

BoA - Phasen der Einsicht

Heute geht es um zwei Entwicklungsstränge, die eng miteinander verknüpft sind. Die Eigenwahrnehmung/ Selbsteinschätzung und die Fachkompetenz.

Warum geht es mir heute darum. Ich erinnere mich noch ziemlich genau an den Anfang meines dritten Jahres als Anästhesieassistent, ich hatte gerade die Freigabe für die thoraxchirurgischen Eingriffe erhalten und stellte mich wohl nicht ganz blöd an, so dass ich ein paar kleinere Eingriffe wie Thorakoskopien weitgehend im Freiflug ohne Oberarzt machen durfte.

Die Arterien liefen mir ganz gut von der Hand, die Platzierung der Doppellumentuben und die Bronchoskopie hatte ich ziemlich gut im Griff und war dank einiger guter Kurse an der hiesigen Uniklinik und entsprechend langer Abende in der Bibliothek auch theoretisch brauchbar aufgestellt. Und ich fand mich ziemlich geil dabei. Berechtigt? Mehr als fraglich. Ein Kuhnsystem und ein paar stümperhafte Lachmannmaneuver aus heutiger Sicht in eher gering lungenprotektiver Art und Weise und ein paar Ideen zur PEEP- und Lagerungswirkung auf die Lungenperfusion und den Rechts-Links-Shunt machen noch lange keinen Herz-/Thoraxanästhesisten. Im Rahmen einer schwierigen Intubation war einer meiner damals noch jungen Oberärzte nach schwierigen Verhältnissen beim ersten Einstellen kurz einen Schritt zurückgetreten, um eine Fiberoptik zu richten. Ich nahm kurzerhand das Laryngoskop und hatte Glück tatsächlich problemlos intubieren zu können. Weder war es mein Saal, noch hatte mich jemand dazu aufgefordert in der Hierarchie nach oben zu greifen. Mein Oberarzt lies nach einem langen, müden Blick das Ganze unkommentiert und verliess den Saal. „So grossartig sind die alle gar nicht.“, „Da wird auch nur mit Wasser gekocht...“ und ähnliches ging mir da wohl durch den Kopf. Pure Arroganz.

Das Verhältnis zu besagtem Oberarzt hat sich übrigens von diesem Ereignis nicht mehr erholt. Die unnötige Abwertung darin liess uns schweigend miteinander arbeiten, weitgehend ohne jeden weiteren Inhaltstransfer. Privat begegneten wir uns seither eher kühl.



Tatsächlich wird es immer wieder Situationen geben, wo auch ein Assistent in einer späteren Phase seiner Ausbildung gerade manuell etwas besser kann, als der zugehörige Oberarzt, wo der Gedankenblitz vielleicht früher einschlägt oder der Assistent etwas aus aktuelleren Quellen gelesen hat. Ist er deshalb oberarztreif? Breit aufgestellt? Reif genug? Kompetenter?

Eher nicht – menschlich gesehen zweimal nicht. Wissen und manuelle Fähigkeiten bilden sich nicht stetig und gleichmässig, sondern sind ausserhalb des üblichen Erwartungshorizonts sehr unterschiedlich verteilt und abhängig vom jeweiligen

Tätigkeitsfeld. Eine singuläre Fähigkeit entwickelt sich bei kontinuierlicher Übung und verbleibt irgendwann einmal – fortgesetzte Ausführung vorausgesetzt – weitgehend auf hoffentlich hohem Niveau. Eine – singuläre – Fähigkeit! Soll heissen, unser Tun in der Anästhesie besteht aus hunderten, wenn nicht tausenden Kompetenzen, für die dasselbe gilt. Dauernde Übung in vielen Bereichen führt schliesslich zu einer weitgehend durchgängigen Kompetenz. Weitgehend eben, so ein Kompetenzgewebe kann immer einmal unerwartet Löcher haben – meist unbewusste.

Und? Geht unsere Selbsteinschätzung hier parallel? Verstehen wir diese Zusammenhänge? Hat man diese Möglichkeit eigener unentdeckter Defizite auf dem Schirm? Selten möchte man meinen.

Es gibt nach **Sachs (1834)** eine phasenweise Zusammenstellung die versucht, eine Fluktuation zwischen der Dimension Sicherheit-Unsicherheit und dem zugehörigen Gefühl der Sicherheit darzustellen:

- **Phase begründeter Unsicherheit (Phase 1)**
- **Phase unbegründeter Sicherheit (Phase 2)**
- **Phase unbegründeter Unsicherheit (Phase 3)**
- **Phase begründeter Sicherheit (Phase 4)**

Oben beschrieben habe ich die Phase unbegründeter Sicherheit aus dem Bedürfnis die eigenen Insuffizienzgefühle als Jungarzt zu kompensieren, eher überkompensieren.

Ansonsten sind die Phasen leicht erläutert: Der Anfänger kann wenig und weiss, dass er wenig kann. Sein Handeln am Patienten wird vollständig begleitet und im obliegen keine Entscheidungen. Sein Wissen ist bestenfalls lückenhaft. Manuelle Fähigkeiten werden langsam erworben (Phase 1).

Mit zunehmenden Einzelkompetenzen und Bereichskompetenzen („HNO-Rotation, Uro-Rotation...“) gerät der Altassistent irgendwann in Phase 2 – die Zügel sind lockerer, zunehmend werden Tätigkeiten und kleinere Entscheide in die Verantwortung des Assistenten gelegt. Die eigenen Kompetenzen werden teilweise – schlicht mangels Erfahrungen mit „dem, was alles schiefgehen kann“ – überschätzt. Oft genug weiss man auch einfach nicht, was es zu wissen und beachten gäbe, wenn man nicht entsprechend angeleitet wird. In diese Phase fallen auch Kompetenzgerangel und eine Abwertung älterer Kollegen aufgrund von Momentaufnahmen zu bestimmten Tätigkeiten. Diese Phase der Überschätzung eigener Fähigkeiten ist die gefährlichste im Hinblick auf die Patientensicherheit. Tätigkeiten werden ohne Rückfrage begonnen, eine unerwartet auftretende Komplikation führt aus der Kompetenzzone heraus und ggf. in eine deletäre Bedrohungssituation für den betroffenen Patienten. Wissensgrenzen der Kategorie „So wie immer“ und „Wir haben das immer schon so gemacht“ ohne die Möglichkeiten alternativen Handelns jenseits der hausinternen SOP bestimmen das Handeln und begrenzen die Optionen.

Um den Facharztstitel und mit der zunehmenden Übernahme von Lehr- und Anleitungs- oder Supervisionstätigkeit beginnt Phase 3. Die Erwartungshaltung das Fach in allen Bereichen theoretisch zu durchdringen und den Grossteil möglicher Komplikationen zu erfassen und zu handeln zeigt dem Einzelnen seine Grenzen auf. Inhaltliche Lücken werden beim Erklären gegenüber Jüngeren offenbar und ungewöhnliche Komplikationen im Verhältnis häufiger, weil man eben v.a. nicht

mehr das Alltagskleinklein, sondern eben kränkere Patienten betreut. Hierin liegt mit der tieferen Sinn des „See one, do one, teach one.“ – erst wenn ich selbst den grossen Zusammenhang am kleinen Tun darstellen muss, fallen mir selbst Inkohärenzen meines Wissens auf.

In dieser Phase treffen Selbstzweifel und Unsicherheit auch den im Vergleich guten Anästhesisten hart. Plötzlich scheint auch vertrautes neu komplex.

Zunehmende Erfahrung und Erfolge auch bei ungewöhnlichen Problemen führen schliesslich in Phase 4, die Phase begründeter Sicherheit aufgrund einer breiten theoretischen Basis aus den Blickwinkeln hoffentlich einiger Kliniken und entsprechender manueller Kompetenz. Phase 3 und Phase 4 wechseln häufig und kompetenzgebunden ab und längere Phasen ohne Kontakt zu bestimmten Tätigkeiten werfen einen gern wieder in Phase 3 zurück. Das ist eine normale Fluktuation des Wissens. Auch das Eindringen in neue Ebenen des Verständnisses erschüttert im Sinne des „Da ist so viel mehr“ erst einmal bevor die neuen Inhalte integriert werden können.

Interessant ist diese Einteilung, wenn man sich plötzlich auf der anderen Seite wiederfindet und Jungkollegen in Jahr 2, 3 oder 4 einem plötzlich gegenüberstehen und das oberärztliche Diktum ignorieren, bzw. in Frage stellen. Nun, ich geh selten in Stille weg. Wobei, zunehmend. Auch wenn in solchen Auseinandersetzungen kritisches Wissen steckt – Es trifft einen trotzdem. Man mag also raten gerade in Momenten der Überzeugung von der eigenen Überlegenheit nochmal daran zu denken, dass der eigene Blickwinkel vielleicht nur Teilaspekte birgt und das erhobene Näschen vielleicht mehr über das Bedürfnis aussagt, endlich auch wer zu sein – mehr vor sich, als vor dem anderen, den man damit vermutlich eher frustriert und ggf. als Quelle für das relevante Mehr beschädigt.

Als Nebensatz sei noch erwähnt, dass das Abteilungsklima ein relevanter Aspekt ist. Wer nicht regelmässig klein gemacht wird, hat weniger das Bedürfnis zurückzuschlagen.

Ach ja, und: Josef, es tut mir leid. Perspektivwechsel ermöglichen (leider späte) Einsichten.