



Genderaspekte der Arzt-/Ärztinnen Gesundheitspfleger/-innen Interaktion in verschiedenen Studien: Welche Lernziele lassen sich ableiten?

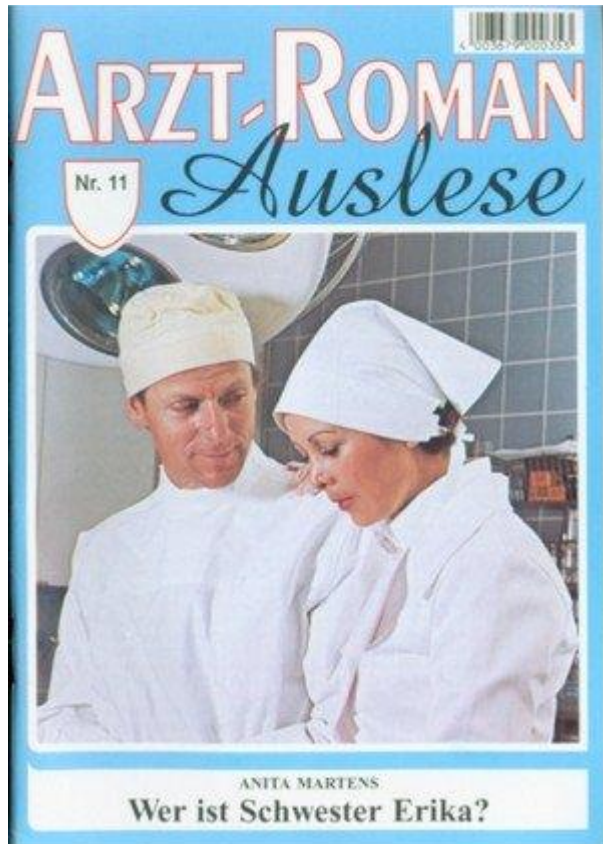
Dr. Sabine Fischbeck, Dipl.-Psych., MME

Klinik und Poliklinik für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie/
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leiterin: Univ.-Prof. Katja Petrowski

Vortrag im Rahmen des Symposiums „Alle Patient*innen sind gleich?“, Universitätsmedizin Mainz, 23./24. Februar 2023

Ausgangsbedingungen interprofessionell

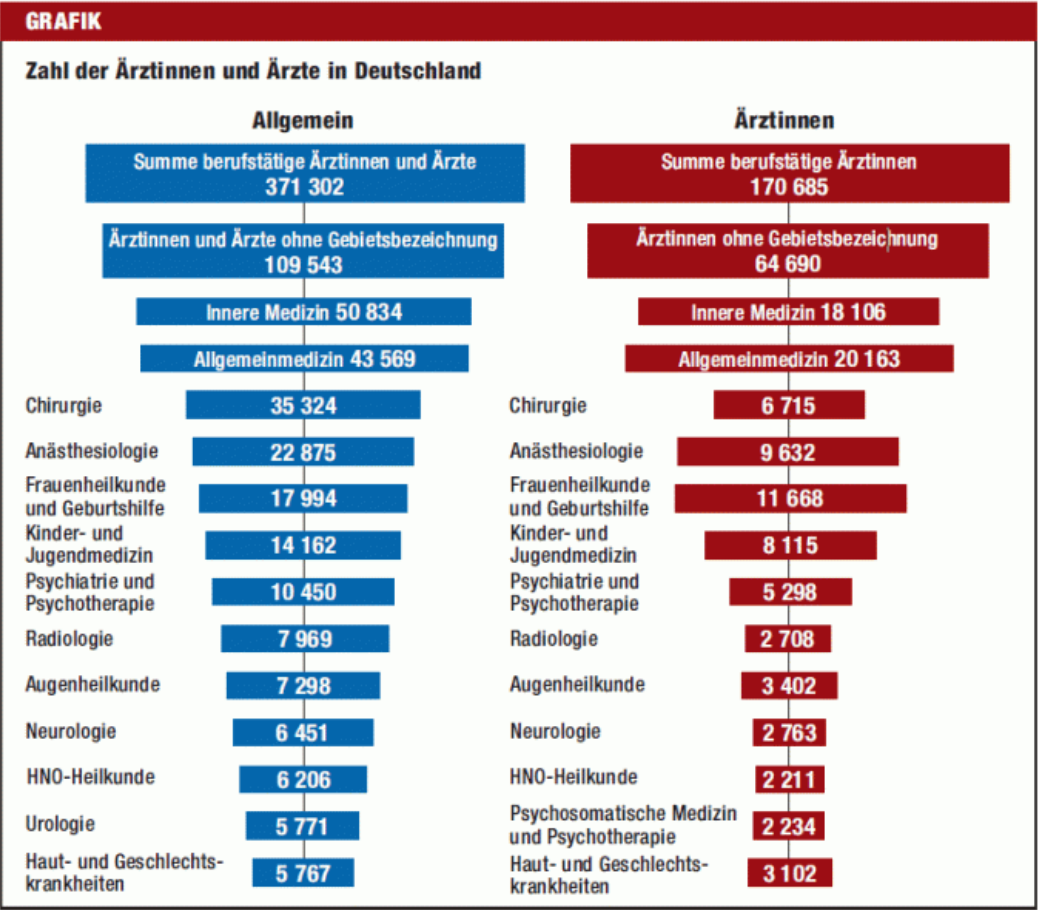
Traditionell dient die Krankenschwester dem Arzt



1998: 82 333 Med.-Studierenden, 41 188 männlich und 41 145 weiblich.
WiSe 2021/22 von 105.275 Studierende zwei Drittel weiblich
Professionalisierung und Akademisierung der Pflege



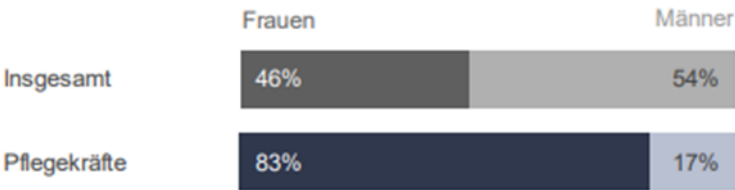
Anteil Ärztinnen



Der Anteil der Ärztinnen ist in den Fächern unterschiedlich verteilt. Das hat auch Auswirkungen auf die Versorgung.

486 100 Beschäftigte in Krankenhäusern in der Pflege

Juni 2021

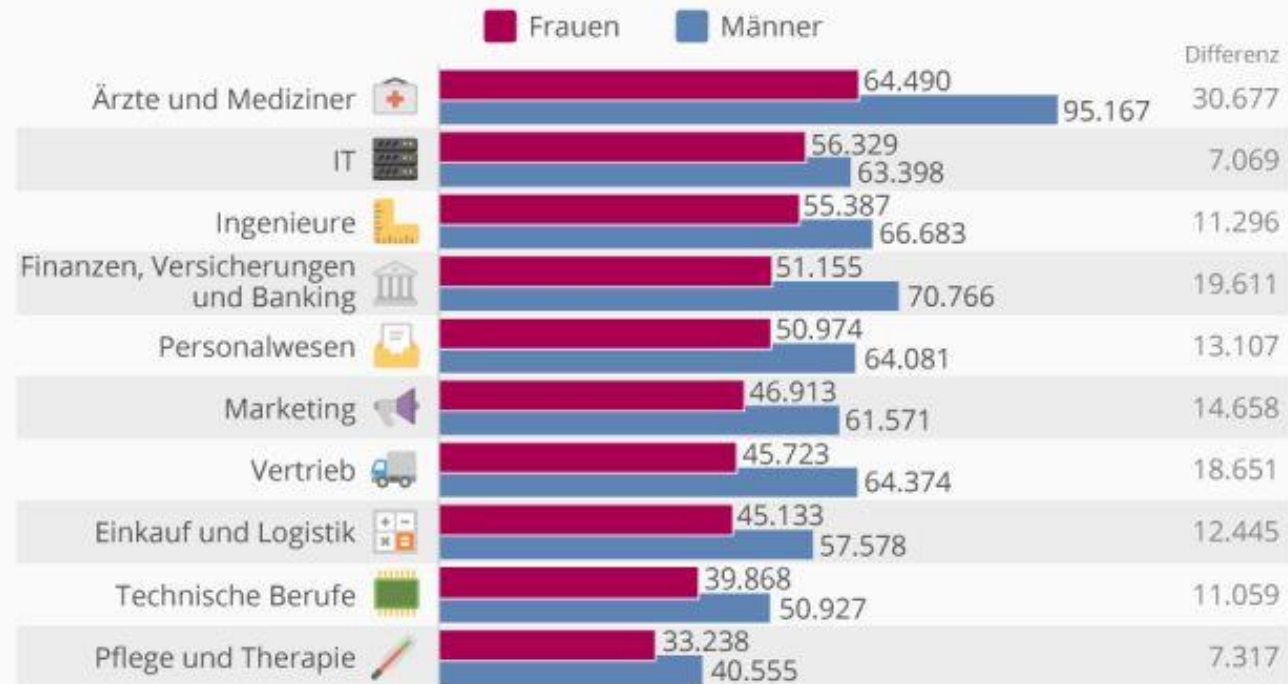


Quelle: Bundesagentur für Arbeit, 2021

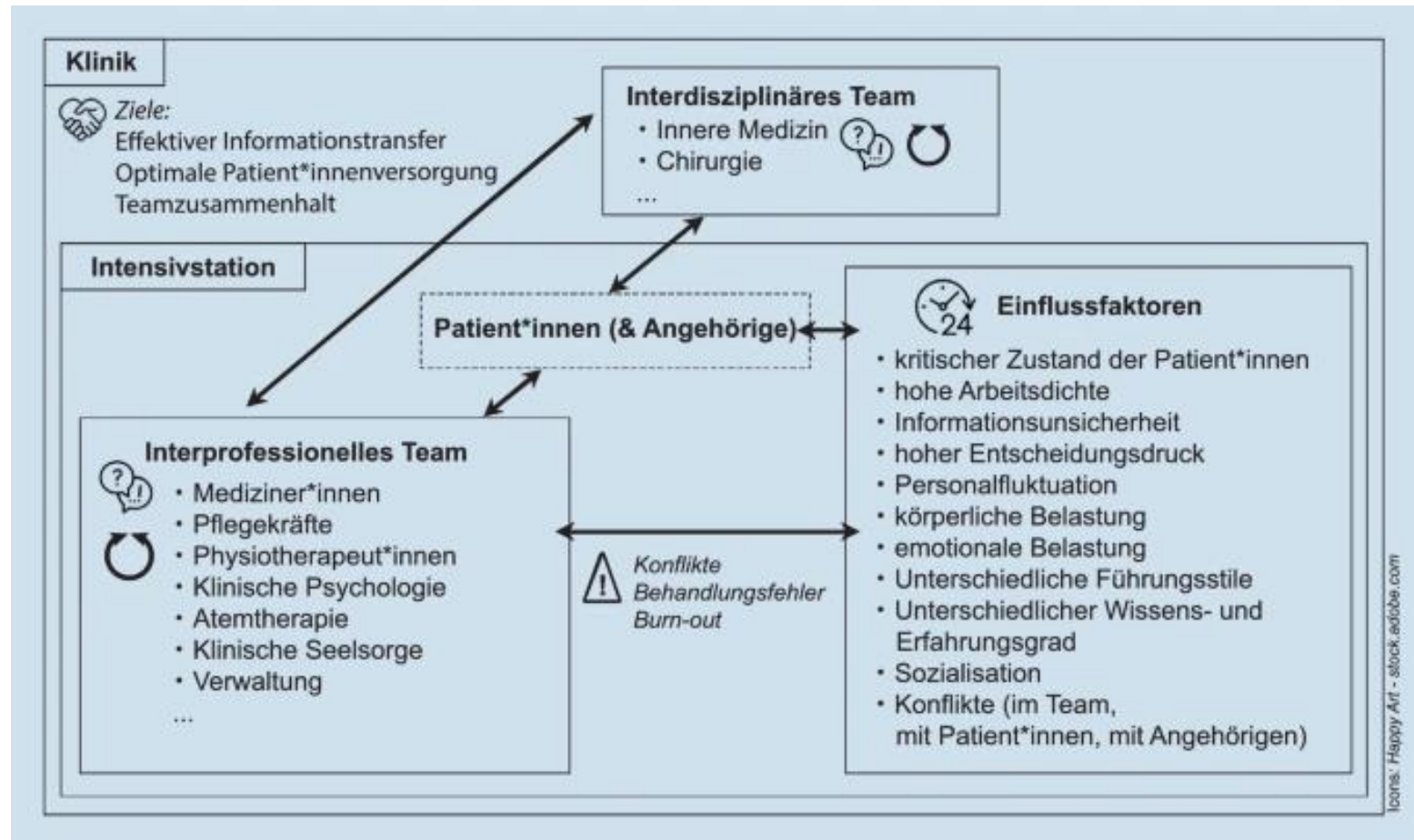
Gender Pay Gap

Der Gender Pay Gap bei Fach- und Führungskräften

Durchschnittliches Bruttojahresgehalt inkl. variabler Anteile (in Euro)



Einflüsse auf das Interprofessionelle Team



Kommunikation Intensivmedizin/Chirurgie: Konflikte häufig

Mediziner*innen und Pflegekräfte des Intensivteams:

- Pflegekräfte gaben bei hoher Zufriedenheit (82 %) mit ihrer eigenen Kommunikation eine deutlich niedrigere Zufriedenheit bei Kommunikation durch ärztliche Kolleg*innen der Intensivmedizin (71 %) oder der Chirurgie (2 %) an.
- Umgekehrt berichtete fast die Hälfte der befragten Chirurg*innen von Konflikten in der Kommunikation postoperativer Behandlungsziele mit Kolleg*innen des Pflegepersonals und Intensivmediziner*innen.

Fehlende regelmäßige Teambesprechungen waren eine Ursache für Konflikte

Arbeitsbasis: Etherington et al. (2021), Ontario, Kanada

Wie prägen das Geschlecht (und zusätzliche soziale Identitätsfaktoren) Erfahrungen und Wahrnehmungen von Teamarbeit im OP?

Methode: qualitative Sekundäranalyse von semi-strukturierten Interviews mit OP-Teammitgliedern, die zwischen November 2018 und Juli 2019 durchgeführt wurden.

66 Interviews mit OP-medizinischem Fachpersonal wurden abgeschlossen:
Anästhesie (n = 17), Pflege (n = 19), Perfusion (n = 2) und Operation (n = 26), 55% Frauen Alter M = 35 (29-43).

Traditionelle Geschlechterrollen, Normen und Stereotypen wurden sowohl von Frauen als auch von Männern wahrgenommen und erlebt, jedoch mit unterschiedlichen Konsequenzen:

I. Frauen erleben besondere Herausforderungen im OP

- **Erfahrungen über die Professionen hinweg**
 - erleben Schikane und Mobbing
 - sollen akzeptieren „so wie es ist“, obwohl sie es anders wollen
 - müssen die eigenen Leistungsfähigkeit besonders unter Beweis stellen
 - werden weniger ernst genommen/nicht gehört
 - erleben geschlechtsspezifisch (geringeren) Respekt
 - haben geringeres Selbstvertrauen in Entscheidungen
 - gehören nicht zu vorhandenen „Boys Clubs“
 - Männer sind einfach in der Überzahl

I. Frauen erleben besondere Herausforderungen im OP

- **Pflegepersonal spezifisch**
 - Furcht, sich gegenüber einem männlichen Chirurg zu vertreten
 - Konflikte mit Chirurginnen wegen deren betont bestimmten Auftretens



I. Frauen erleben besondere Herausforderungen im OP

- **Chirurgie spezifisch**
 - Haderen mit Eindrucksmanagement (Mitläufer sein oder die Überfordernde?)
 - Erfahren von Nachgestelltheit ihrer OPs
 - Konflikte mit dem weiblichen Pflegepersonal (Besserwisserei; nicht dem Stereotyp entsprechen)
 - Ihre Durchsetzungsfähigkeit wird häufiger negativ bewertet

Kommunikations-Resonanz-Dilemma

Selbstbewusstes Verhalten von Chirurginnen und Anästhesistinnen wird negativ interpretiert (stuten bissig)

**Selbstbewusstes Verhalten
bei Chirurgen ->
effektive Führungsperson**

Führt zu Spannungen im Team

Wissen und Fertigkeiten werden weniger gezeigt, um weniger „bissig“ zu erscheinen

was den Respekt anderer gegenüber der Chirurgin/Anästhesistin mindert

und zu einer Selbstwertkrise führen und demotivieren kann

I. Frauen erleben besondere Herausforderungen im OP

- **Ärzt*innen spezifisch**
 - Sprache ändern in einen Stil, der Kontrolliertheit nahelegt
 - (von Patienten) nicht als Ärztin gesehen werden (Einstufung als Pflegepersonal erleben)

II. Geschlechtsspezifische Einflüsse auf Teaminteraktion/-verhalten

- Frauen eher Co-Worker als Freundinnen (no buddy)
- Männliches Pflegepersonal fühlt sich unter Ärzten unpassend, dabei sein aber nicht wirklich
- Männer kommunizieren direkter, weniger Zankereien
- Männer können eher als einschüchternd wahrgenommen werden
- Frauen werden als eher weniger dominant wahrgenommen
- Frauen sprechen soft, Männer laut
- arbeitsbezogenes „Flow“-Erleben abhängig von der Teamzusammensetzung

III. Soziale Identitäten interferieren mit Gender in der Teamkommunikation

- Sprache und Akzent
- Alter
- Berufserfahrung
- Profession
- Ethnische Zugehörigkeit und kulturelle Barrieren

Nutzen (gendersensibler) interprofessioneller Zusammenarbeit

- empirisch nachgewiesen -

Verbesserungen

- Effizienz und Produktivität
- Patienten-Outcomes,
- höhere Patientensicherheit
- Mitarbeitermotivation durch gemeinsames Lernen und Kooperieren der Gesundheitsberufe

Minderungen

- Komplikationen
- Dauer des stationären Aufenthaltes
- Konflikte zwischen den Berufsgruppen
- „Clinical error rates“ bis hin zu Mortalitätsraten

Ihre Workshop-Aufgabe heute:

Leiten Sie Lernziele aus den Berichten von Etherington et al. ab bezüglich der Kommunikation/des Verhaltens:

- von Ärzten/Chirurgen und Ärztinnen/Chirurginnen
- von Ärztinnen/Chirurginnen und weiblichem Pflegepersonal
- von Ärzten/Chirurgen und männlichem Pflegepersonal
- (gegenüber Personal von anderen Altersgruppen, Ethnien, Erfahrungshintergründen)

den NKLM-Lernzielen Interprof. Kommunikation zuordnen

3. Interprofessionelle Kommunikation

Die Absolventin/der Absolvent kommuniziert als Mitglied eines Teams adäquat mit VertreterInnen unterschiedlicher Gesundheitsberufe, um die Zusammenarbeit und Versorgungsqualität zu optimieren.

3.1 Sie sind in der Lage, durch ihr kommunikatives Handeln eine positive, tragfähige und vertrauensvolle Beziehung im Team aufzubauen und zu erhalten. Sie können ...

für alle Teammitglieder in einer verständlichen und angepassten Sprache respektvoll kommunizieren.

Teambesprechungen (Klinik/Praxis)

innerhalb des Teams zeitgerechtes und konstruktives Feedback geben.

Rückmeldung auf Station/in Praxis mit Pflegepersonal (häuslich, Heim) nach einem Notfall interprofessionell geben

3.2 Sie entwickeln und integrieren eine Fehler- bzw. Sicherheitskultur im Team. Sie können ...

Fehler und Beinahe-Fehler im Team identifizieren sowie diese situationsspezifisch, zeitnah, direkt und offen kommunizieren.

Konstruktives Speak Up in Klinik und Praxis interprofessionell umsetzen, z. B. nach Medikamentenverwechslung, Hygienefehler

3.3 Sie erkennen Konflikte im Team und tragen aktiv zu produktiven und sachgemäßen Lösungen bei. Sie können...

basierend auf einer Analyse von Konflikten im Team konkrete Lösungsmaßnahmen mit allen Beteiligten vereinbaren.

Festlegung von Zuständigkeiten und Verfahren/Standards in Klinik/Praxis

Kommunikationsmodelle zur Deeskalation von konfliktträchtigen Gesprächen innerhalb des Teams anwenden.

CALM-Modell