- Erfolgt während Patient mit im Raum?
- Konzentration auf das Gespräch?
- Was wird alles dokumentiert?
- Wer dokumentiert?

Workshops

2-3 Kolleg:innen gehen in die Patient:innenrolle

Alle übrigen bleiben in der Fachrolle

1. Was wünsche ich mir für die Visite?
2. Was für Kompetenzen brauche ich?
3. Was wünscht sich der Patient/die Patientin?
4. Welche Haltung haben wir?

Ziel: gemeinsam im Plenum einen Visitenstandard erstellen

Erfahrungen mit der Visite

- Struktur der Vorstellung
 - PED
 - Fachtherapien
 - Schule
 - FF
- Immer ein Fachtherapievertreter dabei
- 14 Patient:innen 2,5 h
 - Patient:inkontakt 1-2 Minuten
- Liste ist öffentlich für die Patient:innen
- Rückmeldung an Patient:in durch den PED wertschätzend aber auch kritisch
- Schule nimmt in der Regel nicht teil, können aber auch ausgewählt dazu kommen oder haben schriftliche Berichte
- Visite wird auf zwei Termine (3h insgesamt) verteilt (Therapiestation)
- Tägliche Visite mit Patient:innen auf der Akutstation durch die Assistenzärzt:innen (Medikation/PPB)
- Alle Patient:innen werden oberärztlich vorher gesprochen (60 Minuten) und anschließend besprochen (2,5 Stunden)
- 10-15 Minuten pro Patient
- Kurvenvisite (2,5 h) = Multiteam plus Patient:innenvisite (2,5h)
- „friendly reminder“ Störungen zu vermeiden „Knigge für Visite“
- Kurvenvisitenprotokolle sind vorgegeben für alle Berufsgruppen: Labor, Medikation, körperliche Untersuchung, Expositionsübungen PED, EG Zusammenfassung, Gruppentherapien, JA-Kontakte,...(Landshut, liegt dem Protokoll bei)

- Patient:innen müssen sich vorbereiten mit den Zielen der Woche und was sie geschafft haben. Liste wird vom PED geführt
- Behandlungsplanung und Perspektivklärung
- 14-tägige partizipative Visite mit FF/BB als reflecting team mit „Belohnungskeks“ und teaching für Assistenzärzt:innen 15 Minuten/Patient:in (bedside)
- Es wird nicht gegessen und getrunken in der Patient:innenvisite
- Nur Wassergläser
- Clean room
- Keine Störungen
- Man kann auch vorher zur Toilette gehen
- Keine Telefonate im Visitenraum
- Gleiche Stühle für alle
- Dokumentation mit und ohne Patient:in

Patientenperspektive Visite

- Redezeit sollte gleichmäßiger verteilt sein, wünsche mir dass alle etwas sagen
- Vorbereitung für die Visite ist auch Druck
- Reflecting team/bedside ist angenehm
- Kleinere Gruppen sind angenehmer
- Sofa ist schlimm
- Gerne nah am BB/FF
- Nah an der Tür

Beschwerdemanagement

- Wer wenig Beschwerden hat, hat ein schlechtes Beschwerdemanagement
 - Viele Beschwerden sind ein Qualitätsmerkmal
- Eltern beklagen sich
- Jugendliche haben die Möglichkeit, sich über den Patient:innensprecher melden
- Patientenforum/Jugendkonferenz als Beschwerdemöglichkeit
- Visite
- Feedbackbögen/Patient:innenbefragung
- Eltern haben häufig auffällige Persönlichkeitsmerkmale
- Reframing der schwierigen Mitarbeiter:innen als notwendiges Übungsfeld für Patient:innen, die meist schon eine lange Vorgeschichte als Opfer mit wenig Verantwortungsübernahme haben
- Reframing, dass die Eltern sich im Gegensatz zu anderen Eltern für ihr Kind einsetzen
- Nach der juristisch neu definierten Verantwortlichkeit müssen die Beschwerden des PED von der PD bearbeitet werden
- Milieuthherapie bei ausgefallenen Therapien