

Ärztliche Assistenzberufe in der Gefäßmedizin



Gefäßassistent/in DGG® und EndoVasculäre/r Assistent/in (EVA)® – mehr Konzentration auf ärztliche Aufgaben in der DGG

Immer wieder wird thematisiert, dass unsere Berufsinhalte mit arztfremden Inhalten überfrachtet sind, die uns von dem abhalten, weshalb wir unseren Beruf eigentlich gewählt haben. Das führt zwangsläufig zu der Frage: Was sind ärztliche Aufgaben? Der Blick in die deutsche ärztliche Berufsordnung offenbart interessante Überraschungen: Kaum ein Land weist eine höhere gesetzliche Regelungsdichte auf als Deutschland. Nirgends aber steht geschrieben, dass eine Operation eine zwingend ärztliche Aufgabe ist! Keiner wollte dies ernsthaft bezweifeln. Aber: Sind möglicherweise Teile eines Eingriffes delegierbar? Das Blutabnehmen, Legen von venösen Zugängen etc. wurden als Folge des Pflegenotstandes in den 80er Jahren zu ärztlichen Aufgaben – muss das heute noch so sein? Diktiert nicht die jeweilige Bedarfslage und Interessenlage einzelner Berufsgruppen die Beantwortung dieser Frage? Laut Angaben der American Medical Association [1] muss rein rechnerisch ein Arzt 454 Einwohner versorgen, in Deutschland sind es lt. Angaben der Deutschen Ärztekammer aus 2011 etwa 252 Einwohner [3]. Diesem Versorgungsengpass, der in den USA im wesentlichen aus den privat zu tragenden erheblichen Kosten eines Medizinstudiums resultiert, sind die Amerikaner durch frühzeitige Einführung ärztlicher Assistenzberufe nachgekommen, womit vor allem der Nurse Practitioner und der Clinical Assistant gemeint sind. Unter letzterem ist ein Bachelor-Studiengang zu verstehen, das Tätigkeitsfeld beider Berufsgruppen ist sehr weitreichend. So werden diese beispielsweise analog zu jungen Assistenzärzten auf den Intensivstationen mit gleichem Tätigkeitsspektrum eingesetzt, um auf diese Weise einen Schichtdienst umsetzen zu können [5, 6].

Können wir in Deutschland die Erhebung der Anamnese, einfache klinische Untersuchungen und die Durchführung apparativer Diagnostik anderen Berufsgruppen überlassen, wenn wir die Verantwortung hierfür übernehmen? Die Duplexsonographie beispielsweise ist eine zentrale diagnostische Funktionsuntersuchung in der Gefäßchirurgie, die in den BeNeLux-Ländern, in UK und in Skandinavien weitestgehend von medizinischem Assistenzpersonal durchgeführt wird. In Deutschland dagegen definieren medizinische Fachrichtungen diese Technik als ausschließliche und zwingende ärztliche Aufgabe. Ist das notwendig? Generiert eine solche Haltung Kosten, die nicht notwendig wären?

Die Frage nach der Delegierbarkeit wird in Deutschland offen gehalten – weil sie schwer zu beantworten ist.

Ein Blick wiederum in die USA hat in mehreren Studien gezeigt, dass zumindest die Qualität der durch chirurgisches Assistenzpersonal erbrachten Leistungen (Beispiel Koloskopie) nicht schlechter war als die durch Ärzte durchgeführten Koloskopien, wobei sich sogar die Patienten von den Arztassistenten besser und sorgfältiger versorgt fühlten als durch den ärztlichen Untersucher [8, 12].

Der ärztliche Nachwuchs fehlt! Unsichere Berufsaussichten, unbezahlte Überstunden und ein unattraktives Berufsbild führen dazu, dass viele Mediziner nach ihrem Examen ins Management, die Industrie oder aber ins Ausland gehen, wo attraktivere Arbeitsbedingungen winken. Junge Ärzte, die man mit dem Tippen von Entlassungsbriefen beauftragen kann, stehen heute nicht mehr überall und in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Für die Durchführung einer bestimmten Tätigkeit ist eine bestimmte Qualifikation erforderlich. Unterqualifizierung führt zu geringerer Qualität, Überqualifizierung zu Unzufriedenheit des Mitarbeiters und zu unnötig hohen Kosten. Beides ist im Krankenhausbetrieb die Regel: Die klassische OP-Schwester oder die MTRA ist nicht für die Assistenz endovaskulärer Eingriffe geschult, weil sie hierfür keine strukturierte Ausbildung durchlaufen hat. Und der Mediziner ist in der Regel ebenso wenig dafür qualifiziert, Arztbriefe zu schreiben, die EDV-Dokumentation zu übernehmen oder seinen Tag mit dem Suchen von Röntgenbildern und Konsiliaranforderungen zu verbringen.

Es geht um die Frage, welche Tätigkeiten konkret von medizinischem Assistenzpersonal übernommen werden können. Das, was im Krankenhaus als unüberwindbare Hürde erscheint, wird im niedergelassenen Bereich längst gelebt. Noch vor 20 Jahren hat die Bundesärztekammer lediglich das Wechseln einfacher Verbände als delegationsfähig angesehen – heute wird es niemand mehr anzweifeln, dass ein Verbandswechsel auch durch Pflegepersonal durchgeführt werden kann [7]. Am Ende der Diskussion steht neben der Frage nach der Qualität der nicht-ärztlichen Leistungserbringung auch die Frage nach einem möglichen ökonomischen Vorteil. Diese Frage ist für Deutschland noch nicht geklärt, aber auch hier kann der Blick ins europäische Ausland weiterhelfen: Nach Buchan et al. kann der Physical Assistant wenigstens 75 Prozent der Aufgaben eines Arztes übernehmen, bei 44 Prozent des ärztlichen Gehalts [2].

Die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) ist mit der Etablierung der GefäßassistentInnen und aktuell auch der EndoVaskulären AssistentInnen einen innovativen Weg gegangen – mit großer und steigender Nachfrage. Damit versetzen wir uns im Einzelfall in die Lage zu entscheiden, ob die Gefäßmedizinischen AssistentInnen eigene Eingriffe durchführen, in der Diagnostik, oder aber z. B. als Study-Nurse eingesetzt werden [9].

Gefäßassistent/in DGG®

Die Zusatzqualifikation Gefäßassistent/in DGG® wurde im Jahre 2004 durch die DGG mit dem Ziel eingeführt, durch eine Entlastung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten die Attraktivität des Arztberufes zu steigern und eine Einsparung von ärztlichem Personal zu erreichen. Die Gefäßassistent/in DGG® erbringt auf der Basis fundierter Kenntnisse in der Gefäßmedizin nicht zwingend ärztliche Aufgaben mit hoher Qualifikation [10,11]. Sie ist sowohl organisatorisch als auch fachlich dem Gefäßchirurgen unterstellt und handelt auf ärztliche Weisung. (Tab. 1).

Tab. 1: Tätigkeiten, die eine Gefäßassistent/in DGG® in strukturierter Ausbildung erlernt

- Durchführung nicht-invasiver Untersuchungsverfahren, vorläufige Wertung der Ergebnisse
 - Organisation Gefäßsprechstunde und Station
 - Basisanamnese, Basisbefund einschl. Stadieneinteilung
 - Kodierung gefäßmedizinischer Erkrankungen und Eingriffe
 - Stufenaufklärung des Patienten (i.e. Vorbereitung)
 - Blutabnahme, Verweilkanüle, Infusionen
 - Wundmanagement nach ärztlicher Anordnung
 - Vorbereitung des Patienten im OP-Saal
 - Aktive Assistenz im OP-Saal
 - Assistenz bei QS
 - Überwachung ärztlich eingeleiteter Therapien (auch: Studien)
- Diese Fähigkeiten erlernt die GefäßassistentIn im Rahmen einer berufsbegleitenden zweijährigen Weiterbildung durch das erfolgreiche Absolvieren externer Kurse und Hospitationen, in denen fundierte Kenntnisse zu Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Gefäßsystems, nicht-invasive diagnostische Verfahren, therapeutische Algorithmen, Abläufe operativer und endovaskulärer Eingriffe, Prinzipien der modernen Wundbehandlung sowie QS-Maßnahmen und Studienbegleitung erworben werden. Zu den Voraussetzungen, um eine Weiterbildung zur Gefäßassistent/in DGG® absolvieren zu können, zählen ein Examen/anerkannter Abschluss als Krankenschwester, Arzthelferin, OTA, MTA oder anderer medizinischer Assistenzberufe. Daneben muss eine volle praktische Tätigkeit in der Gefäßmedizin über drei Jahre nachgewiesen werden.

Die eigentliche Ausbildung orientiert sich an einem 3-Säulenmodell:

- Pflichtunterricht und -kurse
- Hospitationen
- Bestehen der zentralen Abschlussprüfung (DGG)

Die Weiterbildung zur Gefäßassistent/in DGG® ist seit vielen Jahren ein Erfolgsmodell [10]. Aktuell wurde durch den Zweitautor eine Evaluierung der aktuell tätigen Gefäßassistent/in DGG® durchgeführt, deren wesentliche Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden.

Ergebnisse der Studie, GefäßassistentInnen

Im Dezember 2012 wurde allen GefäßassistentInnen, die zwischen 2009 bis 2012 ihr Examen erfolgreich abgelegt hatten (n=143), ein Fragebogen über ihre aktuelle Tätigkeit und ihre berufliche Situation zugesandt. Zum Stichtag wurden 84 Bögen (59 %) zurückgesandt, davon waren 23 anonymisiert, 48 Teilnehmer Frauen und 13 Teilnehmer Männer.

Ihrer medizinischen Ausbildung nach (vor Weiterbildung zum Gefäßassistenten), gaben 21 (25 %) Teilnehmer an, ArzthelferInnen zu sein, 57 (68 %) waren Krankenschwestern – davon 8 mit Fachweiterbildung – und 6 (7 %) Teilnehmer OTAs.

Aktuell sind 74 GefäßassistentInnen in Vollzeit tätig, neun in Teilzeit, und eine(r) ist nicht berufstätig. 4 Teilnehmer sind in einer Praxis bzw. an einem MVZ angestellt. An einer Universität sind 5 GefäßassistentInnen beschäftigt, an einem öffentlich-rechtlichen Krankenhaus 39, an einem Haus eines privaten Klinikkonzerns 11, und bei 25 ist der Träger eine Kirche bzw. gemeinnützige Stiftung. Seit dem Examen haben nur fünf GefäßassistentInnen den Arbeitgeber gewechselt.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf GefäßassistentInnen, die in einem Krankenhaus tätig sind (n=80). Auf die Frage, über welchen Stellenplan ihre Arbeitsstelle finanziert wird, gaben 45 „Arzt“ an, 25

„Pflege“ und 5 eine Mischfinanzierung. Bei weiteren 5 war die Finanzierungsquelle nicht bekannt.

Nach eigener Einschätzung sind 68 (85 %) voll in dem Tätigkeitsprofil eines Gefäßassistenten eingesetzt, 12 nur teilweise. Obwohl man aus einigen Antworten auf eine gewisse Spezialisierung schließen kann, sind über 90 % der GefäßassistentInnen in wenigstens zwei der drei Arbeitsbereiche Operationssaal, Station/Aufnahme und apparative Diagnostik aktiv tätig. Im Operationssaal werden 66 Teilnehmer (83 %) eingesetzt. Davon dürfen 2 ausschließlich instrumentieren, 64 sind als OP-Assistenz tätig, davon 59 auch als erste Assistenz. Auf der Station/im Aufnahmebereich sind 75 Gefäßassistenten tätig. Davon erheben 56 eine (ärztliche) Anamnese, 32 kodieren und 43 sind mit der Stationsorganisation befasst. Als Wundmanager sind 55 Gefäßassistenten tätig. Diagnostische Untersuchungen wie die Messung des Knöchelarteriendruckes (ABI) führen fast alle Gefäßassistenten durch. Duplexsonografien führen 41 (51 %) der Gefäßassistenten durch, davon 33 auch Carotis-Duplexsonografie.

Die Frage nach dem Arbeitslohn ergab deutliche Unterschiede. Nach eigenen Angaben haben 34 der 80 Teilnehmer (43 %) nach der Weiterbildung zum Gefäßassistenten keine zusätzlichen finanziellen Zuwendungen erhalten. Monatlich fixe Zulagen erhalten 16 GefäßassistentInnen, 17 eine tarifliche Höhergruppierung sowie einmal einen AT-Vertrag. Weitere zwei erhalten persönliche Zulagen des Chefarztes. Im Fragebogen war um Angabe des Mehrverdienstes (brutto) gebeten worden. War nur der Nettobetrag angegeben, wurde dieser zur Kalkulation des Bruttobetrags verdoppelt. Somit standen bei 35 von 46 Teilnehmern mit Mehrverdienst Eurobeträge zur Auswertung. Danach beträgt die fixe Zulage brutto zwischen 100,- und 700,- Euro, median 250,- Euro. Eine tarifliche Höhergruppierung hatte einen Mehrverdienst von 70,- bis 1.000,- (median 200,-) Euro zur Folge. Die „Chefzulagen“ für zwei Gefäßassistenten bewegten sich in derselben Größenordnung. Ein Gefäßassistent, der einen AT-Vertrag erhielt, gab sein derzeitiges monatliches Bruttoeinkommen mit 4.400,- Euro an.

Verbesserung der Weiterbildung

Gefragt war, welches Weiterbildungsmodul zukünftig intensiver vermittelt werden sollte. Von allen 84 Teilnehmern machten 59 (70 %) dazu Vorschläge. Weitaus am häufigsten (41-mal) wurde die Duplexsonografie genannt. Weitere Vorschläge waren 13-mal die Arbeit im OP (OP-Verfahren, Nahtkurs, EVAR, endovaskulär), das Wundmanagement (11-mal) sowie Codierung und Phlebologie (je siebenmal). Vereinzelt wurde eine intensivere theoretische Weiterbildung genannt (Anatomie, Pathophysiologie, Pharmakologie, Radiologie, Indikationsstellung). Zweimal wurden die Einrichtung eines CME-Systems bzw. regelmäßige Pflichtkurse nach Beendigung der Weiterbildung gefordert.

Situation im niedergelassenen Bereich

Nur vier der Befragten sind in einer Praxis oder einem MVZ tätig, davon einer in einer nicht (gefäß-)chirurgischen Praxis. Drei GefäßassistentInnen führen die Duplexsonografie durch, eine(r) leistet Assistenz im OP. Alle erhalten eine Zulage vom Praxisinhaber, in der Höhe vergleichbar dem Klinikbereich.

Einfluss von Variablen und Kommentar

Die Verteilung der Berufsgruppen (Krankenpfleger, Arzthelferin, OTA) war bei allen Trägerarten vergleichbar. Der ursprünglich erlernte Beruf hatte keinen Einfluss auf das Tätigkeitsprofil oder die Häufigkeit bzw. die Höhe einer finanziellen Verbesserung. Die Art des Klinikträgers hat keinen signifikanten Einfluss auf das Tätigkeitsprofil oder die finanzielle Situation. Bei geringer Zahl (n=5) lässt sich allenfalls an den Universitätskliniken als Trend erkennen, dass die Häufigkeit einer finanziellen Verbesserung seltener (1 von 5), gleichzeitig aber auch das Tätigkeitsprofil eingeschränkter ist (keine erste Assistenz im OP, nur 1 mal Angabe Duplexsonografie). Ein Wechsel des Arbeitgebers scheint sich jedoch zu lohnen: Von den fünf GefäßassistentInnen, die ihre Stelle gewechselt haben, erhielten vier von ihrem neuen Arbeitgeber eine Zulage.

Das von den Teilnehmern der Umfrage mehrheitlich genannte Tätigkeitsprofil entspricht weitgehend den Vorstellungen und Vorgaben, die die DGG für GefäßassistentInnen vorgesehen hat. Nimmt man als typische und zweifelsfrei „ärztliche“ Leistung die erste Assistenz im OP und die Duplexsonografie, so erledigen damit 67 (84 %) der Teilnehmer ärztliche Aufgaben. Ein großer Teil der Befragten äußerte Unzufriedenheit mit der Entlohnung, die im Verhältnis zu den durchgeführten Tätigkeiten als nicht adäquat eingeschätzt wird. Viele ursprünglich im Stations- und OP-Dienst – und damit im Schichtdienst – eingesetzte Mitarbeiter erhalten zwar für ihre Tätigkeit als GefäßassistentIn eine Zulage bzw. Höhergruppierung, ihr Nettoeinkommen liege jedoch nach Wegfall der teilweise steuerfreien Schichtzulage niedriger als vorher. Von vielen wird über langwierige Verhandlungen über eine bessere Entlohnung mit der Klinikleitung berichtet. Vereinzelt wird die DGG aufgefordert, Empfehlungen für eine finanzielle Zulage zu veröffentlichen.

Demgegenüber kommt aus den Textangaben eine hohe Zufriedenheit mit der Art der Tätigkeit als GefäßassistentIn zum Ausdruck. Nur sehr wenige fühlen sich unterfordert oder sind enttäuscht, nur einmal wird die Weiterbildung zum Gefäßassistenten bedauert.

EndoVaskuläre/r Assistent/in DGG® (EVA)

Es existiert in Deutschland bislang keine Weiterbildung medizinischer Assistenzberufe, die diese in die Lage versetzt, endovaskuläre Eingriffe zu assistieren. Angehörige nicht-ärztlicher Berufe, die als OP-Pfleger/-schwestern im OP-Saal eingesetzt werden, erhalten für derartige Tätigkeiten bislang keine strukturierte Weiterbildung. Auch die dieser Tätigkeit am nächsten stehende Ausbildung zur Medizinisch-Technischen RöntgenassistentIn (MTRA) sieht derartige Tätigkeiten nicht vor. Die Entwicklung der invasiven Gefäßmedizin stützt sich jedoch zunehmend auf diese Techniken, die mittlerweile eine tragende Säule im therapeutischen Armamentarium des Gefäßchirurgen darstellt. Dieser Entwicklung soll durch die spezifische Ausbildung des hier tätigen medizinischen Assistenzpersonals Rechnung getragen werden, die jetzt im Rahmen eines strukturierten Weiterbildungsmodells auf den Weg gebracht wurde: Mitte Juni dieses Jahres beginnt der erste Fortbildungskurs zum/r EndoVaskulären/n Assistenten/in DGG®. Die/Der EndoVaskuläre Assistent/in DGG® führt eine Vielzahl von technischen und unterstützenden Tätigkeiten von Patienten und bildgebenden Systemen im

Hybrid-OP und/oder der Angiosuite durch. Sie/er kann als erste Assistenz für den behandelnden Gefäßchirurgen bei der Durchführung von Hybrideingriffen und perkutanen endovaskulären Eingriffen eingesetzt werden [11].

Diese Weiterbildung ist als einjährige berufsbegleitende Ausbildung vorgesehen und stützt sich auf drei Säulen:

- Weiterbildung in ermächtigten Kliniken
- Hospitationen in ermächtigten Kliniken
- Berufsbegleitende Kurse

Zu den Anforderungen zählen eine abgeschlossene Ausbildung zum Operations-Technischen-Assistenten (OTA)/OP-Pfleger/in, zur/m Medizinisch-Technischen/r Radiologie Assistent(in) (MTRA), Krankenpfleger/in, Medizinische/r Funktionsassistent(in) oder Gefäßassistent/in DGG®. Alle diese Berufsgruppen sollten bereits über OP-Erfahrung verfügen.

Zu den spezifischen Ausbildungsinhalten zählen folgende Themenschwerpunkte: Physiologie und Pathophysiologie des Gefäßsystems, Erkrankungen der Arterien und Venen, Abläufe gefäßchirurgischer Interventionen, Hygiene und Wundbehandlung im OP, Vor- und Nachbereitung des Patienten im OP, intraoperative Betreuung und Monitoring des Patienten, Materialkunde (Schleusen, Drähte, Katheter, Stents und Stent-Graft-Systeme), Strahlenschutz und Kontrastmittelsicherheit, Dokumentation und schließlich Punktionstechniken (antegrad, retrograd, Seldinger) am Modell.

Der/die EVA unterstützt den Operateur bei Eingriffen im Hybrid-OP und im Katheterlabor bei perkutanen und assistiert offenen endovaskulären Eingriffen sowie Hybrideingriffen, bei der Vor- und Nachbereitung des Patienten sowie der prä- und postprozeduralen Betreuung des Patienten. Daneben zählen die fachgerechten Instrumentiertätigkeiten sowie die Durchführung nicht-invasiver Gefäßdiagnostik inkl. Duplex zur präinterventionellen Bestätigung der Diagnose und zur postoperativen externen Qualitätskontrolle zum Aufgabenspektrum der EVA. Darüber hinaus fällt die Dokumentation und Nachbereitung, Lagerung und Archivierung von Diagnostik- und Interventionsbildern der durchgeführten Verfahren zu ihrer Tätigkeit. Die intraoperative Wundbehandlung und die ordnungsgemäße vorbeugende Wartung der Geräte, regelmäßige Reinigung, Überwachung von Sicherheit inkl. Kenntnissen im Strahlenschutz runden die Tätigkeit ab.

Die Weiterbildung erfolgt intern in der Klinik, an der die/der Weiterzubildende als Angestellter vollschichtig tätig ist (Ausbildungsklinik). Verantwortlich für die interne Weiterbildung ist in der Regel der Arzt, dem von der zuständigen Landesärztekammer auch die Befugnis zur (Teil-) Weiterbildung zum Facharzt für Gefäßchirurgie bzw. Schwerpunkt Gefäßchirurgie erteilt wurde. Der Weiterbilder muss das Zertifikat Endovaskulärer Chirurg DGG besitzen.

Die interne Weiterbildung wird ergänzt durch extern durchgeführte Kurse sowie durch einwöchige Hospitationen (ermächtigte Hospitationsklinik). Diese dürfen nicht an der eigenen Klinik stattfinden. Die Hospitationen erfolgen an ermächtigten, von der DGG (oder DGG mit DGA und/oder DRG) zertifizierten Kliniken. Das Zertifikat Endovaskulärer Spezialist DGG muss hier vorgehalten werden. Die Kliniken werden regelmäßig evaluiert. Zusätzlich zu diesen externen Hospitationen finden Kurse statt, die folgende Inhalte aufweisen (Tab. 2):

Tab. 2: Kurse zur EVA Weiterbildung

Kurs 1	Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Gefäßsystems, nicht-invasive Gefäßdiagnostik
Kurs 2	Perioperative Medizin, Wundbehandlung und Hygiene
Kurs 3	Materialkunde, Punktionstechniken, Übungen am Modell
Kurs 4	Strahlenschutzkurs (nach §24 RÖV). Dieser Kurs wird extern angeboten
Kurs 5	Dokumentation und Qualitätssicherung, Bildverarbeitung

Nach abgeschlossenem Kurs- und Hospitationsprogramm erfolgt eine schriftliche Abschlussprüfung. Die Gesamtkosten der Weiterbildung belaufen sich auf 2.345,- € (zuzüglich der Kosten für den externen Strahlenschutzkurs). Die Weiterbildung zur EVA steht am Anfang. Das erste Kurssemester beginnt im Juni dieses Jahres.

Die zukünftige Entwicklung in der Gefäßchirurgie

Wir stehen vor großen Aufgaben in der Gefäßmedizin, denn zwischen der demographischen Entwicklung westlicher Industrienationen und der Versorgungswirklichkeit vaskulärer Erkrankungen klafft eine immer größer werdende Lücke: Im Jahr 2030 werden 8 Mio. mehr über 60-jährige unter uns sein als heute, was einer Zunahme von fast 40 % entspricht; mit fast 60 % steigt der Anteil der 80 bis 90-jährigen besonders stark. Jeder dritte Bundesbürger wird dann zu dieser Altersgruppe zählen. Unsere Lebenserwartung wird auf 80 bzw. 85 (Frauen) Jahre steigen. Bei insgesamt rückläufigen Bevölkerungszahlen ist also in den kommenden Jahren mit einer Zunahme an Pflegebedürftigen und Krankenhausbehandlungen zu rechnen. Bereits heute macht die stationäre Therapie über ein Viertel der Gesamt-Gesundheitskosten in Deutschland aus – 2005 waren dies 62 Milliarden Euro.

Mit weitem Abstand waren bereits vor fünf Jahren Herz-/Kreislaferkrankungen Einweisungsdiagnose Nummer eins in Deutschland, erst mit weitem Abstand folgen die Neubildungen. Der Anteil der Krankenhausbehandlungen der über 60-jährigen Patienten wird nach diesen Berechnungen auf über 60 % ansteigen, parallel wird der Behandlungsanteil der unter 40-jährigen zurückgehen [4].

Identisch zu dem Krankenhaus-Behandlungsbedarf wird sich der Pflegebedarf entwickeln. Diese Trends sind zu einem großen Teil auf die Zunahme von Herz- und Gefäßerkrankungen zurückzuführen, was erhebliche Auswirkungen auf die Gefäßmedizin von morgen haben wird. Die Gefäßmedizin wird stark boomen. Im Vergleich zu allen anderen Gebieten (mit Ausnahme der Onkologie in schwächerem Maße) wird die Nachfrage nach unserer

Profession stark ansteigen. Es wird die Einrichtung von mehr Gefäßzentren erforderlich [4], genauso wie die gefäßchirurgische Spezialisierung. Schon heute werden jährlich in deutschen Krankenhäusern über 200.000 gefäßchirurgische Hauptdiagnosen kodiert. In der Kliniklandschaft ist jedoch festzustellen, dass in der Großzahl der Krankenhäuser Patienten mit vaskulären Diagnosen weiterhin immer noch nicht spezialisiert versorgt werden. Wir müssen mehr Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung in den vaskulären ärztlichen und nicht-ärztlichen Professionen generieren.

Die Etablierung neuer Berufsgruppen wie der GefäßassistentIn und der Endovaskulären AssistentIn trägt dieses Erfordernis Rechnung. Mit diesem Kunstgriff werden wir auch künftig in der Lage sein, gefäßmedizinische Krankheitsbilder effizient, kompetent und auf höchstem Niveau behandeln zu können und dabei hochmotivierte Mitarbeiter aus dem ärztlichen und arzt-assistentlichem Bereich zu halten.

Die Zukunft der Gefäßmedizin liegt in der Minimierung des Eingriffstraumas. Mit der Translokation technischer Ausstattungen in den Operationssälen ergeben sich weitreichende Auswirkungen auf die Ablaufprozesse in der Behandlung unserer Patienten. Der Hybridarbeitsplatz ermöglicht nicht nur die Zusammenführung von invasiver Diagnostik und Therapie in einem Schritt, er ermöglicht ebenso eine Minimierung des Eingriffstraumas durch Kombination verschiedener Techniken.

Fazit

Mit der Implementierung neuer medizinischer Assistenzberufe ist die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG) neue Wege zur Professionalisierung der Gefäßmedizin von morgen gegangen. Die Ergebnisse der aktuellen Evaluation der Gefäßassistent/in DGG® belegen, dass diese Entwicklung richtig ist und auch von hoher Akzeptanz der Beteiligten begleitet ist. Letztendlich führt diese Entwicklung zu einer Neudefinition um die Kerninhalte des Arztberufes, von dem unsere Kollegen heute durch Kodierung, Dokumentation, Sekretärs- und Schreibarbeit etc. immer mehr abgehalten werden. Diese notwendige Katharsis wird die Motivation des jungen Mediziners, in dem Beruf zu bleiben, den er studiert hat, erheblich steigern – weil er sich künftig um die eigentlichen Aufgaben seiner Profession kümmern kann: die Sorge um seinen Patienten.

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

Debus E. S. / Schweiger H. Ärztliche Assistenzberufe in der Gefäßmedizin. Passion Chirurgie. 2013 August, 3(08): Artikel 02_05.