

## Umgang mit Nichtwissen\*:

## Gehen Anästhesisten anders mit ihrem Nichtwissen um als Chirurgen?

### Teil 3

#### Zusammenfassung

In diesem Beitrag geht es um die Beantwortung der Forschungsfrage, ob sich der Umgang mit Nichtwissen von verschiedenen Facharztgruppen in Krankenhäusern ähnelt oder unterscheidet. Worin liegen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Umgang mit Nichtwissen? Sind diese Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede vielleicht weniger in fachärztlichen, sondern vielmehr in anderen Faktoren begründet? Grundlage der Analyse bildet die umfangreiche quantitative Datenerhebung aus dem Frühjahr 2012, bei der 1.732 Fachärzte der Anästhesiologie und 866 Fachärzte der Chirurgie den Online-Fragebogen vollständig beantwortet haben. Neben der fachärztlichen Ausrichtung haben wir als Analysekatoren auch Faktoren wie Gender, Hierarchie und Krankenhaus typ herangezogen.

#### Summary

This research paper investigates the question as to whether applied strategies for dealing with ignorance differ between the sub-specialties anaesthesiology and surgery. To what extent and where do differences and similarities exist? Are there further similarities or differences rooted in alternative categories rather than specialty-specific differences? The analysis of the data presented in this paper is based on a comprehensive survey, conducted in the spring of 2012. A total of 1,732 anaesthetists and 866 surgeons currently employed in hospitals completed the online-questionnaire. Apart

## Dealing with ignorance – Part 3:

### Do anaesthetists differ from surgeons in coping with ignorance?

M. Wilkesmann · S. R. Jang · B. Roesner

from sub-specialty differences, differences in regard to gender, hierarchy and hospital category are also considered.

#### Einleitung

Das Erkenntnisinteresse des Forschungsprojekts, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wird, liegt nicht nur in den unterschiedlichen Umgangsstrategien innerhalb eines Fachgebietes, sondern auch im Vergleich zwischen den Fächern Anästhesiologie und Chirurgie. Wo gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede? Gibt es überhaupt Unterschiede zwischen den untersuchten Facharztgruppen? Wenn ja, inwiefern unterscheiden sie sich voneinander?

Analysebasis bilden auch hier die mit Hilfe der medizinischen Fachgesellschaft der Anästhesisten (DGAI e.V.) und der Berufsverbände der Anästhesiologie (BDA e.V.), der Chirurgie (BDC e.V.), der Inneren Medizin (BDI e.V.) sowie der Pathologie (BDP e.V.) im Frühjahr 2012 erhobenen Daten aus der bundesweiten Online-Befragung der im Krankenhaus tätigen Ärzte. Im nachfolgenden Beitrag wird exemplarisch ein Vergleich zwischen den Facharztgruppen der Anästhesiologie und Chirurgie aus den aktuellen Analysen präsentiert. Die Tatsache, dass wir vorerst nur einen Vergleich mit den Chirurgen vornehmen, ist in den unterschiedlichen Rücklaufquoten der einzelnen Fachgebiete begründet.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Technische Universität Dortmund

\* Das Projekt „Welche Faktoren beeinflussen den Umgang mit Nichtwissen verschiedener ärztlicher Professionen in Krankenhäusern?“ wurde durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft gefördert (WI 3706/1-1) und wird in Kürze auf niedergelassene Ärzte und Pflegekräfte in Krankenhäusern ausgeweitet (WI 3706/1-2).

#### Schlüsselwörter

Krankenhaus – Anästhesiologie – Chirurgie – Wissen – Empirische Forschung

#### Keywords

Hospital – Anaesthesiology – Surgery – Knowledge – Empirical Research

**Methode**

Im Frühjahr 2012 wurden mit Hilfe der Facharztverbände der Anästhesiologie (BDA e.V. und DGAI e.V.), der Chirurgie (BDC e.V.), der Inneren Medizin (BDI e.V.) sowie der Pathologie (BDP e.V.) bundesweit Krankenhausärztinnen<sup>1</sup> und -ärzte im Rahmen einer Online-Befragung zum Umgang mit Nichtwissen befragt. Die durchschnittliche Nettorücklaufquote betrug in den Facharztgruppen der Anästhesiologie, Chirurgie und Pathologie etwa 10%. Der Rücklauf bei den Internisten fiel dagegen mit 0,1% trotz verstärkter Nachfassaktionen und einer mehr als doppelt so langen Feldphase sehr schwach aus (Tab. 1).

In der Literatur werden verschiedene Gründe für niedrige Responsequoten genannt [1]. Darunter fallen beispielsweise fehlende Nachfassaktionen, zu kurze Feldphasen oder auch das Desinteresse am Thema. Während wir die ersten beiden Gründe ausschließen können, fällt auf, dass insgesamt nur 572 Internisten den Online-Fragebogen (vgl. Bruttoreücklauf) überhaupt aufgerufen haben. Zusätzlich wurde eine Non-Response-Analyse durchgeführt, um zu überprüfen, ob im Datensatz Verzerrungen von bestimmten Gruppen vorliegen (z.B. verstärkte Beteiligung von bestimmten Statusgruppen oder bestimmten Krankentypen, Männern oder Frauen). Bis auf eine leichte Überrepräsentanz von Chef- und Oberärzten konnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden. Derzeit suchen wir nach weiteren potenziellen Gründen und Erklärungsmöglichkeiten für die Zurückhaltung der Internisten bei unserer Befragung.

Aufgrund der Nettorücklaufquoten kann ein Vergleich zwischen den Facharztgruppen Anästhesie (n=1.732) und Chirurgie (n=866) für sinnvoll erachtet werden. Für einen Vergleich zwischen diesen beiden Fachgebieten spricht auch die relativ enge Zusammenarbeit im

<sup>1</sup> Nachfolgend wird die männliche Form genutzt, die das weibliche Geschlecht – bis auf dessen explizite Nennung – stets einschließt.

**Tabelle 1**

Rücklaufquoten der Befragung nach Facharztgruppen sortiert.

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

Krankenhausalltag. Die Angabe „Anzahl gesamt“ gibt die bundesweite Anzahl der im Krankenhaus tätigen Ärzte der jeweiligen Facharztgruppen [2] an. Die Bruttoreücklaufquote bildet die Aufrufe der Befragung ab, und in der Nettorücklaufquote sind nur die vollständig beendeten Fragebögen enthalten. Letztere sind in die Auswertungen eingeflossen.

**Besonderheiten des eigenen Faches**

Zu Beginn der Online-Befragung haben wir allen Befragten die Frage gestellt, durch welche drei Merkmale sich das eigene Fachgebiet besonders auszeichnet. Schon hier werden die ersten Unterschiede zwischen den beiden Facharztgruppen deutlich (Abb. 1).

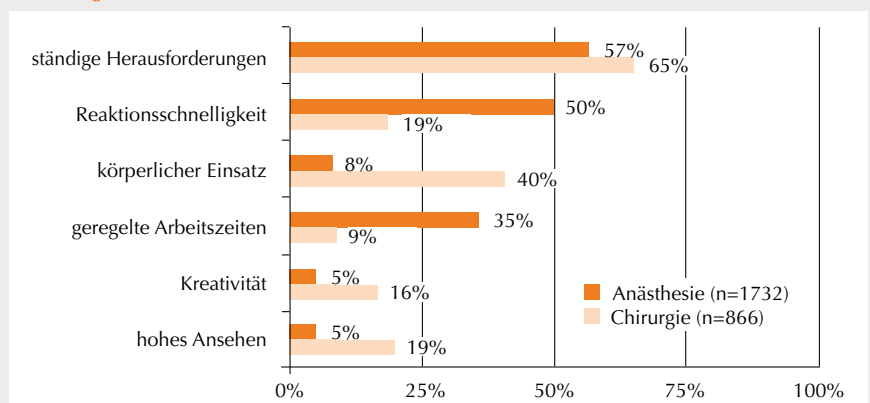
In beiden Gruppen werden am häufigsten ständige Herausforderungen als besonderes Merkmal genannt, schon an zweiter und dritter Stelle stehen unterschiedliche Merkmale im Vordergrund: Anästhesisten nannten am zweithäufigsten die Reaktionsschnelligkeit als

eine der Besonderheiten ihres Faches, bei den Chirurgen sticht dagegen das Merkmal körperlicher Einsatz heraus. Gut ein Drittel der Anästhesisten gibt weiterhin an, dass sich ihr Fach durch geregelte Arbeitszeiten (35%) auszeichnet, welches bei den Chirurgen selbst nur wenig Zustimmung (9%) findet.

**Offizielle Arbeitszeitregelungen**

In diesem Zusammenhang wurde die Aussage „Häufig ist es schwierig, die offiziellen Arbeitszeitregelungen einzuhalten“ näher betrachtet. Zwar gelten durch die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs aus den Jahren 2000 und 2003 die neuen Arbeitszeitregelungen für alle Facharztgruppen in Krankenhäusern. Diese werden jedoch unterschiedlich wahrgenommen: Für 72,6% der Chirurgen ist es „oft bis sehr oft“ schwierig, die offiziellen Arbeitszeitregelungen einzuhalten. Zwar haben auch 45,1% der Anästhesisten dieser Aussage „oft bis sehr oft“ zugestimmt,

**Abbildung 1**



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

aber die Differenz von knapp 30% zwischen den beiden Fachgruppen bestätigt die fachspezifische Sichtweise.

Infolge der neuen Arbeitszeitregelung musste mehr ärztliches Personal in den Krankenhäusern eingestellt werden. Als eine weitere Konsequenz dieser neuen Arbeitszeitregelung mussten die Dienstzeiten im Sinne eines Schichtsystems anders geregelt werden. Gerade die Chefärzte bemängelten schon in den Interviews [3] diese Änderung:

„Die Leute, die nachmittags arbeiten, die sind natürlich morgens und auch in der mittäglichen Röntgenbesprechung nicht dabei... Früher war es ja so, dass man 24 Stunden Dienst hatte und dann musste man natürlich auch für seinen eigenen Quatsch von morgens gerade stehen. Das ist durch dieses Arbeitszeitmodell nun 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).

Ein Vergleich zwischen den Statusgruppen hat zudem ergeben, dass Assistenzärzte beider Facharztgruppen die aktuellen Arbeitszeitregelungen als we-

niger problematisch ansehen als ihre Kollegen höherer Hierarchiestufen. Dieses Ergebnis könnte darin begründet sein, dass Assistenzärzte keinen Vergleich zwischen den alten und den neuen Regelungen haben.

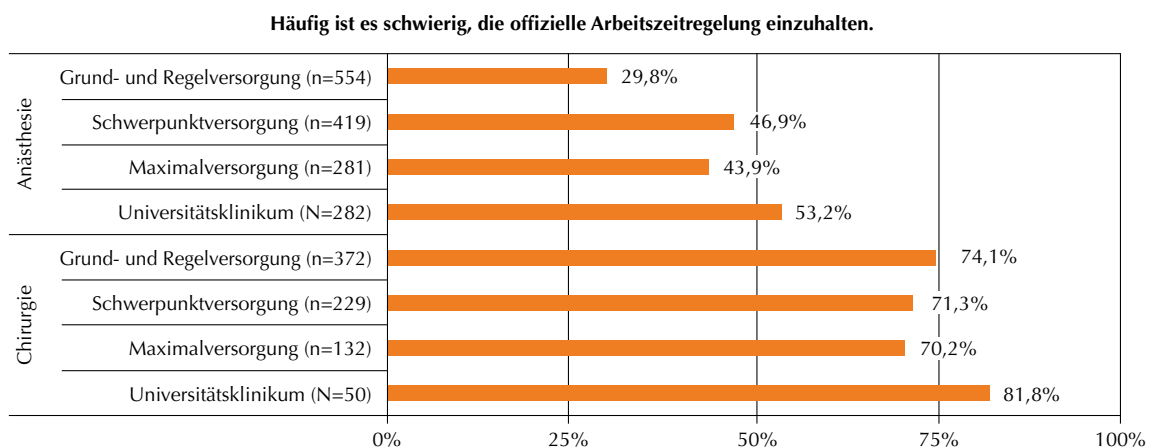
Insgesamt bleiben die Unterschiede hinsichtlich der Facharztzugehörigkeit bestehen, wenn wir zwischen den verschiedenen Krankentypen differenzieren. Chirurgen in allen Krankentypen fällt es deutlich schwerer, die offiziellen Arbeitszeitregelungen einzuhalten, als den Anästhesisten.

Zudem fällt auf, dass die Anästhesisten in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mit Abstand am wenigsten dieser Aussage zugestimmt haben (Anästhesie 29,8%), und ein Vergleich der beiden Facharztgruppen deutet ebenfalls auf die unterschiedliche Wahrnehmung der Chirurgen hin (44,3%). Jedoch in beiden Facharztgruppen ist die Zustimmung an Universitätskliniken (Chirurgen 81,8% und Anästhesisten 53,2%) am höchsten. Aus der qualitativen Vorstudie hat sich ein Oberarzt der Anästhesiologie zu den besonderen Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten folgendermaßen geäußert:

„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 zurückfliegen.“ 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 einmal die alte Garde, die so was

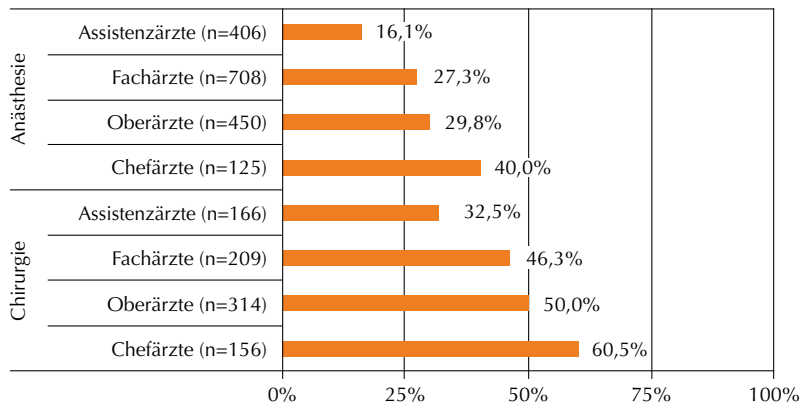
Abbildung 2



Einhaltung der offiziellen Arbeitszeitregelung nach Krankentyp (Ausprägung „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent).

Abbildung 3

**Die aktuelle Arbeitszeitregelung führt dazu, dass der Informationsaustausch im Arbeitsablauf erheblich eingeschränkt wird.**



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

noch gemacht hat. 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).

Überstunden sind nach wie vor fest im Tagesablauf der Ärzte verankert, und bei den Chirurgen scheint das Leisten von Überstunden besonders angesehen zu sein.

Nachfolgend werden die wahrgenommenen Auswirkungen der Arbeitszeitregelung näher betrachtet (Abb. 4). Insgesamt beurteilen Chirurgen die Auswirkungen der Arbeitszeitregelung auf verschiedene interne Prozesse viel stärker als die Anästhesisten: Assistenzärzte der Anästhesiologie 16,1% und Chirurgie 32,5% sowie Chefärzte der Anästhesiologie 40% und Chirurgie 60,5%. In beiden Facharztgruppen lässt sich ein Einfluss nach Statuszugehörigkeit feststellen, denn in beiden Fachgebieten stimmten Chefärzte am stärksten zu, dass die aktuelle Arbeitszeitregelung den Informationsaustausch im Arbeitsablauf erheblich einschränkt. Dagegen sieht es bei den Assistenzärzten anders aus. Sie pflichteten mit Abstand am wenigsten dieser Aussage bei. Dieses Ergebnis ist interessant, weil für leitende Angestellte die neue Arbeitszeitrege-

lung nicht gilt. Darüber hinaus scheinen die Anästhesisten über bessere Alternativen für den Informationsaustausch im Arbeitsablauf zu verfügen als die Chirurgen.

Ähnlich verhält es sich auch bei der Einschätzung, dass sich die fachärztliche Ausbildung durch die Arbeitszeitenregelung verlängert (Abb. 4). Auch hier ist die Zustimmung zu dieser Wahrneh-

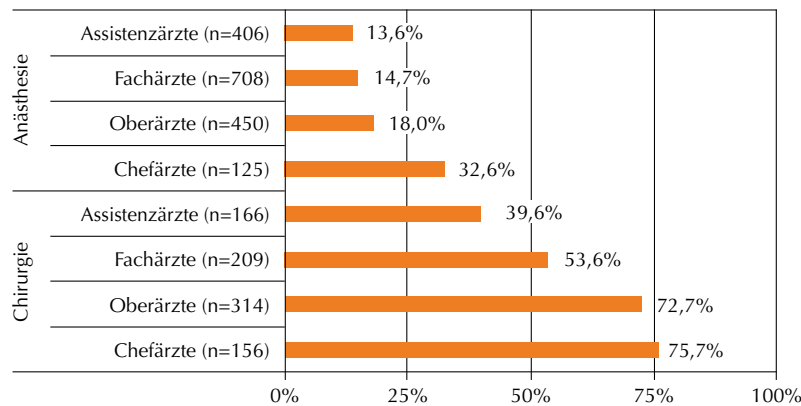
mung von Chirurgen deutlich höher ausgefallen als bei den Anästhesisten. Sowohl bei den Anästhesisten als auch bei den Chirurgen ist ein hierarchischer Einfluss auf die Zustimmung erkennbar. Die Assistenzärzte der Anästhesiologie geben mit 13,6% an, dass sich durch die aktuelle Arbeitszeitregelung die fachärztliche Ausbildung verlängert. Bei den Assistenzärzten der Chirurgie fällt der Zustimmungsgrad mit 39,6% deutlich höher aus. Chef- und Oberärzte der Chirurgie stimmten zu über 70% voll und ganz zu, dass sich durch die Änderung die fachärztliche Ausbildung verlängert. Die Gruppe der Chefärzte der Anästhesiologie stimmte zwar ebenfalls am häufigsten dieser Aussage zu, liegt aber mit 32,6% deutlich unter dem Anteil der Chirurgen insgesamt. Die Chirurgen nehmen durch die aktuelle Arbeitszeitregelung nicht nur Auswirkungen auf den Informationsaustausch wahr, sondern auch eine größere Auswirkung auf die fachärztliche Ausbildung.

**DRG**

Obwohl die Anästhesisten geregelte Arbeitszeiten schätzen und die Erbringung der Leistungen der Anästhesisten im Gegensatz zur Leistungserbringung der Chirurgen in den Kodierrichtlinien der DRG nicht separat erfasst wird,

Abbildung 4

**Die aktuelle Arbeitszeitregelung führt dazu, dass sich die fachärztliche Ausbildung verlängert.**



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

wird seit der Einführung der DRG von beiden Facharztgruppen eine Arbeitsverdichtung wahrgenommen: 89% der Chirurgen und 86,7% der Anästhesisten stimmten der Aussage „oft bis sehr oft“ zu, dass die Arbeitsverdichtung seit Einführung der DRG stark zugenommen hat. Der höchste Zustimmungswert lässt sich sogar bei den Chefärzten der Anästhesie mit 92,9% feststellen, dicht gefolgt von den Chefärzten der Chirurgie mit 90,1%. Zu der wahrgenommenen Veränderung lässt sich aber keine objektive Aussage treffen, weil Vergleichsdaten für die Zeit vor der Einführung der DRG fehlen. Doch Auswertungen zum Thema DRG haben unsere Vermutung verstärkt, dass DRG-bedingte Vorgaben bestimmte Facharztgruppen dazu zwingen, auf erhöhte Umsätze zu achten, deren Erfüllung wiederum in Konkurrenz zu anderen Vorgaben (z.B. Arbeitszeiten, Fortbildungen) stehen.

Das Ergebnis zu der Aussage, dass die Budgetierung verantwortlich sei, eine adäquate Behandlung der Patienten zu verhindern (59,9% der Anästhesisten und sogar 65,5% der Chirurgen), stützt zusätzlich unsere Vermutung.

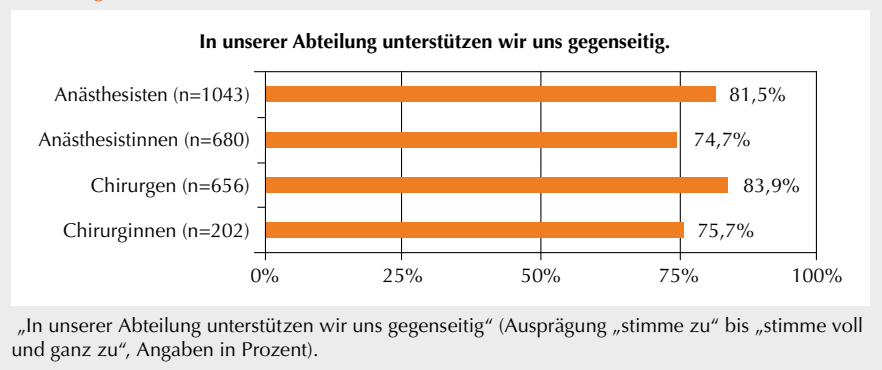
### Strategien im Umgang mit Nichtwissen im Krankenhaus

Ärztinnen und Ärzte, die in Krankenhäusern tätig sind, haben zahlreiche Möglichkeiten dem Nichtwissen entgegenzutreten. Vor allem der Austausch zwischen den Kollegen innerhalb der Abteilungen und der Krankenhäuser werden bevorzugt genutzt [3], um Nichtwissen zu beheben. In den folgenden Abschnitten werden Austauschmöglichkeiten von Anästhesisten und Chirurgen thematisiert, die den Austausch zwischen den Kollegen, mit den Kollegen angrenzender Fachgebiete und mit den Pflegekräften sowie das Fortbildungsverhalten beinhalten.

### Der Austausch zwischen Kollegen

Für einen guten Umgang mit (Nicht-) Wissen gehört eine positiv gelebte Abteilungs- und Krankenhauskultur. Diese (Vor-)Bedingung wurde in den qualita-

Abbildung 5

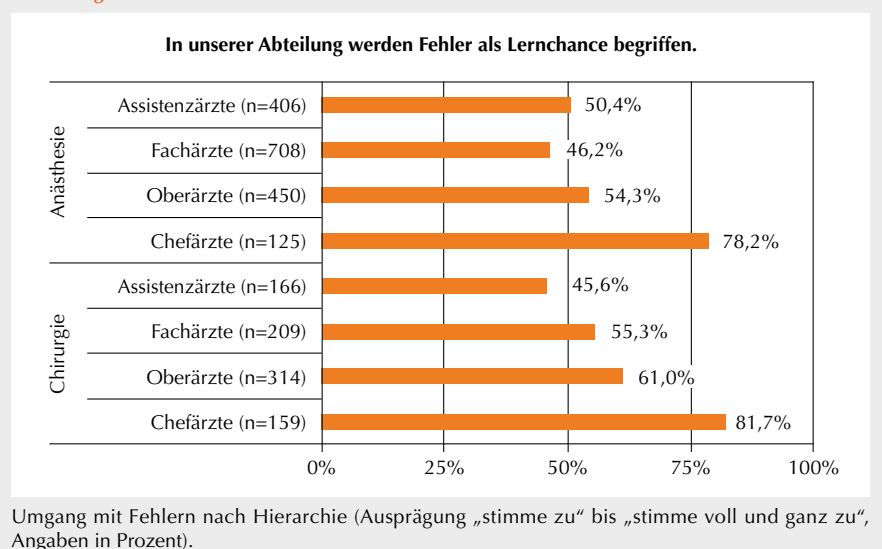


tiven Interviews mehrfach betont [3]. In unserer Studie haben wir aber unsere Aufmerksamkeit nur auf die Kultur innerhalb der Abteilung statt der gelebten Krankenhauskultur gerichtet, weil der direkte Kontakt zu den Kollegen direkte Konsequenzen auf den Umgang mit eigenem und fremdem (Nicht-)Wissen hat. Aus den quantitativen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass in beiden Fachgebieten die Abteilungskultur als sehr positiv wahrgenommen wird (Abb. 5).

In Abbildung 5 wird ebenfalls ein geschlechtsspezifischer Unterschied erkennbar. Anästhesistinnen und Chirurginnen haben weniger als ihre männlichen Kollegen das Gefühl, dass man sich in der

Abteilung gegenseitig unterstützt. Der Vergleich zwischen den Krankentypen weist auf keine nennenswerten Unterschiede hin. Ein weiterer Vergleich zwischen den Status- und den beiden Facharztgruppen zeigt, dass Assistenzärzte der Chirurgie (68,4%) am wenigsten dieses Gefühl mit ihren Kollegen teilen (Anästhesiologie 79,2%). Der mit Abstand höchste Zustimmungswert ist bei den Chefärzten beider Fachgebiete (Anästhesie 95% und Chirurgie 94%) festzustellen. Dieser starke Unterschied lässt die Vermutung aufkommen, dass es sich hierbei um das Phänomen der sozialen Erwünschtheit handeln könnte, d.h. dass die gegenseitige Unterstützung im Team aus Chefärztsicht erwartet wird.

Abbildung 6





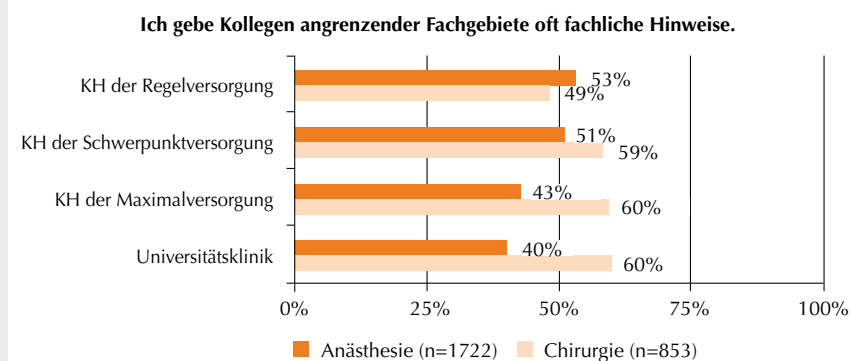
Ähnliche Wahrnehmungsdiskrepanzen ergeben sich auch im Hinblick auf den Umgang mit Fehlern innerhalb der Abteilungen. Chefärzte der Anästhesiologie und Chirurgie stimmten mit Abstand am höchsten der Aussage zu, dass in der Abteilung Fehler als Lernchance begriffen werden (Abb. 6). Obwohl die Zustimmung zu dieser Aussage insgesamt als hoch anzusehen ist (mind. 45%), scheinen die Ärzte der darunter liegenden Hierarchiestufen beider Fachgebiete diese Einschätzung mit den Chefärzten nicht in gleich hohem Maße zu teilen.

Zusätzlich lässt sich bei dieser Aussage ebenfalls ein leichter geschlechtsspezifischer Unterschied feststellen. Ähnlich wie bei der vorherigen Aussage zur gegenseitigen Unterstützung in der Abteilung haben Chirurgen mit 54,6% weniger als ihre Kollegen (66,5%) das Gefühl, dass in ihrer Abteilung Fehler als Lernchance begriffen werden. Dagegen sieht es bei den Ärztinnen und Ärzten der Anästhesiologie anders aus. Hier nehmen die Anästhesistinnen mit 53,3% eher als ihre männlichen Kollegen (49,2%) einen guten Umgang mit Fehlern in ihrer Abteilung wahr.

### Der Austausch zwischen angrenzenden Fachgebieten

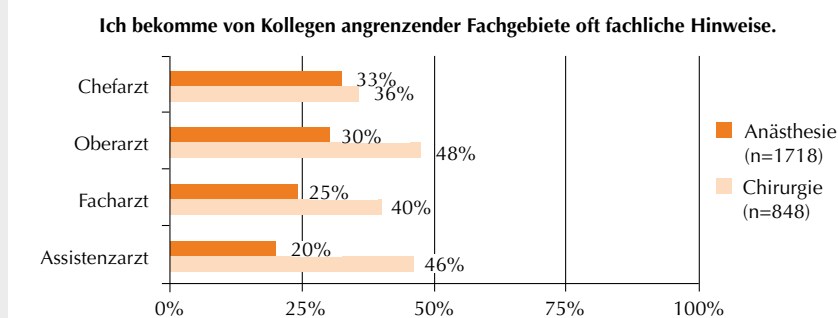
Mit der Aussage „Ich gebe Kollegen angrenzender Fachgebiete oft fachliche Hinweise“ wurde u.a. die Wissensweitergabe an angrenzende Fachgebiete erhoben. Vor allem der Vergleich nach Krankentypen (Abb. 7) zeigt interessante Unterschiede zwischen den beiden Facharztgruppen. Tendenziell haben Chirurgen häufiger dieser Aussage „oft bis sehr oft“ zugestimmt als die Anästhesisten. Bei den Anästhesisten fällt weiterhin auf, dass je größer das Krankenhaus (Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung) ist, desto weniger werden fachliche Hinweise an Kollegen der angrenzenden Fachgebiete mitgeteilt. Die Chirurgen geben dagegen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung weniger fachliche Hinweise (49%) als in den übrigen Krankentypen (knapp 60%). Die Diskrepanz zwischen den beiden Facharztgruppen wird in der Universitätsklinik am deutlichsten erkennbar (20%).

Abbildung 7



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

Abbildung 8



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

Die nähere Betrachtung nach Geschlechtern zeigt außerdem, dass in beiden Facharztgruppen die Frauen tendenziell weniger das Gefühl haben, Wissen weiterzugeben, als ihre männlichen Kollegen. Doch der Unterschied bei den Anästhesisten fällt weitaus deutlicher aus (Anästhesistinnen 45% und Anästhesisten 52%) als bei den Chirurgen, die sich tatsächlich nicht nennenswert voneinander unterscheiden (Chirurginnen 56% und Chirurgen 57%).

Im Bereich des Wissenserwerbs werden ebenfalls Unterschiede zwischen den beiden Facharztgruppen sichtbar („Ich bekomme von Kollegen angrenzender Fachgebiete oft fachliche Hinweise“). Wiederum haben Chirurgen insgesamt häufiger „oft bis sehr oft“ angegeben, dass sie von Kollegen angrenzender Fachge-

biete oft fachliche Hinweise erhalten als die Anästhesisten. Interessant ist jedoch der Unterschied zwischen den Fachgebieten, wenn man die Bewertung der Aussage nach Statuszugehörigkeit differenziert (Abb. 8). Chefärzte der Chirurgie erhalten weniger fachliche Hinweise als die Hierarchiegruppen darunter (Chefärzte 36% und übrige Statusgruppen mindestens 40%). Bei den Anästhesisten verhält es sich umgekehrt: Je höher die Statuszugehörigkeit ist, desto „oft bis sehr oft“ erhalten sie fachliche Hinweise von Kollegen angrenzender Fachgebiete (33% der Chefärzte, 20% der Assistenzärzte). Ein Vergleich der Assistenzärzte beider Facharztgruppen zeigt mit Abstand die größte Differenz untereinander (20% der anästhesiologischen vs. 46% der chirurgischen Assistenzärzte).

Einen geschlechtsspezifischen Unterschied konnte bei den Anästhesisten im Gegensatz zu den Chirurgen nicht festgestellt werden: 51% der Chirurgen gaben an, dass sie „oft bis sehr oft“ fachliche Hinweise von Kollegen angrenzender Fachgebiete erhalten. Dagegen nehmen 44% Chirurgen dies so wahr.

### Der Austausch mit Pflegekräften

Der regelmäßige Austausch mit den Pflegekräften wurde in unseren Interviews [3] ebenfalls als eine Möglichkeit im Krankenhausalltag gesehen, um vorhandenes Nichtwissen zu beheben. In die Befragung wurden dazu Items aufgenommen, welche den Austausch zwischen dem ärztlichen Personal und den Pflegekräften abfragen. Es fällt auf, dass hauptsächlich die Anästhesisten „oft bis sehr oft“ der Aussage zugestimmt haben, fachliche Hinweise von Seiten erfahrener Pflegekräfte zu erhalten (Abb. 9). Der Vergleich nach Statuszugehörigkeit zeigt zudem, dass vor allem unerfahrene Ärzte (Anästhesie 63% und Chirurgie 40%) hin und wieder fachliche Hinweise von Pflegekräften (Abb. 9) erhalten bzw. sie um Rat bitten (Anästhesie 65% und Chirurgie 30%).

Auf Grundlage der geführten Interviews in der qualitativen Vorstudie [3] haben wir vermutet, dass je höher der Status im Hierarchiegefüge ist, desto weniger diesen Aussagen zugestimmt wird. Bei den Chirurgen fällt das Antwortverhalten

anders aus: Chef- und Assistenzärzte haben fast übereinstimmend angegeben (Chefärzte 43% und Assistenzärzte 40%), dass sie „oft bis sehr oft“ fachliche Hinweise von Seiten erfahrener Pflegekräfte erhalten. Dagegen stehen die Oberärzte mit 32% und Fachärzte mit 34%. Bei den Anästhesisten bestätigt sich unsere Vermutung nur teilweise. Chef-, Ober- und Fachärzte haben vergleichbar oft angegeben, dass sie „oft bis sehr oft“ fachliche Hinweise von erfahrenen Pflegekräften erhalten (Abb. 9). Einen nennenswerten Unterschied nach Geschlechtern kann nur bei den Chirurgen festgestellt werden. 40% der Chirurgen haben „oft bis sehr oft“ das Gefühl, dass sie fachliche Hinweise von erfahrenen Pflegekräften erhalten als ihre männlichen Kollegen (Chirurgen 35%). Innerhalb der Anästhesisten nehmen beide Geschlechter dies fast gleich oft wahr (Anästhesisten 49% und Anästhesistinnen 50%). Die Differenzierung nach Krankenhausstypen lässt außerdem erkennen, dass Anästhesisten und Chirurgen an Universitätskliniken im Vergleich zu den übrigen Krankenhausstypen am häufigsten dieser Aussage „oft bis sehr oft“ zugestimmt haben (Anästhesiologie: Grund- und Regelversorgung 47,1%, Schwerpunktversorgung 51,1%, Maximalversorgung 47% und Universitätsklinik 55,6%; Chirurgie: Grund- und Regelversorgung 34%, Schwerpunktversorgung 37%, Maximalversorgung 42% und Universitätsklinik 50%).

### Der Austausch mit Patienten

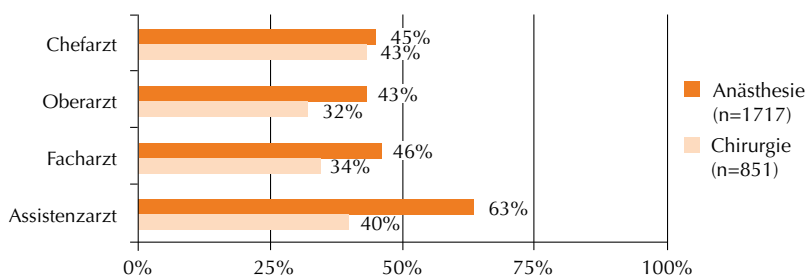
Die heutige Gesellschaft ist durch den verbesserten Zugang zu Informationen (z.B. Internet) geprägt, so dass sich Patienten durch eigene Recherchen über mögliche Diagnosen oder alternative Behandlungsmethoden informieren können. Patienten können als medizinische Laien häufig die Fülle und Relevanz von (Fach-)Informationen nicht richtig einschätzen, was oftmals mit einer Verunsicherung einhergeht. Ärzten wird daher immer häufiger die wichtige Aufgabe zuteil, falsches „Wissen“ in der Interaktion mit den Patienten zu beheben. Andererseits haben sich als Folge des demographischen Wandels unserer Gesellschaft die Patientenstrukturen verändert. Beide Facharztgruppen stimmten gleichermaßen zu, dass heute vermehrt ältere und meist multimorbide Patienten (Anästhesie 94,6%, Chirurgie 87,7%) mit langen Medikamentenlisten (Anästhesie 92,3%, Chirurgie 82,6%) versorgt werden müssen.

Die folgende Abbildung zeigt drei unterschiedliche Ursachen von patientenseitigem Nichtwissen und gibt Auskunft darüber, wie die beiden Facharztgruppen die unterschiedlichen Ursachen betrachten (Abb. 10). Offenbar haben Ärztinnen und Ärzte der Anästhesiologie und Chirurgie relativ ähnliche Ansichten über die Nichtwissensursachen von Patienten.

Patienten, die sich durch eigene Recherchen (über-)informieren, werden von Ärzten weniger häufig als Problem angesehen (Anästhesie 31% und Chirurgie 34%) als Patienten, die kognitiv überfordert sind, um wichtige Informationen des Arztes richtig aufzunehmen (Anästhesie 81% und Chirurgie 82%). Aus diesen Ergebnissen lässt sich entnehmen, dass aufmerksame Gespräche mit den Patienten notwendig sind, um eine richtige und damit heute auch eine rechtlich abgesicherte Aufklärung zu gewährleisten. Dagegen stehen aber beispielsweise kaufmännische Vorgaben, die immer weniger Zeit für Gespräche mit den Patienten einräumen. Ein weiteres Ergebnis über die Einschätzung

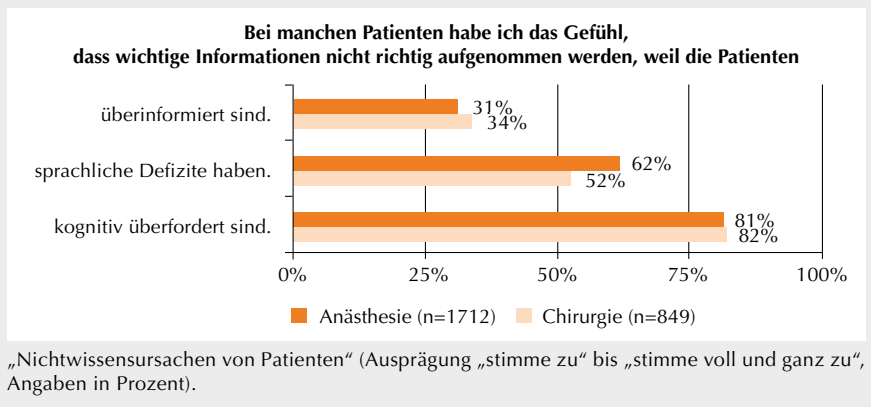
Abbildung 9

Ich bekomme hin und wieder fachliche Hinweise von Seiten erfahrener Pflegekräfte.



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

Abbildung 10



bezüglich fachfremder Arbeiten verstärkt zusätzlich die Vermutung, dass Ärzten beider Facharztgruppen kaum Zeit bleibt, um auf die Patienten in Form von Gesprächen ausreichend einzugehen. 62,4% der Anästhesisten und sogar 83,2% der Chirurgen stimmten „voll und ganz“ zu, dass der Anteil an administrativen Arbeiten sehr hoch sei.

**Eine klassische Strategie zur Überwindung von Nichtwissen – Fortbildungen**

Um gezielt und effizient bekannte Wissenslücken zu schließen oder bekanntes Nichtwissen zu beheben, werden von Ärzten häufig Fortbildungen besucht. Dieser Meinung sind 80% der Anästhesisten sowie 80% der Chirurgen. Im Geschlechtervergleich konnte nur bei den Anästhesisten eine leicht höhere Zustimmung bei den Frauen (Anästhesistinnen 82,2% und Anästhesisten 78,9%) nachgewiesen werden. Ein Vergleich nach Krankenhausstypen zeigt weiter, dass Chirurgen an Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung dieser Aussage nicht so stark zugestimmt haben wie ihre Kollegen, die in den übrigen Krankenhausstypen beschäftigt sind. Fortbildungen sind geeignet, unterschiedliche Formen des Nichtwissens zu überwinden. Durch den Besuch von Fortbildungen kann zum Beispiel unbekanntes Nichtwissen entdeckt werden, das sich dann in neues Wissen wandelt.

Die befragten Ärzte beider Facharztgruppen (90,6% der Anästhesisten und 90,1% der Chirurgen) bestätigten mit ihrer starken Zustimmung zu der Aussage „Fortbildungen helfen uns, neues Wissen in unsere Abteilung zu bringen“, dass eine Fortbildung ein bewährtes Mittel zur Überwindung von Nichtwissen darstellt. Bei einem Vergleich nach Geschlechtern konnte in beiden Fachgebieten kein eindeutiger Unterschied festgestellt werden.

Beim Antwortverhalten zu folgender Aussage „Meine Erfahrungen aus den Fortbildungen kann ich oft gewinnbringend an meine Kollegen aus meiner Abteilung weitergeben“ zeigt sich, dass Anästhesisten und Chirurgen unterschiedlich starke Einschätzungen abgegeben haben. 41,2% der Anästhesisten haben im Vergleich zu 59,2% der Chirurgen „oft bis

sehr oft“ angegeben, dass sie Erfahrungen von Fortbildungen gewinnbringend an die Kollegen weitergeben können. Ein geschlechtsspezifischer Einfluss konnte in beiden Fachbereichen ebenfalls nachgewiesen werden (Abb. 11).

Vor allem die männlichen Kollegen beider Facharztgruppen (Anästhesisten 45,7% und Chirurgen 60,8%) haben eher das Gefühl, dass sie Erfahrungen aus den Fortbildungen oft gewinnbringend weitergeben als ihre Kolleginnen (Anästhesistinnen 34,6% und Chirurgen 54,2%). In diesem Zusammenhang haben die Anästhesistinnen mit Abstand am wenigsten dieser Aussage „oft bis sehr oft“ zugestimmt.

Bei den folgenden Einschätzungen, ob „Mitarbeiter gezielt von Chefärzten zu Fortbildungen geschickt werden“ oder ob „Mitarbeiter das Gefühl haben, dass sie von ihren Vorgesetzten gezielt zu Fortbildungen geschickt werden“, zeigt sich eine interessante fachübergreifende Diskrepanz zwischen den Chefärzten und den übrigen Hierarchiestufen (Abb. 12).

86% der Chefärzte beider Facharztgruppen sind der festen Ansicht, dass sie ihre Mitarbeiter gezielt zu Fortbildungen schicken. Doch nur 30% der Assistenz-, Fach- und Oberärzte der Chirurgie und lediglich 16% der Assistenz-, Fach- und Oberärzte der Anästhesiologie teilen die Meinung der Chefärzte. Für ein solches Ergebnis können nur Vermutungen angestellt werden. Aus unserer Sicht bieten sich zwei Erklärungsmöglichkeiten

Abbildung 11

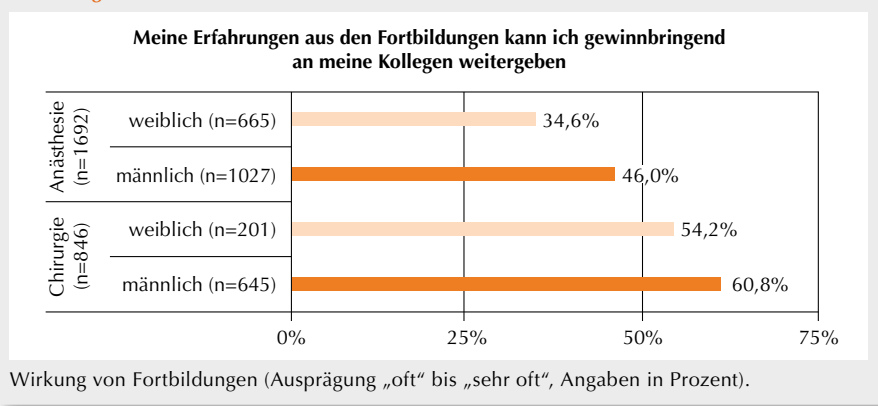
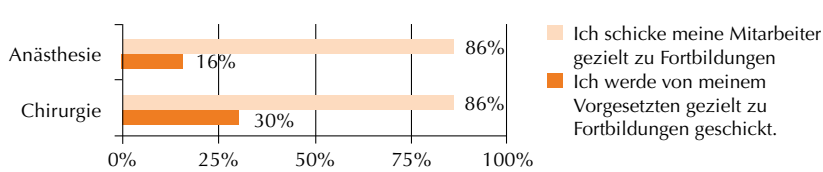




Abbildung 12



„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).

für eine solche Diskrepanz an: Erstens, die Mitarbeiter nehmen es nicht (bewusst) wahr, dass sie von Chefärzten gezielt zu Fortbildungen geschickt werden. Zweitens, Chefärzte schicken ihre Mitarbeiter (doch) nicht gezielt zu Fortbildungen. Die zweite Erklärungsmöglichkeit wird zum Teil durch einige andere Ergebnisse (s.o.) unterstützt und lässt einen Effekt der sozialen Erwünschtheit vermuten.

In der qualitativen Vorstudie [3] haben unsere Interviewpartner unterschiedliche Hinderungsgründe für einen Besuch von Fortbildungen angegeben, wie zum Beispiel die fehlende Unterstützung durch den Vorgesetzten bei der Freistellung. Die nähere Betrachtung von Hinderungsgründen für den Besuch von Fortbildungen (quantitative Auswertung) hat diese Wahrnehmung bestätigen können; jedoch vorwiegend nur bei den Anästhesisten (Tab. 2).

In beiden Facharztgruppen stellt der Zeitmangel das größte Hindernis dar, wenn Fortbildungen besucht werden sollen. Bei den Anästhesisten steht sogar „keine Freistellung“ mit 43,5% an zweiter Stelle. Dagegen wird dieser Aspekt bei den Chirurgen mit (nur) 20% weniger als Problem wahrgenommen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Zustimmung zu der Aussage „Ich habe die Möglichkeit, fachliche Fortbildungen während der regulären Arbeitszeit zu besuchen“. 46,2% der Chirurgen stimmten im Gegensatz zu 31,5% der Anästhesisten „oft bis sehr oft“ dieser Aussage zu. Scheinbar müssen Anästhesisten viel häufiger ihre Freizeit in Anspruch nehmen als die Chirurgen. Ihnen wird eher die Möglichkeit eingeräumt, sich während der Arbeitszeit fortzubilden. Als weitere wichtige Hinderungsgründe werden von den Ärzten die fehlende Kostenübernahme durch das Krankenhaus und die

zu hohen Kosten angesehen. Die Art der Angebote (z.B. zu allgemeine oder zu spezielle Fortbildungsangebote) wird nicht als Hinderungsgrund betrachtet.

Die Auswertung der Hinderungsgründe nach Krankenhaustypen zeigt ebenfalls interessante Unterschiede zwischen den beiden Fachgebieten (Tab. 2). Die größten Unterschiede lassen sich in der Universitätsklinik identifizieren. Bei der Aussage „keine Freistellung durch Vorgesetzte“ beträgt die größte Differenz 39% (Anästhesisten 69% und Chirurgen 30%). Außerdem haben Anästhesisten und Chirurgen an Universitätskliniken mit Abstand am stärksten der Aussage „oft bis sehr oft“ zugestimmt, dass die fehlende Kostenübernahme durch das Krankenhaus ein Hindernis für sie darstellt (54% der Chirurgen und sogar 63% der Anästhesisten). Im Vergleich dazu sind die Ärzte beider Facharztgruppen in der Grund- und Regelversorgung gleicher Meinung (Anästhesisten 34,4% und Chirurgen 34,4%).

## Fazit

In unserer vergleichenden Studie lassen sich bei den Anästhesisten und bei den Chirurgen einige Übereinstimmungen feststellen. Schon die einstimmige Meinung darüber, dass ständige Herausforderungen das eigene Fach gut charakterisieren und dass in beiden Facharzt-

Tabelle 2

Hinderungsgründe für Fortbildungen nach Krankhaustyp geordnet (Mehrfachantworten, Nennungen „oft“ bis „sehr oft“, Angaben in Prozent).

	Grund- und Regelversorgung (n=579)		Schwerpunktversorgung (n=436)		Maximalversorgung (n=306)		Universitätsklinik (n=300)		Sonstige Krankenhäuser (n=111)		Gesamt	
	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.	Anä.	Chir.
<b>Zeitmangel</b>	77,0	78,5	78,9	77,6	79,1	83,9	73,1	84,0	75,5	62,2	77,1	78,6
<b>keine Kostenübernahme durch das Krankenhaus</b>	34,4	34,4	37,2	34,9	44,4	47,6	63,0	54,0	34,2	48,9	41,8	38,6
<b>Fortbildungen sind zu teuer</b>	42,1	34,4	37,9	34,9	39,4	47,6	35,5	54,0	44,1	48,9	39,6	46,1
<b>keine Freistellung durch Vorgesetzten</b>	33,2	47,9	46,3	47,5	51,6	42,0	69,0	30,0	44,1	53,3	46,7	20,7
<b>Unübersichtlichkeit der Angebote</b>	16,1	24,9	18,3	14,3	14,1	16,8	8,0	34,0	16,2	15,6	14,9	20,5
<b>Angebote sind zu speziell</b>	3,6	2,8	3,2	5,0	2,3	4,2	1,0	2,0	0,0	2,2	2,6	3,6
<b>Angebote sind zu allgemein gehalten</b>	5,5	4,6	5,5	4,6	4,2	9,1	2,3	2,0	7,3	17,4	4,9	5,9
<b>zu hoher Aufwand bei geringem Nutzen</b>	28,3	27,9	22,2	28,7	19,6	24,5	9,6	16,0	26,4	19,6	21,9	26,4

gruppen ein guter und unterstützender Umgang miteinander im Krankenhausalltag herrscht, zeigt die Gemeinsamkeiten der beiden Fachgebiete. Sogar bei der Wahl der Strategien zeigen beide Fachgebiete ähnliche Interessen, um (un-)bekanntem Nichtwissen entgegenzutreten. So sehen Anästhesisten und Chirurgen beispielsweise den Besuch von Fortbildungen als eine gute Strategie an, um bekanntes und unbekanntes Nichtwissen zu beheben. Ein Vergleich nach Statusgruppen legt ebenfalls fachübergreifende Ähnlichkeiten frei, wie die Betrachtung der Aussagen „Mitarbeiter werden gezielt von Chefärzten zu Fortbildungen geschickt“ oder „Mitarbeiter haben das Gefühl, dass sie von ihren Vorgesetzten gezielt zu Fortbildungen geschickt werden“ ergab. Dabei wird eine hierarchiebedingte und stark voneinander abweichende Wahrnehmung zu dieser Aussage zwischen den Chefärzten auf der einen Seite und den Assistenz-, Fach- und Oberärzten auf der anderen Seite offensichtlich.

Fachübergreifend konnten zudem geschlechtsspezifische Ähnlichkeiten festgestellt werden. Insgesamt nehmen Ärztinnen in beiden Fachbereichen weniger als ihre männlichen Kollegen wahr, dass sie sich in ihrer Abteilung gegenseitig unterstützen oder ihre Erfahrungen von Fortbildungen gewinnbringend in die Abteilung einbringen.

Neben den fachspezifischen Ähnlichkeiten wurden in unserer vergleichenden Studie auch Unterschiede zwischen den beiden Fachgebieten aufgezeigt. Ein Vergleich nach Krankentypen konnte beispielsweise nachweisen, dass Anästhesisten weniger fachliche Hinweise an angrenzende Fachgebiete weitergeben, je größer das Krankenhaus ist. Dagegen sieht es bei den Chirurgen anders aus: Je größer das Krankenhaus ist, desto häufiger geben sie fachliche Hinweise an Kollegen der angrenzenden Fachgebiete weiter. In Bezug auf die Hinderungsgründe bei Fortbildungen konnten weitere fachspezifische Ungleichheiten bestimmt werden. Bei den Anästhesisten scheint die fehlende Freistellung durch den Vorgesetzten die Teilnahme an Fortbildungen zu erschwe-

ren. Die Differenzierung nach Krankentypen zeigte außerdem, dass vor allem die Anästhesisten an Universitätskliniken mit Abstand am stärksten davon betroffen sind.

Ein stets wichtiges Thema war schon in den Interviews der qualitativen Vorstudie [3] die Ressource ‚Zeit‘. Diese wurde oftmals im Zusammenhang mit der Einführung der DRG erwähnt. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung legen nahe, dass ‚Zeit‘ eine inzwischen noch knappere Ressource im Krankenhausalltag der Ärzte geworden ist. Dies zeigt sich vor allem bei der Versorgung von älteren und meist multimorbiden Patienten, die einer größeren Aufmerksamkeit – z.B. in Form von Gesprächen – bedürfen, denen aber aufgrund von kaufmännischen Vorgaben (z.B. leistungsabhängige Vergütung, DRG-Erlöse) die Ärzte nicht bzw. nur verkürzt nachkommen können.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass veränderte gesellschaftliche und organisatorische Rahmenbedingungen einen guten Umgang mit Nichtwissen im Klinikalltag erschweren. Ein guter Umgang mit Nichtwissen kann weder von oben angeordnet, noch direkt gesteuert werden. Es erfordert vielmehr ein vertrauensvolles Miteinander sowie geeignete Rahmenbedingungen (z.B. in Form zeitlicher Ressourcen), um aus Nichtwissen Wissen zu machen.

### Danksagung

Wir danken allen Ärztinnen und Ärzten der Anästhesiologie und Chirurgie, die an der Befragung teilgenommen haben. Bei Herrn Holger Sorgatz und bei Frau Tina Dichtjar vom BDA e.V. sowie bei Prof. Dr. med. Hans-Peter Bruch und bei Herrn Dr. med. Jörg Ansorg vom BDC e.V. möchten wir uns für die gute Kooperation bei der Vorbereitung und Durchführung der Befragung bedanken. Frau Dr. med. Renate Schäffer, Herrn Dr. med. Michael St.Pierre, Herrn Dr. med. Jörg Ansorg sowie unseren Interviewpartnern, die wir zur Wahrung ihrer Anonymität nicht namentlich nennen, danken wir für die Kommentare zum Online-Fragebogen aus fachärztlicher Sicht. Darüber hinaus danken wir der

Deutschen Forschungsgemeinschaft für die Förderung des Projekts „Welche Faktoren beeinflussen den Umgang mit Nichtwissen verschiedener ärztlicher Professionen in Krankenhäusern?“ (WI 3706/1-1).

### Literatur

1. Schnell R: Survey-Interviews. Standardisierte Befragungen in den Sozialwissenschaften. Wiesbaden: VS-Verlag; 2012
2. Bundesamt für Statistik: Gesundheit 2011. Personal. Wiesbaden 2013
3. Wilkesmann M, Jang S R: Welche Rolle spielt Nichtwissen im Krankenhausalltag der Anästhesisten? *Anästh Intensivmed* 2013;54:246-252.

### Korrespondenzadresse

**Jun.-Prof. Dr. Maximiliane Wilkesmann**



Juniorprofessur Soziologie

Tel.: 0231 / 755-8025

Fax: 0231 / 755-8026

E-Mail: maximiliane.wilkesmann@tu-dortmund.de

**So Rim Jang**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin



**Björn Roesner**

Wissenschaftlicher Mitarbeiter



Tel.: 0231 / 755-8061

Fax: 0231 / 755-8026

E-Mail: sorim.jang@tu-dortmund.de

E-Mail: bjoern.roesner@tu-dortmund.de

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät  
Technische Universität Dortmund  
Otto-Hahn-Straße 6  
44221 Dortmund, Deutschland