

**Umgang mit Nichtwissen\*:****Welche Rolle spielt  
Nichtwissen  
im Krankenhausalltag  
der Anästhesisten?****Teil 1****Zusammenfassung**

Bei der Erledigung ihrer täglichen Arbeit geraten Ärztinnen und Ärzte immer wieder an Wissensgrenzen. Das daraus resultierende Nichtwissen und der Umgang mit diesem stellen bislang einen blinden Fleck sowohl in der Forschung als auch in der Praxis dar. Dabei stellt das Nichtwissen mehr als die Abwesenheit von Wissen dar, denn Nichtwissen setzt bekanntermaßen ebenso Wissen voraus. Seit März 2011 wird in einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekt mithilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes sowohl qualitativ als auch quantitativ zum Umgang mit Nichtwissen im Krankenhausalltag geforscht. In der ersten (qualitativen) Sequenz des Projektes wurden insgesamt 43 Experteninterviews mit Krankenhausärztinnen und -ärzten durchgeführt. In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der ersten qualitativen Forschungssequenz vorgestellt. Die Ergebnisse der ersten Studiensequenz dienten auch dazu, einen Online-Fragebogen für eine bundesweite quantitative Befragung zu entwickeln. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung werden in zwei weiteren Sonderbeiträgen veröffentlicht.

**Summary**

In their daily work, physicians often encounter gaps in their knowledge and/or incomplete information. This ignorance can be seen as a blind spot, both in the field of research and in practice. Ignorance is more than the absence of knowledge, since knowledge itself defines ignorance. Since March 2011, we have been con-

**Qualitätssicherung****Quality Assurance****Dealing with ignorance – Part 1:****How relevant is ignorance in the daily practice of anaesthetists?**

M. Wilkesmann · S. R. Jang

ducting a research project, funded by the German Research Foundation (DFG), to explore the counter-strategies applied by physicians with the aid of a mixed method research design. The first, qualitative, part of the study was based on 43 interviews with hospital physicians conducted by experts. In this article we present the results of this qualitative investigation. The results obtained also served as a starting point for the development of a Germany-wide online-questionnaire survey.

**Einleitung**

Wie gehen Ärztinnen<sup>1</sup> und Ärzte damit um, wenn sie etwas nicht wissen? Die Beantwortung dieser Frage steht im Zentrum eines Forschungsprojektes, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wird. Nichtwissen verstehen wir dabei als ein individuelles Konstrukt, welches Wissen voraussetzt und somit mehr ist als lediglich die Abwesenheit von Wissen [1]. Nichtwissen kann die eigene Person betreffen oder aber bei anderen Personen beobachtet werden. Insofern muss Nichtwissen nicht im Stadium des Nichtwissens bleiben, sondern kann in Wissen umgewandelt werden. Aus der individuellen Perspektive der befragten Ärzte ist vor allem der Erwerb der Fähigkeit und die Weiterentwicklung

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 – Wissen – Empirische Forschung – Sozialwissenschaften

**Keywords**

Hospital – Anaesthesiology – Knowledge – Empirical Research – Social Sciences

<sup>1</sup> Der besseren Lesbarkeit halber und zu Anonymisierungszwecken wird in den nachfolgenden Formulierungen das männliche Geschlecht genutzt, welche das weibliche Geschlecht stets einschließen.

der eigenen Persönlichkeit entscheidend, um (un-) bekanntem Nichtwissen aktiv zu begegnen. Dazu gehört auch, das eigene Nichtwissen zu akzeptieren und mit den daraus resultierenden Unsicherheiten umzugehen. Dies zeigt auch der erste Interviewausschnitt eines Chefarztes der Anästhesie:

„Also ich bin mir bewusst, dass man wahrscheinlich auch in seinem Fach mehr Nichtwissen hat als Wissen. Ich versuche, wenn ich vom Nichtwissen erfahre, zu unterscheiden, ob das relevant für meinen Beruf, oder für den Menschen oder für meine Arbeit ist. Und wenn es relevant ist, dann versuche ich es auszubügeln. Wenn es nicht relevant ist, dann akzeptiere ich auch mal, dass ich bestimmte Dinge nicht weiß“

(Chefarzt, Anästhesie 06: 24-30).

Ein anderer Chefarzt der Anästhesiologie benutzte in diesem Zusammenhang die Metapher, dass angehende Ärzte nicht laufen, sondern schwimmen lernen müssen, d.h. sie müssen lernen, ein Ziel auch ohne festen Boden unter den Füßen zu erreichen. Doch welche Strategien nutzen Anästhesisten in Krankenhäusern, um ihr eigenes oder fremdes Nichtwissen zu beheben? In den Interviews wurde uns eine Vielzahl an Beispielen genannt, die in diesem Beitrag kurz vorgestellt werden.

## Methode

Von April bis August 2011 wurden insgesamt 43 leitfadengestützte Experteninterviews [2] mit Krankenhausärzten verschiedener Fachdisziplinen (Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin und Pathologie), auf unterschiedlichen Hierarchiestufen (Ärztliche Direktoren, Chef-, Ober-, Fach- und Assistenzärzte), in verschiedenen Krankenhaustypen in Bezug auf die Größe (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung, Universitätsklinik) und Trägerschaft sowie unter Berücksichtigung der regionalen Verortung (ländlicher Raum vs. Ballungsgebiet) durchgeführt.

Die größte Gruppe im Sample stellen die Chefärzte dar, weil diese aufgrund

Abbildung 1

Eigenschaft		Manifestation	
		Wissen	Nichtwissen
	bekannt	BEKANNTES WISSEN als scheinbares Nichtwissen	BEKANNTES NICHTWISSEN
	unbekannt	UNBEKANNTES WISSEN	UNBEKANNTES NICHTWISSEN

Dimensionen des Nichtwissens [1].

ihrer langjährigen Erfahrung in der Lage sind, auch retrospektiv Aussagen zum Umgang mit Nichtwissen einzubringen. Die Verteilung der Statusgruppen in Bezug auf das Geschlecht bildet in etwa das aktuelle Geschlechterverhältnis in Krankenhäusern ab [3]. Bis auf zwei Ausnahmen konnten alle Interviews digital aufgezeichnet werden. Während der Interviews wurde den Gesprächspartnern die Möglichkeit eingeräumt, die Aufnahme zu unterbrechen. Diese Option wurde trotz der sensiblen Thematik nur in einem Fall in Anspruch genommen.

Insgesamt war die Bereitschaft, sich zu diesem Thema befragen zu lassen, sehr groß, was sich in der Offenheit der Äußerungen, aber auch in der uns gegenüber investierten Interviewdauer zeigt (z.B. Chefärzte  $\varnothing$  53,69 Min. und Oberärzte  $\varnothing$  64,91 Min.). Ferner ist zu beobachten, dass Männer in höheren Positionen im Vergleich zu ihren weiblichen Kolleginnen längere Interviews gaben. Dieses Ergebnis ist insofern interessant, weil in einer vorherigen Studie zum Wissentransfer im Krankenhaus [3] ebenfalls ein signifikanter Geschlechterunterschied bei der Wissensweitergabe festgestellt wurde: Ärzte und männliche Pflegekräfte haben – im Gegensatz zu ihren weiblichen Kolleginnen – eher das Gefühl, Wissen an andere weiterzugeben.

## Die vier Dimensionen des Nichtwissens

In die theoretischen Vorüberlegungen wurde in Anlehnung an Smithson [4] und Kerwin [5] ein Vier-Felder-Schema entwickelt (Abb. 1). Die vier Dimensionen des Nichtwissens [1] unterscheiden sich durch ihre Eigenschaft (bekannt oder unbekannt) und ihre Manifestation (Wissen oder Nichtwissen). Aus der Kombination

ergeben sich folgende vier Dimensionen des Nichtwissens:

- bekanntes Wissen = Wissen, das man anderen vorenthält
- bekanntes Nichtwissen = Nichtwissen, von dem man weiß, dass man es nicht weiß
- unbekanntes Wissen = Wissen, von dem man nicht weiß, dass man es weiß
- unbekanntes Nichtwissen = Nichtwissen, von dem man (noch) nicht weiß, dass man es nicht weiß.

Im Rahmen der qualitativen Studie wurden zu allen vier Dimensionen Beispiele und Umgangsstrategien von den Interviewpartnern genannt. Für die insgesamt 34 Stunden Interviewmaterial wurden in den transkribierten Textdateien 1.569 Codes für verschiedene Umgangsstrategien mit Nichtwissen vergeben. Nachfolgend werden sowohl die vier Nichtwissensdimensionen als auch die jeweils identifizierten Umgangsstrategien beschrieben und kurz mit exemplarischen Interviewausschnitten der befragten Anästhesisten illustriert.

## Ergebnisse

- **Bekanntes Nichtwissen – „Ich weiß, dass ich etwas nicht weiß“**  
Diese Dimension umfasst jenes Nichtwissen, das einer Person bekannt ist. Die Umgangsstrategien unterscheiden sich insofern, als dass das Nichtwissen das eigene oder ein fremdes Fachgebiet betreffen kann. Falls das Nichtwissen das eigene Fachgebiet betrifft, gibt es oftmals Anhaltspunkte, an denen man sich orientieren kann, um das Nichtwissen zu beheben.

„Das bekannte Nichtwissen, ja das grenze ich aus. Wenn hier so tausend

Bücher stehen, dann weiß ich, dass ich den Inhalt von neunhundert nicht weiß. Und ich weiß, das einzusortieren. Ich weiß was ich nicht weiß. Ich weiß auch, wie ich Defizite beseitigen kann. Also auf Deutsch gesagt, wo man nachliest oder wen man fragt. Und ich habe damit jetzt kein Problem. Gerade weil ich als Anästhesist in so viele Ecken der Medizin schaue, ist mir bewusst, dass ein Großteil im Dunkeln bleibt, weil das medizinische Wissen ungeheuer vielfältig ist“

(Chefarzt, Anästhesie 06: 82-87).

Die dominante Umgangsstrategie unter der Dimension bekanntes Nichtwissen kann unter der Kategorie Lernen subsumiert werden. Dies geschieht beispielsweise durch die Nutzung klassischer und neuer Medien oder (abteilungsinterner) Leitlinien und Algorithmen, durch das Fragen und Beobachten von Kollegen sowie durch die Teilnahme an Fort- oder Weiterbildungen.

„Und wenn man es im Intranet nicht findet, dann kann man immer noch Dr. Google fragen. Es ist wirklich teilweise sehr kurz und prägnant geschrieben, wenn man nähere Informationen haben möchte, kann man weiter schauen. Ich sage immer, Dr. Google ist sensationell“

(Oberarzt, Anästhesie 03: 706-737).

„Ich habe auch ein iPad. Das find ich total gut! Und ich habe hier tolle Sachen drauf, also für Ärzte zum Beispiel „Arznei aktuell“. Ich kann alles nachgucken, ich habe vorhin so eine Schwarze weggeschmissen, die haben sie mir zugeschickt, die rote Liste, die brauche ich nicht. Ich kann alles hier nachgucken. Das ist überhaupt kein Problem“

(Chefarzt, Anästhesie 01: 449-454).

„Wir haben einen Standard für alle Bereiche der Anästhesie. Wir haben Algorithmen dafür. Wir haben ‚Standard Operating Procedures‘ für jeden Bereich der Anästhesie. Da steht ganz genau, wann, wie und wo zu verfahren ist. Das ist nicht die Bibel. Das muss angepasst werden. Das muss laufend adaptiert werden“

(Chefarzt, Anästhesie 01: 742-745).

Eine weitere Strategie, die unter das Lernen fällt, besteht darin, Kollegen zu fragen. Diese Strategie wird auf allen Hierarchieebenen genutzt, aber je höher der hierarchische Status, desto häufiger wurde die Möglichkeit angegeben, sich selbst durch Literaturrecherchen (z.B. Internet, Bücher) fortzubilden oder Kollegen anderer Krankenhäuser um Rat zu fragen. Vor allem Chef- und Oberärzte werden oftmals mit komplizierten Problemen und spezielleren Fragen konfrontiert, die durch eigene Recherchen überwunden werden. Ärzte, die noch unerfahren sind, gaben darüber hinaus an, sich gelegentlich mit erfahrenen Pflegekräften zu beraten.

Wenn das bekannte Nichtwissen über die eigenen Fachgebietsgrenzen hinausgeht, wird häufig die Kooperation mit Kollegen angrenzender Fachgebiete gesucht bzw. die Patienten werden an interne oder externe Experten delegiert oder abgegeben. Die Anwendung dieser Strategie ist im klassischen Sinn der Arbeitsteilung zu sehen. Auf diese Weise können sich

Experten auf Teilbereiche konzentrieren und andere Bereiche anderen Experten überlassen. Die Strategie der Delegation bzw. die Abgabe eines Falles sowie das Konsiliarwesen gehen einher mit der immer stärkeren Spezialisierung in der Medizin. Allerdings wurde die immer weiter fortschreitende (Sub-) Spezialisierung in der Medizin von unseren Interviewpartnern kritisch hinterfragt. Auf der einen Seite wird mit 42 Facharztrichtungen in Deutschland ein immer stärker spezialisiertes Wissen angehäuft, zum anderen beklagten die Interviewpartner, dass gerade jüngere Kollegen immer weniger Wissen über die Gesamtzusammenhänge besitzen.

• **Unbekanntes Wissen –**

**„Ich weiß nicht, dass ich etwas weiß“**

Unbekanntes Wissen umfasst jenes Wissen, welches in der Person so tief verankert ist, dass es der betreffenden Person nicht bewusst ist. Unbekanntes Wissen offenbart sich als Intuition, welche die elementarste Form der Erkenntnis ohne bewusste Wahrnehmung darstellt [6]. Während der Interviews wurden uns verschiedene Situationen geschildert, wie unbekanntes Wissen in der Anästhesie als Bauchgefühl in Erscheinung treten kann.

„Also wir hoffen, dass wir alles wissen. Und ich glaube, wir bilden uns auch ein bisschen ein, das wir mit unbekanntem Wissen nicht so viel zu tun haben. Aber es ist doch viel Intuition in der Klinik, glaube ich schon. Also das Score-System in der Intensivmedizin versucht zu ermitteln, ob ein Patient überlebt oder nicht. Score-Systeme sagen beispielsweise, der hat jetzt eine 70%-ige Wahrscheinlichkeit zu überleben oder zu sterben. Und da bin ich der absoluten Überzeugung, dass meine Intuition weiter ist und mehr hilft als jede Skala, die es im Moment gibt“ (Chefarzt, Anästhesie 06: 62-78).

„[Patienten] senden uns irgendwie schon Warnhinweise, die wir aus der Erfahrung heraus deuten können. Das ist eigentlich auch was, was man überhaupt nicht in den Büchern oder so finden kann, sondern das ist einfach so, dass man es öfter gemacht

hat. Man weiß, wenn jetzt eigentlich nur der Blinddarm angekündigt ist und dann kommt ein Patient, dessen Kreislauf instabil ist, dann weiß man: Eigentlich erwartet mich mehr. Und dann würde man nicht nur den kleineren Bereich als Überwachung wählen, der typisch wäre für einen normalen Blinddarm. Man würde sich auch die anderen Sachen schon bereit legen“

(Facharzt, Anästhesie 05: 161-169).

Bei unbekanntem Wissen besteht zudem die Schwierigkeit, dass dieses von der Person häufig nicht selbst reflektiert werden kann. Diese verborgenen Fähigkeiten können aber unter Umständen von außen beobachtet werden und sich in sozialen Interaktionen, beispielsweise durch kollegiales Hinterfragen, offenbaren.

• **Bekanntes Wissen –**

**„Ich teile den anderen mein Wissen nicht mit“**

Bekanntes Wissen tritt ebenfalls als Nichtwissen auf, indem vorhandenes Wissen mit anderen Personen aus verschiedenen Gründen nicht geteilt wird. Positiv gewendet spielt in dieser Dimension die Strategie der bewussten Zurückhaltung von Wissen in einer Experten-Novizen-Interaktion eine wichtige Rolle. Erfahrene Ärzte (Experten) halten gegenüber Assistenärzten (Novizen) ihr Wissen zurück, damit diese die Chance erhalten, sich das Wissen durch eigene Erfahrungen anzueignen.

Die Strategie der bewussten Wissenszurückhaltung wird auch in Interaktionssituationen mit Patienten angewendet. Dabei geht es darum, welcher Grad an Informiertheit dem Patienten aus Sicht des Arztes zugemutet werden kann, so dass sie die Patienten zum Teil nur selektiv an den eigenen Gedanken teilhaben lassen.

Negativ gewendet wird Wissen zurückgehalten, um sich die eigene Arbeit zu erleichtern. Dies geschieht sowohl innerhalb der Abteilungshierarchie als auch zwischen den Facharztgruppen. In diesen Fällen wird Nichtwissen nur vorgetäuscht, und die Strategie besteht darin, Aufgaben und Arbeit an andere Personen abzugeben oder (nach oben)

zu delegieren. Im schlimmsten Fall wird Wissen zurückgehalten, um Fehler zu verschleiern:

„In meinem Dienst kam dann die Komplikation, die aber nicht ich verursacht habe, sondern der Kollege davor. Bei der Übergabe wurde nicht übergeben, dass es ein Problem gab. Das heißt, derjenige hat gesagt: „Nee, war alles gut, alles toll.“ War es aber nicht, und ich hatte dann den Super-gau in meiner Schicht. Ich habe es dann irgendwie wieder hingebogen, aber das Schlimmste war, dass dann Montag vor versammelter Mannschaft behauptet wurde, der Kollege hätte es mir gesagt“

(Facharzt, Anästhesie 04: 191-201).

Gerade auf der mittleren Hierarchieebene berichteten die Interviewpartner, dass Wissen aus karrieretechnischen Gründen bewusst zurückgehalten wird, weil die Zahl von leitenden Positionen begrenzt ist und dies zu einem gewissen Konkurrenzdenken führt.

„Wissen ist Macht! Also ich habe Macht, indem ich mehr weiß als die anderen. Das ist das, was ich mache. Deswegen kann ich mich durchsetzen, indem ich schlicht und einfach über Antibiotika mehr weiß als die anderen. Halte die anderen dumm oder wie sagt man?“

(Oberarzt, Anästhesie 03: 659- 661).

Bei diesen negativen Umgangsstrategien steht im Vordergrund, sich selbst zu profilieren, andere bloßzustellen oder den Eindruck der Unentbehrlichkeit zu hinterlassen.

• **Unbekanntes Nichtwissen –**

**„Ich weiß nicht, dass ich etwas nicht weiß“**

Beim unbekannten Nichtwissen geht es darum, dass es Nichtwissen gibt, von dem man (noch) nicht weiß. Das unbekannte Nichtwissen ist in der Regel schwer und – wenn überhaupt – nur retrospektiv erkennbar. Dies geschieht beispielsweise durch das nachträgliche Erkennen von Fehleinschätzungen bei der Behandlung eines Patienten oder durch neue Erkenntnisse in der Medizin. Die angewandte Strategie, diesem

Nichtwissen zu begegnen, fällt unter die Kategorie (nachträgliches) Lernen. Hierzu geben uns die Ärzte viele Beispiele, wie die Entdeckung des Magengeschwüre verursachenden Bakteriums Helicobacter pylori und der damit verbundene Wegfall von Magenoperationen.

„...zum Beispiel die Helicobacter pylori Geschichte, die Magenulcus verursachen. Billroth hat erfunden, wie man Magen operiert. Das ist etwa hundert Jahre lang gemacht worden, jeden Tag. Auch hier sind täglich ein, zwei Mägen reseziert worden. Ich kannte es nicht anders. Heute kriegen die Leute eine Dreier-Kombination von Medikamenten und sie sind geheilt. Man muss sie nicht mehr operieren! Jahrelang sind wir rumgelaufen und haben gedacht, dass sei das einzige, was man machen kann. Und als die australischen Forscher entdeckt haben, da gibt es Helicobacter pylori, also Bakterien, da hab das ich einem Kollegen gesagt, der ist heute Chef an einer gastroenterologischen Abteilung: „Hör mal, hast du schon gehört, die haben was entdeckt und das verursacht Ulcera!“ Da hat er mich angeguckt und gesagt: „Das glaubst du ja wohl selber nicht, oder?“ Da hab ich gesagt: „Die haben das aber geschrieben!“ Da hat er gesagt: „So ein Quatsch!“ Heute hält er Vorträge darüber und sagt, wie wichtig das ist“

(Chefarzt, Anästhesie 01: 472-485).

Aktiv entgegnet werden kann unbekanntem Nichtwissen durch regelmäßige Besuche von internen und externen Fort- und Weiterbildungen. Unbekanntes Nichtwissen kann zusätzlich auf der strukturellen bzw. organisatorischen Ebene behoben werden, indem Fortbildungen gezielt angeordnet und bezahlt werden:

„Also wir schicken die Leute auf Fortbildung und bemühen uns darum, dass die alle gleichmäßig auf Fortbildung gehen und das wird auch bezahlt“

(Oberarzt, Anästhesie 03: 802-806).

Von den Interviewpartnern wurden weitere Beispiele gezeigt, wie schwer es

unter Umständen ist, neues Wissen in die Praxis einzuführen und bestehende Routinen zu ändern. Die Überwindung von unbekanntem Nichtwissen hängt, wie dieses Zitat verdeutlicht, auch stark von der Durchsetzungsfähigkeit neuen Wissens ab.

### Fazit und Ausblick

Zunächst kann festgehalten werden, dass die am häufigsten genannten Strategien unter die Kategorie Lernen fallen. Weitere häufig genannte Strategien lassen sich den Kategorien Lehren und Delegieren zuordnen. Das nachfolgende Schaubild (Abb. 2) zeigt die Zuordnung der erhobenen Strategien zu den vier Dimensionen.

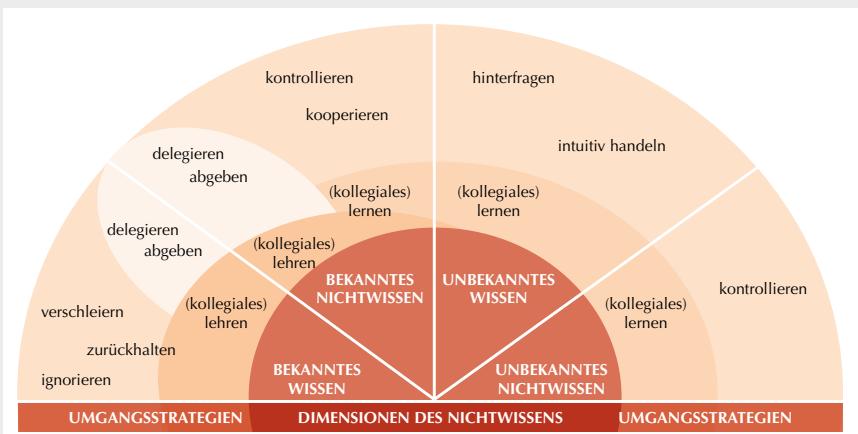
Das Krankenhaus als Organisation nimmt in verschiedener Hinsicht direkten Einfluss auf das Handeln der Akteure im Umgang mit Nichtwissen. Hauptbestandteil der ärztlichen Kooperation im Krankenhaus sind die Grundsätze der horizontalen Arbeitsteilung, d.h. sie erfüllen ihre Aufgaben ohne Überwachungs- und Weisungsrechte des anderen Fachvertreters (Grundsatz der strikten Aufgabenteilung), stimmen im Sinne der Koordinierungspflicht ihr Vorgehen aufeinander ab und dürfen darauf vertrauen, dass Kollegen aus dem anderen Fachgebiet ihre Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt wahrnehmen (Vertrauensgrundsatz) [8].

Trotz dieser scheinbar klaren organisatorischen Vorgaben kann es dennoch dazu kommen, dass Wissen als scheinbares Nichtwissen im Fall von Fehlern aus falscher Überzeugung ignoriert und weiter angewandt (z.B. eminentbasiert statt evidenzbasiert), im Fall von Tabus (z.B. aufgrund ethischer, hierarchischer Faktoren) unterdrückt und im Fall von Verdrängung sich selbst oder anderen gegenüber geleugnet (z.B. Therapiemaßnahmen trotz infauster Prognose) wird.

Die Praxis zeigt vor allem, dass die Hierarchie als organisationales Steuerungselement einen ambivalenten Aspekt darstellt: Einerseits herrschen in der Organisation Krankenhaus klare, streng hierarchische Entscheidungsstrukturen, die vor allem das Nichtwissen anderer überwinden, andererseits stabilisiert die strenge Hierarchie das Vorhandensein von Nichtwissen, indem beispielsweise Verantwortung an die nächste Hierarchiestufe abgeschoben werden kann oder sicherheitsrelevante Bedenken aufgrund des Autoritätsgradienten [9] nicht geäußert werden.

Eine positive Fehlerkultur hingegen, in der Fehler oder Beinahefehler als Lernchance begriffen werden, kann die Verbreitung von Unsicherheit in der Organisation minimieren [10]. Wichtig ist dabei, dass seitens der Organisation Strukturen und Orte geschaffen werden (z.B. Qualitätszirkel, Mortalitäts- und

Abbildung 2



Umgangsstrategien mit Nichtwissen [7].

Morbiditätskonferenzen, interne und externe Fortbildungen), die den kollegialen Austausch ermöglichen.

Grenzen der Steuerung zeigen sich vor allem dann, wenn ein extern induziertes ökonomisches Kalkül (z.B. DRG) als dominantes Entscheidungskriterium bei der Behandlung von Patienten in Erscheinung tritt. Dann kommt es beispielsweise zu Abteilungskämpfen bei der Zuweisung und Behandlung von Patienten zur Erwirtschaftung höherer Erlöse. Diese externen Anforderungen zwingen die Organisation in Zielkonflikte, die die Organisation ihrerseits bewältigen muss. Diese führen oftmals zu Störungen des Organisationsgefüges und ziehen das Aufkommen größerer Unsicherheiten in der Organisation nach sich.

So reicht es nicht aus, wenn eine vertrauliche Zusammenarbeit im Team gut funktioniert, aber im Zuge negativer Rahmenbedingungen (z.B. Arbeitsverdichtung durch die Zunahme administrativer Tätigkeiten) keine bzw. nur wenig Zeit für individuelle und kollektive Lernprozesse bleibt.

## Danksagung

Wir danken allen Interviewpartnern, die wir zur Wahrung ihrer Anonymität nicht namentlich nennen, für die interessanten Einblicke in den Krankenhausalltag und die kostbare Zeit, die sie uns für ein Interview zur Verfügung gestellt haben. Darüber hinaus danken wir unseren studentischen Hilfskräften für die zuverlässige Transkription der Interviews. Ohne die Förderung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft wäre die Realisierung des Projekts „Welche Faktoren beeinflussen den Umgang mit Nichtwissen verschiedener ärztlicher Professionen in Krankenhäusern?“ (WI 3706/1-1) nicht möglich gewesen.

## Literatur

1. Wilkesmann M: Der professionelle Umgang mit Nichtwissen. Einflussfaktoren auf der individuellen, organisationalen und organisationsübergreifenden Ebene. Discussion Paper 01-2010 des Zentrums für Weiterbildung der TU Dortmund 2010
2. Meuser M, Nagel U: The Expert Interview and Changes in Knowledge Production. In: Bogner A, Littig B, Menz W, eds. Interviewing Experts. Palgrave Macmillan: Research Methods Series 2009;17-42
3. Wilkesmann M: Wissenstransfer im Krankenhaus. Strukturelle und institutionelle Voraussetzungen. Wiesbaden: Springer VS Verlag; 2009
4. Smithson M: The Many Faces and Masks of Uncertainty. In: Bammer G, Smithson M, Hrsg. Uncertainty and Risk: Multidisciplinary Perspectives. London: Earthscan 2008;13-25
5. Kerwin A: None Too Solid: Medical Ignorance. Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization 1993;15:166-185
6. Kruglanski A W, Gigerenzer G: Intuitive and deliberate judgments are based on common principles. Psychological Review 2011;118:97-109
7. Wilkesmann M, Jang S R: Führt Nichtwissen zu Unsicherheit in der Organisation Krankenhaus? Erscheint in: Apelt M, Senge K, Hrsg. Organisation und Unsicherheit. Wiesbaden: Springer VS i. E; 2013
8. Hinder F, Van Aken HK: Neurochirurgie an der Schnittstelle zu Nachbardisziplinen. In: Moskopp D, Wassmann H, Hrsg. Neurochirurgie. Handbuch für die Weiterbildung und interdisziplinäres Nachschlagewerk. Stuttgart: Schattauer; 2005:119-132
9. St.Pierre M, Scholler A, Strembski D, Breuer G: Äußern Assistenzärzte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? Anaesthesist 2012;61(10): 857-866
10. St.Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C: Notfallmanagement. Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. Berlin: Springer-Verlag; 2011.

## Korrespondenz- adresse

**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

Tel.: 0231 / 755-8061  
Fax: 0231 / 755-8026  
E-Mail: sorim.jang@tu-dortmund.de

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