

Chirurgische Assistenzberufe – wo stehen wir?



Das Gesundheitswesen ist ein gewaltiger und ständig wachsender Wirtschaftszweig. Derzeit betragen die Ausgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen mehr als 150 Milliarden Euro pro Jahr. Nur mit qualifiziertem und effizientem Management, wirtschaftlichen Organisationsformen und innovativen Lösungen wird es zukünftig möglich sein, die Versorgung des deutschen medizinischen Gesundheitswesens zu gewährleisten. Eine Voraussetzung dafür sind Mitarbeiter, die medizinisches Wissen, erweiterte Kompetenzen und Eigenständigkeit sowie soziales und betriebswirtschaftliches Know-how vereinen. Deutschland und Österreich sind in Europa die zwei Länder, in denen der Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegers keine akademische Ausbildung darstellt.

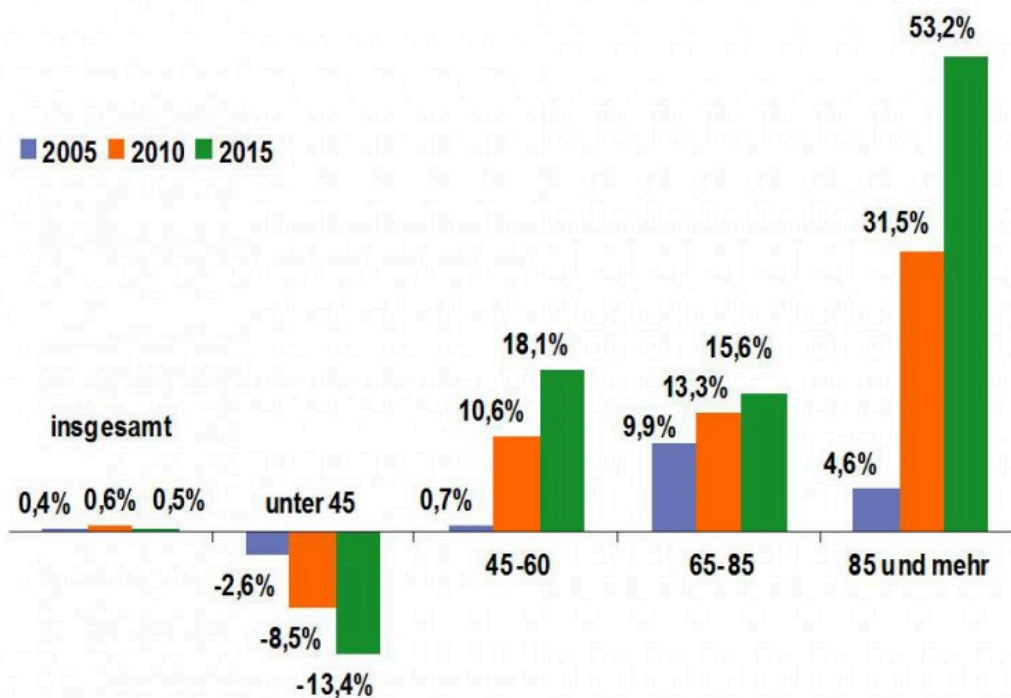
Gerade für Arbeitskräfte aus den Gesundheitsfachberufen kann eine Doppelqualifikation, im Sinne einer nicht-ärztlichen Akademisierung, zum Sprungbrett für den beruflichen Aufstieg werden. Hinsichtlich der Akademisierungsumsetzung medizinischer Fachberufe bedarf es vor dem Hintergrund der derzeitigen sozial-, berufs- und leistungsrechtlichen Regelungen und Barrieren allerdings nicht nur Innovationskraft, sondern auch eines hohen Maßes an politischem Pragmatismus. Der langfristige Erfolg der Akademisierungsbemühungen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe wird letztendlich davon abhängig sein, wie gut es den beteiligten Akteuren gelingt, miteinander zu kooperieren und politische Netzwerke zu bilden.

Neben dem Bemühen um Anschluss an internationale Qualifikationsstandards haben, insbesondere vor dem Hintergrund steigender Kosten und geringerer Vergütungen im Gesundheitswesen und einem steigenden Ärzte- und Fachkräftemangel, vor allem die sich verändernden Versorgungsanforderungen und -bedingungen im deutschen Gesundheitssystem entscheidend zur deutschlandweiten Studiengangsentwicklung im nicht-ärztlichen Berufsfeld beigetragen.

In einer Expertise – erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg von Januar 2003 – werden die Zusammenhänge zwischen dem demographischen Wandel und den Gesundheitskosten untersucht. Der demographische Wandel ist zum einen durch die ständig steigende Lebenserwartung und zum anderen durch die gesunkene Geburtenzahl gekennzeichnet [2].

Das Gutachten verdeutlicht, dass sich die durchschnittliche fernere Lebenserwartung in einem sehr kurzen Zeitraum deutlich erhöht hat und dass gegenwärtig nicht zu erkennen ist, dass sich diese Entwicklung abschwächen würde. Für die nächsten 30 Jahre ist weiterhin davon auszugehen, dass es zu einer Zunahme schwerkranker Patienten, insbesondere von Patienten mit Karzinomerkrankungen und dementieller Entwicklung, kommt [1]. Die damit verbundenen Kosten, der medizinische Fortschritt sowie die Einführung des DRG-Systems haben u. a. die Gesundheitsausgaben schneller wachsen lassen als die übrigen Ausgaben für Güter und Dienste [4].

Abb. 1: Die Abbildung zeigt die Bevölkerungsentwicklung auf der Basis der Bevölkerung 2002. Die in der Abbildung von 2002 prognostizierten Zunahmen der älteren Bevölkerung sind zutreffend.



2007 stellte Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, die „Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung“ vor. Dieser Studie zufolge gibt es in ländlichen Regionen Ostdeutschlands einen Hausärztemangel und vakante Stellen in den Krankenhäusern können häufig nur noch durch zugewanderte Ärzte aus Osteuropa besetzt werden. Weiterhin werden aus Kostengründen immer häufiger offene Arztstellen nicht wieder besetzt [5].

Wie groß das Angebot an freien Arztstellen ist, verdeutlicht z. B. der Stellenmarkt des Deutschen Ärzteblatts. Gesucht werden Assistenzärzte, Weiterbildungsassistenten, ausgebildete Fachärzte, Oberärzte und Chefarzte. 2004 waren es 7.242 Stellenanzeigen, in den Jahren 2005 – 2006 stieg die Zahl auf 13.527, mit steigender Tendenz [5].

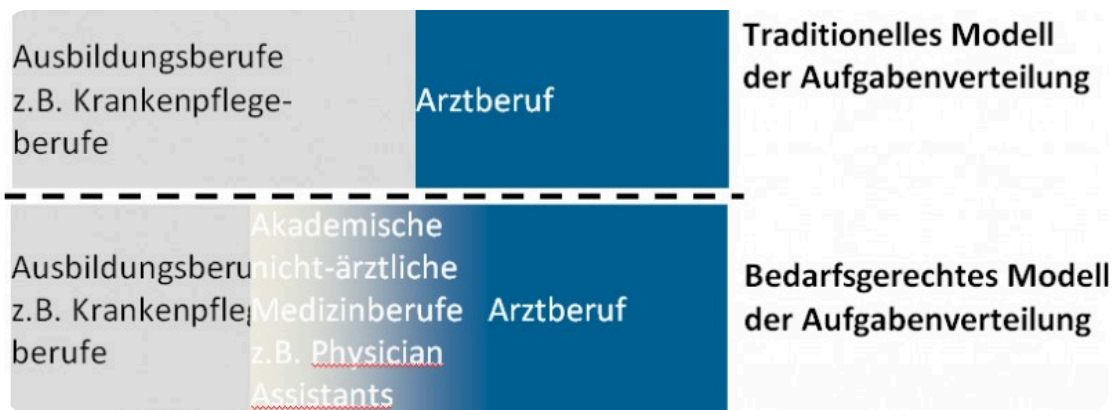
Jede neunte Klinik plant sogar einen Stellenabbau im ärztlichen Dienst. Das bedeutet für die Ärzte im Krankenhaus, dass die ohnehin schon hohe Arbeitsverdichtung weiter zunehmen wird. Diese Entwicklung wirkt sich wiederum auf den ärztlichen Nachwuchs aus, erhöht die Ärzteflucht und führt unweigerlich zum Ärztemangel. Im Osten Deutschlands können derzeit über die Hälfte der offenen Arztstellen nicht nachbesetzt werden, bundesweit sind es etwa 28 Prozent. Am spürbarsten werden diese Veränderungen für die Patienten. Abgesehen vom Qualitätsabbau im medizinischen Bereich, werden Rationierung und fehlende Zuwendung am Krankenbett die Folge sein. Die zunehmende Ökonomisierung im Krankenhauswesen wird möglicherweise zu einer weiteren Dehumanisierung der Patientenversorgung führen [5].

Tab. 1: Ersatzbedarf an Ärzten im deutschen Gesundheitssystem [12]

Arztgruppe	Abgang 2007 bis 2012	Abgang 2007 bis 2017
Krankenhausärzte	7.598	17.827
Hausärzte	15.376	27.338
Fachärzte	18.158	31.820
Summe	41.132	76.975

Für die medizinischen Versorgungseinrichtungen bedeutet diese Entwicklung einerseits, innovative Lösungen zu finden um die Patientenversorgung zu optimieren, und andererseits kostengünstiger bzw. -effektiver zu wirtschaften. Vor dieser Aufgabe stehen nicht nur medizinische Versorgungseinrichtungen in Deutschland [9, 10]. Vor allem in den USA und England wurden bereits Konsequenzen gezogen: Hier werden zunehmend medizinische Assistenzaufgaben an speziell ausgebildetes, nicht-ärztliches Personal sogenannte Midlevel Provider (MLP) übertragen. Die Zielsetzung ist deutlich: Steigerung der Effizienz des Personaleinsatzes für medizinische Basisaufgaben durch die Verringerung der Assistenzleistung ärztlichen Personals [8, 10].

Abb. 2: Die Abbildung zeigt die sogenannten „Midlevelprovider“ als Bindeglied zwischen ärztlicher und pflegerischer Berufsgruppe.



Diese Basisaufgaben sind Inhalt spezieller neuer ärztlicher Assistenzberufe, wie z. B. der des „Physician Assistant“ (PA) [9]. Der Studiengang Bachelor of Science Allied Health Physician Assistance folgt der Strukturveränderung im Sinne der Internationalisierung von Hochschulabschlüssen (Bologna-Deklaration 1999). Das Abschlussniveau ist klar definiert nach dem Maß der Übertragung von Wissen/Wissenstransfer, der Komplexität des Handlungsrahmens und dem Grad der beruflichen/positionellen Verantwortung und führt zu einem berufsqualifizierenden akademischen Abschluss. Über die Brauchbarkeit dieser Abschlusstitel werden letztendlich die Umsetzbarkeit der berufsbefähigenden Studieninhalte und der Markt entscheiden. Die Integration dieser neuen Berufe in die bestehenden Abläufe setzt in vielen Kliniken ein Prozessredesign voraus.

Neben der Verbesserung der Effizienz des Personaleinsatzes soll durch die Einführung hochqualifizierter, akademisch ausgebildeter Berufsgruppen auch die Kontinuität und Qualität der Assistenzleistungen in den Gesundheitseinrichtungen verbessert werden. Hierbei spielen Eigenverantwortlichkeit, Entlastung der Ärzte von Assistenz Tätigkeiten und dadurch Schaffung für Freiräume für andere höherwertige Tätigkeiten wie z. B. vermehrte ärztliche Zuwendung zum Patienten eine eminente Bedeutung.

Auf diese Weise sollen dem Krankenhaus wirtschaftliche Vorteile durch verbesserte personelle Ressourcenallokation und vereinheitlichte Standards im Qualitätsmanagement gegeben werden. Außerdem soll eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit bei ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal dadurch erreicht werden, dass die Ärzte im Bereich delegierbarer Aufgaben entlastet, die nicht-ärztlich qualifizierten Assistenzberufe durch eigenverantwortliche Übernahme neuer Tätigkeiten motiviert werden, sich neuen Herausforderungen zu stellen und Lernen als lebenslangen Prozess verinnerlicht wird. Wissen sowie die Fähigkeit, das erworbene Wissen anzuwenden, anzupassen und zu erweitern ist ein Prozess, der durch eine Akademisierung von Gesundheitsfachberufen gefördert wird.

In Praxi nehmen die nicht-ärztlich akademischen Gesundheitsberufe somit eine Zwischenstellung zwischen ärztlichem und pflegerisch-technischem Personal ein. Sie gehören dem nicht-ärztlichen Personal an, unterstützen aber den verantwortlichen Arzt aktiv in seiner Tätigkeit, ohne jedoch dadurch die Heilkunde auszuüben.

Abb. 3: Die Abbildung zeigt eine Darstellung aus dem deutschen Ärzteblatt bezüglich der Ausübung der Heilkunde und der Delegation von ärztlichen Tätigkeiten [10].



Bekanntmachungen - Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der **Delegation** ärztlicher Leistungen Stand: 29. August 2008. Dtsch Arztebl 2008; 105(41): A-2173 / B-1865 / C-1817

Infolge dieser Entwicklung wird es zu einer erweiterten Delegation von ärztlichen Aufgaben, größerer Handlungsautonomie und Verantwortung bei der Versorgung von Patienten für diese nicht-ärztlichen akademischen Gesundheitsberufe kommen.

Im Auftrag des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) wurde eine Studie zum Berufsbild der MLP-Berufe publiziert, in welchem die Berufsbilder bewertet wurden. Dabei kommt der Autor zur Erkenntnis, dass eine abschließende Bewertung derzeit noch schwierig ist.

„Die Möglichkeit einer akademischen Ausbildung im OP-Bereich beschränkt sich in Deutschland derzeit auf das Studium zum „Bachelor of Science in Physician Assistance“ (PA) [7].

Die Steinbeis-Hochschule Berlin ist mit dem ersten in Deutschland eingerichteten akkreditierten Studiengang, Bachelor of Science in Allied Health, der Vorreiter dieser Entwicklung. Der Studiengang richtet sich im Wahlpflichtfach Physician Assistance insbesondere an Fachpflegekräfte und Operationstechnische Assistenten (OTA), die spezielle, standardisierte Assistenzaufgaben im OP-Bereich und insbesondere auch auf den Stationen übernehmen. Weitere Wahlpflichtfächer bestehen im Bereich Kardiologie (Cardiology Assistance) und

Intensivtherapie (Intensive Care Practitioner). Das Studium erstreckt sich berufsbegleitend über drei Jahre. Es gliedert sich inhaltlich und organisatorisch in drei spezifische Teile: den akademischen Teil, den Transferteil und das Studienprojekt. Die Transfertage finden in den jeweiligen Krankenhäusern der Studierenden statt.

Der Unterschied zu traditionellen Aus- und Weiterbildungskonzepten besteht darin, dass praktische und theoretische Ausbildungsinhalte auf akademischem Niveau vermittelt werden. Die Akademisierung wird vor allem mit Blick auf internationale Vorbilder und den Anforderungen im Einsatzbereich legitimiert. Die erhöhte Kontinuität in der als Berufsbild definierten abschließlichen Assistenzleistung ermöglicht nach Auffassung der Steinbeis-Hochschule Berlin eine gesteigerte Qualität des gesamten Operations- und Behandlungsablaufs, aber auch von standardisierten diagnostischen Leistungen und der Qualitätssicherung mit patientenbezogener Dokumentation.

Abb. 4: Dargestellt ist das Konzept eines Common Trunks (dunkelblau) mit darauf aufbauenden Vertiefungen (hellblau).

Akademische Assistenzberufe – Modulare Ausbildung mit Common Trunk



Befürworter einer Weiterqualifizierung von Fachpersonal in der Gesundheits- und Krankenpflege für die Tätigkeit der chirurgischen Assistenz sehen indes keine Beeinträchtigung der ärztlichen Weiterbildung, sondern sind im Gegenteil der Auffassung, dass die Facharztausbildung durch den Einsatz von Chirurgieassistenten verbessert wird. Der angehende Facharzt kann gezielt für die Operation eingesetzt werden, die er für die Ausbildung benötigt. Zeitraubende Bindung an den OP-Tisch ohne Bezug zur Fachausbildung wird so vermieden. Es werden Freiräume für die Tätigkeiten am Patienten außerhalb der OP-Abteilung geschaffen.

Auch angesichts der Altersstruktur sowie des sich abzeichnenden Nachwuchsmangels in den chirurgischen Fachgebieten ist eine Gefährdung der ärztlichen Weiterbildung nicht erkennbar. Im Gegenteil: Der Personalmangel in der Chirurgie erfordert zusätzliches und speziell qualifiziertes OP-Fachpersonal [8]. Auch bei einem Ausbau von Stellen für die Chirurgieassistenten sollte dies jedoch im Einklang mit den Anforderungen an die ärztliche Weiterbildung erfolgen, in keinem Fall darf die Arztassistenten die ärztliche Weiterbildung beeinträchtigen.

Neben einzelnen Ausbildungs- und Studienangeboten haben sich in Deutschland verschiedene Weiterbildungsangebote für die Chirurgie- und Arztassistenten entwickelt:

Chirurgisch-technischer Assistent (CTA) nach DGC Kaiserswerther Akademie und Marienhospital Osnabrück – Pilotprojekt 2500 Stunden Ausbildung

Arzt Assistenten-Klinik Bad Rothenfelde/Bad Neustadt/Saale, klinikinterne Ausbildung

Gefäßassistent der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie in Eigenregie der DGC

Diese unterscheiden sich deutlich in der fachlichen Ausrichtung, dem inhaltlichen Umfang und der zeitlichen Dauer. Art und Anzahl einschlägiger Weiterbildungsangebote haben in den letzten Jahren zugenommen, ein Ende der Entwicklung ist nicht absehbar.

Deswegen stellt sich hier die Frage nach einer Standardisierung oder staatlichen Reglementierung in diesem qualifikatorisch wie rechtlich äußerst sensiblen Bereich. Einen „Wildwuchs“ an nicht evaluierten, nicht qualitätsgesicherten oder nicht bedarfsgerechten Angeboten gilt es in jedem Fall zu verhindern. Daher erscheint es in hohem Maß empfehlenswert, Weiterbildungen im Bereich der nicht-ärztlichen Chirurgieassistenten durch Weiterbildungsrichtlinien von Fachverbänden oder Fachgesellschaften oder über staatliche Weiterbildungsordnungen der Länder zu standardisieren und anzuerkennen. Insbesondere die rechtliche Stellung der Arztassistenten muss dann klar definiert werden. Sollten sich Ausbildungen zur Chirurgie- und Arztassistenten etablieren, ist längerfristig das Erfordernis bundesrechtlicher Regelungen wünschenswert. Vorreiter dieser Entwicklung ist das Land Baden-Württemberg, das in seinem Landeshochschulgesetz den „Arztassistenten“ 2011 aufgenommen hat.

Die Literaturliste erhalten Sie auf Anfrage via passion_chirurgie@bdc.de.