

Aus dem Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung  
Institut der Universität München

Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. Martin Fischer, MME (Bern)

***Identifikation und Vergleich ärztlicher Kompetenzen zur  
Durchführung einer psychiatrischen,  
psychosomatischen und chirurgischen Visite  
Eine interprofessionelle Interviewstudie***

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Elisa Vietz

aus

Kaufbeuren

Jahr

2022



Aus dem Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung  
Institut der Universität München

Vorstand: Univ.-Prof. Dr. med. Martin Fischer, MME (Bern)

***Identifikation und Vergleich ärztlicher Kompetenzen zur  
Durchführung einer psychiatrischen,  
psychosomatischen und chirurgischen Visite  
Eine interprofessionelle Interviewstudie***

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Elisa Vietz

aus

Kaufbeuren

Jahr

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. Martin Fischer, MME (Bern)
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. Oliver Pogarell PD Dr. med. Helmut Arbogast
Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter:	Prof. Dr. Ralf Schmidmaier, MME Dr. Christian Lottspeich Dr. Esther März
Dekan:	Prof. Dr. med. Thomas Gudermann
Tag der mündlichen Prüfung:	04.05.2022

Teile dieser Arbeit wurden veröffentlicht:

Vietz, E., März, E., Lottspeich, C., Wölfel, T., Fischer, M. R. & Schmidmaier, R. (2019). Ward round competences in surgery and psychiatry - a comparative multidisciplinary interview study. *BMC medical education*, 19(1), 137.

## **Abkürzungsverzeichnis**

ACGME	Accreditation Council for Graduate Medical Education
C	Chirurgie
EPA	entrustable professional activity
PP	Psychiatrie/ Psychosomatik

## **Geschlechtsneutrale Formulierung**

Die in dieser Arbeit gewählten Formulierungen für Personen oder Personengruppen beziehen sich immer zugleich auf männliche, weibliche und diverse Personen.

## Zusammenfassung

Die Visite hat wesentliche Bedeutung für den stationären Behandlungserfolg und für die Patientensicherheit (Pucher, Aggarwal, & Darzi, 2014). Jedoch scheinen angehende Ärzte nicht ausreichend auf die Durchführung einer Visite vorbereitet zu sein (Nikendei, Kraus, Schrauth, Briem, & Junger, 2008). Zur strukturierten Vermittlung der Visitendurchführung fehlt das Wissen über die dafür notwendigen Kompetenzen. Wölfel et al. identifizierten Kompetenzen zur Durchführung einer internistischen Visite und entwickelten daraus eine entrustable professional activity (EPA) „Visitendurchführung in der Inneren Medizin“ (Wölfel et al., 2016). Ziel der vorliegenden Studie war, herauszufinden, ob es Visitenkompetenzen gibt, die unabhängig des Fachbereichs bedeutsam sind oder ob es Kompetenzen gibt, die nur für die Visitenführung in einem einzelnen Fachbereich wichtig sind, also Domänenspezifität aufweisen. Hierfür wurden die Visitenkompetenzen von sehr unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen – der Chirurgie sowie der Psychiatrie und Psychosomatik – identifiziert und verglichen.

Es wurden 60 halbstrukturierte Interviews mit chirurgischem und mit psychiatrischem und psychosomatischem Stationspersonal geführt. Diese wurden nach dem Inhaltsanalysemodell nach Mayring bezüglich der für die Visitenführung notwendigen, ärztliche Kompetenzen ausgewertet und mit einer Frequenzanalyse und statistischen Verfahren weiter analysiert (Mayring, 2010).

Die Studie ergab, dass sich die Fachbereiche hinsichtlich der Kompetenzen, die zur Durchführung einer Visite notwendig sind, sehr ähneln. Folgende Kompetenzen wurden in den Interviews sowohl in der Chirurgie als auch in der Psychiatrie/ Psychosomatik erfasst: *Collaborative Clinical Reasoning, Kommunikation Arzt-Patient, Kommunikation Arzt-Team, Organisation, Arbeit im Team, Problemlösefähigkeit, Selbstmanagement, Fehlermanagement, Lehrkompetenz, Empathie, nonverbale Kommunikation, Patientenmanagement und Professionalität. Klinisch-praktische Fähigkeiten* scheint eine Spezifität in der Chirurgie und höchstwahrscheinlich in somatisch-orientierten Fachbereichen zu haben. Interviewte aus der Psychiatrie/ Psychosomatik beschrieben *Empathie* häufiger als Aufgabe eines Assistenzarztes. Ebenso schilderten sie insgesamt häufiger *nonverbale Kommunikation*. Einerseits könnten diese Kompetenzen eine größere Rolle in der psychiatrischen/psychosomatischen Visite spielen, andererseits könnte aber auch das Bewusstsein für ihre Bedeutung in der Chirurgie geringer sein. Hierfür scheint weitere Forschung notwendig zu sein.



# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>ii</b>
<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>iii</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Die Visite .....</b>	<b>2</b>
1.1.1 Visitendefinition.....	2
1.1.2 Visitenstrukturen in den Fachbereichen Chirurgie, Psychiatrie und Innere Medizin.....	3
1.1.3 Die Herausforderung der Visiten durchführung .....	4
1.1.4 Checklisten und Simulationstraining zur Verbesserung der Visiten durchführung.....	7
<b>1.2 Kompetenzbasiertes Lernen .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Der Begriff „Kompetenz“ .....	11
1.2.2 Das Modell der entrustable professional activity.....	12
<b>1.3 Untersuchungsfragestellung.....</b>	<b>15</b>
<b>2 Methodik .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Studiendesign.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Theoretischer Hintergrund des Experteninterviews .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Stichprobe.....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 Erhebungsinstrument .....</b>	<b>22</b>
<b>2.5 Praktische Durchführung der Studie .....</b>	<b>25</b>
<b>2.6 Transkription .....</b>	<b>26</b>
<b>2.7 Kategorienbildung und Kodierung .....</b>	<b>26</b>
2.7.1 Strukturierung und deduktive Kategorienbildung .....	26
2.7.2 Induktive Kategorienbildung .....	28
2.7.3 Festsetzen der Analyseeinheiten.....	29
2.7.4 Anpassung des Kategoriensystems und Gütekriterien .....	29
<b>2.8 Inhalt der Kompetenzen in dieser Studie .....</b>	<b>31</b>
<b>2.9 Auswertung der nicht-kompetenzbasierten Codes .....</b>	<b>32</b>
<b>2.10 Frequenzanalyse der kompetenzbasierten Codes .....</b>	<b>33</b>
<b>2.11 Angewandte statistische Methoden.....</b>	<b>34</b>
2.11.1 Chi-Quadrat-Testung und Phi-Wert.....	34
2.11.2 McNemar-Test/ Binomialtest.....	36

<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Struktur der Visite in Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik</b>	<b>38</b>
3.1.1	Beteiligte der Visite	38
3.1.2	Zeitliche Aspekte der Visite	39
3.1.3	Stellenwert der Visite	39
3.1.4	Bedürfnis nach Veränderungen in der Visite	40
<b>3.2</b>	<b>Chirurgie: Beschreibung von ärztlichen Kompetenzen</b>	<b>41</b>
3.2.1	Gesamtes Interviewmaterial	41
3.2.2	Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“	43
3.2.3	Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“	44
3.2.4	Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“	47
<b>3.3</b>	<b>Psychiatrie/ Psychosomatik: Beschreibung von ärztlichen Kompetenzen</b>	<b>48</b>
3.3.1	Gesamtes Interviewmaterial	48
3.3.2	Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“	49
3.3.3	Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“	51
3.3.4	Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“	54
<b>3.4</b>	<b>Gegenüberstellung beider Fachbereiche in der Beschreibung von ärztlichen Kompetenzen</b>	<b>55</b>
3.4.1	Gesamtes Interviewmaterial	55
3.4.2	Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“	57
3.4.3	Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“	59
3.4.4	Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“	61
<b>3.5</b>	<b>Gegenüberstellung der Kompetenzen eines Assistenzarztes und Oberarztes</b>	<b>63</b>
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>65</b>
<b>4.1</b>	<b>Zusammenfassung der Hauptergebnisse</b>	<b>65</b>
<b>4.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>66</b>
4.2.1	Vergleich der Visitenstruktur	66
4.2.2	Kompetenzen zur Visitendurchführung in der Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik	69
4.2.3	Analyse zur Domänenspezifität	72
4.2.4	Vergleich mit dem Fachbereich Innere Medizin	78
4.2.5	Rollenverständnis in der Visite beider Fachbereiche	80
4.2.6	Bedeutung der Lehrkompetenz in der Visite	83
<b>4.3</b>	<b>Ausblick</b>	<b>84</b>
4.3.1	Bedeutung der ermittelten Kompetenzen in der klinischen Praxis	84

<b>4.4</b>	<b>Limitation der Untersuchung und der Methoden .....</b>	<b>86</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>89</b>
	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>103</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>105</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>107</b>
<b>A</b>	<b>Interviewleitfäden Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik .....</b>	<b>107</b>
<b>B</b>	<b>Transkriptionssystem .....</b>	<b>117</b>
<b>C</b>	<b>Kategoriensystem .....</b>	<b>120</b>
	<b>Danksagung.....</b>	<b>157</b>
	<b>Affidavit.....</b>	<b>159</b>



# 1 Einleitung

Die Visite ist ein zentraler Bestandteil der stationären Patientenbehandlung und nimmt im Stationsalltag eines Arztes eine wichtige Rolle ein. Sie bildet den Raum, in dem Patient, Arzt, Pflegekraft und andere Professionen zusammentreffen können, um die nächsten diagnostischen und therapeutischen Schritte festzulegen (Weber, 2012). Ihre Ergebnisse sind maßgebend für den weiteren Therapieverlauf und für den Behandlungserfolg (Pucher, Aggarwal, & Darzi, 2014).

In den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts thematisierte die deutsche Visitenforschung das Visitengespräch, die Arzt-Patienten-Interaktion und die geäußerten Affekte der Teilnehmer (Bliesener, 1982; Bliesener & Köhle, 1986; Köhle & Raspe, 1982). Ab den 2000er Jahren fokussierte sich das wissenschaftliche Interesse international unter anderem auf die Struktur der Visite (z.B. Creamer, Dahl, Perumal, Tan, & Koea, 2010; Herring, Desai, & Caldwell, 2011; Priest, Bereknyei, Hooper, & Braddock, 2010), auf die Verbesserung der Visiten durch Checklisten (z.B. Hale & McNab, 2015; Norgaard, Ringsted, & Dolmans, 2004; Pitcher, Lin, Thompson, Tayaran, & Chan, 2015) sowie auf die Kommunikation in der Visite (z.B. Liu, Manias, & Gerdtz, 2013; Murphy & Reddy, 2017; Weber, Stockli, Nubling, & Langewitz, 2007).

Auch die Frage nach der Lern- und Lehrbarkeit der Visite erreichte Aufmerksamkeit. Der Artikel „Ward rounds: how prepared are future doctors?“ von Nikendei et al. wies dabei Defizite angehender Ärzte in Bezug auf die Visitendurchführung nach (Nikendei et al., 2008). Denn trotz ihrer hohen Bedeutung, scheint eine supervidierte und gerichtete Anleitung der Visitenführung zu fehlen (Nikendei et al., 2008). Artikel aus der Medizindidaktik behandelten die Perspektive des Lernenden in der Visite (Laskaratos, Wallace, Gkotsi, Burns, & Epstein, 2015; Tariq et al., 2010) und die Verbesserung der Visitenfähigkeit, z.B. per Simulationstraining der Visite (z.B. Harvey, Mellanby, Dearden, Medjoub, & Edgar, 2015; Krautter et al., 2014; Nikendei et al., 2007; Powell, Bruce, & Redfern, 2015; Pucher, Darzi, & Aggarwal, 2013).

Um die Visitendurchführung jedoch für einen angehenden Arzt erlernbar zu machen, sollten zuerst die dafür notwendigen Kompetenzen und Fähigkeiten ermittelt werden. Erst wenn diese identifiziert sind, kann mit diesem Wissen ein

didaktisches Modell entworfen werden, welches das Erlernen der Visite ermöglicht. Dabei bietet sich das Modell der „entrustable professional activity“ (EPA) nach ten Cate an (O. ten Cate, 2005).

Welche Kompetenzen und Fähigkeiten ein Arzt zur Visitendurchführung im internistischen Fachbereich braucht, erfassten Wölfel et al. (Wölfel et al., 2016). Diese Arbeit identifiziert und vergleicht die Visitenkompetenzen in den Fachbereichen Chirurgie, Psychiatrie und Psychosomatik. Ziel ist zum einen die Identifikation gemeinsamer Kompetenzen, die z.B. schon in der studentischen Ausbildung ohne eine Fachspezialisierung gelehrt werden können, zum anderen die Erfassung von Kompetenzen, die eine Domänenspezifität für das jeweilige Fachgebiet zeigen.

## **1.1 Die Visite**

### **1.1.1 Visitendefinition**

Im allgemeinen Sprachgebrauch bezeichnet man eine Visite (frz.: la visite = der Besuch von lat.: visitare = besuchen) als den regelmäßigen Besuch der Krankenbetten einer Station durch den Arzt (Dudenredaktion, o. J.).

Wendet man sich der Visitenforschung zu, lässt sich eine Vielzahl an unterschiedlichen Visitendefinitionen und Begrifflichkeiten finden. Für ein Review sammelten Walton et al. die Visite betreffende Artikel von 2000 bis 2014 und untersuchten sie anhand ihrer Visitenklassifikation, des beschriebenen Zwecks der Visite und der dargestellten Teilnehmer sowie deren Rollenaufgaben (Walton, Hogden, Johnson, & Greenfield, 2016). So entstand eine Klassifikation von acht unterschiedlichen Visitentypen, die in englischsprachigen Artikeln gefunden wurden. Darunter befanden sich Visiten, die unter den Begriffen „ward round“, „multidisciplinary round“, „consultant round“, „post-take round“ oder „teaching round“ eingeordnet wurden (Walton et al., 2016).

Eine vergleichbare Zusammenstellung gibt es im deutschsprachigen Raum nicht. Hier wird die Visite meist im „Klinikjargon“ und in Lehrbüchern in die Formen „Kurvenvisite“, „Stationsarztvisite“, „Oberarztvisite“ und „Chefarztvisite“ unterteilt (Haferlach, 1994, S. 42-51; Hahn, 2010, S. 10-11; Meißner & Kahl-Scholz, 2016, S. 42). Dabei nimmt die Kurvenvisite insofern eine Sonderstellung ein, da bei dieser das medizinische Personal ohne das Beisein des Patienten die Kurveneinträge studiert und das weitere Vorgehen bespricht (Haferlach, 1994, S.

44-45; Meißner & Kahl-Scholz, 2016, S. 42). Die Stationsarztvisite wird in der Regel von dem für die Station eingeteilten Assistenzarzt durchgeführt (Haferlach, 1994, S. 46). In ihr werden laut Haferlach sowohl „arbeitsorganisatorische und institutionelle Aufgaben“ wie z.B. Anordnungen und Fachdiskussionen über Diagnostik und Therapie, als auch „patientenbezogene Aufgaben“ wie die Untersuchung oder Information des Patienten durchgeführt (Haferlach, 1994, S. 46). Die weiteren Visitenformen werden nach dem Visitenteilnehmer mit der höchsten leitenden Funktion in der Klinik benannt. In der Oberarztvisite verschafft sich dabei der Oberarzt einen Überblick über die Behandlung, nimmt sich komplexer Probleme an und übt für den Assistenzarzt eine Lehrfunktion aus (Haferlach, 1994, S. 47-50). In der Chefarztvisite tritt der Chefarzt aufgrund seiner Autorität und Erfahrung als weiterer Entscheidungsträger und Lehrender auf (Haferlach, 1994, S. 50-51).

### **1.1.2 Visitenstrukturen in den Fachbereichen Chirurgie, Psychiatrie und Innere Medizin**

Je nach Fach können die Visitenformen unterschiedlich gestaltet sein (Meißner & Kahl-Scholz, 2016, S. 42). In somatischen Fächern wird die Visite mit Patientenkontakt in der Regel am Patientenbett durchgeführt (Creamer et al., 2010; Priest et al., 2010). Dagegen kann die psychiatrische Visite in einem Visitenraum gehalten werden, den der Patient betritt (Fiddler et al., 2010; McBride, 1988).

In der Inneren Medizin sind die zwei häufigsten beschriebenen Visitentypen die „ward round“ und die „multidisciplinary round“ (Walton et al., 2016). Beide Visitenformen haben die Planung der Patientenbehandlung, auch in der Kombination mit Lehre, zum Zweck (Walton et al., 2016). Die Teilnehmer der „ward round“ setzen sich vornehmlich aus Ärzten und Pflegekräften zusammen, während sich an der „multidisciplinary round“ auch vermehrt andere Professionen wie Pharmazeuten, Physiotherapeuten oder Ernährungsberater beteiligen (Walton et al., 2016).

Eine in der Chirurgie durchgeführte groß angelegte britische Studie untersuchte 421 Visiten (Rowlands et al., 2014). 78% der Visiten fanden morgens vor 9 Uhr statt und waren zu 45% fachärztlich geführt (Rowlands et al., 2014). Die Visiten beinhalteten nur geringe Multidisziplinarität. Lediglich in 44% der Fälle nahm ein Mitglied des Pflegeteams teil (Rowlands et al., 2014). Eine Untersuchung der Aktivitäten in der chirurgischen Visite zeigte, dass die meiste Zeit der Visite für

den Kontakt mit dem Patienten am Krankenbett aufgewendet wird (58%) (Creamer et al., 2010). Weitere Aktivitäten bestanden aus allgemeinen Besprechungen (15%), dem Aufsuchen der Patienten bestehend aus reiner Laufzeit (15%), der Besprechung einzelner Patienten (9%) und dem Sammeln von Akten (3%) (Creamer et al., 2010).

Die psychiatrische Visite wurde von McBride folgendermaßen charakterisiert: Von 15 besuchten Visiten fanden alle in einem Stationsraum statt, 20% hatten eine Pause in der Visite, im Durchschnitt nahmen 4 verschiedene Professionen teil mit einer durchschnittlichen Anzahl von 8 Visitenteilnehmern, wobei zu 93% der führende Arzt auf Station die Visiten leitete (McBride, 1988). Zu 40% fand während oder unmittelbar nach der Visite persönlicher Kontakt mit dem Patienten statt, in 60% der Fälle seltener (McBride, 1988). Dabei ist anzumerken, dass in diesem Artikel neben einer einmal wöchentlich durchgeführten Visite (80%) auch Treffen des medizinischen Personals und Lehrvisiten (20%) untersucht wurden, in denen der Patientenkontakt vermutlich eine geringere Rolle spielte (McBride, 1988). In einer anderen Studie zur psychiatrischen Visite von Hodgson et al. war dementsprechend in 97% der Fälle der Patient in der Visite anwesend und durchschnittlich weitere 7 Personen (Hodgson, Jamal, & Gayathri, 2005). Als Ziele der psychiatrischen Visite wurden folgende Aspekte genannt: Einschätzung der psychischen Verfassung des Patienten, Evaluation der aktuellen Behandlung und Identifikation von Problemen, Diagnose- und Risikobewertung und Formulierung von Ausgangsvereinbarungen und Förderung von interdisziplinärer Teamkommunikation und Teilen von Informationen über den Patienten (Milner, Jankovic, Hoosen, & Marrie, 2008).

### ***1.1.3 Die Herausforderung der Visitendurchführung***

Die Auswirkung von Fehlern in der Visite sind nicht zu unterschätzen, da diese maßgeblichen Einfluss auf die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit haben können. So geschahen in der Chirurgie in zwei untersuchten Londoner Krankenhäusern 53% der vermeidbaren, unerwünschten Ereignisse im Stationsmanagement und nur etwa 20% im OP (Neale, Woloshynowych, & Vincent, 2001). Vergleichende Mortalitätsstudien weisen nach, dass in Krankenhäusern mit geringerer Mortalität nicht die Anzahl an postoperativen Komplikationen geringer ist, sondern dass das Komplikationsmanagement, also die frühzeitige Entdeckung und effektive Behandlung von Komplikationen, besser

durchgeführt wird (Amir A. Ghaferi, John D. Birkmeyer, & Justin B. Dimick, 2009; Amir A Ghaferi, John D Birkmeyer, & Justin B Dimick, 2009; Ghaferi, Birkmeyer, & Dimick, 2011; Ghaferi & Dimick, 2016; Gonzalez, Dimick, Birkmeyer, & Ghaferi, 2014). Die Visite als Kommunikationsort zwischen Arzt, Pflegekraft und Patient kann einen zentralen Sicherheitsaspekt darstellen und wird dahingehend auch untersucht (Kreckler, Catchpole, New, Handa, & McCulloch, 2009). Pucher et al. beobachteten, dass es eine hohe Variabilität der Qualität der Visitenperformance auf einer chirurgischen Überwachungsstation („high-dependency unit“) gibt (Pucher, Aggarwal, & Darzi, 2014). Dabei wurde erstmals eine Korrelation von verminderter Visitenleistung und erhöhtem Auftreten von vermeidbaren Komplikationen nachgewiesen (Pucher, Aggarwal, & Darzi, 2014). Auch wenn Korrelation noch nicht Kausalität bedeutet, weist dieser Befund auf die Notwendigkeit hin, sich der bestehenden Defizite der Visitenführung bewusst zu werden.

In einer von Pucher et al. durchgeführten Interviewstudie mit chirurgischem Personal und Patienten gaben 92% der Befragten eine hohe Variation der Visitenleistung an und führten als verbreitete Defizite mangelnde Gründlichkeit, geringe Kommunikationsfähigkeiten und fehlende Strukturierung auf (Pucher, Aggarwal et al. 2015). Gerade hinsichtlich der Dokumentation der Visite gibt es Defizite in der Chirurgie (Dhillon et al., 2011; Fernando & Siriwardena, 2001). Fernando und Siriwardena zeigten, dass fehlende oder unvollständige Dokumentation betrieben wurde, was die Niederschrift von klinischen Befunden, getroffenen Entscheidungen und die Informationsübermittlung zwischen Arzt und Patient betraf (Fernando & Siriwardena, 2001).

Probleme in der psychiatrischen Visite werden deutlich, wenn man die Wahrnehmung der Visite aus Patientensicht betrachtet. So fühlen sich psychiatrische Patienten oft ängstlich vor und in der Visite und diese selbst wird als einschüchternd empfunden (Cappleman, Bamford, Dixon, & Thomas, 2015; Milner et al., 2008; Wagstaff & Solts, 2003; R. White & Karim, 2005). Vor allem Visiten mit einer großen Anzahl an Teilnehmenden seien unangenehm und Gefühle könnten zum Teil nicht in der Visite ausgedrückt werden (Wagstaff & Solts, 2003; R. White & Karim, 2005). Ebenso fühlten sich Patienten nicht genug einbezogen in den Entscheidungsprozess (Cappleman et al., 2015; Wagstaff & Solts, 2003). 58% der Patienten zögen es sogar vor, nicht an der Visite teilzunehmen (Foster, Falkowski, & Rollings, 1991). Hinzu kommen Unklarheiten

über den Zweck der Visitendurchführung in der Psychiatrie (Milner et al., 2008). So wurde circa der Hälfte der Patienten und des Personals das Visitenziel nicht erklärt (Milner et al., 2008).

In der Chirurgie gibt es weniger Studien, die die Patientensicht in Bezug auf die Visite verdeutlichen. Mahar et al. wiesen in einer australischen Pilotstudie in der Chirurgie eine allgemeine Patientenzufriedenheit ohne Furchtgefühle nach (Mahar, Lake, & Waxman, 2009). Eine Studie von Syed et al. ergab, dass ein Großteil der befragten Patienten mit der Kommunikation und mit der Einhaltung der Privatsphäre während der Visite zufrieden sei (Syed, Seifman, & Bruscinoraiola, 2017). Sie würden sich jedoch weniger in den Entscheidungsprozess einbezogen fühlen, noch wüssten sie ihren voraussichtlichen Entlassungstermin (Syed et al., 2017). Eine andere Studie in einem der Chirurgie verwandten Fach, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, zeigte neben einer allgemeinen Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Informationsübergabe der Visite, dass eine große Anzahl an Visitenteilnehmern einschüchternd und beängstigend auf den Patienten wirke, die Patienten die Sprache des Personals oft nicht verstünden und sie es sich wünschten, dass die Teilnehmer sich in ihren Rollen vorstellen würden (Montague & Hussain, 2006).

Neben den genannten Problemstellungen beinhaltet die Visite auch eine Herausforderung, die sich aus dem Kontext der sozialen Situation und der Teilnahme verschiedener Professionen einschließlich des Patienten ergibt.

So viele Teilnehmergruppen es in der Visite gibt, so viele verschiedene Blickpunkte gibt es die Visite zu betrachten. Dadurch können sich die zugeschriebenen Funktionen der Visite und ihre Eigenschaften unterscheiden – je nach dem Standpunkt, aus welchem man die Visite untersucht.

In einer Schweizer Studie legten die Professionen Pflegekraft und Arzt Wert auf die Informationsweitergabe und auf eine gute Organisation der Visite, unterschieden sich aber in der Betonung der Lehr- und Lernfunktion der Visite, welche Ärzte als zusätzliches Visitenziel definierten (Weber, 2012, S. 353). Nähme zusätzlich ein Student an der Visite teil, so stellte dieser vermutlich noch weitere lehrbezogene Erwartungen an die Visite, während der beteiligte Patient diese vornehmlich als Chance sieht, Informationen über den Stand seiner Behandlung zu erhalten (Swenne & Skytt, 2014; Tariq et al., 2010).

Es ist also kein Wunder, dass bei verschiedenen Erwartungen Interessenkonflikte auftreten können. Norgaard et al. fragten in einer Studie 238

Internisten, welche Bedeutung sie zehn vorgegebenen, auf die Visite bezogenen, ärztlichen Tätigkeiten gaben (Norgaard et al., 2004). Dabei erhielten medizinische Themen höhere Bedeutung als nicht medizinische und teambezogene Aspekte wurden vergleichsweise geringer eingeschätzt, wie z.B. eine „Evaluierung der Visite mit dem Pflege-Team“ (Norgaard et al., 2004).

Bei Betrachtung dieser unterschiedlichen Sichtweisen auf die Visite und ihre daraus resultierenden Herausforderungen ist zu erkennen, dass die Visite weit über einen einfachen Arbeitsprozess hinausgeht. Vielmehr wird deutlich, dass die Visite in einen sozialen Rahmen eingebettet ist. H. Weber nennt als Ziel der Visite: das Entstehen einer gemeinsamen Wirklichkeit zwischen den Beteiligten, „aufgrund derer weitere diagnostische oder therapeutische Schritte vereinbart werden“ (Weber, 2012, S. 347). Ist also durch Informationsaustausch und Wahrnehmung der Interessen des anderen eine gemeinsame Realität erreicht, in der sich alle Beteiligten, meist also Patient, Arzt und Pflegekraft, wiederfinden, kann auch eine funktionierende Arbeitsbeziehung zwischen den Teilnehmern hergestellt werden.

Das Dargestellte zeigt, dass für einen angehenden Arzt zu Beginn seiner Praxis nicht nur die Visitendurchführung an sich eine Herausforderung darstellt, sondern er auch verschiedenen Schwierigkeiten in der Visitendurchführung selbst gegenübersteht. Es gibt verschiedene Ansätze die Qualität der Visitendurchführung zu erhöhen, von denen zwei im folgenden Abschnitt besprochen werden.

#### ***1.1.4 Checklisten und Simulationstraining zur Verbesserung der Visitendurchführung***

Checklisten können die Visitenqualität steigern ohne die Visitendauer maßgeblich zu beeinflussen (Tranter-Entwistle et al., 2020). So können sie die Vorbereitung auf die Visite, das Vorstellen des Teams vor dem Patienten oder die Handdesinfektion verbessern (Blucher, Dal Pra, Hogan, & Wysocki, 2014).

In einer Studie von Dhillon et al. verbesserte sich die Dokumentation in der chirurgischen Visite nach Schulung und Einführung einer Checkliste (Dhillon et al., 2011). Hierbei zeigten gerade unerfahrenere Ärzte („interns“), die für die Dokumentation verantwortlich waren, großes Interesse an der Einführung einer Checkliste (Dhillon et al., 2011). Auch andere Studien zeigen, dass durch die Einführung von Dokumentationsbögen und Checklisten die Vollständigkeit der Dokumentation in den Visiten verbessert werden kann (Gilliland et al., 2018;

Krishnamohan, Maitra, & Shetty, 2019; Talia, Drummond, Muirhead, & Tran, 2017; Thompson, Jacob, Fulton, & McGavin, 2004).

In der Psychiatrie erscheinen Checklisten und Leitlinien zur Visite weniger gebräuchlich. Curtis et al. versuchten durch Checklisten für Visitenteilnehmer wie die ärztliche und pflegerische Profession die Qualität der Visitendurchführung zu verbessern (Curtis, Sethi, & Ahmed, 2013). Dies führte zu einem zuverlässigeren Informationsfluss in der Visite und zu einem häufigeren Erledigen wichtiger Aufgaben im Patientenmanagement (Curtis et al., 2013). Mattinson und Cheeseman beschrieben das Einführen eines strukturierten Visitenbogens auf psychiatrischen Stationen und zeigten eine gute Annahme des Bogens beim Personal auf (Mattinson & Cheeseman, 2018). Bei einer Befragung von psychiatrischem Personal im Jahr 2007 gaben jedoch noch 75 % der Studienteilnehmer an keine „best practice guidelines“ zur Visite gelesen zu haben (Eracleous & Lawson, 2007).

Checklisten sind meist für ausgebildete Ärzte konzipiert. Dagegen kann ein Unterricht der Visitenführung bereits im Medizinstudium den Studierenden erstens auf die klinische Tätigkeit vorbereiten und zweitens die Visitenführung „von unten herauf“ verbessern. Um dabei gleichzeitig Patientensicherheit zu gewährleisten und die Leistung messbar zu machen, bietet sich eine simulierte Lernumgebung an (Aggarwal et al., 2010; Ziv, Small, & Wolpe, 2000). So kann Visitentraining durch Simulation mit standardisierten Patienten eine wertvolle Lernerfahrung darstellen und wird von teilnehmenden Medizinstudierenden sehr geschätzt (Nikendei et al., 2016; Nikendei et al., 2007). Tutoren, Mitstudierenden und Schauspielpatienten können den Studierenden wichtiges Feedback zu ihrer Leistung geben (Nikendei et al., 2007). Ebenso können dadurch Fehler der Visitenführung reduziert und der Umgang mit Störungen während der Visite gelernt werden (Thomas et al., 2015). Für die Chirurgie entwickelten Pucher et al. eine künstliche Stationsumgebung, in der Visiten zu Unterrichts- und Forschungszwecken von Chirurgen mit unterschiedlicher klinischer Erfahrung durchgeführt wurden (Pucher, Aggarwal, Singh, et al., 2014; Pucher, Aggarwal, Srisatkunam, & Darzi, 2014; Pucher, Darzi, & Aggarwal, 2014). Die Simulationsumgebung erhielt dabei gutes Feedback, was Realitätsnähe und die Möglichkeiten der Bewertung der Visitenperformance eines Arztes anging (Pucher, Aggarwal, Srisatkunam, et al., 2014). Ein darauf aufgebauter Kurs führte zu signifikanten Steigerungen in den Fähigkeiten Patientenassessment bzw.

Erhebung des Zustandes des Patienten, Managementfähigkeiten und „soft-skills“ wie Teamführung, Kooperation und Kommunikation (Pucher, Aggarwal, Singh, et al., 2014). Nehmen die Teilnehmer im Simulationsspiel die Rollen des Patienten oder der Pflegekraft ein, kann durch diesen Perspektivenwechsel ein Verständnis für die Sicht anderer Visitenmitglieder aufgebaut werden (Harvey et al., 2015). Auch Fähigkeiten wie Aufgabenmanagement und Situationsbewusstsein können in einer simulierten Visite geübt werden (Harvey et al., 2015). Insgesamt fühlen sich Studierende und junge Ärzte danach sicherer in der Durchführung von Visiten und in der Dokumentation (Grünwald et al., 2019; Powell et al., 2015). Die Mehrheit der teilnehmenden Studenten und Ärzte schätzt diese Art der Lernerfahrung und einige Autoren empfehlen die Implementation eines Visitensimulationskurses in das universitäre Curriculum (Behrens, Dolmans, Leppink, Gormley, & Driessen, 2018; Powell et al., 2015). Diese Studienergebnisse stimmen zuversichtlich, dass Simulationstraining zu einer Verbesserung der Visitenleistung und zu mehr Souveränität bei jungen Ärzten in der Durchführung von Visiten führen kann. Ebenso kann der Simulationskurs einem Studenten, der die Visite meist nur in der Rolle des passiven „Beobachters“ verfolgt hat (Beltermann, 2016), Einblick in die Herausforderung einer aktiven Durchführung der Visite geben (Harvey et al., 2015). Wird der Beginn des Trainings in einer frühen Phase der Ausbildung implementiert, kann der Student die gewonnene Erfahrung in folgenden Krankenhauspraktika anwenden, indem er die Visite als klinische Herausforderung bewusst wahrnimmt und aktiv daran teilnimmt (Powell et al., 2015).

Eine sinnvolles didaktisches Rahmenmodell zur Vermittlung der Visitendurchführung kann das Modell der „entrustable professional activity“ (EPA) darstellen, das sich in Folge der kompetenzorientierenden Ausbildung etabliert hat.

## **1.2 Kompetenzbasiertes Lernen**

Kompetenzorientierung und kompetenzbasiertes Lernen haben seit den frühen 2000ern stetig an Bedeutung in der medizinischen Ausbildung gewonnen (J. R. Frank, Mungroo, et al., 2010; Olle ten Cate, 2017). Kompetenzbasierter Unterricht bedeutet, dass Lernen nicht durch ein Curriculum gesteuert wird, das

sich an der zeitlichen Dauer des Lernens orientiert, sondern an dem Ergebnis des Lernens, dem letztlichen Lernerfolg (J. R. Frank, Mungroo, et al., 2010). Dieser wird durch das Erlangen von vorher festgesetzten Kompetenzen bestimmt, die als Lernziele fungieren und sich an der Patientenversorgung sowie an den gesellschaftlichen Ansprüchen in Bezug auf das Gesundheitssystem orientieren (J. R. Frank, Mungroo, et al., 2010; Olle ten Cate, 2017). Ein Auszubildender lernt also nicht für eine bestimmte Dauer eine inhaltliche Lerneinheit und schließt dann damit ab – unabhängig wie erfolgreich das Lernen war –, vielmehr übt er sich in den geforderten Kompetenzen dieser inhaltlichen Einheit bis er diese beherrscht. Dies kann je nach individueller Fähigkeit und Lernstand länger oder kürzer dauern (J. R. Frank, Snell, et al., 2010). Damit bietet es den Vorteil einer hohen Flexibilität und stellt den Lernenden in das Zentrum (J. R. Frank, Mungroo, et al., 2010; O. ten Cate et al., 2015).

Um den Lerninhalt definieren zu können und das Ergebnis beurteilbar zu machen, müssen also die in einer bestimmten inhaltlichen Einheit erforderlichen Kompetenzen identifiziert werden. In den 2000er Jahre wurden große Kompetenz-Rahmenwerke geschaffen, die die gesamte ärztliche Profession abbilden sollen. Die entstandenen Regelwerke der „CanMEDS Frameworks“ (J. R. Frank, 2005) und „ACGME outcome project“ (Swing, 2007) hatten großen Einfluss auf die weitere Forschungstätigkeit in Richtung auf eine kompetenzorientierte Ausbildung. In Deutschland wurde in Folge der stärkeren Kompetenzorientierung ein Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) geschaffen (Fischer, Bauer, & Mohn, 2015). Dieser gibt Fakultäten als richtungsweisendes Kerncurriculum ein Profilbild, welche Kompetenzen ein Arzt nach abgeschlossenem Studium aufweisen sollte und entfernt sich dabei bewusst von der Darstellung spezifischer Krankheitsbilder oder Zuordnungen zu Organsystemen (Fischer et al., 2015). Während die Idee der kompetenzbasierten Ausbildung sich also zunächst auf die ärztliche Weiterbildung erstreckte, erweitert sie sich nun auch auf die universitäre Lehre. Trotz kritischer Stimmen kann davon ausgegangen werden, dass kompetenzbasiertes Lernen die weitere Zukunft der medizinischen Ausbildung gestaltet (Brightwell & Grant, 2013; Cossart, 2007; Janet Grant, 1999; Olle ten Cate, 2017). Eine der geäußerten Kritikpunkte ist die schwere Fassbarkeit des Begriffs „Kompetenz“ (Janet Grant, 1999). Hierauf wird im folgenden Abschnitt eingegangen und der dieser Studie zugrundeliegende Kompetenzbegriff definiert.

Anschließend wird das Modell der „entrustable professional activity“ („EPA“) vorgestellt, das es ermöglicht den abstrakten Begriff der „Kompetenz“ für den Unterricht und die Leistungsmessung praktikabel zu machen.

### **1.2.1 Der Begriff „Kompetenz“**

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen des Begriffs „Kompetenz“, sowohl in der psychologischen, soziologischen und pädagogischen als auch in der medizinischen Didaktik (Fernandez et al., 2012; Weinert, 2001). Eine allgemeingültige Definition zu identifizieren und anzuwenden ist kaum möglich (Weinert, 2001). Deswegen muss eine Auswahl aus der Vielzahl von Kompetenzdefinitionen getroffen werden, die sich je nach Fachbereich deutlich unterscheiden können. Während bei Chomsky die Kompetenz in der Linguistik, vereinfacht beschrieben, die Fähigkeit zu Sprechen und zu Sprachverständnis darstellt, also die Verinnerlichung von Regeln und Prinzipien einer Sprache, bedeutet sie für White in der Motivationspsychologie eine intrinsisch herausgebildete, also vom eigenen Selbst stammende Fähigkeit, gebildet durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt (Chomsky, 2005, S. 201; R. W. White, 1959). Beide, Chomsky und White, sind Vertreter eigener, früher Kompetenzansätze. Weiter davon entfernt liegen heutige Definitionen wie zum Beispiel diejenige von Epstein und Hundert in der Medizindidaktik. Hier wird die „professional competence“ im medizinischen Bereich als „the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served“ definiert (Epstein & Hundert, 2002, S. 226). Dabei hat „die“ Kompetenz (denn ein Plural ist bei dieser Definition nicht sinnvoll) verschiedene Fähigkeiten zur Grundlage wie unter anderem: „basic clinical skills“, „scientific knowledge“, „moral development“ oder „clinical reasoning“ (Epstein & Hundert, 2002; Olle ten Cate, 2017). Durch diese Definition ist der Begriff „Kompetenz“ schon fest mit bestimmten Vorstellungen und Inhalten besetzt. Dadurch ist der Begriff für diese Studie nicht praktikabel, da der Kompetenzbegriff bereits explizit benennt, welche Dimensionen in ihm enthalten sind.

In dieser Studie wird auf die Kompetenzdefinition von Weinert zurückgegriffen, die vor allem im deutschsprachigen Raum maßgeblichen Einfluss besitzt. Dabei werden bei Weinert (2002) Kompetenzen definiert als

die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können. (S. 27-28)

Damit wird der Kompetenzbegriff als kognitives Element beschrieben, das explizit Handlungswirksamkeit aufweist und nicht für sich alleine steht, sondern durch die Motivation, den Willen und die gesellschaftliche Einsatzbereitschaft des Individuums beeinflusst wird. Dadurch geht der Begriff über die bloße Anwendung von Wissensinhalten hinaus. Am wichtigsten ist jedoch, dass die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die unter den Kompetenzen subsumiert werden, also eine Komponente der Kompetenz darstellen, *erlernbar* sind. Diese Annahme macht das Konzept des kompetenzbasierten Lernens erst möglich. Um den Kompetenzbegriff für den klinischen Alltag leichter fassbar zu machen, bietet sich das Konzept der *entrustable professional activity* an (O. ten Cate, 2005), das im Folgenden vorgestellt wird.

### **1.2.2 Das Modell der *entrustable professional activity***

Die *Entrustable professional activity*, kurz EPA oder im Deutschen Anvertraubare professionelle Tätigkeit (APT) stellt ein didaktisches Modell dar, das von ten Cate entwickelt wurde (O. ten Cate, 2005). Der Begriff EPA steht dabei für eine komplexe klinische Tätigkeit, die erst dann einem auszubildenden Arzt anvertraut werden kann, wenn er die für diese Tätigkeiten notwendigen Kompetenzen besitzt (O. ten Cate, 2005). Das EPA-Konzept soll also medizinische Lehrer und Supervisoren dabei unterstützen, einen Auszubildenden hinsichtlich seiner Kompetenzen einzuschätzen (O. ten Cate, 2005). Dabei geht es vor allem darum, ob der Lernende einer gewissen klinischen Aufgabe gewachsen ist und diese selbstständig durchführen kann (O. ten Cate, 2005). Diese Beurteilung geschieht gewöhnlich implizit. Durch das Konzept der EPA kann sie aber nachvollziehbar und transparent gemacht werden (O. ten Cate, 2005). Dies ist wichtig, da von

dieser Einschätzung und Entscheidung auch die Patientensicherheit abhängen kann (O. ten Cate, 2005).

EPAs stellen Handlungen in einem professionellen Kontext dar (O. ten Cate et al., 2015). Sie können einen kleinen Umfang haben wie zum Beispiel das Messen des Blutdrucks oder einen komplexen Charakter aufweisen wie zum Beispiel das Leiten einer Station (O. ten Cate et al., 2015). Ein EPA besteht aus einer Zusammenstellung der für diese Aufgabe nötigen Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Dabei sollte die Darstellung eines EPAs folgendermaßen aufgebaut sein (siehe Abbildung 1): Nach einem prägnanten und kurzen Titel folgt eine Beschreibung mit genaueren Spezifikationen und Einschränkungen, unter welchen Bedingungen das EPA gilt (O. ten Cate, 2013; O. ten Cate et al., 2015). Daraufhin folgt eine Auflistung der dafür nötigen Kenntnisse, Fähigkeiten, Einstellungen/ Verhaltensweisen und der Erfahrungen, die die dazugehörigen Kompetenzen und Subkompetenzen beinhalten (O. ten Cate, 2013; O. ten Cate et al., 2015). Abgeschlossen wird mit Assessment-Informationen und ab welcher Stufe der Ausbildung welches Level an „Entrustment“ also Zutrauen in die Fähigkeit der Aufgabenerfüllung erreicht sein sollte (O. ten Cate et al., 2015).

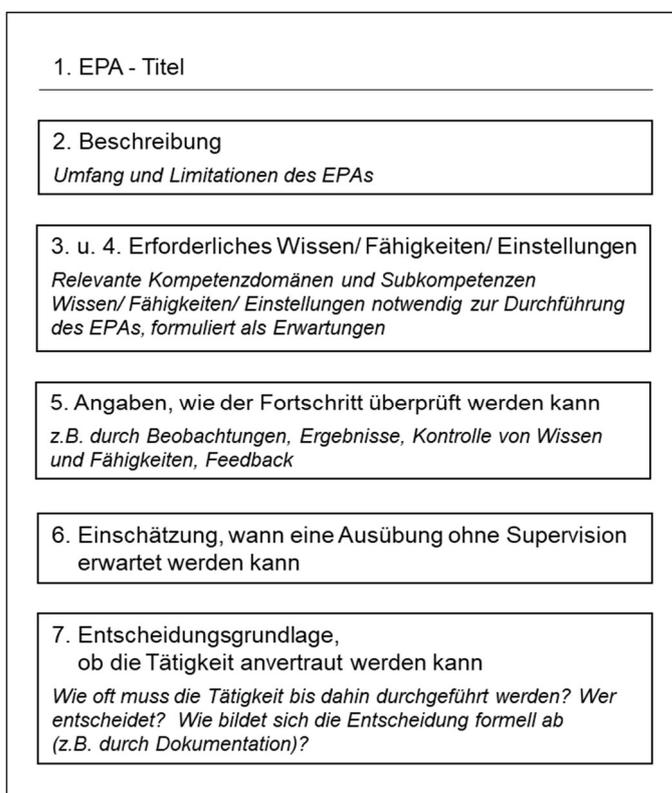


Abbildung 1 Beispielhafter Aufbau eines EPAs (basierend auf Table 2 aus O. ten Cate, 2013)

Klinische Tätigkeiten, die sich als EPA eignen, wurden in verschiedenen medizinischen Domänen identifiziert, so zum Beispiel in der Inneren Medizin (Hauer et al., 2013), der Allgemeinmedizin (Schultz, Griffiths, & Lacasse, 2015) oder in der Psychiatrie (Pinilla et al., 2019). Dabei gibt es bestimmte Merkmale, die EPAs charakterisieren. So werden sie unter anderem in der Regel nur qualifiziertem Personal anvertraut, werden von diesem eigenständig in einem gewissen Zeitraum durchgeführt, sind beobachtbar, messbar und beinhalten gewisse Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellung, die in der Regel durch Training zu erreichen sind (O. ten Cate, 2005; O. ten Cate et al., 2015). Doch bevor ein EPA definiert werden kann, müssen erst die dafür notwendigen Kompetenzen identifiziert werden (O. ten Cate et al., 2015). Das EPA hat durch die Verbindung der Kompetenzen mit Verhaltensweisen, Einstellungen und Tätigkeiten den Vorteil, eine Kompetenz fassbar und besser beobachtbar zu machen (O. ten Cate, 2013). Dabei stehen die Kompetenzen des EPAs, die CanMEDS Rollen und ACGME Kompetenzen nicht unabhängig voneinander, sondern bewegen sich innerhalb der gleichen Matrix (O. ten Cate, 2005). In dieser finden sich zum Beispiel die Kompetenzen eines EPAs innerhalb der CanMEDS Rollen wieder oder ACGME Kompetenzen werden zum Durchführen von verschiedenen EPAs notwendig (O. ten Cate, 2005). Dadurch können Kompetenz-Rahmenwerke und EPAs nebeneinander bestehen und sich fördern (O. ten Cate et al., 2015). Kompetenzen beschreiben dabei die Eigenschaft einer Person, während eine EPA die Tätigkeit in einem bestimmten Arbeitsfeld beschreibt (O. ten Cate et al., 2015). Im Denkansatz des EPA-Modells steht dabei die Kernfrage: Hat der Auszubildende die erforderlichen Kompetenzen, die man zur Durchführung der Tätigkeit braucht (O. ten Cate et al., 2015)? Denn erst sollte er diese Kompetenzen beherrschen, bevor er die Aufgabe ohne Supervision ausführen kann (O. ten Cate et al., 2015).

Für die Entwicklung eines EPAs „Ärztliche Visitenführung“ bedeutet dies, dass erst alle Kompetenzen identifiziert werden müssen, die ein Arzt zum Durchführen einer erfolgreichen Visite besitzen sollte, bevor ein EPA formuliert werden kann.

### 1.3 Untersuchungsfragestellung

Ein EPA „Ärztliche Visitenführung“ gibt sowohl dem Lernenden als auch dem Ausbilder die Möglichkeit die mannigfaltigen Tätigkeiten und Fähigkeiten, die zur Durchführung einer Visite notwendig sind, beobachtbar zu machen, zu strukturieren und erlernbar zu machen. Dabei soll durch das EPA „Visitenführung“ nicht der Ablauf der Visite erlernt werden, vergleichbar mit dem Erlernen einer Rolle in einem Theaterstück, sondern den Lernenden *kompetent* in der Durchführung der Visiten machen. Um ein solches Modell zu entwickeln, ist aber zuerst eine detaillierte Betrachtung und Abbildung der Fähigkeiten, Tätigkeiten und Kompetenzen notwendig, die ein Arzt zur Durchführung einer Visite braucht. Ein EPA zur Visitenführung in der Inneren Medizin wurde bereits entwickelt (Wölfel et al., 2016). Jedoch stellt sich die Frage, ob dieses auch als Basis für andere Fachbereiche gelten kann. Um dies zu beantworten, müssen die für die Visitendurchführung notwendigen Kompetenzen zwischen den medizinischen Domänen verglichen werden.

Um fachungebundene, allgemeine Kompetenzen für eine Visitendurchführung zu identifizieren, müsste eine Studie strenggenommen alle medizinischen Fachbereiche einbeziehen. Da dies im Rahmen dieser Studie nicht zu leisten ist, beschränkt sie sich auf die Betrachtung von wenigen, jedoch in ihrer medizinischen Praxis stark unterschiedlichen Fachbereichen: zum einen die operative, „handwerkliche“ Medizin, die Chirurgie, zum anderen die therapeutische, „sprechende“ Medizin, die Psychiatrie und Psychosomatik. Es wird davon ausgegangen, dass identifizierbare gemeinsame Kompetenzen in der Visitendurchführung dieser stark unterschiedlichen Fachrichtungen mit einiger Wahrscheinlichkeit auch in weiteren Fachbereichen bedeutsam sind. Diese gemeinsamen Kompetenzen wären dann geeignet, um z.B. in einem universitären Curriculum gelehrt zu werden. Kompetenzen, in denen sich die Fachbereiche unterscheiden, könnten eine Spezifität in ihrer Domäne zeigen und möglicherweise erst in der ärztlichen Weiterbildung thematisiert werden.

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet also:

- Welche Kompetenzen benötigt ein Assistenzarzt zur Durchführung einer chirurgischen bzw. psychiatrischen/ psychosomatischen Visite?
- Können Kompetenzen identifiziert werden, die gleichermaßen in den Fachrichtungen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik zur Durchführung einer Visite zur Anwendung kommen?
- Können Kompetenzen identifiziert werden, die sich hinsichtlich der Fachrichtung unterscheiden, also eine Domänenspezifität aufweisen?
- In welchem Bezug stehen die ermittelten Kompetenzen mit den zuvor identifizierten Kompetenzen zur Visitenführung im Fachbereich Innere Medizin?

## **2 Methodik**

### **2.1 Studiendesign**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde mit Methoden der qualitativen Forschung gearbeitet, die mit quantitativen Analysen unterstützt wurden. Es wurden halbstrukturierte Experteninterviews zur Durchführung der Visite und der dafür notwendigen Kompetenzen geführt, die nach dem Inhaltsanalysemodell nach Mayring ausgewertet wurden (Mayring, 2010). Die sich daraus ergebenden Kompetenzkategorien wurden anhand der Häufigkeit ihrer Nennungen im Interview per Frequenzanalyse ausgewertet und mit Hilfe statistischer Methoden verglichen. Methodisches Vorbild dieser Arbeit war eine Studie zur Durchführung der Visite in der Inneren Medizin und Entwicklung eines EPAs für den internistischen Fachbereich (Wölfel et al., 2016). Der Interviewleitfaden und das Kategoriensystem wurden aus dieser Studie übernommen und angepasst. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der LMU München positiv begutachtet (UE Nr.004-14).

## 2.2 Theoretischer Hintergrund des Experteninterviews

Um für die Visite erforderliche Kompetenzen in den verschiedenen Fachrichtungen identifizieren zu können, wurde auf die Methode des Experteninterviews zurückgegriffen. Es erlaubt dem Forscher soziale Situationen oder Prozesse mit Hilfe der Befragung zu rekonstruieren und themenspezifisch auszuwerten (Gläser & Laudel, 2010, S. 13). Nach Bogner und Menz werden drei Typen von Experteninterviews unterschieden:

- das *explorative Interview*, das zur ersten Orientierung und Näherung eines Themas oder als erster Anlauf zu einer genaueren Untersuchung durchgeführt wird,
- das *systematisierende Interview*, das durch das Gespräch Informationen aus dem Handlungs- und Erfahrungswissen des Experten gewinnen will,
- das *theoriegenerierende Interview*, in dem das Gespräch auf die Erfassung und Rekonstruktion des subjektiven Expertenwissens und dessen Handlungsorientierung und Entscheidungsmuster zielt (Bogner & Menz, 2009, S. 63-67).

Im Falle dieser Studie wurde ein Experteninterview mit dem Fokus auf „Systematisierung“ und „Theoriegenerierung“ durchgeführt. Um die notwendigen Kompetenzen und Tätigkeiten zur Durchführung einer Visite zu erschließen, wurde auf das „aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen“ (Bogner & Menz, 2009, S. 64) des Interviewten zurückgegriffen. Der Experte wird also als Inhaber von spezifischem Wissen gesehen, das der Forscher durch die Befragung zu erfassen sucht (Bogner & Menz, 2009, S. 65). Ebenso sollen die Aussagen der Experten implizite Maximen und Routinehandlungen in einem sozialen System aufdecken, also die subjektive Dimension des Expertenwissens rekonstruieren (Bogner & Menz, 2009, S. 66).

In der Sozialforschung werden Experteninterviews in der Regel leitfadengestützt durchgeführt (Liebold & Trinczek, 2009, S. 32). Leitfadeninterviews zählen zu den halbstandardisierten Interviews (Hussy, Schreier, & Echterhoff, 2013, S. 225). Dabei werden die Fragen zum Forschungsgegenstand in einem Leitfaden vermerkt (Hussy et al., 2013, S. 225). Dieser kann flexibel gehandhabt werden, indem Fragen in ihrer Reihenfolge verändert, übersprungen oder vertieft werden, falls es der Gesprächsverlauf erfordert (Hussy et al., 2013, S. 225). Ebenso sind

Ad-hoc-Fragen möglich, die nicht im Leitfaden enthalten sind, aber den Sinn haben, die Antworten des Interviewten zu vervollständigen (Hussy et al., 2013, S. 225). Auf die Möglichkeit der Ad-hoc-Fragen wurde jedoch in dieser Studie verzichtet, um die Vergleichbarkeit der Interviews beider Fachbereiche zu gewährleisten. Der Vorteil der leitfadenbasierten Interviewführung mit Experten zeigt sich darin, handlungsorientiertes Wissen abbilden zu können (Meuser & Nagel, 2009, S. 51-54). Da das Wissen des Experten oft nicht-explizit und erfahrungsbasiert geformt ist, kann es schwer durch fest standardisierte Fragen abgerufen werden (Meuser & Nagel, 2009, S. 51-52). Vielmehr wird es durch die Rekonstruktion und Deutung des Interviewmaterials zugänglich (Meuser & Nagel, 2009, S. 51-57). Ebenso beschränkt der Leitfaden die narrativ-biographische Komponente in den Antworten des Experten (Meuser & Nagel, 2009, S. 52).

Der Expertenbegriff selbst ist ein viel diskutierter Gegenstand in der soziologischen Literatur, der auf unterschiedliche Weise definiert wurde und zu dem kein klarer Konsens besteht. Dies ist insofern problematisch, da an ihm die methodische Form des „Experteninterview“ hängt.

Eine einfache und stark anwendungsbezogene Definition beschreibt Walter in einer Abhandlung über Strategien der Politikberatung (Walter, 1994, S. 270-275). In dieser wird der Befragte dadurch als „Experte“ definiert, dass ihn der Forscher für die Befragung auswählt und ihn damit als Experten benennt (Walter, 1994, S. 271). So eindeutig diese Definition auch ist, so beliebig und ausdehnbar erscheint sie (Meuser & Nagel, 2009, S. 37). Schütz begründete die wissenssoziologische Bestimmung des Expertenbegriffs (Meuser & Nagel, 2009, S. 38). Er konstruierte drei Typen anhand ihres Hinterfragens der Dinge: den „Experten“, den „Mann auf der Straße“ und den „gut informierten Bürger“ (Schütz, 1972, S. 87-89). Der Experte sei ein auf einem bestimmten Gebiet Wissender/ Informierter, der selbstbestimmt und sicher Urteile fällen könne, während der „Mann auf der Straße“ eher Vorschriften, den eigenen „Rezepten“ oder seinem Gefühl folge (Schütz, 1972, S. 87-89). Der „gut informierte Bürger“ nimmt dabei eine Mittelstellung zwischen beiden Konstrukten ein (Schütz, 1972, S. 87-89). Sprondel ging darauf ein und fokussierte stärker auf das Sonderwissen und die Berufsrolle des Experten, wobei er ihn vom „Laien“ abgrenzte (Sprondel, 1979, S. 140-154). Bogner und Menz teilten die aufgekommenen unterschiedlichen Begriffsbestimmungen in drei verschiedene Definitionen ein, in eine *voluntaristische* (Jeder Mensch mit speziellen Informationen oder Fähigkeiten zur

Bewältigung seines Alltags kann als Experte gelten), *konstruktivistische* (Die Expertenrolle wird durch die Methodik oder durch soziale Mechanismen dem Befragten auferlegt) und *wissenssoziologische* Definition (Der Experte besitzt eine besondere Wissensstruktur) (Bogner & Menz, 2009, S. 67-70). Das Wissen des Experten ist dabei gerade deswegen interessant, da es besonders praxiswirksam ist und andere Akteure beeinflussen kann (Bogner & Menz, 2009, S. 72-74).

Im theoriegenerierenden Experteninterview steht dabei nicht nur „Sonderwissen“, wie zum Beispiel spezielles Sachwissen, sondern auch das Deutungswissen, also die Sichtweisen des Experten und dessen Interpretation im Mittelpunkt der Erhebung (Bogner & Menz, 2009, S. 71). Durch dieses können Handlungsorientierungen und Entscheidungsmotivationen rekonstruiert werden (Bogner & Menz, 2009, S. 72-74). Dieses Deutungswissen ist für diese Studie, in der es um die Ermittlung von Kompetenzen eines Arztes in der Visitsituation geht, nicht von vorrangigem Interesse. Es sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, da in der Schilderung und Zuordnung von Kompetenzen nicht nur technisches und Prozesswissen, also das Wissen um den Sachverhalt, die Abläufe und Routinen, ausgewertet werden, sondern zwangsläufig auch die darin versteckte Einstellung und Orientierung des Interviewten zur Geltung kommen.

In der Expertise-Forschung wird Expertise häufig innerhalb eines Vergleichs bezüglich eines Novizenstatus und eines Expertentums gesehen (Gruber & Ziegler, 1996, S. 8). Dreyfus und Dreyfus unterscheiden hierbei fünf Stufen, die bei der Herausbildung von Expertise durchlaufen werden können und von „novice“ bis „mastery“ reichen (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Für die Entwicklung von Expertise ist ausgiebiges Fachwissen erforderlich, welches nur durch umfangreiche Erfahrung generiert werden kann (Gruber & Mandl, 1996, S. 27). Nach dem Konzept „deliberate practice“ von Ericsson dauert es circa 10 Jahre Übungszeit bis man in einer Domäne Spitzenleistung erbringen kann (Ericsson, Krampe, & Tesch-Römer, 1993).

Die Definition des Experten für diese Studie basiert also auf dem Wissen und der Erfahrung des Experten über die Visitsituation. Dieses ist praxiswirksam, beeinflusst also die Visite und ihre Teilnehmer, und tritt in einem konkreten Handlungsfeld auf, also auf Krankenhausstationen in den verschiedenen Fachrichtungen (Bogner & Menz, 2009, S. 73).

## 2.3 Stichprobe

Um die Kompetenzen eines Assistenzarztes in der Visite zu analysieren, sollten also Assistenzärzte interviewt werden, die eine langjährige Erfahrung in der Visitendurchführung aufweisen. Die Visite stellt jedoch eine herausfordernde, soziale Situation dar, die je nach Teilnehmergruppe aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann (siehe Kapitel 1.1.3). Deswegen sollten auch die Blickwinkel anderer Teilnehmer beachtet werden.

Dementsprechend wurden neben den Assistenzärzten auch Pflegekräfte und im Falle der psychiatrischen/ psychosomatischen Visite Psychologen befragt. Aufgrund der häufigen Schilderung einer Oberarztvisite in den Interviews wurden auch Oberärzte in die Stichprobe aufgenommen. Angestrebt war eine Berufserfahrung des Interviewten von über 5 Jahren in der jeweiligen Profession. Die geforderte langjährige Visitenerfahrung wurde an die realen Möglichkeiten der Stichprobenbildung angepasst, da zum Beispiel Assistenzärzte oder Psychologen nach der Erlangung des Facharztstatus bzw. der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut vermehrt in die ambulante Versorgung wechseln und somit nach fünf Jahren zum Teil nicht mehr an Visiten teilnehmen. Assistenzärzte sollten somit mindestens vier Jahre Berufserfahrung besitzen. Pflegepersonal wurde eingeschlossen, wenn es über fünf Jahre Berufserfahrung oder eine Weiterbildung zur Praxisanleitung oder eine Funktion als Stationsleitung besaß. Psychologen wurden befragt, wenn sie über vier Jahre Berufserfahrung aufwiesen und während des Erhebungszeitraumes ihre Therapeutenausbildung abgeschlossen hatten. Oberärzte qualifizierten sich aufgrund ihrer institutionellen Stellung und der damit weit über fünf Jahre gehenden Berufserfahrung. Es wurde Stationspersonal berücksichtigt, das regelmäßig an Visiten teilnahm und höchstens aufgrund einer temporären Arbeitssituation, wie Nachtdienst, Ambulanztätigkeit innerhalb einer Klinik oder kurzzeitigem Arbeitswechsel, keine Visiten durchführte. Dies sollte ein leicht abrufbares Wissen der Interviewteilnehmer gewährleisten.

Die Teilnahme eines Assistenzarztes an der beschriebenen Visite, auch wenn sie unregelmäßig war, war Voraussetzung für die Befragung. Es wurden nur Visiten besprochen, in denen es zu Patientenkontakt kam.

Mögliche Teilnehmer wurden persönlich, per E-Mail oder telefonisch kontaktiert. Über Anfragen an Chefärzte, Oberärzte, leitende Psychologen, Pflegedienstleiter

und Klinikleiter konnte die Studie auf Stationen vorgestellt und Teilnehmer gewonnen werden. Zusätzlich konnten durch persönliche Kontakte und die Empfehlung von bereits interviewten Teilnehmern weitere Interviewpartner gefunden werden. Entsprechend der Deklaration von Helsinki war die Teilnahme an dem Interview freiwillig und hatte das Einverständnis des Teilnehmenden zur Grundlage.

Insgesamt wurden 66 Interviews geführt. Von diesen mussten 6 Interviews aufgrund von mangelnder Visitenerfahrung der Teilnehmer, Schilderung einer Visite ohne Patientenkontakt oder der Spezialisierung eines Teilnehmers auf Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeschlossen werden. Es wurden je 30 Interviews mit Stationspersonal aus dem chirurgischen und psychiatrischen/psychosomatischen Bereich ausgewertet. Davon stammte in beiden Fachbereichen je die Hälfte der Interviewten aus einem Universitätsklinikum, die andere Hälfte aus fünf peripheren Kliniken. Die Verteilung der Interviews innerhalb der Berufsgruppen, das Geschlecht der Interviewten und ihre mittlere Berufserfahrung sind in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellt.

In der Chirurgie gab das interviewte Stationspersonal folgende Tätigkeitsfelder an: Unfallchirurgie (9), Unfallchirurgie mit orthopädischer Chirurgie (4), Viszeralchirurgie (3), Allgemeinchirurgie (9), Gefäßchirurgie (2), Viszeral- und Gefäßchirurgie (1) und Chirurgie ohne weitere Spezifizierung (2).

**Tabelle 1 Stichprobenverteilung aus dem Fachbereich Chirurgie**

<b>Chirurgie</b>			
	<b>Anzahl der Interviewten</b>	<b>Geschlecht weiblich / männlich</b>	<b>Mittlere Berufserfahrung in Jahren</b>
<b>Assistenzärzte</b>	12	4 / 8	7.2 (SD = 4.3)
<b>Oberärzte</b>	6	1 / 5	21.6 (SD = 8.6)
<b>Pflegekräfte</b>	12	12 / 0	24.0 (SD = 8.5)
<b>Gesamt</b>	30	17 / 13	

In dem Gebiet der Behandlung psychischer Erkrankungen verteilten sich die Fachbereiche folgendermaßen: Psychiatrie (21), Psychiatrie und Psychotherapie (1), Psychosomatik (4), sowohl Psychosomatik als auch Psychiatrie (2), Psychosomatik und Psychotherapie (1) und allgemein Psychotherapie (1).

Tabelle 2 Stichprobenverteilung aus den Fachbereichen Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrie/ Psychosomatik			
	Anzahl der Interviewten	Geschlecht weiblich / männlich	Mittlere Berufserfahrung in Jahren
Assistenzärzte	8	4 / 4	7.2 (SD = 3.3)
Oberärzte	6	1 / 5	13.3 (SD = 6.5)
Pflegekräfte	8	5 / 3	24.6 (SD = 8.4)
Psychologen	8	4 / 4	8.4 (SD = 5.3)
Gesamt	30	14 / 16	

## 2.4 Erhebungsinstrument

Die Interviews wurden halbstandardisiert mit Hilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt. Dieser war zuvor für die Untersuchung der Kompetenzen und Tätigkeiten eines Assistenzarztes zur Durchführung einer internistischen Visite entwickelt worden (Wölfel et al., 2016). Dafür waren mit Hilfe eines Literaturüberblicks über internistische Visiten relevante Kompetenzen identifiziert worden (Wölfel et al., 2016).

Der Interviewleitfaden beinhaltete offene Fragen, wie zum Beispiel Fragen über den Ablauf der Visite und die notwendigen Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite, wie auch direktive Fragen zu den folgenden Kompetenzen: *Organisationsfähigkeit, Collaborative clinical reasoning, Problemlösefähigkeit, Selbstmanagement, Arbeit im Team, Empathie, Kommunikation des Arztes mit dem Patient, Kommunikation des Arztes mit dem Team, nonverbale Kommunikation des Arztes, Fehlermanagement und Lehrkompetenz.*

Der Leitfaden wurde in der vorliegenden Studie mit zusätzlichen Fragen zu den Visiten beider Fachbereiche ergänzt und zwei Fragenabschnitte zu Unterkategorien gestrichen. Vereinzelt wurden Fragen in ihrer Reihenfolge neu geordnet und grammatikalisch verändert.

Folgende Fragen wurden ergänzt, um eine Vergleichbarkeit der Visiten in beiden Fachbereichen zu ermöglichen:

- die Frage nach der „typischen Visite“ im eigenen Fach.  
Ziel: Abfragen des Visitenverständnis des Interviewten, um sich in den kommenden Fragen auf eine Visitenform zu beziehen.

- die Frage nach der Veränderungsnotwendigkeit der Visite.  
Ziel: Feststellen, ob der Interviewte von der beschriebenen Visitenform und den damit verbundenen ärztlichen Kompetenzen überzeugt ist.
- die Frage nach dem Stellenwert der Visite.  
Ziel: Nachweis einer möglichen unterschiedlichen Gewichtung der Visiten in beiden Fachbereichen und eines damit möglichen resultierenden Unterschieds in den Kompetenzen.
- die Frage nach den besprochenen Themen der Visite und transdisziplinären Themen.  
Ziel: Aufzeigen von unterschiedlichen oder gemeinsamen Inhalten der Visiten in beiden Fachbereichen.

Weitere Fragen wurden mit Hilfe eines Literaturüberblicks in beiden Fachbereichen ergänzt (siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3 Ergänzte Interviewthemen nach Literaturüberblick in den Fachbereichen PP/ C**

Inhalt der Frage	Literatur
Zeitliche Struktur, Teilnahmemodalitäten des Patienten an der Visite (PP)	(Eracleous & Lawson, 2007; Foster et al., 1991; Hodgson et al., 2005)
Maximalzahl der Teilnehmenden	(Birtwistle, Houghton, & Rostill, 2000; Milner et al., 2008; Montague & Hussain, 2006; Wagstaff & Solts, 2003; R. White & Karim, 2005)
Sinn der Visite (PP)	(Milner et al., 2008)
Rollenbeschreibung anderer Teammitglieder Bedeutung des Psychologen u. Austausch mit diesem (PP) Bedeutung der Kommunikation im Team	(Eracleous & Lawson, 2007; Hodgson et al., 2005; Labib & Brownell, 2009; Wagstaff & Solts, 2003)
Materialien und Dokumentation	(Birtwistle et al., 2000; Dhillon et al., 2011; Fernando & Siriwardena, 2001)
Teilnahme des Patienten an der Entscheidungsfindung	(Wagstaff & Solts, 2003; R. White & Karim, 2005)
Empathische Haltung des Arztes	(Birtwistle et al., 2000; Foster et al., 1991; Milner et al., 2008; Montague & Hussain, 2006; Wagstaff & Solts, 2003; R. White & Karim, 2005)

Der Abschnitt „Empathische Fähigkeiten“ wurde mit Hilfe des Literaturüberblicks neu bearbeitet. Dabei wurden Fragen, wie z.B. die Erlernbarkeit von Empathie, aus dem Leitfaden genommen, da sie die primäre Forschungsfrage nicht berührten.

Detailfragen, die sich mit schon vorhandenen Fragen nach den Herausforderungen der Visite und der Handhabung von schwierigen Situationen überschneiden, wurden entfernt.

Fragen zum Erlernen der Visite wurden ergänzt, um zu überprüfen, wie die Interviewten die Visitenführung gelernt haben oder wie sie es sich wünschen würden, dass man sie lehrt (Nikendei et al., 2008).

Der Fragenabschnitt „Umgang mit Fehlern/ Lernen aus Fehlern/ Selbstreflexion“ wurde in den hinteren Teil des Leitfadens gestellt, sodass für den Befragten unangenehme Themen erst spät besprochen wurden und die Interviewführung nicht beeinflussten. Im Anschluss daran folgte die Frage nach der Reflexion der Visite, die aus dem Fragenabschnitt „Ablauf“ versetzt wurde, um mit einer neutralen Frage in die letzten Punkte „Visite als Ort der Lehre“ und „Abschluss“ überzuleiten. Die einzelnen Fragen, wie die interviewte Person mit Fehlern in der Visite umgeht, wurden mit Fragen zum Umgang des Assistenzarztes mit Fehlern in der Visite ergänzt.

In den neuen Abschnitt „Aufgaben anderer Teammitglieder und Interprofessionalität“ wurden die Fragen zur Bedeutung der Interprofessionalität und der Teilnahme der Pflegekräfte, die im ursprünglichen Leitfaden bei der Ablaufbeschreibung der Visite gestellt wurden, eingeschoben.

Der ursprüngliche Leitfaden war schon in der vorherigen Studie (Wölfel et al., 2016) getestet worden. Dennoch wurden fünf Pilotinterviews geführt, um dessen Brauchbarkeit im Kontext der in dieser Studie untersuchten Fachbereiche zu prüfen. Drei der fünf geführten Interviews konnten in die Stichprobe aufgenommen werden.

Im weiteren Verlauf der Interviewerhebung zeigte sich jedoch, dass sowohl in der Chirurgie als auch in der Psychiatrie mehrfach Visiten unter der Leitung eines Oberarztes beschrieben wurden. Aufgrund dessen wurde der Leitfaden mit der Frage nach den Aufgaben und Fähigkeiten des teilhabenden Oberarztes ergänzt. Dagegen wurden zunächst ergänzte Fragen zu der für die Visite einzunehmende „Grundeinstellung des Arztes“ und die Frage nach der „Rolle des Faktors Zeit“ in der Visite gestrichen, da sie zu unspezifischen, nicht auf die Visite bezogenen

Antworten und zu einer Wiederholung der Beiträge führten. Eine schematische Übersicht des Interviewleitfadens zeigt Abbildung 2. Die Interviewleitfäden der Fachbereiche befinden sich im Anhang A.

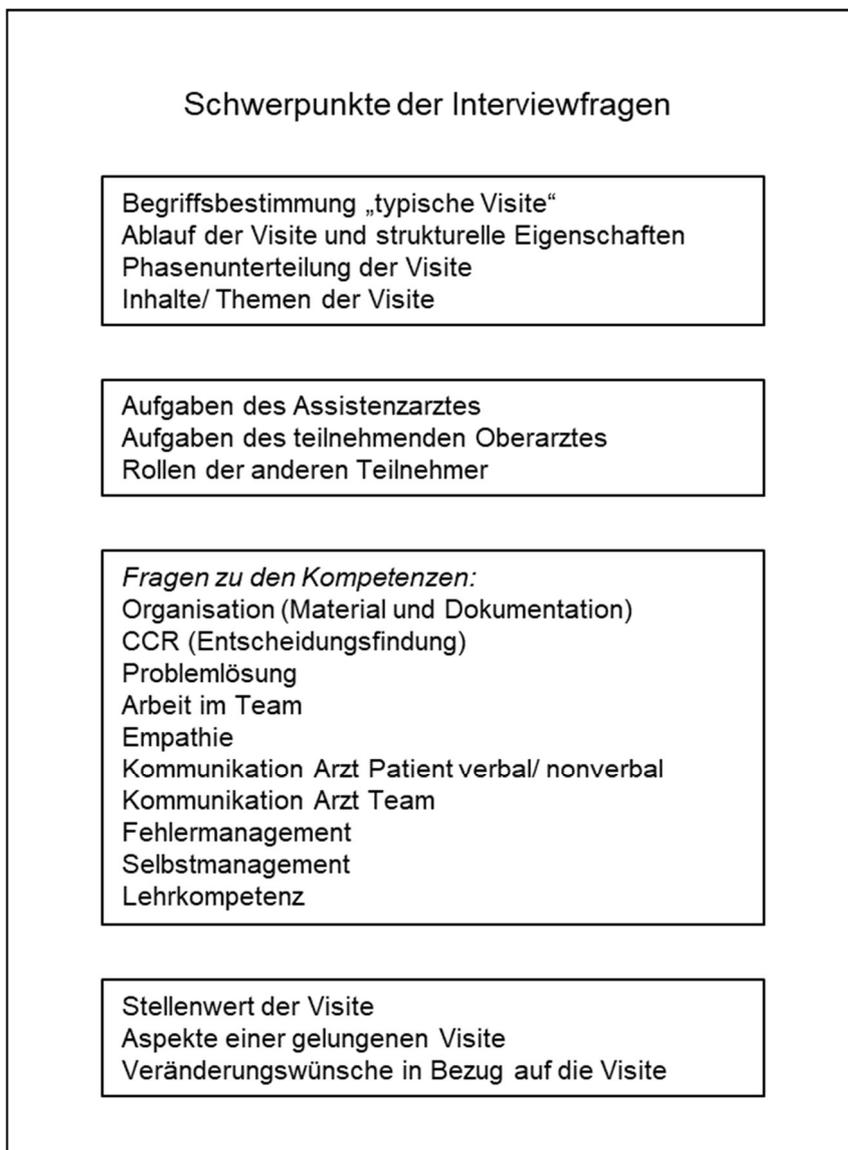


Abbildung 2 Schematische Kurzform des Interviewleitfadens

## 2.5 Praktische Durchführung der Studie

Die Erhebungsphase erstreckte sich auf den Zeitraum zwischen Dezember 2013 und November 2014 (insgesamt 11 Monate). Zu Beginn der Interviewaufzeichnung wurde jeweils der Forschungsinhalt erklärt und die Einhaltung des Datenschutzes und der Anonymisierung des Interviewmaterials erläutert. Es wurde das Einverständnis des Interviewten und die Freiwilligkeit der Interviewteilnahme abgefragt. Anschließend wurden die demographischen Daten der Interviewteilnehmer zur Stichprobeneinordnung erhoben. Die Interviews

wurden mit einer Audioaufzeichnungsfunktion eines Smartphones aufgenommen. Sie wurden in einem Gespräch zu zweit in einer ruhigen Umgebung durchgeführt. Bei fünf Interviews wurde auf einen IP-Telefonie Dienst zurückgegriffen. Für die weitere Auswertung wurden die Daten mit einem nicht personenbezogenen Code gespeichert.

## **2.6 Transkription**

Die aufgenommenen Interviews wurden mit der Audiosoftware f4transkript (edu) 2012/ 2013 von drei wissenschaftlichen Hilfskräften und der Autorin in normales Schriftdeutsch übertragen. Die verwendeten Transkriptionsregeln entstammen maßgeblich den Regelwerken von Dresing und Pehl und Kuckartz et al. (Dresing & Pehl, 2013; Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2008, S. 27-28). Diese wurden für die aktuelle Studie mit wenigen Änderungen adaptiert. Es wurde auf ein einfaches Transkriptionssystem mit erweiterten Elementen zurückgegriffen, da ein komplexeres System (mit Auswertung der Sprechgeschwindigkeit, Tonhöhe, Lautstärke) für die Forschungsfrage nicht funktional war (Dresing & Pehl, 2013). Das Transkriptionssystem ist in Anhang B zu finden.

## **2.7 Kategorienbildung und Kodierung**

Anschließend wurden die Dateien in der QDA-Software (Qualitative Data Analysis Software) MAXQDA eingelesen (VERBI Software, 2014). Mit ihrer Hilfe wurden die im Folgenden aufgeführten Schritte der Kategorienbildung, Kodierung und Frequenzanalyse durchgeführt.

Die transkribierten Interviews wurden ausgehend von dem Inhaltsanalysemodell nach Mayring ausgewertet (Mayring, 2010). Die Inhaltsanalyse grenzt sich von der „freien“ Interpretation durch ihr regelgeleitetes und systematisches Vorgehen ab (Mayring, 2010, S. 48-49). Somit werden die Interviews nicht willkürlich interpretiert, sondern folgen einem fest definierten Forschungsschema. Im Folgenden werden nun die weiteren Schritte dargestellt, die dem von Mayring entwickeltem Ablaufmodell folgen (Mayring, 2010, S. 60).

### **2.7.1 Strukturierung und deduktive Kategorienbildung**

Als Analysetechnik wurde eine Strukturierung durchgeführt. Das bedeutet, dass das Material, in diesem Fall die transkribierten Interviews, nach bestimmten

festgesetzten Kriterien durchsucht und geordnet wird (Mayring, 2010, S. 65). Da das Ziel der Untersuchung die Bestimmung von relevanten Kompetenzen zur Durchführung einer Visite ist, also auf einen bestimmten Inhalt hinführt, kann die Strukturierung weiter als eine *inhaltliche Strukturierung* präzisiert werden (Mayring, 2010, S. 66). Hierbei wird deduktiv, also theoriegeleitet vor der Bearbeitung des Materials, ein Kategoriensystem aufgestellt, das sich nach der Fragestellung der Arbeit richtet (Mayring, 2010, S. 66). Der Fragestellung folgend beinhaltet somit das Kategoriensystem als Strukturdimension die aus der Literatur extrahierten Kompetenzen zur Durchführung einer Visite und die dazugehörigen Aktivitäten. Da auf ein schon bestehendes Kategoriensystem aus der zuvor durchgeführten Interviewstudie zurückgegriffen wurde, entstammten diese aus der Untersuchung der Visite im Fachbereich Innere Medizin (Wölfel et al., 2016). Das Kategoriensystem wurde an die hier untersuchten Fachbereiche angepasst (siehe Kapitel 2.7.4).

Um relevante Textstellen des Interviews eindeutig einer Kategorie zuordnen zu können, müssen die Kategorien definiert und differenzierbar sein. Dazu wird eine Kategorie in der Regel durch drei Einheiten festgelegt (Mayring, 2010, S. 92). Das dreischrittige Verfahren hat sich nach den Studien von Ulich et al. 1985; Haußer, Mayring & Strehmel 1982 und Haußer 1972 (zitiert nach Mayring, 2010, S. 92) als geeignet erwiesen:

1. Eine eindeutige Definition der Kategorie
2. Ein Ankerbeispiel zur Charakterisierung der Kategorie
3. Eine Kodierregel zur Abgrenzung der Kategorie von anderen Kategorien

Abbildung 3 zeigt beispielhaft die Zusammenstellung dieser drei Einheiten zur Festlegung einer Kategorie.

Kategorie	Definition	Kodierregel	Beispiel
Festlegen eines Gesprächsführers	Ein Visitenteilnehmer kommuniziert mit dem Patienten. Die Rolle des Gesprächsleiters wird definiert oder ist allgemein bekannt.	Wenn Aussagen oder der Wunsch getätigt werden, die eine Person als Gesprächsführer kennzeichnen.	Also ich find's gut, wenn einer die Kommunikation hauptsächlich vor dem Patienten führt.

**Abbildung 3 Beispiel für eine Kategorie**

Durch Probedurchgänge durch das Material werden die definierten Kategorien überprüft und in ihrer Definition weiter differenziert bis ein Kategoriensystem erstellt ist, mit dem das ganze Material durchgearbeitet werden kann (Mayring, 2010, S. 92-94). Einzelne zueinander in Beziehung stehende Kategorien werden unter Hauptkategorien zusammengefasst (Mayring, 2010, S. 98). In dieser Studie werden also Kategorien, die ärztliche Aufgaben/ Fähigkeiten oder Tätigkeiten in der Visite enthalten unter den thematisch passenden Kompetenzen subsumiert.

### **2.7.2 Induktive Kategorienbildung**

Neben der Formulierung deduktiver Kategorien werden die Inhalte der Interviews auch bezüglich eventuell auftauchender neuer Themen ausgewertet und daraufhin Kategorien aus dem Material selbst, also induktive Kategorien, gebildet (Mayring, 2010, S. 83-85). Diese werden in gleichem Maße in den Materialdurchgängen weiter überarbeitet und differenziert. Die induktive Kategorienbildung ähnelt stark der Analysetechnik „Zusammenfassung“, in der durch Paraphrasierung und Selektion der Textstellen einzelne Kategorien aus dem Material selbst gebildet werden (Mayring, 2010, S. 83-85). Der erste Schritt der induktiven Kategorienbildung besteht aus dem Festlegen des Selektionskriterium, das heißt der Festlegung, welche Textstelle bzw. welches Thema der Textstelle Inhalt der Kategoriendefinition sein soll (Mayring, 2010, S. 84). Dies ergibt sich meist aus der Fragestellung (Mayring, 2010, S. 85). In diesem Fall ist demnach der Inhalt der Kategorie in der Regel eine ärztliche Aufgabe oder Tätigkeit, die einer Kompetenz zugeordnet ist. Wird in einem Probedurchlauf ein Inhalt gefunden, der nicht durch das deduktiv entwickelte Kategoriensystem vertreten ist, wird dieser vermerkt und beim weiteren Materialdurchgang beachtet. Im Verlauf wird das Abstraktionsniveau, also auf welche Situation und wie konkret oder abstrakt die Kategorie greifen soll, festgesetzt (Mayring, 2010, S. 85). Beim weiteren Kodieren des Materials kommt nun auch diese neue Kategorie zur Anwendung und bei jeder inhaltlich ähnlichen Textstelle wird entschieden, ob sie in diese Kategorie passt oder eine neue Kategorie gebildet werden muss. Nach Durcharbeitung von 10% des Materials werden die entstandenen Kategorien nach ihrer Selektion und Abstraktion noch einmal überprüft und gegebenenfalls angepasst (Mayring, 2010, S. 84-85).

### **2.7.3 Festsetzen der Analyseeinheiten**

Mayring unterteilt in die Analyseeinheiten: Kodiereinheiten, Kontexteinheiten und Auswertungseinheiten (Mayring, 2010, S. 59).

Als Kodiereinheit wird der kleinste Bestandteil des Materials gesehen, der einer Kategorie zugeordnet werden kann (Mayring, 2010, S. 59). In der Regel entspricht er in dieser Studie einem Satz. Er kann aber auch aus einem einzelnen Wort oder Satzfragment im Interview (Beispiel 1) bestehen, der nicht notwendigerweise grammatikalisch zu Ende geführt sein muss, jedoch in seinem Inhalt eine ärztliche Aufgabe beschreibt und in die entsprechende Kategorie eingeordnet wird.

Beispiel 1: *Patient informieren*

Die Kontexteinheit ist der größte Textbestandteil, der einer Kategorie zugeordnet werden kann (Mayring, 2010, S. 59). Sie kann zum Beispiel ganze Absätze des Interviews umfassen (Beispiel 2). In dieser Studie waren es die kompletten Antworten auf bestimmte Fragen, die als Ganzes kodiert wurden.

Beispiel 2: *Antwort auf die Frage „Ist es notwendig die Visite zu verändern?“*

Die Auswertungseinheit entspricht den Interviews (Mayring, 2010, S. 59). Nach der Kodierung wurde das Material zur weiteren Interpretation und Frequenzanalyse in unterschiedliche Interviewabschnitte unterteilt und ausgewertet (siehe Kapitel 2.10).

### **2.7.4 Anpassung des Kategoriensystems und Gütekriterien**

Das Kategoriensystem wurde aus der vorher durchgeführten Studie übernommen (Wölfel et al., 2016). Dieses wurde zur Erforschung der Visitenführung in den neuen Fachbereiche Chirurgie, Psychiatrie und Psychosomatik überarbeitet. Dabei wurden zusätzliche Kategorien eingefügt, die sich aus der Anpassung des Fragebogens, der größeren Teambeteiligung an der Visite und induktiv beim Durchgang des Materials ergaben. Ein Ziel war die Herstellung einer Vergleichsmöglichkeit der Fachbereiche, beispielsweise durch die Schaffung einer Hauptkategorie „Struktur“ oder der Kategorien „Veränderungen der aktuellen Visite“ und „Stellenwert der Visite“. Neue Kategorien, die in die Auswertung eingegangen sind, sind im Kategoriensystem (Anhang C) mit einem Asterisk gekennzeichnet.

Einzelne Kategorien wurden innerhalb des Kategoriensystems neu angeordnet: Kategorie „Beteiligte“ der Visite von „Teambildung“ (Teamfähigkeit) zu „Teilnehmer der Visite“ (Struktur); Kategorie „Umgang mit Konflikten im Team“ von „Teamfähigkeit“ zu „Problemlösefähigkeit“; Kategorie „Ziel der Visite“ von „Selbstmanagement“ in „Visite in ihrer Funktion“.

Die Kategorie „Strategien“ (Aussagen zur zeitlichen Optimierung der Visite (Organisationsfähigkeit)) wurde aufgrund ihrer fehlenden Abgrenzung zur Kategorie „Visitenlänge regulieren/ beachten“ (Organisationsfähigkeit) entfernt.

Um die Reliabilität bzw. Objektivität des Kodierens zu überprüfen, wurde 10% des Materials durch eine zweite Forscherin kodiert und die Ergebnisse der Kodierung verglichen (Mayring, 2010, S. 117; VERBI Software, 2014, S. 129-134). Dabei war die Übereinstimmung bei Anwendung des Kategoriensystems auf die neuen Fachbereiche geringer als in der Inneren Medizin (76%) und lag unter 60% auf Segmentebene (Wölfel et al., 2016). In diesem Durchgang bestand das Kategoriensystem aus über 300 Einstufungen und wies damit einen gewaltigen Umfang auf. Nach Krippendorff (1980) ist eine der Quellen für Nicht-Reliabilität eine unzureichende Kategoriendifferenzierung (zitiert nach Mayring, 2010, S. 118-122). Diese lässt sich vermeiden wenn uneindeutige Kategorien zusammengefügt werden und das Kategoriensystem somit gröber, aber dafür mit höher Objektivität anwendbar wird (Mayring, 2010, S. 121). Dieser Theorie folgend wurde das Kategoriensystem verkleinert, indem für das Studienziel verzichtbare Kategorien gestrichen wurden und alle Subkategorien der Kompetenzen (Variablen + Ausprägungen) in die Hauptkategorien der Kompetenzen zusammengefasst wurden. So wurde nur noch überprüft, ob die Hauptkategorien, also die Kompetenzen (z.B. *Problemlösefähigkeit*), die den Subkategorien (z.B. *den Patienten um Entschuldigen bitten*) übergeordnet waren, übereinstimmend im jeweiligen Segment kodiert wurden. Mit dem vergrößerten Kategoriensystem (Anhang C) betrug die Übereinstimmung 71% bei einem Durchgang von 10% der Interviews in Segmentebene. Im weiteren Verlauf der Auswertung der Kompetenzen wurde nicht auf die kodierten Daten in segmentaler Ebene zurückgegriffen, sondern diese wurden mit einer Frequenzanalyse ausgewertet. Zur Reliabilitätsmessung wurde daraufhin verglichen, ob die Kodierer in der jeweiligen Interviewstelle die Kompetenz kodiert hatten oder nicht.

Dabei ergab sich eine prozentuale Intercoderübereinstimmung des Vorhandenseins der kodierten Kompetenzen von 86% im gesamten Interview, 78% im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“, 90% im Abschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ und 86% im Abschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“. Cohens Kappa betrug gemittelt 0,70 (Brennan & Prediger, 1981).

Die durch die Vergrößerung erreichte erhöhte Reliabilität des Instruments nimmt aber eine verminderte Aussagekraft der Auswertung in Kauf, da nun keine Aussage über die Subkategorien der Kompetenzen, also z.B. der darin erhaltenen Tätigkeiten, mit angemessener Reliabilität getroffen werden können. Um sich einer möglichen Aussagekraft nicht völlig zu enthalten, wurden die Kompetenzen im gesamten Materialdurchgang weiterhin in Subkategorien kodiert und erst bei der Frequenzanalyse in die Hauptkategorien der Kompetenzen zusammengefasst.

## 2.8 Inhalt der Kompetenzen in dieser Studie

Das Kategoriensystem mit den in der Studie genutzten Kategorien findet sich in Anhang C. Zu den Kategorien wurden jeweils Definition und Regel ergänzt sowie ein Beispiel eingefügt. Tabelle 4 zeigt eine komprimierte, inhaltliche Beschreibung der Kompetenzen.

**Tabelle 4** Inhalte der Kompetenzen nach dem Kategoriensystem

Kompetenz	Inhalt
Collaborative clinical reasoning	Das Stellen von Diagnosen, deren Überprüfung, das Festlegen eines Plans für die Behandlung und das Ableiten von Konsequenzen aus den Diagnosen.
Empathie	Das Verstehen der Situation, der Perspektive und der Gefühle des Patienten, die Kommunikation darüber mit dem Patienten. Das Verhalten gegenüber dem Patienten aufgrund dessen in hilfreicher Art und Weise.
Fachwissen	Medizinische Fachkenntnisse als Visitengrundlage.
Fehlermanagement	Die Reaktion auf eigene Fehler oder die Fehler anderer in der Visitsituation.
Klinisch-praktische Fähigkeiten	Die Anwendung klinisch-praktischer Fähigkeiten im Rahmen der Visite (z.B. eine körperliche Untersuchung oder praktische Maßnahmen durchführen).

Kommunikation Arzt-Patient verbal	Der sprachliche Austausch zwischen Arzt und Patient (z.B. Informationsübermittlung, Gesprächsführung, Verständnisprüfung).
Kommunikation Arzt-Patienten nonverbal	Der Austausch zwischen Arzt und Patient ohne Hilfe von Sprache (z.B. Körpersprache, Raumverhalten, taktile Kommunikation).
Kommunikation Arzt-Angehörige	Der verbale und nonverbale Austausch zwischen Arzt und Angehörigen des Patienten.
Kommunikation mit dem Team	Der verbale und nonverbale Austausch mit Mitgliedern des Visitentteams (z.B. Informationsübermittlung, Gesprächsgestaltung).
Lehrkompetenz	Der Arzt als Visitierender und Lehrer. Das angemessene Vermitteln von Wissen und die Fähigkeit, andere zu unterrichten.
Lernbereitschaft	Die Bereitschaft des Arztes, auf der Visite selbst zu lernen. Ein Lernprozess des Arztes findet in der Visite statt.
Organisatorische Fertigkeiten	Die Organisation der Visite durch den Arzt (z.B. Priorisierung d.h. Problemorientierung der Visite, Evaluation des Patienten und daraus abgeleitete Handlungen, Zeitmanagement, Dokumentation).
Patientenmanagement	Bei der Behandlung des Patienten wird der Patient in einem größeren Kontext gesehen (sozial/ gesundheitlich). Ökonomische Faktoren und der Eintritt ins Krankenhaus werden beachtet sowie die Entlassung geplant.
Problemlösefähigkeit	Das Lösen und Vermeiden von Problemen (im Sinne von Störungen, Unterbrechungen, schwierigen Situationen) auf der Visite.
Professionalität	Professionelles Handeln des Arztes auf der Visite im Sinne von z.B. Respekt, Zuverlässigkeit und angemessenem, selbstbewussten Auftreten.
Selbstmanagement	Steuern, Verändern und Überdenken des eigenen Verhaltens. Selbstkontrolle und Reflektion der Visite.
Teamfähigkeit/ Arbeit im Team	Die Zusammenarbeit im interprofessionellen Visitentteam mit dem Arzt als Visitierendem (z.B. Leitung, Aufgabenverteilung, Einbezug der Pflege).

## 2.9 Auswertung der nicht-kompetenzbasierten Codes

Um strukturelle Aspekte der Visiten beider Fachbereiche vergleichen zu können, wurden die Codes der Kategorien „Beteiligte“, „Frequenz der Visite“, „Dauer der Visite“ und „Dauer pro Patient“ ausgewertet.

Die Professionen, die die Interviewten als Teilnehmer nannten, wurden in eine Excel-Tabelle übernommen und die einzelnen Professionen ausgezählt.

Die Frequenz der Visite wurde zum einen vor dem Interview bei der demographischen Datenerhebung erfasst zum anderen in den Interviews unter

der Kategorie „Frequenz der Visite“ kodiert. In die Anzahl der von den Interviewten durchschnittlich pro Woche durchgeführten Visiten gingen verschiedene Visitenformen, wie zum Beispiel die Einzelvisite, Chef- und Oberarztvisite, ein. Es wurde analog zu den Beteiligten der Visite eine Tabelle erstellt, in denen die Frequenzen (wie zum Beispiel einmal pro Woche, jeden Tag etc.) geordnet und ausgezählt wurden.

Der von den Interviewten geschätzte Zeitraum der Visite und Zeitraum pro Patient wurde aus den Codes der Kategorien „Dauer der Visite“ und „Dauer pro Patient“ übernommen und in einer Excel-Tabelle geordnet. Es wurde ein Mittelwert in Minuten für jeden Fachbereich gebildet. Dabei ging, wenn ein Interviewter eine Schätzung des Zeitraums angab (z.B. „so fünfzehn bis zwanzig Minuten“), der Mittelwert dieser Schätzung in die Berechnung ein (also z.B. 17.5 min).

Um den Stellenwert der Visite und den Wunsch nach Veränderung erfassen und vergleichen zu können, wurden die Kategorien „Stellenwert der Visite im eigenen Fach“ und „Veränderung der aktuellen Visite“ ausgewertet. Entsprechend der Analysetechnik „Zusammenfassung“ wurden die Inhalte der kodierten Sätze paraphrasiert, generalisiert und in zusammenfassende Kategorien reduziert, die nach ihrem Vorkommen ausgezählt wurden (Mayring, 2010, S. 67-85).

## **2.10 Frequenzanalyse der kompetenzbasierten Codes**

Die Frequenzanalyse gilt als Grundtechnik inhaltsanalytischer Verfahren und schließt sich in dieser Arbeit nach der Kodierung an (Mayring, 2010, S. 13-15). Bei der Verrechnung wurde beachtet, ob eine Kompetenz mindestens einmal im gesamten Interview oder in einem bestimmten Interviewabschnitt kodiert wurde. War dies der Fall, wurde dieses Interview als positiv für diese Kompetenz vermerkt. Die Gesamtzahl an positiv vermerkten Interviews für eine Kompetenzkategorie eines Fachbereichs entsprach der absoluten Häufigkeit dieser Kompetenzkategorie. In der Analyse wurden sowohl die absoluten und relativen Häufigkeiten insgesamt, also aus allen Interviews eines Fachbereiches, betrachtet, als auch unterteilt in die Interviews der jeweiligen Berufsstände.

Die Frequenzanalyse der Kompetenzen wurde in folgenden Einheiten durchgeführt:

### **a) gesamtes Interview**

Hierbei wurde zuerst im Allgemeinen betrachtet, ob in den Interviews der verschiedenen Fachbereiche Kompetenzen unterschiedlich häufig

genannt wurden. Das Interview bestand aus offenen Fragen (wie zum Beispiel nach dem Ablauf der Visite oder den Aufgaben des Assistenzarztes) wie auch aus strukturierten Abschnitten, in denen Fragen zu einzelnen Kompetenzen gestellt wurden (siehe Kapitel 2.4).

b) Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“

Dieser Interviewabschnitt setzte sich aus den Antworten auf die Fragen nach der typischen Visite, dem Ablauf der Visite, den einzelnen Phasen der Visite und den Themen der Visite zusammen. In ihm wurden vermehrt Tätigkeiten und Handlungen zur Durchführung der Visite beschrieben unabhängig von einer Unterscheidung der Rollen „Assistenzarzt“/ „Oberarzt“. Das Interesse in der Auswertung dieses Interviewabschnitts bestand also darin, herauszufinden, welche Kompetenzen vornehmlich bei der Durchführung der Visite in beiden Fachbereichen geschildert wurden, und diese zu vergleichen. In diesem Abschnitt wurde nicht direkt nach Kompetenzen gefragt. Er stellt sich also „offen“ oder „nicht strukturiert“ dar.

c) Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“

Dieser Interviewabschnitt bestand aus den Antworten auf die offenen Fragen nach den Aufgaben eines Assistenzarztes der Visite.

d) Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“.  
analog zu c)

## **2.11 Angewandte statistische Methoden**

Um die Häufigkeiten der Kodierung der Kompetenzen in beiden Fachbereichen und bei den Professionen Assistenzarzt und Oberarzt zu vergleichen, wurde mit Hilfe von Excel 12 und SPSS V22.0 (Statistical Package for the Social Sciences, IBM®) ein Chi-Quadrat Test und ein McNemar-Test durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde bei beiden Analysen auf  $p < .05$  festgesetzt. Die Verwendung statistischer Mittel auf qualitative Daten gilt in dieser Studie lediglich als begleitende Analyse, um im Material vorgefundenen Unterschiede bewerten zu können.

### **2.11.1 Chi-Quadrat-Testung und Phi-Wert**

Bei den Kodierungen der Kompetenzen handelt es sich um zweifach gestufte, nominale Merkmale. Um zu überprüfen, ob der Unterschied in den Häufigkeiten

der kodierten Kompetenzen zwischen den beiden Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik signifikant oder zufällig ist, wurde deshalb ein Chi-Quadrat Vierfelder Test durchgeführt (Bühner & Ziegler, 2009, S. 291).

		Kompetenz		
		kodiert	nicht kodiert	
Fachbereich	Chirurgie	23	7	30
	PP	19	11	30
		42	18	Gesamt = 60

**Abbildung 4 Beispiel für einen Vierfelder-Test an den Daten**

Dabei wurde die Analyse der Kodierungshäufigkeiten der Kompetenzen in den folgenden Interviewbereichen durchgeführt:

- A) gesamtes Interview
- B) Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“
- C) Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“
- D) Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“.

Die *Fragestellung* lautete: Sind die Anzahl der Kodierungen der Kompetenzen unabhängig von den Fachbereichen oder besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Nennungen der Kompetenzen und den Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik?

Die Hypothesen lauteten:

*Nullhypothese:* Das Merkmal „Fachbereich Chirurgie“, „Fachbereich Psychiatrie/ Psychosomatik“ und die Anzahl der Nennungen der Kompetenzen ist unabhängig voneinander. Der Fachbereich wirkt sich nicht auf die Kodierung der Kompetenz aus.

*Ungerichtete Alternativhypothese:* Das Merkmal Fachbereich „Chirurgie“ und „Psychiatrie/ Psychosomatik“ und die Nennung der Kompetenzen sind abhängig voneinander. Der Fachbereich wirkt sich auf die Kodierung/ Nennung der Kompetenz aus.

Ergab es sich bei der Berechnung, dass eine der erwarteten Häufigkeit unter 5 lag, wurde auf den Exakten Test nach Fisher zurückgegriffen (Bühl, 2008, S. 265;

Weiß, 2013, S. 204, 213). Ansonsten wurde aufgrund der geringen Stichprobenanzahl die Kontinuitätskorrektur bzw. Yates-Korrektur angewendet (Bosch, 2007, S. 202, 211; Bühner & Ziegler, 2009, S. 286). Die Anzahl der Freiheitsgrade betrug  $df = 1$ .

Um die Effektstärke zu ermitteln, wurde der Phi-Koeffizient bestimmt. Dieser entspricht bei der Vier-Felder-Tafel gleichzeitig dem Korrelationskoeffizienten (Bühner & Ziegler, 2009, S. 299). Er kann nach Cohen folgendermaßen interpretiert werden: 0.10 = kleiner Effekt, 0.30 = mittlerer Effekt, 0.50 = starker Effekt (1988, zitiert nach Bühner & Ziegler, 2009, S. 298).

Da bei ungleichmäßiger Randverteilung Phi nicht den Wert 1 annehmen kann, wurde angelehnt an Zysno (1997, zitiert nach Bortz, 2005, S. 229) zusätzlich aus der Berechnung von  $\Phi_{\max}$  ein  $\Phi_{\text{norm}}$  berechnet, welches unterstützend den Effekt der Untersuchung aufzeigen soll (Bortz, 1989).

### 2.11.2 McNemar-Test/ Binomialtest

Der McNemar-Test wurde auf die Kodierungen der Kompetenzkategorien, angewendet, die bei den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes und Oberarztes gesetzt wurden. Das Ziel war, die Häufigkeit der kodierten und damit attribuierten Kompetenzen eines Assistenzarztes mit denen eines Oberarztes zu vergleichen, um mögliche Unterschiede darzustellen (siehe Abbildung 5).

		Assistenzarzt	
		kodiert	nicht kodiert
Oberarzt	kodiert	4	4
	nicht kodiert	3	15
		Gesamt = 26	

Abbildung 5 Beispiel für eine Vierfeldertafel im Rahmen des McNemar Tests bei der Betrachtung einer Kompetenz

Häufig wird der McNemar-Test in der medizinischen Statistik zur Überprüfung von Daten bei zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten verwendet, z.B. bei Therapieevaluationsstudien (Bühner & Ziegler, 2009, S. 306-307). Da es sich vorliegend auch um nominale, dichotome (kodiert/ nicht kodiert) Daten in einer abhängigen Stichprobe handelte (Ein Interviewter wurde jeweils zu den Aufgaben

eines Assistenzarztes und den Aufgaben eines Oberarztes befragt), wurde auch in diesem Fall der McNemar-Test angewendet (Leonhart, 2013, S. 235). Da die erwartete Häufigkeit der Kompetenzen auch kleiner 5 sein konnte, wurde auf die Binomialverteilung zurückgegriffen (Leonhart, 2013, S. 235-236).

Die *Fragestellung* lautete: Hatte die in der jeweiligen Interviewfrage genannte ärztliche Rolle (Assistenzarzt/ Oberarzt) einen Effekt auf die Kodierung der betrachteten Kompetenz?

Die Hypothesen lauteten:

*Nullhypothese*: Die betrachtete Kompetenz wurde gleich häufig in den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes im Vergleich zu den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Oberarztes kodiert.

*ungerichtete Alternativhypothese*: Die betrachtete Kompetenz wurde unterschiedlich oft in den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes im Vergleich zu den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Oberarztes genannt.

### **3 Ergebnisse**

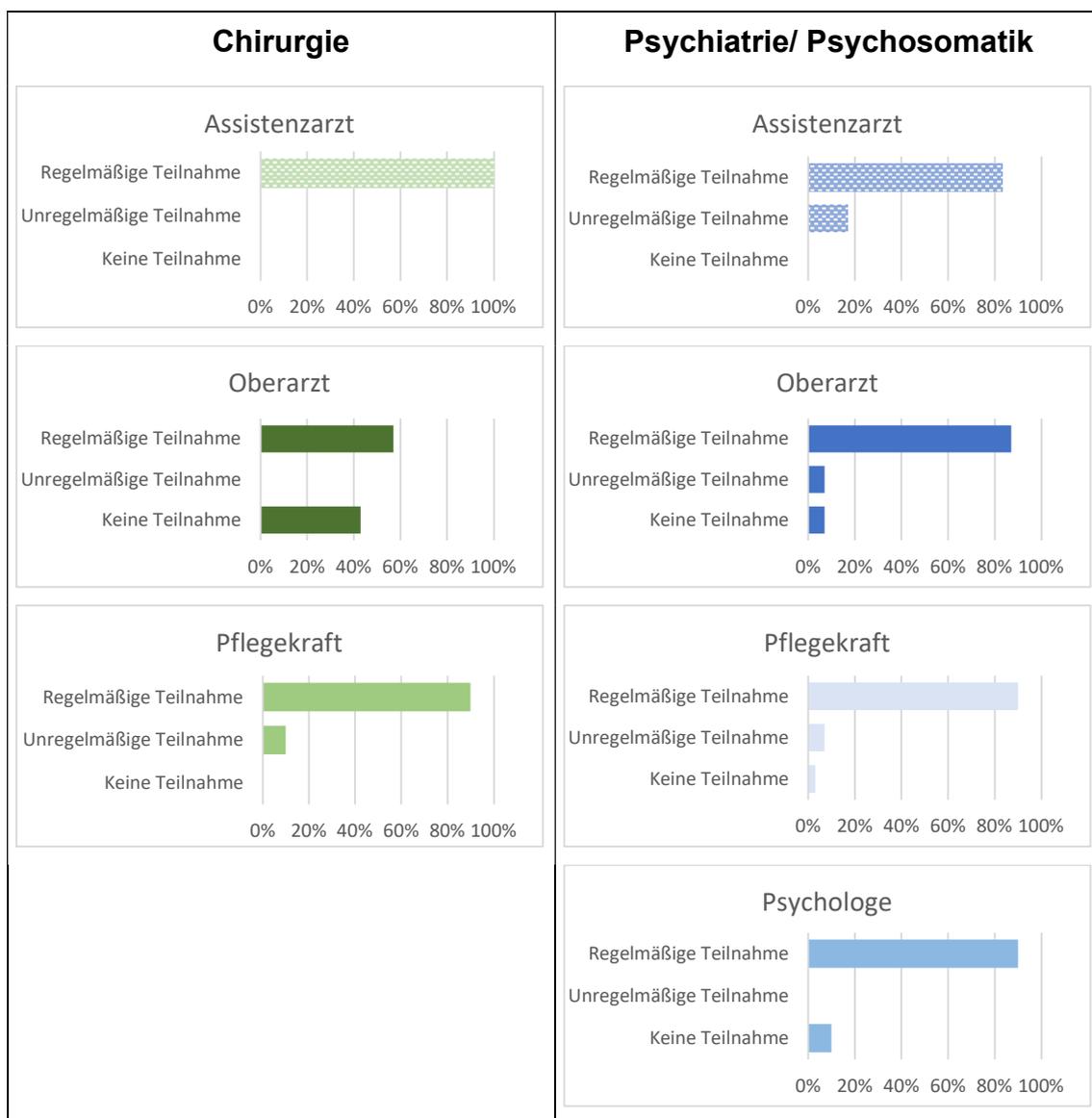
Das aufgenommene Audiomaterial hat eine gesamte Länge von 37 Stunden und 26 Minuten. Dieses besteht aus 30 Interviews mit chirurgischem Stationspersonal mit einer durchschnittlichen Dauer von 32 Minuten (SD = 8 Minuten), sowie 30 Interviews mit psychiatrischem/ psychosomatischen Stationspersonal mit einer durchschnittlichen Länge von 43 Minuten (SD = 13 Minuten).

Im Folgenden werden nun die strukturellen Eigenschaften, die Antworten bezüglich der Stellenwerteinschätzung und Veränderungswünschen der Visiten für beide Fachrichtungen dargestellt. Anschließend folgt nach Fachbereichen getrennt eine Darstellung der Häufigkeit der kodierten Kompetenzen in den jeweiligen Intervieweinheiten: „gesamtes Interview“, „Ablauf und Tätigkeiten“, „Aufgaben eines Oberarztes“ und „Aufgaben eines Assistenzarztes“. Daraufhin werden die signifikanten Unterschiede in den Häufigkeiten der Kompetenznennungen beider Fachbereiche in den jeweiligen Intervieweinheiten aufgezeigt. Das Kapitel schließt mit der Darstellung der Kompetenzen, die signifikant unterschiedlich den Rollen Assistenzarzt/ Oberarzt innerhalb eines Fachbereichs attribuiert wurden. Wenn nicht anders vermerkt, beträgt die Gesamtzahl der ausgewerteten Interviews im jeweiligen Fachbereich  $n = 30$ .

### 3.1 Struktur der Visite in Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik

#### 3.1.1 Beteiligte der Visite

Abbildung 6 zeigt die Beteiligten an der Visite in beiden Fachbereichen. In der Chirurgie wurde 17-mal (57%) eine vom Oberarzt geführte Visite und 13-mal (43%) eine vom Assistenzarzt geführte Visite beschrieben. Dabei nimmt 27-mal (90%) mindestens eine Pflegekraft teil, 3-mal (10%) wurde die Teilnahme der Pflegekraft als unregelmäßig beschrieben. 10-mal wurden die Anwesenheit eines Studierenden und 6-mal die Teilnahme eines Pflegeschülers sowie 4-mal die Teilnahme eines Praktikanten erwähnt. 4-mal wurde die Teilnahme eines Physiotherapeuten geschildert sowie einmal die Teilnahme eines Gastarztes.



**Abbildung 6** Geschilderte Teilnahmehäufigkeit der Professionen an der beschriebenen Visite in Prozent [%] (nC = 30, nPP = 30).

In der Psychiatrie und Psychosomatik wurde 28-mal (93%) eine Oberarztgeführte Visite aufgeführt, wobei in diesen 2-mal (7%) der Oberarzt nur unregelmäßig teilnimmt. 2-mal (7%) beschrieben die Interviewten eine Assistenzarztgeführte Visite. Insgesamt nimmt der Oberarzt 26-mal (87%) regelmäßig, 2-mal (7%) unregelmäßig und 2-mal (7%) nicht an der Visite teil. Die Anwesenheit mindestens eines Assistenzarztes war 25-mal (83%) regelmäßig und 5-mal (17%) unregelmäßig. Die Pflegekraft beteiligt sich laut den Interviewten 27-mal (90%) regelmäßig an der Visite, 2-mal (7%) unregelmäßig und einmal (3%) nicht. Der Psychologe nimmt 27-mal (90%) regelmäßig und 3-mal (10%) nicht an der Visite teil. Die Teilnahme anderer Professionen weist eine starke Heterogenität auf. So wurde in den Interviews die Beteiligung von Sozialdienstmitarbeitern (9-mal), Studierenden (9-mal), Praktikanten (10-mal, darunter auch Psychotherapeuten in Ausbildung), (Pflege-)Schülern (7-mal), Ergotherapeuten (7-mal), Musiktherapeuten (2-mal), Sporttherapeuten (2-mal), Kunsttherapeuten (einmal), Physiotherapeuten (einmal), ärztlichen/stellvertretenden Direktors (2-mal), Angehörigen (2-mal) und Betreuern (einmal) geschildert.

### **3.1.2 Zeitliche Aspekte der Visite**

Alle Interviewpartner (100%) der Chirurgie schilderten eine Visite, die öfter als zweimal wöchentlich stattfindet.

24 (80%) der Interviewpartner aus der Psychiatrie und Psychosomatik gaben die Frequenz der Visite als wöchentlich an, 4 (13%) als zweimal die Woche, 2 (7%) als mehr als zweimal pro Woche.

Die Gesamtdauer der Visite, soweit dies von den Interviewten geschätzt und ausgewertet werden konnte, betrug in den Interviews mit chirurgischem Stationspersonal 43min ( $n_C = 30$ ), die Dauer pro Patient 4min ( $n_C = 27$ ). In den Interviews mit psychiatrischem und psychosomatischem Stationspersonal belief sich die geschätzte Gesamtdauer auf 210min ( $n_{PP} = 28$ ) und die Dauer pro Patienten auf 12min ( $n_{PP} = 29$ ).

### **3.1.3 Stellenwert der Visite**

Der Stellenwert der Visite konnte in beiden Fachbereichen je 29-mal kodiert werden. Dabei bewerteten 22 Interviewte (76%) des chirurgischen Stationspersonals die Bedeutung der Visite als hoch. Von diesen schilderten 3

Interviewte, dass die chirurgische Visite zwar wichtig sei, aber im Vergleich zu anderen Fachbereichen weniger Bedeutung habe. Ein Interviewter (3%) gab allgemein an, dass die Visite in einem anderen Fachbereich wichtiger sei, ein Interviewter (3%) schätzte den Stellenwert der Visite gering ein. 5 Interviewte (17%) gaben keine eindeutige Aussage bezüglich des Stellenwerts.

In der Psychiatrie und Psychosomatik bewerteten 24 Interviewte (83%) die Visite als wichtig. 2 Interviewte (7%) gaben an, die Visite habe im Vergleich zu anderen Fachbereichen eine geringere Bedeutung, ein Interviewter (3%) beschrieb die Bedeutung der Visite als vergleichbar zu anderen Fachbereichen. 2 Interviewte (7%) beurteilten den Stellenwert der Visite als gering.

### **3.1.4 Bedürfnis nach Veränderungen in der Visite**

Da in den Interviews der Status-Quo der momentanen Visitenführung abgebildet wurde, wurde den Interviewten eine Frage nach der Notwendigkeit zur Veränderung der aktuellen Visite gestellt.

Dabei gaben 11 (37%) der 30 Interviewten in der Chirurgie an, keine Veränderungswünsche zu haben.

15 (50%) fanden, dass die Visite veränderungsbedürftig sei. Verbesserungsvorschläge betrafen dabei zu 60% (9 von 15) die Struktur der Visite. 6 Interviewte wünschten sich dabei *mehr Zeit insgesamt*, davon 4 Interviewte *mehr Zeit für den Patienten*. 3 Interviewte würden *feste Visitenzeiten* bevorzugen. Weitere Bedürfnisse betrafen einzelne, individuelle Aspekte der Visitenführung. So wurde in den Interviews folgende Punkte jeweils von einem Interviewten genannt: *Beschränkung der Teilnehmerzahl, mehr Lehre, Freihalten der Visite von Störungen, Erhöhen der Mitarbeiterzahl, stärkeres Einbeziehen der Pflegekraft, mehr Entscheidungen auf der Visite treffen, Dokumentation während der Visite verbessern, mit mehr Teamteilnehmern auf Visite gehen, ein gutes Betriebsklima haben, vor der Visite eine Bestandsaufnahme mit dem Team machen und mehr mit dem Patienten kommunizieren*.

4 (13%) Interviewte konnten keine klare Aussage treffen, indem sie angaben, dass *Veränderungswünsche umgesetzt würden, die Visite nach eigenen Vorstellungen angepasst würde, die Qualität der Visite personenabhängig sei oder keine Antwort zu wissen*.

In der Psychiatrie und Psychosomatik gaben 8 (28%) von 29 dazu Befragten an, dass die Visite nicht veränderungsbedürftig sei. Ein Interviewter gab keine eindeutige Aussage.

20 (69%) führten Aspekte zur Verbesserung der Visitenführung auf. Davon wünschten sich 45% (9 von 20) eine *Veränderung der zeitlichen Aspekte der Visite*, wie z.B. verbessertes Zeitmanagement und Zeitplanung. 15% (3) würden sich *mehr Pünktlichkeit* in der Visite wünschen.

2 Interviewte (7%) wünschten, keinen „*Verhör-/ Tribunalcharakter*“ der Visite, ein Interviewter gab den Wunsch an *Verunsicherungen des Patienten* zu vermindern z.B. *durch Ablegen des Arztkittels*. In jeweils 2 Interviews (7%) gaben die Interviewten eine Veränderungsnotwendigkeit an, ohne sie weiter zu spezifizieren. Ebenso wurde jeweils 2-mal (7%) eine *allgemein bessere Strukturierung der Visite* als notwendig erachtet und eine *stärkere Konstanz der Beteiligung des Personals* gewünscht.

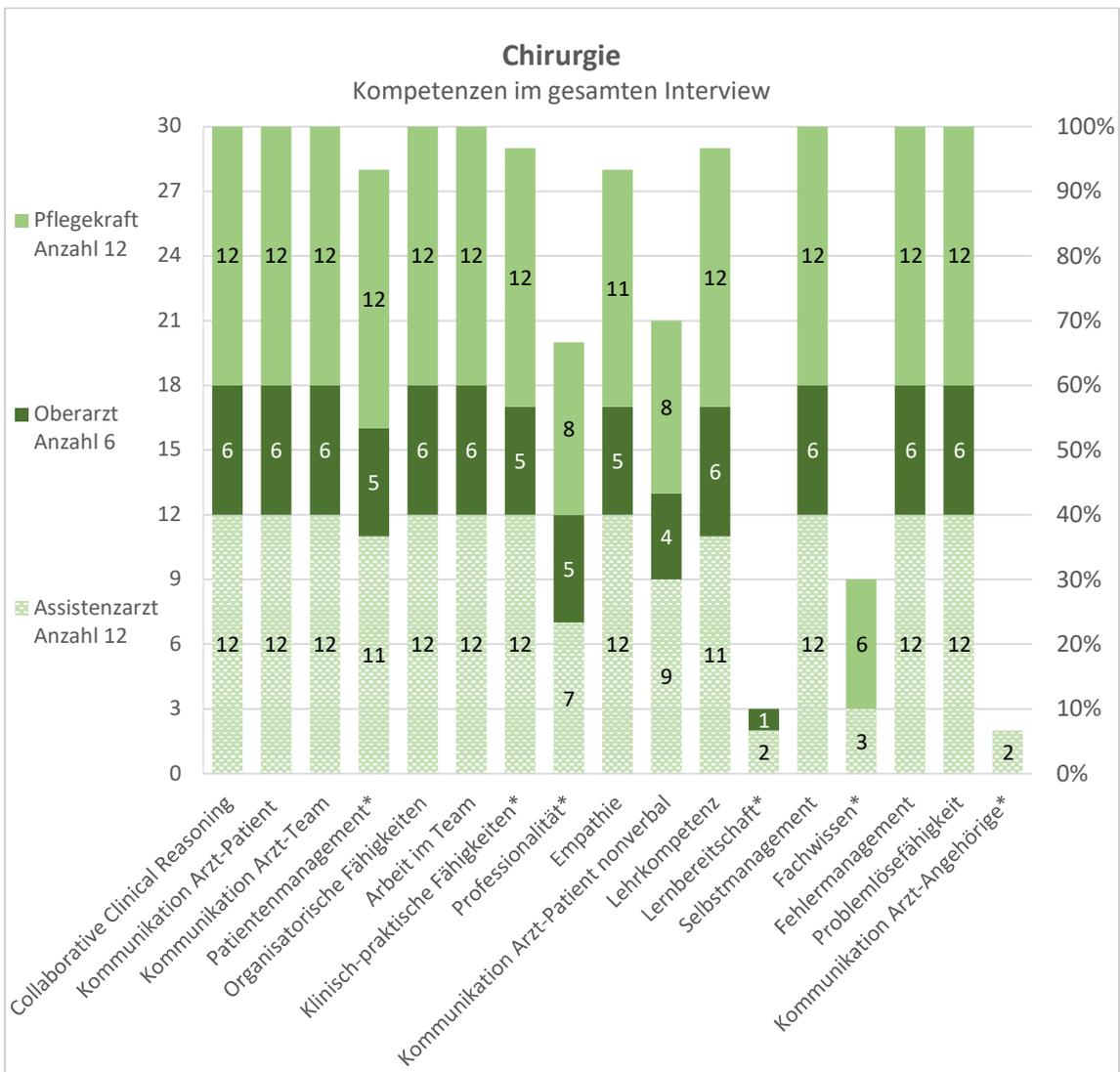
Weitere Änderungswünsche hatten individuellen Charakter und beinhalteten folgende einzelne Aspekte (einmalig genannt): *eine verbesserte Vorbereitung der Visite, regelmäßigeren Visiten, eine erniedrigte Frequenz der Visite, keine Äußerung von Kritik vor Kollegen, besseres Eingehen auf den Patienten, regelmäßige Patientenvorstellung vom Bezugstherapeuten, eine stärkere Teambeteiligung, die Teilnehmerzahl begrenzen, ein strukturiertes „Blatt“ als Hilfsmittel zur Visitedurchführung, einen Behandlungsplan vor oder nach der Visite festlegen und Patienten, die nicht visitiert werden wollen, nicht visitieren.*

## **3.2 Chirurgie: Beschreibung von ärztlichen Kompetenzen**

### **3.2.1 Gesamtes Interviewmaterial**

Abbildung 7 zeigt, wie häufig die einzelnen Kompetenzen von Interviewten aus dem chirurgischen Fachbereich beschrieben und damit kodiert wurden.

Über 90% der Interviewten schilderten dabei folgende Kompetenzen im gesamten Interview: *Collaborative Clinical Reasoning, Kommunikation Arzt-Patient, Kommunikation Arzt-Team, Organisation, Arbeit im Team, Problemlösefähigkeit, Selbstmanagement, Fehlermanagement, Lehrkompetenz, Patientenmanagement, Klinisch-praktische Fähigkeiten und Empathie.*



**Abbildung 7 Absolute und relative Häufigkeit der in den Interviews kodierten Kompetenzen aus dem Fachbereich Chirurgie aufgeteilt nach der Profession der Interviewpartner. Der Asterisk kennzeichnet Kompetenzen, zu denen im Interview keine Frage gestellt wurde.**

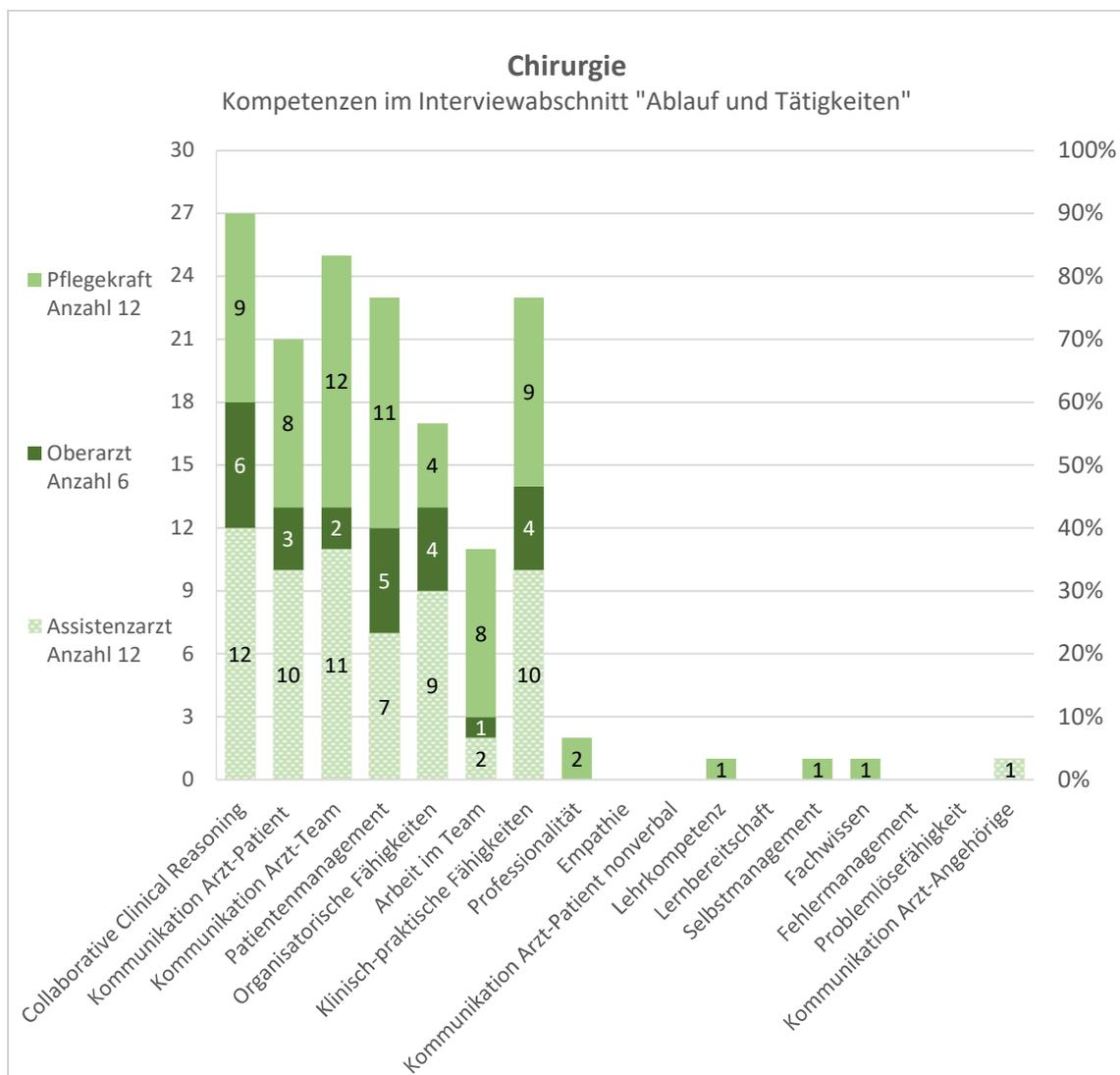
Die mit Asterisk gekennzeichneten Kompetenzen in Abbildung 7 beschrieben die Interviewten aus dem Fachbereich Chirurgie frei, ohne durch eine Interviewfrage darauf gelenkt worden zu sein. Diese waren: *Patientenmanagement*, *Klinisch-praktische Fähigkeiten*, *Professionalität*, *Fachwissen*, *Lernbereitschaft* und *Kommunikation Arzt-Angehörige*. Unter ihnen wurden die Kompetenzen *Patientenmanagement* und *Klinisch-praktische Fähigkeiten* zu über 90% genannt und die Kompetenz *Professionalität* zu über 60%.

Die Kompetenz *Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient* wurde von 70% der chirurgischen Interviewten beschrieben, obwohl der Interviewleitfaden eine Frage danach enthielt. 9 Interviewte (30%) gaben also auf die Frage, wie sich die nonverbale Arzt-Patienten- Kommunikation während der Visite gestaltet, eine

Antwort, deren Inhalt nicht mit der Kompetenz *Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient* kodiert wurde und beschrieben diese auch nicht an anderer Stelle des Interviews.

### 3.2.2 Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“

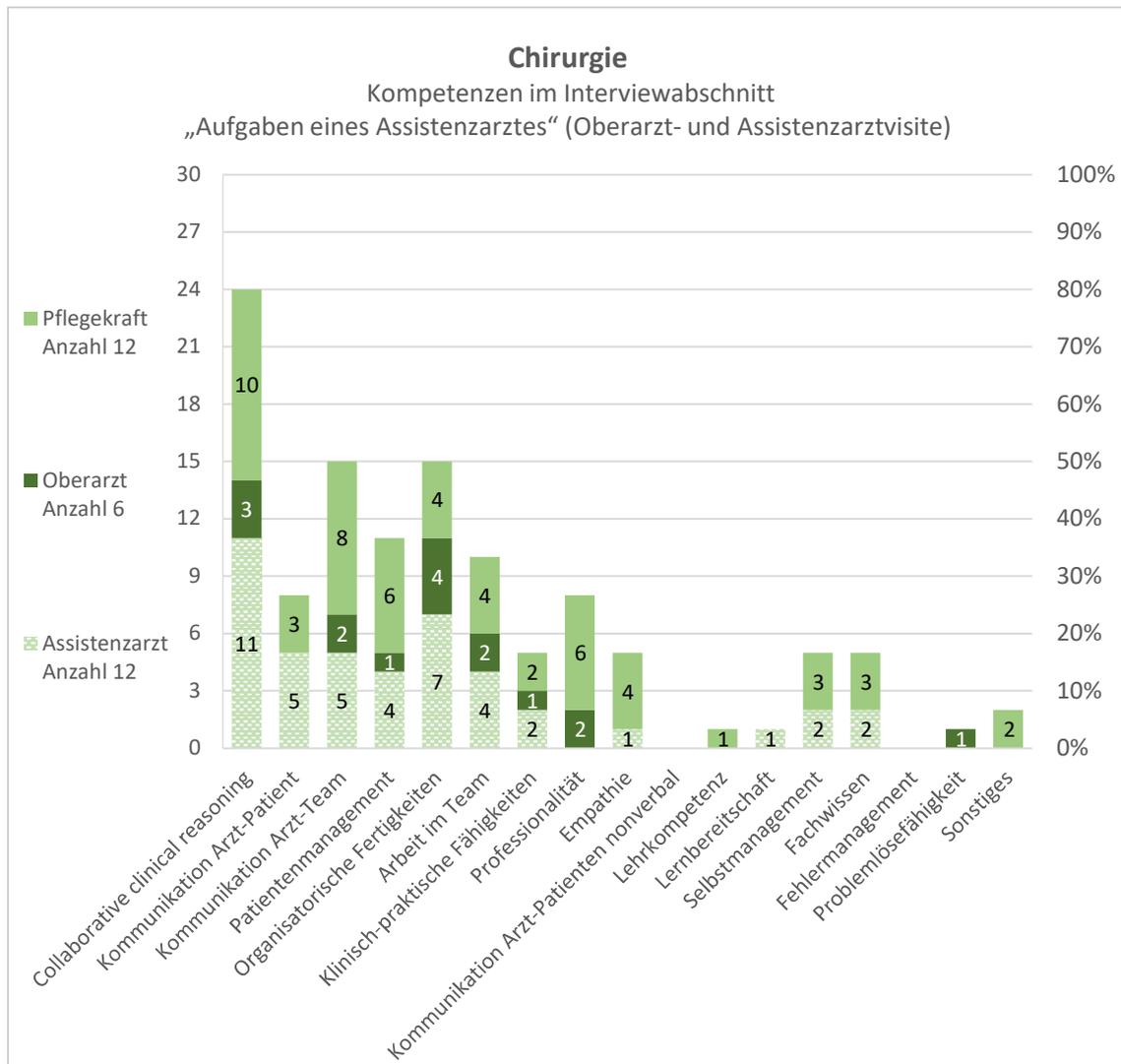
Die Fragen, die zu Beginn des Interviews gestellt wurden, betrafen den Typus, den Ablauf, die Phaseneinteilung der Visite sowie die Themen, die in der Visite besprochen werden. Hierbei fokussierten sich die Interviewten in ihren Antworten hauptsächlich auf eine Beschreibung des Ablaufs und der Tätigkeiten in der Visite. Es zeigte sich, dass von den 17 Kompetenzen, die im gesamten Interview kodiert wurden, 12 Kompetenzen in diesem Interviewabschnitt von den Befragten des chirurgischen Fachbereichs beschrieben wurden (siehe Abbildung 8).



**Abbildung 8 Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ kodierten Kompetenzen im Fachbereich Chirurgie aufgeteilt nach Professionen.**

Von diesen wurden folgende 5 Kompetenzen  $\geq 70\%$  der befragten Experten genannt: *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Patientenmanagement* und *Klinisch-praktische Fähigkeiten*. Über 30% wurden die Kompetenzen *Organisation* und *Arbeit im Team* kodiert. Die restlichen 5 Kompetenzen wurden lediglich von einem oder 2 Interviewten genannt.

### 3.2.3 Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“



**Abbildung 9 Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt als auch Assistenzarzt geführten Visite in der Chirurgie, aufgeteilt nach der Profession.**

Abbildung 9 zeigt die Häufigkeit der Kompetenzen, die auf die Frage, welche Aufgaben ein Assistenzarzt in der Visite hat, beschrieben wurden. In der Abbildung wurden beide Visitenformen, eine Assistenzarzt- und eine Oberarzt-

geführte Visite, eingeschlossen. Eine Unterteilung in die beiden unterschiedlichen Visitenformen findet sich im Folgenden.

### Bei einer Oberarztvisite

**Tabelle 5** Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Chirurgie, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession. n = 17 (n (Assistenzarzt) = 6, n (Oberarzt) = 5, n (Pflegerkraft) = 6).

Kompetenzen	Nennung durch Experten aus der Chirurgie							
	Insgesamt		Assistenzarzt		Oberarzt		Pflegerkraft	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	11	65	5	83	2	40	4	67
<b>Kommunikation Arzt-Patient</b>	2	12	1	17	0	0	1	17
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	8	47	2	33	2	40	4	67
<b>Organisation</b>	11	65	4	67	3	60	4	67
<b>Arbeit im Team</b>	7	41	2	33	2	40	3	50
<b>Problemlösefähigkeit</b>	1	6	0	0	1	20	0	0
<b>Selbstmanagement</b>	2	12	1	17	0	0	1	17
<b>Fehlermanagement</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Lehrkompetenz</b>	1	6	0	0	0	0	1	17
<b>Empathie</b>	2	12	1	17	0	0	1	17
<b>Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Patientenmanagement</b>	7	41	1	17	1	20	5	83
<b>Klinisch-praktische Fähigkeiten</b>	2	12	0	0	1	20	1	17
<b>Professionalität</b>	6	35	0	0	2	40	4	67
<b>Fachwissen</b>	2	12	2	33	0	0	0	0
<b>Lernbereitschaft</b>	1	6	1	17	0	0	0	0
<b>Sonstiges</b>	2	12	0	0	0	0	2	33

17-mal wurde in den Interviews mit chirurgischem Stationspersonal eine Oberarztvisite geschildert. In diesen wurden 14 Kompetenzen, die ein Assistenzarzt zur Durchführung einer vom Oberarzt geleiteten Visite benötigt, kodiert. Folgende Kompetenzen wurden dabei in über 30% der Interviews beschrieben: *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Organisation*, *Arbeit im Team*, *Patientenmanagement* und *Professionalität* (siehe Tabelle 5). Dabei waren die Kompetenzen *Collaborative clinical reasoning* und *Organisation* mit 65% (11 Interviewte) die am häufigsten genannten Kompetenzen. Die restlichen Kompetenzen wurden von einem bis 2 Interviewten

beschrieben. So wurde die Kompetenz *Kommunikation Arzt-Patient*, die im vorherigen Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ von 70% der Interviewten geschildert wurde, nun in lediglich 2 Interviews kodiert.

Betrachtet man die Verteilung der Nennungen der Kompetenzen innerhalb der Professionen, so zeigt sich, dass keiner der befragten Assistenzärzte die Kompetenz *Professionalität* beschrieb, während die befragten Oberärzte und Pflegekräfte diese weitaus häufiger anführten (Oberarzt: 40%, Pflegekraft: 67%). 2 Interviewte nannten Aufgaben eines Assistenzarztes, die nicht sicher in die bestehenden Kompetenzkategorien zugeordnet werden konnten und in die Kategorie *Sonstiges* gingen. So beschrieben 2 Interviewte als Aufgaben eines Assistenzarztes: *Sozialkompetenz*, *ethische Kompetenz*, *Assistenz des Oberarztes*, *Kümmern um die Patienten* und *Erledigen der vom Oberarzt gestellten Aufgaben*.

#### Bei einer Assistenzarztvisite

**Tabelle 6** Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Assistenzarzt geführten Visite in der Chirurgie, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession. n = 13 (n (Assistenzarzt) = 6, n (Oberarzt) = 1, n (Pflegekraft) = 6).

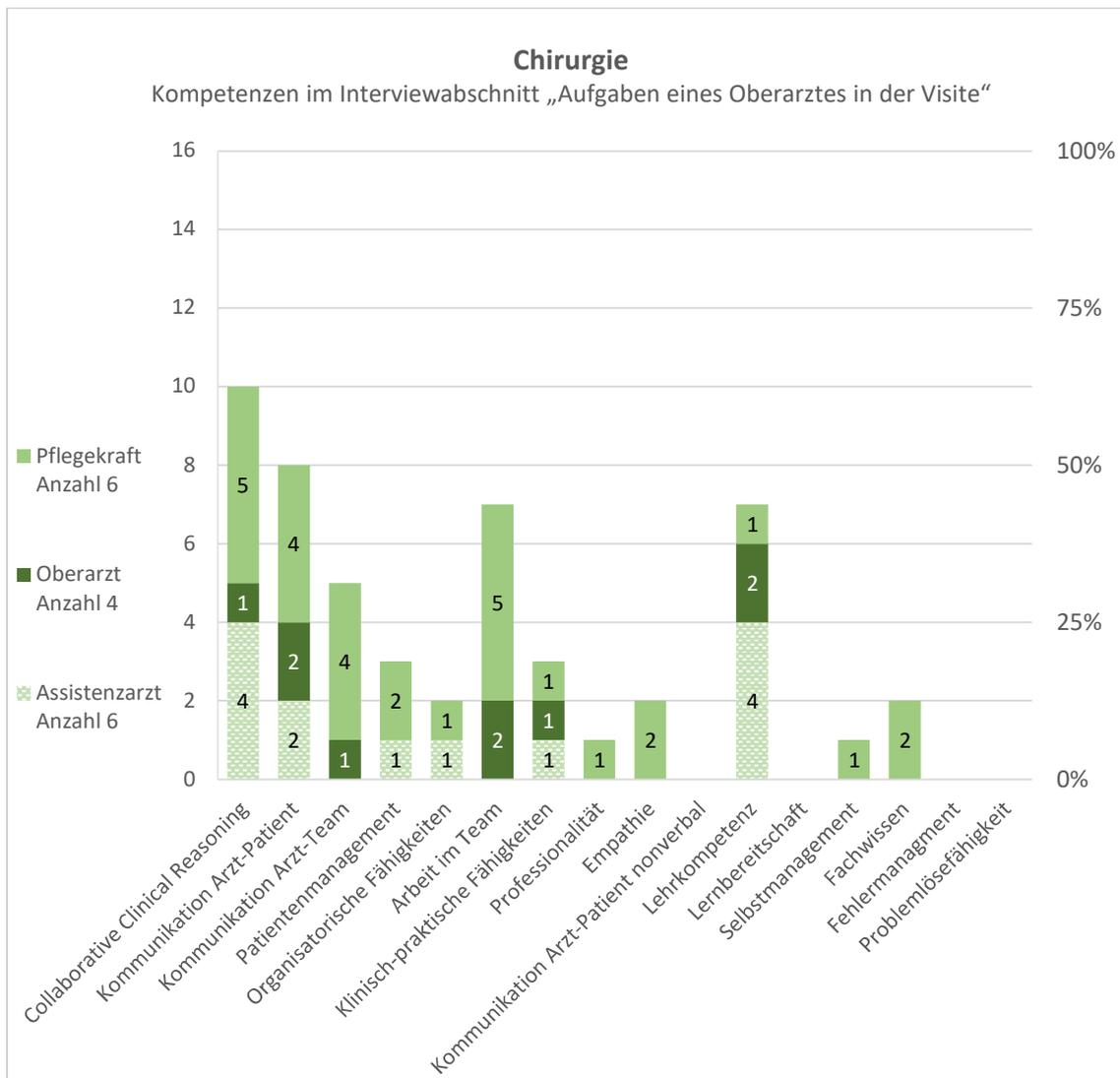
Kompetenzen	Nennung durch Experten aus der Chirurgie							
	Insgesamt		Assistenzarzt		Oberarzt		Pflegekraft	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	13	100	6	100	1	100	6	100
<b>Kommunikation Arzt-Patient</b>	6	46	4	67	0	0	2	33
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	7	54	3	50	0	0	4	67
<b>Organisation</b>	4	31	3	50	1	100	0	0
<b>Arbeit im Team</b>	3	23	2	33	0	0	1	17
<b>Problemlösefähigkeit</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Selbstmanagement</b>	3	23	1	17	0	0	2	33
<b>Fehlermanagement</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Lehrkompetenz</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Empathie</b>	3	23	0	0	0	0	3	50
<b>Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Patientenmanagement</b>	4	31	3	50	0	0	1	17
<b>Klinisch-praktische Fähigkeiten</b>	3	23	2	33	0	0	1	17
<b>Professionalität</b>	2	15	0	0	0	0	2	33
<b>Fachwissen</b>	3	23	0	0	0	0	3	50
<b>Lernbereitschaft</b>	0	0	0	0	0	0	0	0

In 13 Interviews wurde eine Visite beschrieben, die vom Assistenzarzt geleitet wurde. In diesen wurden 11 Kompetenzen in den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben, Tätigkeiten und Fähigkeiten eines Assistenzarztes zur erfolgreichen Durchführung einer Visite kodiert (siehe Tabelle 6).

Folgende Kompetenzen wurden von über 30% der Interviewten genannt: *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Organisation* und *Patientenmanagement*. Dabei wurde die Kompetenz *Collaborative clinical reasoning* von allen Interviewten (100%) beschrieben. In 23% der Interviews (entspricht 3 Interviewten) wurden die Kompetenzen *Arbeit im Team*, *Selbstmanagement*, *Empathie*, *Klinisch-praktische Fähigkeiten* und *Fachwissen* geschildert. Die Kompetenz *Professionalität* wurde von 2 Pflegekräften (15%) genannt.

#### **3.2.4 Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“**

Im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes“ konnten 16 Interviews in der Chirurgie ausgewertet werden. Diese beschrieben auf die Frage nach den Aufgaben eines Oberarztes 12 Kompetenzen (siehe Abbildung 10). Unter ihnen wurden mit über 30% folgende Kompetenzen genannt: *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Arbeit im Team* und *Lehrkompetenz*. Am häufigsten wurde dabei die Kompetenz *Collaborative clinical reasoning* mit 63% genannt (10 Interviewte). Die Kompetenzen *Patientenmanagement* und *Klinisch-praktische Fähigkeiten* wurden von insgesamt 3 Interviewten beschrieben (19%). 5 Kompetenzen (*Selbstmanagement*, *Organisatorische Fähigkeiten*, *Professionalität*, *Empathie* und *Fachwissen*) wurden lediglich von 1 bis 2 Interviewten genannt.

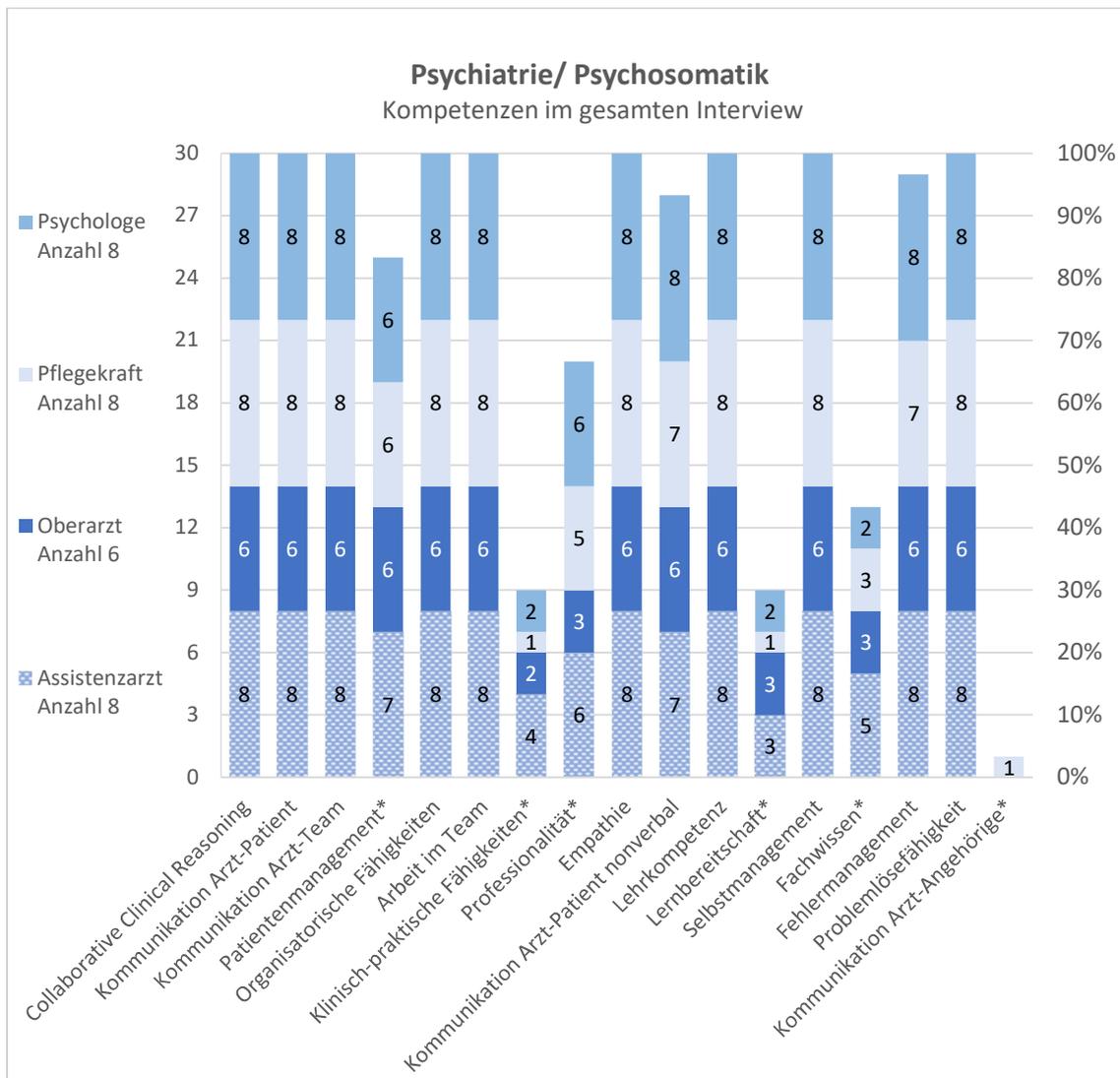


**Abbildung 10** Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Chirurgie, aufgeteilt nach der Profession (n = 16).

### 3.3 Psychiatrie/ Psychosomatik: Beschreibung von ärztlichen Kompetenzen

#### 3.3.1 Gesamtes Interviewmaterial

Über 90% der Interviewten aus dem psychiatrischen und psychosomatischen Fachbereich schilderten im gesamten Interview folgende Kompetenzen, nach denen auch im Interviewleitfaden gefragt wurde: *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Organisation*, *Arbeit im Team*, *Problemlösefähigkeit*, *Selbstmanagement*, *Fehlermanagement*, *Lehrkompetenz*, *Empathie* und *Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient* (siehe Abbildung 11). Dabei wurde die Kompetenz *Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient* mit 93% am wenigsten oft beschrieben.



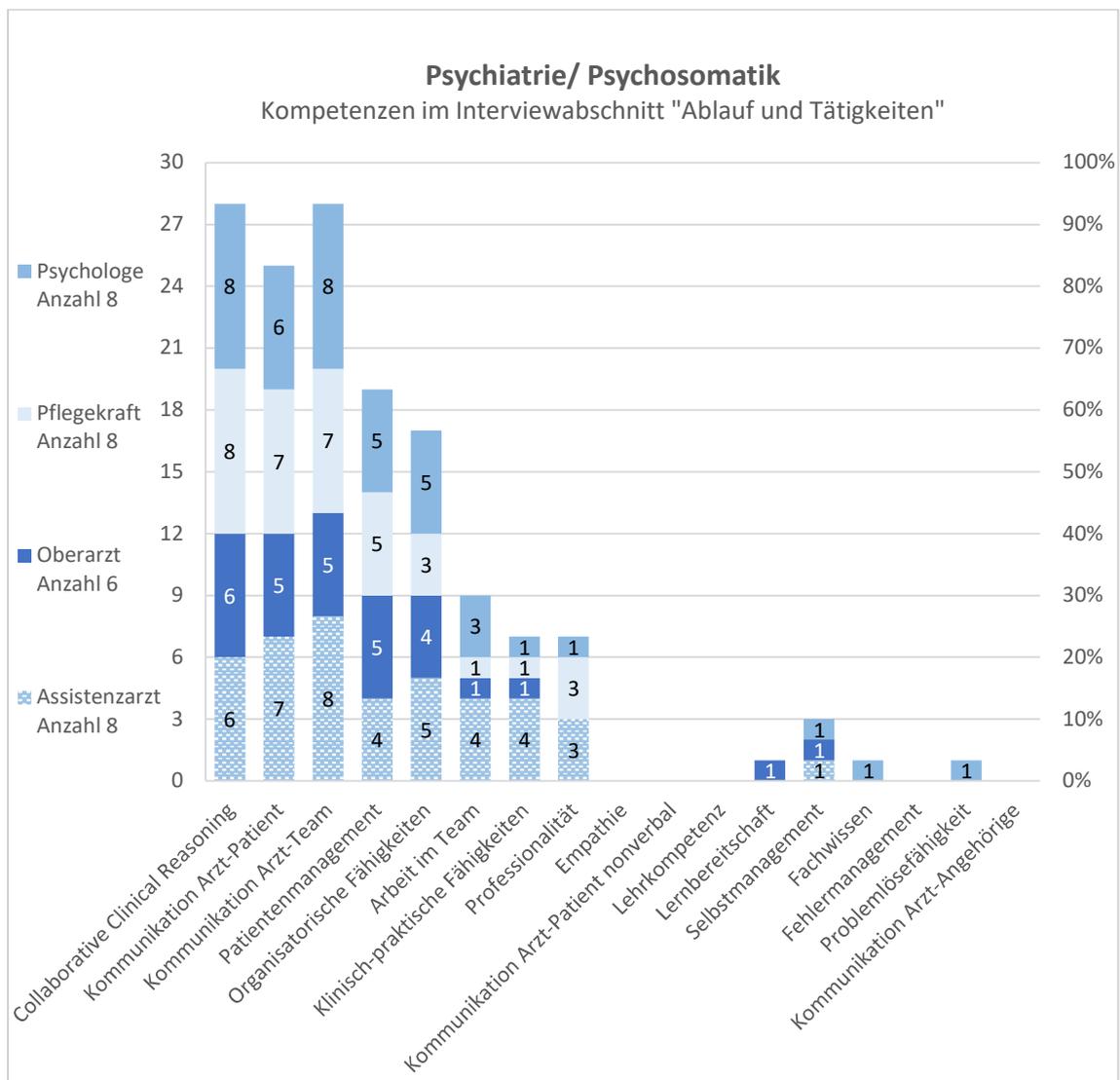
**Abbildung 11 Absolute und relative Häufigkeit der in den Interviews kodierten Kompetenzen aus den Fachbereichen Psychiatrie/ Psychosomatik, aufgeteilt nach der Profession der Interviewpartner. Der Asterisk kennzeichnet Kompetenzen, zu denen im Interview keine Frage gestellt wurde.**

Kompetenzen, die in Abbildung 11 mit einem Asterisk gekennzeichnet sind, wurden von den Interviewten unabhängig von einer Frage im Interview beschrieben und kodiert. In 83% der Interviews wurde dabei die Kompetenz *Patientenmanagement* kodiert, in 67% der Interviews *Professionalität*. Mindestens 30% der Interviewten schilderten die Kompetenzen *Fachwissen*, *Klinisch-praktische Fähigkeiten* und *Lernbereitschaft*. Die Kompetenz *Kommunikation des Arztes mit den Angehörigen* wurde nur einmal kodiert.

### 3.3.2 Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“

Abbildung 12 zeigt die Kodierungshäufigkeiten der beschriebenen Kompetenzen im Abschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ aus Interviews mit psychiatrischem und psychosomatischem Stationspersonal. 12 der 17 Kompetenzen, die im gesamten

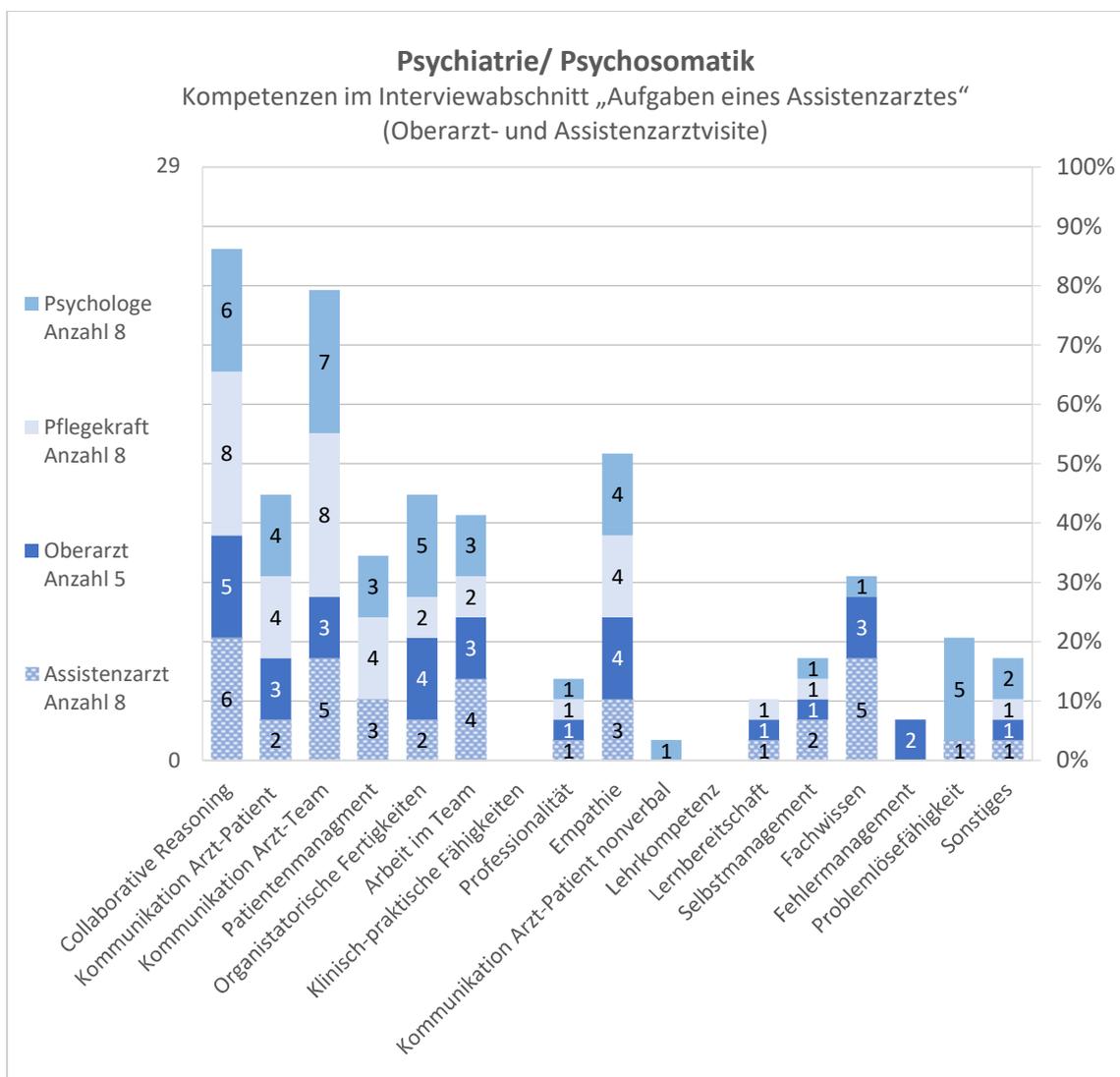
Interview beschrieben wurden, wurden in diesem Interviewabschnitt kodiert. Darunter befanden sich mit über 70% Häufigkeit die Kompetenzen *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient* und *Kommunikation Arzt-Team*. Über 50% wurden *Organisation* und *Patientenmanagement* und zu 30% *Arbeit im Team* geschildert. 23% der Interviewten beschrieben die Kompetenzen *Klinisch-praktische Fähigkeiten* und *Professionalität*. Die restlichen 4 Kompetenzen wurden von lediglich einem bis maximal 3 Interviewten geschildert.



**Abbildung 12 Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ kodierten Kompetenzen aus dem Fachbereich Psychiatrie/ Psychosomatik, aufgeteilt nach Professionen.**

### 3.3.3 Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“

In Abbildung 13 sind die Häufigkeiten der Kompetenzen zu sehen, die die Interviewten auf die Frage, welche Aufgaben ein Assistenzarzt in einer Visite benötigt, beschrieben. Hierbei sind beide Visitenformen, also eine vom Oberarzt wie auch eine vom Assistenzarzt geführte Visite vertreten. Dabei beschrieben 27 Interviewte Kompetenzen, die ein Assistenzarzt in der Oberarzt geführten Visite braucht. 2 Interviewte schilderten eine vom Assistenzarzt geleitete Visite. In einem Interview konnte in den Antworten keine Kompetenz eines Assistenzarztes zugeordnet werden. Eine Aufschlüsselung der Kompetenznennungen nach den unterschiedlichen Visitenformen ist im Folgenden dargestellt.



**Abbildung 13** Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt als auch Assistenzarzt geführten Visite in der Psychiatrie/ Psychosomatik, aufgeteilt nach Professionen, n = 29.

### Bei einer Oberarztvisite

13 Kompetenzen wurden in den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes in der Oberarztvisite kodiert. Über 80% der Interviewten beschrieben die Kompetenzen *Collaborative Clinical Reasoning* und *Kommunikation Arzt-Team*. Über 30% nannten folgende Kompetenzen: *Kommunikation Arzt-Patient*, *Organisation*, *Arbeit im Team*, *Empathie*, *Patientenmanagement* und *Fachwissen* (siehe Tabelle 7).

**Tabelle 7** Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Psychiatrie und Psychosomatik, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession, n = 27 (n (Assistenzärzte) = 7, n (Oberärzte) = 5, n (Pflegerkräfte) = 8, n (Psychologen) = 7).

Kompetenzen	Nennung durch Experten aus der Psychiatrie/ Psychosomatik									
	Insgesamt		Assistenzarzt		Oberarzt		Pflegerkraft		Psychologe	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	24	89	5	71	5	100	8	100	6	86
<b>Kommunikation Arzt-Patient</b>	12	44	2	29	3	60	4	50	3	43
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	22	81	5	71	3	60	8	100	6	86
<b>Organisation</b>	12	44	2	29	4	80	2	25	4	57
<b>Arbeit im Team</b>	11	41	3	43	3	60	2	25	3	43
<b>Problemlösefähigkeit</b>	6	22	1	14	0	0	0	0	5	71
<b>Selbstmanagement</b>	3	11	1	14	1	20	1	13	0	0
<b>Fehlermanagement</b>	2	7	0	0	2	40	0	0	0	0
<b>Lehrkompetenz</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Empathie</b>	14	52	3	43	4	80	4	50	3	43
<b>Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Patientenmanagement</b>	9	33	2	29	0	0	4	50	3	43
<b>Klinisch-praktische Fähigkeiten</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Professionalität</b>	4	15	1	14	1	20	1	13	1	14
<b>Fachwissen</b>	9	33	5	71	3	60	0	0	1	14
<b>Lernbereitschaft</b>	3	11	1	14	1	20	1	13	0	0
<b>Sonstiges</b>	5	19	1	14	1	20	1	13	2	29

In über 10% der Interviews wurden die Kompetenzen *Problemlösefähigkeit*, *Selbstmanagement*, *Professionalität* und *Lernbereitschaft* genannt. Die Kompetenz *Fehlermanagement* wurde in 2 Interviews (7%) kodiert. 5 Interviewte gaben in ihren Antworten Aufgaben und Fähigkeiten an, die keiner Kompetenzkategorie zugeordnet werden konnten und unter dem Punkt *Sonstiges* vermerkt wurden. Dazu gehörten folgende Aspekte: *Multitasking*,

*psychotherapeutisches Handeln, soziale Fertigkeiten, eine Vermittlerrolle zwischen Oberarzt und Chefarzt einnehmen, gedankliche Flexibilität und gesunder Menschenverstand.*

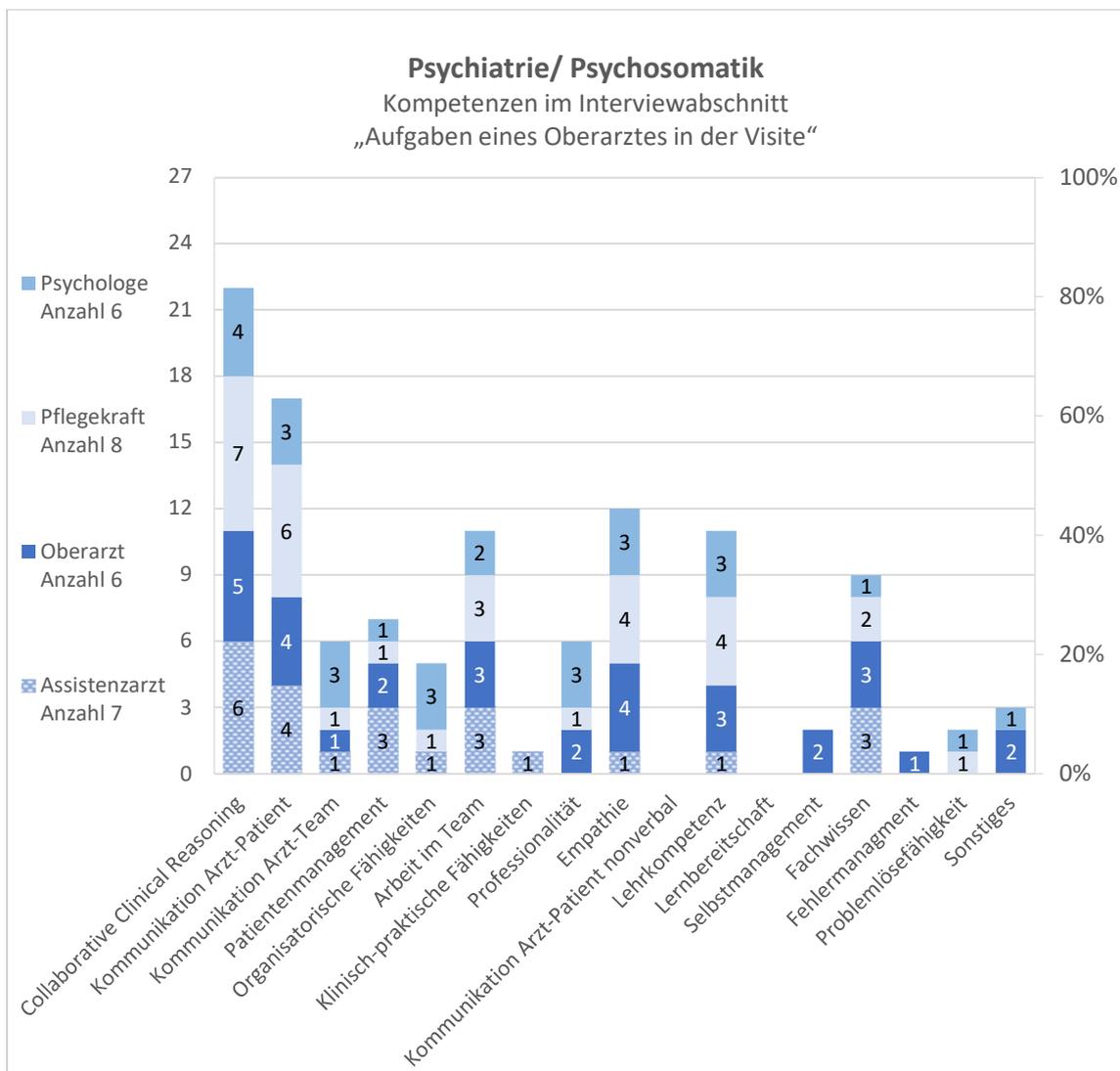
Bei einer Assistenzarztvisite

Tabelle 8 zeigt die Häufigkeiten der Kompetenzen, die auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes in einer vom Assistenzarzt geleiteten Visite beschrieben wurden. Aufgrund der geringen Anzahl an Interviewten, die diese Visitenform schilderten, wird auf eine Beschreibung der Ergebnisse verzichtet.

**Tabelle 8** Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Assistenzarzt geführten Visite in der Psychiatrie und Psychosomatik, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession. n = 2  
(n (Assistenzärzte) = 1, n (Psychologen) = 1)

Kompetenzen	Nennung durch Experten aus der Psychiatrie/ Psychosomatik					
	Insgesamt		Assistenzarzt		Psychologe	
	n	[%]	n	[%]	n	[%]
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	1	50	1	100	0	0
<b>Kommunikation Arzt-Patient</b>	1	50	0	0	1	100
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	1	50	0	0	1	100
<b>Organisation</b>	1	50	0	0	1	100
<b>Arbeit im Team</b>	1	50	1	100	0	0
<b>Problemlösefähigkeit</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Selbstmanagement</b>	2	100	1	100	1	100
<b>Fehlermanagement</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Lehrkompetenz</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Empathie</b>	1	50	0	0	1	100
<b>Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient</b>	1	50	0	0	1	100
<b>Patientenmanagement</b>	1	50	1	100	0	0
<b>Klinisch-praktische Fähigkeiten</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Professionalität</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Fachwissen</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Lernbereitschaft</b>	0	0	0	0	0	0

### 3.3.4 Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“



**Abbildung 14** Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Psychiatrie und Psychosomatik, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession der Interviewpartner, n = 27.

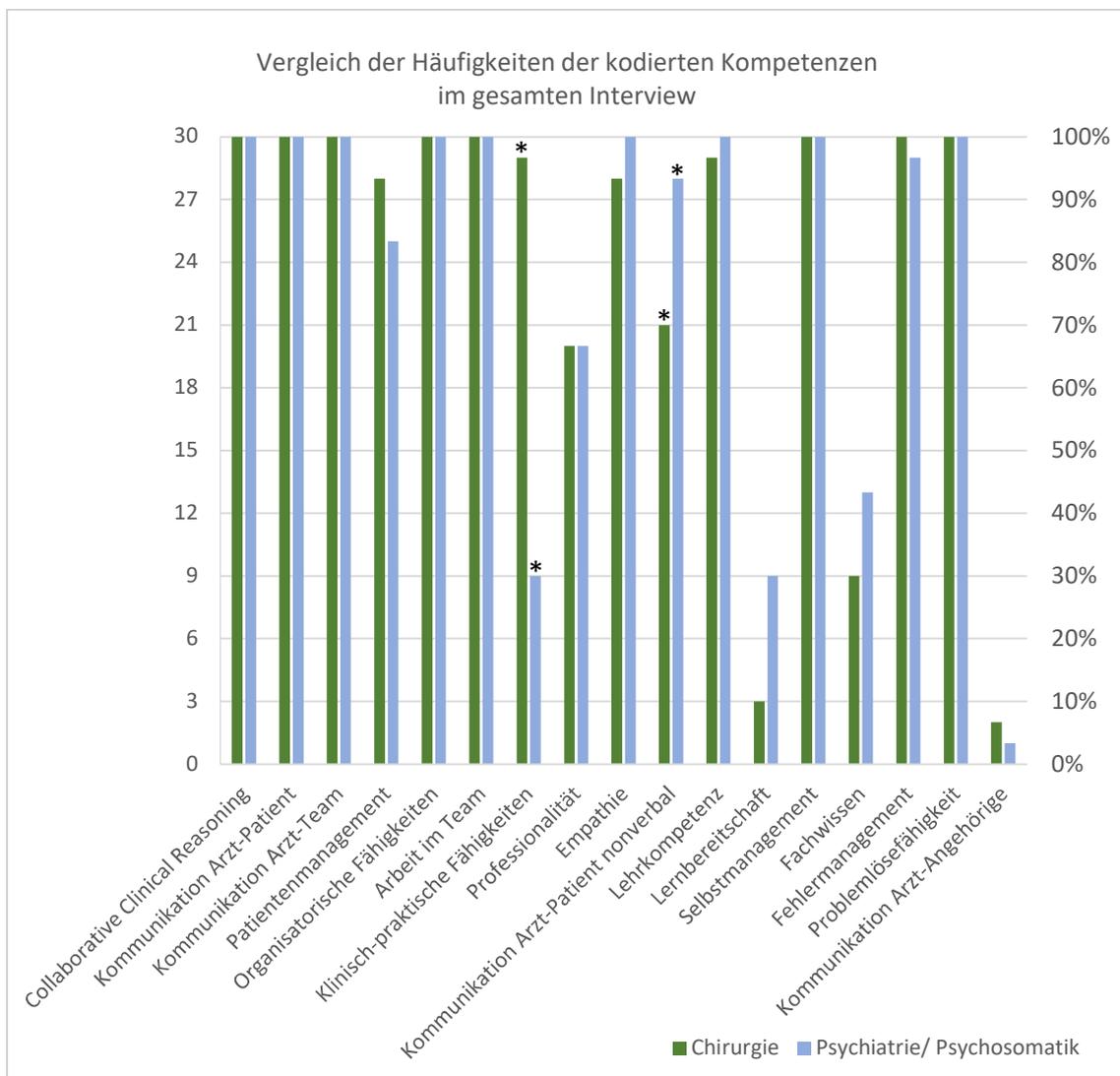
In Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes“ (n = 27) wurden von dem interviewten psychiatrischen/ psychosomatischen Stationspersonal 14 Kompetenzen genannt. Dabei wurde in 81% der Interviews die Kompetenz *Collaborative Clinical Reasoning* und in 63% *Kommunikation Arzt-Patient* beschrieben. In  $\geq 40\%$  wurden die Kompetenzen *Arbeit im Team*, *Lehrkompetenz* und *Empathie* geschildert. In  $\geq 20\%$  wurden die Kompetenzen *Fachwissen*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Patientenmanagement* und *Professionalität* kodiert, zu 19% *Organisation*. Die restlichen Kompetenzen wurden lediglich von einem oder 2 Interviewten genannt (siehe Abbildung 14). 3 Interviewte nannten Aufgaben eines Oberarztes, die nicht in die Kompetenzkategorien zugeordnet

werden konnten. Diese beinhalteten folgende Aspekte: *psychotherapeutisches Handeln, eine schnelle Auffassungsgabe und einen klaren Blick für den Gesamtaufenthalt des Patienten haben.*

### 3.4 Gegenüberstellung beider Fachbereiche in der Beschreibung von ärztlichen Kompetenzen

Um die beiden Fachbereiche hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Kompetenznennungen in den Interviews zu unterscheiden, wurde auf statistische Mittel zurückgegriffen. Die statistische Auswertung soll als Anhaltspunkt dienen, bedeutsame Frequenzunterschiede zu erkennen.

#### 3.4.1 Gesamtes Interviewmaterial



**Abbildung 15** Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im gesamten Interview in den Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik. Signifikant unterschiedlich häufig beschriebene Kompetenzen sind mit einem Asterisk gekennzeichnet.

Vergleicht man die beiden Fachbereiche nach den Kodierungshäufigkeiten der Kompetenzen im gesamten Interview, so zeigen sich ähnliche Häufigkeitswerte in den meisten Kompetenzen (siehe Abbildung 15). Ein Unterschied von  $\geq 20$  Prozentpunkten findet sich in den Kompetenzen *Lernbereitschaft*, *Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient* und *Klinisch-praktische Fähigkeiten*. Hierbei ergibt sich in den Kompetenzen *Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient* und *Klinisch-praktische Fähigkeiten* nach dem Chi-Quadrat-Test ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p < .05$ ) (siehe Tabelle 9).

**Tabelle 9** Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im gesamten Interview in den Fachbereichen Chirurgie (n = 30) und Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 30).

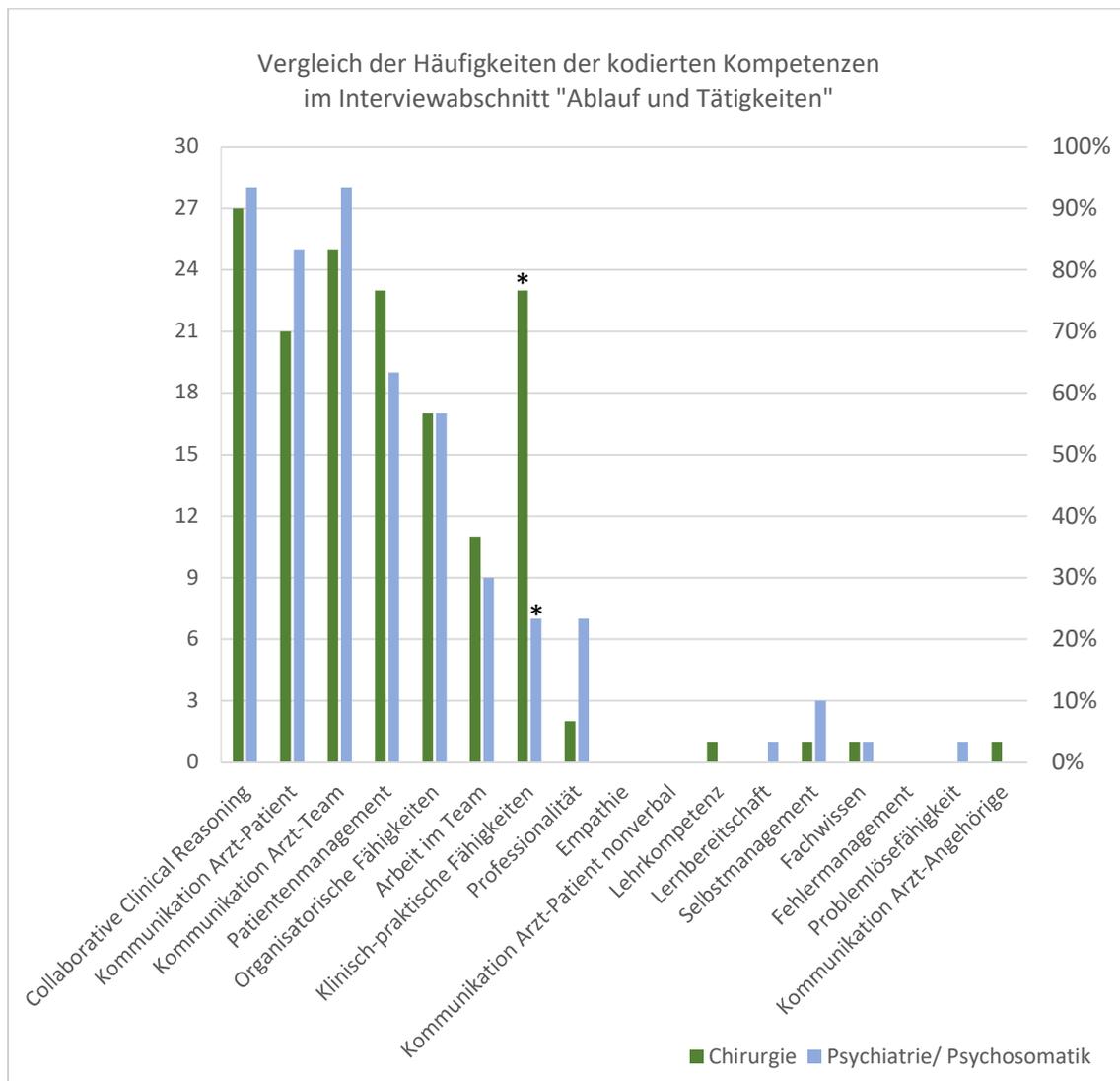
Kompetenzen	Nennung durch die Experten				$\chi^2$ Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Exakter Test nach Fisher	$\phi$ ( $\phi_{nom}$ )
	Chirurgie		PP					
	n	[%]	n	[%]				
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	30	100	30	100	„Konstante“			
<b>Kommunikation Arzt-Patient</b>	30	100	30	100	„Konstante“			
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	30	100	30	100	„Konstante“			
<b>Organisation</b>	30	100	30	100	„Konstante“			
<b>Arbeit im Team</b>	30	100	30	100	„Konstante“			
<b>Problemlösefähigkeit</b>	30	100	30	100	„Konstante“			
<b>Selbstmanagement</b>	30	100	30	100	„Konstante“			
<b>Fehlermanagement</b>	30	100	29	97	.000	1	1	.130
<b>Lehrkompetenz</b>	29	97	30	100	.000	1	1	.130
<b>Empathie</b>	28	93	30	100	.517	.472	.492	.186
<b>Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient</b>	<b>21</b>	<b>70</b>	<b>28</b>	<b>93</b>	<b>4.007</b>	<b>.045</b>	<b>.042</b>	<b>.302</b> (.636)
<b>Patientenmanagement</b>	28	93	25	83	.647	.421	.424	.156
<b>Klinisch-praktische Fähigkeiten</b>	<b>29</b>	<b>97</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>25.909</b>	<b>&lt; .001</b>	<b>&lt; .001</b>	<b>.692</b> (.909)
<b>Professionalität</b>	20	67	20	67	.000	1	1	.000
<b>Fachwissen</b>	9	30	13	43	.646	.422	.422	.138
<b>Lernbereitschaft</b>	3	10	9	30	2.604	.107	.104	.250
<b>Kommunikation Arzt-Angehörige</b>	2	7	1	3	.000	1	1	.076

Die Kompetenz *Nonverbale Kommunikation Arzt – Patient* wurde um 23 Prozentpunkte mehr in den Interviews aus dem psychiatrischen/ psychosomatischen Fachbereich kodiert als in den Interviews der chirurgischen

Profession. Hierbei nimmt der Signifikanzwert mit Kontinuitätskorrektur  $p = .045$  an und die Effektstärke mit  $\phi = .302$  und  $\phi_{\text{norm}} = .636$  einen mittleren bis starken Effekt.

Die Kompetenz *Klinisch-praktische Fähigkeiten* wurde in 97% der Interviews mit chirurgischem Stationspersonal kodiert, während es in den Interviews mit Personal aus dem psychiatrischen/ psychosomatischen Fachbereich lediglich 30% waren. Der Signifikanzwert mit Kontinuitätskorrektur beträgt  $p < .001$ . Die Effektstärke mit  $\phi = .692$  und  $\phi_{\text{norm}} = .909$  weist auf einen starken Effekt hin.

### 3.4.2 Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“



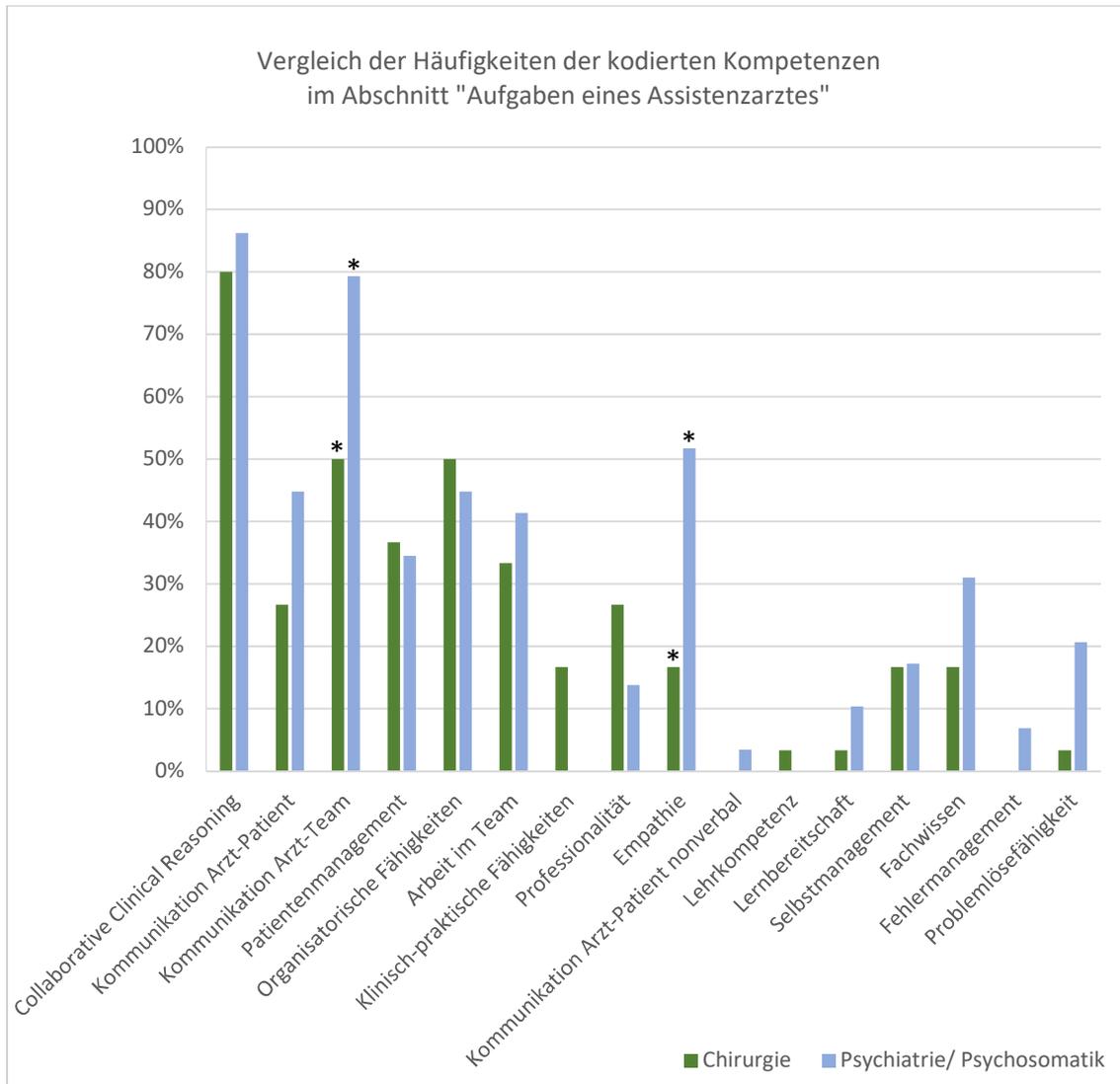
**Abbildung 16** Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ in den Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik. Signifikant unterschiedlich häufig beschriebene Kompetenzen sind mit Asterisk gekennzeichnet.

Auch im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ gleichen sich die Kodierungshäufigkeiten der beschriebenen Kompetenzen in den Fachbereichen (siehe Abbildung 16). Nach Chi-Quadrat Testung ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied in der Kompetenz *Klinisch-praktische Fähigkeiten* (siehe Tabelle 10). So wurde diese mit 77% Häufigkeit in der Chirurgie und mit 23% im psychiatrischen/ psychosomatischen Fachbereich beschrieben. Dabei betrug der Signifikanzwert mit Kontinuitätskorrektur  $p < .001$ . Der Phi-Wert mit  $\phi = .533$  ( $\phi_{norm} = .533$ ) weist auf einen starken Effekt hin.

**Tabelle 10** Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ in den Fachbereichen Chirurgie (n = 30), Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 30).

Kompetenzen	Nennung durch die Experten				X <sup>2</sup> Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Exakter Test nach Fisher	φ (φ <sub>norm</sub> )
	Chirurgie		PP					
	n	[%]	n	[%]				
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	27	90	28	93	.000	1	1	.060
<b>Kommunikation Arzt-Patient</b>	21	70	25	83	.839	.360	.360	.158
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	25	83	28	93	.647	.421	.424	.156
<b>Organisation</b>	17	57	17	57	.000	1	1	.000
<b>Arbeit im Team</b>	11	37	9	30	.075	.784	.785	.071
<b>Problemlösefähigkeit</b>	0	0	1	3	.000	1	1	.130
<b>Selbstmanagement</b>	1	3	3	10	.268	.605	.612	.134
<b>Fehlermanagement</b>	0	0	0	0	„Konstante“			
<b>Lehrkompetenz</b>	1	3	0	0	.000	1	1	.130
<b>Empathie</b>	0	0	0	0	„Konstante“			
<b>Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient</b>	0	0	0	0	„Konstante“			
<b>Patientenmanagement</b>	23	77	19	63	.714	.398	.399	.145
<b>Klinisch-praktische Fähigkeiten</b>	<b>23</b>	<b>77</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>15.000</b>	<b>&lt; .001</b>	<b>&lt; .001</b>	<b>.533 (.533)</b>
<b>Professionalität</b>	2	7	7	23	2.092	.148	.145	.233
<b>Fachwissen</b>	1	3	1	3	.000	1	1	.000
<b>Lernbereitschaft</b>	0	0	1	3	.000	1	1	.130
<b>Kommunikation Arzt-Angehörige</b>	1	3	0	0	.000	1	1	.130

### 3.4.3 Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“



**Abbildung 17** Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ in den Fachbereichen Chirurgie (n = 30) und Psychiatrie/ Psychosomatik (n = 29). Signifikant unterschiedlich häufig beschriebene Kompetenzen sind mit Asterisk gekennzeichnet.

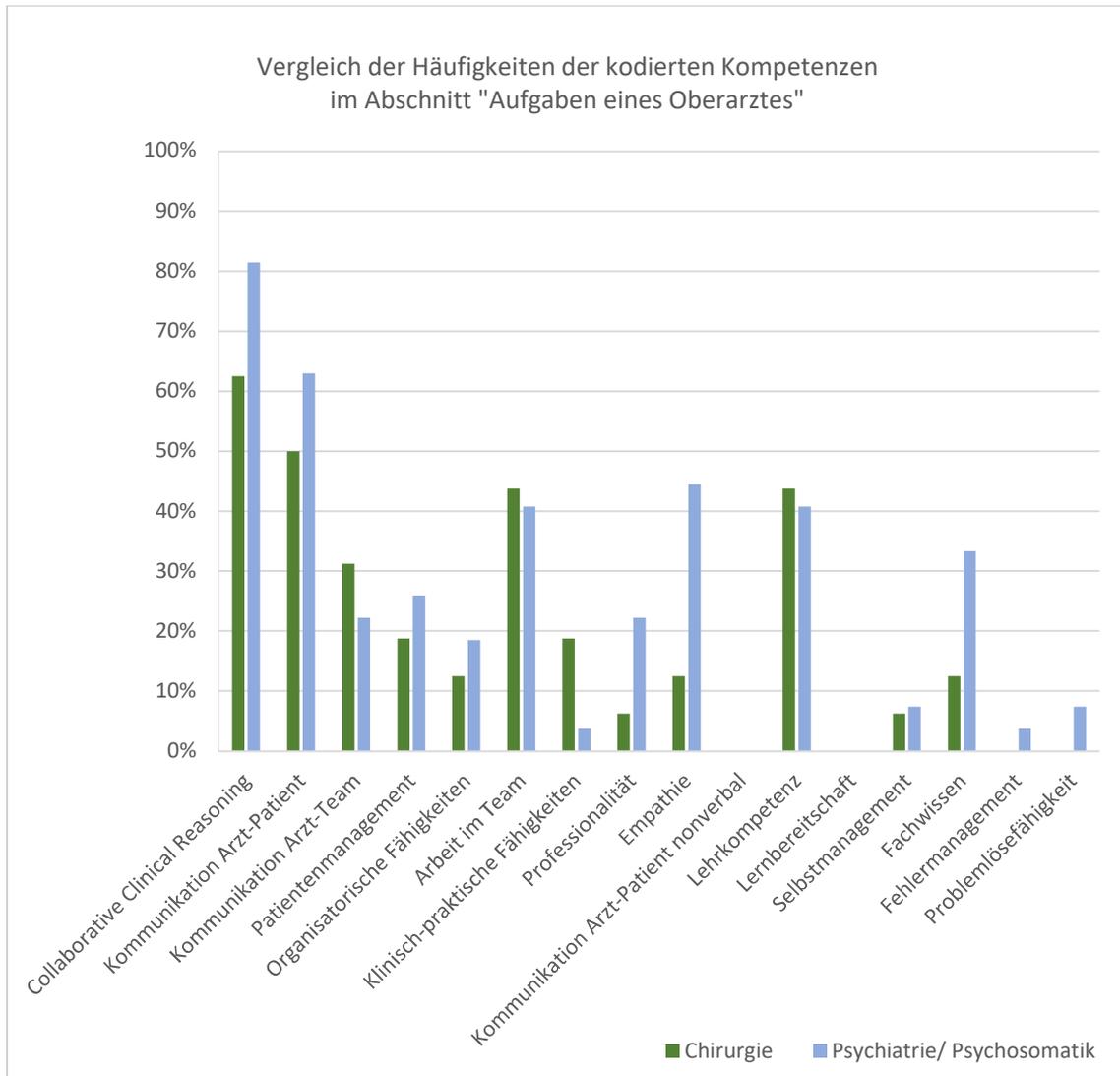
Der Vergleich der Fachbereiche im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ ist in Abbildung 17 dargestellt. Es zeigen sich mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests signifikante Unterschiede in den Kompetenzen *Kommunikation mit dem Team* und *Empathie* (siehe Tabelle 11). Während 79% des interviewten psychiatrischen und psychosomatischen Stationspersonals die Kompetenz *Kommunikation mit dem Team* beschrieben, waren es in Interviews mit chirurgischem Stationspersonal 50%. Der Signifikanzwert mit Kontinuitätskorrektur  $p = .038$  weist auf einen signifikanten Unterschied hin und die Effektstärke  $\phi = .306$  und  $\phi_{\text{norm}} = .419$  zeigt einen mittleren Effekt. *Empathie* wurde in 52% der psychiatrischen und psychosomatischen Interviews kodiert und

in 17% der chirurgischen Interviews. Auch hier ist das Ergebnis mit  $p = .010$  mit Kontinuitätskorrektur signifikant und zeigt mit  $\phi = .370$  und  $\phi_{\text{norm}} = .508$  einen mittleren Effekt.

**Tabelle 11** Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“; Chirurgie (n = 30) und Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 29).

Kompetenzen	Nennung durch die Experten				X <sup>2</sup> Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Exakter Test nach Fisher	φ (φ <sub>norm</sub> )
	Chirurgie		PP					
	n	[%]	n	[%]				
Collaborative Clinical Reasoning	24	80	25	86	.083	.773	.731	.083
Kommunikation Arzt-Patient	8	27	13	45	1.403	.236	.180	.190
Kommunikation Arzt-Team	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>23</b>	<b>79</b>	<b>4.321</b>	<b>.038</b>	<b>.029</b>	<b>.306</b> <b>(.419)</b>
Organisation	15	50	13	45	.019	.891	.796	.052
Arbeit im Team	10	33	12	41	.137	.712	.596	.083
Problemlösefähigkeit	1	3	6	21	2.750	.097	.052	.268
Selbstmanagement	5	17	5	17	.000	1	1	.008
Fehlermanagement	0	0	2	7	.553	.457	.237	.191
Lehrkompetenz	1	3	0	0	.000	1	1	.129
Empathie	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>52</b>	<b>6.599</b>	<b>.010</b>	<b>.006</b>	<b>.370</b> <b>(.508)</b>
Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient	0	0	1	3	.000	.986	.492	.134
Patientenmanagement	11	37	10	34	.000	1	1.00	.023
Klinisch-praktische Fähigkeiten	5	17	0	0	3.351	.067	.052	.299
Professionalität	8	27	4	14	.818	.366	.333	.160
Fachwissen	5	17	9	31	.982	.322	.233	.169
Lernbereitschaft	1	3	3	10	.306	.580	.353	.139

### 3.4.4 Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“



**Abbildung 18** Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“ in Prozent in den Fachbereichen Chirurgie (n = 16) und Psychiatrie/ Psychosomatik (n = 27).

Vergleicht man die Nennungen der Kompetenzen zwischen den beiden Fachbereichen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“, so finden sich in den Kompetenzen *Empathie* und *Fachwissen* Unterschiede von  $\geq 20$  Prozentpunkten, die sich jedoch nicht als signifikant darstellen. Dabei ist der Unterschied in der Kompetenz *Empathie* mit einem Signifikanzwert mit Kontinuitätskorrektur von  $p = .068$  knapp nicht signifikant (siehe Abbildung 18, siehe Tabelle 12).

Tabelle 12 Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines „Oberarztes in der Visite“; Chirurgie (n = 16) und Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 27).

Kompetenzen	Nennung durch die Experten				X <sup>2</sup> Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Kontinuitäts- korrektur	p 2-seitig Exakter Test nach Fisher	φ (φ <sub>norm</sub> )
	Chirurgie		PP					
	n	[%]	n	[%]				
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	10	63	22	81	1.035	.309	.278	.210
<b>Kommunikation Arzt-Patient</b>	8	50	17	63	.263	.608	.526	.127
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	5	31	6	22	.087	.769	.719	.100
<b>Organisation</b>	2	13	5	19	.008	.929	.695	.079
<b>Arbeit im Team</b>	7	44	11	41	.000	1.00	1.00	.029
<b>Problemlösefähigkeit</b>	0	0	2	7	.134	.714	.522	.170
<b>Selbstmanagement</b>	1	6	2	7	.000	1.00	1.00	.022
<b>Fehlermanagement</b>	0	0	1	4	.000	1.00	1.00	.119
<b>Lehrkompetenz</b>	7	44	11	41	.000	1.00	1.00	.029
<b>Empathie</b>	2	13	12	44	3.327	.068	.045	.330 (.616)
<b>Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient</b>	0	0	0	0	„Konstante“			
<b>Patientenmanagement</b>	3	19	7	26	.027	.869	.719	.082
<b>Klinisch-praktische Fähigkeiten</b>	3	19	1	4	1.207	.272	.137	.250
<b>Professionalität</b>	1	6	6	22	.891	.345	.229	.209
<b>Fachwissen</b>	2	13	9	33	1.327	.249	.166	.231
<b>Lernbereitschaft</b>	0	0	0	0	„Konstante“			

### 3.5 Gegenüberstellung der Kompetenzen eines Assistenzarztes und Oberarztes

Um mögliche Unterschiede in der Aufgabenverteilung des Assistenzarztes und des Oberarztes zu erfassen, wurden die Häufigkeiten der Kompetenzen verglichen, die die Interviewten in den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes und eines Oberarztes beschrieben. Um statistisch signifikante Unterschiede zu erkennen, wurde ein McNemar-Test mit Binomialverteilung durchgeführt.

Im chirurgischen Fachgebiet (n = 16) zeigte sich, dass die Kompetenz *Organisation* statistisch signifikant häufiger einem Assistenzarzt (63%) als einem Oberarzt (13%) attribuiert wurde,  $p = .008$  (siehe Tabelle 13). Umgekehrt beschrieben die Interviewten *Lehrkompetenz* statistisch signifikant häufiger als Aufgabe des Oberarztes (44%) als die eines Assistenzarztes (6%),  $p = .031$ .

Tabelle 13 Chirurgie: Vergleich der Häufigkeiten der Kompetenzen, die die Interviewten einem Assistenz- und Oberarzt attribuierten, mit Werten der zweiseitigen Signifikanz im Binomialtest, n = 16.

Kompetenzen	Nennung durch Experten aus der Chirurgie				Signifikanz Zweiseitig
	Assistenzarzt		Oberarzt		
	n	[%]	n	[%]	
Collaborative Clinical Reasoning	11	69	10	63	1
Kommunikation Arzt-Patient	2	13	8	50	.109
Kommunikation Arzt-Team	8	50	5	31	.375
Organisation	<b>10</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>.008</b>
Arbeit im Team	7	44	7	44	1
Problemlösefähigkeit	1	6	0	0	1
Selbstmanagement	2	13	1	6	1
Fehlermanagement	0	0	0	0	-
Lehrkompetenz	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>44</b>	<b>.031</b>
Empathie	2	13	2	13	1
Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient	0	0	0	0	-
Patientenmanagement	7	44	3	19	.219
Klinisch-praktische Fähigkeiten	2	13	3	19	1
Professionalität	5	31	1	6	.125
Fachwissen	2	13	2	13	1
Lernbereitschaft	1	6	0	0	1

In der Psychiatrie und Psychosomatik (n = 26) wurde ebenso *Lehrkompetenz* signifikant häufiger als Aufgabe eines Oberarztes (38%) als die eines Assistenzarztes (0%) genannt, p = .002 (siehe Tabelle 14). Die Kompetenz *Organisation* wurde, ähnlich wie in der Chirurgie, häufiger einem Assistenzarzt zugeordnet. Dies nahm aber keine statistische Signifikanz an, p = .065. Die Kompetenz *Kommunikation Arzt-Team* wurde in 85% der Interviews als Aufgabe des Assistenzarztes beschrieben, während sie lediglich in 23% der Interviews als Aufgabe eines Oberarztes genannt wurde. Der Binomialtest ergab ein p < .001 und wies damit einen statistisch signifikanten Unterschied auf.

**Tabelle 14 Psychiatrie/ Psychosomatik: Vergleich der Häufigkeiten der Kompetenzen, die die Interviewten einem Assistenz- und Oberarzt attribuierten, mit Werten der zweiseitigen Signifikanz im Binomialtest, n = 26.**

Kompetenzen	Nennung durch Experten aus PP				Signifikanz Zweiseitig
	Assistenzarzt		Oberarzt		
	n	[%]	n	[%]	
<b>Collaborative Clinical Reasoning</b>	23	88	22	85	1
Kommunikation Arzt-Patient	12	46	17	65	.267
<b>Kommunikation Arzt-Team</b>	<b>22</b>	<b>85</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>&lt; .001</b>
<b>Organisation</b>	<b>12</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>19</b>	<b>.065</b>
Arbeit im Team	10	38	11	42	1
Problemlösefähigkeit	6	23	2	8	.289
Selbstmanagement	3	12	2	8	1
Fehlermanagement	2	8	1	4	1
<b>Lehrkompetenz</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>38</b>	<b>.002</b>
Empathie	14	54	12	46	.754
Nonverbale Kommunikation Arzt-Patient	0	0	0	0	-
Patientenmanagement	8	31	7	27	1
Klinisch-praktische Fähigkeiten	0	0	1	4	1
Professionalität	3	12	6	23	.453
Fachwissen	8	31	9	35	1
Lernbereitschaft	3	12	0	0	.250

## 4 Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Aufbauend auf der Studie von Wölfel et al. zur internistischen Visite (Wölfel et al., 2016), wurde in dieser Untersuchung erstmals ein Set von ärztlichen Kompetenzen erstellt, die für die Visiten in den Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik bedeutsam sind. Hierfür wurden insgesamt 60 Interviews mit Stationspersonal aus den Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik geführt und diese anhand ihres Auftretens von Kompetenzen im Interview kodiert. Die dadurch erfassten Kompetenzen wurden anschließend anhand einer Frequenzanalyse und statistischer Verfahren miteinander verglichen, um domänenspezifische Unterschiede zu identifizieren.

Es zeigte sich, dass die Fachbereiche – trotz ihrer strukturellen Unterschiede – bezüglich der Kompetenzen, die zur Durchführung einer Visite notwendig sind, sehr ähnlich sind. Folgende Kompetenzen wurden in den chirurgischen wie auch psychiatrischen/ psychosomatischen Interviews ermittelt: *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Organisation*, *Arbeit im Team*, *Problemlösefähigkeit*, *Selbstmanagement*, *Fehlermanagement*, *Lehrkompetenz*, *Empathie*, *nonverbale Kommunikation*, *Patientenmanagement* und *Professionalität*. Von zentraler Rolle scheinen dabei die Kompetenzen *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Organisation*, *Arbeit im Team* und *Patientenmanagement* für die Interviewten zu sein, da sie diese in offenen Interviewabschnitten häufig beschrieben (siehe Kapitel 4.2.2).

Die Kompetenz *Klinisch-praktische Fähigkeiten* wurde häufiger in der Beschreibung einer chirurgischen Visite genannt als in Psychiatrischen/ Psychosomatischen und scheint nach den vorliegenden Ergebnissen zumindest eine Spezifität für somatisch-orientierte Fachbereiche zu haben (siehe Kapitel 4.2.3).

Das psychiatrische/ psychosomatische Stationspersonal schilderte in den Interviews häufiger *Nonverbale Kommunikation* und beschrieb *Empathie* häufiger als Kompetenz eines psychiatrischen/ psychosomatischen Assistenzarztes. Diese Kompetenzen könnten somit eine stärkere Rolle in der psychiatrischen/ psychosomatischen Visite einnehmen. Die Verteilung könnte

aber auch auf ein geringeres Bewusstsein für *Empathie* und *nonverbale Kommunikation* in der Chirurgie hinweisen (siehe Kapitel 4.2.3).

Ein Vergleich mit dem Fachbereich Innere Medizin zeigt, dass die Kompetenzdomänen sich innerhalb der Fachbereiche entsprechen und das EPA zur Durchführung einer internistischen Visite (Wölfel et al., 2016) als Basis für andere Fachbereiche gelten kann. Es ist jedoch zu beachten, dass „teambezogene“ Kompetenzen eine stärkere Rolle in der Visitendurchführung einnehmen, wenn in den Visiten eine große Teilnehmerzahl und Interprofessionalität besteht. Dies war in den untersuchten Fachbereichen in dieser Studie der Fall (siehe Kapitel 4.2.4).

Auch ist zu beachten, dass es zu einer Aufteilung der Kompetenzen innerhalb der ärztlichen Profession kommen kann, wenn ein Assistenz- und ein Oberarzt gemeinsam an einer Visite teilnehmen. Dies zeigt sich in den Kompetenzen *Organisation*, *Lehrkompetenz* und *Kommunikation mit dem Team* (siehe Kapitel 4.2.5).

## **4.2 Diskussion der Ergebnisse**

### **4.2.1 Vergleich der Visitenstruktur**

Die untersuchten Fachbereiche unterscheiden sich stark bezüglich ihrer Visitenform. Während in der Chirurgie zu etwa gleichen Teilen eine Oberarzt- und Assistenzarztvisite durchgeführt wird, dominiert in der Psychiatrie und Psychosomatik eine Oberarztvisite mit hoher Interprofessionalität, längerer Visitendauer und niedrigerer Frequenz. Der Unterschied mag auch in der bewussten Auswahl der gegensätzlichen Fachrichtungen begründet sein. Vergleicht man die in der Literatur beschriebenen Visiten können Übereinstimmungen mit den geschilderten Visiten in dieser Studie festgestellt werden. Beiden Fachbereichen war – trotz der strukturellen Unterschiede – eine ähnliche Einschätzung der Bedeutung der Visite gemeinsam. Auch äußerten die Interviewteilnehmer in der Mehrzahl ähnliche auf die Struktur bezogene Veränderungswünsche in Bezug auf die Visitendurchführung. Die ermittelten Kompetenzen können daher einander gegenübergestellt werden, ohne von einer unterschiedlichen Bedeutungseinschätzung der Visite beeinflusst zu werden. Die strukturellen Unterschiede, insbesondere die unterschiedlichen Teamgrößen,

werden bei der weiteren Interpretation der Ergebnisse beachtet. Eine genaue Analyse der Visitenstruktur findet sich in den folgenden Abschnitten.

### Beteiligte der Visite

Während in der Chirurgie circa 60% der Interviewten eine Oberarztvisite beschrieben, waren es in der Psychiatrie und Psychosomatik 93%. Auch in der Literatur wird genannt, dass in der Psychiatrie häufig der erfahrenste Arzt die Visite leitet (Hodgson et al., 2005; McBride, 1988). In der Chirurgie lässt sich in der Literatur ein Prozentwert von 45% an oberarztgeführten („consultant led“) Visiten finden (Rowlands et al., 2014).

Die Visiten in beiden Fachbereichen finden zum größten Teil in Begleitung einer oder mehrerer Pflegekräfte statt (C: 90%, PP: 90%). Dies erscheint sinnvoll, da die Beteiligung und kommunikative Einbindung der Pflegekraft auf der Visite maßgeblichen Einfluss auf die Patientenbehandlung und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf die Patientensicherheit hat (Kreckler et al., 2009; Pucher, Aggarwal, & Darzi, 2014; Zwarenstein & Bryant, 2000).

In der Literatur wurden verschiedene Gründe für eine fehlende Teilnahme der Pflegekräfte beschrieben, wie z.B. ärztliche Dominanz und einen geringen Anteil der Pflegekräfte am Collaborative Clinical Reasoning (Manias & Street, 2001; Parissopoulos, Timmins, & Daly, 2013; Sanson-Fisher, Poole, & Harker, 1979).

In einer Untersuchung in den United Kingdom nahm nur in 44% der Fälle eine Pflegekraft an chirurgischen Visiten teil (Rowlands et al., 2014) und auch in der zuvor durchgeführten Studie bezüglich eines EPAs der internistischen Visite wurde eine geringere Teilnahme der Pflegekraft beschrieben (Wölfel et al., 2016). Dies weicht von den Daten dieser Studie ab. Wir bewerten die beschriebene Teilnahme der Pflegekraft in den Interviews als einen positiven Umstand, der es ermöglicht, Visitenkompetenzen in einer vermutlich diesbezüglich förderlichen Visitenkultur zu identifizieren.

Die psychiatrische und psychosomatische Visite zeichnet sich durch ihre hohe Interprofessionalität aus. Während in der Chirurgie neben dem „Basisteam“ Arzt und Pflegekraft lediglich Studierende/ Pflegeschüler, Praktikanten und Physiotherapeuten als mögliche Teilnehmer beschrieben wurden, schilderten die Interviewten aus dem psychiatrischen und psychosomatischen Bereich weitere Professionen wie zum Beispiel Sozialpädagogen, Ergotherapeuten oder Musiktherapeuten. Dies führt zu einer erhöhten Anzahl an Teilnehmenden, was

sich auch in der Literatur widerspiegelt (Fiddler et al., 2010; Hodgson et al., 2005; Labib & Brownell, 2009; McBride, 1988). Eine hohe Anzahl an Visitenteilnehmern ist nicht unproblematisch, da sie einschüchternd auf den Patienten wirken kann (Wagstaff & Solts, 2003; R. White & Karim, 2005). Ebenso kann sie in der psychiatrischen und psychosomatischen Visite auch Einfluss auf die Beschreibung der Kompetenz *Kommunikation mit dem Team* in den Interviews haben (siehe Kapitel 4.2.3).

### Visitendauer

Die beschriebene Visitendauer in der Chirurgie war mit durchschnittlich 43 Minuten um einiges kürzer als in der Psychiatrie und Psychosomatik mit durchschnittlich 210 Minuten. Die Zeit pro Patienten schätzte das chirurgische Stationspersonal auf gemittelt 4 Minuten. Circa 4 Minuten entspricht auch der gemessenen Visitendauer pro Patienten in anderen Studien (Ramaniuk, Dickson, Mahoney, & O'Mara, 2017; Tranter-Entwistle et al., 2020). Trotzdem kann die geschätzte Minutenanzahl in der Realität geringer ausfallen. In einer Studie von Becker et al. schätzten Ärzte ihre tägliche Redezeit mit dem Patienten doppelt so lang ein als sie tatsächlich gemessen wurde (Becker et al., 2010). Die beschriebene Zeit pro Patienten betrug in der psychiatrischen und psychosomatischen Visite durchschnittlich 12 Minuten. Eine ähnliche Dauer, 13 Minuten, gaben auch psychiatrische Patienten in einem Fragebogen von Labib et al. an (Labib & Brownell, 2009).

Die meisten psychiatrischen Visiten fanden mit einer Frequenz von einmal pro Woche und damit weniger häufig als die chirurgischen statt. Die Unterschiede in der Visitenfrequenz könnten mit der Verweildauer des Patientenkollektivs zu erklären sein. So betrug im Jahr 2017 die durchschnittliche Verweildauer in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie 23.8 Tage und in der Psychotherapeutischen Medizin/ Psychosomatik 42.9 Tage, während es in der chirurgischen Abteilung 6 Tage waren (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019). Durch einen langsameren Krankheits- und Genesungsverlauf psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen (vergleichbar zum Beispiel durch die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Krankheitsausfälle (Knieps & Pfaff, 2016, S. 47)) und durch die dementsprechend längere Verweildauer mag es zu einer niedrigeren Frequenz in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kommen.

### Bedeutung der Visite und Wunsch nach Veränderung

Die Bedeutung der Visite wurde in beiden Fachrichtungen von mehr als 70% der Interviewten als hoch eingeschätzt (C: 76%, PP: 83%).

Die Hälfte des chirurgischen Personals und circa 70% des psychiatrischen und psychosomatischen Personals gaben Veränderungswünsche an. Es ist interessant zu beachten, dass diese bei beiden Fachbereichen vor allem die zeitliche Struktur betrafen. So wünschte sich das chirurgische Stationspersonal, das im Durchschnitt 43 Minuten auf Visite geht, mehr Zeit insgesamt und feste Visitenzeiten und das psychiatrische und psychosomatische Stationspersonal, das im Mittel 210 Minuten eine Visite führt, eine verbesserte Einteilung und Strukturierung der verfügbaren Zeit. Auffällig war, dass die restlichen geäußerten Wünsche keiner gemeinsamen Kategorie zugeordnet werden konnten und individuellen Charakter hatten.

#### **4.2.2 Kompetenzen zur Visitendurchführung in der Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik**

##### Überblick

Über 90% der Interviewten aus der Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik beschrieben folgende Kompetenzen im gesamten Interview:

*Collaborative Clinical Reasoning, Kommunikation Arzt-Patient, Kommunikation Arzt-Team, Organisation, Arbeit im Team, Problemlösefähigkeit, Selbstmanagement, Fehlermanagement, Lehrkompetenz und Empathie.*

Diese wurden – wie auch die Kompetenz *nonverbale Kommunikation Arzt-Patient*, die im Abschnitt „Analyse zur Domänenspezifität“ besprochen wird – im Interview abgefragt. Sie stammen aus einem Literaturüberblick aus der Inneren Medizin und wurden auch in den Interviews der vorangegangenen Studie aus der Inneren Medizin genannt (Wölfel et al., 2016).

Ihre zuverlässige Beschreibung in dieser Studie weist darauf hin, dass die Kompetenzen nicht nur in der Visite in der Inneren Medizin, sondern auch in den Visiten in der Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik zur Anwendung kommen, obwohl sich die Fachbereiche strukturell sehr unterscheiden.

Neben den oben genannten Kompetenzen wurden bei der Kodierung der Interviews auch weitere Kompetenzen erfasst. Diese nannten die Interviewten von sich aus ohne danach befragt worden zu sein.

Darunter waren die Kompetenzen *Patientenmanagement* und *Klinisch-praktische Fähigkeiten*, die weiter unten diskutiert wird.

Die Kompetenz *Professionalität* wurde in 67% der Interviews beider Fachbereiche kodiert, obwohl sie nicht aktiv abgefragt wurde. Diese Kompetenz scheint insgesamt in beiden Fachbereichen zwar keine herausragende, jedoch trotzdem wichtige Rolle zu spielen. Dies mag gerade für einen chirurgischen Assistenzarzt zutreffen (siehe Kapitel 3.2.3).

*Fachwissen* beschrieben 30% der Interviewten in der Chirurgie und 43% in der Psychiatrie und Psychosomatik. Indirekt ist *Fachwissen* jedoch auch in den Kategorien *Collaborative Clinical Reasoning* und *Klinisch-praktische Fähigkeiten* zu finden, zum Beispiel in der Entscheidungsfindung, in der Integration von gesammelten Informationen oder in der Planung klinischer Untersuchungen. Das implizite Auftreten in anderen Kompetenzen könnte die geringe Nennung von *Fachwissen* erklären. *Fachwissen* scheint sich durch die gesamte Visitenführung in beiden Fachbereichen zu ziehen und ihre Grundlage zu bilden. Die Nennung von *Fachwissen* in circa ein Drittel der Interviews wird damit als Hinweis auf eine ärztliche Grundfähigkeit interpretiert und weniger als spezielle Visitenkompetenz. *Lernbereitschaft* wurde in chirurgischen Interviews nur sehr gering kodiert und auch in der Psychiatrie und Psychosomatik wird diese Kompetenz in lediglich 30% der Interviews genannt. Dies könnte – genauso wie die geringe Nennung von *Lehrkompetenz* in den offenen Interviewabschnitten (siehe Kapitel 4.2.6) – ein geringes Bewusstsein für die Visite als Lehr- und Lernmöglichkeit widerspiegeln. *Kommunikation mit den Angehörigen* scheint in beiden Fachbereichen in der Visite fast keine Rolle zu spielen. Dies resultiert aus der geringen bis fehlenden Teilnahme der Angehörigen an der Visite. In der Inneren Medizin wurde ein positiver Effekt für alle Visitenteilnehmer beschrieben, wenn Angehörige an der Visite teilnahmen (Rotman-Pikielny et al., 2007). Dagegen standen in einer Befragung ein Drittel der psychiatrischen Patienten einer Teilnahme ihrer Angehörigen ablehnend gegenüber (R. White & Karim, 2005). Es muss also je nach Fachbereich eruiert werden, ob eine Teilnahme von Angehörigen in der Visite Sinn ergibt. Aktuell scheint *Kommunikation mit den Angehörigen* keine notwendige Kompetenz zur Durchführung einer Visite in den untersuchten Fachbereichen zu sein.

Mit den oben genannten Kompetenzen konnte das Interviewmaterial gut abgebildet werden. Es konnte gezeigt werden, dass die zuvor ermittelten

Kompetenzen zur Visitendurchführung in der Inneren Medizin (Wölfel et al., 2016) auch auf die neuen Fachbereiche übertragbar waren. Es zeigten sich im Vergleich zur Visite in der Inneren Medizin keine neuen Kompetenzdomänen. Eine weitergehende Diskussion zum Vergleich der Fachbereiche findet sich in den Abschnitten „Analyse zur Domänenspezifität“ und „Vergleich mit dem Fachbereich Innere Medizin“.

### Basiskompetenzen der Visitenführung

Im ersten Abschnitt des Interviews referierten die Interviewten über den ärztlichen Handlungsablauf, die Themen und die Tätigkeiten in der Visite. Es ist interessant, die Antworten in diesem Abschnitt hinsichtlich ihrer Beschreibung von Kompetenzen näher zu analysieren, da weder eine Unterscheidung zwischen Oberarzt oder Assistenzarzt gemacht wurde, noch die Interviewten durch gezielte Fragen beeinflusst worden waren. Hier beschrieb das Stationspersonal beider Fachbereiche vor allem folgende sechs Kompetenzen: *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation Arzt-Patient*, *Kommunikation Arzt-Team*, *Organisation*, *Arbeit im Team* und *Patientenmanagement*. Zusätzlich wurde die Kompetenz *Klinisch-praktische Fähigkeiten* in der Mehrheit der chirurgischen Interviews (77%) genannt (siehe „Analyse zur Domänenspezifität“).

Die dargestellten sechs Kompetenzen lassen sich zudem auch mit hoher Häufigkeit in den Beschreibungen der Aufgaben eines Oberarztes und Assistenzarztes finden.

Ihre zentrale Rolle bildet sich auch in chirurgischen Studien ab. In einer Interviewstudie von Pucher et al. nannten die Teilnehmer folgende Fähigkeiten, die sie zur Durchführung einer guten, chirurgischen Visite als notwendig erachteten: „communication skills“, „patient assessment/ history taking“, „diagnostic ability/ knowledge“, „teamwork/ multidisciplinary cooperation“ und „leadership and management skills“ (Pucher, Aggarwal, Singh, Tahir, & Darzi, 2015). In dieser Aufzählung lassen sich die sechs oben genannten Kompetenzen wiederfinden. In einer anderen Studie zur Implementierung eines Visitenkurses von Pucher et al., wurden aus einer Befragung von 18 Chirurgen und mit Hilfe der Literatur drei visitenbezogene Leitthemen identifiziert: „patient assessment and management“, „communication skills“ und „teamwork“ (Pucher, Darzi, et al., 2014). Ein entwickelter „Surgical Ward care Assessment Tool (SWAT)“ zur Messung der chirurgischen Visitenperformance gibt einen Ablauf von nötigen

Tätigkeiten in der Visite an (Ahmed et al., 2015). Dabei werden Tätigkeiten beschrieben, die vor allem die *Organisation* der Visite, *Klinisch-praktische Fähigkeiten* und die Informationsbeschaffung (*Collaborative clinical reasoning*) betreffen (Ahmed et al., 2015). Aber auch nicht-technische Fähigkeiten wie zum Beispiel „Decision making“, „Teamwork“ und „Communication“ sind in dem Assessment-Bogen vermerkt (Ahmed et al., 2015). Klaas et al. klassifizierten anhand eines Literaturreviews bezüglich „non technical skills“ in der Chirurgie und mit Hilfe von Interviews, nicht-technische Fähigkeiten zur Durchführung einer gelungenen, chirurgischen Visite (Klaas, Kara, Nikki, Rhona, & Simon, 2020). Dabei bildeten sich 4 Basis-Kategorien ab: „leadership“, „situation awareness“, „decision making“ und „communication and teamwork“ (Klaas et al., 2020). In den genannten Studien findet sich, trotz teilweise abweichender Begrifflichkeiten, beständig die ermittelten Basiskompetenzen wieder. Dies unterstützt die Relevanz der Kompetenzen für die chirurgische Visite und bestärkt die Ergebnisse.

In der Psychiatrie und Psychosomatik ließen sich keine Studien finden, die die notwendigen Kompetenzen oder Tätigkeiten eines Arztes zur Durchführung der Visite untersuchen. Umso interessanter ist, dass die beschriebenen sechs Kompetenzen in dieser Studie sowohl in der Chirurgie als auch in der Psychiatrie/ Psychosomatik hohe Bedeutung zu haben scheinen.

#### **4.2.3 Analyse zur Domänenspezifität**

Die folgenden Kompetenzen wurden signifikant unterschiedlich oft von den Interviewten aus der Chirurgie bzw. Psychiatrie/ Psychosomatik beschrieben: *Klinisch-praktische Fähigkeiten* häufiger in der Chirurgie, *Kommunikation mit dem Team*, *nonverbale Kommunikation* und *Empathie* häufiger in der Psychiatrie und Psychosomatik. Im Folgenden sollen nun die einzelnen Kompetenzen aus dem Blickwinkel des Interviewabschnittes, in dem der signifikante Unterschied sich abbildete, näher analysiert werden. Mit Hilfe der aktuellen Studienlage werden mögliche Erklärungen für den Unterschied diskutiert. Abschließend soll der Schluss gezogen werden, ob die besprochene Kompetenz Domänenspezifität zeigt.

##### *Klinisch-praktische Fähigkeiten*

*Klinisch-praktische Fähigkeiten* wurden sowohl im gesamten Interviewmaterial (Chirurgie: 97%, PP: 30%) als auch bei der Auswertung der Interviewstelle über

den Ablauf der Visite (Chirurgie: 77%, PP: 23%) signifikant häufiger vom chirurgischen als vom psychiatrischen und psychosomatischen Stationspersonal beschrieben. Die Interviewten beschrieben von sich aus die Kompetenz, ohne durch eine Frage darauf geleitet worden zu sein. Umso aussagekräftiger ist der Prozentwert von 97% im gesamten chirurgischen Interview. Dies ist jedoch nicht verwunderlich, wenn man beachtet, dass praktische Tätigkeiten und die Patientenuntersuchung eine maßgebliche Säule der chirurgischen Profession sind.

In chirurgischen Visitenchecklisten und Bewertungsinstrumenten haben sie dementsprechend hohe Bedeutung und werden durch einzelne Punkte wie zum Beispiel die Kontrolle der Wundheilung abgebildet (Ahmed et al., 2015; Pitcher et al., 2015). Bei Pucher et al. stellt das Durchführen der körperlichen Untersuchung und der Patientenanamnese einen bedeutenden Faktor für die Qualität einer chirurgischen Visite dar (Pucher et al., 2015). In der Psychiatrie hat dies aufgrund des verschiedenen Krankheitsspektrums weniger Gewicht und scheint auch in der Literatur zur Visite nicht diskutiert zu werden. In einer Studie von Almutar et al. bewerteten Studierende die Untersuchung am Krankenbett als die aktuell am besten gelehrte Fähigkeit in der internistischen wie auch in der chirurgischen Visite (Almutar, Altourah, Sadeq, Karim, & Marwan, 2013). Somit eignet sich die chirurgische Visite zum studentischen Üben von klinisch-praktischen Fähigkeiten.

All dies zeigt, dass *Klinisch-praktische Fähigkeiten* eine bedeutende Rolle in der chirurgischen Visite einnehmen. Demgegenüber sind *klinisch-praktische Fähigkeiten* wie die Patientenuntersuchung von minderer Bedeutung in der psychiatrischen Visite. Dies weist auf eine Spezifität hin. Da sie auch in den Visiten der Inneren Medizin zu finden ist, ist sie höchstwahrscheinlich eine Gemeinsamkeit somatischer Domänen (siehe Kapitel 4.2.4).

#### Kommunikation mit dem Team

Im Abschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes“ wurde die Kompetenz *Kommunikation mit dem Team* signifikant häufiger in der psychiatrischen und psychosomatischen Profession beschrieben (Chirurgie: 50%, PP: 79%). In den restlichen Interviewabschnitten war die Kompetenz recht gleichmäßig verteilt. Auffällig ist, dass es auch einen signifikanten Unterschied in dieser Kompetenz zwischen Assistenzarzt und Oberarzt in der Psychiatrie und Psychosomatik gab

(siehe Kapitel 4.2.5). So wurde dem Assistenzarzt signifikant häufiger *Kommunikation mit dem Team* als einem Oberarzt attribuiert. Der psychiatrische Assistenzarzt nimmt aufgrund seines nahen Kontaktes zum Patienten und der daraus resultierenden Informationsweitergabe, z.B. an den Oberarzt, einen wichtigen Platz in der Teamkommunikation ein, gerade auch, weil die psychiatrische Visite in einer niedrigen Frequenz stattfindet (meist einmal die Woche). Ebenso besteht in der psychiatrischen/ psychosomatischen Visite eine hohe Anzahl an interprofessionellen Teilnehmern, was die häufigere Beschreibung von *Kommunikation mit dem Team* erklären könnte. Gleichzeitig spielt auch in der Chirurgie die *Kommunikation mit dem Team* eine bedeutende Rolle, was sich sowohl durch die Nennung der Kompetenz in den anderen Interviewabschnitten, als auch in der Literatur zeigt (Greenberg et al., 2007; Nagpal et al., 2010). Dies bestärkt den Verdacht, dass der signifikante Unterschied in dieser Kompetenz weniger mit den Fachbereichen als vielmehr mit der Rolle des psychiatrischen/ psychosomatischen Assistenzarztes zu tun haben könnte. Es wird keine Domänenspezifität angenommen.

#### Nonverbale Kommunikation

Das Stationspersonal beider Fachbereiche wurde im Interview zur Kompetenz *nonverbale Kommunikation* befragt. Insgesamt zeigte sich dabei eine signifikant häufigere Nennung von *nonverbaler Kommunikation* in den Interviews mit psychiatrischem/ psychosomatischem Stationspersonal (Chirurgie: 70%, PP: 93%). In den analysierten offenen Interviewabschnitten „Ablauf der Visite“ und „Aufgaben eines Oberarztes/ Assistenzarztes“ fand die Kompetenz in beiden Bereichen geringe bis keine Beachtung.

Nonverbales Verhalten ist in der psychiatrischen Literatur stärker im Fokus als in der chirurgischen. So gibt es im Fachbereich Psychiatrie mehrere Studien, die nonverbale Kommunikation und Verhalten im Arzt-Patienten-Gespräch untersuchen (Dimic et al., 2010; Lavelle, Dimic, Wildgrube, McCabe, & Priebe, 2015). Auch beispielsweise anhand klinischer Vignetten wird nonverbale Kommunikation und die Interaktion zwischen Patient und Arzt analysiert (Foley & Gentile, 2010). Es wird beschrieben, wie nonverbales Verhalten des Patienten Hinweise über die Art und den Verlauf der Erkrankung geben und wie durch Selbstreflexion das eigene nonverbale Verhalten des Arztes gezielt zur Stärkung des Arzt-Patienten Bündnis eingesetzt werden kann (Foley & Gentile, 2010).

Aber auch außerhalb der Psychiatrie ist der Einsatz von nonverbaler Kommunikation wirkmächtig. So kann das nonverbale Verhalten des Arztes einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben (Griffith, Wilson, Langer, & Haist, 2003; Schmid Mast, 2007). Allgemeinärzte, die mit ihren Patienten häufiger Blickkontakt halten, sind erfolgreicher in der Entdeckung psychosozialer Probleme als solche, die es nicht tun (Bensing, Kerssens, & van der Pasch, 1995). Hinzuzufügen ist jedoch, dass es dem Begriff „nonverbal“ in Studien an methodologischer Konsistenz mangelt. Dies mag zum einen mit der schwer abgrenzbaren und in Studien unterschiedlich verwendeten Definition von „nonverbal“ zu tun haben und zum anderen mit den Problemen ihrer Messung (Griffith et al., 2003; Hall, Harrigan, & Rosenthal, 1996). In dieser Studie bestand die Kategorie „nonverbal“ aus z.B. der angewendeten Körpersprache, dem Raumverhalten oder taktiler Kommunikation.

Womöglich sind Psychiater/ Psychosomatiker aufgrund ihrer Profession achtsamer bezüglich nonverbalen Verhaltens und es fiel ihnen somit leichter die Interviewfrage zu beantworten. Die geringere Nennung durch chirurgische Interviewte könnte aber auch auf eine Vernachlässigung *nonverbaler Kommunikation* in der Chirurgie hinweisen. Zur Klärung scheint weitere Forschung notwendig zu sein.

Dementsprechend wird *nonverbale Kommunikation* nicht domänenspezifisch eingeordnet.

### Empathie

Betrachtet man die Aufgaben und Fähigkeiten eines Assistenzarztes in der Visite, kann ein signifikanter Zusammenhang der Kompetenz *Empathie* mit den Fachbereichen Psychiatrie und Psychosomatik erkannt werden (Chirurgie: 17%, PP: 52%). Eine ähnliche Verteilung findet sich auch im Interviewabschnitt „Aufgaben und Fähigkeiten eines Oberarztes“, die jedoch knapp nicht statistisch signifikant ist. In der Chirurgie wurde Empathie dagegen weniger häufig genannt. In der Literatur bildet sich ähnliches ab. So scheinen Chirurgen geringere Werte in Empathie-Messungen als Psychiater zu haben (Dehning et al., 2014; Hojat et al., 2002). Schon Studierende, die sich mehr für Fachbereiche mit geringerem Patientenkontakt und stärker ausgeprägten technischen Aspekten wie zum Beispiel Chirurgie interessieren, zeigen geringere Empathie-Werte (D. Chen, Lew, Hershman, & Orlander, 2007; Dehning et al., 2013). Einen möglichen Vorteil

für im Vergleich geringere Empathie-Werte bei Chirurgen kann die daraus resultierende, freiere Handlungskompetenz sein (Decety, Yang, & Cheng, 2010; Han & Pappas, 2018). So könnten Chirurgen, die sich nicht emotional mit dem Leid des Patienten auseinandersetzen, in ihrer Arbeit handlungsfähiger sein und dabei weiterhin eigene, emotionale Ressourcen erhalten (Decety et al., 2010; Han & Pappas, 2018).

Auch könnte ein hohes Empathieempfinden von Psychiatern von Vorteil für die Visitesituation sein, wenn man beachtet, dass sich psychiatrische Patienten in ihr oft ängstlich oder eingeschüchtert fühlen (Cappleman et al., 2015; Wagstaff & Solts, 2003; R. White & Karim, 2005).

Betrachtet man neben den offenen Interviewabschnitten auch den strukturierten Interviewpart, in dem Fragen nach Empathie in der Visite gestellt wurden, steigt die Beschreibung von empathischen Handlungen und ihrer Bedeutung in der Visite in beiden Fachbereichen. So traten Beschreibungen von *Empathie* zu 100% in der Psychiatrie/ Psychosomatik und zu 93% in der Chirurgie im gesamten Interview auf.

*Empathie* scheint also auch in der Chirurgie einen Stellenwert zu besitzen (Steinhausen et al., 2014; Weng et al., 2011). Unfallchirurgische Patienten, die ihren Chirurg empathisch bewerteten, zeigten auch ein besseres subjektiv empfundenes Behandlungsergebnis 6 Wochen und 12 Monaten nach Ende des Krankenhausaufenthalts (Steinhausen et al., 2014). Die Visite als regelmäßiges Zusammentreffen von Chirurg und Patient könnte eine wichtige Plattform für die Stärkung der Arzt-Patienten Beziehung bieten. Wie eine Studie in der Handchirurgie zeigte, gehen Chirurgen jedoch nur in circa der Hälfte der Fälle auf vom Patienten geäußerte emotionale Inhalte im Patientengespräch ein (van Hoorn et al., 2019).

In der vorliegenden Arbeit schien den chirurgischen Ärzten die Bedeutung der *Empathie* nicht bewusst zu sein. Beachtet man nämlich die Verteilung der Nennungen von *Empathie* in den Antworten auf die Frage nach den Aufgaben und Fähigkeiten eines Assistenzarztes und Oberarztes innerhalb der Berufsgruppen, so bemerkt man in der Chirurgie, dass sechs der insgesamt sieben Nennungen von Pflegekräften stammen. Es scheint als sei das Bewusstsein für *Empathie* in dieser Berufsgruppe stärker ausgeprägt als in der ärztlichen Profession. Dies findet sich auch in der Literatur. Fields et al. zeigten, dass Pflegekräfte im Mittel nicht signifikant höhere Werte als Ärzte in

Empathietestungen erzielten, jedoch konnte ein signifikant häufigere Zustimmung in dem Punkt „Bedeutung von Empathie in der medizinischen und chirurgischen Behandlung“ unter Pflegekräften gefunden werden (Fields et al., 2004). Dies bestärkt die Vermutung, dass Pflegekräfte die Bedeutung der Empathie höher einschätzen.

Denkbar wäre das fehlende Bewusstsein der Ärzte mit einem gezielteren und offeneren Heranführen an die Kompetenz *Empathie* zu stärken. Dies kann zum Beispiel auch schon in der studentischen Lehre geschehen – gerade wenn man beachtet, dass Medizinstudierende am Anfang ihres Studiums noch höhere Empathiewerte aufweisen, diese jedoch während des Studiums abnehmen (D. Chen et al., 2007; Hojat et al., 2004; Sng et al., 2016). Dabei kann dies durch Übungen mit Simulationspatienten (Schweller, Costa, Antonio, Amaral, & de Carvalho-Filho, 2014), durch didaktische Unterweisungen und Übungen auf neurobiologischer Ebene (Riess, Kelley, Bailey, Dunn, & Phillips, 2012) oder durch reflektierendes Schreiben („reflective writing“) (I. Chen & Forbes, 2014) geschehen. Ein zusätzlicher Fokus auf *Empathie* zum Beispiel in einem Simulationskurs der Visitenführung könnte zu diesen Maßnahmen eine Bereicherung darstellen, zumal die Kompetenzen zur Durchführung einer Visite auf ein viel breiteres klinisches Tätigkeitsfeld anwendbar sein können, als nur auf die Visitedurchführung. Ebenso könnte die Anwendung von Visitenchecklisten im klinischen Setting das Bewusstsein für Empathie stärken.

Bei alle dem ist zu beachten, dass der Begriff Empathie – ähnlich wie der Begriff nonverbale Kommunikation – verschiedene Bedeutungen haben kann. In dieser Studie kam der Empathiebegriff von Mercer und Reynolds zur Anwendung (Mercer & Reynolds, 2002). Auch sind generell die Messbarkeit von Empathie und auch Effekte in der Vermittlung von Empathie methodologisch schwierig zu bewerten (Kelm, Womer, Walter, & Feudtner, 2014).

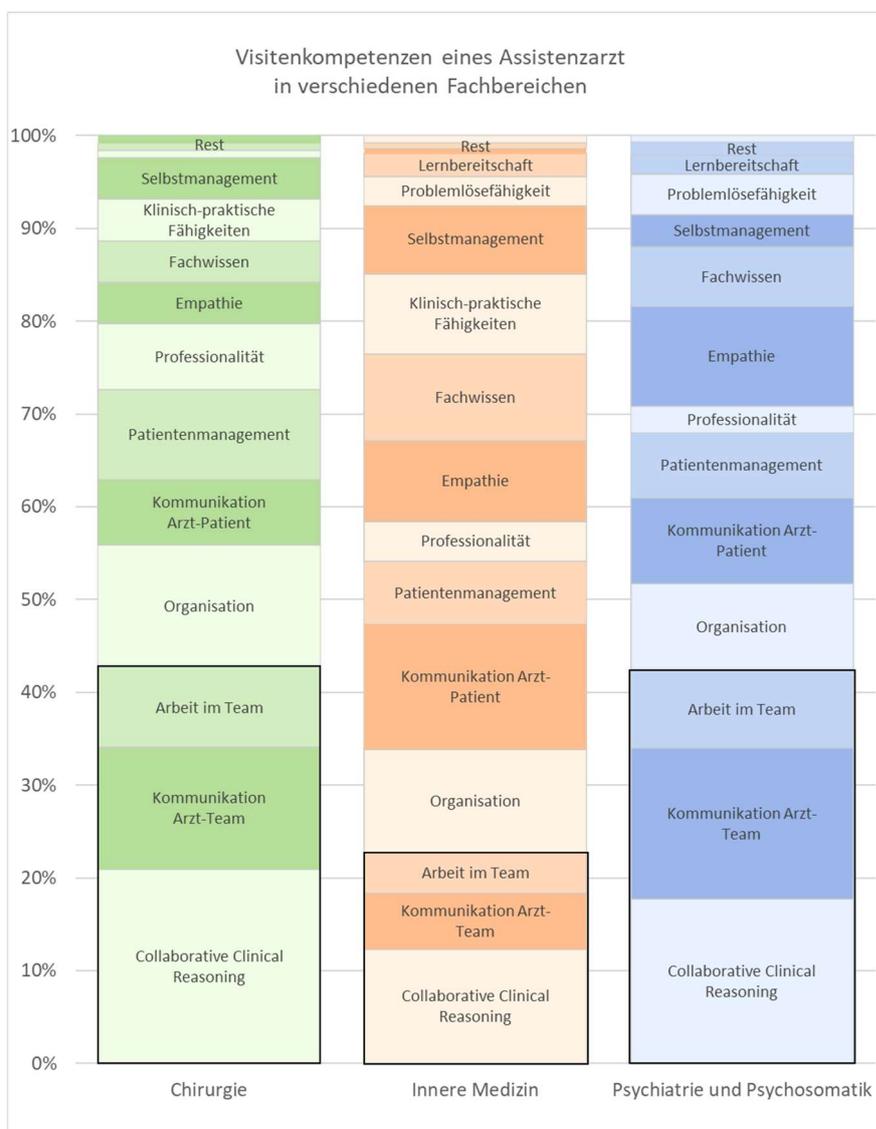
Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Ergebnisse zwar auf eine höhere Gewichtung von *Empathie* in der Psychiatrie/ Psychosomatik im Vergleich zur Chirurgie hinweisen. Dabei darf aber nicht außer Acht gelassen werden, dass auch im chirurgischen Arzt-Patienten Kontakt empathisches Handeln wichtig sein kann. Vermutlich wird *Empathie* in verschiedenen Graden in den Visiten beider Fachbereiche ausgeübt und kann nicht sicher einer Domäne zugeordnet werden, da sie z.B. auch in der Inneren Medizin Bedeutung hat.

#### 4.2.4 Vergleich mit dem Fachbereich Innere Medizin

Eine vorangegangene Studie, auf der diese Arbeit methodisch fußt, analysierte die Kompetenzen eines Assistenzarztes in der internistischen Visite (Wölfel et al., 2016). Anschließend wurde ein EPA „Visitenführung“ für den Bereich der Inneren Medizin erstellt (Wölfel et al., 2016).

Da der Interviewleitfaden und das Kategoriensystem der früheren Studie für diese Arbeit adaptiert und genutzt wurden, können die Ergebnisse verglichen werden. Im Folgenden werden nun die Antworten auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes aus den unterschiedlichen Fachbereichen betrachtet.

Es zeigt sich ein gemeinsames Auftreten der meisten Kompetenzen in den Fachbereichen (siehe Abbildung 19).



**Abbildung 19** Anteil der untersuchten Kompetenzen eines Assistenzarztes in der Visite der Fachbereiche Chirurgie, Psychiatrie/ Psychosomatik und Innere Medizin (aus Wölfel et al., 2016). Kompetenzen mit Teambezug sind schwarz umrandet. Die Kategorie „Sonstige“ wurde nicht berücksichtigt.

Auffällig ist, dass der relative Anteil von teambezogenen Kompetenzen wie *Collaborative Clinical Reasoning*, *Kommunikation mit dem Team* und *Arbeit im Team* in den Interviews über die internistische Visite deutlich geringer ist (siehe Abbildung 19). Dies hat höchstwahrscheinlich den Grund, dass in den untersuchten, internistischen Visiten der Arzt häufig als alleiniger Visitengänger ohne die Begleitung einer Pflegekraft oder eines weiteren Assistenzarztes beschrieben wurde, während der Anteil an begleitenden Pflegekräften und Oberärzten in den Fachbereichen dieser Studie (Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik) hoch war. Artikel in der Pflegeforschung beschäftigen sich schon länger mit dem fehlenden Einbezug der Pflegekraft in die Visite (Busby & Gilchrist, 1992; Leino, Mattila, Collin, & Sand, 2017; Manias & Street, 2001; Parissopoulos et al., 2013). In einer Studie von Norgaard et al. schätzten Internisten teambezogene Aspekte geringer ein als medizinische Themen (Norgaard et al., 2004) und auch einer Studie von Muller-Juge et al. zufolge, verhielten sich Assistenzärzte weniger teambezogen als es Pflegekräfte von ihnen erwarteten (Muller-Juge et al., 2013).

Teambezogene Aspekte geraten für den internistischen Assistenzarzt, der allein auf die Visite geht, in den Hintergrund und Kompetenzen wie zum Beispiel *Selbstmanagement*, *Fachwissen* und *Kommunikation mit dem Patienten* werden häufiger abgebildet. So ist Selbstmanagement im EPA „Visitendurchführung in der Inneren Medizin“ ausführlich vertreten.

EPAs können sich hinsichtlich des Grades unterscheiden, inwieweit eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig ist (O. ten Cate & Pool, 2019). Dies kann in die Beschreibung eines EPAs aufgenommen werden (O. ten Cate & Pool, 2019). Dementsprechend sollte gerade in Fachbereichen, in denen eine hohe Teilnahme von verschiedenen Professionen in der Visite zu bemerken ist, ein Vermerk zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Beschreibung eines EPAs „Visitenführung“ gesetzt werden. Dies ist in dieser Studie besonders in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychosomatik relevant, in denen sich die Multiprofessionalität auch auf weitere Berufszweige wie zum Beispiel auf Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten oder Musiktherapeuten erstreckt (siehe Kapitel 3.1.1).

*Empathie* wurde in den Antworten sowohl von internistischem als auch von psychiatrischem/ psychosomatischem Stationspersonal häufig beschrieben, während die Kompetenz in den chirurgischen Interviews weniger häufig genannt

wurde. Dies bestärkt die Schlussfolgerung, dass *Empathie* nicht als domänenspezifische Kompetenz anzusehen ist. Möglich wäre zum Beispiel, ein geringeres Bewusstsein für diese Kompetenz bei chirurgischem Stationspersonal (siehe Kapitel 4.2.3).

*Klinisch-praktische Fähigkeiten* wurde im hier betrachteten Abschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes“ häufiger in der internistischen als in der chirurgischen Visite genannt. Dies resultiert höchstwahrscheinlich daraus, dass 77% der chirurgischen Interviewten im Interviewabschnitt davor („Ablauf der Visite“) *Klinisch-praktische Fähigkeiten* beschrieben und es wohl vermieden, sich in dem folgenden Abschnitt zu wiederholen. Im EPA „Visitenführung in der Inneren Medizin“ ist die „fokussierte, körperliche Untersuchung“ als Unterpunkt in dem Abschnitt *Diagnosestellung und Therapieplanung* vermerkt. Nach den Ergebnissen dieser Studie kann in der Chirurgie *Klinisch-praktische Fähigkeiten* als eigenständiger Punkt in einem EPA auftreten.

Aufgrund der gleichzeitigen Präsenz des Assistenz- und Oberarztes in den chirurgischen und psychiatrischen/ psychosomatischen Visiten schienen die Interviewten auf die Frage nach den Aufgaben eines Assistenzarztes vermehrt in einem Rollenverständnis zu antworten (siehe Kapitel 4.2.5). Eine vergleichbare Datenlage aus dem internistischen Fachbereich liegt nicht vor, da hierbei eine reine Assistenzarztvisite beschrieben wurde (Wölfel et al., 2016). Im Folgenden wird die in den Interviews bemerkte Rollenverteilung näher diskutiert.

#### **4.2.5 Rollenverständnis in der Visite beider Fachbereiche**

In einer Oberarzt geführten Visite lässt sich eine Aufteilung der Kompetenzen feststellen, die einem Assistenz- bzw. Oberarzt zugeordnet werden. So wird *Lehrkompetenz* sowohl in der Chirurgie als auch in der Psychiatrie/ Psychosomatik signifikant häufiger einem Oberarzt attribuiert, *Organisationsfähigkeit* stärker einem Assistenzarzt und *Kommunikation mit dem Team* mehr einem psychiatrischen und psychosomatischen Assistenzarzt.

##### Organisation

Die Kompetenz *Organisationsfähigkeit* wurde in chirurgischen Interviews häufiger als die Aufgabe eines Assistenzarztes als die eines Oberarztes beschrieben. Diese Verteilung spiegelte sich auch in der Psychiatrie und Psychosomatik wider, jedoch knapp nicht statistisch signifikant. Zur „Organisation“ zählten in dieser Studie Aufgaben und Fähigkeiten wie

Zeitmanagement, Priorisierung, Bewusstsein der Krankenhaus- und Stationsstruktur, Verwendung von Unterlagen/ Hilfsmitteln und auch die Dokumentation. Gerade die Dokumentation ist eine Aufgabe, die junge Ärzte sowohl in der Chirurgie (Dhillon et al., 2011; Fernando & Siriwardena, 2001), als auch in der Psychiatrie übernehmen (Dey, Buhagiar, & Jabbar, 2019; Ross, Hamilton, Ryan, & Bond, 2012). Jedoch haben Studien gezeigt, dass es dabei in der chirurgischen Visite Defizite in der Ausübung gibt (Dhillon et al., 2011; Fernando & Siriwardena, 2001). Auch Nikendei et al. zeigten in einer Simulationsvisite, dass unter anderem die Dokumentationsfähigkeit angehender Ärzte nicht ausreichend waren (Nikendei et al., 2008). Dies ist problematisch, da diese Aufgabe offensichtlich von den Assistenzärzten erwartet wird. Einzelne Studien versuchen dies mit der Einführung von Checklisten und Dokumentationsbögen im klinischen Alltag auszugleichen (Dhillon et al., 2011; Krishnamohan et al., 2019; Talia et al., 2017; Thompson et al., 2004). Die Ergebnisse dieser Studie und von Nikendei et al. legen jedoch nahe, Dokumentationsfähigkeiten schon früher, z.B. in Simulationsvisiten, einzuüben, damit sich der junge Arzt besser auf diese Aufgabe vorbereiten kann (Nikendei et al., 2008). Die dargestellte Rollenaufteilung kann aber auch Nachteile mit sich bringen. In einer Studie von Laskaratos et al. wurde die Veränderung des Rollenverständnisses von Oberarzt (Senior) und Assistenzarzt (Junior) als Verbesserungspunkt für die Lehr- und Lernsituation während der Visite genannt (Laskaratos et al., 2015). Dabei wurde folgender Verbesserungsvorschlag in Bezug auf die Rolle des Assistenzarztes gemacht: "More opportunity to examine and clerk patients rather than just scribe during the WR or be sent to do jobs" (Laskaratos et al., 2015).

### Lehrkompetenz

*Lehrkompetenz* wurde in den Interviews dem erfahrensten ärztlichen Teilnehmer der Visite, dem Oberarzt, zugeordnet. Dabei können nicht nur Studierende, sondern auch Assistenzärzte von dem Unterricht und der Supervision profitieren. In einer Studie von Hodgson et al. gaben 80% der erfahrenen Psychiater (consultants) an, in der Visite zu lehren (Hodgson et al., 2005). Laskaratos et al. zeigten, dass nach Meinung junger Ärzte ein Oberarzt (Senior), der Interesse an der Lehre hat, offen für Fragen ist und für Feedback geben bereit steht, zu einer Verbesserung der Lehr- und Lernmöglichkeit in einer Visite führen kann

(Laskaratos et al., 2015). Fragt man jedoch, was allgemein einen guten Lehrer in der Visite ausmacht, so ergibt sich kein großer Unterschied, ob dieser ein „registrar“, also ein Arzt in Weiterbildung, oder ob er ein „consultant“, also ein erfahrener Arzt/ Facharzt, ist (Claridge, 2011). Viel wichtiger scheint ein Lehrer zu sein, der Enthusiasmus zeigt, nicht einschüchternd wirkt und nicht in Eile ist (Claridge, 2011). Auch Assistenzärzte nehmen im Stationsalltag eine Lehrstellung ein, sei es, z.B. weil sie im nächsten Kontakt zum Studierenden stehen, oder aufgrund des ökonomischen Drucks bewusst dazu eingesetzt werden (Crowe, Harris, & Ham, 2000; Hickie, Nash, & Kelly, 2013; Polan & Riba, 2010). In der Visite scheint dies weniger der Fall zu sein oder nicht bemerkt zu werden, wie die fehlende Nennung der *Lehrkompetenz* eines Assistenzarztes in den Interviews nahelegt. Dieses fehlende Bewusstsein und der geringe assistenzärztliche Gebrauch von aktiven Lehrmöglichkeiten in der Visite ließ sich schon in einer Studie von 1986 finden (Wilkerson, Lesky, & Medio, 1986).

Derweil scheint die Visite, zum Beispiel nach der Verbesserung von strukturellen Bedingungen, großes Potential zur Lehre zu haben (Claridge, 2011).

Kurse und Seminare können das Bewusstsein und die Wahrnehmung der Lehre im klinischen Alltag des Assistenzarztes stärken (Wamsley, Julian, & Wipf, 2004). So zeigten z.B. Crowe et al., dass schon durch kurze Interventionen, in denen chirurgische Unterrichtssituationen geübt und diskutiert werden, das Selbstvertrauen und die Motivation zu lehren bei jungen Chirurgen gesteigert wird (Crowe et al., 2000). Ähnliche Ergebnisse ließen sich auch in der Psychiatrie finden (Lehmann, 2010). Um genügend Qualität in der Lehre zu gewährleisten, ist es also auch notwendig, Assistenzärzte „lehren zu lehren“ (Hickie et al., 2013). Um diesen Schritt zu gehen, muss jedoch zuerst das Bewusstsein für Lehre in der Visite und für die Lehrkompetenz des Assistenzarztes geschaffen werden.

### *Kommunikation mit dem Team*

In der Psychiatrie und Psychosomatik wurde neben der Kompetenz *Organisationsfähigkeit* auch die Kompetenz *Kommunikation mit dem Team* häufiger als Aufgabe des Assistenzarztes genannt. Dies lässt sich wahrscheinlich dadurch erklären, dass die psychiatrische und psychosomatische Visite in der Regel einmal wöchentlich stattfindet. Dabei hat der Assistenzarzt als Stationsarzt häufiger Kontakt zum Patienten. Infolgedessen informiert der Assistenzarzt den Oberarzt über den Patienten. Das Darstellen der Krankengeschichte des

Patienten wurde auch in einer Fragebogenstudie von Hodgson et al. von 74% der befragten Oberärzte (consultants) vom Assistenzarzt (junior) gefordert (Hodgson et al., 2005). Ebenso ist das interprofessionelle Team in der psychiatrischen und psychosomatischen Visite größer, was mit einer erhöhten Kommunikation einhergehen kann (siehe Kapitel 4.2.1).

#### **4.2.6 Bedeutung der Lehrkompetenz in der Visite**

*Lehrkompetenz* wird in den Ablaufbeschreibungen der Visite in beiden Fachbereichen vernachlässigt. Es hat den Anschein, als würde studentische Lehre sowie Unterricht und Supervision des Assistenzarztes nicht als wichtiges Element der Visite praktiziert werden.

Die fehlende Schilderung von *Lehrkompetenz* im Ablauf der Visite findet sich auch in der Literatur wieder (Claridge, 2011; Laskaratos et al., 2015). In einer Studie von Claridge et al. gaben Ärzte am Beginn ihrer Karriere an, dass lediglich 18% ihres Lernens auf der Visite geschehe (Claridge, 2011). Im Jahr 1989 wurde es mit 58% beschrieben (J Grant, Marsden, & King, 1989). Als Gründe für einen Rückgang werden organisatorische Aspekte wie Zeitmangel und erhöhte Patientenzahlen genannt (Claridge, 2011; Force, Thomas, & Buckley, 2014; Laskaratos et al., 2015). Gerade Veränderungen der zeitlichen Struktur waren in den Interviews häufig geäußerte Veränderungswünsche.

Ebenso wird das fehlende Interesse des „Seniors“, also des Oberarztes, als Hindernis für Lehre gesehen (Laskaratos et al., 2015).

Die häufige Beschreibung von Lehre im gesamten Interview, in dem nach der Kompetenz direkt gefragt wurde, zeigt, dass das Bewusstsein für Lehre erst durch Nachfrage aktiviert wird. Auch Stanley zeigte, dass Lehre in der Visite eher implizit wahrgenommen wird (Stanley, 1998). Beltermann wies nach, dass Studierende ihre Rolle in der Visitendurchführung als passiv wahrnehmen und die Visite nicht als Möglichkeit ansehen, Wissen generieren zu können (Beltermann, 2016). Innerhalb einer Expertenrunde in einer unfallchirurgischen Studie von Ramaniuk et al. wurde „Lehre“ sogar als nicht nützlicher Bestandteil für eine Patientenvisite eingeordnet (Ramaniuk et al., 2017). Insgesamt liegen die Lehrmöglichkeiten in der Visite unter den Erwartungen der Studierenden, sowohl was internistische als auch chirurgische Visiten anbelangt (Almutar et al., 2013; Tariq et al., 2010). Dies betrifft zum Beispiel die Vermittlung von klinischem Untersuchungswissen am Krankenbett, klinischen Fertigkeiten oder die

professionelle Haltung und Einstellung gegenüber dem Patienten in der Chirurgie (Tariq, Motiwala et al. 2010, Almutar, Altourah et al. 2013).

Verschiedene Verbesserungen der Lehre in der Visite wurden vorgeschlagen und betrafen zum Beispiel eine stärkere Strukturierung der Visite mit Einbezug von Lehreinheiten, eine Änderung persönlicher Faktoren wie Veränderungen des Rollenverständnisses des Lehrenden und Lernenden (Laskaratos et al., 2015; Stanley, 1998) oder des Versuchs von Near-Peer Teaching in der Visite (Frearson & Gale, 2017). Gray et al. entwickelten im pädiatrischen Fachbereich ein Rahmenwerk (STIC) und ein Visiten-Tool, welches Ärzten ermöglichen kann, Lehren und Lernen in der Visite auch bei erschwerten strukturellen Bedingungen zu optimieren (Gray, Modak, Connell, & Enright, 2020).

Vor allem sollte jedoch das Schaffen eines klareren Bewusstseins und einer stärkeren Bedeutungseinschätzung für die Lehr- und Lernmöglichkeiten in der Visite im Vordergrund stehen. Ein EPA „Visitenführung“ sollte deswegen *Lehrkompetenz*, aber auch *Lernbereitschaft* explizit aufführen. Wird dieses EPA in der studentischen Ausbildung implementiert, kann schon in einer frühen Phase der medizinischen Bildung ein Bewusstsein dafür geschaffen werden. Dies könnte dann im Laufe des Werdegangs eines Mediziners, sei es in Famulaturen, im Praktischen Jahr und später in der Berufsausübung, wirksam werden und zu einer Verbesserung der Lehre in Kliniken führen.

### 4.3 Ausblick

#### 4.3.1 Bedeutung der ermittelten Kompetenzen in der klinischen Praxis

Kompetenz \ EPA	A z.B. Visitedurchführung	B	C	D	E
1 z.B. Kommunikation Arzt - Team	x		x	x	
2	x		x		
3		x			x
4	x				
5	x	x	x	x	

Abbildung 20 EPA-Kompetenz Matrix (basierend auf Figure 1 aus O. ten Cate et al., 2015)

Kompetenzen, die ein EPA enthält, sind meist für viele verschiedene Tätigkeiten notwendig (O. ten Cate et al., 2015). Ten Cate et al. beschrieben eine Überlappung von Kompetenzen unter verschiedenen EPAs bzw. verschiedenen

Tätigkeiten der medizinischen Profession und illustrierten dies anhand einer EPA-Kompetenz Matrix (O. ten Cate et al., 2015). Gleiches gilt auch für die in dieser Studie dargestellten Kompetenzen (siehe Abbildung 20). Sie können nicht nur in der Visite erlernt werden, da sie in vielen medizinischen Szenarien gebraucht und bei entsprechender Expertise auch wie selbstverständlich dort angewendet werden. So entsprechen die in dieser Studie identifizierten Kompetenzen zum Beispiel im größten Teil denjenigen Kompetenzen, die als nicht-technische Fähigkeiten während einer Operation beherrscht werden müssen oder die laut einer Delphi-Umfrage Oberärzte in Schottland von einem jungen chirurgischen Arzt (surgical trainee) erwarten (Baldwin, Paisley, & Brown, 1999; Yule, Flin, Paterson-Brown, Maran, & Rowley, 2006). So kann durch Übung dieser Kompetenzen in Visitensimulationen nicht nur die Visitendurchführung selbst verbessert werden, sondern auch andere klinische Situationen positiv beeinflusst werden.

Mit Hilfe eines EPAs kann unter anderem auch der Visitenunterricht thematisch abgesteckt werden – sei es in der klinischen Praxis oder in einem Simulationskurs. In dieser Studie konnten einzelne Punkte identifiziert werden, die im Visitenunterricht zusätzlich vermittelt werden könnten. Diese wären z.B. die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Rollen und der daraus resultierenden Aufgabenverteilung in der Visite, die Bedeutung von Lehre in der Visite, die Bedeutung des empathischen Umgangs mit dem Patienten in der Visite oder das von den Interviewten angesprochene Problem der Zeitstrukturierung in der Visite. Diese Studie trägt dazu bei, ein Konzept für die domänenunabhängige Unterweisung und Beurteilung der Visitenführung zu finden. Es bietet sich an, die identifizierten Kompetenzen an einer größeren Stichprobe von Ärzten und weiteren Visitenteilnehmern zu überprüfen, um eine weitere Bedeutungseinschätzung der Visitenkompetenzen vorzunehmen. Durch eine Befragung von Ärzten deutschlandweit könnte festgestellt werden, ob die Kompetenzen auch außerhalb des untersuchten Bereiches wirkungskräftig sind. Ebenso könnte durch die Hinzunahme des visitierten Patienten selbst als Befragten eine umfassende Betrachtung der Visitenkompetenz eines Arztes vorgenommen werden.

Für die Erfassung der aufgeführten Kompetenzen im klinischen Alltag ist ein Beobachtungsinstrument notwendig. Schmelter et al. entwickelten hierfür eine

Kompetenz-Checkliste für die Stationsvisite in der Inneren Medizin (Schmelter et al., 2018).

Auch sollte beurteilt werden, welche Kompetenzen vorzugsweise in der studentischen Ausbildung und welche in der Weiterbildung gelehrt werden können. Erste Hinweise gibt diese Studie durch die Unterteilung der Kompetenzen nach der Rolle Assistenzarzt und Oberarzt, als auch die fachspezifischen Unterschiede.

#### **4.4 Limitation der Untersuchung und der Methoden**

Es ergaben sich einige Limitationen dieser Studie, die im Folgenden diskutiert werden.

Bezüglich der Erhebung ist anzumerken, dass die Motivation der Interviewten, aus der heraus sie an der Befragung teilnahmen, nicht erfragt wurde. So konnte im Nachhinein nicht überprüft werden, ob diese einen Einfluss auf die geschilderte Visiten-situation und die genannten Kompetenzen ausübte. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass die Befragungen als Experteninterviews konzipiert waren, bei denen davon ausgegangen wurde, dass die Teilnehmenden aufgrund ihrer langen beruflichen Erfahrung in der Lage sind, mit größtmöglicher Objektivität zum Forschungsthema Stellung zu beziehen. Etwaigen Verzerrungen in den Antworten wurde durch die für qualitative Studien recht hohe Zahl an Befragungen entgegenzuwirken versucht.

Auch die Zusammenfassung der Fachbereiche Psychiatrie und Psychosomatik und ihre gemeinsame Auswertung ist aufgrund der zwischen beiden Bereichen bestehenden Unterschiede kritisierbar. Diese resultierte aus dem Bemühen, im Rahmen des Studiendesigns durch die Untersuchung von „handwerklichen“ = chirurgischen Fachbereichen einerseits und „sprechenden“ = therapeutischen Fachbereichen andererseits eine größtmögliche Akzentuierung bei der Gegenüberstellung von Kompetenzen in der Visitenführung zu erreichen. Damit können erste wichtige Hinweise auf Domänenspezifität bzw. Fachbereichsunabhängigkeit von Visitenkompetenzen gegeben werden. Die Frage, ob Visiten und die hierfür notwendigen Kompetenzen auch zwischen den beiden Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik differieren, muss späteren Untersuchungen überlassen werden.

Ein maßgeblicher Anteil der Interviewten beschrieb eine Visite, in der der Oberarzt regelmäßig an der Visite teilnahm. Deswegen wurden während des

Erhebungszeitraums Fragen zu den Aufgaben und Fähigkeiten des Oberarztes in der Visite im Interviewleitfaden eingefügt und unspezifische Fragen, die zur Wiederholung der Interviewbeiträge führten (Frage zur Grundeinstellung eines Arztes und zu der Rolle des Faktors Zeit) gestrichen. Die Entwicklung des Fragebogens innerhalb der Erhebung wurde beschlossen, um die Kompetenzen eines Assistenzarztes und Oberarztes getrennt voneinander abbilden zu können und damit die komplette geschilderte Visitenführung darzustellen. Dies offenbarte sich erst durch den Zugang an das Material. Es entspricht der Sicht, dass die qualitativ-explorative Forschung einen zirkulären Prozess darstellt, der das ständige Hinterfragen des Materials als Instrument betrachtet sich der Beantwortung der Forschungsfrage zu nähern (Flick, 2012, S.122-131).

Ein häufig zu erkennendes Problem bei der Durchführung von Experteninterviews ist die zur Verfügung stehende Zeit des Experten (Flick, 2012, S. 215). Dies kann in der Interviewsituation zu Zeitdruck oder Unterbrechungen führen. Ein Problem, das sich auch bei einzelnen Interviews in dieser Studie bemerkbar machte. So konnten die das Interview abschließenden Fragen nach dem Stellenwert der Visite in je einem Interview beider Fachbereiche nicht gestellt werden und einmal in der Psychiatrie/ Psychosomatik nicht die Frage nach Veränderungswünschen der Visite. Dies wurde in der Auswertung verrechnet und fällt aufgrund der hohen Stichprobenzahl und der Sättigung der Interviewthemen nicht ins Gewicht. Ein knapp gehaltener, stärker auf die Fragestellung fokussierter Leitfaden kann diese Schwierigkeit mildern.

Auch wäre ein stärker reduziertes Kategoriensystem (siehe Kapitel 2.7.4) bei einer Wiederholung der Studie zu empfehlen. In dieser Studie konnten keine Aussagen bezüglich der Untercodes der Kompetenzen, also bezüglich der darunter zusammengefassten Aktivitäten gemacht werden, da die Interrater-Reliabilität in diesem Fall bei ursprünglich über 300 Auswahlmöglichkeiten im Kategoriensystem zu gering war. Deswegen wurde auf die Auswertung der Untercodes verzichtet und das Kategoriensystem vergrößert. Dadurch konnten mit einer guten Übereinstimmung (Cohens Kappa 0.70) Aussagen zu den Kompetenzen in den Interviewabschnitten gemacht werden. Inwieweit sich die Fachbereiche in den zu den Kompetenzdomänen dazugehörigen Subkompetenzen und Aktivitäten unterscheiden, konnte nicht dargestellt werden. Diese Vergrößerung des Instrumentariums ist damit auch problematisch zu sehen. J. Ritsert beschreibt kritisch, dass eine hohe Übereinstimmung nur bei

sehr einfachen Analysen zustande kommen kann und dass bei umfangreichen Kategoriensystemen die Zuverlässigkeit der Ergebnisse notwendigerweise immer schwieriger zu erreichen ist, obwohl gerade durch diese Systeme eine hohe Aussagekraft entstehen kann (Ritsert, 1972, S. 70).

Weitere Limitationen ergeben sich aus der qualitativ–quantitativen Vorgehensweise. Bei der statistischen Auswertung der Frequenzen ist anzumerken, dass diese lediglich als begleitende Maßnahme zur Beurteilung und Interpretation von im Interviewmaterial vorgefundenen Unterschieden dient. Dabei sollte beachtet werden, dass bei der Frequenzanalyse allgemein nicht zwischen der Extensionsbestimmung der Aussagen, also zwischen der Graduierung des Merkmals (z.B. wenig wichtig, wichtig, sehr wichtig), differenziert wird (Mayring, 2010, S. 14) . Ebenso kann nicht eins zu eins unterstellt werden die Beschreibung einer Kompetenz im Interview sei ein Hinweis für die Stärke der darin enthaltenen Einstellung des Interviewten (Ritsert, 1972, S. 17). Durch die „Quantifizierung“, also durch die Frequenzanalyse und statistische Berechnung, wurde die Komplexität des Untersuchungsgegenstandes, also eines sozialen, interaktiven Prozesses, der Visite, vereinfacht und in isolierte Kompetenzkategorien zerteilt. Dies führt zu einer Entfernung vom beobachteten Gegenstand, dem man sich gerade durch das qualitative Vorgehen zu nähern gewünscht hatte. Das dargestellte Dilemma entspricht der Kritik von Köckeis-Stangl an der Quantifizierung: „Die Variablen haben für den Analytiker nur mehr jene Bedeutung, welche durch die Bezeichnung, durch die Namen impliziert wird, die er ihnen selbst verliehen hat; sie verweisen bestenfalls auf eine Theorie, nicht aber auf das Alltagsleben der Untersuchten“ (Köckeis-Stangl, 1980, S. 346). Umso wichtiger ist eine Interpretation der Frequenznennungen anhand der Stichprobe, des Kommunikationszusammenhangs, also des Interviewabschnittes, und vor allem anhand der Literatur.

Abschließend bietet es sich an die ermittelten Kompetenzen hinsichtlich ihrer externen Validität weiter zu untersuchen, da diese Studie nur die gegenwärtige Visitenführung eines Teil Deutschlands erfasste.

## Literaturverzeichnis

- Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., MacAulay, C., Mancini, M. E., Morimoto, T., Soper, N., Ziv, A. & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *Quality & safety in health care*, 19 Suppl. 2, 34-43.
- Ahmed, K., Anderson, O., Jawad, M., Tierney, T., Darzi, A., Athanasiou, T. & Hanna, G. B. (2015). Design and validation of the surgical ward round assessment tool: a quantitative observational study. *American journal of surgery*, 209(4), 682-688.
- Almutar, S., Altourah, L., Sadeq, H., Karim, J. & Marwan, Y. (2013). Medical and surgical ward rounds in teaching hospitals of Kuwait University: students' perceptions. *Advances in medical education and practice*, 4, 189-193.
- Baldwin, P. J., Paisley, A. M. & Brown, S. P. (1999). Consultant surgeons' opinion of the skills required of basic surgical trainees. *The British journal of surgery*, 86(8), 1078-1082.
- Becker, G., Kempf, D. E., Xander, C. J., Momm, F., Olschewski, M. & Blum, H. E. (2010). Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital. *BMC health services research*, 10: 94.
- Behrens, C., Dolmans, D., Leppink, J., Gormley, G. J. & Driessen, E. W. (2018). Ward round simulation in final year medical students: Does it promote students learning? *Medical teacher*, 40(2), 199-204.
- Beltermann, E. (2016). *Measuring and facilitating medical students' ward round sripts*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Bensing, J. M., Kerssens, J. J. & van der Pasch, M. (1995). Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of nonverbal behavior*, 19(4), 223-242.
- Birtwistle, L., Houghton, J. M. & Rostill, H. (2000). A review of a surgical ward round in a large paediatric hospital: does it achieve its aims? *Medical education*, 34(5), 398-403.
- Bliesener, T. (1982). *Die Visite - ein verhandelter Dialog: Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal*. Tübingen: Gunter Narr Verlag.
- Bliesener, T. & Köhle, K. (1986). *Die ärztliche Visite: Chance zum Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Blucher, K. M., Dal Pra, S. E., Hogan, J. & Wysocki, A. P. (2014). Ward safety checklist in the acute surgical unit. *ANZ journal of surgery*, 84(10), 745-747.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden,*

*Anwendungsfelder* (3., grundlegend überarb. Aufl.) (S. 61-98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Bortz, J. (1989). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin [u.a.]: Springer
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bosch, K. (2007). *Basiswissen Statistik: Einführung in die Grundlagen der Statistik mit zahlreichen Beispielen und Übungsaufgaben mit Lösungen* (3., vollst. überarb. Aufl.). München [u.a.]: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Brennan, R. L. & Prediger, D. J. (1981). Coefficient kappa: Some uses, misuses, and alternatives. *41*(3), 687-699.
- Brightwell, A. & Grant, J. (2013). Competency-based training: who benefits? *Postgraduate medical journal*, *89*(1048), 107-110.
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16: Einführung in die moderne Datenanalyse*. München [u.a.]: Pearson Studium.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München [u.a.]: Pearson Studium.
- Busby, A. & Gilchrist, B. (1992). The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of advanced nursing*, *17*(3), 339-346.
- Cappleman, R., Bamford, Z., Dixon, C. & Thomas, H. (2015). Experiences of ward rounds among in-patients on an acute mental health ward: a qualitative exploration. *BJPsych bulletin*, *39*(5), 233-236.
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W. & Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of general internal medicine*, *22*(10), 1434-1438.
- Chen, I. & Forbes, C. (2014). Reflective writing and its impact on empathy in medical education: systematic review. *Journal of educational evaluation for health professions*, *11*: 20.
- Chomsky, N. (2005). *Rules and representations*. New York [u.a.]: Columbia University Press.
- Claridge, A. (2011). What is the educational value of ward rounds? A learner and teacher perspective. *Clinical medicine (London, England)*, *11*(6), 558-562.
- Cossart, L. d. (2007). Education in surgery: Competency-based training. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, *89*(10), 344-345.
- Creamer, G. L., Dahl, A., Perumal, D., Tan, G. & Koea, J. B. (2010). Anatomy of the ward round: the time spent in different activities. *ANZ journal of surgery*, *80*(12), 930-932.

- Crowe, P., Harris, P. & Ham, J. (2000). Teaching on the run: teaching skills for surgical trainees. *ANZ journal of surgery*, 70(3), 227-230.
- Curtis, P., Sethi, F. & Ahmed, F. (2013). Creating a high quality consultant led psychiatric intensive care unit multidisciplinary team ward round. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 10(01), 13-22.
- Decety, J., Yang, C. Y. & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage*, 50(4), 1676-1682.
- Dehning, S., Gasperi, S., Krause, D., Meyer, S., Reiss, E., Burger, M., Jacobs, F., Buchheim, A., Muller, N. & Siebeck, M. (2013). Emotional and cognitive empathy in first-year medical students. *ISRN Psychiatry*, 2013: 801530.
- Dehning, S., Reiss, E., Krause, D., Gasperi, S., Meyer, S., Dargel, S., Muller, N. & Siebeck, M. (2014). Empathy in high-tech and high-touch medicine. *Patient education and counseling*, 95(2), 259-264.
- Dey, M., Buhagiar, K. & Jabbar, F. (2019, Sep 4). Accuracy of prescribing documentation by UK junior doctors undertaking psychiatry placements: a multi-centre observational study. *BMC research notes*, 12: 558.
- Dhillon, P., Murphy, R. K., Ali, H., Burukan, Z., Corrigan, M. A., Sheikh, A. & Hill, A. D. (2011). Development of an adhesive surgical ward round checklist: a technique to improve patient safety. *Irish medical journal*, 104(10), 303-305.
- Dimic, S., Wildgrube, C., McCabe, R., Hassan, I., Barnes, T. R. & Priebe, S. (2010). Non-verbal behaviour of patients with schizophrenia in medical consultations - a comparison with depressed patients and association with symptom levels. *Psychopathology*, 43(4), 216-222.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5. Auf.). Marburg: Eigenverlag.
- Dreyfus, S. E. & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. California Univ Berkeley Operations Research Center.
- Dudenredaktion. (o. J.). „Visite“ auf Duden online. Verfügbar unter <https://www.duden.de/node/198409/revision/198445> [27.12.2019].
- Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Jama*, 287(2), 226-235.
- Eracleous, H. & Lawson, C. (2007). Ward round conduct: A survey of staff attitudes to a code of conduct and observations on current practice. *PSIGE Newsletter*, 100, 35-40.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T. & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review*, 100(3), 363-406.

- Fernandez, N., Dory, V., Ste-Marie, L. G., Chaput, M., Charlin, B. & Boucher, A. (2012). Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. *Medical education*, 46(4), 357-365.
- Fernando, K. J. & Siriwardena, A. K. (2001). Standards of documentation of the surgeon-patient consultation in current surgical practice. *The British journal of surgery*, 88(2), 309-312.
- Fiddler, M., Borglin, G., Galloway, A., Jackson, C., McGowan, L. & Lovell, K. (2010). Once-a-week psychiatric ward round or daily inpatient team meeting? A multidisciplinary mental health team's experience of new ways of working. *International journal of mental health nursing*, 19(2), 119-127.
- Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G. & Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & the health professions*, 27(1), 80-94.
- Fischer, M. R., Bauer, D. & Mohn, K. (2015). Finally finished! National Competence Based Catalogues of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) and Dental Education (NKLZ) ready for trial. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 32(3), Doc35.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* ( 5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Foley, G. & Gentile, J. (2010). Nonverbal communication in psychotherapy. *Psychiatry (Edgmont (Pa. Township))*, 7(6), 38-44.
- Force, J., Thomas, I. & Buckley, F. (2014). Reviving post-take surgical ward round teaching. *The clinical teacher*, 11(2), 109-115.
- Foster, H. D., Falkowski, W. & Rollings, J. (1991). A survey of patients' attitudes towards inpatient psychiatric ward rounds. *International Journal of Social Psychiatry*, 37(2), 135-140.
- Frank, J. R. (Ed.). (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frank, J. R., Mungroo, R., Ahmad, Y., Wang, M., De Rossi, S. & Horsley, T. (2010). Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Medical teacher*, 32(8), 631-637.
- Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., Harris, P., Glasgow, N. J., Campbell, C., Dath, D., Harden, R. M., Iobst, W., Long, D. M., Mungroo, R., Richardson, D. L., Sherbino, J., Silver, I., Taber, S., Talbot, M. & Harris, K. A. (2010). Competency-based medical education: theory to practice. *Medical teacher*, 32(8), 638-645.
- Frearson, S. & Gale, S. (2017). Educational opportunities on a ward round; utilising near-peer teaching. *Future hospital journal*, 4(1), 19-22.

- Ghaferi, A. A., Birkmeyer, J. D. & Dimick, J. B. (2009). Complications, failure to rescue, and mortality with major inpatient surgery in medicare patients. *Annals of surgery*, 250(6), 1029-1034.
- Ghaferi, A. A., Birkmeyer, J. D. & Dimick, J. B. (2009). Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *New England journal of medicine*, 361(14), 1368-1375.
- Ghaferi, A. A., Birkmeyer, J. D. & Dimick, J. B. (2011). Hospital volume and failure to rescue with high-risk surgery. *Medical care*, 49(12), 1076-1081.
- Ghaferi, A. A. & Dimick, J. B. (2016). Importance of teamwork, communication and culture on failure-to-rescue in the elderly. *British journal of surgery*, 103(2), e47–e51.
- Gilliland, N., Catherwood, N., Chen, S., Browne, P., Wilson, J. & Burden, H. (2018). Ward round template: enhancing patient safety on ward rounds. *BMJ open quality*, 7(2), e000170.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gonzalez, A. A., Dimick, J. B., Birkmeyer, J. D. & Ghaferi, A. A. (2014). Understanding the volume-outcome effect in cardiovascular surgery: the role of failure to rescue. *JAMA surgery*, 149(2), 119-123.
- Grant, J. (1999). The incapacitating effects of competence: a critique. *Advances in health sciences education*, 4(3), 271-277.
- Grant, J., Marsden, P. & King, R. (1989). Senior house officers and their training. II. Perceptions of service and training. *BMJ (Clinical research ed.)*, 299(6710), 1265-1268.
- Gray, A. Z., Modak, M., Connell, T. & Enright, H. (2020). Structuring ward rounds to enhance education. *The clinical teacher*, 17(3), 286-291.
- Greenberg, C. C., Regenbogen, S. E., Studdert, D. M., Lipsitz, S. R., Rogers, S. O., Zinner, M. J. & Gawande, A. A. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 204(4), 533-540.
- Griffith, C. H., Wilson, J. F., Langer, S. & Haist, S. A. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 18(3), 170-174.
- Gruber, H. & Mandl, H. (1996). Expertise und Erfahrung. In H. Gruber & A. Ziegler (Hrsg.), *Expertiseforschung: Theoretische und methodische Grundlagen* (S. 18-34). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gruber, H. & Ziegler, A. (1996). Expertise als Domäne psychologischer Forschung. In H. Gruber & A. Ziegler (Hrsg.), *Expertiseforschung: Theoretische und methodische Grundlagen* (S. 7-16). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Grünewald, M., Klein, E., Hapfelmeier, A., Wuensch, A., Berberat, P. O. & Gartmeier, M. (2019). Improving physicians' surgical ward round competence through simulation-based training. *Patient education and counseling*, 103(5), 971–977.
- Haferlach, T. (1994). *Das Arzt-Patient-Gespräch: Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und Patientenaufklärung*. München [u.a.]: Zuckschwerdt.
- Hahn, J.-M. (2010). *Checkliste Innere Medizin*. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Hale, G. & McNab, D. (2015). Developing a ward round checklist to improve patient safety. *BMJ quality improvement reports*, 4(1), u204775. w202440.
- Hall, J. A., Harrigan, J. A. & Rosenthal, R. (1996). Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 21-37.
- Han, J. L. & Pappas, T. N. (2018). A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. *Journal of surgical education*, 75(1), 88-94.
- Harvey, R., Mellanby, E., Dearden, E., Medjoub, K. & Edgar, S. (2015). Developing non-technical ward-round skills. *The clinical teacher*, 12(5), 336-340.
- Hauer, K. E., Kohlwes, J., Cornett, P., Hollander, H., Ten Cate, O., Ranji, S. R., Soni, K., Iobst, W. & O'Sullivan, P. (2013). Identifying entrustable professional activities in internal medicine training. *Journal of graduate medical education*, 5(1), 54-59.
- Herring, R., Desai, T. & Caldwell, G. (2011). Quality and safety at the point of care: how long should a ward round take? *Clinical medicine (London, England)*, 11(1), 20-22.
- Hickie, C., Nash, L. & Kelly, B. (2013). The role of trainees as clinical teachers of medical students in psychiatry. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 21(6), 583-586.
- Hodgson, R., Jamal, A. & Gayathri, B. (2005). A survey of ward round practice. *Psychiatric Bulletin*, 29(5), 171-173.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M. & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American journal of psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S. & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical education*, 38(9), 934-941.
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (überarb. 2. Aufl.). Berlin [u.a.]: Springer-Verlag.
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K. & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC medical education*, 14, 219.

- Klaas, S., Kara, M., Nikki, M., Rhona, F. & Simon, P. B. (2020). A Ward-Round Non-Technical Skills for Surgery (WANTSS) Taxonomy. *J Surg Educ*, 77(2), 369-379.
- Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.) (2016). *BKK Gesundheitsreport*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Verfügbar unter [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport\\_2016/BKK\\_Gesundheitsreport\\_2016.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2016/BKK_Gesundheitsreport_2016.pdf) [18.09.2020].
- Köckeis-Stangl, E. (1980). Methoden der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 321-370). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Köhle, K. & Raspe, H.-H. (Hrsg.). (1982). *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Krautter, M., Koehl-Hackert, N., Nagelmann, L., Junger, J., Norcini, J., Tekian, A. & Nikendei, C. (2014). Improving ward round skills. *Medical teacher*, 36(9), 783–788.
- Kreckler, S., Catchpole, K. R., New, S. J., Handa, A. & McCulloch, P. G. (2009). Quality and safety on an acute surgical ward: an exploratory cohort study of process and outcome. *Annals of surgery*, 250(6), 1035-1040.
- Krishnamohan, N., Maitra, I. & Shetty, V. D. (2019). The surgical ward round checklist: improving patient safety and clinical documentation. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 789-794.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, K. (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis* (aktual. 2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Labib, P. L. Z. & Brownell, L. (2009). Factors affecting patient satisfaction with the psychiatric ward round: retrospective cross-sectional study. *Psychiatric Bulletin*, 33(8), 295-298.
- Laskaratos, F. M., Wallace, D., Gkotsi, D., Burns, A. & Epstein, O. (2015). The educational value of ward rounds for junior trainees. *Medical education online*, 20: 27559.
- Lavelle, M., Dimic, S., Wildgrube, C., McCabe, R. & Priebe, S. (2015). Non-verbal communication in meetings of psychiatrists and patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 197-205.
- Lehmann, S. W. (2010). A longitudinal "teaching-to-teach" curriculum for psychiatric residents. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 34(4), 282-286.
- Leino, K., Mattila, E., Collin, P. & Sand, J. (2017). The nurse as the discussion opener during ward rounds: an observation study in the wards of a Finnish university hospital. *Journal of nursing and health studies*, 2(2): 6.

- Leonhart, R. (2013). *Lehrbuch Statistik: Einstieg und Vertiefung* (3., überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Liebold, R. & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strodtholz, & A. Taffertshofer (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 32-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Liu, W., Manias, E. & Gerdtz, M. (2013). Medication communication during ward rounds on medical wards: Power relations and spatial practices. *Health (London)*, 17(2), 113-134.
- Mahar, P., Lake, H. & Waxman, B. P. (2009). Patient perceptions of the surgical ward round. *ANZ journal of surgery*, 79(9), 584-585.
- Manias, E. & Street, A. (2001). Nurse–doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 442-450.
- Mattinson, A. R. & Cheeseman, S. J. (2018). Development and implementation of a structured ward round in acute adult psychiatry. *BMJ open quality*, 7(3), e000035.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (aktualisierte und überarb. 11. Aufl.). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- McBride, A. (1988). Psychiatric Ward Rounds in Practice. *Psychiatric Bulletin*, 12(2), 55-57.
- Meißner, C. & Kahl-Scholz, M. (2016). Die Visite. In C. Meißner (Hrsg.), *Basic Skills PJ: Praktische Tipps für Chirurgie und Innere* (S. 41-44). Berlin [u.a.]: Springer.
- Mercer, S. W. & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, S9-S12.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3., grundlegend überarb. Aufl.) (S. 35-60). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Milner, G., Jankovic, J., Hoosen, I. & Marrie, D. (2008). Patients and staff understanding of general adult psychiatry ward rounds. *Journal of Mental Health*, 17(5), 492-497.
- Montague, M. & Hussain, S. (2006). Patient perceptions of the otolaryngology ward round in a teaching hospital. *The Journal of laryngology & otology*, 120(4), 314-318.
- Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K. S., Hudelson, P., Maitre, F., Vu, N. V., Savoldelli, G. L. & Nendaz, M. R. (2013). Interprofessional collaboration on an internal medicine ward: role perceptions and expectations among nurses and residents. *PloS one*, 8(2), e57570.

- Murphy, A. R. & Reddy, M. C. (2017). Identifying patient-related information problems: A study of information use by patient-care teams during morning rounds. *International journal of medical informatics*, 102, 93-102.
- Nagpal, K., Vats, A., Lamb, B., Ashrafiyan, H., Sevdalis, N., Vincent, C. & Moorthy, K. (2010). Information transfer and communication in surgery: a systematic review. *Annals of surgery*, 252(2), 225-239.
- Neale, G., Woloshynowych, M. & Vincent, C. (2001). Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(7), 322-330.
- Nikendei, C., Huhn, D., Pittius, G., Trost, Y., Bugaj, T. J., Koechel, A. & Schultz, J. H. (2016). Students' perceptions on an interprofessional ward round training - a qualitative pilot study. *GMS journal for medical education*, 33(2): Doc14 (20160429).
- Nikendei, C., Kraus, B., Lauber, H., Schrauth, M., Weyrich, P., Zipfel, S., Junger, J. & Briem, S. (2007). An innovative model for teaching complex clinical procedures: integration of standardised patients into ward round training for final year students. *Medical teacher*, 29(2-3), 246-252.
- Nikendei, C., Kraus, B., Schrauth, M., Briem, S. & Junger, J. (2008). Ward rounds: how prepared are future doctors? *Medical teacher*, 30(1), 88-91.
- Norgaard, K., Ringsted, C. & Dolmans, D. (2004). Validation of a checklist to assess ward round performance in internal medicine. *Medical education*, 38(7), 700-707.
- Parissopoulos, S., Timmins, F. & Daly, L. (2013). Re-exploring the ritual of the ward round. *Nursing in critical care*, 18(5), 219-221.
- Pinilla, S., Lenouvel, E., Strik, W., Kloppel, S., Nissen, C. & Huwendiek, S. (2019). Entrustable professional activities in psychiatry: a systematic review. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 44(1), 37-45.
- Pitcher, M., Lin, J. T., Thompson, G., Tayaran, A. & Chan, S. (2015). Implementation and evaluation of a checklist to improve patient care on surgical ward rounds. *ANZ journal of surgery*, 86(5), 356-360.
- Polan, H. J. & Riba, M. (2010). Creative solutions to psychiatry's increasing reliance on residents as teachers. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 34(4), 245-247.
- Powell, N., Bruce, C. G. & Redfern, O. (2015). Teaching a 'good' ward round. *Clinical Medicine*, 15(2), 135-138.
- Priest, J. R., Bereiknyei, S., Hooper, K. & Braddock, C. H., 3rd. (2010). Relationships of the location and content of rounds to specialty, institution, patient-census, and team size. *PLoS one*, 5(6): e11246.

- Pucher, P. H., Aggarwal, R. & Darzi, A. (2014). Surgical ward round quality and impact on variable patient outcomes. *Annals of surgery*, 259(2), 222-226.
- Pucher, P. H., Aggarwal, R., Singh, P., Srisatkunam, T., Twaij, A. & Darzi, A. (2014). Ward simulation to improve surgical ward round performance: a randomized controlled trial of a simulation-based curriculum. *Annals of surgery*, 260(2), 236–243.
- Pucher, P. H., Aggarwal, R., Singh, P., Tahir, M. & Darzi, A. (2015). Identifying quality markers and improvement measures for ward-based surgical care: a semistructured interview study. *American journal of surgery*, 210(2), 211-218.
- Pucher, P. H., Aggarwal, R., Srisatkunam, T. & Darzi, A. (2014). Validation of the simulated ward environment for assessment of ward-based surgical care. *Annals of surgery*, 259(2), 215-221.
- Pucher, P. H., Darzi, A. & Aggarwal, R. (2013). Simulation for ward processes of surgical care. *American journal of surgery*, 206(1), 96-102.
- Pucher, P. H., Darzi, A. & Aggarwal, R. (2014). Development of an evidence-based curriculum for training of ward-based surgical care. *American journal of surgery*, 207(2), 213-217.
- Ramaniuk, A., Dickson, B. J., Mahoney, S. & O'Mara, M. S. (2017). Maximizing efficiency on trauma surgeon rounds. *The Journal of surgical research*, 207, 198-204.
- Riess, H., Kelley, J. M., Bailey, R. W., Dunn, E. J. & Phillips, M. (2012). Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1280-1286.
- Ritsert, J. (1972). *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung*. Frankfurt am Main: Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag.
- Ross, S., Hamilton, L., Ryan, C. & Bond, C. (2012). Who makes prescribing decisions in hospital inpatients? An observational study. *Postgraduate medical journal*, 88(1043), 507-510.
- Rotman-Pikielny, P., Rabin, B., Amoyal, S., Mushkat, Y., Zissin, R. & Levy, Y. (2007). Participation of family members in ward rounds: Attitude of medical staff, patients and relatives. *Patient education and counseling*, 65(2), 166-170.
- Rowlands, C., Griffiths, S. N., Blencowe, N. S., Brown, A., Hollowood, A., Hornby, S. T., Richards, S. K., Smith, J. & Strong, S. (2014). Surgical ward rounds in England: a trainee-led multi-centre study of current practice. *Patient safety in surgery*, 8(1): 11.

- Sanson-Fisher, R., Poole, A. D. & Harker, J. (1979). Behavioural analysis of ward rounds within a general hospital psychiatric unit. *Behaviour research and therapy*, 17(4), 333-348.
- Schmelter, V., März, E., Adolf, C., Wölfel, T. L., Lottspeich, C., Fischer, M. R. & Schmidmaier, R. (2018). Ward rounds in internal medicine: Validation of an Entrustable Professional Activity (EPA) observation checklist. *GMS journal for medical education*, 35(2): Doc17.
- Schmid Mast, M. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient education and counseling*, 67(3), 315-318.
- Schultz, K., Griffiths, J. & Lacasse, M. (2015). The application of entrustable professional activities to inform competency decisions in a family medicine residency program. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(7), 888-897.
- Schütz, A. (1972). Der gut informierte Bürger. Ein Versuch über die soziale Verteilung des Wissens. In A. Brodersen (Hrsg.), *Gesammelte Aufsätze II: Studien zur soziologischen Theorie* (S. 85-101). Den Haag: Springer Netherlands.
- Schweller, M., Costa, F. O., Antonio, M. A., Amaral, E. M. & de Carvalho-Filho, M. A. (2014). The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(4), 632-637.
- Sng, G., Tung, J., Ping, Y. S., Lee, S. S., Win, M. T., Hooi, S. C. & Samarasekera, D. D. (2016). Complex and novel determinants of empathy change in medical students. *Korean journal of medical education*, 28(1), 67-78.
- Sprondel, W. M. (1979). "Experte" und "Laie": Zur Entwicklung von Typenbegriffen in der Wissenssoziologie. In W. M. Sprondel, Grathoff, Richard (Hrsg.), *Alfred Schütz und die Idee des Alltags in den Sozialwissenschaften* (S. 140-154). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Stanley, P. (1998). Structuring ward rounds for learning: can opportunities be created? *Medical education*, 32(3), 239-243.
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2019). *Einrichtungen, Betten und Patienten-bewegung 2017*. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/krankenhaeuser-fa.html> [29.12.2019].
- Steinhausen, S., Ommen, O., Antoine, S. L., Koehler, T., Pfaff, H. & Neugebauer, E. (2014). Short- and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy. *Patient preference and adherence*, 8, 1239-1253.

- Swenne, C. L. & Skytt, B. (2014). The ward round-patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 297-304.
- Swing, S. R. (2007). The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Medical teacher*, 29(7), 648-654.
- Syed, Q., Seifman, M. A. & Bruscano-Raiola, F. (2017). Plastic surgery ward round: can we do better? *ANZ journal of surgery*, 87(7-8), 536-537.
- Talia, A. J., Drummond, J., Muirhead, C. & Tran, P. (2017). Using a structured checklist to improve the orthopedic ward round: a prospective cohort study. *Orthopedics*, 40(4), e663-e667.
- Tariq, M., Motiwala, A., Ali, S. U., Riaz, M., Awan, S. & Akhter, J. (2010). The learners' perspective on internal medicine ward rounds: a cross-sectional study. *BMC medical education*, 10: 53.
- ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical education*, 39(12), 1176-1177.
- ten Cate, O. (2013). Competency-based education, entrustable professional activities, and the power of language. *Journal of graduate medical education*, 5(1), 6-7.
- ten Cate, O. (2013). Nuts and bolts of entrustable professional activities. *Journal of graduate medical education*, 5(1), 157-158.
- ten Cate, O. (2017). Competency-based postgraduate medical education: past, present and future. *GMS journal for medical education*, 34(5): Doc69.
- ten Cate, O., Chen, H. C., Hoff, R. G., Peters, H., Bok, H. & van der Schaaf, M. (2015). Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Medical teacher*, 37(11), 983-1002.
- ten Cate, O. & Pool, I. A. (2019). The viability of interprofessional entrustable professional activities. *Advances in health sciences education: theory and practice*. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09950-0> [21.09.2020].
- Thomas, I., Nicol, L., Regan, L., Cleland, J., Maliepaard, D., Clark, L., Walker, K. & Duncan, J. (2015). Driven to distraction: a prospective controlled study of a simulated ward round experience to improve patient safety teaching for medical students. *BMJ quality & safety*, 24(2), 154-161.
- Thompson, A. G., Jacob, K., Fulton, J. & McGavin, C. R. (2004). Do post-take ward round proformas improve communication and influence quality of patient care? *Postgraduate medical journal*, 80(949), 675-676.
- Tranter-Entwistle, I., Best, K., Ianev, R., Beresford, T., McCombie, A. & Laws, P. (2020). Introduction and validation of a surgical ward round checklist to improve surgical ward round performance in a tertiary vascular service. *ANZ journal of surgery*, 90(7-8), 1358-1363.

- van Hoorn, B. T., Menendez, M. E., Mackert, M., Donovan, E. E., van Heijl, M. & Ring, D. (2019). Missed empathic opportunities during hand surgery office visits. *Hand (New York, N.Y.)*. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1177/1558944719873395> [21.09.2020].
- VERBI Software. (2014). *Referenzhandbuch: MAXQDA 11 für Windows*. Verfügbar unter [https://www.maxqda.de/download/manuals/MAX11\\_manual\\_ger.pdf](https://www.maxqda.de/download/manuals/MAX11_manual_ger.pdf) [20.09.2020].
- Wagstaff, K. & Solts, B. (2003). Inpatient experiences of ward rounds in acute psychiatric settings. *Nursing times*, 99(5), 34-36.
- Walter, W. (1994). Strategien der Politikberatung: Die Interpretation der Sachverständigen-Rolle im Lichte von Experteninterviews. In R. Hitzler, A. Honer, & C. Maeder (Hrsg.), *Expertenwissen: Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit* (S. 268-284). Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Walton, V., Hogden, A., Johnson, J. & Greenfield, D. (2016). Ward rounds, participants, roles and perceptions: literature review. *International journal of health care quality assurance*, 29(4), 364-379.
- Wamsley, M. A., Julian, K. A. & Wipf, J. E. (2004). A literature review of "resident-as-teacher" curricula. *Journal of general internal medicine*, 19(5p2), 574-581.
- Weber, H. (2012). Das Gespräch bei der Visite. In R. H. Adler, W. Herzog, P. Joraschky, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner, & W. Wesiack (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis* (7. Aufl.) (S. 347-358). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Weber, H., Stockli, M., Nubling, M. & Langewitz, W. A. (2007). Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient education and counseling*, 67(3), 343-348.
- Weinert, F. E. (2001). Concept of Competence: A Conceptual Clarification. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Hrsg.), *Defining and Selecting key competencies* (S. 45-65). Seattle [u.a.]: Hogrefe & Huber.
- Weinert, F. E. (2002). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In F. E. Weinert (Hrsg.), *Leistungsmessungen in Schulen* (2. Aufl.) (S. 17-32). Weinheim [u.a.]: Beltz.
- Weiß, C. (2013). *Basiswissen Medizinische Statistik* (6. Aufl.). Berlin [u.a.]: Springer.
- Weng, H. C., Steed, J. F., Yu, S. W., Liu, Y. T., Hsu, C. C., Yu, T. J. & Chen, W. (2011). The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 16(5), 591-600.

- White, R. & Karim, B. (2005). Patients' views of the ward round: a survey. *The Psychiatrist*, 29(6), 207-209.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological review*, 66(5), 297-333.
- Wilkerson, L., Lesky, L. & Medio, F. J. (1986). The resident as teacher during work rounds. *Academic Medicine*, 61(10), 823-829.
- Wölfel, T., Beltermann, E., Lottspeich, C., Vietz, E., Fischer, M. R. & Schmidmaier, R. (2016). Medical ward round competence in internal medicine—an interview study towards an interprofessional development of an Entrustable Professional Activity (EPA). *BMC medical education*, 16: 174.
- Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., Maran, N. & Rowley, D. (2006). Development of a rating system for surgeons' non-technical skills. *Medical education*, 40(11), 1098-1104.
- Ziv, A., Small, S. D. & Wolpe, P. R. (2000). Patient safety and simulation-based medical education. *Medical teacher*, 22(5), 489-495.
- Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane database of systematic reviews*, 2: CD000072.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Stichprobenverteilung aus dem Fachbereich Chirurgie .....	21
Tabelle 2	Stichprobenverteilung aus den Fachbereichen Psychiatrie und Psychosomatik.....	22
Tabelle 3	Ergänzte Interviewthemen nach Literaturüberblick in den Fachbereichen PP/ C.....	23
Tabelle 4	Inhalte der Kompetenzen nach dem Kategoriensystem .....	31
Tabelle 5	Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Chirurgie, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession. n = 17 (n (Assistenzarzt) = 6, n (Oberarzt) = 5, n (Pflegerkraft) = 6). .....	45
Tabelle 6	Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Assistenzarzt geführten Visite in der Chirurgie, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession. n = 13 (n (Assistenzarzt) = 6, n (Oberarzt) = 1, n (Pflegerkraft) = 6). .....	46
Tabelle 7	Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Psychiatrie und Psychosomatik, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession, n = 27 (n (Assistenzärzte) = 7, n (Oberärzte) = 5, n (Pflegerkräfte) = 8, n (Psychologen) = 7)...	52
Tabelle 8	Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Assistenzarzt geführten Visite in der Psychiatrie und Psychosomatik, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession. n = 2 (n (Assistenzärzte) = 1, n (Psychologen) = 1) .....	53
Tabelle 9	Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im gesamten Interview in den Fachbereichen Chirurgie (n = 30) und Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 30).....	56
Tabelle 10	Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ in den Fachbereichen Chirurgie (n = 30), Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 30).....	58
Tabelle 11	Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“; Chirurgie (n = 30) und Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 29).....	60

Tabelle 12	Chi-Quadrat Testung: Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines „Oberarztes in der Visite“; Chirurgie (n = 16) und Psychiatrie/ Psychosomatik (PP) (n = 27).....	62
Tabelle 13	Chirurgie: Vergleich der Häufigkeiten der Kompetenzen, die die Interviewten einem Assistenz- und Oberarzt attribuierten, mit Werten der zweiseitigen Signifikanz im Binomialtest, n = 16.....	63
Tabelle 14	Psychiatrie/ Psychosomatik: Vergleich der Häufigkeiten der Kompetenzen, die die Interviewten einem Assistenz- und Oberarzt attribuierten, mit Werten der zweiseitigen Signifikanz im Binomialtest, n = 26. ....	64

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Beispielhafter Aufbau eines EPAs (basierend auf Table 2 aus Olle ten Cate, 2013).....	13
Abbildung 2	Schematische Kurzform des Interviewleitfadens .....	25
Abbildung 3	Beispiel für eine Kategorie .....	27
Abbildung 4	Beispiel für einen Vierfelder-Test an den Daten .....	35
Abbildung 5	Beispiel für eine Vierfeldertafel im Rahmen des McNemar Tests bei der Betrachtung einer Kompetenz.....	36
Abbildung 6	Geschilderte Teilnahmehäufigkeit der Professionen an der beschriebenen Visite in Prozent [%] (nC = 30, nPP = 30). .....	38
Abbildung 7	Absolute und relative Häufigkeit der in den Interviews kodierten Kompetenzen aus dem Fachbereich Chirurgie aufgeteilt nach der Profession der Interviewpartner. Der Asterisk kennzeichnet Kompetenzen, zu denen im Interview keine Frage gestellt wurde.....	42
Abbildung 8	Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ kodierten Kompetenzen im Fachbereich Chirurgie aufgeteilt nach Professionen. ....	43
Abbildung 9	Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt als auch Assistenzarzt geführten Visite in der Chirurgie, aufgeteilt nach der Profession.....	44
Abbildung 10	Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Chirurgie, aufgeteilt nach der Profession (n = 16). ....	48
Abbildung 11	Absolute und relative Häufigkeit der in den Interviews kodierten Kompetenzen aus den Fachbereichen Psychiatrie/ Psychosomatik, aufgeteilt nach der Profession der Interviewpartner. Der Asterisk kennzeichnet Kompetenzen, zu denen im Interview keine Frage gestellt wurde.....	49
Abbildung 12	Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ kodierten Kompetenzen aus dem Fachbereich Psychiatrie/ Psychosomatik, aufgeteilt nach Professionen.....	50
Abbildung 13	Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt als auch Assistenzarzt geführten Visite in der Psychiatrie/ Psychosomatik, aufgeteilt nach Professionen, n = 29. ....	51

Abbildung 14	Absolute und relative Häufigkeit der im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“ kodierten Kompetenzen bei der Besprechung einer Oberarzt geführten Visite in der Psychiatrie und Psychosomatik, insgesamt und aufgeteilt nach der Profession der Interviewpartner, n = 27.....	54
Abbildung 15	Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im gesamten Interview in den Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik. Signifikant unterschiedlich häufig beschriebene Kompetenzen sind mit einem Asterisk gekennzeichnet. ....	55
Abbildung 16	Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Ablauf und Tätigkeiten“ in den Fachbereichen Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik. Signifikant unterschiedlich häufig beschriebene Kompetenzen sind mit Asterisk gekennzeichnet.....	57
Abbildung 17	Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Assistenzarztes in der Visite“ in den Fachbereichen Chirurgie (n = 30) und Psychiatrie/ Psychosomatik (n = 29). Signifikant unterschiedlich häufig beschriebene Kompetenzen sind mit Asterisk gekennzeichnet.....	59
Abbildung 18	Gegenüberstellung der Häufigkeiten der kodierten Kompetenzen im Interviewabschnitt „Aufgaben eines Oberarztes in der Visite“ in Prozent in den Fachbereichen Chirurgie (n = 16) und Psychiatrie/ Psychosomatik (n = 27)....	61
Abbildung 19	Anteil der untersuchten Kompetenzen eines Assistenzarztes in der Visite der Fachbereiche Chirurgie, Psychiatrie/ Psychosomatik und Innere Medizin (aus Wölfel et al., 2016). Kompetenzen mit Teambezug sind schwarz umrandet. Die Kategorie “Sonstige” wurde nicht berücksichtigt. ....	78
Abbildung 20	EPA-Kompetenz Matrix (basierend auf Figure 1 aus O. ten Cate et al., 2015) .....	84

# Anhang

## A Interviewleitfäden Chirurgie und Psychiatrie/ Psychosomatik

adaptiert nach Wölfel et al. (Wölfel et al., 2016)

### Interviewleitfaden – Version Chirurgie

**Erklärung der Forschung:** Wir führen eine Studie zu Visiten sowie den dabei relevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten durch. Ziel dieses Interviews ist es, zu erfahren, wie klinisch erfahrene Personen diese Aufgabe bewältigen und diese Erkenntnisse für die Weiterentwicklung eines Kurskonzeptes zum Visitentraining nutzen.

**Umgang mit Daten und Einhaltung des Datenschutzes:** Die Daten, die wir sammeln, werden streng vertraulich behandelt und persönliche Details nicht weitergegeben. Zur Anonymisierung verwenden wir einen Code. Im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung und Publikation der Ergebnisse wird ausschließlich der Code verwendet und die Daten so dargestellt, dass keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind.

**Einverständniserklärung:** An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie widerrufen. Willigen Sie in die Teilnahme an dem Interview ein?

#### Ablauf des heutigen Interviews:

Ich werde Ihnen zunächst einige Fragen zu strukturellen Aspekten der Visite stellen. Anschließend werde ich Ihnen Fragen zu den für die Visite relevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten stellen.

#### 1. Erhebung demografischer Daten

Demografische Daten	
Geschlecht	Männlich Weiblich
Alter	
Beruf	Arzt/Ärztin; Krankenpfleger/in
Schwerpunkt/Fachbereich	
Stationen, auf denen zuvor gearbeitet wurde	
Funktion in der Klinik	AA, OA
Jahre der Berufstätigkeit insg./an dieser Klinik	
Anzahl der Stationsvisiten momentan/Woche	

*Einschalten des Tonbands, Einverständniserklärung*

#### 2. Interview

Abklären eines gemeinsamen Verständnis des Visitenbegriff	
	<b>Was verstehen Sie unter einer „typischen Visite“ auf einer chirurgischen Station?</b>
<i>Ich beziehe mich in den folgenden Fragen immer auf die von dem Interviewten genannte Visite.</i>	

<b>Ablauf</b>	
	<b>Wie ist der Ablauf einer typischen Stationsvisite beginnend bei der Vorbereitung?</b>
<i>Falls nicht darauf eingegangen wurde genauer nachfragen bezüglich:</i>	<i>Wann findet die Visite gewöhnlich statt?</i>
	<i>Wie lange dauert die Visite gewöhnlich? (Gesamtdauer, Dauer pro Patient) Wie wird die Zeit innerhalb der Visite priorisiert?</i>
	<i>Wer ist an der Visite gewöhnlich beteiligt? (Berufsgruppen, Anzahl der Personen) <b>Gibt es eine Maximalzahl an Teilnehmern?</b></i>
	<i>In welche Phasen lässt sich die Visite untergliedern? (Vor der Visite – Organisation; Vor der Tür – Absprache; Im Zimmer – Patient-Interaktion; Vor der Tür – Absprache )</i>
	<i>In welcher Form finden vor, während und nach der Visite Absprachen zwischen den Beteiligten statt?</i>
	<i>Womit endet die Stationsvisite typischerweise? Wie wird eine Visite in der Regel beendet? (z.B. Abschlussbesprechung, sofortige Zerstreuung) Was ist das Ziel der Visite?</i>
<b>Inhalte der Visite</b>	
	<b>Welche übergeordneten/wesentlichen Themen werden in der Visite besprochen?</b>
	<b>Inwieweit werden Themen berücksichtigt, die andere Fachbereiche betreffen?</b> ( <i>internistisch etc.</i> )
<b>Aufgaben</b>	
<b>Aufgaben des Assistenzarztes/ (Oberarztes, falls dieser teilnimmt)</b>	<b>Welche Aufgaben hat der Assistenzarzt/ (Oberarzt) in der Visite? Welche Tätigkeiten umfasst dies konkret?</b> <i>Können Sie Fähigkeiten und Fertigkeiten benennen die der Assistenzarzt zur Bewältigung der Tätigkeiten benötigt?</i>
<b>Aufgaben der anderen Teilnehmer - Interprofessionalität</b>	<b>Beschreiben Sie in Kürze die Rollen und Aufgaben der anderen Teilnehmenden</b> <i>Welche <b>Bedeutung</b> hat Interprofessionalität in der Visite? Welche Bedeutung hat die Teilnahme der Pflege an der Visite?</i>
<b>Material und Dokumentation</b>	
<b>Material</b>	<b>Welche Materialien, Unterlagen und Hilfsmittel werden für die Visite benötigt und mitgenommen?</b> <i>Welche Aufzeichnungen über den Patienten (Kurven, Dokumente etc.) werden gebraucht? Wer ist dafür zuständig?</i>
<b>Dokumentation</b>	<b>Wie gestaltet sich die Dokumentation in der Visite?</b> <i>Was wird dokumentiert? Wo wird dokumentiert? Wer dokumentiert? Welche Bedeutung hat die Dokumentation?</i>
<b>Team- und Selbstbezogene Aspekte</b>	
<b>Entscheidungsfindung</b>	<b>Welche Entscheidungen werden im Verlauf der Stationsvisite typischerweise getroffen?</b>

	<p><b>Wie findet der Entscheidungsprozess statt?</b>  <i>Wer trifft diese Entscheidungen?</i>  <i>Wie wird der Patient mit eingebunden?</i>  <i>Werden die Entscheidungen vor, im oder nach dem Patientenzimmer getroffen?</i>  <i>Wie wird das Visitenteam mit eingebunden?</i></p>
	<p><b>Auf welche Informationsquellen wird hierfür zurückgegriffen?</b></p>
<b>Führung/Adaption</b>	<p><b>Mit welchen Herausforderungen ist der AA während der Visite konfrontiert?</b></p> <p><i>(Wenn Interviewee ratlos/keine Antwort finden sollte: Denken Sie zum Beispiel an organisatorische, persönliche, team-bezogene oder strukturelle Herausforderungen...)</i></p>
	<p><i>Welche Herausforderung stellt die Arbeit im Team dar?</i>  <i>Wie kann der AA die Pflege möglichst effizient in die Visite einbinden?</i>  <i>Welche anderen Personen sollten in der Visite noch eingebunden werden?</i>  <i>Inwieweit findet das so tatsächlich statt?</i></p>
<b>Empathie</b>	<p><b>Inwiefern ist das Hineinversetzen in die Gefühlslage des Patienten während der Visite relevant?</b>  <i>Wenn nein: warum ist dies nicht relevant?</i></p> <p><i>Wenn Ja:</i>  <i>Wie gestaltet sich dies? (Wenn es Ihnen leichter fällt, nennen Sie ein Beispiel, in dem Sie sich in die Gefühlslage des Patienten hineinversetzt haben!)</i>  <i>Gibt es Situationen in denen es nötig ist sich nicht in den Patienten hineinzuversetzen? Gibt es Gründe die dafür sprechen, sich nicht in den Patienten hineinzuversetzen?</i></p> <p><b>Was denken Sie, welche Einstellung Patienten gegenüber der Visite haben?</b>  <i>Welche Aspekte tragen dazu bei, dass sich Patienten in der Visite wohl fühlen?</i>  <i>Welche Aspekte tragen dazu bei, dass sich Patienten in der Visite unwohl fühlen?</i></p> <p><b>Wie kann auf die Patienten eingegangen werden, die sich in der Visite unwohl fühlen?</b></p>
<b>Kommunikation</b>	
<b>Arzt-Patient (Verbal)</b>	<p><b>Wie gestaltet sich die Arzt-Patienten-Kommunikation während der Visite?</b></p> <p><i>Inwiefern findet eine Anpassung der eigenen sprachlichen Ausdrucksweise an die des Patienten und die des Visitenteam statt? (Falls der Interviewte Schwierigkeiten mit der Beantwortung hat: Können Sie ein Beispiel geben?)</i>  <i>Wie gestaltet sich diese Anpassung?</i>  <i>Welche Rolle spielt die Klärung von Fachbegriffen für den Patienten in der Visitsituation?</i>  <i>Inwieweit wird das Arzt-Patient-Verhältnis durch die Kommunikation beeinflusst/bedingt?</i></p> <p><b>Wie wird entschieden, welche Informationen für den Patienten relevant sind und vermittelt werden sollten?</b></p>

	<p><b>Wie werden diese Informationen vermittelt?</b>  <i>Inwieweit kann das Aufnahmevermögen des Patienten beurteilt werden?</i></p>
<b>Arzt-Patient (nonverbal)</b>	<p><b>Wie gestaltet sich die nonverbale Arzt-Patienten-Kommunikation während der Visite?</b></p>
<b>Arzt-Team</b>	<p><b>Wie gestaltet sich die Kommunikation im Team während der Visite?</b>  <i>Wie gestaltet sich der Austausch mit anderen teilnehmenden Ärzten?</i>  <i>Inwieweit findet eine Absprache zwischen den Ärzten und Pflegekräften statt?</i>  <i>Welche Bedeutung hat die Kommunikation im Team?</i></p>
<b>Pflege-Patient</b>	<p><b>In welcher Form findet Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient während der Visite statt?</b></p>
<b>Umgang mit Fehlern und Selbstreflexion</b>	
<b>Umgang mit Fehlern/Lernen aus Fehlern / Selbstreflexion</b>	<p><b>Zu welchen schwierigen Situationen kann es in der Stationsvisite kommen?</b>  <i>Wie werden schwierige Situationen bewältigt?</i>  <b>Zu welchen Störungen oder Unterbrechungen kann es während einer Visite kommen?</b>  <i>Wie wird mit diesen Störungen umgegangen?</i>  <i>Was kann der AA in diesen Situationen tun, damit die Störungen möglichst wenig ins Gewicht fallen?</i>  <b>Welche Fehler können in einer Stationsvisite geschehen? Wie gehen Sie/AA damit um? (also mit den Fehlern, die er/sie nennt)</b>  <b>Wie gehen Sie/AA in der Visite damit um, wenn Sie auf im Vorfeld geschehene Fehler aufmerksam werden?</b> (z.B. wenn Sie bemerken, dass eine Untersuchung nicht gelaufen ist)  <b>Wie gehen Sie/AA damit um, wenn Ihnen in einer Visite selbst ein Fehler unterläuft?</b>  <i>Wie werden Sie darauf aufmerksam?</i>  <i>Werden sie auch von anderen Teammitgliedern (Pflegekraft, etc.) darauf aufmerksam gemacht?</i>  <i>Wenn ja, wie gehen sie damit um?</i>  <i>Gibt es Situationen in denen sie Hilfe bei Kollegen oder anderen Teammitgliedern suchen?</i>  <i>Wenn ja, wie gestaltet sich diese?</i>  <b>Inwieweit wird die Visite nach Abschluss reflektiert/überdacht?</b></p>
<b>Visite als Ort der Lehre</b>	
<b>Lehre während der Visite</b>	<p><b>Inwieweit findet Lehre im Rahmen einer normalen Stationsvisite statt?</b>  <i>Inwieweit sollte Lehre im Rahmen einer normalen Stationsvisite stattfinden?</i>  <i>Wie kann man die Visite so gestalten, dass Studenten Wissen vermittelt wird?</i></p>
<b>Visite selbst gelernt</b>	<p><b>Wie haben Sie selbst die Durchführung einer Visite gelernt?</b>  <i>Wann und wo? (Studium/Krankenhaus/Fort-Weiterbildung)</i>  <i>Wie sollten angehende Ärzte auf die Durchführung von Visiten vorbereitet werden?</i>  <i>Nach welchen Kriterien wird beurteilt, ob ein Arzt selbstständig an der Visite teilnehmen kann?</i></p>
<b>Abschluss</b>	

	<p><b>Wie hoch ist der Stellenwert der Visite in der Chirurgie?</b></p> <p><b>Was macht eine gelungene Visite aus?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Für den Arzt</b></li> <li>- <b>für die Pflege</b></li> <li>- <b>für den Patient</b></li> </ul> <p><i>Wie kann der AA dazu beitragen?</i></p> <p><i>Ist es notwendig die Visite zu verändern?</i></p>
	<p>Wir haben jetzt verschiedene Aspekte besprochen, möchten Sie noch etwas ergänzen worauf wir nicht oder nicht ausreichend genug drauf eingegangen sind.</p>
<p>Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben.</p>	

*Ausschalten des Tonbands*

## Interviewleitfaden – Version Psychiatrie

**Erklärung der Forschung:** Wir führen eine Studie zu Visiten sowie den dabei relevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten durch. Ziel dieses Interviews ist es, zu erfahren, wie klinisch erfahrene Personen diese Aufgabe bewältigen und diese Erkenntnisse für die Weiterentwicklung eines Kurskonzeptes zum Visitenttraining nutzen.

**Umgang mit Daten und Einhaltung des Datenschutzes:** Die Daten, die wir sammeln, werden streng vertraulich behandelt und persönliche Details nicht weitergegeben. Zur Anonymisierung verwenden wir einen Code. Im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung und Publikation der Ergebnisse wird ausschließlich der Code verwendet und die Daten so dargestellt, dass keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind.

**Einverständniserklärung:** An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie widerrufen. Willigen Sie in die Teilnahme an dem Interview ein?

### **Ablauf des heutigen Interviews:**

Ich werde Ihnen zunächst einige Fragen zu strukturellen Aspekten der Visite stellen. Anschließend werde ich Ihnen Fragen zu den für die Visite relevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten stellen.

### 1. Erhebung demografischer Daten

Demografische Daten	
Geschlecht	Männlich Weiblich
Alter	
Beruf	Arzt/Ärztin; Krankenpfleger/in, Psychologe/Psychologin
Schwerpunkt/ Fachbereich	
Stationen, auf denen zuvor gearbeitet wurde	
Funktion in der Klinik	AA, OA
Jahre der Berufstätigkeit insg./an dieser Klinik	
Anzahl der Stationsvisiten momentan/Woche	

*Einschalten des Tonbands, Einverständniserklärung*

### 2. Interview

Abklären eines gemeinsamen Verständnis des Visitenbegriff	
	<b>Was verstehen Sie unter einer „typischen Visite“ auf einer psychiatrischen Station?</b>
<i>Ich beziehe mich in den folgenden Fragen immer auf die von dem Interviewten genannte Visite.</i>	
Ablauf	
	<b>Wie ist der Ablauf einer typischen Visite beginnend bei der Vorbereitung?</b>

Falls nicht darauf eingegangen wurde genauer nachfragen bezüglich:	Wann und wie oft findet die Visite gewöhnlich statt? Gibt es einen regulären festgesetzten Termin? Wann und wie wird dieser dem Patienten mitgeteilt?
	Wie lange dauert die Visite gewöhnlich? (Gesamtdauer, Dauer pro Patient) Wie wird die Zeit innerhalb der Visite priorisiert?
	Wer ist an der Visite gewöhnlich beteiligt? (Berufsgruppen, Anzahl der Personen) <b>Gibt es eine Maximalzahl an Teilnehmern?</b> Hat der Patient die Möglichkeit nicht daran teilzunehmen?
	In welche Phasen lässt sich die Visite untergliedern? (bevor der Patient im Raum ist – Organisation; Patient im Raum – Patient-Interaktion; nach dem Patienten – Absprache ) <b>Wie lange ist der Patient anwesend?</b>
	In welcher Form finden vor, während und nach der Visite Absprachen zwischen den Beteiligten statt?
	Womit endet die Visite typischerweise? Wie wird eine Visite in der Regel beendet? (z.B. Abschlussbesprechung, sofortige Zerstreuung) Was ist das Ziel/ Sinn der Visite?
<b>Inhalt der Visite</b>	
	<b>Welche übergeordneten/wesentlichen Themen werden in der Visite besprochen?</b> Inwieweit werden Themen berücksichtigt, die andere Fachbereiche betreffen? (internistisch etc.)
<b>Aufgaben</b>	
<b>Aufgaben des Assistenzarztes/ (Oberarztes, falls dieser teilnimmt)</b>	<b>Welche Aufgaben hat der Assistenzarzt/ (Oberarzt) in der Visite? Welche Tätigkeiten umfasst dies konkret?</b> Können Sie Fähigkeiten und Fertigkeiten benennen die der Assistenzarzt zur Bewältigung der Tätigkeiten benötigt?
<b>Aufgaben der anderen Teilnehmer - Interprofessionalität</b>	<b>Beschreiben Sie in Kürze die Rollen und Aufgaben der anderen Teilnehmenden</b> Welche <b>Bedeutung</b> hat Interprofessionalität in der Visite? Welche Bedeutung hat die Teilnahme der Pflege an der Visite? Welche Bedeutung hat die Teilnahme des Psychologen/der Psychologin?
<b>Material und Dokumentation</b>	
<b>Material</b>	<b>Welche Materialien, Unterlagen und Hilfsmittel werden für die Visite benötigt und mitgenommen?</b> Welche Aufzeichnungen über den Patienten (Kurven, Dokumente etc.) werden gebraucht? Wer ist dafür zuständig?
<b>Dokumentation</b>	<b>Wie gestaltet sich die Dokumentation in der Visite?</b> Was wird dokumentiert? Wo wird dokumentiert? Wer dokumentiert? Welche Bedeutung hat die Dokumentation?
<b>Team- und Selbstbezogene Aspekte</b>	
<b>Entscheidungsfindung</b>	<b>Welche Entscheidungen werden im Verlauf der Stationsvisite typischerweise getroffen?</b>

	<p><b>Wie findet der Entscheidungsprozess statt?</b>  <i>Wer trifft diese Entscheidungen?</i>  <i>Wann werden diese Entscheidungen getroffen? Bevor, während, nach dem Patienten?</i>  <i>Wie wird das Visitenteam mit eingebunden?</i>  <i>Wie wird der Patient mit eingebunden?</i></p>
	<p><b>Auf welche Informationsquellen wird hierfür zurückgegriffen?</b></p>
<b>Führung/Adaption/Team</b>	<p><b>Mit welchen Herausforderungen ist der AA während der Visite konfrontiert?</b>  <i>(Wenn Interviewee ratlos/keine Antwort finden sollte: Denken Sie zum Beispiel an organisatorische, persönliche, team-bezogene oder strukturelle Herausforderungen...)</i></p> <p><i>Welche Herausforderung stellt die Teamführung und die Arbeit im Team dar?</i>  <i>Wie kann der AA die Pflege bzw. andere Professionen möglichst effizient in die Visite einbinden?</i>  <i>Welche anderen Personen sollten in der Visite noch eingebunden werden?</i>  <i>Inwieweit findet das so tatsächlich statt?</i></p>
<b>Empathie</b>	<p><b>Inwiefern ist das Hineinversetzen in die Gefühlslage des Patienten während der Visite relevant?</b>  <i>Wenn nein: warum ist dies nicht relevant?</i></p> <p><i>Wenn Ja:</i>  <i>Wie gestaltet sich dies? (Wenn es Ihnen leichter fällt nennen Sie ein Beispiel, in dem Sie sich in die Gefühlslage des Patienten hineinversetzt haben!)</i>  <i>Gibt es Situationen in denen es nötig ist sich nicht in den Patienten hineinzuversetzen? Gibt es Gründe die dafür sprechen sich nicht in den Patienten hineinzuversetzen?</i></p> <p><b>Was denken Sie, welche Einstellung Patienten gegenüber der Visite haben?</b>  <i>Welche Aspekte tragen dazu bei, dass sich Patienten in der Visite wohl fühlen?</i>  <i>Welche Aspekte tragen dazu bei, dass sich Patienten in der Visite unwohl fühlen?</i>  <b>Wie kann auf die Patienten eingegangen werden, die sich in der Visite unwohl fühlen?</b></p>
<b>Kommunikation</b>	
<b>Arzt-Patient (Verbal)</b>	<p><b>Wie gestaltet sich die Arzt-Patienten-Kommunikation während der Visite?</b></p> <p><i>Inwiefern findet eine Anpassung der eigenen sprachlichen Ausdrucksweise an die des Patienten und die des Visitenteams statt? (Falls der Interviewte Schwierigkeiten mit der Beantwortung hat: Können Sie ein Beispiel geben?)</i>  <i>Wie gestaltet sich diese Anpassung?</i>  <i>Welche Rolle spielt die Klärung von Fachbegriffen für den Patienten in der Visitsituation?</i>  <i>Inwieweit wird das Arzt-Patient-Verhältnis durch die Kommunikation beeinflusst/bedingt?</i></p>
	<p><b>Wie wird entschieden, welche Informationen für den Patienten relevant sind und vermittelt werden sollten?</b></p>

	<p><b>Wie werden diese Informationen vermittelt?</b>  <i>Inwieweit kann das Aufnahme vermögen des Patienten beurteilt werden?</i></p>
<b>Arzt-Patient (nonverbal)</b>	<p><b>Wie gestaltet sich die nonverbale Arzt-Patienten- Kommunikation während der Visite?</b></p>
<b>Arzt-Team</b>	<p><b>Wie gestaltet sich die Kommunikation im Team während der Visite?</b>  <i>Wie gestaltet sich der Austausch mit anderen teilnehmenden Ärzten, Psychologen?</i>  <i>Inwieweit findet eine Absprache zwischen den Ärzten und Pflegekräften statt?</i>  <i>Welche Bedeutung hat die Kommunikation im Team?</i></p>
<b>Pflege-Patient</b>	<p><i>In welcher Form findet Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient während der Visite statt?</i></p>
<b>Umgang mit Fehlern und Selbstreflexion</b>	
<b>Umgang mit Fehlern/Lernen aus Fehlern / Selbstreflexion</b>	<p><b>Zu welchen schwierigen Situationen kann es in der Stationsvisite kommen?</b>  <i>Wie werden schwierige Situationen bewältigt?</i>  <b>Zu welchen Störungen oder Unterbrechungen kann es während einer Visite kommen?</b>  <i>Wie wird mit diesen Störungen umgegangen?</i>  <i>Was kann der AA in diesen Situationen tun, damit die Störungen möglichst wenig ins Gewicht fallen?</i>  <b>Welche Fehler können in einer Stationsvisite geschehen? Wie gehen Sie/AA damit um? (also mit den Fehlern, die er/sie nennt)</b>  <b>Wie gehen Sie/AA in der Visite damit um, wenn Sie auf im Vorfeld geschehene Fehler aufmerksam werden?</b> (z.B. wenn Sie bemerken, dass eine Untersuchung nicht gelaufen ist)  <b>Wie gehen Sie/AA damit um, wenn Ihnen in einer Visite selbst ein Fehler unterläuft?</b>  <i>Wie werden Sie darauf aufmerksam?</i>  <i>Werden sie auch von anderen Teammitgliedern (Pflegekraft, etc.) darauf aufmerksam gemacht?</i>  <i>Wenn ja, wie gehen sie damit um?</i>  <i>Gibt es Situationen in denen sie Hilfe bei Kollegen oder anderen Teammitgliedern suchen?</i>  <i>Wenn ja, wie gestaltet sich diese?</i>  <b>Inwieweit wird die Visite nach Abschluss reflektiert/überdacht?</b></p>
<b>Visite als Ort der Lehre</b>	
<b>Lehre während der Visite</b>	<p><b>Inwieweit findet Lehre im Rahmen einer normalen Stationsvisite statt?</b>  <i>Inwieweit sollte Lehre im Rahmen einer normalen Stationsvisite stattfinden?</i>    <i>Wie kann man die Visite so gestalten, dass Studenten Wissen vermittelt wird?</i></p>
<b>Visite selbst gelernt</b>	<p><b>Wie haben Sie selbst die Durchführung einer Visite gelernt?</b>  <i>Wann und wo? (Studium/Krankenhaus/Fort-Weiterbildung)</i>  <i>Wie sollten angehende Ärzte auf die Durchführung von Visiten vorbereitet werden?</i>  <i>Nach welchen Kriterien wird beurteilt, ob ein Arzt selbstständig an der Visite teilnehmen kann?</i></p>
<b>Abschluss</b>	

Wie hoch ist der Stellenwert der Visite in der Psychiatrie?

**Was macht eine gelungene Visite aus?**

- **Für den Arzt**
- **Für die Pflege**
- **Für den Psychologen**
- **Für andere teilnehmende Professionen (zb. Sozialarbeiter)**
- **für den Patient**

*Wie kann der AA dazu beitragen?*

*Ist es notwendig die Visite zu verändern?*

Wir haben jetzt verschiedene Aspekte besprochen, möchten Sie noch etwas ergänzen worauf wir nicht oder nicht ausreichend genug drauf eingegangen sind.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben.

*Ausschalten des Tonbands*

## **B Transkriptionssystem**

### **Transkriptionsregeln**

Die Transkriptionsregeln entsprechen weitgehend wortwörtlich dem Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (Dresing & Pehl, 2013, S. 21-23), das mit Regeln von Kuckartz et al. (Kuckartz, Dresing, Rädiker, & Stefer, 2008, S. 27) ergänzt wurde. Als Beispieltranskript diente ein Transkript von Dresing und Pehl (Dresing & Pehl, 2013, S. 25). Regeln, die nicht in der Studie zur Anwendung kamen, wurden weggelassen. Eigene Änderungen zum Regelwerk sind mit einem Asterisk gekennzeichnet.

1. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet.
2. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
3. Dialekte werden so geschrieben, wie sie gesprochen werden.
4. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
5. Das Transkript wird als Rich Text Format (.rtf-Datei) gespeichert. Benennung der Datei entsprechend des Audiodateinamens (ohne Endung wav, mp3). Beispielsweise: Interview\_04022011.rtf.
6. Wortverschleifungen werden transkribiert. Beispielsweise „Er hatte noch so’n Buch genannt“ und „hamma“.\*
7. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
8. Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert: „Ich habe mir Sor/  
Gedanken gemacht“. Wortdoppelungen werden immer notiert.
9. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.

10. Verständnissignale und Fülllaute des Interviewers („mhm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert. Alle Äußerungen des Befragten werden transkribiert, dies bedeutet auch Fülllaute wie Mhm und Ähm.
11. Wenn eine Antwort nur aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung besteht, wird diese als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.\*
12. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert (unabhängig wie lange die Pausen sind)\*.
13. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert (z.B.: „B: Daran kann ich mich gut erinnern (lacht)“ )\*.
14. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?).
15. Unterbrechungen werden gekennzeichnet durch (Unterbrechung) und mit Zeitmarke versehen.\*
16. Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein //. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet.
17. Orte und Namen werden nicht ausgeschrieben, sondern mit XY gekennzeichnet. Z.B.: B: Das hat Frau XY gesagt. oder B: Hier in XY hat es immer gutes Wetter. Falls durch den Kontext nicht herauszufinden ist was XY bedeutet, wird in Klammern die Funktion geschrieben. Z.B. XY (Person) ist schön.\*

Regeln 1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14: „Einfaches Transkriptionssystem“ (Dresing & Pehl, 2013, S. 21-23)

Regeln 3, 8, 10, 16: „Erweiterung zu den Regeln“ (Dresing & Pehl, 2013, S. 23)

Regeln 2, 17: (Kuckartz et al., 2008, S. 27)

## Hinweise zur einheitlichen Schreibweise

Die stilistischen Schreibvorgaben der Transkription sind wortwörtlich entnommen aus den Hinweisen zur einheitlichen Schreibweise von Dresing und Pehl (Dresing & Pehl, 2013: S. 24-25):

1. Einzelbuchstaben: immer großschreiben, zum Beispiel „wie Vogel mit V“.
2. Aufzählungen: ein großer Buchstabe ohne Klammer.
3. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: und ich sagte dann „Na, dann schauen wir mal“.
4. Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben, zum Beispiel Prozent, Meter und so weiter.
5. Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
6. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
7. Anredepronomen der zweiten Person (du und ihr) werden klein geschrieben, die Höflichkeitsanrede-Pronomen (Sie und Ihnen) werden großgeschrieben.
8. Zahlen werden wie folgt dargestellt:
  - a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext mit Namen, größere in Ziffern.
  - b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem Runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
  - c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „ $4 + 5 = 9$ “ und „3,5“.
  - d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibe man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: „Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe“.
  - e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolge man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“.

## C Kategoriensystem

adaptiert nach Wölfel et al. (Wölfel et al., 2016)

\* = neue Kategorien im Vergleich zum Kategoriensystem der Vorstudie

*Kursive Schrift* = nicht in die Kompetenzen gezählte Kategorien bei der Auswertung

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
Kommunikation Arzt- Team	Aussagen zu Kommunikation zwischen Arzt und dem Visitenteam.				
	Information Arzt- Arzt/ Psychologe	Aussagen über Informationsaustausch zwischen Arzt – Arzt $\triangleq$ Psychologe			
		Informationsaustausch - Vorbereitung der Visite	Der Arzt kann zur Vor- bereitung der Visite rele- vante Informationen mit anderen Ärzten austau- schen.	Wenn Aussagen zum Informationsaus- tausch zwischen Ärzten zur Vorbereitung der Visite getroffen werden.	Ich hab' meistens mit den Assis- tenten halt noch mal kurz vorher besprochen, wie sie/was jetzt so ansteht, ob wir auf irgendwas besonders achten müssen, und dann ham wir Visite gemacht.
		Informationsaustausch – nach der Visite	Der Arzt kann im direk- ten Anschluss an die Vi- site relevante Informatio- nen mit anderen Ärzten austauschen.	Wenn Aussagen zum Informationsaus- tausch zwischen Ärzten direkt im An- schluss an die Visite getroffen werden.	Nach der Visite besprechen wir, wer jetzt was erledigt.
		Informationsaustausch – allgemein	Der Arzt kann Informati- onen im ärztlichen Team erwerben und Austau- schen. Er ist zur Argu- mentation und Abspra- che im Team fähig.	Wenn Aussagen getätigt werden, die sich auf den Informationsaustausch zwi- schen den Ärzten durch nicht-schriftliche Kommunikation beziehen, die nicht im Kontext mit Entscheidungen oder der Vorbereitung/ Nachbereitung der Visite stehen und nicht Aussagen beinhalten, dass kein Austausch auf der Visite statt- findet.	Wenn gemeinsam Visite gegang- en wird, dann sollten kurz be- vor man in jedes, ins Patienten- zimmer geht, sollten die wich- tigsten Punkte angesprochen werden./ Dass man sagt je nach Patienten, Krankheitsbild, Situa- tion muss ich gucken was disku- tiert ich jetzt rein medizinisch rein untereinander, Pflegekraft - Arzt, und was Dialog, welchen Dialog hab ich vor dem Patienten.
		Informationsaustausch – Entscheidungen	Der Arzt kann im Kon- text von anstehenden Entscheidungen rele- vante Informationen mit anderen Ärzten austau- schen.	Wenn Aussagen zum Informationsaus- tausch zwischen Ärzten im Kontext von Entscheidungen getroffen werden. Nicht Rücksprache mit Vorgesetzten.	Also es ist üblicherweise so, dass, nachdem jeder seine Be- obachtungen sozusagen darge- legt hat, begonnen wird Schlüsse zu ziehen.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Information Arzt - Pflege	Informationsaustausch mit der Pflege, jedoch nicht wenn der Informationsaustausch mit der Pflege an sich als Möglichkeit genannt wird die Pflege in die Visite einzubeziehen.			
		Informationsaustausch - Vorbereitung der Visite	Der Arzt kann zur Vorbereitung der Visite relevante Informationen mit der Pflege austauschen.	Wenn Aussagen zum Informationsaustausch zwischen Arzt und Pflege zur Vorbereitung der Visite getroffen werden.	Wenn Untersuchungen am Vortag laufen, wo man noch nicht die Befunde kennt, oder nicht jeder die Befunde kennt, oder Konsile (...), dann versuchen wir das vorher zu klären.
		Informationsaustausch - nach der Visite	Der Arzt kann im direkten Anschluss an die Visite relevante Informationen mit der Pflege austauschen.	Wenn Aussagen zum Informationsaustausch zwischen Arzt und Pflege direkt im Anschluss an die Visite (komplette Visite ist abgeschlossen, nicht Absprachen nach einem Zimmer vor der Tür) getroffen werden.	Im Anschluss gibt man dann die wichtigsten Informationen an die Pflege weiter.
		Informationsaustausch allgemein	Der Arzt kann Informationen von der Pflegekraft erwerben und mit ihr austauschen.	Wenn Aussagen getätigt werden, die sich auf den Informationsaustausch zwischen Pflege und Arzt durch nicht schriftliche Kommunikation beziehen, die nicht im Kontext von Entscheidungen oder der Vorbereitung/Nachbereitung der Visite oder der Delegation von Aufgaben stehen.	(...) und den Schwestern auch zu sagen: "So, wenn das und das erledigt ist, dann planen wir auch mal ne Entlassung." oder "Wir funktioniert das mit der Medikamenteneinnahme?"
		Informationsaustausch - Entscheidungen	Der Arzt kann im Kontext von anstehenden Entscheidungen relevante Informationen mit der Pflege austauschen.	Wenn Aussagen zum Informationsaustausch zwischen Arzt und Pflege im Kontext von Entscheidungen getroffen werden.	Ja das könnte ich mir vorstellen, das manchmal noch vielleicht von Seite der Pflege da noch Hinweise kommen: "Wahrscheinlich wird das ambulant dann nicht weiterverfolgt", dass man sagt ok, dann lässt man ihn noch ein paar Tage länger stationär um die Untersuchung zu machen.
	Information allgemein	Aussagen über den Informationsaustausch im Team			
		*Informationsgleichstand im Team herstellen	Die Informationen jedes Teammitglieds werden ausgetauscht und vereint, sodass jeder Visiteteilnehmer auf dem gleichen Kenntnisstand ist.	Wenn Aussagen über die Art des Verteilens der Informationen innerhalb des Teams getätigt werden mit dem Ziel jeden Teilnehmer die gleiche Information zukommen zu lassen. Es wird ein kompletter, homogener Informationsstand im Team angestrebt.	Und dass die Information fließt, zwischen allen Beteiligten im Team, ja.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Informationsaustausch mit anderen Disziplinen	Der Arzt ist in der Lage Informationen mit anderen Professionen als Ärzten oder der Pflege bzw. den Angehörigen auszutauschen.	Wenn Aussagen zum Informationsaustausch mit Personen, die nicht Ärzte, Pflegekräfte oder Angehörige sind, auch wenn dieser über Anordnungen etc. erfolgt.	Dann ruft man in der Physiotherapie an.
		<i>Kein Informationsaustausch/ Keine Absprachen</i>	<i>Während der Visite (inkl. Vor- und Nachbesprechungen) kommt es nicht zu einem Informationsaustausch mit anderen Ärzten oder der Pflege.</i>	<i>Wenn Aussagen beinhalten, dass es während der Visite (inkl. Vor- und Nachbesprechungen) zu keinem Informationsaustausch mit anderen Ärzten oder der Pflege kommt.</i>	<i>Also würde ich sagen genauso wenig regelhaft, wie es die Vor-Ab-Vorbesprechung gibt.</i>
	Gesprächsgestaltung	Aussagen zur Gesprächsgestaltung bei Kommunikation mit dem Team.			
		Gesprächsführung	Redebeiträge koordinieren und gezielte Fragen stellen.	Wenn Aussagen zur Gesprächsmoderation im Team getätigt werden.	(...) und wenn's geht, dass man möglichst jeden Einzelnen befragt, ob er noch was beizutragen hat. / Dann wird auch die Pflegekraft gefragt./ Einer leitet das Gespräch./ Im Zimmer sollte keine Absprache untereinander erfolgen.
		Nonverbale Kommunikation	Nonverbale Kommunikation im Sinne von Körpersprache, Raumverhalten oder taktile Kommunikation.	Wenn Aussagen zur Körpersprache, dem Raumverhalten oder der taktilen Kommunikation gegenüber dem Visitenteam getroffen werden.	ja genauso, dass man auch möglichst schaut, dass man da nen Blickkontakt herstellt.
		Anpassung des Sprachgebrauchs	Ausdrucksweise und Wortwahl in der Teamkommunikation werden an die Visitsituation angepasst.	Wenn Aussagen zur Art und Weise der Anpassung der Kommunikation mit dem Team auf der Visite getroffen werden.	Kommunikation im Patientenzimmer ist, sollte so sein, dass man nicht vor dem Patienten so spricht, dass er es offensichtlich nicht verstehen soll.
	Sonstiges	Weitere Aussagen zur Kommunikation zwischen Arzt und Visitenteam.			
		Allgemeine Aussagen zur Kommunikation mit dem Team	Aussagen, die sich allgemein auf die Kommunikation mit dem Team beziehen.	Wenn Aussagen getätigt werden, die sich auf die Kommunikation mit dem Team beziehen, aber sonst in keine Kategorie fallen.	Man muss sich Austauschen können und das fällt weg, wenn nicht alle auf dem gleichen Kenntnisstand sind.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Vergleich zur Kommunikation in anderen Situationen	Die Kommunikation während der Visite wird mit der Kommunikation in anderen Situationen außerhalb der Visite verglichen.	Wenn Aussagen getätigt werden, die einen Vergleich zwischen Visitenkommunikation und Kommunikation in anderen Situationen beinhaltet.	Die Kommunikation vor dem Patientenzimmer ist so wie immer.
Kommunikation Arzt-Patient verbal	Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf der Visite.				
	Information	Aussagen, die die Art der an den Patienten zu übermittelnden Informationen und die Auswahl derer beinhalten.			
		Informationsaustausch Arzt – Patient Allgemein	Informationen werden von dem Arzt an den Patienten weitergegeben.	Wenn Aussagen getroffen werden, die einen Informationsfluss von Arzt zum Patient betreffen.	Hab ich meine Aufgabe erfüllt, dass ich den Patienten ausreichend informiert habe über das, was ich weiß?
		Informationsaustausch Arzt – Patient im Kontext Entscheidungen	Der Patient wird informiert, um eine Entscheidung selbst treffen zu können oder in eine Entscheidung einzuwilligen.	Wenn Aussagen gemacht werden, dass Informationen an den Patienten weitergegeben werden, damit dieser eine Entscheidung treffen oder bewilligen kann und bei Aussagen, wenn der Arzt Informationen vom Patient einholt um zu entscheiden. Aussagen zum reinen Austausch von Informationen im Rahmen der Einbindung in die Entscheidung. Stichwörter: informieren, aufklären, Patienten müssen wissen, Informationen vom Patient erlangen, um zu entscheiden.	Also das heißt er muss eigentlich aufgeklärt sein warum etwas gemacht wird und welchen Erkenntnisgewinn man davon hat. / Das braucht dann immer ein längeres Gespräch.
		Informationsbedürfnis des Patienten prüfen	Der Arzt weiß oder erfragt, wie viel Informationen der Patient in seiner aktuellen Situation haben möchte.	Wenn Aussagen zum Informationsbedürfnis des Patienten und zum ärztlichen Umgang mit diesem getroffen werden.	Nicht jeder Patient möchte vollumfänglich alles wissen. / Wie viel kann ich dem Patienten gerade zumuten? / Manche können gerade gar nicht so viel aufnehmen. /Also ich schau erst mal wo der Patient gerade steht.
		Auswahl der zu vermittelnden Informationen	Der Arzt wählt bestimmte Informationen aus, die er vermittelt und thematisiert andere nicht.	Wenn Aussagen zur Auswahl der zu übermittelnden Informationen getroffen werden. Sowohl dazu ob eine Auswahl stattfindet, nach welchen Kriterien sich der Arzt richtet und wie sie stattfindet.	Sie (...) sollten dem Patienten keine Information vorenthalten die relevant ist, es ist aber auch nicht erforderlich, dass Sie jeden Patienten minutiös über eine Kaliumabweichung von 3,4 (...) informieren müssen.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Sprachgebrauch	Aussagen zur Ausdrucksweise und Anpassung dieser an die Visitsituation.			
		Art und Weise der Anpassung des Sprachniveaus	Art und Weise ob und wie der Arzt sein Sprachniveau im Gespräch mit dem Patienten anpasst oder anpassen sollte.	Wenn Aussagen getroffen werden inwiefern und wie der Arzt sein Sprachniveau im Gespräch mit dem Patienten anpasst oder anpassen sollte.	Also Fachbegriffe sind, wo immer möglich, zu vermeiden und durch gängige deutsche Begriffe zu ersetzen.
		Bedeutung der Anpassung des Sprachniveaus	Bedeutung die der Anpassung des Sprachniveaus beigemessen wird.	Wenn Aussagen getätigt werden, welche Bedeutung die Anpassung des Sprachniveaus in der Visite hat.	Das ist sehr wichtig.
		Bedeutung der Klärung von Fachbegriffen	Bedeutung der Klärung von Fachbegriffen für den Patienten aus der Sicht des Arztes.	Wenn Aussagen zu Bedeutung der Klärung von Fachbegriffen getroffen werden.	Grundsätzlich nen hohe.
		Sonstiges	Weitere Aussagen zum Sprachgebrauch, der Anpassung und Möglichkeit.	Wenn Aussagen zum Sprachgebrauch auf der Visite gemacht werden, die nicht anders kategorisiert sind.	Also die Patienten merken das schon, ob jemand versucht ihnen das so zu erklären, dass sie es verstehen.
	Gesprächsführung	Gesprächsführung des Arztes im Gespräch mit dem Patienten.			
		Fragen zulassen	Der Arzt gibt dem Patient die Möglichkeit Fragen zu stellen.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden, dass der Patient Fragen stellen kann.	(...) dass er die Möglichkeit hat, das, was er nicht verstanden hat, zu hinterfragen(...)
		Offene Fragen stellen	Der Arzt stellt offene Fragen und gibt so dem Patienten die Möglichkeit über das zu sprechen, was ihm wichtig ist.	Wenn Aussagen getätigt werden die implizieren, dass der Arzt offene Frage stellt/ den Patient reden lässt.	Dann lässt man den Patienten auch mal ein bisschen erzählen. / Dann fragen wir den Patient zunächst, wie es ihm geht.
		*Festlegen eines Gesprächsführers	Ein Visitenteilnehmer kommuniziert mit dem Patienten. Die Rolle des Gesprächsleiters wird definiert oder ist allgemein bekannt.	Wenn Aussagen oder der Wunsch getätigt werden, die eine Person als Gesprächsführer kennzeichnen.	Also ich find's gut, wenn einer die Kommunikation hauptsächlich vor dem Patienten führt.
		Empathische Gesprächsführung	Der Arzt handelt empathisch durch seine Gesprächsführung.	Wenn Aussagen zu empathischem Handeln durch die Gesprächsführung getätigt werden u.a. Aussagen wie man empathische Handeln kann, die sich auf die Gesprächsführung beziehen.	Ja das man den Patienten auch einfach mal zu Wort kommen lässt.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		*Patient Gesprächsraum geben	Wenn dem Patient die Möglichkeit gegeben wird, frei zu reden und ohne Vorgaben wie Fragen von Seiten des Arztes zu erzählen und das Gespräch mitzugestalten.	Wenn Aussagen getätigt werden, die vermerken, dass man den Patient frei erzählen lässt und dem Patienten die Möglichkeit gegeben wird das Gespräch mitzugestalten.	Ich finde sinnvoll, wenn man zunächst mal den Patienten reden lässt.
		*Kommunikation eingrenzen	Der Arzt beschränkt die Kommunikation mit dem Patienten aufgrund verschiedener Aspekte z.B. Zeitmangel.	Wenn Kommunikation in der Visite aufgrund von Zeitmangel oder anderen Gründen kurz gehalten oder ausgelassen wird.	Und manche Patienten, aber gut, das gibt's wie überall im Leben, sind einfach sehr mitteilungsbedürftig (...), da muss man dann (...) // Ja, also auch das ist wichtig (...) eben dann 'ne Grenze zu finden, aber dann mit 'ner, mit 'ner positiven Weiterführung (...).
		Sonstiges	Weitere Aussagen zur Gesprächsführung mit dem Patienten.	Wenn Aussagen getroffen werden, wie der Arzt das Gespräch mit dem Patienten führt.	Es wird auf Augenhöhe gesprochen. / Ja sachlich.
	Verständnis des Patienten	Klärung, inwieweit der Patient übermittelte Informationen verstanden hat.			
		*Verständnis erkennen/fördern	Der Arzt kommuniziert mit dem Patienten auf eine Weise, dass dieser die Informationen versteht und behält. Der Arzt stellt seine Kommunikation auf die Verständnissfähigkeit des Patienten ein. Dazu zählt auch das Erkennen von Heterogenität des Verstehens von unterschiedlichen Patientengruppen.	Wenn Aussagen getroffen werden, wie und ob der Arzt seine Informationen so überbringt, dass der Patient sie versteht und nicht vergisst. Keine Aussagen zur Anpassung des Sprachniveaus. Stichworte "erklären"/ "motivieren". Ebenso dass der Arzt seine Kommunikation auf die Verständnissfähigkeit des Patienten einstellt. Dazu zählt auch das Erkennen von Heterogenität des Verstehens von unterschiedlichen Patientengruppen.	Die Wiederholung ist enorm wichtig./ (...) da ist die Kommunikation sehr leicht, weil diese Patientin natürlich so in ihrem Geschehen drin ist, dass es, dass es auch 'n ganz anderes Einbinden des Patienten ist. (...) ne andere Patientin, die spricht nur Englisch, also das heißt, da kommen also auch Fremdsprachen mit rein und wieder andere Patienten sind (...) nicht im Stande, dieser Visite inhaltlich so zu folgen, dass (...) es da auch schwer ist mit der Kommunikation.
		Verständnis prüfen	Art und Weise ob und wie ermittelt wird, ob der Patient die vermittelten Informationen verstanden hat.	Wenn Aussagen getroffen werden, wie und ob Ärzte sich versichern, ob der Patient die Information verstanden hat.	(...) ein guter Indikator ist beispielsweise welche Rückfragen kommen. / Vielleicht frag ich auch manchmal nochmal nach.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Auswirkungen der Kommunikation	Aussagen zur Auswirkung der Kommunikation			
		Auswirkungen der Kommunikation auf das Arzt-Patienten Verhältnis	Auswirkungen der Kommunikation auf der Visite auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient.	Wenn Aussagen getroffen werden, die die Auswirkungen der Kommunikation auf das Arzt-Patienten Verhältnis beschreiben.	(...) wenn der Patient Sie versteht, wenn der Patient Ihnen vertraut und Sie die richtige Sprache für den Patient wählen, dann ist das sofort so, dass Sie ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis aufbauen.
		Sonstige Auswirkungen	Auswirkungen der Kommunikation auf andere Aspekte als das Arzt-Patienten Verhältnis.	Wenn Auswirkungen der Arzt-Patienten Kommunikation genannt werden, die sich nicht auf das Arzt-Patienten Verhältnis beziehen.	Bei uns ist es weniger der Inhalt des Fachbegriffes, der für die Patienten irritierend ist, sondern die affektive Konnotation.
	Sonstiges	Weitere Aussagen zur verbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf der Visite.			
		Vergleich der Arzt-Patienten Kommunikation auf der Visite mit außerhalb	Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite wird mit der Kommunikation außerhalb der Visite verglichen.	Wenn Aussagen getroffen werden, die einen Vergleich zwischen der Visitenkommunikation und der Kommunikation zwischen Arzt und Patient in anderen Situationen beinhalten.	Bei mir nicht.
		Planung/ Durchführung eines weiteren Gespräches	Der Arzt versucht nicht alle Informationen in der Visite zu überbringen, sondern vereinbart gegebenenfalls einen anderen Gesprächstermin mit dem Patienten.	Wenn Aussagen zur Vereinbarung von Gesprächsterminen / Ausgliederung von Gesprächen aus der Visite bzw. auch in die nächste Visite gemacht werden.	(...) da muss man dann noch so ein Sondergespräch führen lassen.
		*Bedeutung	Bedeutung der Kommunikation zwischen Patient und Arzt während der Visite.	Wenn Aussagen zur Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient getroffen werden. (vgl. Bedeutung Pflege-Patienten Kommunikation)	Die Kommunikation ist primär zwischen Arzt und Patient während der Visite.
Kommunikation Pflege Patient	Aussagen zur Kommunikation zwischen Pflege und Patient.				
	*Kommunikation Pflege-Patient vor/ nach der Visite		Wenn nach oder vor der Visite Kommunikation zwischen Pflege und Patient stattfindet, die Themen der Visite beinhalten.	Aussagen, die die Kommunikation im Vorfeld und nach der Visite zwischen Patient und Pflege beinhalten und sich auf die Visite beziehen.	Und wenn die / wieder andersrum, wenn die Ärzte dann das Prozedere von dem festlegen für den ganzen Behandlungsprozess, dann ist es auch die Vermittlerrolle von der Schwester noch mal nachher zu erklären dem Patienten, wenn er noch Fragen hat und so.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	<i>Kommunikation Pflege-Patient in der Visite.</i>	<i>Aussagen zur Kommunikation zwischen Pflege und Patient während der Visite.</i>			
		<i>Bedeutung</i>	<i>Bedeutung der Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient während der Visite.</i>	<i>Wenn Aussagen getätigt werden, die sich auf die Kommunikation zwischen der Pflegekraft und Patient in der Visite beziehen</i>	<i>Wenig, wenig. Also die konzentrieren sich dann schon auf den Arzt.</i>
		<i>Sonstiges*</i>	<i>Weitere Aussagen zur Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient.</i>	<i>Wenn Aussagen zur Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient getätigt werden, die sich nicht auf die Bedeutung dieser in der Visite beziehen.</i>	<i>Die wissen nicht wie sie zur Reha kommen und dann (...) muss man denen das halt sagen, dass das schon alles geregelt wird (...)</i>
Kommunikation Arzt-Patient nonverbal	<i>Aussagen zur nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf der Visite.</i>				
	<i>Beispiele</i>	<i>Beispiele für nonverbale Kommunikation auf der Visite.</i>			
		<i>Beispiele für nonverbale Kommunikation auf der Visite</i>	<i>Genannte Beispiele für nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf der Visite.</i>	<i>Wenn Beispiel für nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf der Visite genannt werden.</i>	<i>Ja also Blickkontakt ist schon - , also dass man den Patienten schon anschaut immer wenn man spricht.</i>
		<i>*Beispiele für negative nonverbale Kommunikation</i>	<i>Beispiele, die nonverbale Kommunikation betreffen, die ungünstige Auswirkung auf das Visiterleben des Patienten und des Arzt-Patienten Verhältnisses haben.</i>	<i>Wenn Negativbeispiele für nonverbale Kommunikation genannt werden</i>	<i>Was ich ungünstig finde, wenn man sich dem Patienten mit dem Rücken zudreht und dann noch auch was bespricht oder so. Das kommt ganz schlecht an.</i>
	<i>Sonstiges</i>	<i>Weitere Aussagen zur nonverbalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient auf der Visite.</i>			
		<i>Allgemeine Aussagen</i>	<i>Allgemeine Aussagen zur nonverbalen Kommunikation auf der Visite.</i>	<i>Wenn allgemeine Aussagen zur nonverbalen Kommunikation auf der Visite getroffen werden.</i>	<i>Je nachdem. Es ist so wie mit den sprachlichen Gegebenheiten. Je nachdem wozu der Patient in der Lage ist, was er selber für ein Feingefühl hat.</i>
	<i>Bedeutung</i>	<i>Stellenwert der Auswirkungen nonverbaler Kommunikation auf der Visite.</i>	<i>Wenn Aussagen dazu, ob nonverbale Kommunikation wichtig ist, welche Auswirkungen sie hat.</i>	<i>Das ist ganz wichtig, weil sonst müsste man ja auch gar nicht dort hingehen, dann könnte man ja alles schriftlich machen.</i>	
Kommunikation Arzt - Angehörige	<i>Aussagen zur Kommunikation zwischen Arzt und Angehörigen der Patienten.</i>				
	<i>In der Visite</i>	<i>Aussagen dazu, wann Absprachen mit Angehörigen getätigt werden oder getätigt werden sollen.</i>			
		<i>Bedeutung/ zeitlicher Aspekt der Kommunikation mit Angehörigen während der Visite</i>	<i>Bedeutung, die das Gespräch mit Angehörigen während der Visite hat.</i>	<i>Wenn Aussagen dazu getroffen werden, ob das Gespräch mit Angehörigen während der Visite stattfindet oder stattfinden soll.</i>	<i>Aber in der Regel sollten Angehörigengespräche nachmittags stattfinden und haben nicht zu Visitenzeit zu tun.</i>

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Allgemein	Aussagen zur Kommunikation zwischen Arzt und Angehörigen, die sich nicht speziell auf die Visitsituation beziehen.			
		Absprache mit den Angehörigen	Allgemeine Absprache zwischen Arzt und Angehörigen von Patienten, zum Beispiel den Inhalt betreffend.	Wenn Aussagen getätigt werden, die sich auf Gespräche mit Angehörigen beziehen und nicht im Kontext mit Störungen oder Zeitpunkt der Absprache getroffen werden.	Oder ich muss noch andere Leute mit einbeziehen (...) Angehörige.
Collaborative Clinical Reasoning	Aussagen zur Fähigkeit Diagnosen zu stellen, zu überprüfen und Konsequenzen aus Diagnosen abzuleiten.				
	Informationen einholen	Aussagen zum Einholen von Informationen für die Entscheidungsfindung			
		Patientendaten sichten	Der Arzt ist in der Lage Informationen systematisch zu sichten und relevante Informationen von nicht relevanten Informationen zu unterscheiden.	Wenn Aussage getätigt werden wie und ob Patientendaten gesichtet werden, jedoch nicht wenn Datensichtung zur Vorbereitung der Visite betrieben wird.	Der Assistenzarzt schaut sich erst die Vitalparameter an, dann das Labor und befragt anschließend den Patienten.
		Literaturrecherche	Der Arzt liest unklare Sachverhalte in entsprechender Literatur nach.	Wenn Aussagen zu Nutzung von Hintergrundliteratur (Fachbuch, Internet etc.) in Bezug auf die Visite gemacht werden.	Ist sich der Assistenzarzt bei einer Anordnung unsicher, liest er in einem Fachbuch nach.
		Information analysieren	Der Arzt überlegt, welche Bedeutung das Symptom des Patienten hat und generiert Differentialdiagnosen.	Wenn Aussagen zur Analyse von Informationen und Generierung von Differentialdiagnosen getätigt werden.	Ich schau' mir die Kurven an, ham die Fieber, was machen die Kreislaufwerte, was, äh, bei Patienten, die bilanziert werden, Urinbilanzen, Einfuhr, Ausfuhr, muss ich da irgendwas unternehmen, bring' das in Übereinstimmung zum Beispiel mit zentralen Venendrücken, sofern die Patienten parenteral ernährt werden und 'n zentralen Venenkatheter ham.
		Hauptsymptom/ Problem kennen	Der Arzt erfasst/ kennt das Hauptsymptom des Patienten.	Wenn Aussagen getroffen werden, dass der Arzt weiß oder erfragt, was das führende Problem des Patienten ist.	Das heißt also die Strategie ist: Was hat er? / Ich muss wissen, was der Patient hat.
		*Probleme beim Einholen von Informationen	Schwierigkeiten beim Beschaffen von Informationen.	Wenn Schwierigkeiten beim Beschaffen von Informationen über den Patienten genannt werden.	Häufig sind es sehr, sehr viele und sehr, sehr viele Informationen, die vom Patienten zusammenlaufen und da gehts zunächst einmal um die Aufnahmefähigkeit.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Informationen einholen Rest	Der Arzt ist in der Lage sich die Informationen zu beschaffen, die er zur Beurteilung des Patientenfalls braucht.	Wenn Aussagen getätigt werden, ob und wie der Arzt seine Informationen bekommt. Nicht körperliche Untersuchung, Anamnese oder Absprachen mit der Pflege, anderen Ärzten oder dem Patienten. Immer wenn Erfahrung als Grundlage der Entscheidung genannt wird.	Sich am Patientenbett konkret ein Bild vom Patienten machen können. / Also unmittelbare Therapieentscheidungen werden anhand der, des aktuellen Zustands getroffen und anhand vielleicht auch neuer Probleme.
	Behandlungsplanung	Aussagen zur Planung der Behandlung.			
		Mit dem Patienten	Der Arzt bespricht mit dem Patienten, was der Behandlungsplan und das Ziel der Behandlung ist und weiß, was sich der Patient von der Behandlung erwartet.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden, ob und wie mit dem Patienten über die Ziele der Behandlung und die gemeinsame Behandlungsplanung gesprochen wird.	Und das wichtigste bei der ganzen Geschichte ist immer, dass man sich bei den Patienten überlegt, grad bei chronisch kranken Patienten, was ist deine Erwartung und was ist mir möglich.
		Durch den Arzt	Einschätzungen zu Krankheitsverlauf werden durch den Arzt getroffen und der Arzt erstellt einen Behandlungsplan und legt Therapieziele fest.	Wenn Aussagen über Planung/ Plan der Behandlung und Festlegung von Therapiezielen durch den Arzt getroffen werden, *auch bei standardisierter Behandlung.	Der Assistenzarzt hat einen Behandlungsplan für jeden Patienten.
	Entscheidungen	Aussagen über die Entscheidungsfindung in der Visite			
		* Ort/Zeitpunkt der Entscheidungen/ Entscheidungen vor dem Patientenkontakt	Entscheidungen, die vor dem Patientenkontakt schon feststehen, Zeitpunkt und Ort der Entscheidungen.	Wenn der Arzt die Entscheidungen weitgehend vor dem Patientenkontakt, auch lediglich innerlich, getroffen hat. Wenn Aussagen über Zeitpunkt und Ort der Entscheidungen getroffen werden.	Wenn es um kritische Entscheidungen geht, (...), dann werden diese Entscheidungen zunächst mal vorbesprochen, bevor sie dann dem Patienten mitgeteilt werden.
		Team einbeziehen	Das Team wird in die Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie und Behandlungsplanung einbezogen.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden ob und wie das Team in Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie miteinbezogen wird. Nicht Aussagen zu Informationsaustausch in Bezug auf Entscheidungen.	Wenn man noch neue Informationen bekommen hat während der Visite, sei es vom Pflegepersonal oder vom Patienten, dann lässt man ihn noch ein paar Tage länger da.
		Patient einbeziehen	Der Patient wird in die Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie und Behandlungsplanung einbezogen.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden ob und wie der Patient in Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie miteinbezogen wird. Nicht Aussagen zu Einbeziehung durch informieren/ Informationsaustausch.	Da sollte der Patient nicht groß gefragt oder da ist es dann auch manchmal so, grad in Notfällen, oder wenn irgendwas schwierig ist.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Entscheidungsträger	Personen, die auf der Visite die Entscheidungen treffen.	Wenn die Aussage beinhaltet, wer die Entscheidung auf der Stationsvisite trifft.	Meistens ich, manchmal der Oberarzt.
		Entscheidungen auf der Visite	Beispiele für Entscheidungen, die auf der Visite getroffen werden.	Wenn Entscheidungen genannt werden, die auf der Visite getroffen werden.	Also ich nehm unmittelbar Medikamentenanpassungen vor bei der Visite.
		<i>Entscheidungen außerhalb der Visite</i>	<i>Entscheidungen, die nicht in der Visitsituation getroffen werden (können).</i>	<i>Wenn Aussagen getätigt werden, dass und welche Entscheidungen nicht in der Visite, sondern erst im Anschluss getroffen werden. Nicht Aussagen, die sich rein auf Rücksprache mit Vorgesetzten beziehen.</i>	<i>Und wenn wir uns nicht im Klaren sind jetzt weiter zu entscheiden, muss man sich einfach nach der Visite nochmal zehn Minuten unterhalten.</i>
		Sonstiges	Weitere Aussagen zu Entscheidungen auf der Visite.	Wenn Aussagen zu Entscheidungen auf der Visite gemacht werden, die nicht anders kategorisiert sind.	Also, sagen wir mal, bei größeren Sachen würde ich nicht aus der Hüfte schießen, auch nicht in der Visite aus der Hüfte schießen.
	Inner Representation		Ein Inneres Bild vom Patientenfall mit positiven und negativen Befunden, Differentialdiagnosen, Verlauf haben.	Wenn Aussagen getroffen werden, die beinhalten, dass der Arzt ein Konzept/ Bild vom Patientenfall hat.	Und hab ich wirklich ein Konzept für den Patienten, sowohl therapeutisch, als auch diagnostisch?
	Evaluation von Diagnose und Therapie	Überprüfung der gestellten Diagnose in der Visite.			
		Diagnose-/Therapieüberprüfung	Die Arbeitsdiagnose bzw. die dazu passende Therapie werden in der Visite überprüft.	Wenn Aussagen dazu getätigt werden, ob die Arbeitsdiagnose/ Therapie überprüft wird.	Der Assistenzarzt prüft, ob sich die Werte nach Therapiebeginn bessern und überdenkt die Diagnose, wenn dies nicht so ist.
		Integration	Der Arzt bündelt alle Informationen, die den Patienten betreffen zu einer endgültigen diagnostischen oder therapeutischen Entscheidung.	Wenn Aussagen getroffen werden, dass der Arzt Informationen aus verschiedenen Quellen (Pflege, Rücksprache mit dem Oberarzt und neue Untersuchungsergebnisse) zu einer Entscheidung bündelt.	Wenn man neue Informationen bekommen hat während der Visite, sei es vom Pflegepersonal oder vom Patienten selber, dass das eben noch einfließt in den weiteren Plan.
	Sonstiges	Weitere Aussagen zu Collaborative Clinical Reasoning auf der Visite.	Wenn Aussagen zu Collaborative Clinical Reasoning auf der Visite gemacht werden, die nicht anders kategorisiert sind.	Bei uns sind die Krankheitsbilder in der Regel klar.	

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
Organisatorische Fähigkeiten	Fähigkeiten zur Organisation der Visite.				
	Priorisierung	Aussagen zur Priorisierung auf der Visite.			
		Problemorientierung	Fokussierung auf das aktuell führende Problem des Patienten während der Visite. Nebenaspekte werden vernachlässigt.	Wenn Aussagen zur Fokussierung der Visite auf ein bestimmtes Problem getätigt werden, die aber nicht die Auswahl der zu vermittelnden Informationen beinhalten.	Die Visite ist problemorientiert. Was gerade los ist wird erledigt. / Also die machen wirklich nur das Nötigste in der Visite.
		Vor/ in der Visite Fallevaluation und Handlungsableitung	Vor und während der Visite schätzt der Arzt die einzelnen Patienten und Situationen ein und passt sein Verhalten an diese Einschätzung an.	Wenn Aussagen zur Evaluation der Patienten und Situationen und der Anpassung der Visitenhandlung daran getätigt werden, die vor oder in der Visite stattfinden. Nicht nach der Visite, nicht das Einbeziehen von Komorbiditäten in Entscheidungen oder die Auswahl der zu übermittelnden Informationen oder Abwägung von Entscheidungen in/außerhalb der Visite.	Wenn es einem Patienten über Nacht schlechter ging, gehe ich zuerst zu dem/ Je nachdem, bei Patienten die kränker sind dauert es länger/ Wenn es Probleme gibt, dann bleibt man eben etwas länger.
	Zeitmanagement	Aussagen zum Zeitmanagement auf der Visite.			
		Anpassung an das Tagesgeschehen	Die Visite an Arbeitspensum anpassen und die zur Verfügung stehende Zeit nutzen.	Wenn Aussagen zur Visitenlänge in Bezug auf Klinikalltag getroffen werden. Nicht zum Beginn der Visite.	Der Arzt weiß, mit welchem Arbeitspensum an diesem Tag noch zu rechnen ist (Anzahl der Aufnahmen) und passt seine Visite daran an.
		Visitenlänge regulieren/ beachten	Die Bewertung des zeitlichen Umfangs der Visite und auf Länge der Visite achten, d.h. nicht zu kurz oder zu lang visiten. Aussagen zur zeitlichen Optimierung der Visite.	Wenn Aussagen getroffen werden, dass der Arzt auf die Visitedauer insgesamt und am Patienten achtet und wie die Dauer der Visite bewertet wird. Wenn Aussagen getroffen werden, wie der Arzt in der Visite zeitlich Prioritäten setzt und wenn Aussagen, dass feste Visitenzeiten gewünscht werden.	Man muss versuchen das gleichmäßig zu verteilen. Möglichst kurz halten. Ein gewisses Zeitmanagement. Gute Vorbereitung verkürzt die Visitedauer./ Dann muss man auch einen Schlussstrich ziehen. / Feste Zeiten für die Visiten müssen festgelegt sein./ Das braucht viel Zeit, das bespreche ich dann lieber am Nachmittag.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	*Bewusstsein der Krankenhaus- und Stationsstruktur		Die Organisationsebenen des Krankenhauses und der Station sind dem Arzt bekannt und der Ablauf innerhalb dieser Strukturen wird beherrscht und organisiert.  Die Visite wird in ihrer Stellung im Stationsalltag betrachtet.	Aussagen, die den Arzt in der Struktur und den Dienstleistungen des Krankenhauses darstellen. Aussagen, die das Funktionieren der Station durch die Visitedurchführung beinhalten z.B. durch Erstellung eines Tagesplans. Abgrenzung zur Arbeit in einem Interdisziplinären Team: In diesem Code wird explizit auf die Struktur des Krankenhauses, des Unternehmens eingegangen. Alle Aussagen, die die Visite in ihrer Einbettung in den Krankenhaus und Stationsalltag betreffen und ihre Rolle im gesamten Ablauf der Patientenbehandlung. Stichwort Tagesplan	(...) die Herausforderung ist es, finde ich, immer den optimalen Prozess zu finden, sodass alle Beteiligten das reibungslos durchführen können, dass die Organisationsstruktur sozusagen so sich / ja so ineinander eingeflochten ist wie ein Zahnrad zusammen, dass es wirklich ein reibungsloser Prozess wird./ Oder natürlich ergibt sich, deswegen macht man es, ergibt sich natürlich auch 'n weiteres Procedere aufgrund der Sachen, die man morgens als Untersuchungen zum Beispiel angeleiert hat, hat man nachmittags ganz andere Ergebnisse, die auch wieder ein weiteres Procedere/ Das ist ja ein kontinuierlicher Prozess.
	Verwendung von Hilfsmitteln/* Materialien /Unterlagen	(Assistenz-)arzt nutzt Hilfsmittel, wie zum Beispiel ein Visitenbuch, Visitenwagen um die Visite/ die in der Visite gewonnenen Informationen zu strukturieren. Wenn Aussagen zu verwendeten Hilfsmitteln getroffen werden, z.B. wir haben ein Visitenbuch, wo entweder ein Kollege oder ein PJ Student protokolliert, was bei jedem einzelnen Patienten im Anschluss zu tun ist. z.B. Indem man am Visitenwagen Befunde bespricht.			
		*Art und Anzahl der Patientenunterlagen/Hilfsmittel/Materialien	Art und Zahl der Patientenunterlagen. Art und Zahl der Hilfsmittel und Materialien.	Wenn Aussagen getroffen werden, welche und wie viele Patientenunterlagen mitgenommen werden. Wenn Aussagen getroffen werden, welche und wie viele Hilfsmittel und Materialien zur Visite mitgenommen werden.	Wir haben ein Visitenbuch, wo entweder ein Kollege oder ein PJ Student protokolliert, was bei jedem einzelnen Patienten im Anschluss zu tun ist.
		*Zuständigkeit für das Mitnehmen von Hilfsmittel/Materialien/Unterlagen	Es gibt eine verantwortliche Person für das Mitnehmen von Hilfsmitteln, Materialien und Unterlagen.	Wenn die Zuständigkeit für das Mitnehmen von Hilfsmitteln, Materialien und Unterlagen genannt wird.	(...) wenn die Pflege jetzt irgendwie nicht konnte, dann war's selbstverständlich der Arzt, der die (...) auch zusammensucht und die dann zubereitet / bereitstellt.
	Offizielle Dokumentation im Kadex/ Dokumentation	Aussagen zur Dokumentation im Kadex während der Visite.			

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Zeitpunkt	Dokumentation ins Kadex erfolgt direkt während der Visite.	Wenn Aussagen zum Zeitpunkt der Dokumentation ins Kadex.	Der Assistenzarzt trägt auf der Visite Anordnungen direkt in die Akte ein.
		Inhalt der Dokumentation	Inhalt der Dokumentation	Wenn genannt wird, was dokumentiert wird.	Ob das jetzt ein Verbandswechsel ist, oder ob das eine Konsilanmeldung ist, ob das eine Rehaplanung ist, schreibt man sich mit auf, damit es auch alle wissen.
		*Dokumentierende Person	Person, die die Niederschrift vornimmt.	Wenn Aussagen gemacht werden, wer dokumentiert. Das bezieht sich nur auf die Dokumentation in der Patientenakte!	Das heißt, die Assistenzärzte dokumentieren.
		*Dokumentationsort	In welche Unterlagen, auf welches Papier, in welchen Pc wird dokumentiert.	Aussagen, wo dokumentiert wird. Das bezieht sich nur auf die Dokumentation in der Patientenakte!	Also, ich dokumentiere immer alles auf der - ist so ein in der Kurve, (...) immer ein Extrareiter Visite. Da mache ich dann immer gleich handschriftlich die Notizen.
		*Bedeutung der Dokumentation	Die Bedeutung der Dokumentation.	Es wird die Bedeutung der Dokumentation aufgeführt ,z.B. ihre rechtliche Bedeutung als Protokollierung des Besprochenen oder zur Kommunikationsweitergabe. Das bezieht sich nur auf die Dokumentation in der Patientenakte!	Das ist sehr, sehr, sehr wichtig. (...)
		*Eigene Notizen	Eigene Niederschriften, die nur zum eigenen Gebrauch bestimmt sind.	Es werden eigene Aufgaben notiert, als Erinnerung und "To-Do Liste".	(...) ich habe immer so einen Handzettel, den ich mitführe und dass ich mir dann immer so eine Prioritätenliste mache, was ich jetzt als allererstes abarbeiten muss.
		*Notizen für das Team	Niederschriften für das Team.	Aufgaben für den weiteren Stationsablauf werden für das ganze Ärzteteam notiert. Eine Art "To-Do Liste" des Tages aufgestellt. Nicht Niederschriften, die für die Patientenakte/kurve bestimmt sind.	Es wird noch unser, unser kleines Büchlein mitgenommen, wo die Aufgaben dann vermerkt werden, die wir dann an dem Tag haben.
		*Äußere Form der Dokumentation	Die Art und Weise der Schrift. Das Schriftbild im Gesamten.	Wenn Aussagen getätigt werden, wie die Dokumentation äußerlich aussehen soll. Das bezieht sich nur auf die Dokumentation in der Patientenakte!	Deutlich und lesbar aufschreiben.
		Sonstiges	Weitere Aussagen zum Umgang mit der Dokumentation	Wenn Aussagen zur Dokumentation in der Visite genannt werden, die nicht anders kategorisiert werden können.	Da gibt's wie gesagt keine Regel.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
Patientenmanagement	Aussagen zum Patientenmanagement von der Aufnahme bis zur Entlassung und der Wahrnehmung der aktuellen Patientensituation in einem größeren Zusammenhang.				
	Ökonomisches Denken	Beachtung von wirtschaftlichen Aspekten.			
		Ökonomisches Denken	Bewusstsein für Ressourcen und Kosten haben.	Wenn Aussagen zur Beachtung von Ressourcen und Kosten in der Visite getätigt werden.	Der Assistenzarzt ist sich bewusst, dass ein CT eine teure Untersuchung ist und ordnet sie nur an, wenn er dadurch relevante Informationen gewinnt.
	Entlassmanagement	Aussagen zur Entlassung des Patienten.			
		Poststationäre Versorgung bedenken	Möglichkeiten und Beschränkungen der ambulanten Weiterversorgung werden bedacht, der Sozialdienst oder der Hausarzt rechtzeitig benachrichtigt.	Wenn Aussage zur Planung der poststationären Weiterversorgung gemacht werden.	Der Assistenzarzt klärt bei der Visite, bei welchen Patienten er sich um eine poststationäre Weiterversorgung kümmern muss./ bzw. dass man sie einbindet in ambulante Weiterbetreuung.
		Planung	Entlassungen werden rechtzeitig geplant.	Wenn Aussagen zur Planung der Entlassung getätigt werden.	Der Assistenzarzt gibt der Pflege Bescheid, dass der Patient Ende der Woche entlassen werden kann./ Der Assistenzarzt bespricht mit dem Patienten, wann er entlassen werden kann.
	*Management der Neuzugänge		Es wird auf neue Patientenzugänge fokussiert Acht gegeben und deren weitere Planung überlegt und besprochen.	Wenn Aussagen getätigt werden die die Visitendurchführung von Neuzugängen beinhalten.	Dass man zum einen die Zugänge in der Früh sich anschaut, halt die neuen Patienten.
	Populationsperspektive	Wissen um epidemiologische/ populationsbezogene Daten zum Patientenfall.			
		Einbeziehen	Epidemiologische Daten werden berücksichtigt.	Wenn Aussagen zu Berücksichtigung von epidemiologischen Daten gemacht werden.	Bei Erkrankungen mit sehr schlechter Prognose werden rechtzeitig palliativmedizinische Maßnahmen eingeleitet.
	Kontextdenken	Aktuelle Patientensituation im Gesamtkontext (gesundheitlicher Status, sozialer Status etc.) bewerten.			
		Sozial	Die soziale Situation des Patienten wird beachtet.	Wenn Aussage zur Berücksichtigung der sozialen Situation des Patienten gemacht werden.	Der Arzt weiß um die soziale Situation des Patienten.
		Gesundheitlich	Komorbiditäten und der vorstationäre Status des Patienten werden berücksichtigt.	Wenn Aussagen zur Beachtung der gesundheitlichen Grundsituation des Patienten getätigt werden.	Der Assistenzarzt wägt bei multimorbiden Patienten den Nutzen invasiver Untersuchungen sorgfältig ab.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
Klinisch-praktische Fähigkeiten	Aussagen zu typischen klinisch-praktischen Fähigkeiten.				
	Praktische Maßnahmen		Der Arzt führt praktische Maßnahme am Patienten mit den dazu nötigen Hilfsmitteln durch.	Aussagen, die durch den Arzt auf der Visite durchgeführte Maßnahmen betreffen.	Der Assistenzarzt nimmt bei der Visite Blut ab/ hängt Infusionen an.
	Körperliche Untersuchung		Der Arzt erkennt, welche körperliche Untersuchung von Nöten ist und kann diese durchführen.	Aussagen die die körperliche Untersuchung durch den Arzt (nicht Studenten) in der Visite betreffen.	Bei einer Pneumonie auskultiert der Arzt täglich die Lunge.
	Hygieneverhalten	Aussagen zum Hygieneverhalten während der Visite.			
		Bewusstsein	Der Arzt hat ein Bewusstsein für Hygiene/ Infektionsschutz und wendet dieses in der Visite an.	Wenn Aussagen zu Hygieneverhalten getroffen werden.	Nach jedem Patienten desinfiziert sich der Arzt die Hände.
	Kommunikative	Aussagen zu klinische-praktischen Fähigkeiten aus dem kommunikativen Bereich.			
		*Psychopathologischen Befund erheben	Die Erhebung oder Darstellung der Ergebnisse einer systematischen psychologischen oder psychiatrischen Untersuchung im Sinne eines psychopathologischen Befunds.	Wenn Aussagen getätigt werden, die Aspekte der Erhebung oder Darstellung des psychopathologischen Befundes beinhalten.	Wir ham ja in der Psychiatrie diesen psychopathologischen Befund, eben dass wir den Patient dann auch gezielt fragen nach seiner Konzentrationsleistung oder kognitiven Fähigkeiten, die er eben hat. Und so was natürlich im Zweifelsfall auch mal testen, ja
		Patientenvorstellung	Präsentation der Leitsymptome und einer kurzen Krankengeschichte des Patienten und des aktuellen Behandlungsstandes.	Wenn Aussagen zur Patientenvorstellung gemacht werden.	Vor dem Zimmer stellt der Assistenzarzt die neu aufgenommenen Patienten kurz vor. / Er muss in wenigen Sätzen allen Beteiligten ne schnelle Übersicht über den Patienten geben.
		Problemorientierte Anamnese	Eine Anamnese, die sich nur auf die aktuelle Problematik bezieht.	Wenn Aussagen zur Anamneseerhebung in der Visite gemacht werden.	(Assistenzarzt) macht ne Anamnese, wie's dem Patienten eben aktuell geht, was seine Fragen sind.
Fachwissen	Aussagen in Bezug auf die Anwendung von Fachwissen in der Visite				
	Fachkenntnisse als Visitengrundlage		Allgemeine Aussagen zu medizinisch-fachlichem Handeln oder Wissen als Grundlage für eine Visite.	Wenn medizinisches Handeln und Wissen als Fähigkeit für die Visite genannt werden.	Der Arzt muss natürlich seine Differentialdiagnosen kennen.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
Teamfähigkeit	Aussagen, die sich auf die Arbeit im Team beziehen (nicht auf Kommunikation im Team).				
	Teamführung	Aussagen, die sich auf die Aufgabe der Teamführung durch den Arzt beziehen.			
		Teambildung	Zusammenstellen eines Teams.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden, wie entschieden wird, wie der Arzt dazu beiträgt (auffordern, nachfragen etc.), wer mit auf Visite geht. Auch wenn einzelne Zimmer und nicht die ganze Visite gemeint sind. *Dazu zählt die aktive Entstehung eines Teams und nicht die bloße Aufzählung der Beteiligten.	In aller Regel leg ich Wert drauf, dass eine, dass die zuständige Pflegekraft mit dabei ist. Ich bin da auch immer sehr dahinterher.
		*Gemeinsames Verhalten beim Patienten festlegen	Das Auftreten aller Beteiligten wird vor dem Patientenkontakt im Team festgelegt.	Wenn Aussagen getroffen werden, wie das Team sich auf den Patientenkontakt vorbereitet und ein gemeinsames Verhalten oder eine gemeinsame Kommunikation festgelegt wird.	Und wie wir uns stellen und uns vorbereiten, beispielsweise wir wissen, es wird dieser kritische Punkt angesprochen (...), damit wir da auch aus einer Stimme sprechen, weil sonst könnte das für den weiteren therapeutischen Prozess schwierig sein.
		Leitung/Koordination	Der visitierende Arzt übernimmt eine Leitungsfunktion.	Wenn Aussagen zur Teamleitung durch den Arzt getätigt werden, die sich nicht auf die Leitung der Gesprächsführung beziehen.	Es sollte einen Visitenführer geben. / Die Leitung der Visite ist keine wirkliche Herausforderung. / Es sollte ein gutes Miteinander sein.
		Motivation	Motivierung der Teammitglieder.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden, wie der Arzt das Team (nicht explizit die Studenten) oder sich selbst motivieren kann.	(...) Schwester über die Sinnhaftigkeit der Anordnung aufzuklären und sie auch zu motivieren es auch durchzuführen ist das nächste. / Der Assistenzarzt erklärt der Pflege, warum etwas zu tun ist.
		Aufgabendelegation/Verteilung	Verteilung von Aufgaben im Team.	Wenn Beispiele genannt werden, wie in der Visite die Aufgaben verteilt sind oder verteilt werden. Auch wenn nicht direkt die Delegation der Aufgabe beschrieben wird, sondern zum Beispiel die Anweisung an die Pflege als Beispiel genannt wird. Dazu zählen auch die gemeinsame Entscheidung und das Aufteilen der Aufgaben.	Vor dem Zimmer wird abgesprochen, wer den Patienten visitiert./ Können wir das bitte gleich umsetzen?/ Wir bräuchten das und das./ Der macht jetzt das, der macht das./ Und dass auch klar gemacht wird, das wird jetzt geklärt, das wird durch den geklärt, dieser meldet das Konsil an.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Zielsetzung	Festlegen eines gemeinsamen Ziels.	Wenn Ziele für die Visite definiert werden, die das Team oder die Belange des Teams miteinschließt.	Das Ziel der Visite es es gemeinsam alle Patienten gesehen zu haben. Ein durchgängiger Informationsfluss Arzt-Pflege.
	Arbeiten in einem interprofessionellen Team	Aussagen, die sich auf die Arbeit und die Stellung des Arztes in einem interprofessionellen Team beziehen.			
		Rolle des visitierenden Arztes	Rolle/ Position des visitierenden Arztes im Team.	Wenn Aussagen zur Rolle des Arztes im Visitenteam getroffen werden. Nicht Aussagen zu Aufgaben oder Kompetenzen, sondern Stellung/ Position im Team.	Ich bin ein Teammitglied und nichts besseres, nur weil ich Medizin studiert habe. / Der Arzt als Gott in Weiß.
		Rolle der Pflege	Rolle der Pflege bei der Visite im Sinne Position im Team und den dazugehörigen Aufgaben und eigenen Kompetenzen.	Wenn Aussagen zu den Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der Pflege und/ oder dem Umgang des Arztes damit gemacht werden.	Pflegekräfte sind die meiste Zeit am Patienten, haben zeitlich viel mehr Kontakt zum Patienten, bekommen viel mehr Eindruck in das ganze Sozialgefüge. / Um einfach Informationen, die man sonst vielleicht nicht bekommt, zu erhalten während der Arbeit direkt am Patienten.
		Möglichkeiten Pflege / Professionen in die Visite einzubeziehen	Vorschläge/ Methoden, wie Pflegekräfte und andere Professionen in die Visite einbezogen werden können.	Wenn Möglichkeiten genannt werden, wie man Pflegekräfte und andere Professionen effektiv in die Visite einbeziehen kann.	Ja auch, also es wäre auch ganz schön, wenn die Ärzte nur auf uns ein bisschen auch hören würden. / Indem man die Pflege fragt, ob sie noch etwas beizutragen haben.
		*Rolle des Psychologen	Rolle des Psychologen bei der Visite im Sinne Position im Team und den dazugehörigen Aufgaben und eigenen Kompetenzen.	Wenn Aussagen zu den Rollen, Aufgaben und Kompetenzen des Psychologen und/ oder dem Umgang des Arztes damit gemacht werden.	Genau, also da ist schon wichtig, dass die mit dabei sind, weil die ja die Einzelpsychotherapie machen. Und wir dann eben ein bisschen, einerseits von denen geschildert bekommen, was machen die grade vom Schwerpunkt her, andererseits, ja, auch Aufträge geben können, so und so aus unserer Sicht wäre das wichtig. (...)

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Rollen*bedeutung der anderen Teammitglieder	Rolle der anderen Teammitglieder bei der Visite im Sinne Position/ Stellung im Team und den dazugehörigen Aufgaben und eigenen Kompetenzen.	Wenn Aussagen zu den Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der anderen Teammitglieder und/ oder dem Umgang des Arztes damit gemacht werden. *Auch Bedeutung der Rollenverteilung unter den Teammitgliedern: Die Aufgaben und Rollen der anderen Teammitglieder und die Bedeutung der Rollenverteilung in der Visite werden erkannt und gefördert.	Also, wie auch immer, also es sollte schon eine gewisse Ordnung sein./ Also das sollte schon Teamcharakter sein, dann funktioniert das eigentlich ganz gut.
		*Rolle Sonstige	Rolle, im Sinne von Position, Aufgaben und Kompetenzen von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Professionen, die genannt werden.	Aussagen, die die Rolle, Aufgaben und Kompetenzen von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Professionen, die genannt werden, betreffen und welche Personen noch in die Visite eingebunden werden sollten. Abgrenzung: In Rolle der anderen Teammitgliedern wird die Rolle des Teams im Gesamten beschrieben.	Die Ergotherapie ebenso, die kann auch nochmal sagen, was der Patient möglicherweise so in der Therapie nochmal gesagt hat, was vielleicht ein Problem sein könnte.
		Beimessung der Bedeutung des interprofessionellen Teams	Bedeutung, die dem interprofessionellen Visitenteam/ der Teilnahme der Pflege bei der Visite beigemessen wird.	Wenn Aussagen gemacht werden, wie wichtig das interprofessionelle Visitenteam/ die Teilnahme der Pflege an der Visite ist.	Ich fänd's super, wenn die Pflege mitginge. / Das wäre ein wesentliche Anteil. / Um einfach Information zu erhalten./ Die Kombination find ich am besten, das sind die Leute, die am nächsten dran sind.
Empathie	Aussagen zu empathischem Handeln.				
	Empathisches Handeln	Aussagen, die sich darauf beziehen, wie der Arzt Empathie in der Visite umsetzt.			
		Persönlichen Bezug zur Situation herstellen	Empathisches Handeln im Sinne von Erinnerung an eine ähnliche Situation, die der Arzt selbst erlebt hat oder eine Person, die ihm nahesteht.	Wenn Strategie für empathisches Handeln aus Rück Erinnerung oder Perspektivenübernahme besteht.	Der Arzt stellt sich vor, er selbst wäre in der Situation des Patienten. / Wenn der Arzt das wirklich nachfühlen kann.
		Bewusstsein	Dem Arzt handelt empathisch allein, indem er sich bewusst macht, dass die Gefühlslage vom Patienten von Bedeutung ist.	Wenn in Bezug auf empathisches Verhalten als Strategie das Bewusstsein für die Bedeutung empathischen Verhaltens genannt wird.	Ich glaube es ist auch ganz wichtig, dass man sich dessen bewusst ist./ Also allein schon die Bewusstheit./ Dass man dafür offen ist.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Zeit	Der Arzt handelt empathisch, indem er sich Zeit für den Patienten nimmt.	Wenn als Strategie für empathisches Handeln genannt wird, dass der Arzt sich Zeit für den Patienten nimmt.	Klar versuch ich schon über Zeit, was natürlich oft das Problem ist und im Gespräch. / Oft will man sich sicherlich auch die Zeit nehmen.
		*Gespräch als empathisches Werkzeug	Empathie wird vermittelt, indem man mit dem Patienten ein intensiveres Gespräch führt als es normalerweise für die Durchführung der Visite notwendig wäre.	Wenn Aussagen getätigt werden, in denen das Gespräch an sich als empathische Handlung verstanden wird, nicht die Art das Gespräch zu führen (Abgrenzung zu empathischer Gesprächsführung).	(...) man muss halt 'ne sehr empathische Grundhaltung haben und man muss natürlich auch viele, viele Fragen beantworten, vor allem bei misstrauischen Patienten müssen die Ärzte sehr, sehr vorsichtig und sehr auch genau eingehen auf die Fragen (...)
		Bewusste Distanz	Um sich selbst zu schützen arbeitet der Arzt distanziert mit dem Patienten und erläutert auf professioneller Ebene die vorliegenden Fakten.	Wenn in Bezug auf empathisches Verhalten Strategien der bewussten Distanzierung erwähnt werden.	(...) aber wenn jemand zu empathisch ist, kann es auch sein, dass er sich selbst verliert.
		Sonstiges	Weitere Strategien für empathisches Handeln.	Wenn sonst noch nicht definierte Strategien für empathisches Handeln genannt werden.	Von Patient zu Patient unterschiedlich. Man braucht einfach Gefühl für den Menschen.
		<i>*Nicht hineinversetzten in die Gefühle des Patienten</i>	<i>Die Gefühle des Patienten werden in der Visitsituation nicht beachtet.</i>	<i>Situationen/ Gründe, die dafür sprechen, dass der Arzt sich nicht hineinversetzt in die Gefühlslage des Patienten wenn nicht bewusste Distanz genannt wird.</i>	<i>Während der Visite geht das einfach nicht, weil's zu viele Leute sind, da kann man auch oft/ Patienten können dann nicht frei reden (...)</i>
	<i>*Aspekte zum Wohlfühlen des Patienten in der Visite</i>		<i>Aspekte, die dazu beitragen, dass sich der Patient wohl und gut bei der Visitedurchführung fühlt.</i>	<i>Wenn Aussagen getätigt werden, die Aspekte oder Handlungen beinhalten, bei denen sich der Patient gut fühlt. Sei es, weil bestimmte notwendige Handlungen in einer Weise ausgeführt werden, dass der Patient sich wohl dabei fühlt oder Aspekte, die zum Unwohlföhlen des Patienten in der Visite beitragen, verhindert werden, oder Handlungen explizit zum Wohl des Patienten ausgeführt werden.</i>	<i>Das find ich auch wichtig, dass man sagt : eben hier sind diese Leute, die haben diese Aufgaben oder sie wissen / und auch klar die Regeln für die Visite machen, dann fühlt man sich auch wohl.</i>
	<i>*Aspekte zum Unwohlföhlen in der Visite</i>		<i>Aspekte, die dazu beitragen, dass sich der Patient in der Visite nicht gut fühlt.</i>	<i>Wenn Aussagen getätigt werden, die Aspekte aufzeigen, durch die sich Patienten in der Visite schlecht föhlen z.B. verängstigt, abgewertet oder gestört.</i>	<i>Wenn auf einmal anfangen, zehn Leute untereinander zu wuseln, das verwirrt den Patienten (...)</i>

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Auswirkungen	<i>Auswirkungen des empathischen Handelns</i>			
		<i>Auf die Arzt-Patienten Beziehung</i>	<i>Auswirkungen, die das empathische Verhalten auf die weitere Arzt-Patienten Beziehung hat.</i>	<i>Wenn Aussagen dazu getätigt werden, ob und welche Auswirkungen empathisches Verhalten oder das Fehlen von empathischem Verhalten hat.</i>	<i>Er fühlt sich gut betreut, er fühlt sich aufgehoben, er fühlt sich wohl./ Das hat einen sehr großen Effekt auf die Beziehung zum Patienten.</i>
		<i>Weitere Auswirkungen von empathischem Handeln</i>	<i>Auswirkungen/ Folgen von empathischem Handeln, die sich nicht konkret auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient beziehen.</i>	<i>Wenn Aussagen getroffen werden, ob und welche Auswirkungen empathisches Handeln allgemein auf den Patienten oder den Arzt hat (nicht speziell auf Arzt-Patient Beziehung).</i>	<i>Man verliert den klaren Kopf. / (...) dann ist das auch ein guter Genesungsaspekt. / Das hat einen sehr großen Effekt auf den Patienten</i>
	<i>Schwierigkeiten bei der empathischen Arzt-Patienten Beziehung</i>	<i>Aussagen, die schildern, dass es nicht gelingt eine empathische Arzt - Patienten Beziehung aufzubauen, dass der Arzt sich nicht in den Patienten hineinversetzen kann.</i>			
		<i>*Zeit als limitierender Faktor für Empathie</i>	<i>Es kann nicht empathisch gehandelt werden, weil die Zeit dafür fehlt.</i>	<i>Wenn Zeitfaktoren als Grund für das Ausbleiben von empathischem Handeln aufgeführt werden. Dazu zählt auch das Verschieben oder Ablehnen eines empathischen Gesprächs.</i>	<i>Und dann ist es dann oft sehr schwierig da auch 'ne Balance zu finden. Weil der Patient ist beeinträchtigt, der Arzt ist auch oder alle anderen auch in diesem Zeitraum / Zeitrahmen gebunden.</i>
		<i>Umgang mit Schwierigkeiten in der empathischen Beziehung</i>	<i>Art und Weise wie Arzt damit umgeht, wenn es Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer empathischen Arzt-Patienten Beziehung gibt.</i>	<i>Wenn die Aussage eine Reaktion des Arztes auf einer Schwierigkeit bei der Umsetzung einer empathischen Arzt-Patienten Beziehung beschreibt.</i>	<i>Ich glaube auch manchmal, dass es in so einem Fall gut ist, dass nochmal jemand alleine zu dem Patienten geht.</i>
		<i>Nennung von Schwierigkeiten</i>	<i>Gründe von Seiten des Arztes oder des Patienten dafür, dass es dem Arzt nicht gelingt empathisch auf den Patienten einzugehen/ eine empathische Beziehung zum Patienten herzustellen.</i>	<i>Aussagen ob und wie die empathische Arzt-Patienten-Beziehung mit Schwierigkeiten verbunden ist.</i>	<i>Was aber vielleicht mit einem persönlich zu tun hat./ Manche Patienten verschließen sich einfach. / Das sind schon oft schwierige Situationen. / Das kann man nicht bei jedem.</i>
	<i>Bedeutung</i>	<i>Aussagen zur Bedeutung von Empathie.</i>			
		<i>Bedeutung von Empathie auf der Visite</i>	<i>Bedeutung von dem Hineinversetzen in die Gefühlslage des Patienten in der Visite.</i>	<i>Wenn Aussagen zur Bedeutung von Empathie (wichtig/ nicht wichtig) auf der Visite getätigt werden und hierbei keine Verallgemeinerung durch z.B. "immer" gemacht wird.</i>	<i>Sehr relevant.</i>

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Bedeutung von Empathie allgemein	Stellenwert von empathischem Handeln/ Hineinversetzen in die Gefühlslage des Patienten durch den Arzt.	Wenn Aussagen zum Stellenwert (wichtig/nicht wichtig) von empathischem Handeln getätigt werden, die sich nicht konkret auf die Visite beziehen.	Hineinversetzen ist nicht gut./ Das ist immer wichtig. / Man muss es auch nicht bei jedem.
	<i>*Empathie auf Seiten des Pflegepersonals</i>		<i>Das Pflegepersonal zeigt, dass es sich in den Patienten hineinversetzt, empathisch handelt in der Visite.</i>	<i>Wenn Aussagen getätigt werden, die dem Pflegepersonal empathisches Handeln und Empathie zusprechen. Das beinhaltet sowohl das Vorbereiten des Patienten auf die Visite, als auch die Nachbereitung.</i>	<i>Oder ich weiß, dass der was fragen möchte, aber er traut sich nicht, da sag ich: "Sie wollten doch noch was fragen!" (flüsternd). "Ja, genau!" Und dann, denke ich, ist das schon von Vorteil, wenn ich ein bisschen weiß, wie fühlt sich der Patient jetzt.</i>
Problemlösefähigkeit	Aussagen zum Umgang mit Störungen, Unterbrechungen und schwierigen Situationen auf der Visite.				
	Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen	Aussagen, die Möglichkeiten beinhalten, wie man Störungen und Unterbrechungen vermeiden kann.			
		Strategien des Arztes zur Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen	Der Arzt hat Strategien, die Störungen und Unterbrechungen im Vorfeld vermeiden oder minimieren.	Wenn Beispiele genannt werden, wie man Störungen und Unterbrechungen vermeiden kann.	Das Telefon wird nicht mit auf Visite genommen.
		Sonstiges	Weitere Aussagen zur Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen, z.B. dazu ob man Störungen und Unterbrechungen vermeiden sollte.	Wenn Aussagen zur Vermeidung von Störungen und Unterbrechungen getroffen werden, die nicht anders kategorisiert werden können.	Also die kurze Visitenzeit, die sowieso nicht so lange ist, muss, wenn nicht was ganz wesentliches von außen erfolgt, für den Patienten zur Verfügung stehen.
	Umgang mit Störungen/ Unterbrechungen	Aussagen zum Umgang mit Störungen/ Unterbrechungen.			
		Um Entschuldigung bitten	Der Arzt bittet den Patient um Entschuldigung für eine Störung oder Unterbrechung.	Wenn als Reaktion auf eine Störung/ Unterbrechung das Entschuldigen beim Patienten genannt wird.	Dann muss ich mich beim Patienten entschuldigen.
		Unterbrechung der Visite	Störungen und Unterbrechungen der Visite werden zugelassen und die Visite danach weitergeführt.	Wenn die Aussage beinhaltet, dass der Arzt die Visite wegen einer Störung unterbricht.	Wir haben tragbare Telefone. Wir können also manchmal auch einfach zwischendrin kurz was am Telefon beantworten.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Weiterführung der Visite	Der Fokus bleibt auf dem Patient/ der Visite und Störfaktoren werden auf später verschoben.	Wenn als Reaktion auf eine Störung/ Unterbrechung genannt wird, dass die Visite nicht unterbrochen wird.	Assistenzarzt sagt dem Gesprächspartner am Telefon, dass jetzt Visite ist und er später wieder anrufen soll.
		Adaptation der Visitenstruktur	Das Visitenteam passt sich flexibel an neue/ unerwartete Situationen an.	Wenn als Reaktion auf eine Störung/ Unterbrechung eine Veränderung der Visitenstruktur genannt wird. Auch wenn ein Beteiligter kurze Zeit die Visite verlässt und die Visite ohne ihn weitergeführt wird.	Ein Arzt des Visitenteam übernimmt die Rolle des Springers und ist von der Visite abkömmlich, wenn eine Notfall auftritt, während der andere Kollege weiter Visite geht.
		Bewertung der Störung	Der Arzt ist in der Lage abzuschätzen, wie dringend der Störgrund ist.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass der Arzt die Ursache einer Störung auf ihre Dringlichkeit/ Verschiebbarkeit bewertet/ reflektiert.	(...) dass alle verschiebbaren Telefonaten dann auch wirklich verschoben werden, aber manchmal lässt es sich eben nicht verschieben, / Ja da muss man dann schnell abwägen, ob das wirklich sofort zu behandeln ist, oder ob man das verschieben kann.
	Umgang mit schwierigen Situationen	Aussagen, wie der Arzt mit schwierigen Situationen auf der Visite umgehen kann/ umgeht.			
		Umgang mit Konflikten im Team	Fähigkeit Konflikte im Team zu erkennen und zu lösen.	Wenn Konflikte im Team und/ oder die Reaktion benannt werden.	Konflikte im Team werden nicht vor dem Patienten angesprochen.
		Reaktion auf weitere schwierige Situationen	Der (Assistenz-)arzt ist fähig auf unterschiedliche, schwierige Situationen zu reagieren.	Wenn Aussagen zur Reaktion auf schwierige Situationen getroffen werden, die keiner anderen Kategorie angehören.	Indem man halt einfach ganz ruhig und sachlich mit ihm spricht und ihm erklärt/ beziehungsweise erst mal zuhört, was er eigentlich möchte, ja, oder wieso er jetzt zum Beispiel aufgebracht ist, ja, und eben dann das in aller Ruhe mit ihm klärt, ja.
Fehlermanagement	Aussagen zu eigenen Fehlern und Fehlern von anderen.				
	Bemerken von Fehlern	Aussagen zum Bemerken von Fehlern			
		Selbst	Auf Fehler wird der Arzt selbst aufmerksam.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass der Arzt auf Fehler selbst aufmerksam wird.	Das merkt man dann, wenn man die Befunde kontrollieren möchte.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Durch Team	Auf Fehler wird der Arzt aufmerksam, indem ihn das Visitenteam (Pflegerkräfte und Ärzte der Station) darauf hinweist.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass der Arzt durch das Visitenteam (Pflegerkräfte und Ärzte der Station) auf einen Fehler hingewiesen oder nicht hingewiesen wird.	Das sagt einem dann die Pflege.
		Durch den Patienten	Auf Fehler wird der Arzt aufmerksam, indem ihn der Patient darauf hinweist.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass der Arzt durch den Patienten auf einen Fehler hingewiesen wird.	Die Patienten beschwerten sich dann schon.
		Durch Sonstige	Auf Fehler wird der Arzt aufmerksam, indem ihn andere als Pflege, beteiligte Ärzte oder Patienten auf den Fehler hinweisen.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass der Arzt durch andere als Pflege, beteiligte Ärzte oder Patienten auf den Fehler hingewiesen wird.	Das sagt einem dann die Angehörigen.
		Kein Bemerkten	Fehler werden nicht bemerkt.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden, dass Fehler nicht bemerkt werden.	Ich glaube man merkt gar nicht, dass man etwas falsch gemacht hat.
	Umgang mit Hinweis auf Fehler	Aussagen dazu, wie der Arzt damit umgeht, wenn er auf Fehler hingewiesen wird.			
		Feedback zulassen	Der Hinweis auf einen Fehler wird angehört.	Wenn Aussagen gemacht werden, dass der Arzt sich auf Fehler hinweisen lässt/ den Hinweis auf einen Fehler anhört.	Der Arzt nimmt Hinweis auf einen Fehler durch die Pflege dankend zur Kenntnis./ Ich hör's mir an./ Das ist ok? - Ja.
		Handlung aus Feedback ableiten	Der Arzt hört sich das Feedback nicht nur an, sondern leitet eine Handlung daraus ab.	Wenn Aussagen gemacht werden, dass der Hinweis auf einen Fehler den Arzt dazu bewegt sein Verhalten/ Struktur zu ändern, etwas zu korrigieren oder in anderer Art und Weise aktiv auf den Hinweis zu reagieren. Nicht Aussagen dazu, dass der Arzt prüft ob der Hinweis berechtigt ist.	Ja. Und versuch was zu verbessern oder ja, zu sehen warum es falsch gelaufen ist.
		*Feedback in bestimmten Moment/Ort anbringen	Auf Fehler soll in einem bestimmten Moment oder an einem bestimmten Ort aufmerksam gemacht werden.	Wenn Feedback oder der Hinweis auf Fehler in einem bestimmten Moment oder an einem bestimmten Ort angebracht werden soll z.B. nicht vor dem Patienten.	Wenns mit dem Personal irgendwas nicht gepasst hat, muss man das vor der Tür besprechen.
		Hinweis auf Richtigkeit prüfen	Der Arzt prüft den Hinweis kritisch, ob wirklich ein Fehler vorliegt.	Wenn Aussagen gemacht werden, dass der Arzt bei Hinweis auf einen Fehler prüft, ob wirklich eine Fehler vorliegt.	Dann überleg ich mir: Hab ich wirklich einen Fehler gemacht.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Ignorieren von Feedback	Der Arzt legt keinen Wert auf Feedback und/oder reagiert nicht darauf.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden, dass der Arzt nicht auf Fehler hingewiesen werden möchte oder darauf nicht reagiert.	Manche sagen:" Hey ihr könnt's mich mal."
		Nicht erwünscht	Der Hinweis auf einen Fehler ist vom Arzt nicht erwünscht.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass ein Hinweis auf einen Fehler nicht erwünscht wird.	Vor dem Patienten können die mir das nicht sagen.
	Umgang mit Fehlern	Aussagen zum Umgang mit eigenen Fehlern oder Fehlern von anderen.			
		Ehrlichkeit	Der Patient wird über einen unterlaufenen Fehler ehrlich informiert.	Wenn Aussage beinhaltet, dass der Patient ehrlich über den Fehler/ die Fehlerursache informiert wird.	Wurde ein Laborwert aus Versehen nicht bestimmt wird das dem Patienten gesagt.
		Ursache eruieren/ mit Verursacher sprechen	Die Fehlerquelle wird gesucht und mit dem Verursacher wird über das Problem gesprochen.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass die Ursache oder der Verursacher des Fehlers gesucht werden/ mit dem Verursacher gesprochen wird.	aber spricht dann einfach die Dinge an und sagt: Das würd ich gerne bei der nächsten Stationsbesprechung und so weiter geklärt haben, dass das falsch läuft.
		Entschuldigung	Entschuldigung beim Patienten für einen eigenen Fehler oder einen Fehler von anderen.	Wenn Aussagen beinhalten, dass der Arzt sich bei dem Patienten für einen Fehler entschuldigt.	Hat der Assistenzarzt den Patienten nüchtern gelassen, ohne dass die Untersuchung durchgeführt wurde, entschuldigt er sich dafür beim Patienten.
		Korrektur der Fehler	Erkannte Fehler werden behoben.	Wenn Aussage beinhaltet, dass ein Fehler behoben/ korrigiert wird oder werden soll, sobald der Arzt ihn bemerkt.	Der Arzt meldet sofort die Koloskopie an, die am Vortag nicht durchgeführt wurde./ Jetzt ist irgendwas schief gelaufen, jetzt muss ich irgendwas tun und dann versucht man eine Lösung zu finden.
		Umstand erklären	Fehler / Ursachen für Fehler werden dem Patienten erklärt.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass dem Patienten erklärt wird, warum der Fehler passiert ist oder welcher Fehler passiert ist.	Dann muss ich ihm erklären, warum das nicht gelaufen ist.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Vermeidung von Beschuldigungen	Es wird vermieden vor dem Patienten ein Teammitglied für einen unterlaufenen Fehler verantwortlich zu machen.	Wenn Aussage beinhaltet, dass vor dem Patienten kein Teammitglied für einen Fehler direkt verantwortlich gemacht wird.	Der Patient musste auf Grund einer Untersuchung den ganzen Tag nüchtern bleiben. Wegen eines organisatorischen Problems konnte die Untersuchung nicht durchgeführt werden. Der behandelnde Arzt erklärt dies dem Patienten, ohne Namen zu nennen/ jemanden zu beschuldigen.
		Verschweigen von Fehlern gegenüber dem Patienten	Fehler werden dem Patienten gegenüber nicht erwähnt.	Wenn Aussagen gemacht werden, die implizieren, dass Fehler vor dem Patienten verschwiegen werden.	Ansonsten ist die Frage: muss man jeden einzelnen Fehler dem Patienten sagen?
		Sonstiges	Weitere Möglichkeiten zum Umgang mit Fehlern.	Wenn Aussagen zu Umgang mit Fehlern getätigt werden, die nicht näher kategorisiert sind. Immer wenn Aussagen zur Bewertung von Fehlern.	Das kommt auf den Fehler drauf an.
	Sonstiges		Weitere Aussagen zu Fehlern und den Umgang mit Fehlern auf der Visite.	Wenn Aussagen zu Fehlern/ dem Umgang mit Fehlern getätigt werden, die nicht näher kategorisiert sind.	Tatsächlich aus Fehlern lernt man am meisten.
<b>Selbstmanagement</b>	<b>Aussagen wie und ob der Arzt eigenes Verhalten steuert, verändert und überdenkt.</b>				
	<b>Selbstregulation</b>	<b>Aussagen, die Regulation des eigenen Verhaltens beruhend auf Reflexion des eigenen Verhaltens betreffen.</b>			
		Fähigkeit zur Selbstkritik	Der Arzt besitzt die Fähigkeit sein eigenes Handeln kritisch zu überdenken und zu bewerten (z.B. Interaktion mit dem Patienten, Interaktion mit dem Team).	Wenn Aussagen dazu getätigt werden, dass der Arzt sein eigenes Handeln und Verhalten kritisch überdenkt.	Man hinterfragt sich dann schon sehr und denkt sich, ach, man hätte es doch (...) anders formulieren können.
		Selbstkontrolle	Fähigkeit sein Verhalten selbst zu steuern und sein Handeln an die situativen Erfordernisse anzupassen.	Wenn Situationen beschrieben werden, in denen der (Assistenz-)arzt sein Verhalten kontrollieren muss, um sozial angebracht zu handeln.	In der Arbeit mit einem schwierigen Patienten bleibt der Arzt ruhig und unterdrückt den aufkommenden Ärger.
	Bewusstsein der eigenen Leistung		Kenntnis über eigene Stärken und Schwächen, den Ausbildungsstand und die eigenen Fähigkeiten.	Wenn Aussage dazu getroffen wird, wie und ob der (Assistenz-)arzt sich seiner eigenen Leistung und seiner Grenzen bewusst ist. Auch implizit z.B. indem er mit Vorgesetzten Rücksprache hält. Nicht Einbindung anderer Fachdisziplinen (-> Umgang mit anderen Fachbereichen)	Der Assistenzarzt hält Rücksprache mit seinem Oberarzt./ Erfahrung ist da sicherlich wichtig.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Reflexion der Visite	Kritisches Überdenken der Visite im Anschluss. (z.B. fachliche Themen, Reaktionen von Patienten) Wenn Aussagen zur Reflexion der Visite durch den Arzt getroffen werden. Beispielsweise: Also da hab ich jetzt kein besonderes Instrumentarium, wo ich sag, da setzt man irgendwelche Instrumente ein, um sozusagen die Visite aufzuarbeiten.			
		Reflexion komplett	Überdenken der kompletten Visite im Anschluss an die Visite.	Wenn Aussagen dazu ob und wie die komplette Visite im Anschluss reflektiert wird, getätigt werden. Auch wenn Aussagen, dass keine Reflexion der kompletten Visite, aber evtl. Reflexion einzelner Fälle stattfindet.	Man muss ja nicht über die ganze Visite nachdenken.
		Reflexion einzelner Aspekte	Nicht die ganze Visite, sondern Teilaspekte der Visite werden im Anschluss an die Visite überdacht.	Wenn Aussagen dazu, dass einzelne Aspekte der Visite im Anschluss reflektiert werden, getätigt werden.	Es kann sein, dass man ein Problem mitgenommen hat.
		Keine Reflexion der Visite	Es findet im Anschluss an die Visite keinerlei Reflexion statt. Auch keine Reflexion einzelner Fälle.	Wenn Aussagen gemacht werden, dass keinerlei Reflexion der Visite stattfindet. Weder Einzelfälle noch gesamte Visite. Aussagen dazu, dass nur Einzelfälle reflektiert werden kommen zu " Reflexion einzelner Fälle" und Aussagen dazu, dass nur die Visite als Ganzes nicht reflektiert wird Einzelfälle aber schon zu " Reflexion der Visite als Ganzes".	Nein, eigentlich findet nach der Visite keine Reflexion statt.
		Handlungsableitung aus Reflexion der Visite	Handlungen, die sich aus der Reflexion der Visite ableiten.	Wenn Aussagen dazu gemacht werden, welche Handlungen auf eine Reflexion der Visite folgen. Nicht wenn Rücksprachen mit dem Oberarzt genannt werden, diese immer bei "Bewusstsein der eigenen Leistung" kodieren.	Die wichtigsten Punkte gebe ich dann an die Schwestern weiter.
		Evaluation des Patienten nach der Visite/ Reflexion einzelner Fälle	Nach der Visite trifft der (Assistenz-)arzt eine Einschätzung über die Patienten/ Fälle/ zu erledigenden Aufgaben nach ihrer Wichtigkeit.	Wenn Aussagen zur Fallevaluation im Anschluss an die Visite getroffen werden.	Ich schau, welche Patienten jetzt besonders dringend waren.
		*Sonstiges	Weitere Aspekte, die die Reflexion der Visite beinhalten	Weitere Aspekte, die die Reflexion der Visite beinhalten z.B. Reflexion der Struktur der Visite in Stationsbesprechungen.	Wenn es natürlich um grundsätzliche Dinge geht, was Visite betrifft – (...) - dann gib'ts gesonderte Gespräche (...), um eben diese strukturelle Verbesserungen.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
Professionalität	Aussagen zu ärztlich-professionellem Verhalten.				
	Respekt	Aussagen zu respektvollem Verhalten durch den Arzt.			
		Gegenüber dem Patienten	Der Patient wird als Mensch/ Individuum wahrgenommen und ihm wird Achtung entgegengebracht (z.B. Wahrung der Privatsphäre).	Wenn Aussagen in Bezug auf respektvollen Umgang gegenüber dem Patienten getroffen werden, die sich nicht auf das Einbinden des Patienten in Entscheidungen beziehen.	Die Privatsphäre des Patienten wird gewahrt, indem Angehörige von Bettnachbarn aus dem Zimmer gebeten werden. / Der Patient wird nicht als Diagnose gesehen. / Halt einfach, dass der Patient ein Gefühl hat, dass er einfach, dass er der Mittelpunkt ist/dass es halt nur um ihn geht.
		Respektvoller Umgang mit dem Team	Teammitgliedern wird Achtung entgegengebracht.	Wenn Aussagen in Bezug auf respektvollen Umgang mit dem Team getroffen werden, die sich nicht auf das Einbinden des Teams in Entscheidungen beziehen.	Wenn einer redet hören die anderen zu.
	Zuverlässigkeit	Aussagen über Zuverlässigkeit des Arztes.			
		Zuverlässiges Verhalten	Zuverlässiges Verhalten gegenüber dem Patienten und gegenüber dem Team im Sinn von - Genauigkeit, Pünktlichkeit, Stabilität der Anordnungen, Klarheit der Aussagen.	Wenn eine Aussage getroffen wird, die zuverlässiges Verhalten durch den Arzt beschreibt.	Der Assistenzarzt sollte einmal getroffene Anordnungen nicht mehr ändern, außer es gibt wichtige Gründe dafür. / Er sollte pünktlich zur Visite kommen.
	Angemessenes Auftreten	Aussagen über Selbstvertrauen des Arztes			
		Auftreten in der Visite	Auftreten des (Assistenz-)arztes bei der Visite z.B. selbstsicher, schüchtern, arrogant.	Wenn Aussagen zum Auftreten des Arztes getroffen werden.	Er (der Assistenzarzt) sollte ein offenes Auftreten haben. /Der Arzt bleibt während der Visite immer höflich.
	Sonstiges		Der Arzt verhält sich auf der Visite professionell.	Wenn eine Aussage zu professionellem Verhalten des Arztes auf der Visite getätigt wird, was nicht anders codiert werden kann.	Das darf man nicht persönlich nehmen.
Lernbereitschaft	Aussagen, die sich auf den Lernprozess des Arztes beziehen.				
	*Fachwissen lernen auf Visite		In der Visite kann Fachwissen gelernt werden.	Wenn Aussagen getätigt werden, dass in der Visite spezifisches Fachwissen gelernt werden kann.	Am Anfang ist man einfach mitgegangen mit erfahrenen Kollegen, die haben halt einem oft geholfen oder praktisch aufgezeichnet, was jetzt wichtig ist. Gerade anhand von speziellen Krankheitsbildern, auf was es darauf ankommt.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	*Lernbereitschaft allgemein		Wenn allgemeine Aussagen zum Lernen in der Visite getroffen werden.	Aussagen, die beinhalten, dass Professionen auf der Visite lernen z.B. der Oberarzt oder der Assistenzarzt.	Klar, wär das jetzt so wie ich das zum Beispiel mache, dass ich halt mir schon überlege, auch für meinen Lernprozess, was würde ich machen und dann ganz explizit 'ne Frage stelle.
	Visitieren lernen	Aussagen, wie Visitieren gelernt werden kann oder selbst gelernt wurde			
		Beobachten/ Lernen am Modell	Visitieren wird durch Teilnahme an vielen Visiten und dabei Beobachtung der visitierenden Ärzte gelernt.	Wenn Lernen durch Zuschauen, anschauen, beobachten oder ähnliches genannt wird, wie man Visite lernen kann oder gelernt hat.	Der Assistenzarzt hat visitieren gelernt, indem er als PJler oft mit auf Visite gegangen ist und beobachtet hat.
		Durchführen/ Lernen durch Handeln	Visitieren wird durch "learning by doing", d.h. durch selbstständiges Durchführen gelernt.	Wenn Lernen durch selbst handeln genannt wird.	Der Arzt fängt an Visite zu gehen und lernt von Visite zu Visite dazu. / Man muss einfach irgendwie machen.
		Visite nicht erlernbar	Die Durchführung einer guten Visite ist nicht erlernbar.	Wenn Aussagen getroffen werden, dass visitieren nicht gelernt werden kann.	Eine gute Visite ist eine Persönlichkeitsqualität./ Man kann das oder man kann es nicht.
		* Lernen von anderen Professionen	Visitieren wird von anderen Professionen beigebracht.	Das Durchführen der Visite wird von einer anderen Berufsgruppe beigebracht z.B. von der Pflege.	Erfahrenes Pflegepersonal, die man Fragen stellen kann, die auch offen sind einen irgendwie zu korrigieren.
		*Geführte Supervision	Durch das Teilnehmen und Handeln in der Visite im Beisein eines erfahreneren Kollegen, der die Visite anleitet, wird Visitendurchführung gelernt.	Wenn die Durchführung einer Visite gelernt wird, indem das Teilnehmen und Handeln in der Visite von einem erfahreneren Kollegen beobachtet und kontrolliert wird z.B. der Oberarzt supervidiert den Assistenzarzt.	(...) ja, erstmal war der Oberarzt dabei.
		Sonstiges	Weitere Aussagen zum Thema "Visite lernen"	Wenn Aussagen zu "Visite lernen" getätigt werden, die nicht näher kategorisiert sind	Es kommt immer ganz darauf an in welchem Fach man tätig ist.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
Lehrkompetenz	Aussagen zur Fähigkeit des Arztes andere zu unterrichten.				
	Unterrichts- strukturierung	Fähigkeit den Unterricht zu strukturieren.			
		Inhalt	Der Inhalt der Lehre wird passend ausgewählt, d.h. es werden für den Studenten relevante Themen ausgewählt; es wird aktuelle Forschung vermittelt; es wird eine Verknüpfung von Theorie und Praxis hergestellt.	Wenn Themen für Lehre auf der Visite genannt werden oder wie diese Themen ausgewählt werden.	Für eine Krankheit typische Symptome werden in den Vordergrund gestellt.
		Zeit	In der Visite ist Zeit für Lehre eingeplant.	Wenn ein (typischer) Zeitpunkt für Lehre in der Visite genannt wird.	Immer vor dem Patientenzimmer werden die Fragen der Studenten beantwortet.
	<i>Lehre in der Visite</i>	<i>Aussagen zur Bedeutung und Berechtigung von Lehre in der Visite.</i>			
		<i>*Visitenstruktur für Lehre</i>	<i>Eine bestimmte Visitenstruktur ist für die Lehre auf Visite notwendig.</i>	<i>Aussagen, wie die Struktur der Visite sein sollte oder nicht sein sollte, damit Lehre möglich wird.</i>	<i>Hab' ich einen Studenten und ich habe einen Assistenten, der nicht irgendwie (...), dokumentarisch (...) beschäftigt ist, da kann man dann natürlich Informationen fließen lassen.</i>
		<i>Beteiligte</i>	<i>Lehrer und Schüler bei Lehre in der Visite.</i>	<i>Wenn Aussagen dazu, wer in der Visite lehrt und wer davon profitiert.</i>	<i>Der Oberarzt bringt dem Assistenten was bei. Der sollte dem Studenten was beibringen.</i>
		<i>Bedeutung in der Visite</i>	<i>Lehre findet in der Visite statt oder sollte in der Visite stattfinden bzw. Lehre ist wichtig oder nicht wichtig für die Visite.</i>	<i>Wenn Aussagen über die Bedeutung von Lehre in der Visite getroffen werden. Nicht, wenn Lehre als Aspekt für gute oder schlechte Visite ist.</i>	<i>Visite ist ein sehr wichtiger Ort für Lehre. / !: Inwieweit findet während einer normalen Stationsvisite Lehre statt? - Sehr, sehr unterschiedlich.</i>
	Wissens- vermittlung	Art und Weise, wie Wissen in der Visite an Studenten vermittelt wird.			
		<i>*Lernen durch Aufgabenübernahme</i>	Dem Student werden in der Visite Aufgaben zugewiesen, die zur Vermittlung von Fachwissen und klinisch-praktischen Fähigkeiten dienen.	Wenn Aussagen gemacht werden, dass der Student Aufgaben übernimmt, um dabei zu lernen. Dabei geht es nicht um Aufgabenübernahme, die zum Ziel hat den Visitenablauf zu erlernen oder die Visitedurchführung an sich.	(...) Und dass die das üben und auch das Motorische, deswegen auch die Verbände. Dass die das wirklich mal in die Hand kriegen und auch einmal gewickelt haben und auch einmal sehen.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Erklären / Besprechen	Verbale Wissensvermittlung, zum Beispiel durch transparent machen von Gedankenprozessen oder durch Erklären von Diagnosen.	Wenn Aussagen zu verbaler Wissensvermittlung getroffen werden. Lehre durch Erklären/ Fall besprechen/ Diagnose diskutieren wird nicht zusätzlich als "Informationsaustausch" kodiert! Nur falls der Patient explizit auch als Adressat genannt wird.	Der Arzt "denkt laut", wenn er Befunde anschaut. Arzt erklärt Studenten Laborergebnisse
		Lernen am Modell	Klinische Untersuchungen und Techniken demonstrieren und den Studenten im Anschluss unter Erklärung ebenfalls durchführen lassen.	Wenn Wissensvermittlung durch Demonstration und/ ohne anschließende Selbstdurchführung genannt wird.	Der Arzt demonstriert an einem Patienten die Auskultation der Lunge. Danach führt der Student dies durch.
		Sonstiges	Weitere Aussagen zum Thema „Wissensvermittlung“.	Wenn Aussagen zur Wissensvermittlung in der Visite getätigt werden, die nicht näher kategorisiert sind.	(...) Also ich finde, Lehre findet insofern statt, dass sie überhaupt die Möglichkeit haben, dabei zu sein, also direkt am Patienten zu sein.
	Motivierung/ Motivation	Studenten werden zum Lernen motiviert.			
		Anerkennung zeigen	Der Arzt motiviert die Studenten, indem er von ihnen erbrachte Leistung anerkennt.	Wenn Aussagen zur Anerkennung studentischer Leistung durch den Arzt getätigt werden.	Assistenzarzt lobt den Studenten für die gute Patientenvorstellung.
		Förderung von Fragen	Der Arzt signalisiert Offenheit und ermutigt Studenten Fragen zu stellen.	Wenn explizit das Fördern/ Zulassen von Fragen der Studenten genannt wird.	Vor dem Zimmer können die Studenten ihre Fragen stellen.
		Förderung des Mitdenkens/ Fragen stellen	Der Arzt regt die Studenten zur Mitarbeit und zum Mitdenken an.	Wenn Maßnahmen genannt werden, die Studenten aktiv in die Visite einbeziehen. Außer Förderung von Fragen.	Der Arzt lässt den Studenten die Lunge auskultieren oder stellt Fragen zum Fall.
	Leistungs- beurteilung	Aussagen zur Beurteilung der Leistung der Studenten.			
		Feedback	Studenten wird, nachdem sie eine Leistung erbracht haben, gesagt, was sie hierbei gut oder weniger gut gemacht haben.	Wenn Aussagen zu Feedback an Studenten getroffen werden.	Der Assistenzarzt beobachtet den Studenten bei der körperlichen Untersuchung und gibt ihm im Anschluss konkret Hinweise, was verbessert werden kann.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
		Sonstiges	Weitere Aussagen zum Thema „Leistungsbeurteilung“.	Wenn Aussagen zur Leistungsbeurteilung in der Visite getätigt werden, die nicht näher kategorisiert sind.	Dass er (...) er es nicht so wie ein Problem machen soll, dass er als / als ein Lehrer, als jemand, der das zeigt oder / und nicht als Prüfer. Weil das ist jetzt keine Prüfung.
	Heterogenität	Unterschiedlicher Wissenstand der Studenten.			
		Erkennen und Berücksichtigen	Der Arzt weiß um den Ausbildungsstand der Studenten und passt die Lehre dem an.	Wenn ein Umgang mit dem Ausbildungsstand der Studenten beschrieben wird.	Studenten im ersten klinischen Semester werden einfache Krankheitsbilder vorgestellt. PJ Studenten betreuen eigene Patientenzimmer.
	Vermittlung von Visitenkompetenz	Aussagen zur Vermittlung von visitenrelevanten Kompetenzen.			
		Methoden	Art und Weise, wie die Fähigkeit vermittelt werden kann eine Visite durchzuführen.	Wenn Möglichkeiten genannt werden, wie man Studenten/ jungen Ärzten beibringen kann eine Visite durchzuführen.	Der Arzt versucht die Visite so zu führen, dass ein Student sich daraus eine Struktur ableiten kann. / Dann lass ich sie zum Beispiel einen (...)eintrag machen.
		Sonstiges	Weitere Aussagen zur Lehrkompetenz von Ärzten.	Wenn Aussagen zur Lehrkompetenz in der Visite getroffen werden, die nicht anders kategorisiert werden können.	Aber sonst / es ist eben die Aufgabe es innerhalb der Visite zu lernen, weil dort kommen ja auch die Fragen auf.
Aufgaben des Assistenzarztes (Assistenzarztvisite)	Aufgaben des Assistenzarztes, die auf die Fragen: "Welche Aufgaben muss der Assistenzarzt während der Visite ausführen?" genannt werden.				
	Arbeit im Team		Zusammenarbeit im interprofessionellen Visitenteam mit Arzt als Visitierendem.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die die Arbeit im Team betreffen und nicht zum kommunikativen Bereich gehören.	Der Arzt vermittelt zwischen den Interessen von Oberarzt, Patient und Pflege.
	Collaborative clinical reasoning		Der Arzt stellt eine Diagnose, überprüft diese und hat einen Plan, wie die Behandlung erfolgen soll.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die für das Erstellen/ Überprüfen einer Diagnose und die Planung der Behandlung benötigt werden.	Der Arzt muss überprüfen, ob er die richtige Therapie gewählt hat.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Empathie		Empathischer Umgang mit dem Patienten in der Visite.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die einen empathischen Umgang mit dem Patienten betreffen.	Der Arzt muss sich in den Patienten hineinversetzen und ihm das Gefühl geben verstanden zu werden.
	Fachwissen		Medizinisches Fachwissen.	Wenn Aufgaben und Fähigkeiten genannt werden, die medizinisches Fachwissen betreffen.	Der Arzt braucht medizinische Grundkenntnisse.
	Fehlermanagement		Reaktion auf eigene Fehler oder die Fehler anderer in der Visitsituation.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die den Umgang mit Fehlern betreffen oder der Umgang mit Fehlern an sich als Aufgabe in der Visite genannt wird.	Der Arzt erklärt dem Patienten, warum eine geplante Untersuchung nicht durchgeführt wurde.
	Klinische-praktische Fähigkeiten		Durchführung klinisch-praktischer Fähigkeiten im Rahmen der Visite.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die zu den klinisch-praktischen Fähigkeiten gehören.	Der Arzt auskultiert die Lunge.
	Kommunikation Arzt-Patient verbal		Verbale Kommunikation (z.B. Information, Gesprächsführung, Verständnis) zwischen Arzt und Patient.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die die verbale Kommunikation mit dem Patienten betreffen.	Der Arzt muss sich so ausdrücken können, dass der Patient ihn versteht.
	Kommunikation Arzt-Patienten nonverbal		Nonverbale Kommunikation (z.B. Körpersprache, Raumverhalten, taktile Kommunikation) zwischen Arzt und Patient.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die die nonverbale Kommunikation mit dem Patienten betreffen.	Der Arzt achtet auf die Körpersprache des Patienten.
	Kommunikation mit dem Team		Kommunikation (z.B. Informationsübermittlung, Gesprächsgestaltung) mit Mitgliedern des Visitenteams.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die die Kommunikation mit dem Team betreffen.	Den Oberarzt über die neuesten Behandlungsergebnisse zu informieren, wenn was stattgefunden hat.
	Lehrkompetenz		Der Arzt ist als Visitierender auch Lehrer und ist in der Lage Wissen angemessen zu vermitteln.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die sich darauf beziehen, dass der Arzt während der Visite unterrichtet und supervidiert.	Der Arzt erklärt den Studenten, warum er bestimmte Entscheidungen getroffen hat.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Lernbereitschaft		Bereitschaft des Arztes auf der Visite selbst zu lernen.	Wenn Aufgaben und Fähigkeiten genannt werden, die das Lernen auf der Visite und das Lernen der Visite an sich betreffen.	Aufgabe des Arztes bei Visite ist auch selbst etwas zu lernen. / Das muss man glaub ich schon lernen oder sollte man auch ein bisschen gelehrt kriegen.
	Organisatorische Fertigkeiten		Organisation der Visite durch den Arzt. (z.B. Priorisierung d.h. Problemorientierung der Visite, Evaluation des Patienten und daraus abgeleitete Handlungen, Zeitmanagement, Dokumentation)	Wenn Aufgaben und Fähigkeiten genannt werden, die dazu dienen die Visite zu organisieren.	Der Arzt muss einen zeitlichen Rahmen der Visite beachten.
	Patientenmanagement		Bei der Behandlung des Patienten wird der Patient in einem größeren Kontext gesehen (sozial/gesundheitlich), ökonomische Faktoren werden bedacht und die Entlassung geplant.	Wenn Aufgaben und Fähigkeiten genannt werden, die das Patientenmanagement betreffen.	Der Arzt muss Entlassungen festlegen.
	Problemlösefähigkeit		Lösen und Vermeiden von Problemen (im Sinne von Störungen, Unterbrechungen, schwierigen Situationen) auf der Visite.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die die Lösung von Problemen betreffen oder das Lösen von Problemen/ Herausforderungen als Aufgabe in der Visite genannt wird.	Der Arzt darf sich von Unterbrechungen nicht aus der Ruhe bringen lassen. / Wie geht man mit Problemen um die für den Patienten schwierig sind, die für einen selber schwierig sind
	Professionalität		Der Arzt handelt auf der Visite professionell im Sinne von z.B. Respekt, Zuverlässigkeit und angemessenem, selbstbewussten Auftreten.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die das professionelle Handeln des Arztes betreffen.	Der Arzt tritt selbstbewusst auf. Er behandelt den Patienten mit Respekt.
	Selbstmanagement		Der Arzt reflektiert seine Visite, weiß wozu er in der Lage ist und kann sich selbst kontrollieren.	Wenn Aufgaben oder Fähigkeiten genannt werden, die das Selbstmanagement des Arztes betreffen, aber nicht im Sinne von Strukturierung oder Organisation.	Der Arzt muss bei schwierigen Patienten ruhig bleiben können. / Es gibt Probleme, die man vielleicht persönlich hat. / Mit denen man selber nicht zurechtkommt.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
	Sonstiges		Weitere Aufgaben, die als Aufgaben der Visite genannt werden.	Wenn Aufgaben in der Visite genannt werden, die nicht anders kategorisiert werden können.	Gedankliche Flexibilität
*Aufgaben des Assistenzarztes bei Oberarzt-Visite	Aufgabenbereiche, die der Assistenzarzt besitzt, wenn der Oberarzt anwesend ist. Auf die Frage Aufgaben/Fertigkeiten/Fähigkeiten des Assistenzarztes in der Oberarztvisite. Unterkategorien: siehe Abschnitt „Aufgaben des Assistenzarztes bei der Assistenzarztvisite“				
*Aufgaben des Oberarztes bei Oberarzt-Visite	Aufgabenbereiche des Oberarztes bei der Oberarztvisite. Auf die Frage Aufgaben/Fertigkeiten/Fähigkeiten des Oberarztes in der Oberarztvisite. Unterkategorien: siehe Abschnitt „Aufgaben des Assistenzarztes bei der Assistenzarztvisite“				
*Struktur der Visite	Wenn Aussagen über Teilnehmer, Ort und Zeit der Visite getroffen werden.				
	Strukturierung	Aspekte einer strukturierten Visite.			
		Beginn (Zeitpunkt), Uhrzeit der Visite	Zeitpunkt des Visitenbeginns auf der Station des Interviewpartners.	Wenn Aussagen zum zeitlichen Beginn der Visite auf der jeweiligen Station getroffen werden.	Die Visite beginnt immer um neun Uhr. Abweichungen werden dem Team mitgeteilt.
		Visitenlänge/ Dauer/ *Zeitspanne per Uhrzeit	Aussagen zur Dauer der Visite.	Wenn Aussagen zur reinen Dauer (Minuten/Stundenangaben) der Visite gemacht werden zuzüglich der Zeitspanne der Visite, also die Uhrzeit bei Beginn und Ende (und Aussagen dazu, wovon die Visitedauer abhängig ist.)	Die Visite dauert insgesamt im Durchschnitt zwei Stunden.
		*Dauer pro Patient	Wie lang sich das Team einem Patient im Ganzen zuwendet.	Wenn Aussagen getätigt werden, wie lange man einen Patienten visitiert. Dazu zählen sowohl Vor- als auch Nachbesprechungen und der Patientenkontakt.	ein bis zwei Minuten.
		*Frequenz der Visite	Wie oft die Visite stattfindet.	Wenn Aussagen getroffen werden, wie oft die Visite stattfindet.	Eben einmal pro Woche mit dem ganzen Team.
	*Teilnehmer der Visite	Wenn Aussage über teilnehmende Personen in der Visite getätigt werden.			
		*Beteiligte der Visite	Welche Personen und Berufsgruppen an der Visite teilnehmen.	Wenn Aussagen zur Anzahl und Art der teilnehmenden Professionen getroffen werden.	Schwester, also die Pflege, und der Arzt.

Kompetenz/ Hauptkategorie	Variable	Ausprägung	Definition	Kodierregel	Beispiel
<i>*Visite in ihrer Funktion</i>	<i>Aussagen über Ziele der Visite, Veränderungswünsche bezüglich der Visite, Stellenwert der Visite</i>				
	<i>Ziel der Visite</i>		<i>Aussagen zum Ziel der Visite.</i>	<i>Wenn Aussagen zum Ziel der Visite gemacht werden.</i>	<i>Die Visite hat zum Ziel alle Patienten gesehen zu haben.</i>
	<i>*Veränderung der aktuellen Visite</i>		<i>Wenn Gedanken geäußert werden, die aktuelle Visitenform zu hinterfragen. Dazu zählt sowohl wenn Aussagen darüber getroffen werden, die aktuelle Visite anders durchzuführen, vor allem um eine qualitative Verbesserung der Visite zu erzielen. Oder auch keine Veränderung der Visite gewünscht wird.</i>	<i>Auf die Frage: Sollte die Visite verändert werden?</i>	<i>Man müsste mehr Zeit haben.</i>
	<i>*Stellenwert der Visite im eigenen Fach</i>		<i>Die Bedeutung der Visite im eigenen Fach, auch im Vergleich zu anderen Fachbereichen.</i>	<i>Auf die Frage: Welchen Stellenwert hat die Visite in der Chirurgie/Psychiatrie/ Psychosomatik?</i>	<i>Sehr wichtig. Sehr wichtig, weil die Chirurgen sehr, sehr viel den Tag über im OP sind.</i>
<i>Interviewer</i>			<i>Vom Interviewer gestellte Fragen oder Kommentare.</i>	<i>Immer wenn Aussagen vom Interviewer (!:)</i>	<i>Und wie findet da der Entscheidungsprozess statt?</i>
<i>Rest</i>			<i>Keinem Code zuordenbare Aussagen.</i>	<i>Aussagen, die keinem Code zugeordnet werden können.</i>	<i>In England ist man auch in einer großen Gruppe, größere Gruppe eigentlich als hier.</i>
<i>Trash</i>			<i>Müll.</i>	<i>Wenn einzelne Worte, Sätze ohne verständliche Aussage und Nachfrage, Wiederholungen der Frage. Antwort auf Fragen Grundeinstellung eines Arztes, Faktor Zeit. Alle fachfremden Beispiele.</i>	<i>Puuh.</i>



# Danksagung

Die erfolgreiche Anfertigung dieser Dissertation wäre ohne die Unterstützung von verschiedenen Seiten nicht möglich gewesen. Dafür möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Martin Fischer und Herrn Prof. Dr. Ralf Schmidmaier für ihre engagierte und umsichtige Leitung des Projekts. Vielen Dank für das Schaffen der Rahmenbedingungen, für die zu jeder Zeit bestehende, fachliche Unterstützung, die ausgezeichnete Betreuung und für die vielen, so lehrreichen Impulse!

Ebenso danke ich Frau Dr. Esther März und Herrn Dr. Christian Lottspeich für ihre patiente, dynamische Betreuung, ihren klugen Rat und die tatkräftige Unterstützung! Mein großer Dank gilt hierbei auch Frau Teresa Wölfel, deren Forschung der Wegbereiter für diese Arbeit war.

Zu Dank bin ich der Hildegard-Hampp-Humanitas-Förderung verpflichtet, welche diese Arbeit finanziell unterstützt hat. Auch möchte ich Frau Dr. Julia Plagge, Frau Miriam Thies und Frau Anja Viereck für das sorgfältige Transkribieren der Interviews danken.

Herzlichen Dank an Martin Boekstiegel für das Korrekturlesen des Manuskripts.

Ich danke meiner Familie für ihren ermutigenden, liebevollen Halt und danke dir, Daniel, für deine Geduld und Liebe.

Zuletzt geht mein sehr großer Dank an all die Unterstützer und Interviewpartner, die trotz Klinikalltag mit bemerkenswerter Motivation ihre Zeit und Expertise schenkten, um zu dieser Studie beizutragen.



# Affidavit



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

Promotionsbüro  
Medizinische Fakultät



## Eidesstattliche Versicherung

Elisa Vietz

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

### **Identifikation und Vergleich ärztlicher Kompetenzen zur Durchführung einer psychiatrischen, psychosomatischen und chirurgischen Visite Eine interprofessionelle Interviewstudie**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Aschaffenburg, 19.05.2022

Ort, Datum

Elisa Vietz

Unterschrift Doktorandin

