

Neuer Assistenzberuf

Physician Assistants: Mühsame Entwicklung eines neuen Assistenzberufs

Erst wenige Hochschulen bieten hierzulande ein Bachelorstudium zum Arztassistenten, alias Physician Assistant an. Der Beruf muss sich noch etablieren. Unter den ärztlichen Fachgesellschaften haben sich die der Orthopäden und Unfallchirurgen schon früh engagiert.

Das war deutlich: Nein zum „Arzt light“. Neue Arztassistenten-Studiengänge in Deutschland brächten eine „Substruktur unterhalb des Arztberufs“, mit ihnen drohe eine 2-Klassen-Medizin. So massiv wetterte die Vertreterversammlung der KBV im Mai 2014 gegen einige neue Studiengänge für Assistenzberufe im hiesigen Gesundheitswesen. Da entstände ein „Arzt light, dessen Aufgaben laut Studienbeschreibung die Erstanamnese mit körperlicher Untersuchung, Verdachtsdiagnosen, die Aufstellung von Behandlungsplänen und sogar die Durchführung eigenständiger kleinerer operativer Eingriffe“ umfasse, zitiert das KBV-Heft Klarheit den stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dr. Stefan Windau. Vor allem im Visier hatten die Ärzte einen von der privaten Fresenius-Hochschule angebotenen Bachelor-Studiengang zum Arztassistenten.

Die Betroffenen verstehen nicht recht, was gemeint ist. „Da wird eine Diskussion über etwas geführt, was gar nicht existiert“, meint Samantha Keller von der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e.V. Kritiker hätten Angst vor der Substitution ärztlicher Tätigkeiten – doch darum ginge es überhaupt nicht. Keller: „Wir arbeiten im Rahmen der ärztlichen Delegation, wir sprechen uns gegen Substitution aus.“

Bislang nur wenige Absolventen

Auf jeden Fall richten sich die ärztlichen Ängste gegen eine bislang verschwindend kleine Anzahl an neuen Berufstätigen. Vielleicht einige Dutzend Absolventen im Jahr kommen von wenigen, überwiegend

privaten Hochschulen, die einen Bachelorortitel zum, neudeutsch, Physician Assistant anbieten. Es sind derzeit neben Fresenius in Frankfurt („Physician Assistance“), die Mathias Hochschule in Rheine („Medizinassistenz“), die Fliebler Fachhochschule Düsseldorf („Medizinische Assistenz – Chirurgie“) und als derzeit einzige staatliche Einrichtung, die Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) in Karlsruhe.

Premiere hatte dieser Studiengang hierzulande bei der Steinbeis-Hochschule in Berlin, die 2005 erstmals ein 3-jähriges Bachelorstudium für die neuen Assistenten anbot. Entwickelt von einigen Herzkliniken, seit 2010 auch begleitet von der DGOU, die Ausbildungsinhalte für eine eigene Vertiefung in Orthopädie und Unfallchirurgie mit aufgelegt hatte. Von 7 Studenten mit Schwerpunkt Orthopädie und Unfallchirurgie, berichtete Dr. Andreas Bonk, der zuständige Projektkoordinator der DGOU auf dem DKOU 2010. Grundlagen in Anatomie, Physiologie, Chirurgische Techniken, Dokumentationswesen waren zu lernen. Denn die neuen Assistenten sollen unter strikter Aufsicht dem Arzt Routinetätigkeiten abnehmen – nicht nur im OP, sondern auch auf Station. Von Wundnaht bis Pflege der Patientenakte – die Entlastung für die Ärzte von vergleichsweise einfachen Tätigkeiten ist ein Argument der Protagonisten für den neuen Assistenzberuf.

Schon früh hatten sich gerade die Fachgesellschaften der Orthopäden und Unfallchirurgen für ihn engagiert. Gewünschter Nebeneffekt: Eine Entwicklung, die von Politik und anderen Akteuren im Gesundheitswesen ohnehin angestoßen ist,

zumindest mitzugestalten, wie Reinhard Hoffmann von der DGOU im ZFOU-Interview betont (Siehe Interview Hoffmann ab Seite 4).

Staatliche Hochschule im Aufwind

Die Hochschullandschaft, überschaubar genug, ist dabei derzeit im Umbruch. Bei Steinbeis ruht derzeit der Betrieb. Ein Grund sind die Kosten. Die privaten Hochschulen verlangen von ihren Studenten Gebühren von mehreren Hundert Euro – pro Monat. Auch wenn manche der Studenten als bereits examinierte Pflegekräfte von ihren ursprünglichen Dienstherren, den Krankenhäusern, einen Teil der Kosten bezahlt bekommen, bleibt immer noch ein happiger Batzen.

Im Aufwind sieht sich da die DHBW in Karlsruhe – als bislang einzige staatliche Hochschule, die den Bachelor offeriert. Studiengebühren fallen hier nicht an. Im Gegenteil, der Abschluss eines Arbeitsvertrags mit einer der Partnerkliniken der Hochschule ist eine Voraussetzung für die Aufnahme des Studiums. Die Studenten arbeiten alternierend 3 Monate im Klinikum, und sind 3 Monate an der Uni, erhalten dafür ein erstes Salär, das nicht unter 750 Euro im Monat liegen sollte – wie DHBW-Studiengangsassistentin Tanja Wörmann mahnt. Die DGOU ist auch in Karlsruhe seit 2 Jahren neben weiteren Fachgesellschaften mit im Boot – sie gestaltet die Ausbildungsinhalte für einen eigenen Schwerpunkt in Orthopädie und Unfallchirurgie mit.

Es ist naheliegend, dass die Anbieter-Unis auch kräftig Bedarf für die neue Ausbildung reklamieren. Neue Berufsbilder wie der Physician Assistant/Arztassistent seien aus mehreren Gründen nötig, meint Professor Marcus Hoffmann, zuständiger Studiengangsleiter an der DHBW. Da sei vor allem der sich abzeichnende Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen, der vielleicht durch neue, attraktive Ausbildungsformate abgedeckt werden könne.

Hoffmann sieht auch überhaupt keinen Dissens zur Position der KBV. Die neuen Assistenten sollten ausschließlich delegierbare Leistungen übernehmen, es ginge nicht um Substitution – der von manchen in der Ärzteschaft gefürchtete schleichende Verlust an bislang exklusiv erbrachten Leistungen fiele damit aus. Und die Delegation, bei der die letztendli-

che Verantwortung beim Arzt bleibt, sei auch gar nicht neu, so Hoffmann. Längst etabliert sind Berufe wie der des Medizinisch Technischen Assistenten, der des Operationstechnischen Assistenten (OTA), oder auch die Tätigkeit von OP-Pflegern – alles Assistenzberufe für den Arzt, pardon – am Ende vor allem für den Patienten.

Warum da ausgerechnet einige Dutzend Bachelors als neue Physician Assistants so die Gemüter erregen, erschließt sich höchstens auf den 2. Blick. In einigen anderen Ländern ist der Beruf zumindest schon lange etabliert.

Über 105 000 Arztassistenten zählte die Physician Assistants History Society in den USA mit Stichtag Anfang 2013, und der Bedarf an diesem Bindeglied zwischen Ärzten und pflegerischen Kräften, so die Gesellschaft, werde allein schon aufgrund der neuen US-Gesundheitsreform kräftig weiter wachsen. Einige Quellen beziffern die Verdienstmöglichkeiten von Physician Assistants in den USA mit über 100 000 US-Dollar im Jahr – auch davon sind die ersten hiesigen Absolventen noch ein gutes Stück entfernt (Anm. Red. siehe Interview Seelisch ab Seite 6). „Das US-Gesundheitswesen würde heute ohne Physician Assistants in bestimmten Bereichen klar an seine Grenzen stoßen“, kommentiert Marcus Hoffmann.

Studium oder berufsbegleitende Weiterbildung – was reicht aus?

Hierzulande ist vieles am neuen Berufsbild hingegen noch unscharf.

Das beginnt mit den Eingangsvoraussetzungen der neuen Studiengänge: Viele der Angebote richten sich derzeit vor allem an Pflegekräfte, als Weiterbildung.

Auch die DHBW fordert ein pflegerisches Examen als Voraussetzung, plus Abitur oder FH-Reife. Wer mit einem Hauptschulabschluss kommt, erhält ebenfalls eine Chance zu einem Eignungstest, muss dann aber als examinierter Kranken- und Gesundheitspfleger mindestens 3 Jahre Berufserfahrung haben. Andere Berufsgruppen, etwa MTA oder Physiotherapeuten haben in Karlsruhe derzeit keine Chance. Der Grund ist eine Besonderheit in Baden-Württemberg. Ausbildung und Titel Physician Assistant sind dort durch eine eigens erlassene Weiterbildungsverordnung Arztassistenten staatlich geregelt

und anerkannt. Marcus Hoffmann: „Der Studiengang an der DHBW wurde seit 2007 auf Initiative des Wissenschaftsministeriums in Stuttgart entwickelt und idealerweise gleich auch gesetzlich geregelt.“ Dabei wurde das Studium primär als Weiterbildung für Pflegekräfte konzipiert. Derzeit sind die Eingangskriterien damit aber eben gesetzlich festgelegt. Hoffmann möchte eine Öffnung der Zulassung auch für andere Berufe im Gesundheitswesen, etwa Physiotherapeuten, OTA oder MTA, das erfordere aber eine Änderung der Landesverordnung. Langfristig wünscht er, wie auch andere Experten (Anm. Red. siehe dazu das Interview Blum ab Seite 10) ein Heilberufegesetz, in dem diese Dinge bundesweit geregelt werden. Hoffmann: „Wir haben einen großen Bedarf an gesetzlichen Klarstellungen bei mehreren neuen Berufen nicht-ärztlicher Experten.“ Davon ist die Szene aber noch ein paar Jahre weg.

„Klassische“ Berufe im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber strikt geregelt. Die ärztliche Approbation ist klar gesetzlich geregelt, dito die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger.

Etliche neue Berufe harren derzeit der staatlichen Regelung, und damit ihrer Anerkennung. Dazu zählt auch der Beruf der Operationstechnischen Assistenten, OTA, den die Deutsche Krankenhausgesellschaft bereits seit 1996 in einer „Empfehlung“ und eigenen Richtlinien konzipiert hat. Mit Erfolg: 2008 waren es bundesweit 73 von ihr zertifizierte OTA-Schulen mit 1 342 Ausbildungsplätzen. Die Zahl der Absolventen geht bereits in die Tausende. „Qualifizierte Instrumentation“ im OP, Sorge für die Geräte, aber auch Betreuung der Patienten und Verantwortlichkeit für „zahlreiche organisatorische Abläufe“ in einer Klinik nennt der Deutsche OTA-Schulträger-Verband als Kernelemente des Berufs. Eine gesetzliche Regelung der 3-jährigen Ausbildung steht hingegen aus – auch wenn die Gesundheitsministerkonferenz der Länder schon 2006 die Bundesregierung dazu aufforderte. Bereits zum 2. Mal legte der Bundesrat vergangenes Jahr einen Gesetzentwurf zum OTA-Beruf vor. Die Bundesregierung setzt hingegen auf eine Regelung, die gleich mehrere dieser neuen Berufe umfasst, nicht nur den OTA, sondern auch den Bereich der Anästhesietechnischen Assistenz (ATA) und „perspektivisch auch die Entwicklung weiterer Zweige des Funktionsdienstes im Operationsbereich



Der Physician Assistant soll vom behandelnden Arzt verschiedenen Tätigkeiten übertragen bekommen (Bild: M. Thomas / Thieme Verlagsgruppe).

aufgreifen“ könnte (Anm. Red. siehe Drucksache 18/1581, Deutscher Bundestag).

Die neuen Arztassistenten, alias Physician Assistants sind allerdings nicht mit dabei. Derzeit bringen sie offenbar mangels Anzahl nicht die kritische Masse, damit sich der Gesetzgeber mit ihnen befasst.

Zugleich ist die begriffliche Verwirrung hier besonders hoch. Denn nicht nur einige Hochschulen, vielmehr auch etliche nicht-akademische Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote für Physician Assistants, Arztassistenten oder ähnliche Titel mehr sind im Angebot. So bietet der private Klinikbetreiber Asklepios in Wiesbaden die Weiterbildung zum COA, zum Chirurgischen Operationsassistenten. Etliche Klinikschulen offerieren eine Ausbildung zum Chirurgisch Technischen Assistenten (CTA) nach einem „Osnabrücker Modell“, erstmals entwickelt von der Katholischen Bildungsstätte für Gesundheitsberufe in Osnabrück (Siehe dazu auch <http://www.chirurgie-assistenten.de/berufsbild>).

Offene Definition des Berufsbildes

Wer da nun was auf Dauer mit welchem Titel tun und lassen kann, bleibt zu diskutieren. Marcus Hoffmann von der DHBW zieht eine strikte Grenze zwischen den akademischen Bachelorabschlüssen und nicht-akademischen Weiterbildungsan-

geboten: „Das ist offensichtlich bereits per Definition nicht das Gleiche. Unsere Absolventinnen und Absolventen sind breiter aufgestellt und hinsichtlich ihrer Kompetenzen wesentlich umfassender qualifiziert.“ Die Gesellschaft für Physician Assistants nimmt dito strikt nur Hochschulabsolventen auf (Anm. Red. siehe das Interview Seelisch ab Seite 6). Andere Experten sehen die Grenzen eher fließend. Einige Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) haben akademische wie nicht-akademische Ausbildungswege zusammen analysiert. Diesen Beruf müsse man nicht zwingend akademisieren, da seien auch Parallelitäten bei den Ausbildungswegen möglich, meint Dr. Karl Blum vom DKI (Anm. Red. siehe das Interview Blum ab 10). Und in der Praxis fragt womöglich kein Chirurg nach einem akademischen Titel, wenn ihm eine OP-Pflegerin mit langer Erfahrung exzellent assistiert, die Instrumente reicht oder ein OP-Feld sterilisiert.

Optimistisch stimmt eine Umfrage des DKI vom Jahr 2013 unter Absolventen der neuen Ausbildungswege. Das Gros erklärte, dass die Weiterqualifikation auch tatsächlich in die von ihnen gewünschten Tätigkeitsfelder in den Kliniken geführt hat.

Offen bleibt bei den neuen Physician Assistants obendrein die Abgrenzung von den Pflegeberufen. Wo sie bereits agieren, arbeiten die neuen Arztassistenten unter der ärztlichen und nicht unter der pflegerischen Leitung eines Klinikums. „Mit der Pflege haben wir nichts zu tun“, grenzt Sven Seelisch von der Gesellschaft für Physician Assistants ab.

Dagegen steht allerdings oftmals die Praxis der Ausbildungszugänge. Nicht nur der 1. staatliche Studiengang an der DHBW, auch weitere akademische wie nicht-akademische Ausbildungswege fordern derzeit ein Pflegeexamen als Voraussetzung, haben zumindest derzeit primär eine Qualifikation von Pflegekräften zum Ziel.

Für mehr Ordnung sorgen längst manche Fachgesellschaften. Schon 2007 entwickelte etwa die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, DGU, einen Katalog von Tätigkeiten, den die Arztassistenten im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten in Orthopädie und Unfallchirurgie übernehmen können.

Katalog für Delegation im Niedergelassenen Bereich

▼ Auch für die KBV ist das Thema Delegation eigentlich durch. GKV-Spitzenverband und KBV legten Oktober 2013 als Anlage zum Bundesmanteltarifvertrag Ärzte einen Katalog an delegationsfähigen Leistungen auf, den Assistenzberufe dem Niedergelassenen Arzt abnehmen können (Zu finden unter: http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf). Den Auftrag für die Liste hatte ihnen bereits das GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 gegeben. Von Blutentnahme bis Hausbesuch, von AGnEs, MoNi bis Verah oder EVA: Der KBV scheint die Entlastung ihrer Mitglieder durch diese neuen Assistenzberufe willkommen: „Die KBV unterstützt das Anliegen, den Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte Leistungen übernehmen und damit Ärzte entlasten, flächendeckend zu ermöglichen und leistungsgerecht zu vergüten.“ So schreibt die Vereinigung in ihrer Positionierung zum aktuellen Koalitionsvertrag, in dem die 3 Berliner Regierungsparteien just diese Ziele notiert haben.

Und immerhin 71,5% von 1063 Ärztinnen und Ärzten, die 2014 bei einer Umfrage des Hartmannbunds mitmachten, sehen die Delegation ärztlicher Leistungen positiv, glauben an eine Entlastung, um sich selber mehr auf „originäre Tätigkeiten“ konzentrieren zu können. 78,2% hatte bei dieser Umfrage allerdings Probleme damit, dass das Haftungsrisiko des Arztes unklar ist. Und immerhin ein Drittel fürchtete, dass da eine Konkurrenz heranwächst, die womöglich einmal ein größeres Stück vom Kuchen abbekommt, der derzeit den Ärzten gehört.

Delegation versus Substitution

▼ Es sind die neuen akademischen Ausbildungswege zum Physician Assistant, die offenkundig im Zentrum der Kritik mancher Gruppen stehen. Andere Akademiker am OP-Tisch, das ist ungewohnt. Könnte aber noch häufiger vorkommen.

Eine zunehmende Akademisierung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen stelle in den unterschiedlichsten Versorgungsbereichen die Monopolstellung der Ärzteschaft in Frage, konstatierte schon

2009 ein Literaturreview von Forschern der Uni Witten/Herdecke im Auftrag der BÄK (Anm. Red. siehe www.bundesaerztekammer.de/downloads/Nicht-aerztliche-Berufe.pdf). Dreh- und Angelpunkt der Debatte ist der Arztvorbehalt. Am Ende ein nicht so ganz klarer Begriff. Zwar gibt das Heilpraktikergesetz nur approbierten Ärzten und staatlich anerkannten Heilpraktikern das Recht zur Ausübung der Heilkunde.

Eine allgemeingültige Rechtsgrundlage für den Begriff „ärztliche Tätigkeit“ bestehe hingegen nicht, konstatierte etwa ein Gutachten eines Teams um Marcus Redaelli vom Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Uni Witten/Herdecke schon 2009. Daher sei die Diskussion um Delegation und Substitution äußerst schwierig, wenn nicht gar unmöglich.

Ein Ausweg: Fachgesellschaften könnten für ihre jeweilige Disziplin Listen von möglichen originären Leistungen aufstellen. Das, siehe die Arbeit der DGU, haben manche längst erkannt.

Problem gelöst? Für die praktische Arbeit eines Physician Assistants in einer orthopädisch-unfallchirurgischen Klinik vermutlich ja. Die ganz große Diskussion über völlig neue Zuschnitte von Aufgabenfeldern für Heilberufe im Gesundheitswesen könnte trotzdem noch kommen.

Eine einfache Delegation ärztlicher Tätigkeiten greife zu kurz, formulierte 2012 ein Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Und weiter: „Vielmehr muss eine sinnvolle Neustrukturierung des Aufgabenzuschnitts und der Arbeitsteilung (auch im Team) erfolgen, die einerseits eine stärkere Übernahme von Verantwortung, andererseits bessere Entwicklungsperspektiven für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe beinhaltet.“

Bernhard Epping

Neuer Assistenzberuf

Arztassistenten – Fachgesellschaften müssen neue Ausbildungswege mit gestalten

Der Generalsekretär der DGU, Reinhard Hoffmann, plädiert dafür, dass sich Fachgesellschaften bei der Entwicklung neuer Assistenzberufe im Gesundheitswesen aktiv einbringen. Sonst werde die Entwicklung schlicht ohne sie verlaufen.

? Mittlerweile gibt es einige erste Arztassistenten, alias Physician Assistants, in Deutschland. Was ist das Ihrer Definition nach für ein Beruf?

Diese Arztassistenten führen qualifizierte Aufgaben unter der Supervision eines Arztes durch. Das ist im Wesentlichen eine Tätigkeit in einer Klinik oder einer operativ tätigen Praxis.

? Sie empfinden diesen neuen Beruf als Bereicherung?

Wir haben uns seitens der DGOU ja sowohl bei der Steinbeis-Hochschule in Berlin, neuerdings auch mit der DHBW in Karlsruhe zu den Ausbildungsinhalten engagiert. Ja, wir sind der Meinung, dass die Ausbildung von Physician Assistants an vielen Stellen sinnvoll ist. Die Zahl der am Patienten tätigen Ärzte nimmt im Saldo zukünftig eher ab, da brauchen wir neue Assistenzberufe, die uns unterstützen. Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund vieler patientenferner Tätigkeiten, die Ärzten in den letzten Jahren auferlegt wurden. Etwa überbordende Dokumentationspflichten. Hier benötigen wir eine „Rückdelegation“ beziehungsweise qualifizierte Unterstützung.

Wir verspüren allerdings mit Sorge einen gewissen Druck aus der Politik heraus, dass Ärzte manche rein ärztlichen Tätigkeiten vielleicht ganz abgeben sollen, dass sie ersetzt, alias substituiert werden. Das kann weder im Interesse unserer Patienten noch der Ärzteschaft sein. Einer der Hauptgründe, dass wir uns zum Thema Physician Assistants so engagieren, ist daher auch, dass wir in diesem politischen Prozess mitgestalten und mitgehört werden wollen.

? Jenseits dieses pragmatischen Arguments – was spricht aus Ihrer Sicht für den neuen Beruf eines Arztassistenten? Haben Sie positive Erfahrungen?

Wir haben bei uns in der Klinik 2 Kollegen, die das machen. Das sind aus meiner Sicht in jeder Hinsicht sehr wertvolle Mitarbeiter.

? Welche ärztlichen Tätigkeiten sind delegiert, übernehmen die Mitarbeiter?

Das fängt an bei administrativen Arbeiten, etwa, dass jemand im Vorfeld einer Visite und Besprechung die Befunde zusammen sucht. Diese Assistenten können darüber hinaus einfachere, vorbereitende Aufnahmegespräche und standardisierte Untersuchungen übernehmen. Das eigentliche Arztgespräch und die ärztliche Untersuchung werden nicht ersetzt sondern gründlich vorbereitet und effizienter gemacht. Im OP assistieren diese Mitarbeitern, in unserem Setup vorwiegend als 2. Assistenz – im Einklang mit den Vorstellungen der Fachgesellschaft.

? Es gibt noch mehr, Sie sind einer der Autoren eines 2008 aufgelegten DGU-Katalogs delegierbarer Tätigkeiten (DGU Mitteilungen und Nachrichten 57/2008, Seite 47ff). Da steht zum Beispiel, das Wundmanagement sei delegierbar. Wirklich? Das ist im Einzelfall eine sehr komplexe Behandlung...

Da steht Wundverband und Lagerungsschienen. Und ja, da steht auch das Wundmanagement, aber mit der Einschränkung, dass ein Assistent es nur bei Vorliegen eines Wundleitfadens und einer ent-



Professor Reinhard Hoffmann, geboren 1957, ist Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BGU) Frankfurt am Main. Seit letztem Jahr ist er Generalsekretär der DGU und stellvertretender Generalsekretär der DGOU. Hoffmann ist Mitautor zahlreicher Publikationen der DGU zum Thema Delegation ärztlicher Leistungen an neue Assistenzberufe in der Chirurgie (Bild: BGU Frankfurt).

sprechenden Ausbildung übernehmen soll. Das ist ein wichtiger Zusatz. Dazu muss man sagen, diesen so genannten Wundmanager gibt es heute schon, allerdings aus dem Pflegebereich und diesem zugeordnet. Im Wesentlichen geht es hierbei um die Pflege und das Management chronischer Wunden, zum Beispiel den Dekubitus. Natürlich ist es wichtig, dass hier jetzt nicht auf einmal postoperative Wunden am Arzt vorbei gemanagt werden. Genau das wollen wir nicht. Die Beurteilung postoperativer Wunden im Verlauf ist ärztliche Aufgabe, die viel Erfahrung braucht, und nicht delegierbar.

? Und gerade beim Dekubitus kann man so viel falsch machen

...

So ist es, und da können auch Ärzte einiges falsch machen, das hat mit dem, wer sich da alles kümmert, zunächst mal weniger zu tun. Vielmehr geht es vorrangig darum: Wenn in einer Klinik keine klaren Konzepte festgelegt sind oder Behandlungsalgorithmen, dann erzählt und sagt schnell jeder irgendwas anderes. Heute kommt der eine Doktor, morgen der andere, der eine macht dies, der andere das ...

? Und die Katastrophe nimmt ihren Lauf. Die Behandlung chronischer Wunden ist etwas, was Sie in den Händen eines Arztassistenten durchaus gut aufgehoben sehen?

Ja, unter den eben genannten Bedingungen. Steuerung der Prozesse in erster Linie auf den Stationen anhand von Standards

und Richtlinien. Auch und gerade zur Entlastung der Stationsärzte. Dann stehen die bereits genannten Punkte für mich unter dem Begriff delegierbare Tätigkeiten. Will sagen: Unter ärztlicher Überwachung.

? **Das heißt konkret, der Stationsarzt muss auch selber vorbeischauchen und sich persönlich von der Qualität der Behandlung überzeugen?**

Absolut. Delegierbare Tätigkeiten stehen immer unter Letztverantwortung der Ärzte. Sonst wäre es ja Substitution. Die lehnen wir ab, da liegen wir auf einer Linie mit der KBV.

? **Wenn ein Physician Assistant die Assistenz bei einer OP übernimmt, muss der Patient vorher darüber aufgeklärt werden?**

Ich würde immer dazu raten, dass die Patienten im Aufnahmegespräch grundsätzlich auch erfahren, dass sie auch von Physician Assistants mit betreut werden. Es reicht ja zu sagen, wir haben hier ein interdisziplinäres Team, auch Arztassistenten, die uns helfen.

? **Wenn der Arztassistent bei der OP einen Fehler macht, wer haftet?**

Bei der OP hat letzten Endes immer der durchführende Operateur die Verantwortung. Schon heute wird ja ein Wundverschluss oft vom Assistenzarzt gemacht, oder vom PJler. Am Ende des Tages muss aber immer der Operateur dafür Sorge tragen, dass die Dinge vernünftig gemacht worden sind.

? **Welche Vorteile hat der Einsatz von Arztassistenten noch?**

Einen großen Vorteil sehe ich darin, dass sie eine neue Kontinuität in die Stationsabläufe bringen können. Der ärztliche Bereich in den Kliniken ist heute personell oft so geschrumpft, die Kollegen, die früher als Stationsarzt tagsüber fast immer präsent waren, sind jetzt häufiger nicht da, weil sie sich von einer Nachtschicht erholen müssen. Die Patienten brauchen aber eine gewisse Kontinuität, einen Ansprechpartner, den sie kennen. Ein Arztassistent kann hier in die Bresche springen, weil er tagsüber regelmäßig anwesend ist.

? **Ihre beiden Mitarbeiter nehmen auch den Assistenzärzten keine Eingriffe weg, die sie womöglich für ihren Weiterbildungskatalog brauchen?**

Ich kann Ihnen sagen, unsere Assistenzärzte hier in der Klinik waren am Anfang extrem skeptisch, wie das laufen würde. Inzwischen sind die 2 Kollegen voll akzeptiert und integriert in das ärztliche Behandlungsteam. Und ihre Präsenz hat an vielen Stellen zu einer deutlichen Stabilisierung von Prozessabläufen geführt. Im Übrigen gibt es das ja nicht nur bei uns, wenn Sie mit den Kollegen in Holland sprechen, wundern die sich, dass wir das hier überhaupt diskutieren. Die sagen, wir können uns das ohne Arztassistenten gar nicht mehr vorstellen.

Die Arztassistenten nehmen den Kollegen auch keine Eingriffe weg, da sie selber nur zu Assistenzen eingesetzt werden – und das, wenn es aus personellen Gründen erforderlich ist.

? **Wie hoch sehen Sie den Bedarf an Physician Assistants in Deutschland?**

Wir machen gerade eine Bedarfsanalyse mit der DGOU und der Universität Dresden, aber heute kann ich dazu noch nichts sagen. Unterm Strich glaube ich, dass wir auf jeden Fall mehr Arztassistentinnen und –assistenten brauchen. Denn die ärztliche Ressource ist a) teurer und b) auch nur begrenzt verfügbar. Wir müssen daher noch mehr darauf achten, was wir im administrativen und vor allem in den nachgeordneten ärztlichen Arbeiten aus dem ärztlichen Dienst delegieren und guten Gewissens in die Hände solcher neuen Assistenten geben können.

? **Kritiker sagen, man solle einfach mehr Ärzte ausbilden. Vor allem die KBV hat sich in den letzten Monaten mehrfach gegen einen Physician Assistant ausgesprochen, man wolle keinen „Arzt light“, dass hier neben dem Arztberuf ein 2. akademischer Berufstitel entsteht... der dann am Ende womöglich gar bei Behandlungsplänen mitmischet oder kleinere Eingriffe eigenständig durchführt ...**

Grundsätzlich sind wir der Meinung, und da liegen wir sicherlich mit der KBV überhaupt nicht auseinander, dass es Dinge gibt, die ganz klar unter Arztvorbehalt sind. Uns liegt nichts ferner als einen „Arzt light“ auszubilden. Wir wollen einen qualifizierten Berufsgang Arztassistent unterstützen, der auch ohne uns bereits läuft und politisch grundsätzlich gewollt ist. Wir wollen das mit gestalten und dafür sorgen, dass es aus ärztlicher Sicht eben

nicht „aus dem Ruder läuft“ und in Substitution mündet.

? **Was wäre für Sie ein „aus dem Ruder laufen“?**

Wir wollen zum Beispiel keinen Arztassistenten, der auf dem Land selbstständig arbeitet, in Gebieten, wo Arztmangel herrscht, wo man keinen Hausarzt mehr hinkriegt, ... dass man dann sagt, na gut, dann schicken wir einen Arztassistenten, der macht eigenständig zumindest die wichtigsten Dinge, die nötig sind. Ich sehe da eine Gefahr, dass das ein bisschen der Hintergedanke bei manchen in der Politik ist.

Oder, wenn der Physician Assistant in einer Klinik anfangen würde, selbstverantwortlich körperliche Untersuchungen zu machen, Diagnostik anzuordnen, selbstständig Therapiepläne aufsetzt oder kleinere Eingriffe komplett macht – dann ist definitiv eine Grenze überschritten. Dass man, mal angenommen, bei knapper Arztdecke sagt, „naja, morgen bei dieser einen OP, da geht es ja nur um eine Plattenentfernung am Außenknöchel, eine kleine Platte, das soll doch der Arztassistent schnell alleine machen“. So etwas geht gar nicht. Auch wir als Fachgesellschaft lehnen solch einen „Arzt light“ nachdrücklich ab. Gerade um das zu verhindern sind wir der Meinung, müssen wir uns engagieren und Einfluss auf Curricula und Berufsbilder nehmen.

? **Aber die Frage ist am Ende, wer solch eine Substitution ärztlicher Leistungen in Deutschland wirklich will?**

Es ist die Angst vor einem Dammbbruch, wenn erst mal Dinge weg brechen, die unter Arztvorbehalt stehen. Damit gefährden Sie das Berufsbild und weichen es auf. Unserem Eindruck nach wird in den letzten Jahren gegen uns Ärzte so agitiert wie noch nie, von Politik und Medien. Wir haben daher gelegentlich den Eindruck, dass man den Arztberuf gerne etwas, sagen wir mal, aufweichen möchte. Das Zweite ist eine Frage der Kosten, mancher träumt wohl immer noch davon, dass man Kosten reduzieren kann, indem Ärzte durch vermeintlich günstigere Arztassistenten ersetzt werden. Auch wenn kluge kaufmännische Geschäftsführer wissen, dass das ein Trugschluss ist. Sie brauchen immer vernünftiges Geld, wenn Sie vernünftige Arbeit leisten wollen.

? **Offenbar ist am Ende in allen Gesetzen nicht so richtig ge-**

klärt, was genau der Arztvorbehalt ist, was nur Ärzte machen und verantworten dürfen. Ist das ein Problem?

Ich bin kein Jurist und glaube andererseits, dass sich diese Frage am Ende auch mit gesundem Menschenverstand beantworten lässt. Um das ganz praktisch anzugehen, haben wir ja 2007 diesen Katalog geschrieben und definiert, was auch aus unserer Sicht ganz klar unter Arztvorbehalt steht.

? Stichwort Qualität der Ausbildung. Bislang bieten einige wenige staatliche wie private Hochschulen den Studiengang zum Arztassistenten an. Die Ausbildungsinhalte gestalten sie weitgehend frei, mit Ausnahme von Baden-Württemberg, wo es bereits eine Verordnung dazu gibt (Siehe dazu auch die Einleitung). Auch Sie bemühen gelegentlich das Stichwort vom „Wildwuchs“ bei den Ausbildungswegen. Muss ein Gesetz her, das Ausbildungscurricula von Staats wegen definiert und regelt?

Ob man immer alles gesetzlich regeln muss, ist die Frage. Zunächst mal müsste das Berufsbild Arztassistent richtig etabliert werden. Natürlich kann man sagen, wir entwickeln einen neuen Beruf Top Down und machen erst mal ein Gesetz. Oder man lässt das von unten her wachsen, wie es momentan läuft. Was wiederum den Nachteil hat, dass sich ein gewisser Wildwuchs entwickeln kann.

Je mehr Dinge wir arbeitsteilig im Gesundheitswesen delegieren, desto sinnvoller fände ich allerdings dann auch eine gesetzliche Regelung und ein klar definiertes Berufsbild. Wobei man zunächst neu klären sollte, wie will man denn überhaupt die Berufsbilder im Gesundheitswesen in Zukunft insgesamt aufbauen.

? Es gibt schon erste Ideen für einen Mastertitel für Physician Assistants ...

Es stellt sich die Frage, was diese Absolventen mit Mastertitel alles können und dürfen. Mit einem Master sehe ich ein bisschen die Gefahr, dass sich das Ganze dann doch in Richtung „Arzt light“ entwickeln könnte. Den aber, siehe oben, wollen wir eben nicht – im Interesse unserer Patienten! Wir bleiben beim Facharztstandard – ambulant und stationär – und freuen uns über Unterstützung.

Das Interview führte BE

Neuer Assistenzberuf

„Wir sind keine Konkurrenten für Ärzte“

Die Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e. V. will die Fachgesellschaft der Arztassistenten sein. Sven Seelisch vom Vorstand der Gesellschaft, erläutert die Ziele, den Arbeitsalltag eines Arztassistenten und warum Ärzte davon profitieren.

? Sprechen Sie eigentlich vom Arztassistenten oder vom Physician Assistant?

Wir sagen Physician Assistant.

? Man spricht englisch? Wieso?

Weil der Begriff wie der Beruf aus dem amerikanischen kommt. Außerdem – beim Begriff Arztassistentin oder Arztassistent kommen Stimmen aus anderen Berufsgruppen, die dann sagen – ich bin ja Arzthelfer in einer Arztpraxis, das ist also genau das gleiche.

? Ist es aber nicht?

Nein. Wir sind offen für alle Physician Assistants, die den Bachelor-Abschluss haben oder aber derzeit machen. Was im Umkehrschluss eben heißt, dass wir nicht offen sind für andere Berufsgruppen. Es muss jemand sein, der den Bachelor hat – egal, wo er ihn erworben hat, das kann auch ein US-Abschluss sein. Wir sind kein Verein für Operationstechnische Assistenten, OTA. oder für Chirurgisch-Technische Assistenten, CTA.

? Wie viele Leute sind Sie?

Im Moment haben wir 55 Mitglieder in der Gesellschaft. Zum Teil Studenten und zum Teil Berufstätige. Nur letztere sind ordentliche Mitglieder.

? Welche Ziele haben Sie?

Wir wollen als Gesellschaft Ansprechpartner für alle Fragen zum Physician Assistant sein, so wie andere Fachgesellschaften für ihre Mitglieder auch. Dann wollen wir unsere Sache natürlich auch berufspolitisch vertreten, sowohl bei den Hochschulen als auch bei anderen Berufsverbänden.

? Sie sind die einzige Gesellschaft für Physician Assistants hierzulande?

Mir ist auf dem Niveau kein anderer Verband in Deutschland bekannt.

? Sprechen Sie denn auch mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KBV? Die hat in den letzten Monaten mehrfach erklärt, man wolle keinen „Arzt light“ in Gestalt eines Physician Assistants in Deutschland.

Wir sind aktuell beratendes Mitglied in einem Hochschulverband Physician Assistants, der im September dieses Jahr neu gegründet wurde und in dem alle derzeit 5 Hochschulen, die den Studiengang anbieten, zusammen arbeiten. Der Hochschulverband ist dann wiederum bei der KBV als auch bei der Bundesärztekammer ein Sprachrohr. Ich kann derzeit nur sagen, die Diskussion zum Thema ist im Fluss. Wir sind zudem ganz optimistisch, dass sich die Bundesärztekammer, BÄK, doch dafür aussprechen könnte, unsere Berufsgruppe, sage ich mal, mit zu unterstützen. Zumindest auch berufspolitisch zu akzeptieren. Der Konflikt, um den es da meiner Meinung nach geht, ist eigentlich längst geklärt.

? Erklären Sie bitte?

Die Frage nach Delegation und Substitution ist geregelt. Es ist ja völlig klar, wer welche Entscheidungen treffen darf in der Behandlung des Patienten. Und daran werden gerade wir auch nicht rütteln. Wir sind ja eine ganz andere Berufsgruppe. Wir arbeiten strikt nur unter ärztlicher Delegation.

? Unter Aufsicht eines Arztes und nur zu streng festgelegten Dingen?

So ist es. Untersuchungen von Patienten und letztendlich daraus die Ableitung einer therapeutischen Maßnahme – das sind Dinge, die kein Physician Assistant machen wird, das ist Angelegenheit der Ärzte.



Sven Seelisch, Jahrgang 1970, arbeitet seit 2013 als Physician Assistant in der BGU Klinik Frankfurt am Main und ist Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e. V. Seelisch hat den Bachelor-Studiengang zum Arztassistenten an der Steinbeis-Hochschule Berlin gemacht, war zuvor schon gelernter Krankenpfleger mit Zusatzqualifikation zum OP-Pfleger und hat ein Studium der Pflegewissenschaft absolviert (Bild: Sven Seelisch).

? Etliche Curricula an den beteiligten Hochschulen, aber auch Beschreibungen des Berufsbilds legen aber dar, dass Sie bei der initialen Diagnostik durchaus mit dabei sind? Dort, wo es feste Routinen gibt oder Fragebögen..

Ja, aber daraus entwickelt der Physician Assistant für sich alleine keine therapeutische Konsequenz. Die letztendliche Entscheidung und die Schlussfolgerungen daraus, die trifft ein Arzt.

? Wie ist das in der Praxis? Wo sind Sie tätig in der Klinik?

Ich arbeite auf einer orthopädisch-unfallchirurgischen Station hier in der BGU-Klinik Frankfurt am Main. Es ist die größte Station, auch mit dem größten Durchlauf an Patienten in der Klinik.

? Wenn ich zur Implantation einer künstlichen Hüfte in die Klinik käme, wie hätte ich dann mit Ihnen zu tun?

Es ist gut möglich, dass ich den 1. Kontakt zu Ihnen herstelle. Ich werde mich mit Ihnen unterhalten, auch noch mal eine kurze Analyseerhebung machen. Die Patienten, die zur elektiven OP für ein Kunstgelenk kommen, waren ja bereits vorher in der unfallchirurgisch-orthopädischen

Sprechstunde. Dort ist die Indikation gestellt worden.

Ich mache dann nach Standards nochmals eine orientierende Untersuchung. Am Ende kommen der Assistenzarzt und ein Facharzt dazu und führen das Endgespräch.

? Der Arzt macht das Aufklärungsgespräch – nicht Sie?

Genau. Ich mache ein vorbereitendes Gespräch. Später, bei der Operation ist dann ebenfalls gut denkbar, dass ich als Assistent mit dabei bin.

? Für welche Tätigkeiten genau? Ein Stichwort dabei ist wohl die so genannte OP-Assistenz? Was ist das eigentlich, diese 1. und 2. Assistenz im OP?

Nehmen wir einen endoprothetischen Gelenkersatz, das ist ein relativ großer Eingriff, der in der Regel von 3 chirurgisch tätigen Kollegen durchgeführt wird. Einer ist Operateur, der sozusagen die OP-Herrschaft hat und der die Instrumente benutzt. Er hat 2 Assistenten, einen 1. und 2. Assistenten. Sie müssen instrumentieren und übernehmen womöglich kleinere Teile des Eingriffs.

? Auch die Assistenten sind beides Ärzte?

Das waren bislang grundsätzlich immer Ärzte. Jetzt, wo wir Physician Assistants haben, kann einer von beiden auch ein Physician Assistant sein.

Assistenz kann zum Beispiel heißen, dass Sie Haken halten während einer OP, das Bein halten, ein Repositionsmanöver leisten. Dinge, wie die Präparation der Wunde selber, das Gewebe präparieren, all das bleibt aber Tätigkeit des Operateurs. Das ist dem Facharzt vorbehalten.

? Sie waren 2013 fertig mit dem Bachelor in Berlin. Hatten Sie Probleme, einen Job zu finden?

Nein. Es gibt mittlerweile auch einen gewissen Markt und Stellenanzeigen. Wobei ich da eher ein Sonderfall bin, ich hatte schon vorher hier in der Klinik als OP-Pfleger gearbeitet, bin dann nahtlos in das Studium gegangen, und habe danach hier als Physician Assistant weiter gemacht.

? Was kann ein OP-Pfleger nicht, was ein Physician Assistant darf und kann?

OP-Pflege ist ein 2-jähriges Zusatzausbildungsmodul, das ich als examinierter Krankenpfleger machen kann. Danach ar-



Der Alltag ist oft von Hektik geprägt – ein neuer Assistenzberuf könnte Entlastung schaffen (Bild: © pixland).

beite ich nur noch im OP und übernehme dort im Wesentlichen eine Instrumentiertätigkeit, Bedienen der technischen Geräte, das technische Zuarbeiten zu den Operationen. Denkbar ist auch, dass der OP-Pfleger das OP-Feld vorbereitet, desinfiziert.

? Und der Unterschied zu Ihrer jetzigen Tätigkeit?

Ich kann als Physician Assistant viel mehr Dinge übernehmen. Eine Wundnaht zum Beispiel, was ein OP-Pfleger auf keinen Fall macht. Oder eben gleich eine komplette Assistenz. Und anders als ein OP-Pfleger arbeite ich ja auch auf der Station mit den Patienten.

? Medikamente verschreiben Sie aber nicht?

Nein. Aber ich gehe bei den ärztlichen Visiten mit. Wenn es da heißt, hier müssen wir noch mal ein Blutbild machen, nach den Laborwerten schauen, dann bilde ich in gewisser Weise das Bindeglied. Während die ärztlichen Kollegen später im OP sind, schaue ich mir die neu eintreffenden Laborwerte an, prüfe, hat sich da etwas verändert? Müssen wir da handeln?

? Angenommen Sie stellen etwas Überraschendes fest? Können Sie dann selbst etwas veranlassen?

Nein. Ich bespreche das mit den Ärzten, weise sie darauf hin.

? Das könnte aber doch vielleicht auch ganz gut eine Krankenschwester übernehmen?

In der Praxis kaum. Die Pflege kümmert sich um ihre Angelegenheiten, damit ha-

ben die genug zu tun. Unsere Aufgabe als Physician Assistant ist, dass jemand da ist, der auf wichtige neue Befunde hinweisen kann. Der Stationsarzt kann sich darauf verlassen, dass ich ihm dazu berichten werde, wenn er mich vormittags damit beauftragt hat.

? Es gibt den schon von Ihnen angesprochenen Chirurgisch-Technischen Assistenten, CTA...

Ja, aber er hat mit uns absolut nichts zu tun. Nach meinem Kenntnisstand arbeitet auch der CTA ausschließlich im OP. Wir als Physician Assistants grenzen uns auch ganz klar davon ab. Wir hören immer mal wieder die Frage, ist das denn nicht das Gleiche, CTA oder OTA. Und das ist es ganz klar nicht. Ein Physician Assistant kann eben doch an einigen Stellen auch selbstständige Entscheidungen treffen. Der CTA und OTA nicht.

? Wo treffen Sie selbständig eine Entscheidung?

Wenn ich Laborbefunde oder auch konsiliarische Untersuchungsbefunde lese und in „Wichtig“ und „Weniger Wichtig“ filtere. Das kann ich übernehmen.

? Sie entscheiden nicht über Therapie, aber Sie haben die Freiheit zu sagen, diese und jene Werte sind wichtig, und die legen Sie dann dem Arzt vor?

So ist es. Durch das Studium haben wir ja auch Dinge gelernt, die uns dazu befähigen, Informationen zu filtern, um darüber sozusagen an der Therapie mitzuwirken. Ein CTA oder auch ein OTA kann im Übrigen nach meiner Kenntnis auch nicht nach

einer OP die Kurzinfos schreiben, die Diagnoseschlüssel und die Nachbehandlungen notieren. Auch das können wir übernehmen.

? Werden Sie anerkannt? Wie klinken Sie sich in den Klinikablauf ein, sind die Ärzte für Sie Kollegen?

Ja. Wobei wir uns da durchaus unterordnen. Wir sind vor allem keine Konkurrenz für Assistenzärzte, auch wenn das leider manche Ärzte immer noch glauben.

? Der Physician Assistant stellt sich hinten an?

Ja, im Zweifel mache ich die 2. und nicht die 1. Assistenz. Oder aber ich sage zum Assistenzarzt – mach du das, wenn du möchtest, ich bleibe auf Station. Gerade die Assistenzärzte wie auch die jungen Oberärzte arbeiten nach meinem Eindruck gerne mit jemandem zusammen, der wichtige Schritte schon sehr oft gesehen hat. Ich kann dann hie und da bei diesen Dingen auch mal Tipps geben.

? Es gibt Leute, die sagen, Leute wie Sie bergen die Gefahr, dass die Arztassistenten zur Weiterbildung weniger Möglichkeiten haben, ihren Eingriffskatalog im OP abzubauen.

Das halte ich für unbegründet. Ich darf ja nur assistieren, einen Eingriff selber darf nur der Arzt durchführen. Ich kann Ihnen auch sagen, dass sich da in der Praxis keine Konkurrenzsituation ergibt.

? Sie dürfen auch Infusionen hängen?

Die ein Arzt angeordnet hat, ja.

? Das wiederum werden vielleicht Gesundheits- und Krankenpfleger nicht gerne sehen, das machen die ja eigentlich. Haben Sie mit denen manchmal Gerangel? Jetzt kommt schon wieder der Arztassistent und mengt sich bei uns hier rein?

Eigentlich nicht. Diese Dinge sind auf jeder Station geregelt. Bei uns sind Blutabnahme oder Anhängen von Infusionen Sache der Pflege. Da kommen wir uns nicht ins Gehege.

? Verraten Sie, was man so verdient? Macht man als Physician Assistant da einen kräftigen Schub nach vorne, verglichen mit dem Gehalt eines OP-Pflegers?

Das kommt drauf an, im Augenblick ist das berufspolitisch eher schwierig. Ich kenne Studienkollegen, die hart verhandeln mussten, damit am Ende 50 Euro mehr im Monat rauskommen.

? Gegenüber einem pflegerischen Gehalt? Das sind dann aber nicht die Größenordnungen von über 100.000 US-Dollar, die nach einigen Angaben ihre US-amerikanischen Kollegen verdienen? (Anm. Red.: AAPA Physician Assistant Census Report - Speciality Reports 2008)
Ja, aber in den USA ist das Berufsbild ja auch schon viel länger etabliert.

? Derzeit kümmert sich auch keine Gewerkschaft um Sie?
Ja. Wir müssen unser Gehalt schon selber verhandeln, das ist so.

? Ein Krankenhaus könnte nach und nach teure Arztstellen durch günstigere Physician Assistants ersetzen. Ist da was dran?
Darauf sollte man achten. Auf der anderen Seite müssen wir ja aber in der deutschen Kliniklandschaft den Facharztstandard vorhalten. Alle medizinischen Entscheidungen und Therapien haben aufgrund einer fachärztlichen Entscheidung stattzufinden.

? Was heißt Delegation ärztlicher Leistungen konkret für Ihre Arbeit? Ist da immer ein Arzt anwesend, der Ihnen kontrollierend über die Schulter guckt?
Es ist zumindest ein Arzt in unmittelbarer Rufnähe, an den ich mich immer wenden kann.

? Was ist mit der Haftung, wenn Sie einen Fehler machen?
Wenn der aufgrund meiner eigenen Fehlentscheidung passiert ist und jemand dadurch zu Schaden gekommen ist, muss ich selbstverständlich dafür gerade stehen. Natürlich auch das Krankenhaus, aber im Extremfall kann es sein, dass ich persönlich am Ende vor Gericht stehe, wenn ich grob fahrlässig gehandelt haben sollte.

? Haben Sie dafür eine Versicherung?
Ich habe eine Berufshaftpflicht, die schon aus meiner Pflegezeit gekommen ist, da-

für in Absprache mit der Versicherung etwas aufgestockt. Das ist überschaubar. Auf der anderen Seite arbeite ich natürlich weisungsgebunden. Ich bin nicht für eine Operation verantwortlich, und ein Operateur muss auch mitkontrollieren, was ich tue.

? Sollte der Zugang zum Arztstudium für Ihre eigene Berufsgruppe erleichtert werden?
Nein, das sehe ich nicht. Was es auf mittlere Sicht geben könnte, wäre ein zusätzlicher Masterabschluss für Physician Assistants. In Holland gibt es den schon, in Deutschland noch nicht. Wer einen Master hat, wäre dann vielleicht qualifiziert, ein ganzes Team an Physician Assistants zu leiten.

? Wenn Sie Pause haben, sind Sie dann im Schwesternzimmer oder im Arztzimmer?
Im Arztzimmer. Unser Beruf ist eben nicht eine Akademisierung eines Pflegeberufs, auch wenn die Pflege derzeit bewusst versucht, auf den Zug mit aufzuspringen. Motto: Da müssen wir mal ein paar Schwestern zu Physician Assistants machen.

? Aber Hochschulen wie die DHBW machen gerade ein Pflegeexamen zur Bedingung für die Aufnahme des Bachelorstudiums zum Arztassistenten. Das ist konzipiert als Weiterbildung für pflegerische Kräfte.
Korrekt, aber das sollte so nicht bleiben. Wir müssen und werden dahin kommen, dass sich in Zukunft Abiturienten oder Realschulabsolventen direkt für dieses Berufsbild entscheiden und das studieren können. So wie das in Amerika schon lange möglich ist.
Wer dieses Studium aufnimmt, muss sich aus meiner Sicht auf jeden Fall klar von der Pflege verabschieden. Der Physician Assistant hat keine pflegerischen Tätigkeiten, auch keine akademisierten pflegerischen Tätigkeiten. Das Berufsbild hat mit Pflege nichts zu tun. Die Pflege, wenn sie sich akademisieren möchte, muss sich bitte selber akademisieren. Als Pflegewissenschaftler darf ich das sagen.

Das Interview führte BE

Weitere Informationen

DGU-Papier mit einem Katalog delegierbarer Leistungen:

- ▶ Hoffmann R., Thielemann F., Wirtz D.C. et al. Delegation ärztlicher Leistungen– Ein trojanisches Pferd? DGU Mitteilungen und Nachrichten 2008, 57:47–49

Redaelli M, Stock S, Simic D et al. Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht-ärztlichen berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“. Expertise im Auftrag der BÄK 2009

Merkle F, Ritsema TS, Bauer S et al. The physician assistant: Shifting the paradigm of European medical practice?, HSR Proceedings in Intensive Care and Cardiovascular Anesthesia, 2011, 3: 255–262

US-Gesellschaft: <http://www.pahx.org/period01.html>

<https://www.pa-deutschland.de/>

Download mehrerer Studien des DKI zu neuen Assistenzberufen unter: <https://www.dki.de/service/publikationen>

- ▶ Blum, Offermanns, Damereau: Nicht-ärztliche Chirurgie- und Anästhesie-Assistenz, Perspektiven für neue Berufsbilder im OP, DKI 2013
- ▶ Darstellung dieser Studie im Deutschen Ärzteblatt: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/135250/Nichtaerztliche-Chirurgieassistent-Erfahrungen-mit-einem-neuen-Beruf>
- ▶ Blum, Grohmann: Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen, DKI, 2009

Neuer Assistenzberuf

Neue Assistenten im OP: Akademische Ausbildung nicht zwingend nötig

Karl Blum vom Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) plädiert für mehr Standards bei den verschiedenen Weiterbildungs- und Ausbildungswegen zu Assistenzberufen in der Chirurgie. Ein Studium sei dafür aber nicht immer nötig.

? **Werden sich Arztassistenten überhaupt etablieren oder ist die aktuelle Debatte um diesen neuen Beruf im Gesundheitswesen eher heiße Luft um etwas, von dem in wenigen Jahren kaum noch jemand spricht – mangels Arztassistenten?**

Ich glaube, dass der Beruf sich längerfristig etablieren wird, vor allem aus drei Gründen: Erstens aufgrund des Ärztemangels in den deutschen Krankenhäusern, der heute schon vielfach über Honorarärzte und Ärzte aus dem Ausland kompensiert werden muss.

Deswegen muss man überlegen, welche ärztlichen Tätigkeiten man aus praktischen Gründen an anderes Personal delegieren kann. Der 2. maßgebliche Grund sind die Kosten.

? **Der Arztassistent ist für ein Krankenhaus günstiger zu haben als ein Arzt?**

Ja. Und ein 3. Punkt ist, dass es sehr starke Professionalisierungsinteressen seitens der Pflege und anderer Gesundheitsberufe, einschließlich des OP-Personals, gibt. Der Arztassistent eröffnet neue Qualifizierungs- und Karriereoptionen für die Gesundheitsfachberufe.

? **Was die Nachfrage nach solchen Studiengängen quasi als Weiterbildung für Pflegepersonal erhöht?**

Nicht nur für das Pflegepersonal, sondern auch für technische und therapeutische Gesundheitsberufe. In welcher Form der Physician Assistant kommt, ist für mich allerdings offen. Das Bachelor-Studium ist ja nur eine Variante. Es gibt bislang nur wenige Hochschulen, die das anbieten.

? **Die zusammen genommen derzeit bestenfalls 50 Absolventen im Jahr in Deutschland haben?**

Hinzu kommen weitere Ausbildungsstätten, die diese Qualifikation als nicht-akademische Aus- oder Weiterbildung anbieten. Die Anzahl der Absolventen ist derzeit generell noch überschaubar. Und es dauert in Deutschland erfahrungsgemäß relativ lange, bis sich ein neues Berufsbild etabliert hat, beziehungsweise bis hinreichend Absolventen da sind, damit am Ende auch eine Anerkennung durch staatliche Gesetze stattfindet.

? **Sie sagen, der Ärztemangel wird dazu zwingen, dass man Tätigkeiten delegiert. Dagegen steht die Möglichkeit, mehr Ärzte auszubilden. Die KBV etwa wehrt sich gegen einen „Arzt light“, der hier durch neue Studiengänge entstehen könnte.**

Ja, das Thema ist in der Ärzteschaft nicht unumstritten, aber viele Fachgesellschaften sind da relativ aufgeschlossen.

? **Die Unfallchirurgen, die DGU, heute die DGOU, waren zum Thema schon seit 2007 aktiv, haben einen Katalog an Tätigkeiten aufgestellt, die ein Physician Assistant übernehmen kann.**

Ja, und genau das ist eine Voraussetzung für die Gestaltung der Ausbildung oder Weiterbildung in diesem Bereich. Dass man das Anforderungsprofil definiert, dementsprechend Leistungen definiert und begrenzt, die ein Assistent durchführen kann und darf.

? **Kann jede Hochschule oder jede Weiterbildungsstätte, oft auch in privater Trägerschaft, hier-**



Dr. Karl Blum, Jahrgang 1961, leitet den Geschäftsbereich Forschung beim Deutschen Krankenhaus Institut in Düsseldorf. Das DKI wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Verband der Krankenhausdirektoren und dem Verband der leitenden Krankenhausärzte getragen. Der Politik- und Gesundheitswissenschaftler hat wiederholt mit seinem Team neue Ausbildungswege im Gesundheitswesen untersucht (Bild: Karl Blum).

zulande sagen, ich überlege mir jetzt ein neues Berufsbild und leg einen Ausbildungsgang, ein Studium auf? Sonst regelt doch der Staat per Gesetz gerade im Gesundheitswesen die Berufe?

Neue Berufsbilder entwickeln kann im Prinzip jeder. Berufsbilder entstehen ja vielfach an der Basis. Denken Sie an den EDV-Bereich, wo es jede Menge neue Berufe gibt, die es vor 20 Jahren noch nicht gab. Diese Berufsbilder sind nicht von oben herab festgelegt worden. Unter Umständen werden daher neue Berufe und ihre Ausbildungswege erst später in eine staatliche Anerkennung mit entsprechendem Curriculum überführt.

? **Wird das hier auch so laufen? Der Physician Assistant ist bislang ein ungeschützter Titel?**

Ja, mit Ausnahme Baden-Württembergs, wo es einen staatlichen Abschluss gibt. Eine bundeseinheitliche Regelung dazu wird sicher noch länger auf sich warten lassen. Denkbar ist auch zunächst mal eine Zertifizierung durch Fachgesellschaften oder Krankenhausgesellschaften. Denken Sie an den Operationstechnischen Assistenten, den OTA, der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickelt worden ist.

? Zu dem es bis heute auch kein Gesetz gibt (Anm. Red. siehe auch die Einleitung).

Ja, aber es gibt da eben die Anerkennung über die Deutsche Krankenhausgesellschaft, und damit ist das Berufsbild etabliert. Die Absolventen werden händelnd gesucht. Es gibt beim Bundesgesundheitsministerium eine Gruppe, die daran arbeitet, eine staatliche Anerkennung von OTA und anderen neuen Berufen zu entwickeln.

? Wird der Physician Assistant, der Arztassistent da auch drunter fallen?

Nein. Er ist nicht Gegenstand dieser Arbeitsgruppe beim BMG.

? Zumal die Ausbildung zum Physician Assistant ja in den Händen von Hochschulen liegt, zumindest definieren das manche Protagonisten so.

Daneben gibt es auch nicht-akademische Aus- oder Weiterbildungen zum Arztassistenten. Das sind zum Teil Weiterbildungen zum Chirurgieassistenten oder Chirurgisch Technischen Assistenten. Aber im Grunde genommen sind es die gleichen Inhalte nur in Form einer Weiterbildung, beschränkt auf den chirurgischen Bereich.

? Die Physician Assistants mit Bachelor-Abschluss grenzen sich davon ab, pochen auf ihren akademischen Status und darauf, dass sie eine weitergehende Qualifikation haben (Anm. Red. siehe das Interview Seelisch).

Das kann man nachvollziehen, wenn sich eine Berufsgruppe neu etablieren will. Aber ich sehe da am Ende keine klar definierten Grenzen. Asklepios bietet zum Beispiel in Wiesbaden eine 2-jährige Weiterbildung zum Chirurgischen Operationsassistenten (COA) an. Die Weiterbildung umfasst einen theoretischen und einen praktischen Teil. Diese Weiterbildung umfasst auch den Einsatz auf der Station und in einer Ambulanz. Die Abschlüsse sind andere, aber die Inhalte sind in vieler Hinsicht vergleichbar.

Derzeit ist offen, ob der Bedarf an Arztassistenten, Physician Assistants, über Bachelorstudiengänge hinreichend gedeckt werden kann. Für etliche Einsatzfelder im OP, etwa für die 1. und 2. Arztassistenten, reichen gegebenenfalls auch entsprechende Weiterbildungen aus. Ich bin überzeugt, dass man nicht das ganze Berufsbild durchgängig akademisieren muss.

? Aber wenn Sie die ganze Gruppe zusammenfassen, Chirurgieassistenten als Weiterbildung oder Arztassistenten durch einen Bachelor werden alle Beteiligten doch für Standards sicher erst recht klären müssen, welche Ausbildung anerkannt wird. Machen wir das als grundständige Ausbildung, als Weiterbildung oder machen wir es als Studium?

Nein, nicht unbedingt. Es kann durchaus sein, dass es verschiedene Qualifizierungswege gibt mit unterschiedlicher Ausrichtung und Schwerpunktsetzung. Dass alles einheitlich entweder über Weiterbildung oder Studium erfolgen muss, sehe ich nicht. Wenn man mehr in Richtung der ausländischen Vorbilder mit Bachelorabschlüssen gehen will, müsste man dafür eine bildungspolitische Grundentscheidung fällen, und dieses Studium dann auch flächendeckend an den staatlichen Fachhochschulen anbieten.

? Auch Sie schreiben in einigen Gutachten aber, es gelte Wildwuchs bei den Ausbildungswegen zu vermeiden.

Mit Wildwuchs meine ich, dass es gerade in so einem sensiblen Bereich – es geht um Patienten, es geht um invasive Eingriffe – wichtig ist, Qualitätsstandards zu setzen, sei es staatlich oder sei es über Fachgesellschaften. Es ist also gut, wenn Fachgesellschaften oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft Richtlinien vorgeben.

? In einem Gutachten von 2013 schreiben Sie, es gebe das Problem, dass heute schon Mitarbeiter, etwa aus der Pflege, manche Dinge im OP übernehmen, für die sie streng genommen keine Ausbildung haben. Läuft hier der Versuch, eine Ausbildung zu schaffen für Tätigkeiten, die in der Praxis längst von Personal übernommen werden, das „on the job“ geschult wird?

In der Krankenhauspraxis werden die 1. und 2. Assistenten vielerorts und zumindest gelegentlich, auch von nicht-ärztlichem OP-Personal übernommen. Allerdings werden die spezifischen Tätigkeiten im Rahmen von Aus- oder Weiterbildungslehrgängen bislang kaum vermittelt. Ein Ausbau einschlägiger Aus- und Weiterbildungen zur Chirurgieassistenten würde dazu führen, dass Tätigkeiten, die bislang den Aufgabenbereich des OP-Personals eventuell überschreiten, rechtlich in einen sicheren Rahmen gebettet wären. Für

das Krankenhaus erhöht sich die Rechtssicherheit im OP und reduzieren sich die Haftungsrisiken, falls man auf einschlägige Fachqualifikationen und damit auf bestimmte Qualitätsstandards verweisen kann.

? Sie haben 2013 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft 116 Chirurgie- und Arztassistenten gefragt, welche Erfahrungen sie im Beruf sammeln.

Ja, wir haben knapp 200 Absolventen von 5 Einrichtungen im Bundesgebiet angefragt, die 2011 eine entsprechende Weiterbildung oder Bachelorstudium abgeschlossen hatten. 116 haben geantwortet, eine Rücklaufquote von 60%.

Die Resonanz war sehr positiv. Die meisten werden adäquat eingesetzt, können die Dinge, für die sie qualifiziert wurden, auch in einem erheblichen Maße anwenden. Nur wenige haben de facto das Gleiche gemacht wie vor ihrer Ausbildung. Allerdings haben wir damals nur die Selbsteinschätzungen der Absolventen erfragt. Wir werden jetzt für die DHBW in Karlsruhe den Studiengang Physician Assistant evaluieren. Dabei werden wir auch die Partnerkrankenhäuser befragen, also die Arbeitgeber der Absolventen, wie zufrieden sie mit den Arztassistenten sind. Die Daten werden aber erst Ende 2015 vorliegen.

? In Ihrer Umfrage von 2013 hatten Sie da Hinweise, dass neue Chirurgie- und Arztassistenten den Ärzten zur Weiterbildung irgendwelche Dinge wegnehmen?

Nein, bei der derzeitigen Anzahl ist das allein schon statistisch ausgeschlossen, dafür sind das noch viel zu wenige. Zudem soll mit den neuen Qualifikationen die ärztliche Weiterbildung verbessert werden, etwa weil eine zeitraubende Bindung im OP ohne Bezug zur Facharztweiterbildung vermieden wird.

? In 10 Jahren haben wir in Deutschland 1 000 Physician Assistants und das Berufsbild ist fest etabliert?

Es ist meine Überzeugung, dass sich das Berufsbild etablieren wird und dass auch Ärzte und Fachgesellschaften es zusehends akzeptieren werden.

Das Interview führte BE