

Fachspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Umgang mit Nichtwissen

© Dmitriy Raykin - Fotolia.com



Chirurgie und Anästhesiologie im Vergleich

Im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekts haben wir nicht nur die unterschiedlichen Dimensionen des Nichtwissens, sondern zusätzlich auch organisationale Bedingungen genauer betrachtet, um Fachunterschiede im Umgang mit Nichtwissen aufzudecken. Datenbasis bilden die im Krankenhaus tätigen Facharztgruppen, die mit Hilfe der Facharztverbände der Chirurgie (BDC), der Anästhesiologie (BDA und DGAI), der Inneren Medizin (BDI) sowie der Pathologie (BDP) im Frühjahr 2012 zu einer Online-Befragung eingeladen wurden. In diesem Beitrag werden beispielhaft einige Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Facharztgruppen Chirurgie und Anästhesiologie vorgestellt.

Warum „nur“ ein Vergleich mit den Anästhesisten?

Die Antwort auf diese Frage ist in den unterschiedlichen Rücklaufquoten begründet. **Tabelle 1** zeigt die Rücklaufzahlen der einzelnen Facharztgruppen.

Tab. 1: Rücklaufquoten der Befragung nach Facharztgruppen sortiert

Facharztgruppe	Anzahl (gesamt)*	Rücklauf brutto	Rücklauf netto
Anästhesie	16.692	3.105 (18,6 %)	1.732 (10,4 %)
Chirurgie	10.613	2.614 (24,6 %)	866 (8,2 %)
Pathologie	1.072	394 (36,8 %)	110 (10,3 %)
Innere Medizin	11.812	572 (4,8 %)	145 (0,1 %)

Die Angabe „Anzahl gesamt“ gibt die bundesweite Anzahl der im Krankenhaus tätigen Ärzte der jeweiligen Facharztgruppen (vgl. Bundesamt für Statistik 2012) an. Die Bruttoreücklaufquote bildet die Aufrufe der Befragung ab wohingegen in der Nettorücklaufquote nur die vollständig beendeten Fragebögen enthalten sind. Letztere sind in die Auswertungen eingeflossen. Die durchschnittliche Nettorücklaufquote betrug etwa 10 %.

Bei den Internisten fällt auf, dass der Rücklauf mit 0,1 % sehr gering ausgefallen ist. Für niedrige Responsequoten werden in der Literatur (z. B. Schnell 2012) verschiedene Gründe angeführt, etwa zu kurze Feldphasen, fehlende Nachfassaktionen oder Desinteresse am Thema. Die ersten beiden Gründe können wir ausschließen, da der Rücklauf bei den Internisten trotz verstärkter Nachfassaktionen und einer (im Vergleich zu den anderen Facharztgruppen) mehr als doppelt so langen Feldphase nicht erhöht werden konnte.

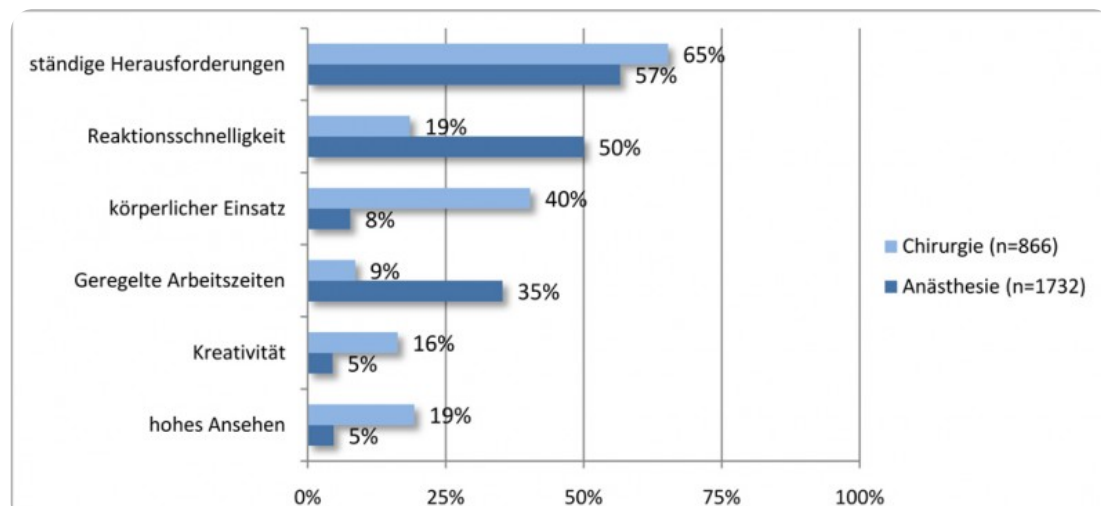
Es fällt weiterhin auf, dass insgesamt nur 572 Ärztinnen und Ärzte der Inneren Medizin den Online Fragebogen (vgl. Bruttoreücklauf) überhaupt aufgerufen haben. Eine Non-Response Analyse, bei der wir geschaut haben, ob im Datensatz Verzerrungen von bestimmten Gruppen vorliegen (z. B. verstärkte Beteiligung von Oberärzten oder Assistenzärzten, Männern oder Frauen, Ärzte bestimmter Krankenhaustypen), ergab bis auf eine minimale Überrepräsentanz von Chef- und Oberärzten keine Auffälligkeiten. Momentan suchen wir nach weiteren potenziellen Gründen und Erklärungsmöglichkeiten für die starke Zurückhaltung der Internisten bei unserer Befragung. In diesem Sinne müssen auch wir im Forscherteam mit bekannten Nichtwissen umgehen.

Betrachtet man die absoluten Zahlen der vollständig ausgefüllten Fragebögen, liegt es auf der Hand, dass nur ein Vergleich der beiden Facharztgruppen Anästhesie (n=1.732) und Chirurgie (n=866) sinnvoll ist. Darüber hinaus ist der Vergleich zwischen diesen beiden Facharztgruppen durch die relativ enge Zusammenarbeit im Krankenhausalltag besonders interessant.

Inwiefern unterscheiden sich Chirurgen von den Anästhesisten?

Bei der Befragung haben wir in der Anfangssequenz alle Teilnehmer danach gefragt, durch welche drei Merkmale sich das eigene Fachgebiet besonders auszeichnet (Abb. 1). In beiden Facharztgruppen werden am häufigsten „ständige Herausforderungen“ als besonderes Merkmal genannt. Während für die Anästhesisten die „Reaktionsschnelligkeit“ am zweit häufigsten gewählt wurde, steht für die Chirurgen der „körperliche Einsatz“ hier im Vordergrund. Chirurgen schätzen darüber hinaus die „Kreativität“ und das „hohe Ansehen“ ihres Faches.

Abb. 1: Besonderheiten der Fächer im Vergleich (max. drei Nennungen, Angaben in Prozent)



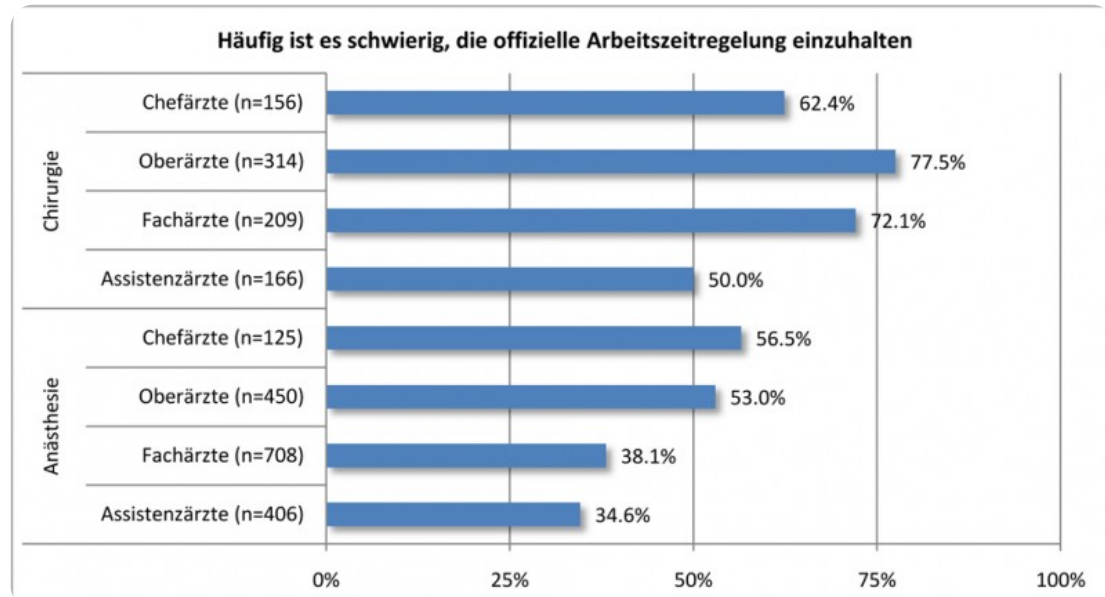
Darüber hinaus geben Anästhesisten zu gut einem Drittel an, dass sich ihr Fach durch geregelte Arbeitszeiten auszeichnet. Insbesondere die im Vorfeld interviewten Chirurgen berichteten von der Schwierigkeit, die offizielle Arbeitszeitregelung einzuhalten, die seit 2004 gilt. Grundlage für die neue Arbeitszeitregelung bildet die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs aus den Jahren 2000 und 2003, aus der hervorgeht, dass die gesamte Zeit eines Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus als Arbeitszeit anzurechnen ist. Die neue Arbeitszeitregelung hat unter anderem dazu geführt, dass mehr ärztliches Personal in den Krankenhäusern eingestellt werden musste. In den Interviews wurden wir auch auf die Konsequenzen dieser neuen Arbeitszeitregelung aufmerksam gemacht. So meinte beispielsweise ein Chefarzt der Chirurgie:

„Wir haben durch das aktuelle Arbeitszeitmodell natürlich auch ein gewisses Problem, weil wir eine Art Schichtdienst machen. Die Leute, die nachmittags arbeiten, die sind natürlich morgens und auch in der mittäglichen Röntgenbesprechung nicht dabei..Früher war es ja so, dass man ja 24 Stunden Dienst hatte und dann musste man natürlich auch für seinen eigenen Quatsch von morgens auch gerade stehen..Das ist ja durch dieses Arbeitszeitmodell auch so, dass man zwar eine Zeit lang auf der Station ist, aber dann eben eine

Woche Spätdienst, eine Woche Nachtdienst und eine Woche nicht im Dienst ist. Man ist also drei Wochen aus dem Stationsalltag raus und fängt dann wieder von vorne an“ (Chefarzt, Chirurgie 08: 55-108).

Für 72,6 % der Chirurgen ist es gegenüber 45,1 % der Anästhesisten im Durchschnitt oft bis sehr oft schwierig, die offiziellen Arbeitszeitenregelungen einzuhalten. Insgesamt sehen Assistenzärzte beider Facharztgruppen, die im Prinzip nicht unter der „alten“ Regelung gearbeitet haben, die aktuelle Arbeitszeitregelung als weniger problematisch an, als ihre Kollegen (Abb. 2).

Abb. 2: Einhaltung der offiziellen Arbeitszeitregelung nach Hierarchiestufe (Ausprägung „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)



Die Unterschiede hinsichtlich der Facharztzugehörigkeit bleiben auch bestehen, wenn wir zwischen verschiedenen Krankenhaus Typen differenzieren. So fällt es 81,8 % der Chirurgen und 53,2 % der Anästhesisten an Universitätskliniken schwer, die offizielle Arbeitszeitregelung einzuhalten.

“

„Kennen Sie eine Berufsgruppe, die 16 bis 18 Stunden durcharbeitet? Das sind wir. Ich halte das für einen absoluten Wahnsinn. Ich weiß auch nicht, wie das geändert werden soll. Aber ich sage den Chirurgen immer: „Es gibt Sachen, die sofort operiert werden müssen, aber es gibt Sachen, die man morgen machen kann.“ Da antworten die Chirurgen meistens: „Nein, das muss aber heute unbedingt operiert werden.“ Dann sag ich denen: „Du hast doch schon 14 Stunden gearbeitet“ und die Chirurgen antworten dann so: „Ja, das ist doch kein Problem.“ Darauf ich: „Stell dir mal vor, du steigst in ein Flugzeug und willst nach New York fliegen. Das Flugzeug geht auf die Startbahn und dann begrüßt der Kapitän die Passagiere: „Guten Tag, mein Name ist Andreas Schulz und bin erfahrener Flugkapitän. Ich bin gerade von New York hierhin geflogen, bin aber noch fit wie ein Turnschuh und werde wieder zurück fliegen.“ Was meinen Sie was passiert? Alle stehen auf, alle Passagiere, da gibt es eine Revolte. Aber das machen wir nicht. Die Anästhesisten machen auch den gleichen Fehler. Ich sage auch meinem Chef, dass wir das ändern müssen. Das geht so nicht. Ich habe früher Dienste gemacht, die gingen von Freitagmorgens 7:30 Uhr bis Montag 16:00 Uhr, durchgehend. Und jetzt fragen Sie die alte Garde, die so was noch gemacht hat. Und die sind alle stolz

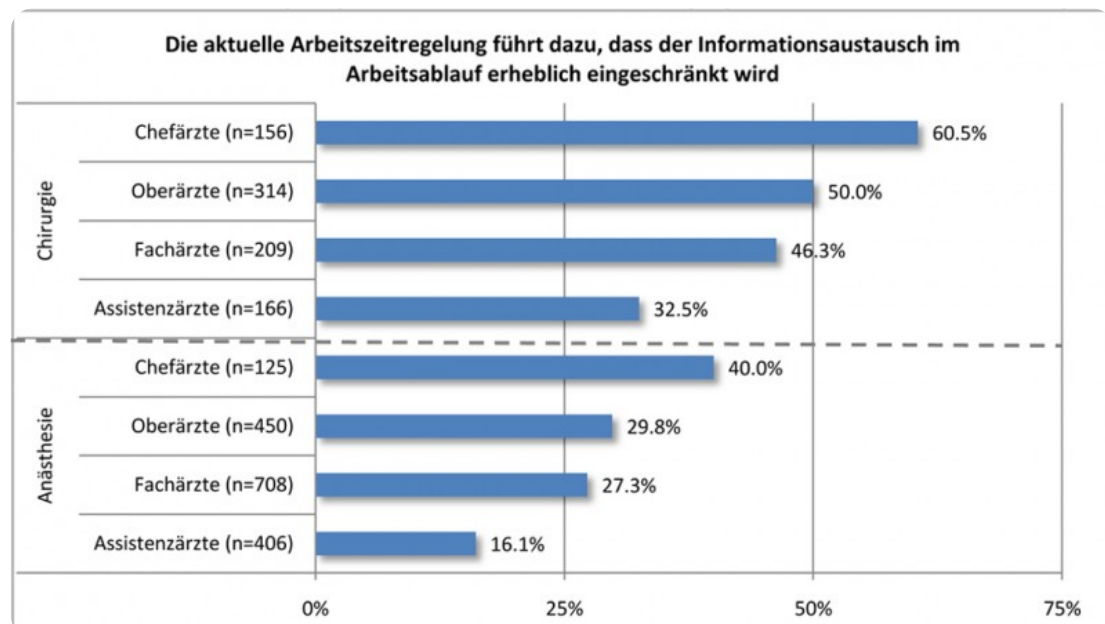
darauf und meinen „Ja, wir konnten alles gut!“ Wenn Sie mich fragen – ich bin nicht stolz darauf“ (Oberarzt, Anästhesie 03: 366-384).“

Zum einen scheint man nach wie vor als besonders angesehen zu gelten, wenn man Überstunden leistet. Zum anderen wird die Erbringung der Leistungen der Anästhesisten im Gegensatz zur Leistungserbringung der Chirurgen in den Kodierrichtlinien der DRG nicht separat erfasst. So könnte man meinen, dass vor allem die Chirurgen seit Einführung der DRG eine Arbeitsverdichtung wahrnehmen. Es zeigt sich aber, dass sowohl 89 % der Chirurgen als auch 86,7 % der Anästhesisten in unserer Studie über eine starke Arbeitsverdichtung seit Einführung der DRG beklagen. Mit 92,9 % liegt der höchste Zustimmungswert bei den Chefärzten der Anästhesie im Gegensatz zu 90,1 % bei den Chefärzten der Chirurgie.

Ein objektiver Vergleich dieser wahrgenommenen Veränderung ist leider nicht möglich, da uns keine Vergleichsdaten für die Zeit vor der Einführung vorliegen. Aktuell schätzen jedenfalls 65,5 % der Chirurgen und 59,9 % der Anästhesisten, dass die Budgetierung die adäquate Behandlung der Patienten verhindere. Insgesamt vermuten wir, dass die DRG-bedingten Vorgaben, bestimmte Facharztgruppen dazu zwingen, auf erhöhte Umsätze zu achten, deren Erfüllung wiederum in Konkurrenz zu anderen Vorgaben (z. B. Arbeitszeiten, Fortbildungen) stehen.

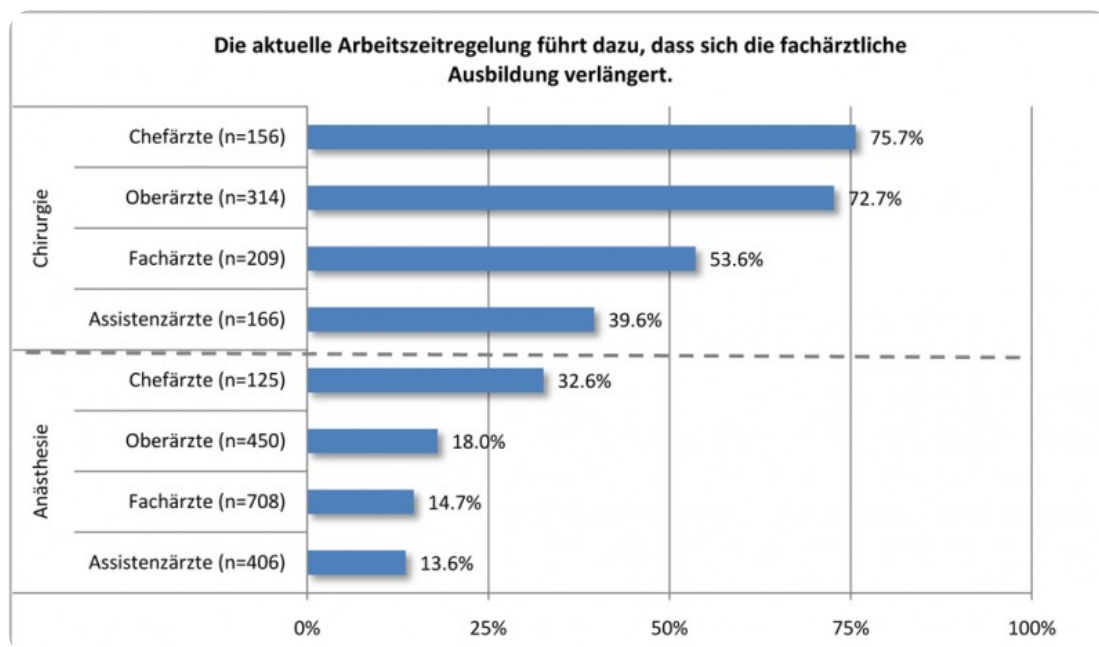
Schaut man sich die wahrgenommenen Auswirkungen der Arbeitszeitregelung genauer an, so schätzen die Chirurgen im Gegensatz zu den Anästhesisten die Auswirkungen dieser auf verschiedene interne Prozesse viel gravierender ein. Fast die Hälfte der Chef-, Ober- und Fachärzte der Chirurgie sind der Meinung, dass durch die Arbeitszeitregelung der Informationsaustausch im Arbeitsablauf eingeschränkt wird (**Abb. 3**). Dies ist insofern interessant, weil für leitende Angestellte die neue Arbeitszeitregelung nicht gilt. Doch selbst bei den Chefärzten der Anästhesie liegt der höchste Zustimmungswert bei „nur“ 40 %. Die Chirurgen scheinen über weniger Alternativen für den Informationsaustausch im Arbeitsablauf zu verfügen als die Anästhesisten.

Abb. 3: Aktuelle Arbeitszeitregelung und Informationsaustausch (Ausprägung „stimme zu“ bis „stimme voll und ganz zu“, Angaben in Prozent)



Für die Chirurgen hat die aktuelle Arbeitszeitregelung nicht nur Auswirkungen auf den Informationsaustausch, sondern auch auf die fachärztliche Ausbildung (**Abb. 4**). Chef- und Oberärzte stimmten zu über 70 % voll und ganz zu, dass sich durch die Änderung die fachärztliche Ausbildung verlängert. Vergleicht man diese Aussage zwischen den Facharztgruppen, so zeigt sich ebenfalls ein interessanter Unterschied: Die Assistenzärzte der Chirurgie geben zu 39,6 % an, dass sich durch die aktuelle Arbeitszeitregelung die fachärztliche Ausbildung verlängert. Bei den Assistenzärzten der Anästhesie fällt der Zustimmungswert mit 13,6 % deutlich geringer aus.

Abb. 4: Aktuelle Arbeitszeitregelung und fachärztliche Ausbildung (Ausprägung „stimme zu“ bis „stimme voll und ganz zu“, Angaben in Prozent)



Strategien im Umgang mit Nichtwissen im Krankenhaus

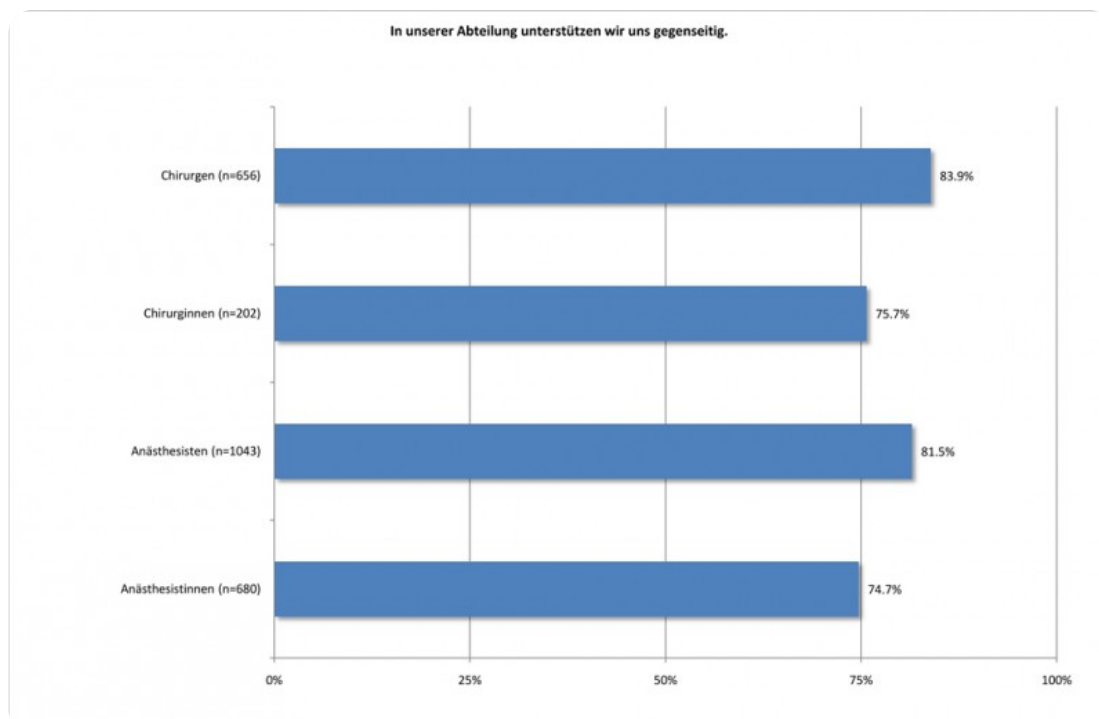
Innerhalb der Abteilungen und der Krankenhäuser haben Chirurgen und Anästhesisten zahlreiche Möglichkeiten, dem Phänomen Nichtwissen zu begegnen. Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den Austauschmöglichkeiten zwischen den Kollegen, mit den Kollegen angrenzender Fachgebiete und mit den Pflegekräften sowie das Fortbildungsverhalten beider Facharztgruppen vorgestellt.

Der Austausch zwischen Kollegen

In den qualitativen Interviews hat sich herausgestellt, dass eine positiv gelebte Abteilungs- und Krankenhauskultur einen guten Umgang mit (Nicht-) Wissen fördert (z. B. die wahrgenommene Unterstützung von Kollegen oder die Zufriedenheit mit der kollegialen Zusammenarbeit). In unserer Studie haben wir uns weniger auf die gelebte Krankenhauskultur, sondern auf die Kultur innerhalb der Abteilungen konzentriert, weil der direkte Kontakt zu den Kollegen direkte Konsequenzen auf den Umgang mit eigenem und fremdem Nichtwissen hat.

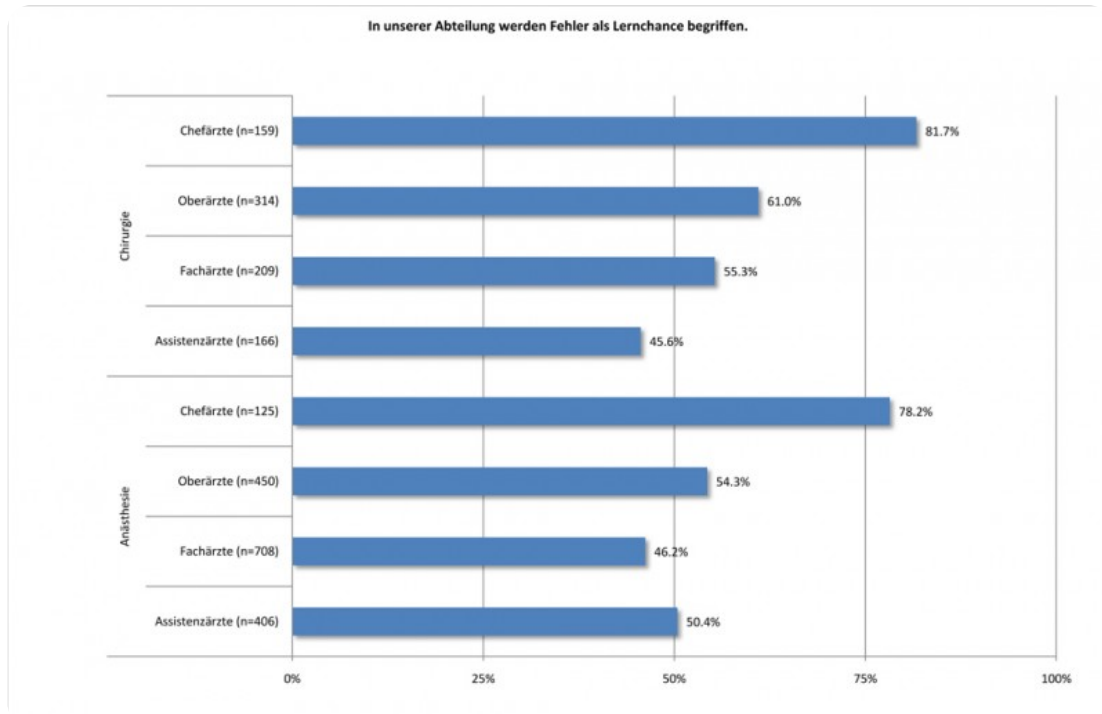
Die Ergebnisse der quantitativen Befragung zeigen in beiden Fachgebieten eine sehr positiv wahrgenommene Abteilungskultur. Der Vergleich zwischen den Krankenhaustypen weist auf keinen nennenswerten Unterschied hin. Darüber hinaus gibt es interessanterweise weniger Unterschiede in Bezug auf die Fachzugehörigkeit, sondern eher geschlechtsspezifische Unterschiede. In beiden Fachgebieten haben Ärztinnen weniger als ihre männlichen Kollegen das Gefühl, dass sie sich gegenseitig unterstützen (**Abb. 5**).

Abb. 5: „In unserer Abteilung unterstützen wir uns gegenseitig“ (Ausprägung „stimme zu“ bis „stimme voll und ganz zu“, Angaben in Prozent)



Der Vergleich zwischen den Statusgruppen und zwischen den Fachgebieten zeigt weiterhin, dass die Assistenzärzte der Chirurgie mit 68,4 % am wenigsten dieser Aussage zugestimmt haben. Vor allem die Chefärzte beider Fachgebiete zeigen die höchste Zustimmung (Anästhesie 95 % und Chirurgie 94 %), so dass sich die Frage stellt, ob dieser starke Unterschied auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit fällt. Dieses Phänomen betrifft auch die Einschätzungen, wenn es um den Umgang mit Fehlern innerhalb der Abteilungen geht. Chefärzte beider Facharzttrichtungen haben das Gefühl, dass in ihrer Abteilung Fehler als Lernchance betrachtet werden (s. **Abb. 6**). Hier scheint es ebenfalls so zu sein, dass ein guter Umgang mit Fehlern von den Chefärzten gewünscht wird, dies jedoch in den Hierarchiestufen darunter nicht in gleicher Art und Weise wahrgenommen wird.

Abb. 6: Umgang mit Fehlern nach Hierarchie (Ausprägung „stimme zu“ bis „stimme voll und ganz zu“, Angaben in Prozent)

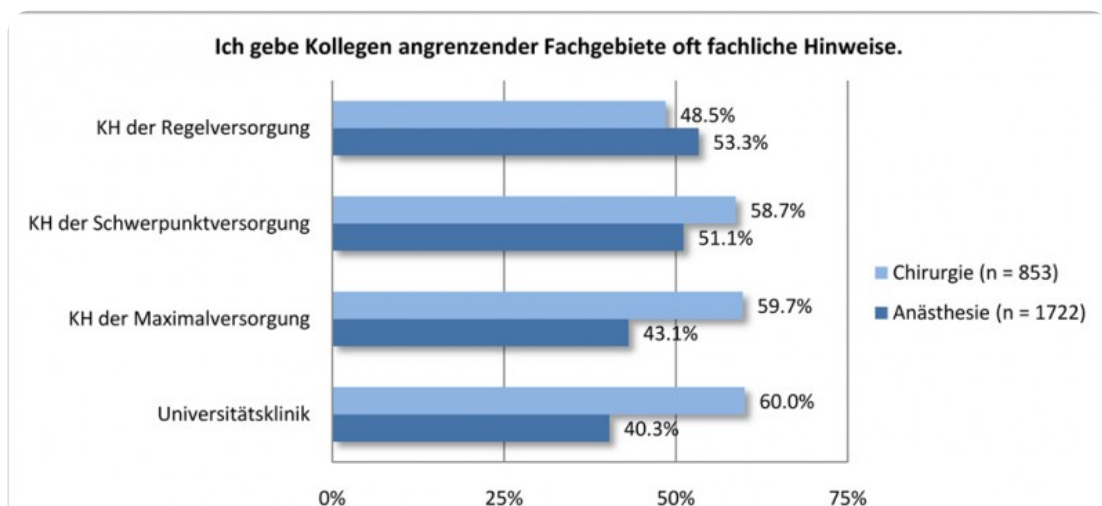


Auch hier zeigen sich leichte geschlechtsspezifische und krankenhaustypische Unterschiede: Die männlichen Chirurgen (66,5 %) gaben dabei am häufigsten an, dass Fehler als Lernchance begriffen werden (Chirurginnen 54,6 %, Anästhesisten 49,2 % und Anästhesistinnen 53,3 %,).

Der Austausch zwischen angrenzenden Fachgebieten

Die Wissensweitergabe an angrenzende Fachgebiete („Ich gebe Kollegen angrenzender Fachgebiete oft fachliche Hinweise“) zeigt interessante Unterschiede hinsichtlich der Krankenhaustypen (**Abb. 7**). Tendenziell geben Anästhesisten Kollegen der angrenzenden Fachgebiete weniger fachliche Hinweise, je größer das Krankenhaus (Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung) ist. Bei den Chirurgen verhält es sich umgekehrt. Je größer das Krankenhaus ist, desto häufiger geben sie fachliche Hinweise an Kollegen der angrenzenden Fachgebiete.

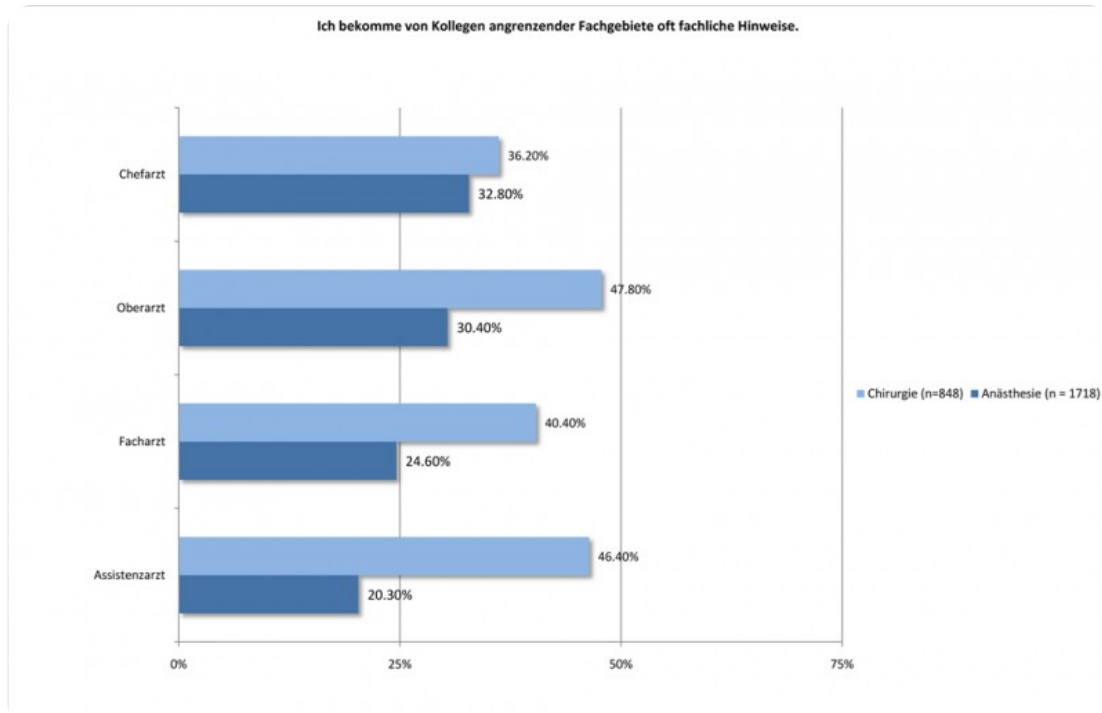
Abb. 7: „Ich gebe Kollegen angrenzender Fachgebiete oft fachliche Hinweise.“ (Ausprägung „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)



Eine eindeutige Differenz nach Geschlechtern konnte nur bei den Anästhesisten (Anästhesisten 52 % und Anästhesistinnen 45 %) festgestellt werden. Zwar geben auch Chirurgen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen weniger Wissen weiter, aber sie unterscheiden sich nicht nennenswert voneinander (Chirurgen 57 % und Chirurginnen 56 %).

Betrachtet man das Item „Ich bekomme von Kollegen angrenzender Fachgebiete oft fachliche Hinweise“ nach Statuszugehörigkeit, so wird eine Differenz zwischen den Fachgebieten sichtbar (**Abb. 8**). Bei den Anästhesisten scheint der Status einen Einfluss zu haben, denn 33 % der Chefärzte gaben an, dass sie öfter fachliche Hinweise bekommen als die Assistenzärzte (20 %). Eine solche Tendenz wird bei den Chirurgen nicht ersichtlich. 48 % Oberärzte und 46 % Assistenzärzte der Chirurgie haben angegeben, dass sie von Kollegen angrenzender Fachgebiete oft bis sehr oft fachliche Hinweise bekommen. Vor allem die Assistenzärzte der Chirurgie (46 %) haben im Vergleich zu den Assistenzärzten der Anästhesie (20 %) sehr stark dieser Aussage zugestimmt.

Abb. 8: „Ich bekomme von Kollegen angrenzender Fachgebiete oft fachliche Hinweise.“ (Ausprägung „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)

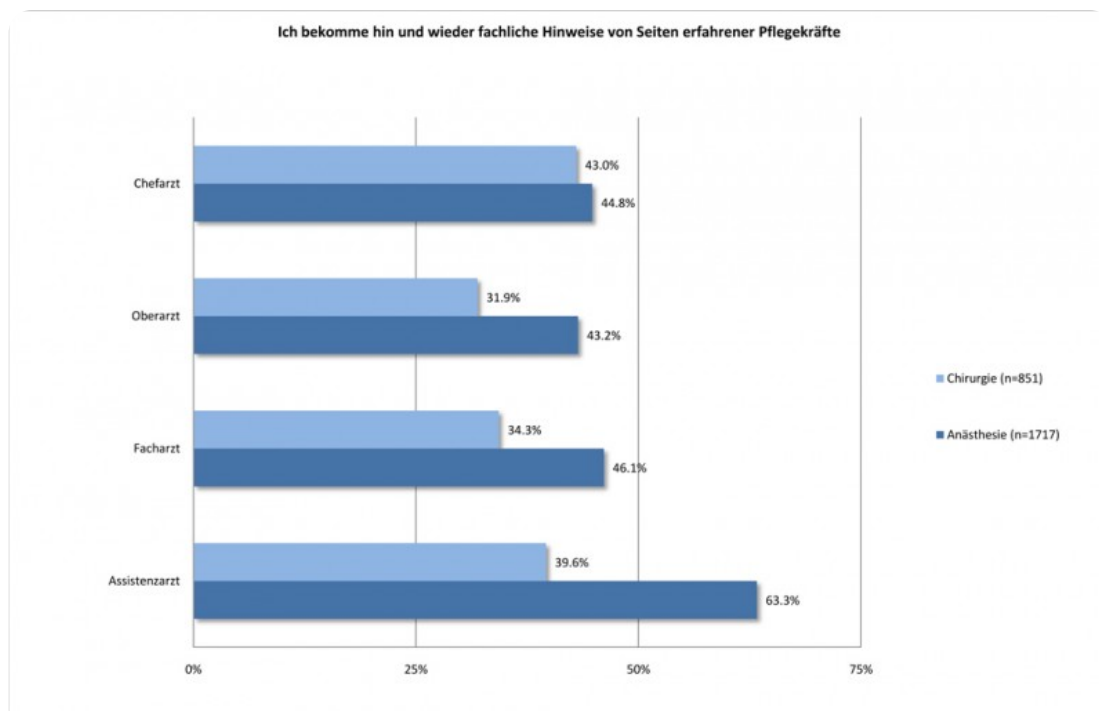


Einen nennenswerten Unterschied zwischen den Geschlechtern konnte nur bei den Chirurgen festgestellt werden: 51 % der Chirurginnen haben eher das Gefühl, fachliche Hinweise von Kollegen angrenzender Fachgebiete zu erhalten als ihre männlichen Kollegen (Chirurgen 44 %). Anästhesisten haben tendenziell viel weniger dieser Aussage zugestimmt, als ihre Kollegen aus der Chirurgie.

Der Austausch mit Pflegekräften

Im Krankenhausalltag gehört laut Aussagen unserer Interviewpartner auch der regelmäßige Austausch mit den Pflegekräften dazu. Aus diesem Grund wurden in der Befragung Items aufgenommen, die den Austausch mit den Pflegekräften abfragen. Vor allem unerfahrene Ärzte (Anästhesie 63 % und Chirurgie 40 %) erhalten hin und wieder fachliche Hinweise von Pflegekräften (**Abb. 9**) bzw. bitten sie um Rat (Anästhesie 65 % und Chirurgie 30 %).

Abb. 9: „Ich bekomme hin und wieder fachliche Hinweise von Seiten erfahrener Pflegekräfte.“ (Ausprägung „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)

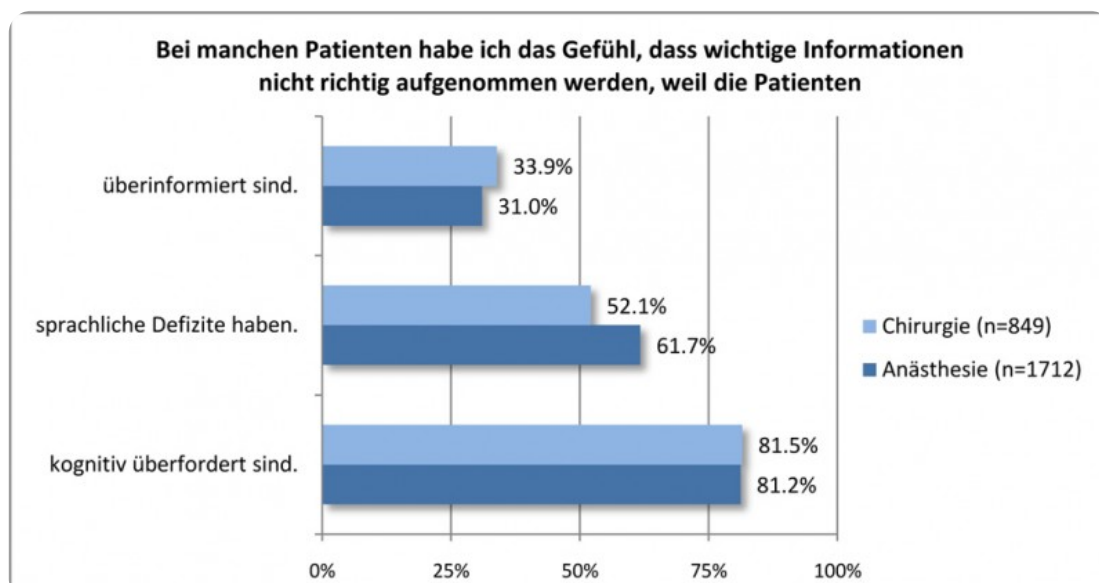


Je höher der Status im Hierarchiegefüge ist, desto weniger wird diesen Aussagen zugestimmt. Die Betrachtung nach Geschlechtern ergab darüber hinaus, dass innerhalb der Anästhesie beide gleich oft fachliche Hinweise von Pflegekräften erhalten (Anästhesisten 49 % und Anästhesistinnen 50 %). Zwar haben die Chirurgen tendenziell weniger der Aussage zugestimmt, jedoch ist die Differenz nach Geschlechtern bei den Chirurgen deutlicher ausgefallen, denn Chirurginnen haben eher das Gefühl (40 %) fachliche Hinweise von Pflegekräften zu erhalten als ihre männlichen Kollegen (35 %). Anästhesisten, die an Universitätskliniken beschäftigt sind, stimmten im Vergleich zu den übrigen Krankenhaustypen am häufigsten dieser Aussage zu (Grund- und Regelversorgung 47,1 %, Schwerpunktversorgung 51,1 %, Maximalversorgung 47 % und Universitätsklinik 55,6 %). Bei den Chirurgen zeigt sich ein ähnliches Bild (Grund- und Regelversorgung 34 %, Schwerpunktversorgung 37 %, Maximalversorgung 42 % und Universitätsklinik 50 %).

Der Austausch mit Patienten

Nichtwissen kann nicht nur im kollegialen Kreis beobachtet werden, sondern auch in der Interaktion mit den Patienten. Die Folgen des demographischen Wandels unserer Gesellschaft sind in den sich ändernden Patientenstrukturen zu finden. Beide Facharztgruppen gaben gleichermaßen an, dass heutzutage vermehrt ältere – meist multimorbide – Patienten (Chirurgie 87,7 %, Anästhesie 94,6 %) mit langen Medikamentenlisten (Chirurgie 82,6 %, Anästhesie 92,3 %) versorgt werden müssen.

Abb. 10: „Nichtwissensursachen von Patienten“ (Ausprägung „stimme zu“ bis „stimme voll und ganz zu“, Angaben in Prozent)

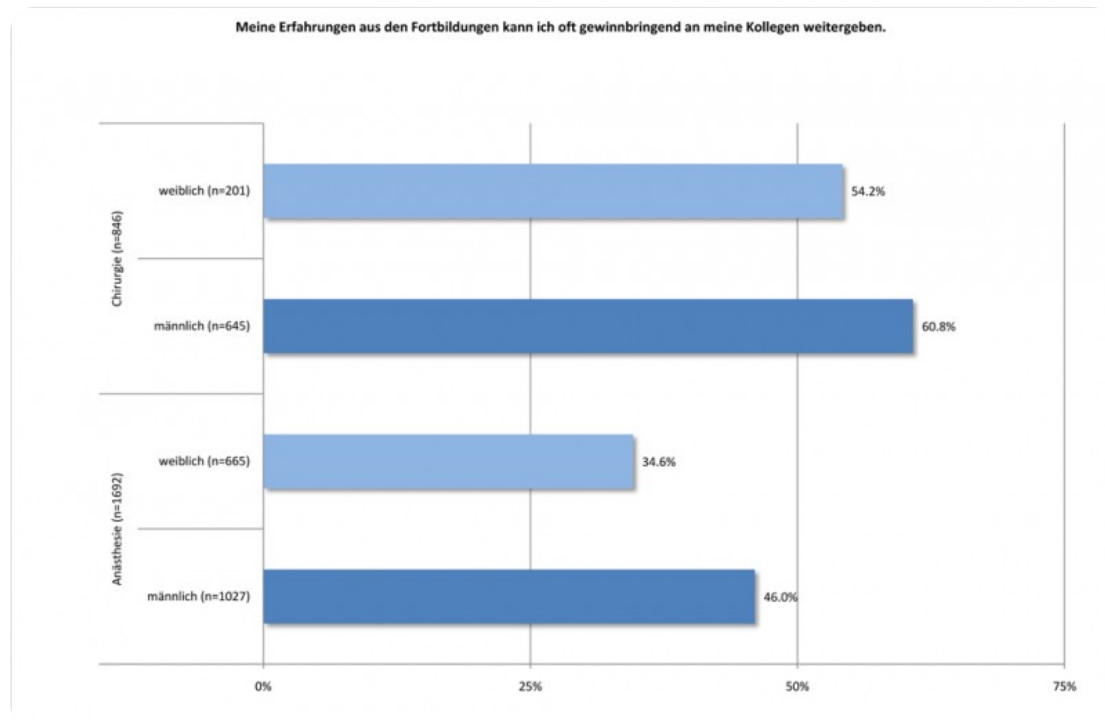


Den Ärzten bereiten Patienten, die sich durch eigene Recherchen (z. B. Internet) selbst verunsichern weniger häufig Probleme, als Patienten, die aufgrund sprachlicher oder kognitiver Defizite nicht in der Lage sind, Informationen aufzunehmen. Der Aufwand, Patienten mit Informationen zu versorgen ist in den letzten Jahren gestiegen, gleichzeitig bleibt beispielsweise durch kaufmännische Vorgaben immer weniger Zeit, sich den Patienten in Form von Gesprächen ausreichend zu widmen. Zudem wird der Anteil an „fachfremden“ Arbeiten als sehr hoch eingeschätzt. 83,2 % der Chirurgen und 62,4 % der Anästhesisten stimmen der Aussage „Der Anteil an administrativen Arbeiten ist sehr hoch“ voll und ganz zu.

Fortbildungen zur Überwindung von Nichtwissen

Fortbildungen stellen ein bewährtes Mittel zur Überwindung unterschiedlicher Formen des Nichtwissens dar. Wenn man seine Wissenslücken kennt, kann man mit Hilfe von Fortbildungen gezielt diese Wissenslücke schließen und dem bekannten Nichtwissen entgegenwirken. Fortbildungen können aber auch unbekanntes Nichtwissen aufdecken und in neues Wissen umwandeln. Es zeigt sich, dass sich die befragten Ärzte der Wichtigkeit von Fortbildungen sehr bewusst sind: 90,1 % der Chirurgen und 90,6 % der Anästhesisten stimmen der Aussage „Fortbildungen helfen uns, neues Wissen in unsere Abteilung zu bringen“ zu. Hierbei stimmen weibliche Anästhesisten mit 91,7 % eher der Aussage zu, als es ihre männlichen Kollegen mit 89,8 % tun. Dieser geschlechtsspezifische Effekt konnte bei den Chirurgen jedoch nicht nachgewiesen werden. Des Weiteren zeigt sich ein Effekt hinsichtlich des Krankenhausstyps: Chirurgen, die an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und Krankenhäusern der Maximalversorgung tätig sind, sehen mehr Potential im Wissenszuwachs, als dies bei ihren Kollegen an den Universitätskliniken und an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung der Fall ist.

Abb. 11: Wirkung von Fortbildungen (Ausprägung „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)

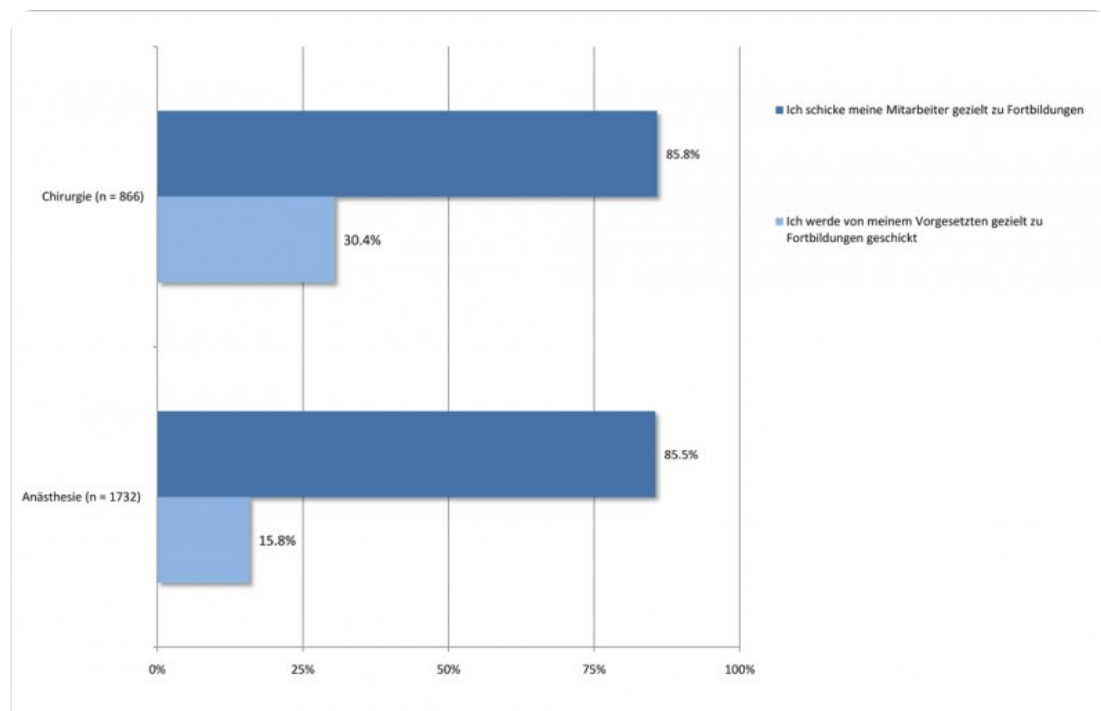


Ein Unterschied lässt sich auch in der Aussage „Meine Erfahrungen aus den Fortbildungen kann ich oft gewinnbringend an meine Kollegen aus meiner Abteilung weitergeben“ erkennen. Dieser Aussage stimmten 59,2 % der Chirurgen oft bis sehr oft zu (Anästhesisten 41,5 %). In diesem Zusammenhang konnte bei beiden Fachbereichen auch ein geschlechtsspezifischer Einfluss aufgezeigt werden, so stimmten männliche Chirurgen (60,8 %) und Anästhesisten (45,7 %) eher als weiblichen Chirurgen (54,2 %) und Anästhesisten (34,6 %) der Aussage zu, dass sie Erfahrungen aus den Fortbildungen oft bis sehr oft gewinnbringend an ihre Kollegen aus ihrer Abteilung weitergeben können (Abb. 11).

Uns hat darüber hinaus interessiert, wie die Befragten zur Weiterbildungspflicht eingestellt sind. Etwas mehr als die Hälfte der Chirurgen und der Anästhesisten finden die Verpflichtung, 250 Weiterbildungspunkte innerhalb von fünf Jahren nachweisen zu müssen, fachlich sinnvoll. Auch der Aufwand, der für den Erwerb der 250 Punkte geleistet werden muss, wird vom Großteil der befragten Ärzte als angemessen empfunden. So geben nur 31,1 % der Chirurgen und 30,5 % der Anästhesisten an, dass der Aufwand und der Nutzen der vermittelten Inhalte in keinem Verhältnis stehe. Es zeigt sich, dass Fortbildungen grundsätzlich als sinnvoll erachtet werden und die Verpflichtung, diese bei der Ärztekammer nachzuweisen von der Mehrheit der befragten Ärzte nicht als Problem angesehen wird.

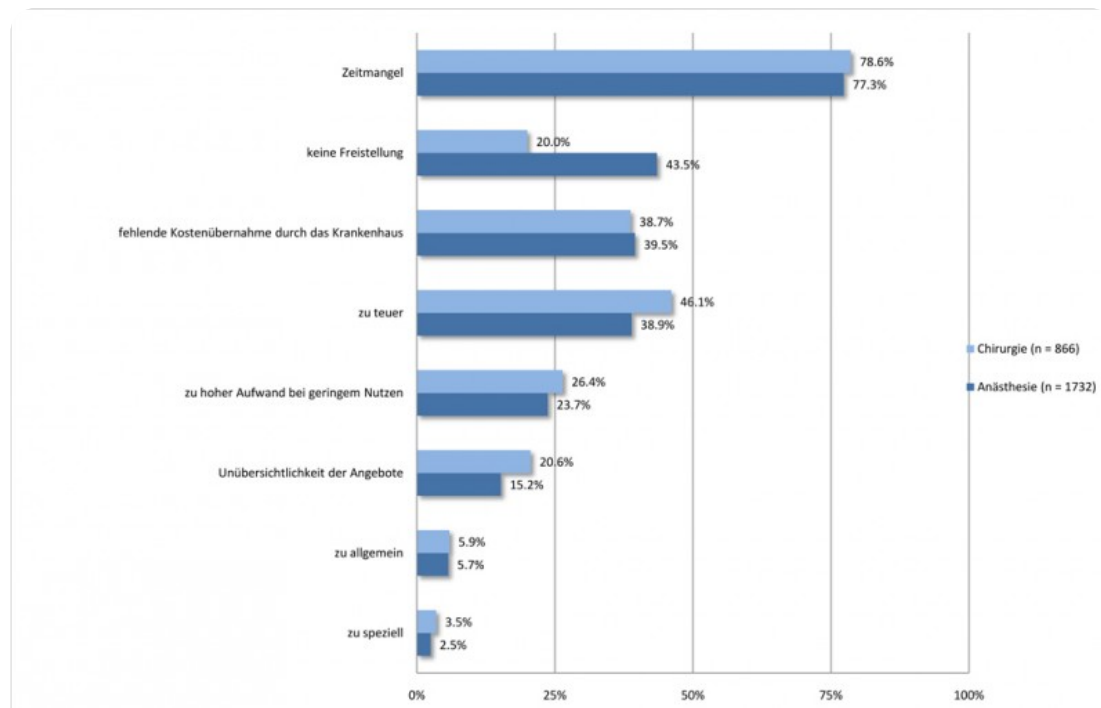
Wie schon erwähnt dient der Besuch von Fortbildungen dazu, Wissenslücken effizient zu schließen. 80 % der Anästhesisten sowie 80 % der Chirurgen gaben an, dass sie sich gezielt zu Themen fortbilden, bei denen sie wissen, eine Wissenslücke zu haben. Im Fachbereich der Anästhesie konnte im Geschlechtervergleich eine höhere Zustimmung bei den Frauen (82,2 %), als bei den Männern (78,9 %) festgestellt werden. In der Chirurgie konnte dieser geschlechtsspezifische Effekt jedoch nicht nachgewiesen werden. Weiter zeigt sich, dass Chirurgen an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung dieser Aussage eher zugestimmt haben, als Chirurgen an den anderen Krankenhausstypen. Bei der weiteren Analyse dieses Aspektes hat sich ein sehr interessanter fachübergreifender Sachverhalt aufgetan. Es gibt eine deutliche Diskrepanz zwischen den Chefärzten und den übrigen Hierarchiestufen in Bezug auf die Wahrnehmung, ob man gezielt zu Fortbildungen vom Vorgesetzten (Chefarzt) geschickt wird bzw. ob der Vorgesetzte seine Mitarbeiter gezielt zu Fortbildungen schickt.

Abb. 12: „Ich schicke meine Mitarbeiter gezielt zu Fortbildungen“ und „Ich werde von meinem Vorgesetzten gezielt zu Fortbildungen geschickt“ (Nennungen „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)



Die Chefärzte beider Facharztgruppen gaben zu 85 % an, dass sie der Meinung sind, ihre Mitarbeiter gezielt zu Fortbildungen zu schicken (vgl. Abb. 12). Jedoch nehmen dies nur 30,4 % der Ober-, Fach- und Assistenzärzte der Chirurgie und 15,8 % der Ober-, Fach- und Assistenzärzte der Anästhesie so wahr. Für diese Diskrepanz gibt es aus unserer Sicht zwei Erklärungsmöglichkeiten: Erstens, die Mitarbeiter werden von den Chefärzten gezielt zu Fortbildungen geschickt, empfinden dies aber nicht so. Die zweite Erklärungsmöglichkeit besteht darin, dass die Mitarbeiter größtenteils (doch) nicht gezielt zu Fortbildungen geschickt werden. Letztere Erklärung lässt auf den Effekt der sozialen Erwünschtheit schließen (s.o.), der sich zum Teil mit den Ergebnissen unserer qualitativen Vorstudie deckt. Darüber hinaus zeigte die Vorstudie, dass unsere Interviewpartner als Hinderungsgrund für den Besuch von Fortbildungen, die mangelnde Freistellung durch den Vorgesetzten angaben. Eine nähere Untersuchung der Hinderungsgründe an Fortbildungen nicht teilzunehmen hat beim Vergleich der beiden Fachdisziplinen interessante Unterschiede zu Tage geführt (s. Abb. 13).

Abb. 13: Hinderungsgründe für den Besuch von Fortbildungen (Mehrfachnennung, Nennungen „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)



Auf dem ersten Blick fällt auf, dass Chirurgen den Hinderungsgrund „keine Freistellung“ im Vergleich zu den Anästhesisten mit 20 % viel seltener angeben. Dies deckt sich auch mit der Aussage, dass man die Möglichkeit hat, fachliche Fortbildungen während der regulären Arbeitszeit zu besuchen. Hierbei geben die Chirurgen mit 46,2 % an, dass sie dies oft bis sehr oft nutzen, bei den Anästhesisten sind es hingegen nur 31,5 %. Es zeigt sich, dass den Chirurgen scheinbar eher die Möglichkeit eingeräumt wird, sich während der Arbeitszeit fortzubilden und Anästhesisten eher ihre Freizeit hierfür in Anspruch nehmen müssen. Der Hauptgrund wird von beiden Fachdisziplinen mit ca. 78 % jedoch im Zeitmangel gesehen. Ein weiterer Aspekt ist der Faktor Kosten. Es geben ca. 39 % der Ärzte zu hohe Kosten als Hinderungsgrund an, hinzu kommt die Aussage, dass Fortbildungen zu teuer sind. Zu allgemeine bzw. zu spezielle Fortbildungsangebote werden hingegen nicht als Hinderungsgrund gesehen.

Tabelle 2: Hinderungsgründe für Fortbildungen nach Krankenhausstyp geordnet (Mehrfachantworten, Nennungen „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent)

	Grund- und Regelversorgung		Schwerpunktversorgung		Maximalversorgung		Universitätsklinik		sonstige Krankenhäuser		Gesamt	
	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.
Zeitmangel	78,5 %	77,0 %	77,6 %	78,9 %	83,9 %	79,1 %	84,0 %	73,1 %	62,2 %	75,5 %	78,6 %	77,1 %
keine Kostenübernahme durch das Krankenhaus	34,4 %	34,4 %	34,9 %	37,2 %	47,6 %	44,4 %	54,0 %	63,0 %	48,9 %	34,2 %	38,6 %	41,8 %
Fortbildungen sind zu teuer	34,4 %	42,1 %	34,9 %	37,9 %	47,6 %	39,4 %	54,0 %	35,5 %	48,9 %	44,1 %	46,1 %	39,6 %
keine Freistellung durch Vorgesetzten	47,9 %	33,2 %	47,5 %	46,3 %	42,0 %	51,6 %	30,0 %	69,0 %	53,3 %	44,1 %	20,7 %	46,7 %
Unübersichtlichkeit der Angebote	24,9 %	16,1 %	14,3 %	18,3 %	16,8 %	14,1 %	34,0 %	8,0 %	15,6 %	16,2 %	20,5 %	14,9 %
Angebote sind zu speziell	2,8 %	3,6 %	5,0 %	3,2 %	4,2 %	2,3 %	2,0 %	1,0 %	2,2 %	0,0 %	3,6 %	2,6 %
Angebote sind zu allgemein gehalten	4,6 %	5,5 %	4,6 %	5,5 %	9,1 %	4,2 %	2,0 %	2,3 %	17,4 %	7,3 %	5,9 %	4,9 %
zu hoher Aufwand bei geringem Nutzen	27,9 %	28,3 %	28,7 %	22,2 %	24,5 %	19,6 %	16,0 %	9,6 %	19,6 %	26,4 %	26,4 %	21,9 %

Betrachtet man die **Tabelle 2**, so lassen sich zahlreiche interessante Unterschiede nach Krankenhaustypen aufzeigen. Die markantesten Differenzen sind, dass an Universitätskliniken ein größeres Problem mit der Kostenübernahme der Fortbildungen besteht und bei den Chirurgen häufig auch der Zeitmangel als Hinderungsgrund angesehen wird. Betrachtet man weiterhin die Universitätskliniken, so zeigt sich im Bereich der Freistellung durch den Vorgesetzten und der Unübersichtlichkeit über die Angebote gerade dort ein relevanter Unterschied zwischen den beiden Fachdisziplinen.

Fazit

In unserer vergleichenden Studie konnten wir aufzeigen, dass Chirurgen und Anästhesisten sich in vielen Dingen und Einschätzungen ähneln, etwa in der Charakterisierung ihres jeweiligen Fachs, das sich in erster Linie durch ständige Herausforderungen auszeichnet. Fachübergreifend herrscht in den Abteilungen und im Tagesgeschäft überwiegend ein guter und unterstützender Umgang miteinander. Fortbildungen sind aus Sicht der befragten Ärzte eine gute Möglichkeit bekanntem und unbekanntem Nichtwissen zu begegnen. Neben einigen fachübergreifenden Ähnlichkeiten gibt es interessante Unterschiede im Hinblick auf das Hierarchiegefüge. So sind Chefarzte beider Facharztgruppen gegenüber ihren Ober-, Fach- und Assistenzärzten eher der Meinung, dass in den Abteilungen Fehler als Lernchance begriffen werden.

Ein weiterer markanter und hierarchiebedingter Unterschied besteht in der diskrepanten Wahrnehmung der Chefarzte und der Wahrnehmung der Mitarbeiter. Exemplarisch hierfür kann die Einschätzung des Lernens aus Fehlern oder die Wahrnehmung gezielt angeordneter Fortbildungen gesehen werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede haben sich ebenfalls gezeigt: In beiden Facharztbereichen haben Ärztinnen weniger als ihre männlichen Kollegen das Gefühl, dass man sich innerhalb der Abteilung gegenseitig unterstützt oder man Erfahrungen von Fortbildungen gewinnbringend an Kollegen aus der Abteilung weitergeben kann.

Darüber hinaus konnten verschiedene fachspezifische Unterschiede sowie Unterschiede zwischen den Krankenhaustypen nachgewiesen werden. Anästhesisten geben Kollegen der angrenzenden Fachgebiete weniger fachliche Hinweise, je größer das Krankenhaus ist. Bei den Chirurgen verhält es sich umgekehrt. Je größer das Krankenhaus ist, desto häufiger geben sie fachliche Hinweise an Kollegen der angrenzenden Fachgebiete.

Eine weitere fachspezifische Differenz konnte auch in Bezug auf das Thema Fortbildung festgestellt werden. Die fehlende Freistellung für die Teilnahme an Fortbildungen ist für die Anästhesisten häufiger ein Hinderungsgrund als für die Chirurgen. Die Hinderungsgründe sind zudem an Universitätskliniken oftmals stärker ausgeprägt, wobei auch hier fachspezifische Unterschiede gezeigt werden konnten.

Der Faktor Zeit spielt nicht nur beim Thema Fortbildungen eine wichtige Rolle, sondern auch im Arbeitsalltag selbst. Fachübergreifend wurde sowohl bei der Analyse der Interviews, als auch bei der Auswertung der Online-Befragung deutlich, dass Zeit inzwischen eine noch knappere Ressource geworden ist. Dies zeigt zum einen die wahrgenommene Arbeitsverdichtung seit der Einführung der DRG. Zum anderen erfordert die Versorgung älterer, meist multimorbider Patienten als Folge des demographischen Wandels mehr Zeit. Diese zu leistenden Aufgaben zum Wohl der Patienten spiegeln sich jedoch nicht in den kaufmännischen Vorgaben (z. B. hohe DRG-Erlöse, leistungsabhängige Vergütung) wider.

Ein guter Umgang mit Nichtwissen kann weder von oben angeordnet, noch direkt gesteuert werden. Es erfordert vielmehr ein vertrauensvolles Miteinander sowie Rahmenbedingungen (z. B. in Form von zeitlichen Ressourcen),

um aus Nichtwissen Wissen zu machen.

Literatur

Schnell, Rainer (2012): Survey-Interviews. Standardisierte Befragungen in den Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Wilkesmann M. / Roesner B. / Jang S. R. Fachspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Umgang mit Nichtwissen: Chirurgie und Anästhesiologie im Vergleich. Passion Chirurgie. 2013 März; 3(03): Artikel 02_03.