



Stabsstelle Qualitätssicherung (StS QS):

„Sicher ist sicher“ – Der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). 2023: „Antworten gesucht, Befragungen im Gesundheitswesen“ – Versorgungsforschung in der Stabsstelle Qualitätssicherung (QS) der LÄKH. Teil 3.

Transkript (alle Sprecherinnen sind Mitarbeiterinnen der Stabsstelle QS)

Katrin Israel-Laubinger (KIL): Herzlich Willkommen zu „Sicher ist sicher“ - dem Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Das aktuelle Thema ist: Antworten gesucht, Befragungen im Gesundheitswesen. Dazu haben wir die Mitarbeiterinnen der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen zum Gespräch eingeladen.

Die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen nimmt viele verschiedene Aufgaben wahr. Dazu gehören neben den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Konzeption von Fortbildungsmaßnahmen auch die Bereitstellung von Informationen, empirische Versorgungsforschung und Befragungsprojekte, die ein wichtiges Standbein der Stabsstelle sind.

Dabei stehen vor allem Nachwuchsfragen und Fragen zur Zukunft der medizinischen Versorgung in Hessen im Fokus. Im Folgenden stehen Mitarbeiterinnen der Stabsstelle Qualitätssicherung Rede und Antwort zu allen derzeit laufenden und geplanten Projekten und dem theoretischen und praktischen Hintergrund sowie der Verwendung der gewonnenen Erkenntnisse. Wir starten mit einer kurzen Vorstellungsrunde.

Nina Walter (NW): Guten Tag, mein Name ist Nina Walter. Ich bin von Haus aus Ärztin, habe 20 Jahre lang in der Patientenversorgung der Klinik, in der Gynäkologie und Geburtshilfe gearbeitet und bin über das Qualitätsmanagement letztlich zum Thema Patientensicherheit natürlich auch gekommen und jetzt seit 13 Jahren hauptamtlich und ausschließlich in der Landesärztekammer Hessen tätig und leite hier die Stabsstelle Qualitätssicherung und bin die stellvertretende ärztliche Geschäftsführerin.

Dr. Iris Natanzon (IN): Ja, mein Name ist Iris Natanzon, ich bin seit 2011 wissenschaftliche Referentin hier in der Stabsstelle Qualitätssicherung und von Haus aus bin ich Soziologin und promovierte Gesundheitswissenschaftlerin. Und ich bin in der Stabsstelle Qualitätssicherung hauptsächlich für qualitative und quantitative Befragungsprojekte mit den Schwerpunkten ärztlicher Nachwuchs und ärztliche Weiterbildung zuständig.

Liina Baumann (LB): Ich heiße Liina Baumann, bin wissenschaftliche Mitarbeiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, ursprünglich Politologin mit den Schwerpunkten BWL und VWL und bin zuständig bei der Landesärztekammer nun für quantitative Befragungen unter anderem wie zum Beispiel die Studierenden- und Absolventenbefragungen und deren technische Umsetzung.

KIL: Bei den Befragungsprojekten, die sich ja auf verschiedene Bereiche beziehungsweise Aspekte des Gesundheitssystems beziehen, steht schnell das Stichwort „Gesundheitssystemanalyse“ im Raum. Was versteht man genau darunter und wofür wird sie benötigt und wird sie in der Stabsstelle Qualitätssicherung angewendet?

NW: Mit dem Gesundheitssystem ist jeder von uns als Patient oder in der Versorgung direkt und unmittelbar konfrontiert und wir alle sind täglich auch in der Laienpresse mit Aussagen, Daten und Fakten konfrontiert. Das Gesundheitssystem - und es ist ein sehr komplexes System, das vielfältige Daten zur Verfü-



gung stellt, diese zusammenzutragen, zu analysieren, zu bewerten und dann in aufbereiteter Form zur Verfügung zu stellen, denjenigen, die aktiv sind im Gesundheitswesen, um zielgerichtet Hinweise zu geben, wie man in diesem mit beschränkten Ressourcen versehenen System effizienter und effektiver arbeiten kann und damit letztlich die Patientenversorgung, die medizinische Versorgung der Bevölkerung verbessern kann, das ist unser Ziel und unsere Aufgabe. Und dabei unterstützen wir sowohl unsere Mitglieder, das heißt die hessischen und deutschen Ärztinnen und Ärzte, aber natürlich alle, die im Gesundheitssystem, vor allen Dingen in der Gesundheitspolitik aktiv und Entscheidungsträger sind.

KIL: Vielen Dank für den guten Überblick. Außer den schon genannten Auswirkungen der Gesundheitssystemanalyse auf die Akteure des Gesundheitswesens - Welchen Bezug hat sie eigentlich zur Patientensicherheit?

NW: Ja, das klingt in meinen Worten eben schon an. Wir alle wissen aus eigenen Erfahrungen, dass es das, was Positives erreicht werden kann durch Gesundheitsversorgung, natürlich auch immer gewisse Risiken mit sich bringt. Das heißt, sei es bei der Medikamenteneinnahme, da ist uns das vielleicht am ehesten vertraut, aber auch an ganz vielen anderen Schritten in der Diagnostik und Behandlung. Um an all diesen vielen Übergängen und Schnittstellen Risiken zunächst zu erkennen und dann zielgerichtet zu minimieren, wenn möglich sogar ganz zu vermeiden, das versuchen wir im Hinblick gerade auf Patientensicherheit zu unterstützen mit unseren Daten und an jedem Punkt, in dem ein Patient, eine Patientin in das Gesundheitssystem eintritt und in diesen behandelt wird, würden wir - und tun wir auch - unterstützen wir gezielt denjenigen, die handeln vor Ort, vor allen Dingen Hinweise zu geben, was man tun kann, um die Risiken dort zu vermindern. Und wir sind umgekehrt, und das ist auch ganz wichtig, das möchte ich an der Stelle gerne betonen, sind wir auch darauf angewiesen, aus dem System selbst Hinweise zu bekommen. Das heißt, wir sind sehr dankbar und nehmen das auch immer wieder gern entgegen, sowohl von Patientenseite, aber auch von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder Pflegekräften, Hinweise zu bekommen, wo Verbesserungsbedarf besteht, um dann unsererseits wieder systematisch damit umgehen zu können und Hinweise geben zu können.

KIL: Okay, das erscheint sehr einleuchtend. Und welche konkreten Befragungsprojekte gibt es denn aktuell in der Stabsstelle Qualitätssicherung?

NW: Also da wir ja die Landesärztekammer sind - das heißt alle hessischen Ärztinnen und Ärzte sind bei uns Pflichtmitglieder - sind natürlich die Ärztinnen und Ärzte, die unmittelbar in der Patientenversorgung tätig sind, unsere geborenen Partner und natürlich damit auch relevante Gesprächspartner. Da wir aber nicht mit allen inzwischen fast 40.000 hessischen Ärztinnen und Ärzten natürlich persönlich sprechen können, versuchen wir uns vielen Fragestellungen über Befragungen zu nähern. Das heißt, wir gehen ganz an den Anfang einer ärztlichen Berufsbiografie und befragen schon Studierende, dann aber auch Berufsanfänger über ihre Berufspläne, wo sie arbeiten möchten, in welchen Fächern sie arbeiten möchten, wie sie gerne arbeiten möchten. Und begleiten durch diese Befragung Kolleginnen und Kollegen letztlich durch ihre ganze ärztliche Berufsbiografie. Daneben sind wir natürlich auch immer daran interessiert, unseren Service als Kammer für unsere Mitglieder zu verbessern und führen deswegen regelmäßig Mitgliederbefragungen durch, um direkt von allen Ängsten, Sorgen und Nöten der hessischen Ärztinnen und Ärzte hören zu können und damit unmittelbar in unserer Aufgabe tätig werden zu können, sowohl was unsere eigenen Prozesse angeht, in der Verwaltung, aber natürlich auch das, was wir an Antworten bekommen, wiederum einspeisen zu können, zum Beispiel in die Politik. Daneben - und da wird es jetzt etwas spezifischer - führen wir auch fachbezogene Befragungen durch. Wir haben gesetzlich zugeordnete Aufgaben, gerade hier in der Qualitätssicherung, im Bereich der Anwendung von Blut und Blutprodukten, aber auch bei den Transplantationsbeauftragten oder im Thema künstliche Befruchtung. Darauf aufsetzend sind wir natürlich auch immer interessiert, die Kolleginnen und Kollegen zu befragen, die in diesen Bereichen tätig sind. Und natürlich, und das vielleicht als letztes, wenn wir sozusagen den Kreis immer enger schließen, führen wir auch Befragungen innerhalb der Kammer durch, weil uns, weil uns nicht nur die Gesundheit der Gesamtbevölkerung, sondern auch die Gesundheit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Herzen liegt und wir ein betriebliches Gesundheitsmanagement haben und auch da über interne Befragungen immer wieder kleine Projekte abbilden.



KIL: Nach diesem Überblick ist es interessant zu erfahren, wie sich die Befragungsprojekte der Stabsstelle Qualitätssicherung voneinander unterscheiden, beziehungsweise was die wichtigsten Merkmale der einzelnen Befragungen sind.

NW: Ja, in dem, was ich eben sagte, klang das ja schon so ein bisschen an. Wir haben einerseits unterschiedliche Zielgruppen, die wir befragen, aus der Ärzteschaft heraus, das ist unsere primäre Adressatengruppe natürlich. Das heißt, was die Biografien angeht – ich sagte es eben - die Medizinstudierenden, die Absolventen des Staatsexamens, die jungen Kolleginnen und Kollegen in den wichtigen Jahren der ärztlichen Weiterbildung, aber auch unsere Mitglieder, also unterschiedliche Personengruppen, aber auch die Themen unterscheiden sich natürlich, sie sind teilweise sehr spezifisch medizinisch im Sinne der Qualitätssicherung gesetzlich zugeordnete Aufträge, aber auch das Thema „Wie möchten junge Ärztinnen und Ärzte arbeiten?“. Sie kennen das auch aus anderen Berufsgruppen oder Berufszweigen, dass das ein ganz großes gesamtgesellschaftliches Thema im Moment ist. Auch da führen wir vielfältige Befragungen durch. Oder auch bei Fragen, die aus der Gesundheitspolitik heraus entstehen, eher gesundheitspolitische Fragestellungen, wo wir dann gezielt einzelne Subgruppen befragen. Vielleicht noch etwas zum dritten Ansatz, wodurch sich unsere Fragen deutlich unterscheiden. Wir haben durchaus einmalige Befragungen, wenn es irgendeine Fragestellung aktuell, akut ergibt, die wir über eine Befragung, allein manchmal über eine Befragung beantworten können. Das andere ist aber, und da zeichnet sich die ein oder andere Befragung in besonderer Weise aus, wir werden das nachher von den Kolleginnen noch hören, führen wir einige unserer Erhebungen über sehr, sehr viele Jahre, teilweise jetzt inzwischen über 10 Jahre hinaus durch, manchmal jährlich, manchmal sogar zweimal pro Jahr und können dadurch longitudinal ganz andere Aussagen treffen, vor allen Dingen Trends identifizieren. Da werden die Kolleginnen nachher noch ausführlich werden.

KIL: Jetzt wäre ein bisschen Theorie für die Zuhörenden gar nicht schlecht. Welche Befragungsmethoden gibt es denn grundsätzlich und welche werden in der Stabsstelle Qualitätssicherung verwendet?

NW: Ja, ich habe es gerade schon angekündigt und die Kolleginnen, meine Mitarbeiterinnen haben sich ja gerade schon vorgestellt und jetzt wird es spezifisch und sehr methodisch und dann würde ich gerne an Frau Baumann, eine meiner Mitarbeiterinnen übergeben, die Ihnen das jetzt sehr genau erläutern kann.

LB: Ja, etwas theoretisch wird es jetzt. Bevor man ein Befragungsprojekt startet, da muss man schon einen kleinen Schritt zurückgehen, nämlich erstmal, warum und wie entstehen überhaupt unsere Befragungsprojekte? Bei einem Befragungsprojekt geht oft eine andere Methode der Sozialforschung vor, also bevor man überhaupt sagt, „wir legen jetzt mit einem Fragebogen los“, hat man erstmals eine lange Vorarbeit geleistet. Je nach dem Gebiet werden wir im Rahmen einer Inhaltsanalyse die Medien und auch aktuelle politische Ereignisse studieren und beobachten sie, aber das geschieht nicht nur in unserer Abteilung, sondern wir bekommen nicht selten auftretende Fragestellungen auch von außen zugetragen, von den verschiedenen Gremien. Bei solchen auftretenden Fragen werden dann Hypothesen aufgestellt und das Untersuchungsdesign festgelegt. Und auch jetzt hier in unserem Fall sind die Befragungen generell das Mittel der Wahl. Das häufigste Instrument, das kennt fast jeder, das sind die Fragebögen, das heißt die quantitativen Befragungen. Diese werden an eine bestimmte Menge an Befragungspersonen verteilt und sind für alle Befragten gleich. Es kann auch unterschiedliche Untergruppen innerhalb einer Befragung geben, die wiederum einen gleichen Fragebogen erhalten. Das bedeutet, dass eine bestimmte Gruppe von Menschen systematisch und nach gleichen Regeln befragt wird, daher auch der Begriff der standardisierten Fragebögen. Oft führen wir diese Befragungen auch mittlerweile online durch, nicht nur auf dem Papier. Etwas weniger bekannt sind die qualitativen Befragungen, die erfolgen meistens mündlich und dazu werden oft Leitfadeninterviews zu einem bestimmten Thema entwickelt. Im Gegensatz zu quantitativen Befragungen werden nur wenige Menschen befragt, weil es schon sehr aufwendig ist, solche Interviews durchzuführen und auszuwerten. Aber die werden oft benötigt und auch dann genutzt als Vorstudien, bevor neue Themengebiete in einem größeren Rahmen, das bedeutet quantitativ, überprüft werden. Die beiden Methoden können innerhalb eines Studiendesigns auch verwendet werden und dann spricht man - das ist ein relativ neuer Begriff in der Sozialforschung - ein Mixed Method Studie.



KIL: Welche Vor- und Nachteile haben die vorgestellten Methoden?

IN: Ja, also ich würde sagen, dass jede Methode so seine Vorzüge hat, aber auch seine Nachteile. Es ist also eine Zeit- und Ressourcenfrage und die Zielsetzung ist auch meiner Meinung nach relevant für die Methodenauswahl. Die Frage ist natürlich, was möchte man erreichen mit dieser Befragung oder Umfrage und wieviel Informationen gibt es bereits zu dieser Thematik. Also möchte man zunächst wie schon Frau Baumann erläutert hat, einmal eine Vorstudie, also Hypothesengeneration generieren oder einen Fragebogen entwickeln und dann wäre der qualitative Ansatz angebracht, der ja, allerdings mehr Zeit und Ressourcen benötigt, besonders was die Auswertung oder Analysen der Antworten betrifft. Objektivität und Vergleichbarkeit sind dann allerdings nicht möglich. Andererseits erhält man durch qualitative Methoden viel Input, da im Rahmen von Interviews oder auch von Gruppendiskussionen viele offene Fragen gestellt werden und man sozusagen Ursachenforschung betreiben kann. Der Vorteil von quantitativen Ansätzen, würde ich sagen, ist, dass sie weniger Zeit benötigen und vor allem anhand von Online-Befragungen schnell und auch kostengünstig durchgeführt werden können. Wir können dadurch viel mehr Menschen in kürzester Zeit befragen und so schnell repräsentative Fakten sowie Meinungsbilder liefern. Der Nachteil ist allerdings, dass man nicht konkreter und direkt nachhaken kann, wenn eine Antwort unklar bleibt. Es ist also keine Flexibilität möglich, die Ergebnisse sind abstrakter und quantitative Forschung ist deshalb nicht für Ursachenforschung geeignet. Deshalb haben beide Methoden sogenannte Vor- und auch Nachteile.

KIL: Nach dem theoretischen Überblick wäre es schön, wenn wir jetzt die laufenden und geplanten Befragungen der Stabsstelle Qualitätssicherung und ihre Methoden vorstellen könnten.

LB: Bleiben wir kurz noch mal bei Theorie und bevor wir zu unseren Befragungen kommen, nämlich wie von Frau Walter bereits erläutert, haben wir eine Besonderheit, dass wir die Befragungen nicht nur einmalig, sondern auch über einen längeren Zeitraum durchführen. Und daher gibt es noch einen kleinen Theorieteil. Das bedeutet, wir haben ja einmal die Querschnittstudien, das sind Befragungen zu einem bestimmten Zeitpunkt, und einmal, wir bekommen nur eine Punktantwort zu einem bestimmten Zeitpunkt. Was wir jetzt teilweise hier durchführen, das sind die Längsschnittstudien. Dazu werden mehrere Befragungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt und können uns so Wandlungen über einen längeren Zeitraum aufzeigen. Die in den verschiedenen Wellen erhobenen Daten können miteinander verglichen werden hier. Hier wird wiederum unterschieden zwischen den Trendstudien das bedeutet, dieselbe Befragung wird mit jeweils unterschiedlichen Stichproben durchgeführt. Ein Beispiel hierfür ist unsere seit 15 Jahren durchgeführte Absolventenbefragung, das heißt, der Fragebogen und die Zielgruppe, das sind zum Beispiel die Absolventen, bleiben gleich, aber die jeweils befragten Personen sind jedes Jahr bzw. zu jeder Prüfung unterschiedlich. Eine weitere Art der Längsschnittstudie ist die Panel-Studie. Hierfür werden die gleichen Personen zu verschiedenen Zeitpunkten befragt. So werden im Rahmen unserer Befragungen die angehenden Medizinerinnen im ersten Semester befragt und danach nochmal unmittelbar nach dem Abschluss des Studiums und seit diesem Jahr auch nach ihrer Facharztprüfung befragt. So können wir die individuellen Veränderungen der Person erfassen. Für die Durchführung einer Panel-Befragung müssen einerseits die befragten Personen identifiziert werden und dennoch anonym bleiben. Dafür haben wir einen Panel-Code entwickelt, der in der Zusammensetzung nur der befragten Person bekannt ist, uns aber ermöglicht, die jeweils bestimmte Personen in den Folgebefragungen unter Wahrung der Anonymität wiederzufinden. Das bedeutet, wir können einer Person folgen, aber wir können nicht sehen, um wen es (sich) persönlich handelt. Jetzt noch mal konkret zu unseren Befragungen: Seit Herbst 2009 befragen wir zweimal jährlich alle Absolventinnen und Absolventen der ärztlichen Prüfung. Die standardisierten Fragebögen werden mit den Prüfungsergebnissen der abschließenden ärztlichen Prüfung über das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege an alle Absolventen verschickt. Die Befragungsteilnahme ist anonym und freiwillig. Der Fragebogen umfasst im ersten Teil zu den Motiven zur Studienfachwahl berufliche Pläne zum Studienbeginn und Erfahrungen von dem Medizinstudium. Weiter folgend zum Verlauf und Bewertung des Studiums hinsichtlich auf die Vorbereitung des Berufslebens. Der zweite Abschnitt des Fragebogens bezieht sich auf zukünftige Berufspläne. Als die Absolventenbefragung bereits einige Jahre gelaufen war, wurde es bei der Auswertung deutlich, dass eine vergleichbare Befragung der Studierenden zu Beginn des Studiums erfolgen müsse, um Haltungen, Pläne und Erfahrungen



und ihre Veränderungen während des Studiums zu erfassen. Die Befragung der Studienanfänger startete in Frankfurt 2012 und daraufhin in Marburg in 2014. Die Fragebögen werden im Rahmen eines Pflichtseminars vor Ort an die Studierenden ausgeteilt und wieder eingesammelt und der Fragebogen für Studierende, damit wir auch vergleichen können, orientiert sich eng an dem Absolventen-Fragebogen.

IN: Ja, wir haben noch weitere Erhebungen in petto. Da würde ich einfach mal ergänzen. Wir haben noch drei weitere Erhebungen und Studien, dazu gehören das Weiterbildungsregister, dann die bundesweite Evaluation Weiterbildung und die Meldestelle „Gewalt gegen die Ärzte schafft und Team“. Ich würde mit dem Weiterbildungsregister weitermachen und vorstellen. Es ist so - Wir haben uns immer die Frage gestellt, wie viele Ärztinnen und Ärzte befinden sich denn überhaupt in Weiterbildung? Und um diese und auch weitere Fragen zu beantworten, haben wir nun in Hessen seit 2013, also seit gut 10 Jahren, ein Weiterbildungsregister etabliert, das die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erfasst. Und bundesweit gibt es bis dato nur hier in Hessen eine stichtagsbezogene Datenerhebung, die alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung jährlich erfasst. Ja, das Ziel ist es, Trends hinsichtlich der Verteilung der sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebieten und soziodemografischen Merkmalen zu identifizieren und außerdem soll die Anzahl der Weiterbildungsstätten erhoben werden, an denen keine Ärztinnen und Ärzte beschäftigt wurden. Das interessiert uns auch sehr. Ja, wie machen wir das? Einmal jährlich werden die Weiterbildungsbefugten schriftlich von uns aufgefordert, alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu melden, die zum Stichtag 1. Oktober in ihrer Stätte tätig waren, und sollten keine Ärztinnen und Ärzte beschäftigt worden sein, dann sollte dies natürlich auch angezeigt werden.

Ja, welche Informationen benötigen wir? Wir fragen die einheitlichen Fortbildungsnummern der Ärzte in Weiterbildung ab, die vertragliche Wochenarbeitszeit und ob sich jemand in Mutterschutz oder auch Elternzeit befand.

Zum Projekt bundesweite Evaluation der Weiterbildung: Hintergrund ist der, dass der Deutsche Ärztetag eine Evaluation der Weiterbildung forderte und vor diesem Hintergrund hat sich die ständige Konferenz ärztliche Weiterbildung mit dem Thema sehr intensiv befasst und sich für die Durchführung einer Evaluation im Jahr 2023 ausgesprochen. Und das Ziel war dabei, anhand einer bundesweiten Befragung von Weiterzubildenden mittels Kernfragebogen die aktuelle Situation in der Weiterbildungsstätte zu untersuchen und in diesem Jahr erfolgt die Befragung der Weiterzubildenden. Also wir haben damit angefangen und die Befragung wurde von den jeweiligen Kammern eigenständig durchgeführt. Wir in Hessen haben übrigens über 6.000 Ärzte in Weiterbildung angeschrieben und um Teilnahme gebeten und die Kontaktdaten, die stammten aus unserem Weiterbildungsregister und die bundesweiten Kernergebnisse wurden zusammengefasst und auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag präsentiert. Zum Projekt „Meldestelle Gewalt gegen Ärzteschaft im Team“ kann ich berichten, dass ja internationale Studien ergeben haben, dass Drohungen und körperliche Übergriffe für medizinisches Personal leider zum Berufsalltag gehören und bislang ist es so, dass der Strafbestand „Tätlicher Angriff auf Vollstreckungsbeamte“ im Paragraphenteil des Strafgesetzbuches das gesamte medizinische Personal noch nicht mit einschließt und vor diesem Hintergrund wurde hier in Hessen im Jahr 2019 eine Meldestelle etabliert, die „Meldestelle Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“. Das Ziel ist es, eine Vorstellung über die tatsächlichen Zahlen hinsichtlich Drohungen und Übergriffe(n) zu erhalten und die Ergebnisse sollen dabei helfen, Forderungen gegenüber dem Gesetzgeber zu bekräftigen, um auch das gesamte medizinische Personal im Paragraphenteil mit einzu beziehen. Im Jahr 2019 wurde ein anonymisierter Meldebogen entwickelt und auf der Website der Landesärztekammer Hessen eingestellt und seit 2023 ist der Meldebogen übrigens auch bequem online ausfüllbar und abgefragt wird unter anderem die Form aggressiven Verhaltens und durch wen das aggressive Verhalten ausgeführt wurde. Und außerdem möchten wir in Erfahrung bringen, ob die Melder nach dem Vorfall überhaupt aktiv wurden, also zum Beispiel in Form einer Strafanzeige. Ja, das sind so die Projekte, die wir jetzt für Sie zusammengefasst haben.

KIL: Vielen Dank. Welche Erkenntnisse können denn aus den Befragungen gewonnen werden?

NW: Sie meinen jetzt, bezogen auf die letzte Befragung, die Frau Doktor Natanzon gerade dargestellt hat? Es ist immer schwierig, wenn man solche Befragungen durchführt, zunächst Begriffe ausreichend klar zu formulieren, also in diesem Fall, was ist unter dem Begriff der „Gewalt“ zu verstehen. Das ist immer auch ein Erkenntnisgewinn, wenn man solche Befragungen durchführt, sich solchen Begrifflichkeiten zu



nähern, auch da haben wir zu Beginn Erfahrungen sammeln müssen, um uns dazu zu nähern, was können wir darunter verstehen. Frau Doktor Natanzon hat es eben ja schon ein Stück weit ausgeführt. Wir haben insofern unsere Definition da noch mal ein bisschen angepasst, und uns war es ganz wichtig, auch deutlich zu machen in diesem Fragebogen, dass es vielfältige Formen vor allen Dingen auch verbaler Gewalt gibt, die als durchaus sehr bedrohlich empfunden werden. Also unter Gewalt stellt man sich ja primär erstmal die körperliche Gewalt vor. Aber das, was teilweise eben an verbaler Gewalt, an Aggression und Beschimpfungen mit denen eben Teams in Praxis und Krankenhäusern konfrontiert sind und was auch als durchaus gewalttätig und aggressiv empfunden wird, das ist deutlich geworden in diesen Fragebögen. Das ist wieder für uns wichtig zu wissen, nicht nur, dass es stattfindet, in welcher Form und wo - Das ergibt sich natürlich als Ergebnis aus diesem Fragebogen. Aber auch wo sind die Belastungsfaktoren für Teams? Weil längst nicht alles, oder sagen wir mal so, sogar die wenigsten Gewalterlebnisse von medizinischen Teams, und da möchte ich die Pflege und die medizinischen Fachangestellten miteinschließen, führt zur Anzeige bei der Polizei oder zu einer Strafverfolgung. Es ist aber durchaus ein relevanter Faktor für medizinisches Personal und wirkt sich durchaus nicht nur auf das persönliche Wohlbefinden, sondern auch auf die Frage aus, bleib ich in meinem Beruf und wie arbeitsfähig fühle ich mich da. Das wird als hoher Belastungsfaktor empfunden. Diese Erkenntnis haben wir auf jeden Fall gewinnen können. Wir wissen inzwischen dadurch auch, dass vielfältigst das ganze Team mitbetroffen ist, eben nicht nur einzelne Personen und das so, wie man das - nehmen wir mal die Praxis als Beispiel ja eben auch erlebt. Ich komme zunächst an den Empfangstresen und die medizinischen Fachangestellten sind meine ersten Kontaktpersonen, und die sind damit auch die, die häufig mit diesen verbalen Angriffen zunächst zu tun haben. Das wirkt sich natürlich auch auf das Geschehen in der gesamten Praxis und auf Patienten und die Ärztinnen und Ärzte aus und mit diesem Wissen, und das knüpft an meine einleitenden Worte an, sind wir jetzt natürlich gefordert, als Ärzteschaft einerseits, aber durchaus auch als Mitversorger in der Patientenversorgungssituation mit anderen Berufsgruppen, zu überlegen, wie können wir gemeinschaftlich darauf reagieren? Was können wir zum Beispiel vielleicht an Kursangeboten entwickeln, an Gesprächsangeboten machen? Aber natürlich auch Teams und Einzelne stärken, durchaus auch Dinge bei der Polizei zu melden oder auf eine Strafverfolgung auch zu drängen, wenn es wirklich gravierende Vorfälle gibt. Das Thema „Medizinisches Personal“: Wir hatten zu Beginn unseren Bogen tatsächlich nur an die Ärztinnen und Ärzte gerichtet und mussten dann eben schnell erkennen, dass wir da zu kurz gesprungen waren. Und das ist etwas, was man in solchen Langzeitprojekten, aber durchaus auch bei themenbezogenen Befragungen - was immer ein Teil der Entwicklung solcher Befragungen - aber auch im Umgang mit den Ergebnissen ist, dass man einerseits Erkenntnisse gewinnt aus den Antworten heraus selbst und zu den gestellten Fragen aber auch durchaus seine, seine blinden Flecken erkennen kann. Wo man eben auch so einen Fragebogen mit der Zeit dann auch nachbessert und sich mit jeder Schleife, die man mit einer neuen Befragung dreht, auch das Instrument selber verbessert, soweit vielleicht erstmal bis zu diesem Punkt.

KIL: Gibt es denn aus den anderen Befragungen auch Erkenntnisse und Ergebnisse, die sich kurz zusammenfassen lassen?

NW: Ja, vielleicht ein paar wenige Schlaglichter also gerade aus unseren Langzeituntersuchungen – ich sprach es vorhin kurz an, ist ja immer die relevante Fragestellung, nicht nur das Einzelergebnis, sondern welche Trends kann man gegebenenfalls erkennen? Da möchte ich vielleicht zwei, drei Dinge hervorheben, was tatsächlich die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen angeht im Hinblick auf ihre Haltung zum ärztlichen Beruf, ihre Vorstellungen, wie sie gerne arbeiten möchten. Entgegen vielfältiger Behauptungen in der Öffentlichkeit und in der Laienpresse sind junge Medizinerinnen und Mediziner hochmotiviert in der Patientenversorgung zu arbeiten. Also die immer wieder formulierten Wahrnehmungen, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr in der Patientenversorgung arbeiten möchten oder primär schon aussteigen, das können wir in keinsten Weise mit unserer Befragung bestätigen. Also da wächst eine hochmotivierte Ärzteschaft heran, ärztliche Haltungen grundsätzlicher Art sind sehr stabil. Das freut uns natürlich immer, also nicht nur in der Motivation arbeiten zu wollen, sondern auch in einer durchaus ethisch geprägten ärztlichen Grundhaltung. Die können wir jedes Jahr aufs Neue bestätigen, dass die sehr stabil und vorhanden ist und würden das auch immer wieder gerne adressieren. Und insofern freuen wir uns auch über die heutige Befragung. Und das ist für uns auch eine ganz eine ganz wichtige Botschaft, die wir in die Ärzteschaft



selber zurückspeiegeln wollen - Wie denkt und handelt der ärztliche Nachwuchs - aber auch als Botschaft an die Bevölkerung und die Politik. Das andere, was sich aber durchaus ändert, und da sind Ärzte nicht anders als andere Berufstätige - die Vorstellung darüber, wie man arbeiten möchte, im Hinblick auf Gesamtbelastung, zeitliche, aber auch Stressfaktoren - da ändert sich durchaus etwas. Langsam, aber es ändert sich, was. Der Faktor: Ich möchte auch noch Energie, Kraft und Zeit haben, um etwas außerhalb meiner Berufstätigkeit zu tun. Das bildet sich ab und da kann ich nur sagen, Gott sei Dank, und auch das Thema Geschlechtergerechtigkeit in Hinblick auf Teilzeit-Tätigkeit, wie verteilen sich Hierarchieebenen und so weiter da können wir eine Veränderung verzeichnen, auch wenn die vielleicht noch am langsamsten ist, aber sie ist da und da sind wir selber sehr gespannt auf die Fortsetzung dieser Entwicklungen, weil hin und wieder kehren sich Trends ja auch mal um, aber im Moment geht es alles kontinuierlich in eine bestimmte Richtung. Und andere Dinge bleiben aber und sind unverändert und das lässt sich jetzt sehr fundiert über so viele Jahre - Sie haben es ja eben gehört, teilweise bis 15 Jahre, und mit einer, das möchte ich noch betonen, mit einer wirklich herausragenden Rücklaufquote. Das heißt, alle unsere Ärztinnen und Ärzte vertrauen uns da offensichtlich, auch das freut uns und beantworten in einer großen Anzahl unsere Fragen sehr umfänglich, geben uns da auch im Freitext Angaben, noch vielfältige zusätzliche Hinweise also insofern können wir fundiert Aussagen machen einerseits, was ja auch mehrfach an klang und daraus fundiert Handeln ableiten.

KIL: Jetzt wäre es sehr spannend, auch noch etwas zu den konkreten Ergebnissen aus den Befragungen zu hören.

NW: Ja, also das interessiert jetzt wahrscheinlich alle, wo wir so viel Allgemeines jetzt hier erwähnt haben und da würde ich dann übergeben. Ich glaube Frau Doktor Natanzon hat da so ein paar Highlights. Und ja, ich würde sagen, Frau Doktor Natanzon dann.

IN: Ich würde das Wort Frau Baumann übergeben, damit sie mit der Absolventen- und Studierendenbefragung weitermacht. Und dann würde ich gerne ergänzen.

LB: Ja, konkrete Zahlen. Wir haben tatsächlich sehr hohe Rückläufe, so konnten wir seit 2009 bei den Absolventen bereits über 11.000 Fragebögen versenden und mit einer Rücklaufquote von über 50% können im Moment 5.616 Datensätze aus 26 Befragungsfällen bis Herbst 2022 analysiert werden. Also das ist schon eine beträchtliche Anzahl, die uns auch gewisse Aussagen erlaubt. Bei den Medizinstudierenden sieht es folgendermaßen aus und wir haben bisher, das ist dann bis Herbst 2022, haben wir 8.301 Medizinstudierende befragen können im ersten Semester und von diesen haben 6.497 den Bogen ausgefüllt. Das heißt für uns eine Rücklaufquote von 78%, wobei diese schon vor Corona, bevor die Onlineveranstaltungen stattfanden, schon bei ungefähr etwa 90% war. Die hohe Rücklaufquote gepaart mit der hohen Anzahl an Befragten erlauben uns durchaus valide Aussagen. Die beiden Befragungen, aber auch einige ältere Befragungen haben uns zum Beispiel gezeigt, dass sich hartnäckig haltenden Behauptungen über die Abwanderung der Ärzte sowohl aus der medizinischen Versorgung als auch ins Ausland - diese Abwanderungen im großen Stil nicht haltbar sind. So wollen weniger als 2% der Absolventen direkt nach dem Studium nicht ärztlich tätig werden und weniger als ein Prozent sind sich sicher, keinen Facharzt erwerben zu wollen. Das zeigt, dass diejenigen, die sich für ein Medizinstudium entschieden haben, auch in der Patientenversorgung tätig werden wollen. Auch in langfristiger Sicht wollen lediglich weniger als 2% nicht kurativ tätig werden. Was eine Tätigkeit im Ausland angeht, wollen etwa 6% der Studienanfänger dauerhaft und 47% vorübergehend ins Ausland gehen. Während des Studiums scheint dieser Wunsch etwas nachzulassen. Von den Absolventen wollen nur 3% dauerhaft und 25% vorübergehend ins Ausland. Wobei bei denjenigen, die dauerhaft ins Ausland wollen, oft der Heimat- oder der Familienbezug im Ausland eine Rolle spielt. In der Langzeitperspektive ist der Anteil derjenigen, die ins Ausland wollen, gesunken, im Gesamtverlauf der letzten 15 Jahre. Das bedeutet für die Patientenversorgung, dass der Ärztemangel ihrer Ursache nicht in der Abwanderung hat. Spannender wird es bei der langfristigen Berufsplanung im Inland, so zeigen die Langzeittendenzen, dass immer weniger sich eine Tätigkeit im Krankenhaus vorstellen. Die ambulante Tätigkeit, das heißt die Tätigkeit in den Praxen, gewinnt an Attraktivität. Wobei hier besonders wichtig zu unterscheiden ist, ob jemand selbst eine Praxis übernehmen möchte oder lieber eine Anstellung im ambulanten Bereich aufnehmen möchte. Der Anstieg im ambulanten Bereich ist aus-



schließlich dem Interesse an einer angestellten Tätigkeit ohne finanzielles Risiko und mit planbaren Zeiten zuzuschreiben.

IN: Dann würde ich mit den Ergebnissen zum Weiterbildungsregister weitermachen. Es ist so, dass zum Stichtag 1. Oktober 22 circa 6.500 aktive Ärzte in Weiterbildung von den Befugten einer Gebietsbezeichnung gemeldet wurden und der Anteil der gemeldeten Ärztinnen und Ärzte ist seit Erhebungsbeginn - also wir haben ja 2013 angefangen - um mehr als 30 Prozentpunkte gestiegen, das ist schon enorm und man kann aber sagen, dass große Änderungen beziehungsweise Diskrepanzen zwischen den Erhebungsjahren hinsichtlich einiger Punkte nicht bestehen. Aber das ist ja auch schon ein Erkenntnis und die Verteilung der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebieten zeigt aber, dass sich die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte wie in den letzten Jahren mit 26% im Gebiet der Inneren Medizin befanden. Und hinsichtlich der Geschlechterverteilung erkennt man den Trend, dass seit 2013 zwar mehr weibliche Ärztinnen gemeldet wurden, der Anteil aber an männlichen stetig gestiegen ist. Also 2013 waren 38% der Ärzte männlich und 2014 waren es bereits 43%. Ja, Grund für dieses Phänomen ist vermutlich die anwachsende Zahl der männlichen ausländischen Ärzte in Weiterbildung, denn seit 2013 sind diese um 5 Prozentpunkte angestiegen. Ja, bezüglich der Patientensicherheit beziehungsweise der Patientenversorgung kann man sagen, dass es immer mehr Ärztinnen und Ärzten Weiterbildungen gibt beziehungsweise gemeldet werden. Somit gibt es zumindest auf diese Daten bezogen keinen Trend, dass immer weniger Ärztinnen und Ärzte sich in Hessen in Weiterbildung befinden, aber allerdings kann man in einigen, vor allem ländlichen Regionen Fachgebiete beobachten, die seit Jahren eine sogenannte Mangelware sind und die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sinkt. Also, zum Beispiel ist das bei der Kinder- und Jugendmedizin der Fall oder auch in der Gynäkologie kann man sowas beobachten und die Patientenversorgung in solchen Regionen nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Also solche Trends muss man weiterhin natürlich beobachten, um dem möglichst zeitig entgegenzusteuern. Zu den Ergebnissen der bundesweiten Evaluation der Weiterbildung. Also, wir in Hessen konnten einen Rücklauf von 31% erzielen, was für eine online Evaluation sehr gut ist und die Mehrheit der rund 1.890 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ist weiblich und arbeitet in 83% der Fälle in Vollzeit und 74% werden vom Oberarzt im Rahmen ihrer Weiterbildung angeleitet, also knapp die Hälfte gab an von ihren Befugten direkt angeleitet zu werden. Das ist natürlich wieder eine Zeit- und Ressourcenfrage, denn generell wird oft der Personalmangel kritisiert, also gefolgt von Optimierungshinweisen bezüglich der Personalsituation, insbesondere im klinischen Sektor. Strukturierung ist auch ein großes Thema für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Also mehr Strukturierung unter anderem in Form eines Rotationsplans, ist erwünscht und mehr Fortbildungsmöglichkeiten, zum Beispiel durch Freistellung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Aber auch mehr OP-Möglichkeiten sind erforderlich, um die Anzahl an OPs zu erreichen und natürlich auch die Weiterbildung planmäßig abschließen zu können. Das sind also sehr wichtige Punkte für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gewesen. Ja, bezüglich der Patientensicherheit ist es ein wichtiges Anliegen, ja, dass Ärztinnen und Ärzte während aber auch nach ihrer Weiterbildung ihre Patientinnen und Patienten kompetent versorgen können. Und deshalb sind Befragungen zur Weiterbildungsqualität enorm wichtig, ja, um Kritikpunkte zu identifizieren und die Qualität der ärztlichen Weiterbildung auch kontinuierlich zu verbessern. Zur Meldestelle Gewalt gegen Ärzteschaft und Team. Wir haben 219 gemeldete Fälle, Stand ist Juli 23, also von den 219 gemeldeten Fällen ist der überwiegende Teil der Melder, also 79%, in einer niedergelassenen Praxis beschäftigt und die Mehrheit der Melder ist in der Allgemeinmedizin mit 32% oder in der Psychiatrie und Psychotherapie in 17% der Fälle beschäftigt. Auffällig ist, dass aggressives Verhalten größtenteils gegenüber dem Praxisteam, also MFA, ausgeübt wird und bei den geschilderten Fällen handelt es sich größtenteils um leichte und mittlere, in der Regel verbale Aggressionsformen, wie zum Beispiel Beleidigungen oder Rufschädigungen, also in 82% der Fälle, aber es werden auch leichte körperliche Gewalt und sexuelle Belästigung und in einigen Fällen schwere Aggressionsformen beschrieben. Also Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte gefährdet natürlich die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und somit auch die Patientensicherheit, denn jegliche Form von Gewalt ist natürlich inakzeptabel und sorgt natürlich für Unruhe, Stress und Missstimmung. Dem muss dringlichst entgegengesteuert werden.

KIL: Wir haben vorhin schon einmal kurz darüber gesprochen, welche Verknüpfungen zwischen den Befragungen sind möglich?



LB: Ja, mittels Panelcode, die schon vorher erläutert wurden. Durch diese Verknüpfung können wir unter anderem zum Beispiel Infos über die durchschnittliche Zeitspanne der gesamten medizinischen Aus- und Weiterbildung erhalten. Wir können zum Beispiel dazu das jeweilige Durchschnittsalter der Studierenden, der Absolventen sowie der Ärzte in Weiterbildung aus dem Weiterbildungsregister berechnen, sodass wir Aussagen über die Dauer der gesamten medizinischen Aus- und Weiterbildungshistorie treffen können, die ja an anderen Stellen sehr schwer zu erfassen sind. Und wie bereits vorher erwähnt, gibt die ähnliche Fragestellung der beiden Befragungen auch Aufschluss darüber, wie die Beweggründe für berufliche Entscheidungen aussehen, wo die Knotenpunkte der Entscheidungen sind und somit wie die Versorgung von Morgen aussehen könnte und im Rahmen dieses konnten wir mittels Panelcode zwischen den Absolventen und Studierenden bereits 426 Datensätze verknüpft werden. Tendenz dann natürlich jedes Jahr steigend und diese ermöglichen uns dann tiefergehende Einzelfallanalysen.

KIL: Und welche Schlüsse können daraus für die Kammerarbeit gezogen werden?

LB: Was für die Patientenversorgung aus der Befragung der Medizinstudierenden- und Absolventenbefragung rauskommt, das bedeutet, dass der Ärztemangel ihre Ursache nicht in der Abwanderung hat. Die Befragten möchten in der Patientenversorgung tätig werden, aber heute nicht mehr um jeden Preis. So möchten immer weniger angehende Ärztinnen und Ärzte sich finanziell verantwortlich binden oder rund um die Uhr unbegrenzt zur Verfügung stehen. Man ist gewillt, lieber finanzielle Nachteile in Kauf zu nehmen, um dafür Verantwortung für die Finanzen abzugeben und mehr Zeit für sich zu haben. Das müsste bei der Planung der Patientenversorgung berücksichtigt werden. Das gilt jetzt vor allem vor dem Hintergrund aktueller Reformen und Änderungen im Gesundheitswesen.

IN: Bezüglich des Weiterbildungsregisters kann man resümieren, dass nach 10 Erhebungsjahren die stichtagsbezogene Erhebung als geeignete Methode sich erwiesen hat, um Trends der Weiterbildungssituation zu identifizieren. Und außerdem können wir für Befragungen zum Thema ärztliche Weiterbildung die sich in Weiterbildung befindlichen Ärzteschaft direkt anschreiben, ohne wie in der Vergangenheit den Umweg über die Befugten zu gehen. Und das Weiterbildungsregister ist eine hervorragende Möglichkeit, um in direkten Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten zu treten und im Austausch zu bleiben. Bezüglich der bundesweiten Evaluation der Weiterbildung können wir sagen, dass im Rahmen der Befragung wir schon einige Kritik- bzw. Verbesserungspunkte evaluieren konnten, besonders strukturelle Verbesserungen sind ja erwünscht sowie mehr Kontrolle der Weiterbildungsstätten. Und hier muss zukünftig entschieden werden, welche Maßnahmen getroffen werden sollten, um die Qualität der Weiterbildung zu verbessern. Und ein wichtiger Schritt ist durch die Befragung der Ärztinnen und Ärzte schon getan, denn nur so können wir Trends und Optimierungspunkte ansatzweise identifizieren. Zum Projekt Gewalt gegen Ärzteschaft und Team. Es erscheint uns schon wichtig, dass bei der Ärzteschaft ein Bewusstsein geschaffen wird, dass jede Form von Gewalt inakzeptabel ist. Das und die Meldestelle kann dabei Fakten schaffen, um auf deren Grundlage Ansprüche gegen den Gesetzgeber zu bekräftigen und auch praxistaugliche Lösungsstrategien, unter anderem Selbstverteidigungsseminare für Ärztinnen und Ärzte sowie dem Praxisteam zu entwickeln. Abrufbar ist der Online Meldebogen übrigens auf der Website der Landesärztekammer Hessen unter der Rubrik Gewalt gegen Ärzte.

KIL: Was kann übergreifend mit den Daten im positiven Sinn beeinflusst werden?

NW: Das, was jetzt in den themenbezogenen Kommentaren ja schon deutlich wurde, würde ich gerne noch mal bekräftigen und verstärken mit den Ergebnissen, die wir jetzt über so viele Jahre vorliegen haben. Einerseits Einzelergebnisse, andererseits jetzt doch deutlich erkennbare Trends, da gilt es jetzt einerseits für uns als verfasste Ärzteschaft und zuständige Institution zu gucken, an welchen Stellen sind wir verantwortlich und damit auch gefordert, Verbesserungen herbeizuführen, die sich letztlich dann positiv auf Patientenversorgung und damit auch Patientensicherheit auswirken. Andererseits aber auch die Erkenntnisse in die Politik, in die Gremien, an die Entscheider heranzutragen, unsere Statements zu bekräftigen und letztlich zu belegen und in der Summe zum einen im Rahmen des Möglichen dafür zu sorgen, dass die Ärzte, die da sind, da können wir erstmal nicht viel daran ändern, wie viele das sind, aber dass sie zum einen gut ausgebildet sind, dass motiviert sind, dass sie gesund bleiben und das wirkt sich dann letztlich



immer auch auf die Patientenversorgung und auf die Patientensicherheit aus. Darüber hinaus gibt es natürlich immer einzelne kleinere Themen, wie Patienten gegebenenfalls gefährdet sein könnten, die nicht unmittelbar in den Händen von Ärztinnen und Ärzten liegen, die wir aber als Seiteneffekte mitidentifizieren und da versuchen wir natürlich auch, das an die entsprechenden Stellen zu adressieren, um ein ganz plakatives Beispiel zu nennen: wenn sich eben zeigt, dass häufig Medikamente verwechselt werden, weil ein Etikett sich sehr ähnlich ist von zwei sehr unterschiedlichen Medikamenten hat das nicht unmittelbar etwas mit der Ärzteschaft zu tun, aber auch solche Dinge kann man gegebenenfalls identifizieren und an den entsprechenden Stellen darüber informieren. Ich glaube, es ist auch deutlich geworden, dass wir damit, was wir getan haben, nie fertig sind, sondern sich Dinge weiterentwickeln und wir, wie sich das für eine Qualitätssicherungsabteilung gehört, auch an der ständigen und kontinuierlichen Verbesserung interessiert sind und insofern weiter fortsetzen werden mit unseren Befragungen.

KIL: Fortsetzung ist ein gutes Stichwort. Was steht denn zukünftig an Befragungsprojekten an?

NW: Ja, vielleicht auch dazu konkret die Mitarbeiterinnen.

LB: So die beiden etablierten Befragungsreihen von Absolventen und Studierenden, die bringen ja schon einen gewissen Aufwand mit sich, das darf nicht unterschätzt werden. Sowohl die Durchführung der Befragung als auch die Auswertung der Daten, weil wir wirklich eine mittlerweile beträchtliche Datenmenge haben und bei Bedarf können wir auch bei diesen Befragungen bereits Zusatzfragen zu einem aktuellen Thema in den Fragebogen integrieren. Uns werden zum Beispiel aus den Gremien Fragestellungen zugezogen, die wir dann nach einer internen Planung und Analyse dann kurzfristig umsetzen. Ferner haben wir natürlich auch einige Haus- und Gremieninterne Fragebögen zurzeit oder Befragungen in Arbeit.

IN: Ja zu den zukünftigen Befragungen möchte ich gerne noch was ergänzen. Wir möchten auch mehr über die Erfahrungen und Wünsche der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wissen, also qualitative Interviews oder Fokusgruppen mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu ihrer Weiterbildungssituation wären zukünftig auch hilfreich, um konkretere Ursachenforschung zu betreiben, das ist so unser Plan.

NW: Wir versuchen auch da sozusagen schon mal perspektivisch immer, das in unsere Bögen insofern zu integrieren, als dass wir immer wieder die Möglichkeit geben, über Freitextfelder einerseits uns Hinweise zu geben, aber auch, sich gegebenenfalls auch bei den anonymen Befragungen zu melden, wenn man bereit wäre, für solche Interviews zum Beispiel zur Verfügung zu stehen, weil das noch mal ganz andere Möglichkeit eröffnet, tiefer einzudringen andererseits oder neue Themen zu identifizieren, die wir selber nicht so auf dem Schirm haben.

KIL: Dann bleibt natürlich noch die ganz übliche Frage, was wünscht ihr euch, was wünschen Sie sich für die Befragungsprojekte der Abteilung?

LB: Wünschen kann man sich vieles. Das ist eine gute Frage. Ich würde mir wünschen, dass unser einmaliges und wichtiges Projekt mit den Absolventen und Studierenden und jetzt neuerdings auch Weiterbildungsassistenten, dass dieses Projekt auch sich über unsere Landesgrenze hinaus in anderen Kammern etablieren würde.

IN: Also ich schließe mich Frau Baumann an, denn wünschenswert wäre es, wenn es mehr länderübergreifende Befragungsprojekte unter den Kammern geben würde. Aber auch ein methodischer Austausch wäre wichtig und auch sehr gut. Ja, und zukünftig wäre zum Beispiel eine bundesweite Etablierung des Weiterbildungsregisters wünschenswert. Um natürlich auch die Entwicklung des ärztlichen Nachwuchses genauer prognostizieren zu können und um Handlungsmaßnahmen abzuleiten. Und hier sind Vergleichswerte zwischen den jeweiligen Ärztekammern hochinteressant für uns und natürlich, dass die Ärzteschaft an unsere Befragungen teilnimmt und wir dadurch einen guten Rücklauf erzielen, denn nur so können wir natürlich auch aussagekräftige Daten auch in Zukunft liefern.



NW: Grad an dem letzten Punkt möchte ich noch mal abknüpfen. Ich hab's ja vorhin schon gesagt, wenn der ein oder die andere uns auch zuhört, ist es einerseits dieser Appell: Wir freuen uns über jeden ausgefüllten Fragebogen, andererseits aber auch dank an diejenigen, die sie bisher schon ausgefüllt haben. Wir können da und auch das haben wir mehrfach heute gehört, auf eine wirklich sehr gute Beteiligung und Rückkaufquote zurückgreifen und auch setzen, und das vielleicht noch als Ergänzung an dieser Stelle: nochmal das Angebot, wer also an unserer Arbeit und an den Ergebnissen interessiert ist oder an der Methodik oder sich gegebenenfalls irgendwo einklinken möchte, uns unterstützen möchte, melden Sie sich gerne. Jedes Gespräch dient dazu, dass wir gemeinschaftlich weiterkommen.

KIL: Herzlichen Dank an alle für das Gespräch und den umfassenden und spannenden Überblick zu den Befragungsprojekten der Stabsstelle Qualitätssicherung. Gerne beantworten wir Anfragen hierzu unter der E-Mail-Adresse: qs@laekh.de. Weitere Informationen finden sich auch auf der Webseite der Landesärztekammer Hessen, auf den Unterseiten der Stabsstelle Qualitätssicherung.

KIL/ Impressum: Sicher ist sicher, ist eine Produktion der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit internen und externen Expertinnen und Experten. Die Redaktion hatte die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen, die Musik ist Inspirational-Piano-Corporate, Short Version von Matvey Yesipov. Das Titelbild des Podcast ist von Karramba Production, beides über stock.adobe.com. Rückfragen, Nachfragen und Feedback gerne an qs@laekh.de.



CME-Fragen

„Sicher ist sicher“ – Der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). 2023: „Antworten gesucht, Befragungen im Gesundheitswesen“ – Versorgungsforschung in der Stabsstelle Qualitätssicherung (QS) der LÄKH. Teil 3.

1. Welche Zielgruppe befragt die Stabsstelle QS mit ihren Projekten nicht?

- 1) Medizinabsolventinnen und -absolventen
- 2) Hessische Ärztinnen und Ärzte
- 3) Patientinnen und Patienten
- 4) Mitglieder der LÄKH
- 5) Medizinstudierende

2. Welches Erhebungsinstrument wird in der Stabsstelle QS am häufigsten eingesetzt?

- 1) Telefonbefragung
- 2) Qualitative Interviews
- 3) Fokusgruppen
- 4) Quantitative Befragungen
- 5) TED-Abfragen

3. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Für qualitative Befragungen müssen mindestens 100 Personen befragt werden, um sinnvolle Erkenntnisse zu gewinnen.
- 2) Qualitative und quantitative Befragungsmethoden dürfen nicht kombiniert werden.
- 3) Ein Fragebogen zählt zu den Erhebungsinstrumenten für eine quantitative Befragung.
- 4) Ein übliches Erhebungsinstrument für eine quantitative Erhebung kann ein offenes Interview sein.
- 5) Das wichtigste Erhebungsinstrument für eine qualitative Befragung ist ein standardisierter Fragebogen.

4. Welche Aussage ist nicht korrekt?

- 1) Qualitative Befragungen erfordern viel Zeit und Ressourcen.
- 2) Die Ergebnisse von qualitativen Erhebungen zeichnen sich durch einen hohen Grad an Objektivität aus.
- 3) Qualitative Methoden können als Vorstudie für eine quantitative Erhebung genutzt werden.
- 4) Die Stabsstelle Qualitätssicherung arbeitet vorwiegend mit quantitativen Befragungen.
- 5) Bei qualitativen Befragungen kann der Interviewpartner eigene Themen einbringen.

5. Welche Aussage zu der Absolventenbefragung der Stabsstelle QS ist korrekt?

- 1) Die Absolventenbefragung wird nur an der Universität in Frankfurt durchgeführt.
- 2) Die Absolventenbefragung ist eines der jüngsten Befragungsprojekte der Stabsstelle QS.
- 3) Die Absolventenbefragung nutzt als Instrument ein qualitatives Design.
- 4) Die Absolventenbefragung wird einmal im Jahr durchgeführt.
- 5) Die Absolventenbefragung kann mit der Studierendenbefragung verknüpft werden.



6. Welche Aussage zum Weiterbildungsregister ist nicht korrekt?

- 1) Die Erhebung findet einmal im Jahr an einem bestimmten Stichtag statt.
- 2) Durch das Register erfährt die LÄKH, wie viele Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung z. B. im Fach Allgemeinmedizin tätig sind.
- 3) Durch das Register kann erhoben werden, an wie vielen Weiterbildungsstätten keine Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung tätig sind.
- 4) Durch die Auswertung der Registerdaten kann eine Aussage über die Qualität der Weiterbildungsstätte getroffen werden.
- 5) Die Weiterbildungsbefugten in Hessen sind zur Meldung für das Weiterbildungsregister verpflichtet.

7. Welche Aussage zur Meldestelle „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“ ist richtig?

- 1) Um mehr über die gemeldeten Fälle zu erfahren, wurde mit Berücksichtigung des Datenschutzes auf die Anonymität der Meldenden verzichtet.
- 2) Die Ergebnisse werden dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gemeldet.
- 3) Den Meldebogen sollen nur Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten ausfüllen.
- 4) Die Erhebung konzentriert sich auf Übergriffe mit körperlicher Gewalt.
- 5) Die Ergebnisse werden der Staatsanwaltschaft gemeldet.

8. Welche Aussage ist korrekt? Die Absolventenbefragung....

- 1) ... bestätigt die Annahme, dass immer weniger Medizinabsolventen/-innen in der Patientenversorgung tätig werden möchten.
- 2) ... bestätigt die Annahme, dass immer mehr Medizinabsolventen/-innen ins Ausland abwandern.
- 3) ... bestätigt die Annahme, dass immer weniger Medizinabsolventen/-innen eine Weiterbildung zum Facharzt anstreben.
- 4) ... widerlegt die Annahme, dass ein Angestelltenverhältnis bei Medizinabsolventen/-innen immer attraktiver wird.
- 5) ... widerlegt die Annahme, dass immer mehr Medizinabsolventen/-innen im Krankenhaus arbeiten möchten.

9. Welche Aussage ist nicht korrekt? Das Weiterbildungsregister zeigt, dass...

- 1) ... der Großteil der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung weiblich ist.
- 2) ... die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in manchen Fachgebieten seit Erhebungsbeginn sinkt.
- 3) ... sich der Großteil der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im ambulanten Bereich befindet.
- 4) ... der Anteil der männlichen Ärzte in Weiterbildung steigt.
- 5) ... sich der Großteil der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in internistischen Fachgebieten befindet.

10. Welche Aussage ist nicht korrekt?

- 1) In Zukunft soll der Fokus in Befragungen noch mehr auf Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gelegt werden.
- 2) Da durch die Absolventenbefragung bereits viele verwertbare Daten gesammelt wurden, wird die Befragung dieser Zielgruppe ab 2024 zunächst eingestellt werden.
- 3) Die Ergebnisse der Befragungsprojekte können zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen.
- 4) Die Stabsstelle QS führt auch hausinterne Befragungen durch.
- 5) Die Stabsstelle QS plant Befragungen mit qualitativen Erhebungsmethoden.