

Aus dem Sana Krankenhaus Düsseldorf-Gerresheim  
Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Fachabteilung Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie  
Leiter: Chefarzt Dr. Uwe Bergmann

**Die heutige Bedeutung nichtärztlicher Assistenzberufe  
in der Chirurgie**

Analyse einer Umfrage unter Chirurgen

**Dissertation**

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
Susanne Fischer  
(2012)

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Dekan

Referent: Prof. Dr. med. B. Ulrich

Korreferent: apl. Prof. Dr. med. S. Flohé

**Für meinen Vater**

## Die heutige Bedeutung nichtärztlicher Assistenzberufe in der Chirurgie

### Ergebnisse einer Umfrage unter Mitgliedern des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen ( BDC )

**Zusammenfassung:** Chirurgen, die an deutschen Krankenhäusern tätig sind, sind einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt. Neue Operationstechniken, hochmoderne Behandlungsmethoden, lange Arbeitszeiten, ausufernde Bürokratie und häufige Bereitschaftsdienste prägen den Arbeitsalltag. Erschwert wird die Arbeitssituation zudem durch den Ärztemangel. Gerade aber in der Chirurgie fehlt der Nachwuchs. Nach aktuellen Schätzungen schlagen heute nur noch 5% der Medizinstudenten nach dem Staatsexamen die chirurgische Laufbahn ein.

Die chirurgischen Berufsverbände fordern seit langem zur Verbesserung der Arbeitssituation im Krankenhaus eine Entlastung von nichtärztlichen Tätigkeiten, Bürokratie und Dokumentationszwängen sowie die Bezahlung besserer Gehälter.

Eine weitere Möglichkeit zur Entlastung im Arbeitsalltag besteht in der Übergabe ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal. Seit einigen Jahren werden in Deutschland Physician Assistants, Chirurgisch Technische Assistenten oder Chirurgie Assistenten aus- und weitergebildet, die ärztliche Routinearbeiten im OP und auf der Station im Sinne einer Delegation übernehmen sollen. Vehement abgelehnt wurde von den Berufsverbänden dagegen bisher die Übertragung/Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, von welchen Maßnahmen sie sich die Betroffenen, die im Krankenhaus tätigen Chirurgen eine Entlastung im Klinikalltag erhoffen.

**Methodik:** In der im Jahr 2010 durchgeführten Umfrage wurden in Deutschland tätige Chirurgen zu ihrer Meinung bezüglich der Arbeitsentlastung besonders im Hinblick auf die Übergabe ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal und die neu entstehende Berufsgruppe der nichtärztlichen Assistenten befragt. Erarbeitet wurde ein Fragenkatalog mit 28 Fragen. Die Umfrage erfolgte online im Internet vom 03.08.2010 bis zum 31.12.2010. Angeschrieben wurden 10470 Mitglieder des Verbandes Deutscher Chirurgen. Es antworteten 1423 Mitglieder, das entspricht etwa 13,6% der Befragten.

**Ergebnisse:** Die Auswertung ergab eine Übereinstimmung der antwortenden Teilnehmer mit den Forderungen der Berufsverbände zur Arbeitsentlastung und besseren Bezahlung.

Ein deutlicher Gegensatz zwischen Berufsvertretern und den vor Ort tätigen Chirurgen ergab sich jedoch zur Frage der Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal. Die Mehrheit der Befragten sprach sich für eine Übergabe ärztlicher Tätigkeiten sowohl im Sinne einer Delegation (67%; Verantwortung bleibt beim Arzt) als auch im Sinne eine Substitution (64%; Verantwortung geht auf den Arztassistenten über) aus. Entscheidend für das Votum war hier nicht die juristische Art der Übertragbarkeit sondern die Art der medizinischen Tätigkeit. Gerade für die Übergabe der als belastend und zeitraubend empfundenen Tätigkeiten wie Dokumentation, Aufnahme- und Entlassungsmanagement und Blutentnahme auf die Berufsgruppe der nichtärztlichen Assistenten sprach man sich aus.

**Schlussfolgerung:** Die neue Berufsgruppe der chirurgischen Arztassistenten etabliert sich in der Praxis bereits. Es gibt zwar noch deutliche Vorbehalte gegen die Akademisierung dieses Berufs (Physician Assistants) und - besonders bei den jüngeren Ärzten - Sorge um die chirurgische Weiterbildung, aber dort, wo die nichtärztlichen Assistenten bereits tätig sind, geschieht das zur allgemeinen Zufriedenheit. Sowohl die Delegation als auch die Substitution bestimmter ärztlicher Tätigkeiten sind nach Meinung der Chirurgen sinnvoll. Angesichts des bereits herrschenden Facharztmangels in der Chirurgie sollten die Berufsverbände ihre Haltung zur Substitution daher überdenken und an der Schaffung eines bundesweit einheitlich geregelten Ausbildungsganges mit einem Lernzielkatalog, der sich an den Bedürfnissen und Erfordernissen der in Kliniken tätigen Chirurgen orientiert, mitarbeiten.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	V
<b>1. Einleitung</b>	1
1.1 Der im Krankenhaus tätige Chirurg, Probleme des Arbeitsalltags	1
1.2 Bisherige Lösungsversuche zur Entlastung der Chirurgen im Klinikalltag	2
1.2.1 Verstärkte Ausbildung von Nachwuchs	2
1.2.2 Anwerbung von Ärzten aus dem Ausland	5
1.2.3 Verbesserung der Honorierung	6
1.2.4 Verteilung der Aufgaben im Klinikalltag	7
1.2.5 Arztassistenten	8
1.3 Ein neuer Lösungsansatz; Übergabe ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal in der Chirurgie	9
1.3.1 Entstehung und Entwicklung der nichtärztlichen Assistenzberufe in den USA	9
1.3.2 Entstehung und Entwicklung der chirurgischen nichtärztlichen Assistenzberufe in Deutschland	10
1.3.2.1 Der Chirurgisch-Technische-Assistent (CTA)	10
1.3.2.2 Der Chirurgie-Assistent	12
1.3.2.3 Bachelor of Science in Physician Assistance (PA)	12
1.4 Rechtliche Möglichkeiten der Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal	13
1.4.1 Delegation ärztlicher Leistungen	14
1.4.2 Substitution ärztlicher Leistungen	15
<b>2. Umfrage zum nichtärztlichem Assistenzpersonal</b>	17
2.1 Ziel der Fragestellung	17
2.2 Erstellung der Fragen	17
2.3 Fragestellung	17
2.4 Fragebogen	18
2.5 Umfrageerfassung und Rahmenbedingungen	26
2.6 Anschreiben an die Mitglieder des BDC im Internet	26

### III

<b>3.</b>	<b>Ergebnisse der Umfrage</b> .....	28
3.1	Themengruppe 1 zum Krankenhaus .....	28
3.2	Themengruppe 2 zum Personalmangel in den Abteilungen .....	29
3.3	Themengruppe 3 zur Delegation ärztlicher Leistungen .....	39
3.4	Themengruppe 4 zur Substitution/Übertragung ärztlicher Leistungen .....	49
3.5	Themengruppe 5 zu nicht-ärztlichem Assistenzpersonal .....	57
3.6	Themengruppe 6 zu den Folgen des Einsatzes von nicht-ärztlichem Assistenzpersonal .....	65
<b>4.</b>	<b>Analyse und Diskussion der Umfrageergebnisse zum Personalmangel und seinen Folgen</b> .....	74
4.1	Förderung von Nachwuchs .....	75
4.2	Anwerbung von Kollegen aus dem Ausland .....	76
4.3	Entlastung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten, von Bürokratie und Dokumen- tationszwängen, Verbesserung der Honorierung .....	77
<b>5.</b>	<b>Analyse und Diskussion der Umfrageergebnisse zur Übergabe ärztlicher Tätigkeiten</b> .....	78
5.1	Diskussion in der Vergangenheit .....	78
5.2	Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal .....	80
5.3	Delegation gegenüber Substitution .....	82
5.3.1	Delegation oder Substitution .....	83
5.3.2	Delegation und Substitution .....	84
5.4	Delegation und Substitution im Vergleich zu den bisher veröffentlichten Stellungnahmen .....	88
5.5	Entwicklung der nichtärztlichen Assistenzberufe in jüngerer Vergangenheit ..	90
5.6	Entwicklung der nichtärztlichen Assistenzberufe in der Chirurgie heute .....	91
5.7	Der nichtärztliche Assistent in der Chirurgie – Konkurrenz oder Hilfe .....	96
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung und Schlußfolgerungen</b> .....	100

**Literatur- und Quellenverzeichnis** .....105

**Danksagung** .....112

**Eidesstattliche Versicherung** .....113

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>AiP</b>	Arzt im Praktikum
<b>BDC</b>	Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
<b>CAA</b>	Chirurgisch Administrativer Assistent
<b>COA</b>	Chirurgisch Operativer Assistent/Chirurgischer Operationsassistent
<b>CTA</b>	Chirurgisch-Technischer-Assistent
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>MAfA</b>	Medizinischer Assistent für Anästhesie
<b>NAVY</b>	Kriegsmarine der Vereinigten Staaten von Amerika
<b>OP</b>	Operation/Operationssaal
<b>OTA</b>	Operationstechnischer Assistent
<b>PA</b>	Physician Assistant
<b>PJ</b>	Praktisches Jahr im Medizinstudium
<b>USA</b>	Vereinigte Staaten von Amerika

## **1. Einleitung**

### **1.1 Der im Krankenhaus tätige Chirurg; die Probleme des Arbeitsalltags**

Das Berufsbild des Chirurgen befindet sich in einem permanenten Wandel. Indikationen, Behandlungsmethoden und Operationstechniken ändern sich ständig. Zudem ist die Arbeitssituation an deutschen Krankenhäusern gekennzeichnet durch steigende Patientenzahlen bei immer kürzeren Verweildauern. Heutige Operationsmethoden werden durch den Einsatz moderner Geräte stetig verfeinert. Neue Techniken und hochmoderne Behandlungsmethoden bedingen jedoch, dass die chirurgischen Tätigkeiten immer anspruchsvoller und spezialisierter werden.[1]

Die personelle Umsetzung dieses hochqualifizierten Berufes wird seit einigen Jahren nicht nur durch die beschriebene Spezialisierung, sondern auch durch einen Mangel an interessierten und motivierten jungen Ärzten, besonders in der Chirurgie, erschwert.

Die Gründe für den Nachwuchsmangel sind vielfältig. Neben der zeitlichen Belastung durch überlange Arbeitszeiten mit kaum möglicher Vereinbarkeit von Familie und Beruf und dem Ausmaß der zu bewältigenden nichtärztlichen Aufgaben werden vor allem in der Chirurgie immer noch stark ausgeprägtes Hierarchieverständnis, Leistungsdruck, Schichtdienst, steigender Zeitdruck und Mängel in der fachlichen Betreuung als Gründe für den zunehmenden „Ärztefrust“ und die Unzufriedenheit des ärztlichen Nachwuchses genannt. Fremdbestimmung, Regelungsdichte und ausufernde Bürokratie fordern die Zeit, die eigentlich für den Patienten zu Verfügung stehen sollte.[2]

Hinzu kommt ein deutliches Missverhältnis zwischen der geleisteten Arbeit und der Honorierung. Bei engagiertem Arbeitseinsatz und vielen zu leistenden Nacht- und Bereitschaftsdiensten sind viele Chirurgen unzufrieden mit der Bezahlung, der Wertschätzung ihres Berufs und den Aufstiegschancen.[3] Bei einer im Jahr 2009 bundesweit durchgeführten Befragung wurde festgestellt, dass chirurgisch tätige Krankenhausärzte in Deutschland, verglichen mit anderen Berufsgruppen hoch belastet sind. Solche Belastungen stellen danach ein Risiko für die Gesundheit der Ärzte und die Qualität der Patientenversorgung dar [4].

Damit stellt sich die Frage, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um vor diesem Hintergrund einerseits den hohen Ansprüchen des chirurgischen Berufes, andererseits den Bedürfnissen des Krankenhausarztes gerecht zu werden.

## **1.2 Bisherige Lösungsversuche zur Entlastung der Chirurgen im Klinikalltag**

### **1.2.1 Verstärkte Ausbildung von Nachwuchs**

Die Zahl der Studierenden im Fach Humanmedizin ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Gab es im Jahr 1994 noch fast 90.000 Studierende in dieser Fakultät, so waren es im Jahr 2008 nur noch ungefähr 76.000 Studenten. Entsprechend sank auch die Zahl der Staatsexamens-Absolventen von ca. 12.000 im Jahr 1994 auf 8.700 im Jahr 2006. Das entspricht einem Rückgang von 27,2%. [5].

Die Novellierung der Approbationsordnung im Jahr 2002 hatte eine Reduktion der Zulassungszahlen zur Folge. Dadurch, dass die Gruppengröße der Studierenden, die am Patienten ausgebildet werden, herabgesetzt wurde, verringerte sich zwangsläufig die Anzahl an Studienplätzen. Wurden im ersten Fachsemester im Jahr 2002 noch 12.964 Medizinstudenten registriert, so lag die Zahl der Medizinstudenten in dem gleichen Semester im Jahr 2007 bei 10.464. Das bedeutet einen Rückgang von etwa 2.500 Studenten.[6]

Damit allein lässt sich die sinkende Gesamtzahl der Medizinstudenten jedoch nicht erklären. Maßgeblich hierfür ist eine hohe Anzahl von Studienabbrechern bzw. Studienplatzwechslern. So beendeten von den 11.600 Studierenden im Fach Humanmedizin des Erstsemesters 1997 sechs Jahre später nur etwa 77% erfolgreich das Studium. Den Dienst als Arzt im Praktikum traten 2003 aber nur 6.800 der gerade Examinierten an. Es entschlossen sich also nur 58% der Ärzte, die im Jahr 1997 ihr Studium begonnen hatten, für eine Tätigkeit in der kurativen Medizin.[7]

Seit der Einführung der Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ stieg die Zahl der Ärzte im Praktikum bis zu einem Höhepunkt im Jahr 1994 mit ca. 22.100 an, um dann fast kontinuierlich auf eine Zahl von ca. 17.500 im Jahr 2003 zu sinken. Das entspricht einem Rückgang gegenüber 1994 um 21%. Die Ausbildungsphase des Arztes im Praktikum wurde am 1.10.04 abgeschafft. Seitdem werden verständlicherweise keine Daten mehr erhoben. [8]

Als Gründe für einen Studienabbruch bzw. Studienplatzwechsel, der in ca. 70% der Fälle in der frühen Phase des Studiums, in der Vorklinik, erfolgt, werden von den Studenten die schlechte Betreuung durch die Dozenten und die als praxisfern empfundene Ausbildung genannt.

Doch der Verlust an Ärzten endet nicht nach dem Studienabschluss. Als maßgebliche Gründe werden von den examinierten Medizinern für den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit wird eine gewisse Perspektivlosigkeit bei geringen Verdienstmöglichkeiten, langen Arbeitszeiten und zunehmender staatlicher Reglementierung genannt. [9]

An die von Studenten und Medizinern genannten Gründe muss man herangehen, um diese Entwicklung aufzuhalten. Deshalb plädieren zunehmend mehr Ärzte und Politiker für eine Aufhebung des Numerus Clausus. Durch ein geändertes Zulassungsverfahren und stärkere Berücksichtigung von Auswahlgesprächen sollen nicht nur interessierte, sondern auch deutlich motivierte Bewerber einen Studienplatz erhalten. [10].

Für das Fach Chirurgie ergibt sich eine noch schlechtere Einschätzung. Die Attraktivität dieses Fachs entwickelt sich bei einem Medizinstudenten umgekehrt proportional zur Studiendauer. Wird die Chirurgie zu Beginn des Studiums unangefochten an der Spitze als Wunschfach genannt, wollen nach dem praktischen Jahr nur noch wenige Studenten Chirurg/in werde. Aktuell wird ihre Zahl auf 5% der Absolventen eines Studiengangs geschätzt. [11]

Zudem ist der Anteil der Frauen im Medizinstudium überproportional hoch. Beträgt er in allen anderen Studiengängen nur 49,2%, so erfreut sich das Medizinstudium mit 61% Frauenanteil großer Beliebtheit [12].

Gerade Frauen aber entscheiden sich wegen des langen Ausbildungsganges und der belastenden Arbeitssituation häufig für einen anderen Fachbereich als den der Chirurgie.

Deshalb rief der Bundesverband der Deutschen Chirurgen bereits Anfang 2008 die Nachwuchskampagne „Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn“ ins Leben.

Mit ihr sollten Medizinstudenten in den klinischen Semestern angesprochen werden durch Informationsveranstaltungen in Universitäten und auf Messen. Durch gezielte Ansprache des Nachwuchses - insbesondere auch des weiblichen Anteils - werden seit dem Sommersemester 2008 auf Informationsveranstaltungen an den Hochschulen Studenten und Jungärzte praxisorientiert über den chirurgischen Arbeitsalltag informiert, Tipps für die chirurgische Weiterbildung

gegeben und aktuelle Daten über die Zukunftschancen in diesem Fach vermittelt. Daran gekoppelt ist ein Patenschaftsprogramm des BDC, in dem ein engagierter Mentor dem jungen Kollegen als erfahrener Berater zur Seite gestellt wird.[13]

Mit markanten Parolen, Postkarten und Plakaten wird für die Informationsveranstaltungen geworben, ebenso für praktische Workshops, um die das Programm bereits nach kurzer Zeit erweitert wurde. Unter dem Motto „Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen“ werden Tagesseminare abgehalten, auf denen die Teilnehmer in verschiedenen Arbeitsstationen praktische Übungen wie z.B. das Eingipsen des Unterarmes durchführen. Alle Informationen zur Kampagne finden Interessierte und Studenten - wie in der heutigen Zeit üblich - auf der Internetseite [www.chirurg-werden.de](http://www.chirurg-werden.de). Diese Webseite wird seitdem stark frequentiert und ist nahezu jedem Medizinstudenten bekannt. [14]

Ebenfalls im Jahr 2008 fand auf Initiative von Prof. Dr. B. Brücher in Tübingen die erste Sommer-Schule der Billroth – Akademie statt, die gegründet wurde zur Förderung des Interesses am Fach Chirurgie. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie richtete auf ihren Kongressen einen Studierenden – Tag ein. An diesem Tag werden Studenten von erfahrenen Orthopäden und Unfallchirurgen betreut und Patenschaften für diese Studenten an den Universitäten eingerichtet, um die persönliche Förderung vor Ort zu gewährleisten. Zudem sah man in familienfreundlichen Strukturen in chirurgischen Kliniken einen Schlüssel zum Erfolg, um für junge Ärztinnen die chirurgischen Fächer attraktiver zu gestalten. [15]

Doch die Realität sieht anders aus. Das Studienfach Medizin wird zu etwa zwei Drittel von Frauen belegt. Diese legen dann in der Regel auch ihr Staatsexamen ab, werden aber spätestens in der Phase der Weiterbildung stark beeinträchtigt. In der Lebenszyklusbetrachtung sinkt die Frauenquote zwischen dem Staatsexamen und der Gebietsanerkennung um 10 Prozentpunkte. Lag im Jahr 2004 der Anteil der Frauen beim Examen bei 53,7%, so erlangten im Jahr 2009 nur 43,7% Frauen die Facharztanerkennung.[16]

Viele Ärztinnen dürften aufgrund der familiären Situation und der schwierigen Arbeitsbedingungen mit mangelnden Teilzeitstellen und fehlenden Kinderbetreuungsangeboten in dieser Phase aus dem Berufsleben zumindest vorübergehend aussteigen. Gerade aber in der Chirurgie mit ihren langen und anstrengenden Arbeitszeiten und vielen Schichtdiensten sind Teilzeitstellen sehr selten. So ist der Anteil der Ärztinnen in diesem Fachgebiet auch sehr gering. War

der Frauenanteil bei berufstätigen Ärztinnen 2009 in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (57,3% ), Frauenheilkunde und Geburtshilfe ( 56,6% ) und Kinder- und Jugendmedizin ( 52,7% )

besonders hoch, so befand sich das Fach Chirurgie mit 17,5% Frauenanteil abgeschlagen im letzten Teil der Statistik, dahinter lag nur noch das Fach Urologie (11,8%).[17]

### **1.2.2 Anwerbung von Ärzten aus dem Ausland**

Dieselben Gründe, die deutsche Ärzte dazu bewegen, ins Ausland abzuwandern, bringen ausländische Ärzte dazu, in Deutschland zu arbeiten: bessere Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen. Deshalb kommen die zugewanderten Ärzte heute vor allem aus Mittel- und Osteuropa, das heißt aus Griechenland, Polen, Russland und der Tschechischen Republik; die meisten ausländischen Ärzte in Deutschland sind aber aus Österreich. Diese kommen vor allem deshalb nach Deutschland, weil es in Österreich lange Wartezeiten für Mediziner gibt, die das Studium abgeschlossen haben und nun eine Weiterbildung zum Facharzt antreten wollen.[18] Die Anzahl der österreichischen Ärzte in Deutschland verfünffachte sich seit 1995 von damals 395 auf 2018 im Jahr 2009.

Besonders hoch ist die Steigerungsrate der ausländischen Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind; sie beträgt 11,9%. Dabei war die Zuwachsrate der ausländischen Ärzte in den neuen Bundesländern in den vergangenen Jahren um ein Vielfaches höher als in den alten Bundesländern.

Von der Zuwanderung polnischer Ärzte profitieren zum Beispiel die unterversorgten Regionen Sachsens. In vielen sächsischen Kliniken müssten Abteilungen geschlossen werden, wenn nicht Ärzte aus dem Ausland die Stellen besetzen würden. Es wird von Krankenhäusern in den neuen Bundesländern berichtet, die über einen Ausländeranteil von 75% beim ärztlichen Personal verfügen. [19]

Doch bringt diese Regelung nicht nur Vorteile. Um als Arzt in der Bundesrepublik Deutschland tätig werden zu dürfen, bedarf es einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes ( Berufserlaubnis ) oder einer Approbation. Diese wird in der Regel erst erteilt, wenn der Arzt schon seit längerem eine Berufserlaubnis besitzt und mehrere Jahre in der Bundesrepublik tätig ist. In Deutschland besitzen 71,1% der ausländischen Ärzte eine Approbation, 28,9% üben ihre Tätigkeit mit einer Berufserlaubnis aus.[19]

Gerade bei den jungen ausländischen Ärzten bestehen aber häufig noch deutliche Sprachprobleme. In den Medien erschienen bereits Berichte darüber, dass es aufgrund des mangelhaften Sprachvermögens ausländischer Ärzte zu gravierenden Fehlern bei der Behandlung von Patienten gekommen sein soll. Deshalb scheinen mehrere Kliniken dazu übergegangen zu sein, für diese jungen ausländischen Ärzte erst einmal Sprachkurse anzubieten. [20]

Die größten Probleme entstehen jedoch im Auswanderungsland. Dort kommt es in der Folge selbst zu einem Ärztemangel, da diese in ihren Heimatländern fehlen. Betrachtet man die globale Situation, so stellt sich die Lage sogar noch dramatischer dar. Weltweit herrscht im Gesundheitswesen ein Arbeitskräftemangel. Gerade die Migration von Gesundheitspersonal aus den ärmeren Ländern nach Europa und Nordamerika wirkt sich verheerend aus. Die Folgen sind deutlich spürbar. Denn während in reichen Ländern das Arzt-Patienten-Verhältnis 1:500 beträgt, liegt es in manchen Ländern Afrikas bei 1:50.000. Jeder abwandernde Arzt lässt dort auf einmal tausende von Patienten unversorgt zurück. [21]

### **1.2.3 Verbesserung der Honorierung**

Der Wunsch nach einer besseren Bezahlung besteht wohl bei der Mehrzahl der in Kliniken tätigen und der niedergelassenen Ärzte seit vielen Jahren. Leider fand er bei den Vertretern der Politik trotz heftiger Proteste wenig Gehör. Nachdem die Verhandlungen über einen Tarifvertrag für die Ärzte an den Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern ergebnislos abgebrochen wurden, rief der Marburger Bund (Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands) im Jahr 2006 zum Streik auf. Gefordert wurde eine 30-prozentige Erhöhung der Gehälter, eine vollständige Bezahlung der Mehrarbeit, geregelte Arbeitszeiten und die Abschaffung kurzzeitig befristeter Arbeitsverträge.[22]

Im Juni 2006 einigte man sich mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder auf einen eigenständigen Tarifvertrag. Hierbei scheiterte der Marburger Bund an der Durchsetzung der genannten Kernforderungen.[23]

Auch an den kommunalen Krankenhäusern legten die Ärzte in mehreren Bundesländern im Juni 2006 ihre Arbeit nieder. Im November einigten sich die Tarifparteien in einer Marathonsitzung auf den Abschluss eines Tarifvertrages, zu dessen Kerninhalten eine wöchentliche Arbeitszeit der Ärzte von 40 Stunden und eine bessere Bereitschaftsdienstvergütung zählte.[24]

Seitdem rumort es weiter in der deutschen Ärzteschaft. Der Wunsch nach einer

besseren Bezahlung wurde bis heute nicht zufrieden stellend erfüllt. Bereits 2009 verständigten sich der Marburger Bund und die Tariftgemeinschaft deutscher Länder auf einen neuen Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern. Nach einem mehrmonatigen Tarifkonflikt einigte man sich im Juni 2010 mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände erneut auf einen Tarifkompromiss.[25]

Doch die Unzufriedenheit der Ärzteschaft über schlechte Arbeitsbedingungen bei noch schlechterer Bezahlung besteht weiter. Nach häufigen und langwierigen Tarifverhandlungen, die in der Vergangenheit geführt wurden, rief der Marburger Bund bereits im Januar 2012 seine Mitglieder an den kommunalen Krankenhäusern erneut zum Streik auf. Die Gewerkschaft forderte für ihre Mitglieder zum wiederholten Male bessere Arbeitsbedingungen und mehr Gehalt. [26]

Der drohende Streik wurde erst einmal abgewendet. Erneut führte der Marburger Bund mit den kommunalen Arbeitgebern zähe Verhandlungen. Statt der von den Ärzten geforderten sechs Prozent Lohnerhöhung einigte man sich auf eine Gehaltserhöhung von 2,9 Prozent und eine Einmalzahlung von 440 Euro. [27]

Wieder einmal wurden die Forderungen der Ärzteschaft nach mehr Gehalt und besseren Arbeitsbedingungen nicht vollständig erfüllt. Da diese Kernpunkte die Hauptgründe für den Ausstieg examinierter Mediziner aus ihrer ärztlichen Tätigkeit darstellen, sollte die angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen weiter auf der Agenda der Politik stehen.

#### **1.2.4 Verteilung der Aufgaben im Klinikalltag**

Grundsätzlich wird die stationäre Versorgung in deutschen Kliniken durch zwei Berufsgruppen geleistet: Ärzte und Pflegepersonal. Schon Ende der 80er Jahre kam es in Folge nachlassender Attraktivität des Pflegeberufes zum „Pflegetotstand“. Die Krankenschwestern und -pfleger leisten seitdem konsequent nur noch „rein pflegerische“ Arbeiten im engeren Sinne. Blutabnahme und Verbandwechsel waren danach eindeutig ärztliche Tätigkeiten. Kodierung von Krankheiten, Dokumentation, Korrespondenz mit Kostenträgern und vieles mehr waren jedenfalls keine pflegerischen Tätigkeiten. Der Not folgend sahen sich die Ärzte gezwungen, diese Tätigkeiten zu übernehmen, „*denn: alles was nicht Aufgabe der Pflege ist, ist ärztliche Aufgabe*“. [28]

Inzwischen interessiert niemanden mehr der Pflegetotstand, sondern der ärztliche

Nachwuchsmangel. Wieder muss darüber nachgedacht werden, wie die Krankenversorgung im stationären Bereich organisiert werden soll. Und das läuft nicht immer reibungslos. Gerade an den Schnittstellen der Arbeitsbereiche von Ärzten und Pflegepersonal im Krankenhaus wie Patientenaufnahme, Visite und Entlassung kommt es häufig zu Problemen, vor allem dann, wenn die entsprechenden Zuständigkeiten nicht klar festgelegt sind und die Tätigkeiten nicht eindeutig der Pflege oder den Ärzten zuzuordnen sind.

Besonders jungen Ärzten stehen häufig ältere und erfahrene Pflegekräfte gegenüber, die schon lange auf der Station arbeiten und die dann ihre durch Erfahrung und Routine erworbene Überlegenheit zur Geltung bringen. Manchem Angehörigen des Pflegeberufs fällt es schwer damit umzugehen, dass gerade in solchen Konstellationen Wissen/Erfahrung und Hierarchie/Weisungsbefugnis nicht richtig zueinander passen. Sie fühlen sich in ihrer Arbeit nicht ausreichend wertgeschätzt und erwarten für die Übernahme von Tätigkeiten eine entsprechende Anerkennung.[29]

### **1.2.5 Arztassistenten**

Im Sinne einer optimalen Patientenbetreuung, die für beide Berufsgruppen im Vordergrund stehen sollte, sind diese jedoch auf eine gute Zusammenarbeit angewiesen. In der Praxis verändern sich die Tätigkeitsbereiche deshalb seit einigen Jahren. Gerade diese Schnittstellen der Patientenversorgung werden inzwischen häufig von weitergebildetem Pflegepersonal abgedeckt. So hat sich schon seit geraumer Zeit in der Herzchirurgie das Berufsbild des Gefäßassistenten/der Gefäßassistentin etabliert. Zu ihren Aufgaben gehören neben der Assistenz bei großen Gefäßeingriffen die Venenentnahme und der Wundverschluss. Auf der Station erstellen sie die Basisanamnese, erheben Basisbefunde, sind zuständig für Dokumentation und Kodierung und die vorbereitende Aufklärung für radiologische Untersuchungen und operative Eingriffe. Im Gefäßlabor wird häufig die gesamte nichtinvasive Diagnostik einschließlich der duplexsonographischen Untersuchungen von ihnen durchgeführt.[28]

Die Helios Kliniken stellten im Jahr 2004 ein Konzept für die Ausbildung zum Medizinischen Assistenten für Anästhesie (MAfA) vor. Durch die gezielte Weiterbildung von Pflegepersonal sollten Ärzte in ihrer Tätigkeit entlastet werden, gleichzeitig sollte aber auch die sichere Durchführung von Parallelnarkosen möglich werden. Bei absehbar komplikationslosen Patienten sollten die MAfA einfache Narkosen nach vorheriger Instruktion durch den Anästhesisten in dessen unmittelbarer Anwesenheit einleiten. Nach einem tragischen Narkosezwischenfall, durch den ein 18jähriger Patient einen schweren Hirnschaden erlitt, war das MAfA-Konzept heftiger Kritik ausgesetzt. Zwei Jahre später reagierten die Helios Kliniken schließlich auf die zahlreich geäußerten Bedenken mit einer Änderung dieses Konzepts. Die medizinischen Assistenten für Anästhesie werden seitdem nur noch nach den Vorgaben der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes eingesetzt, planmäßige Parallelnarkosen sollte es nicht mehr geben.[30]

### **1.3 Ein neuer Lösungsansatz; Übergabe ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal in der Chirurgie**

In der Chirurgie entwickelten sich in den letzten Jahren ebenfalls neue Assistenzberufe.

#### **1.3.1 Entstehung und Entwicklung der nichtärztlichen Assistenzberufe in den USA**

Bereits 1965 startete der weltweit erste Studiengang für nichtärztliche Assistenzberufe an der Duke University Medical Center in North Carolina. Der Grund für die Einrichtung eines solchen Studiengangs war der Rückgang der Ärztezahl, insbesondere der Hausärzte. Die ersten Teilnehmer waren Sanitäter der Navy nach ihrer Rückkehr aus Vietnam. Diese verfügten zwar über fundierte Kenntnisse, die sie während der medizinischen Ausbildung und während ihrer Dienstzeit im Verlauf des Vietnam-Krieges erworben hatten, fanden jedoch keine vergleichbare zivile Beschäftigung. Der Lehrplan basierte zum Teil auf den Programmen, die für die rasche Ausbildung von Ärzten während des zweiten Weltkrieges entwickelt worden waren. Am 6. Oktober 1967 beendeten die ersten Physician-Assistent-Studenten ihr Studium. In den darauffolgenden Jahren erfolgte die Implementierung der Physician Assistant (PA) in den Klinikalltag. Die

Aufgabenbereiche wurden geordnet, Ausbildungsprogramme angeglichen, Tätigkeitskompetenzen geregelt, Zertifizierungsverfahren durchlaufen, eine national einheitliche Examinierung angestrebt, Richtlinien zur Zusammenarbeit zwischen Ärzten und PA's erstellt.[31]

Seitdem ist der Physician Assistant in den USA fest etabliert. Im Jahr 2008 waren in den USA 74 800 Stellen mit Physician Assistant's besetzt bei steigender Tendenz. Das amerikanische Arbeitsministerium geht davon aus, dass ihre Zahl bis 2018 um 39 Prozent steigen wird. Heute umfasst das Tätigkeitsfeld der PA's in den USA die Hausarztstätigkeit (26%), Innere Medizin(16%), Chirurgie (25%) und Notfallmedizin(11%). Zu ihren Aufgaben gehören die körperliche Untersuchung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten, Beratung auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge, Auswertung von Testverfahren; Verschreibung von Medikamenten und Assistenzleistungen in der Chirurgie. In Krankenhäusern und auf Intensivstationen unterscheidet sich ihre Tätigkeit praktisch nicht von der junger Assistenzärzte. Sie führen die erste körperliche Untersuchung durch, geben Flüssigkeit, Sauerstoff, Antibiotika und andere Medikamente, legen zentralvenöse- und arterielle Katheter und führen diverse Punktionen wie Pleura- oder Lumbalpunktionen durch. Sie üben ihre Tätigkeit ausschließlich im Aufsichts- und Verantwortungsbereich eines approbierten Arztes aus - der zwar auf der Intensivstation anwesend, aber nicht unbedingt unmittelbar zugegen ist - und werden von diesen sehr geschätzt.

Die Berufsaussichten in den USA werden als sehr gut angegeben.[32]

### **1.3.2 Entstehung und Entwicklung der chirurgischen, nichtärztlichen Assistenzberufe in Deutschland**

#### **1.3.2.1 Der Chirurgisch-Technische-Assistent ( CTA )**

In Anlehnung an das amerikanische Vorbild wird in Düsseldorf seit 2006 das Berufsbild des Chirurgisch-Technischen Assistenten (CTA), eines Assistenten im Fach der Chirurgie, geprägt. Die Ausbildung soll CTA-Schülerinnen und -Schüler mit den vielfältigen Aufgaben der Chirurgie, insbesondere des Operationsdienstes und der chirurgischen OP-Assistenz vertraut machen und ihnen die dafür notwendigen speziellen theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln. Nach Beendigung der Ausbildung soll der/die CTA als Assistenz des

Chirurgen eingesetzt werden, unter dessen Verantwortung er seine Tätigkeit ausübt.

Die Ausbildung wird von der Akademie für operative Aus- und Weiterbildungsberufe der Kaiserswerther Diakonie und an der Medical School academia chirurgica – beide in Düsseldorf – angeboten. Aufnahmevoraussetzungen sind das Abitur, die Fachoberschulreife oder der Realschulabschluß bzw. ein Berufsabschluß im Bereich der Pflege. Der höhere Bildungsabschluß (Abitur) ist jedoch erwünscht. Vor Beginn der Ausbildung ist ein mindestens zweiwöchiges Praktikum im OP nachzuweisen. Die CTA-Ausbildung dauert drei Jahre und beinhaltet Theorie und Praxis. [33]

Der theoretische Teil umfasst 1900 Ausbildungsstunden, der praktische Teil 80 Wochen. Die Theorie befasst sich mit den Bereichen Berufsfachkunde (430h), Allgemein- und Visceralchirurgie (240h), Anatomie/Topographie (216h), Apparatkunde (94h), Hygiene und Mikrobiologie (100h), Traumatologie und Orthopädie (100h), Psychologie (60h), Rechtskunde/Staatsbürgerkunde (66h), Berufskunde (36h), Datenerfassung/Codierung und Controlling im Krankenhaus (40h), Gefäßchirurgie (40h), Thoraxchirurgie (40h), Gynäkologie/Urologie (32h), Anästhesie/Notfallmedizin (60h), OP- Management (16h), Krankheitslehre (90h), Physiologie (84h), Pharmakologie (50h), medizinische Physik und Chemie/Strahlenschutz (74h), Unfallverhütung (16h) und Ethik(16h). Im Praktischen Teil erfolgen Einsätze in der Chirurgie ( 80 Wochen), aufgeteilt in die Bereiche Basispraktikum (7Wo), Allgemein- und Viszeralchirurgie (21Wo), Traumatologie/Orthopädie (16Wo), Gefäßchirurgie (6Wo), Chirurgische Ambulanz (12Wo), Chirurgische Pflegestation (12Wo), Anästhesie (2Wo) und fakultativ 4 Wochen in den Bereichen Gynäkologie, Urologie oder Augenchirurgie. Die CTA-Prüfung besteht aus einem schriftlichen, mündlichen und einem praktischen Teil.[34]

Dieser Ausbildungsgang wurde bisher nur in Düsseldorf angeboten. Bei gleicher Berufsbezeichnung kann die Qualifizierung zum CTA andernorts ausschließlich als Weiterbildung von OP-Pflegern, Operationstechnischen Assistenten oder Pflegepersonal mit mehrjähriger Berufserfahrung im OP-Dienst absolviert werden.[35]

### **1.3.2.2 Der Chirurgie-Assistent**

Die Weiterbildung zum Chirurgie- Assistenten soll dazu befähigen, intraoperativ assistierende Tätigkeiten der Assistenz unter Aufsicht und Anweisung eines verantwortlichen Arztes durchzuführen bzw. dem Operateur direkt bei Eingriffen zu assistieren.

Die erste allgemeine Weiterbildung zur Chirurgieassistenz wurde in dieser Art von der Katholischen Bildungsstätte für Gesundheitsberufe in Osnabrück durchgeführt. Das Angebot richtet sich an bereits ausgebildete Personen aus der Pflege mit Qualifizierung und Erfahrung im OP-Bereich. Die theoretische Weiterbildung umfasst ein Basismodul mit den Inhalten Naht- und Knotenkurs, Verwendung von Instrumenten, Wundversorgung oder der Umgang mit unterschiedlichem Gewebe und drei fachspezifische Module für verschiedene operative Fachgebiete. Während des praktischen Teils der Weiterbildung müssen 200 operative Eingriffe in der Funktion eines Chirurgie- Assistenten erfolgreich abgearbeitet werden. Zu den Aufgaben eines Chirurgie- Assistenten zählen insbesondere die Kontrolle der OP-relevanten Patientenunterlagen, fachspezifische Lagerung des Patienten für den Eingriff, Inspektion, Desinfektion und steriles Abdecken des Patienten, Mithilfe beim Zugangsweg durch Verwenden von Instrumenten, situationsgerechtes intraoperatives Darstellen des OP- Gebietes, Mithilfe bei intraoperativer Blutstillung durch Elektrokoagulation, Saugtechniken, Setzen von Klammern, legen und Knoten von Ligaturen, Einsatz von Clipinstrumenten, Faden führen, Bedienung und Anwendung medizinischer Geräte, Einlegen und Sicherung von Drainagen/Sonden/Kathetern, Mithilfe beim schichtweisen Wundverschluss ( auch eigenständige Naht ) und die Kameraführung bei endoskopischen Eingriffen. Die Weiterbildung endet frühestens nach sechs Monaten mit einer schriftlichen Prüfung und einem Kolloquium.[35]

### **1.3.2.3 Bachelor of Science in Physician Assistance (PA)**

Im Jahr 2005 wurde ein Studiengang zur dualen akademischen Ausbildung von Arztassistenten in der operativen Medizin eingerichtet; der Studiengang zum Bachelor of Science in Physician Assistance an der Steinbeis Hochschule Berlin in Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum Lahr/ Baden als akademischem

Lehrkrankenhaus. Kern des Aufgabenbereichs von Physician Assistants ist die eigenständige, jedoch ärztlich überwachte Durchführung von prae-, intra- und postoperativer Arzttätigkeiten. Zielgruppe für diesen berufsbegleitenden Studiengang ist vor allem das Pflegepersonal. Zulassungsvoraussetzungen zum Studium sind neben einer abgeschlossenen Ausbildung zur staatlich geprüften Krankenschwester/Operationstechnischen Assistentin bzw. zum staatlich geprüften Krankenpfleger/Operationstechnischen Assistent eine Hochschulzulassungsberechtigung (Abitur oder Fachhochschulreife) und eine mindestens zweijährige Erfahrung in der medizinischen Praxis oder der Realschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung mit vier Jahren Berufserfahrung. Das berufsbegleitende Aufbaustudium dauert drei Jahre. Für diese Zeit schließen die Studenten einen Ausbildungsvertrag mit einer der Partnerkliniken der Hochschule ab. In diesen Kliniken findet der praktische Teil des Studiums statt. Inhaltlich und organisatorisch ist das Studium in drei Teile gegliedert, den akademischen Teil (110 Tage), den betrieblichen Teil (140 Tage) und die Bachelor-Arbeit (110 Tage), die über ein konkretes Projekt in der eigenen Klinik des Studenten angefertigt wird.

Im November 2008 schlossen die ersten Absolventen des Studiengangs Bachelor of Science in Physician Assistance erfolgreich ihr Studium ab [36].

Im Oktober 2010 begann der erste Studiengang zum Bachelor of Science in Physician Assistant an der Dualen Hochschule Karlsruhe [37] und im Sommersemester 2011 ein weiterer dualer Studiengang an der Mathias Hochschule Rheine in Nordrhein-Westfalen.[38]

#### **1.4 Rechtliche Möglichkeiten der Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal**

Die Ausübung des Heilberufes ist nach derzeitig gültiger Rechtslage ausschließlich den approbierten Ärzten und den Heilpraktikern vorbehalten. Wer einen Arzt aufsucht, hat auch einen Anspruch darauf, von diesem behandelt zu werden. Dies ist sowohl in der Berufsordnung als auch im Behandlungsvertrag geregelt. Dabei ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass der Arzt unter bestimmten Umständen einzelne Aufgaben an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal delegieren darf. [39] Im Zusammenhang mit der Schaffung neuer Berufsbilder für

nicht-ärztliches Personal beschäftigt diese Thematik seit Jahren auch die Juristen, insbesondere wegen der haftungsrechtlichen Fragen.

Die Ärzteschaft stand der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal von Anfang der Diskussionen an sehr ablehnend gegenüber. Delegation ja – Substitution nein, so lautet es seit Jahren aus allen Ärzteorganisationen.[40] Doch bereits im Jahr 2007 hatte der Sachverständigenrat, der regelmäßig die Entwicklung im Gesundheitswesen begutachtet, in seinem Gutachten eine dringliche Neuordnung in der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe angemahnt. [41]

So kam es, dass der Bundesrat, der die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Pflegereform am 30.11.2007 noch mit deutlichen Worten abgelehnt hatte [42], dieser in demselben Gesetzentwurf nach geringfügigen Änderungen am 25.04.2008 doch zustimmte. Damit schaffte der Gesetzgeber die Voraussetzungen dafür, dass ärztliche Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbständige Ausübung der Heilkunde handelt, auf Pflegekräfte übertragen werden können. Die Pflegereform wurde trotz Widerständen und zahlreicher Eingaben ärztlicher Organisationen verabschiedet, die in der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal im Sinne einer eigenverantwortlichen Tätigkeit durch nicht approbierte Ärzte einen Widerspruch zum gewachsenen Arztbild sehen und eine Zersplitterung der einheitlichen Heilkundenausübung befürchten.[43]

Grundsätzlich unterscheidet die Rechtsordnung zwei Möglichkeiten der Übergabe ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal: die Delegation und die Substitution.

#### **1.4.1 Delegation ärztlicher Leistungen**

Delegation im ärztlichen und medizinischen Sinne bedeutet die Übergabe bestimmter Tätigkeitsbereiche oder Einzelaufgaben an ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter - entsprechend ihrem beruflichen Bildungsstand, ihren Fähigkeiten und Erfahrungen - zur selbständigen Erledigung, soweit nicht Art und Schwere der Tätigkeit oder die Unvorhersehbarkeit der Auswirkungen der jeweiligen Maßnahme gerade die dem delegierenden Arzt eigenen Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt. Der Arzt muss bei der Durchführung von an nicht-

ärztliche Mitarbeiter delegierten Leistungen anwesend sein. Nur im Einzelfall dürfen bereits vom Arzt zuvor angeordnete Leistungen bei vorübergehender Abwesenheit des Arztes von entsprechend qualifiziertem nicht-ärztlichem Personal durchgeführt werden.[44]

Behandlungsmaßnahmen, die wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen professionelles ärztliches Fachwissen voraussetzen, sind vom Arzt persönlich durchzuführen und nicht delegationsfähig. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten wird in der Geschichte der Medizin schon lange von Ärztinnen und Ärzten praktiziert. Eine konkrete Auflistung von Tätigkeiten, die delegiert werden können, haben weder Ärzte noch Gesetzgeber bisher erarbeitet. Die Rechtsprechung hat in der Vergangenheit bei Konflikten immer im Einzelfall entschieden. [45]

In der aktuellen Diskussion unterscheidet man jedoch zwischen grundsätzlich nicht delegationsfähigen, generell delegationsfähigen und im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen. Als grundsätzlich nicht delegationsfähig gelten hier alle operativen Eingriffe, schwierige Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sowie ärztliche Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Beratung des Patienten. Zu den generell delegationsfähigen Leistungen zählen Laborleistungen, Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände sowie radiologische Leistungen. Zur Gruppe der im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen gehören insbesondere die Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen.[33]

#### **1.4.2 Substitution ärztlicher Leistungen**

Substitution im medizinischen Sinne beschreibt das Ersetzen des Arztes durch einen nicht ärztlichen Mitarbeiter bei der Durchführung von Leistungen, bei denen es sich um eine selbständige Ausübung der Heilkunde handelt. Bei der Substitution geht die ärztliche und juristische Verantwortung für die Ordnungsgemäßheit der durchgeführten Maßnahme (Heilkunde) vom Arzt auf den nichtärztlichen Mitarbeiter über.

Die Substitution ärztlicher Leistungen durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wird von der in medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften organisierten Ärzteschaft abgelehnt, weil sie zu schwierigen tatsächlichen Abgrenzungsproblemen und daraus resultierenden Haftungsfragen führt.[44].

Die Rechtsprechung erkennt wegen des notwendigen Patientenschutzes, der beinhaltet, daß der Patient eine kompetente und lückenlose Betreuung erhält, die Substitution jedoch an für den Fall, daß die Betreuung des Patienten ohne Defizit auch einer nicht-ärztlichen Stelle, sei es dem Pflegedienst, sei es dem technischen Ingenieur für Gerätewartung überlassen werden kann [45].

Mit der Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im Rahmen der Pflegereform 2008 hat der Gesetzgeber erstmals die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal zugelassen. Details sollen im Rahmen der Richtlinienkompetenz vom Gemeinsamen Bundesausschuß erarbeitet werden. [44]

Wahrscheinlich war eine der ersten Berufsgruppen, die ärztliche Tätigkeiten im OP übernahm, die Gruppe der Kardiotechniker. War die Bedienung der von einem Arzt entwickelten Herz-Lungen-Maschine ursprünglich ausschließlich den Ärzten vorbehalten, so wurde diese Tätigkeit schon vor langer Zeit von angelernten OP-Schwestern und auch Medizintechnikern übernommen. Bereits seit 1988 werden an der Akademie für Kardiotechnik in Berlin spezialisierte Fachkräfte zur Bedienung der Herz -Lungen-Maschine ausgebildet. Das Wissen über die Bedienung dieses inzwischen hoch entwickelten Gerätes ist bei den Ärzten heute gar nicht mehr vorhanden und kann deshalb auch nicht mehr - wie früher üblich - an das Pflegepersonal weitergegeben werden. In der Bedienung der Herz-Lungen-Maschine sieht heute niemand mehr eine ärztliche Tätigkeit.[46]

## **2. Umfrage zu nichtärztlichem Assistenzpersonal**

### **2.1 Ziel der Fragestellung**

Unter Berücksichtigung der bereits bestehenden und der noch zu erwartenden Veränderungen in der Chirurgie stellt sich die Frage, was die Betroffenen selbst, die im Krankenhaus tätigen Chirurgen, als sinnvoll und entlastend für ihren Berufsalltag ansehen. Im Rahmen einer Umfrage sollte herausgefunden werden, durch welche Maßnahmen sie sich die größte Unterstützung und meiste Hilfe bei ihrer Tätigkeit, insbesondere in Bezug auf den Einsatz von nicht-ärztlichem Assistenzpersonal, erwarten.

### **2.2 Erstellung der Fragen**

Auf der Grundlage der intensiven Recherche in der Literatur, aktueller Presseveröffentlichungen, von Vorträgen und der in den Verbänden geführten Diskussionen wurde von mir ein Fragebogen erstellt, der die subjektive Meinung der in deutschen Kliniken tätigen Chirurgen erfassen sollte. Erforscht werden sollte einerseits, wodurch sich die Chirurgen am meisten belastet sehen und andererseits, durch welche Maßnahmen sie sich für ihren Arbeitsalltag die größte Entlastung erhoffen. Zudem sollte erfasst werden, inwieweit die befragten Chirurgen die sich neu entwickelnde Berufsgruppe der nicht ärztlichen Assistenten kennen und ob sie sich durch eine Übertragung bzw. Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht ärztlichen Personal eine Hilfe für ihren Klinikalltag versprechen. Erarbeitet wurden 28 Fragen, unterteilt in 6 Themengebiete.

### **2.3 Fragestellung**

Die erarbeiteten Fragen umfassten folgende sechs Themengebiete:

1. Fragen zum Krankenhaus (Fragen Nr. 1 – 3)
2. Fragen zum Personalmangel in der Abteilung (Fragen Nr. 4 – 12)
3. Fragen zur Delegation ärztlicher Leistungen (Fragen Nr. 13 – 15)
4. Fragen zur Substitution/Übertragung ärztlicher Leistungen (Fragen Nr. 16 – 18)
5. Allgemeine Fragen zu nicht-ärztlichem Assistenzpersonal (Fragen Nr. 19 – 23)
6. Fragen zu den Folgen des Einsatzes von nicht-ärztlichem Assistenzpersonal (Fragen Nr. 24 – 28)

## **2.4 Fragebogen**

Es wurden folgende Fragen gestellt:

### **1. Fragen zu Ihrem Krankenhaus**

1. Ihr Krankenhaus ist ein/eine:

- Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung
- Krankenhaus der Schwerpunktversorgung
- Krankenhaus der Maximalversorgung
- Universitätsklinik
- Sonstige ( z.B. Spezialkliniken, Niedergelassene)

2. Ihr Krankenhausträger:

- Land ( Universitätskliniken, Landeskrankenhäuser)
- Kommune ( Stadt, Gemeinde, Landkreis)
- Gemeinnütziger Träger ( z.B. Kirche, gGmbH)
- Versicherung (z.B. BG, Knappschaft)
- Privater Träger ( z.B. Asklepios, Rhön, Helios)
- Sonstige ( z.B. Bundeswehr, JVA)

3. Ihre Dienststellung:

- Chefarzt
- Oberarzt
- Facharzt-Assistent
- Assistent in Weiterbildung

### **2. Fragen zum Personalmangel in Ihrer Abteilung**

4. Sind an Ihrer Abteilung Facharztstellen unbesetzt?

Ja                      Nein

5. Wenn ja: Wie viele Facharzt-Stellen sind in Ihrer Abteilung nach  
Stellenplan unbesetzt?

1      2      3      4      5      6      7 und mehr

6. Sind an Ihrer Abteilung Stellen von Assistenzärzten in der Weiterbildung unbesetzt?

Ja                      Nein

7. Wenn ja: Wie viele Stellen für Assistenzärzte in der Weiterbildung sind in Ihrer Abteilung nach Stellenplan unbesetzt?

1      2      3      4      5      6      7 und mehr

8. Auf welche Weise sollte man Ihrer Meinung nach dem Ärztemangel begegnen?

(Mehrfachnennungen möglich )

- verstärkt Ärzte ausbilden ( Aufstockung der Studienplätze )
- Kollegen aus dem Ausland anwerben
- Ärzten attraktivere Gehälter bezahlen
- Entlastung von nicht-ärztlicher Tätigkeit
- Entlastung von Bürokratie und Dokumentationszwängen
- Ausführung ärztlicher Leistungen durch Assistenzpersonal
- Weitere Vorschläge, bitte angeben:

9. Kennen Sie die neue Berufsgruppe der chirurgischen Arztassistenten; CTA (chirurgisch technischer Assistent), COA (chirurgisch operativer Assistent) oder Bachelor of Science in Physician Assistance?

Ja                      Nein

10. Glauben Sie, dass Chirurgen **durch die Delegation einiger Routinearbeiten (Letztverantwortung und Haftung verbleibt beim Arzt)** auf speziell geschultes, nichtärztliches Personal (chirurgischer Arzt-Assistent) sinnvoll entlastet werden können?

Ja                      Nein

11. *Glauben Sie, dass Chirurgen durch die **Übertragung bzw. Substitution einiger Routinearbeiten (Verantwortung wird vollständig auf das Assistenzpersonal übertragen)** auf speziell geschultes, nichtärztliches Personal (chirurgischer Arzt- Assistent) sinnvoll entlastet werden können?*

*Ja*

*Nein*

12. *In welchen chirurgischen Disziplinen halten Sie die Delegation ärztlicher Tätigkeiten für angebracht?*

*- Allgemeine Chirurgie*

*- Gefäßchirurgie*

*- Herzchirurgie*

*- Kinderchirurgie*

*- Plastische Chirurgie*

*- Thoraxchirurgie*

*- Orthopädie und Unfallchirurgie*

*- Viszeralchirurgie*

*- Keine. Ich lehne den Einsatz von nichtärztlichem Assistenzpersonal ab.*

**3. Fragen zur Delegation ärztlicher Leistungen. Bei der Delegation verbleibt die Verantwortung und Haftung beim Arzt**

13. *Welche ärztlichen Tätigkeiten können Ihrer Meinung nach an Assistenzpersonal delegiert werden?*

*- Arbeiten im OP*

*- Arbeiten auf Station ( z.B. Aufnahme und Entlassung)*

*- Arbeiten am Patienten ( Anamnese , Untersuchung, Blutentnahme, Verbandswechsel etc.)*

*- Arbeiten bei der Dokumentation*

14. *Welche ärztlichen Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach an nichtärztliches Assistenzpersonal delegiert werden*

- *selbständige operative Tätigkeit*
- *Assistenz bei Operationen*
- *Lagern und Abdecken im OP*
- *Operationskoordination, Lagerung, Betreuung der OP-Technik usw.*
- *Anamnese*
- *Untersuchung*
- *Aufklärung ( auch partiell über allgemeine Risiken )*
- *apparative Untersuchungen ( Ultraschall, Endoskopie )*
- *Blutentnahme und Zugänge legen*
- *Verbandswechsel und Wundkontrollen*
- *Dokumentation und Codierung ( OP und Station)*
- *Aufnahme- und Entlassungsmanagement*
- *Entlassungsbrief schreiben*
- *Patientenführung, Nachsorgeorganisation ( inkl. AHB)*
- *andere, bitte benennen:*

15. *Welche ärztlichen Tätigkeiten sollten Ihrer Meinung nach auf keinen Fall an Assistenzpersonal delegiert werden*

- *selbständige operative Tätigkeit*
- *Assistenz bei Operationen*
- *Lagern und Abdecken im OP*
- *Operationskoordination, Lagerung, Betreuung der OP-Technik usw.*
- *Anamnese*
- *Untersuchung*
- *Aufklärung ( auch partiell über allgemeine Risiken )*
- *apparative Untersuchungen ( Ultraschall, Endoskopie )*
- *Blutentnahme und Zugänge legen*
- *Verbandswechsel / Wundkontrollen*
- *Dokumentation und Codierung ( OP und Station)*
- *Aufnahme- und Entlassungsmanagement*
- *Entlassungsbrief schreiben*
- *Patientenführung, Nachsorgeorganisation ( inkl. AHB)*
- *andere, bitte benennen:*

**4. Fragen. zur Substitution / Übertragung ärztlicher Leistungen. Die Verantwortung und Haftung wird voll umfänglich auf das Assistenzpersonal übertragenen**

16. Welche ärztlichen Tätigkeiten können Ihrer Meinung nach an Assistenzpersonal übertragen werden?

- Arbeiten im OP
- Arbeiten auf Station ( z.B. Aufnahme und Entlassung)
- Arbeiten am Patienten (Anamnese , Untersuchung, Blutentnahme, Verbandswechsel etc.)
- Arbeiten bei der Dokumentation

17. Welche ärztlichen Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach an Assistenzpersonal übertragen werden?

- selbständige operative Tätigkeit
- Assistenz bei Operationen
- Lagern und Abdecken im OP
- Operationskoordination, Lagerung, Betreuung der OP-Technik usw.
- Anamnese
- Untersuchung
- Aufklärung ( auch partiell über allgemeine Risiken )
- apparative Untersuchungen ( Ultraschall, Endoskopie )
- Blutentnahme und Zugänge legen
- Verbandswechsel und Wundkontrollen
- Dokumentation und Codierung ( OP und Station)
- Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Entlassungsbrief schreiben
- Patientenführung, Nachsorgeorganisation (inkl. AHB)
- andere, bitte benennen:

18. *Welche ärztlichen Tätigkeiten sollten Ihrer Meinung nach auf keinen Fall an Assistenzpersonal übertragen werden?*

- *selbständige operative Tätigkeit*
- *Assistenz bei Operationen*
- *Lagern und Abdecken im OP*
- *Operationskoordination, Lagerung, Betreuung der OP-Technik usw.*
- *Anamnese*
- *Untersuchung*
- *Aufklärung ( auch partiell über allgemeine Risiken )*
- *apparative Untersuchungen ( Ultraschall, Endoskopie )*
- *Blutentnahme und Zugänge legen*
- *Verbandswechsel und Wundkontrollen*
- *Dokumentation und Codierung ( OP und Station)*
- *Aufnahme- und Entlassungsmanagement*
- *Entlassungsbrief schreiben*
- *Patientenführung, Nachsorgeorganisation (inkl. AHB)*
- *andere, bitte benennen:*

##### **5. Allgemeine Fragen zu nicht-ärztlichem Assistenzpersonal**

19. *Die Durchführung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal (chirurgischer Arztassistent) sollte erfolgen im Sinne einer:*

- *Delegation (Verantwortung verbleibt beim Arzt)*
- *Übertragung/ Substitution (Verantwortung geht auf Assistenz über)*
- *Delegation und Substitution (hängt von der einzelnen Tätigkeit ab)*
- *egal*

20. *Welche Vorbildung sollte ein chirurgischer Arzt-Assistent haben?*

- *Abitur*
- *Fachabitur*
- *Pflegeberuf als Mindestvoraussetzung*
- *Pflegeberuf und mehrjährige Berufserfahrung*
- *weiß nicht*

21. *Welche Ausbildung sollte ein chirurgischer Arzt-Assistent durchlaufen?*
- *dreijährige abgeschlossene Berufsausbildung ( CTA/COA-Schule)*
  - *berufsbegleitende Weiterbildung ( z.B. parallel zur Tätigkeit in der Pflege)*
  - *akademischer Studiengang ( Bachelor/ Master)*
  - *weiß nicht*
22. *Welchen Umfang sollte man für die praktische Ausbildung in einem Chirurgenteam in der Klinik veranschlagen?*
- *< 30%*
  - *31% - 40%*
  - *41% - 50%*
  - *51% - 60%*
  - *> 60%*
23. *Welches durchschnittliche Gehalt halten Sie für einen chirurgischen Arzt- Assistenten für angemessen?*
- *weniger als das Pflegepersonal*
  - *gleiches Gehalt wie das Pflegepersonal*
  - *Gehalt höher als das Pflegepersonal und geringer als Assistenzarzt*
  - *gleiches Gehalt wie ein/e Assistenzarzt/ärztin*

**6. Fragen zu den Folgen des Einsatzes von nicht-ärztlichem Assistenzpersonal**

24. *Welche Auswirkungen wird der neue Beruf der chirurgischen Arzt-Assistenten auf das Pflegepersonal haben?*
- Nichtärztliches chirurgisches Assistenzpersonal ...***
- *steht in Konkurrenz zum Pflegepersonal*
  - *kann das Pflegepersonal anleiten/ ausbilden*
  - *wird vom Pflegepersonal angeleitet*
  - *beide Berufsgruppen ergänzen sich*

25. Welche Auswirkungen wird der neue Beruf der chirurgischen Arzt-Assistenten auf das ärztliche Personal haben?

**Nichtärztliches chirurgisches Assistenzpersonal ...**

- steht in Konkurrenz zum Assistenzarzt
- kann den Assistenzarzt anleiten
- wird vom Arzt angeleitet/ausgebildet
- beide Berufsgruppen ergänzen sich

26. Wird nichtärztliches Assistenzpersonal die chirurgische Weiterbildung negativ beeinflussen?

- ja
- nein
- kann ich nicht abschätzen

27. Welchen Personalschlüssel halten Sie im Zusammenhang mit der Einstellung von chirurgischen Arztassistenten an Ihrer Klinik für adäquat bezogen auf die Zahl der Assistenzärzte Ihrer Abteilung?

Assistenzärzte	1	2	3	4	5	6	7	8
Arzt-Assistenten	1	2	3	4	5	6	7	8

28. Welche Berufsbezeichnung halten Sie für die neue Berufsgruppe der chirurgischen Arzt-Assistenten für sinnvoll?

- Chirurgisch Technischer Assistent ( CTA )
- Chirurgisch Operativer Assistent ( COA )
- Chirurgisch Administrativer Assistent ( CAA )
- unterschiedliche Bezeichnungen je nach Einsatzfeld
- sonstiges ( Ihr Vorschlag):

## **2.5 Umfrageerfassung und Rahmenbedingungen**

Die Umfrage erfolgte als Online-Fragebogen im Internet. Verteiler war der Berufsverband der Deutschen Chirurgen - BDC. Adressaten waren die Mitglieder des Verbandes. Die Umfrage startete am 03.08.2010 und lief bis zum 31.12.2010. Angeschrieben wurden 10.470 Mitglieder des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. aus den Gruppen der Chef-, Ober- und Assistenzärzte. 1.423 Teilnehmer füllten den Online-Fragebogen aus, davon 362 Chefärzte, 485 Oberärzte, 311 Facharzt-Assistenten und 265 Assistenten in Weiterbildung. Die Rücklaufquote lag damit bei 13,59%. Durch das bei der Durchführung benutzte Umfrage-System wurde sichergestellt, dass jeder Nutzer nur einmal auf den Online-Fragebogen antworten konnte.

## **2.6 Anschreiben an die Mitglieder des BDC im Internet**

Das Anschreiben, mit dem die Mitglieder des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen im Internet zur Teilnahme an der Umfrage zum Einsatz von chirurgischem, nichtärztlichem Assistenzpersonal eingeladen wurden, lautete:

*„Umfrage zum Einsatz von chirurgischem Assistenzpersonal  
Berlin, 3. August 2010*

*Schon seit Jahren führen ein drastisch erhöhter Managementaufwand, ein erhöhter Aufwand von Leistungserfassung und komplizierter gewordene Leistungsaufgaben vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen, vermehrter operativer Eingriffe und Stellenstreichungen zu einer erheblichen Arbeitsbelastung der klinisch tätigen Chirurgen. Eine Möglichkeit, den zunehmenden Aufgaben in der Chirurgie bei wachsendem Ärztemangel zu begegnen, liegt in der Schaffung eines neuen Berufsbildes, des chirurgischen Arztassistenten.*

*Seit einiger Zeit werden in Deutschland in Anlehnung an den Physician Assistant in den USA speziell chirurgisch geschulte Arztassistenten ausgebildet, die den Krankenhausarzt bei Routinearbeiten entlasten sollen. Bisher ist diese Ausbildung nicht einheitlich geregelt. So schließt man z.B. in Düsseldorf als „Chirurgisch technischer Assistent (CTA)“ und in Wiesbaden als*

*„Chirurgisch operativer Assistent (COA)“ ab. In Berlin kann man auch den akademischen Weg zum „Bachelor of Science in Physician Assistance“ beschreiten. Eine weitere Möglichkeit wäre die gezielte Weiterbildung von erfahrenem und interessiertem Pflegepersonal. **Entscheidend wird dabei nicht sein, ob zukünftig nichtärztliches Assistenzpersonal auf unseren Stationen und im OP arbeitet, sondern ob es der organisierten Chirurgenschaft gelingt, sich aktiv in den Aus- oder Weiterbildungsprozeß einzubringen. Lehnen wir die Entwicklung ab, wird sie ohne uns stattfinden. Nehmen wir sie als Herausforderung an, können wir Ausbildung und Einsatz einer zukünftig eng mit uns zusammenarbeitenden Berufsgruppe aktiv mit gestalten.***

*Ihre Meinung ist uns wichtig. Bitte nehmen Sie an dieser Umfrage teil. Die Beantwortung der Fragen nimmt ca. 10 Minuten in Anspruch. Ihre Antwort wird anonymisiert ausgewertet, eine Rückverfolgung ist nicht möglich. Zur Umfrage gelangen Sie durch einen Klick auf den unten stehenden Link. „*

Über den angezeigten Link gelangte der Leser zum Online-Fragebogen. Die Fragen konnten einfach über „Mausklick“ ohne großen Zeitaufwand beantwortet werden.

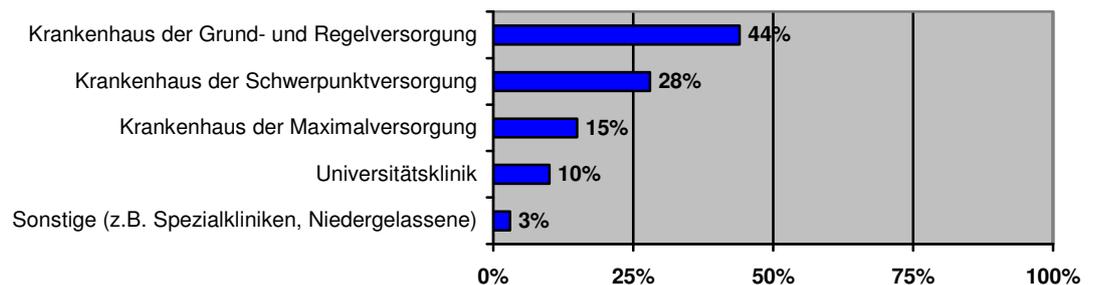
### 3. Ergebnisse der Umfrage

(Alle erhobenen Werte wurden gerundet)

#### 3.1 Themengruppe 1 zum Krankenhaus (Fragen Nr. 1 – 3)

##### Frage 1:

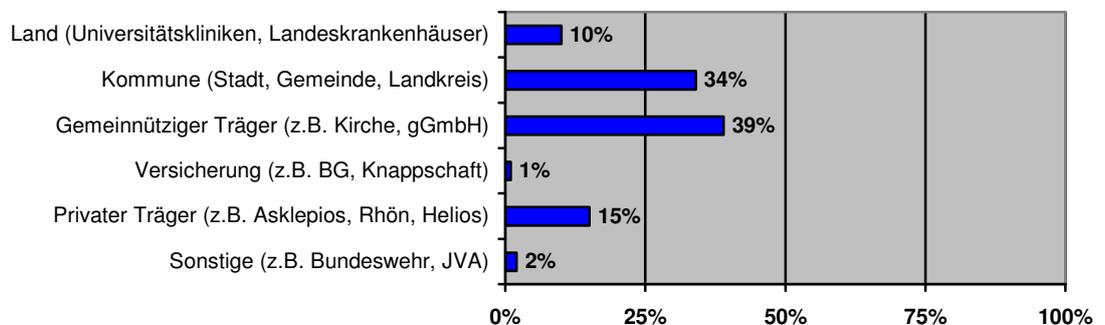
###### Ihr Krankenhaus ist ein/eine:



44% der an der Umfrage teilnehmenden Klinikärzte arbeiten an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, 28% an einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. 10% der antwortenden Chirurgen sind an einer Universitätsklinik tätig während 15% an einem Krankenhaus der Maximalversorgung arbeiten. Ein geringer Prozentsatz (3%) übt den Beruf als niedergelassener Chirurg oder an einer nicht genannten Klinik aus.

##### Frage 2:

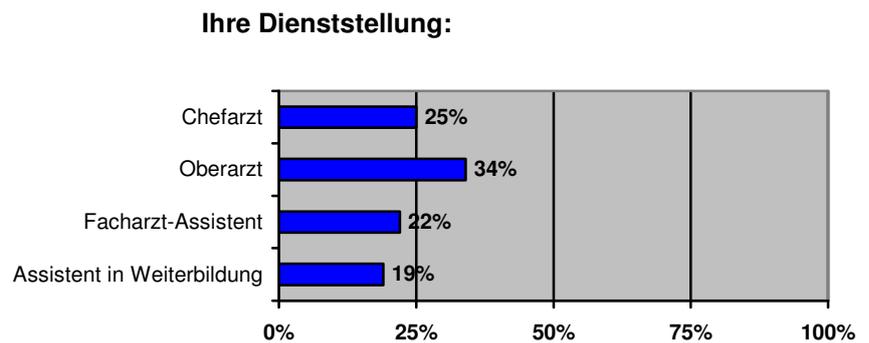
###### Ihr Krankenhausträger:



Die Krankenhausträger sind in der überwiegenden Mehrzahl die Kommunen (34%) oder gemeinnützige Träger (39%). Da 10% der Antwortenden an

Universitätskliniken tätig sind, ist bei 10% der Antwortenden das Land der Träger der Einrichtung. 15% der befragten Chirurgen arbeitet an einer Klinik, die von einem privaten Träger geführt wird. Bei 1% der Antwortenden ist eine Versicherung der Krankenhausträger. 2% der Umfrageteilnehmer arbeiten nicht unter den bereits genannten Krankenhausträgern.

### Frage 3:

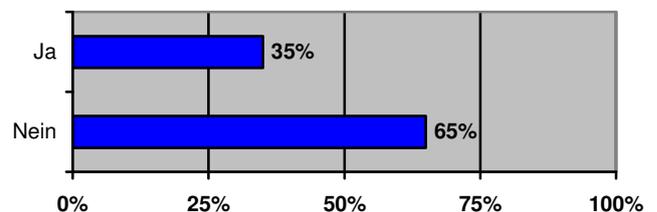


Die Mehrzahl der antwortenden Chirurgen sind als Chefarzt (25%) oder als Oberarzt (34%) tätig, 22% arbeiten als Facharzt-Assistenten und 19% als Assistenten in der Weiterbildung.

### 3.2 Themengruppe 2 zum Personalmangel in Ihrer Abteilung (Fragen Nr. 4 – 12)

### Frage 4:

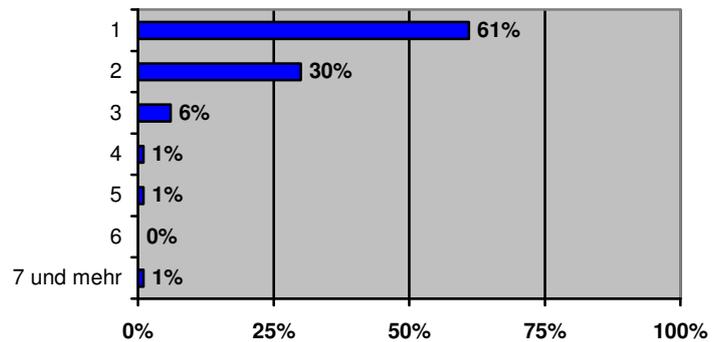
#### Sind an Ihrer Abteilung Facharztstellen unbesetzt?



Befragt nach dem Personalmangel in ihren Abteilungen geben 35% der Antwortenden an, dass in ihrer Abteilung Facharztstellen unbesetzt sind.

**Frage 5:**

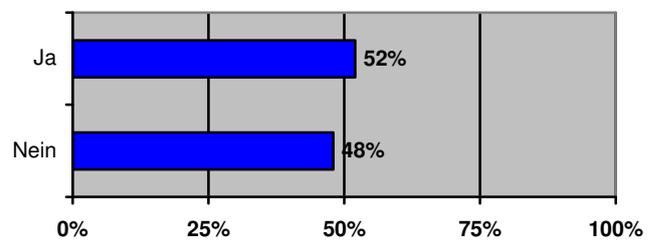
**Wenn ja: Wie viele Facharzt-Stellen sind in Ihrer Abteilung nach Stellenplan unbesetzt?**



In über 90% der Fälle handelt es sich dabei um eine ( 61% ) oder zwei ( 30% ) unbesetzte Facharztstellen. Bei sechs Prozent der Umfrageteilnehmer sind drei Facharztstellen nach Stellenplan unbesetzt. Bei einer geringen Zahl der befragten Ärzte (1%) sind aber auch bis zu sieben und mehr Facharztstellen unbesetzt.

**Frage 6:**

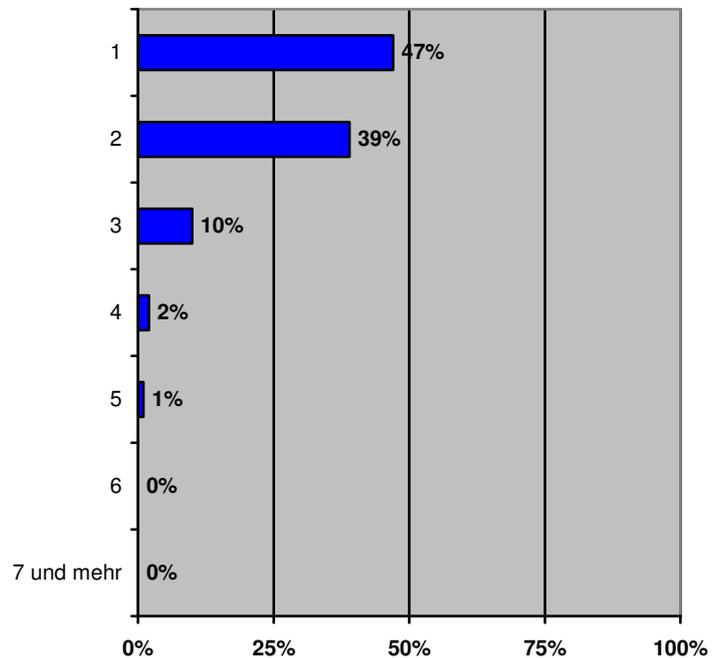
**Sind an Ihrer Abteilung Stellen von Assistenzärzten in Weiterbildung unbesetzt?**



Bei gut der Hälfte der teilnehmenden Ärzte (52%) sind dagegen Stellen von Assistenzärzten in Weiterbildung nach Stellenplan unbesetzt.

**Frage 7:**

**Wenn ja: Wieviele Stellen für Assistenzärzte in Weiterbildung sind in Ihrer Abteilung nach Stellenplan unbesetzt?**

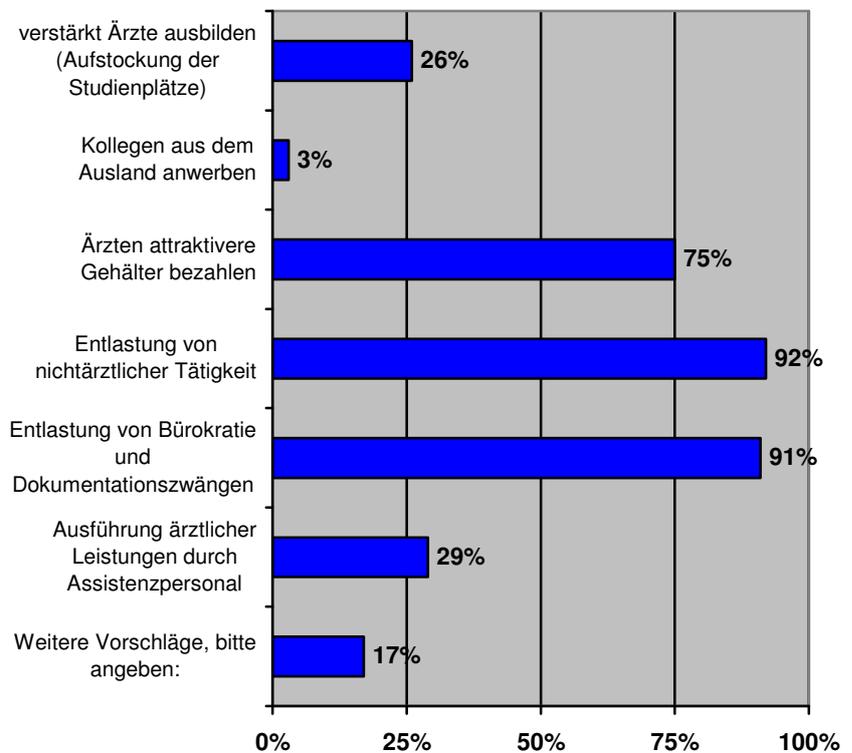


Hierbei sind davon in fast 90% der Fälle ein (47%) oder zwei (39%) der Assistenzarztstellen betroffen. Bei 10% der Umfrageteilnehmer sind sogar drei Stellen für Assistenzärzte in Weiterbildung unbesetzt. Bei einem geringen Prozentsatz der Befragten sind vier (2%) oder fünf (1%) der Stellen für Assistenzärzte in Weiterbildung unbesetzt.

Hier zeigt sich der seit Jahren beklagte Nachwuchsmangel in der Chirurgie, von dem bereits mehr als die Hälfte der an Kliniken tätigen Chirurgen (52%) betroffen ist. Hierbei muss man bedenken, dass 44% der Antwortenden an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung angestellt sind, Es zeichnet sich aber auch schon ein Facharztmangel ab, den immerhin 35% der Umfrageteilnehmer an ihren Kliniken registriert haben. Bei etwa einem Drittel der Befragten sind entweder ein (61%) oder sogar zwei (30%) der Facharztstellen nach Stellenplan unbesetzt, bei wenigen Antwortenden sogar noch mehr.

**Frage 8:**

**Auf welche Weise sollte man Ihrer Meinung nach dem Ärztemangel begegnen? (Mehrfachbenennungen möglich):**



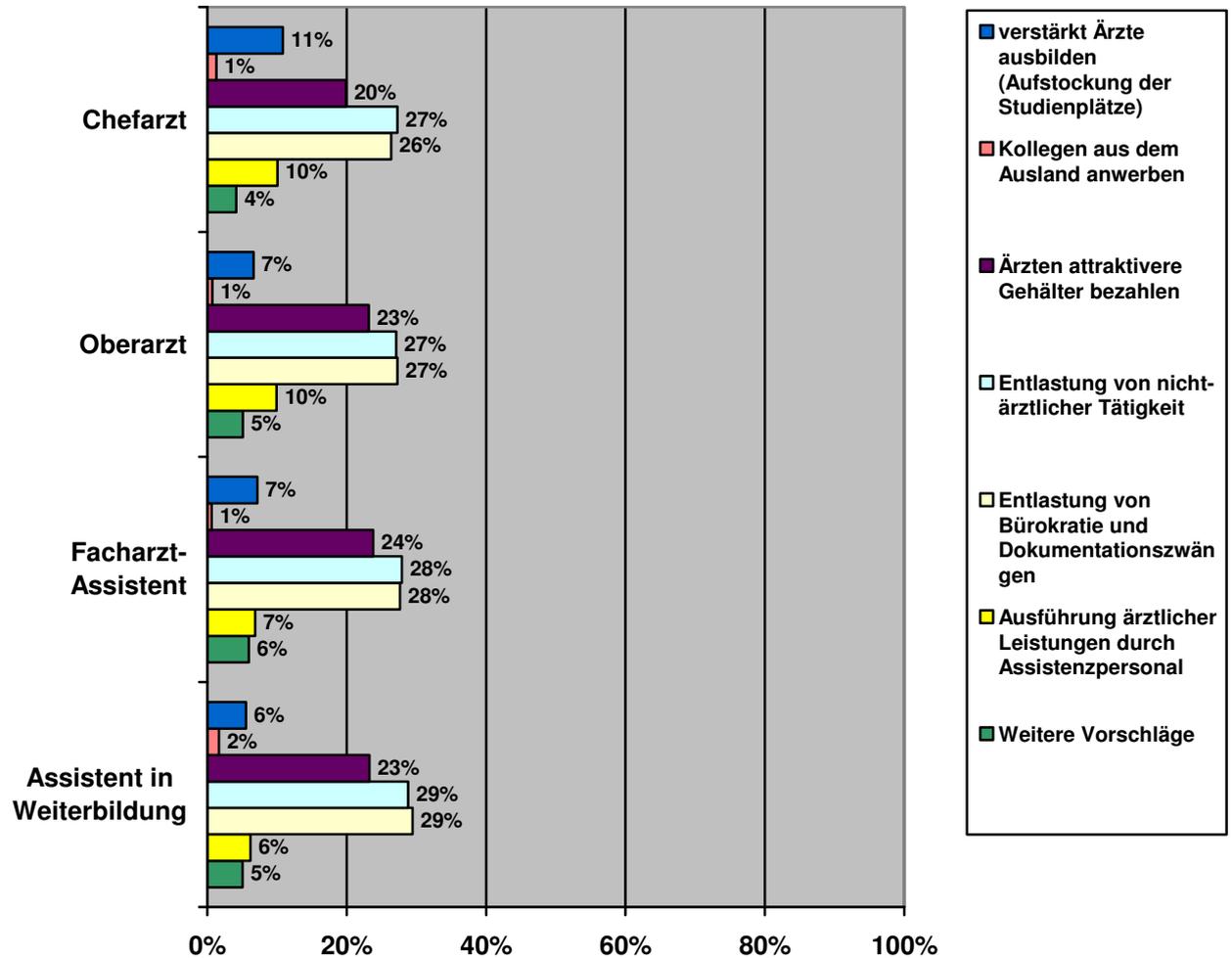
Auf die Frage, wie man dem Ärztemangel in der Chirurgie begegnen sollte, ist die große Mehrheit der antwortenden Ärzte für die Entlastung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten (92%), von Bürokratie und Dokumentationszwängen (91%) und für die Bezahlung besserer Gehälter (75%). Dies überrascht nicht, sind es doch genau die Kritikpunkte, die die im Krankenhaus tätigen Ärzte schon seit langem vortragen.

Nur etwa ein Viertel der Antwortenden erwartet sich aber von einer verstärkten Ausbildung des Nachwuchses Hilfe im Arbeitsalltag (26%). Wurden in der Vergangenheit die Studierenden von den verschiedenen chirurgischen Berufsverbänden noch heftig umworben [13], so scheinen die meisten Umfrageteilnehmer sich keinen durchgreifenden Erfolg von den bisher eingeleiteten Maßnahmen zur Gewinnung des chirurgischen Nachwuchses zu versprechen.

Ein etwas größerer Teil der betroffenen Mediziner kann sich vorstellen, dass sie Arbeitsentlastung durch die Ausführung ärztlicher Leistungen durch Assistenzpersonal erfahren könnten (29%).

Nur ein vernachlässigbarer Anteil der Antwortenden (3%) hält die Einstellung chirurgischer Kollegen aus dem Ausland für ein geeignetes Mittel, dem Ärztemangel zu begegnen.

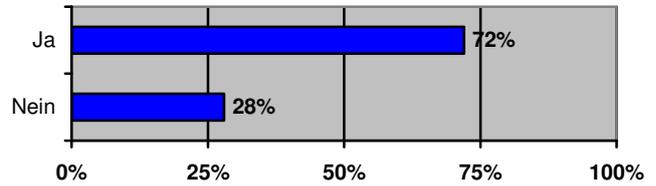
Auswertung nach Dienststellung:



Die Auswertung nach Dienststellung zeigt kein deutlich abweichendes Ergebnis. Betrachtet man die Antworten im Freitext, so sind diese sehr unterschiedlich. Mehrere Vorschläge beziehen sich aber auf eine bessere Aus- und Weiterbildung, Abschaffung hierarchischer Strukturen, familienfreundliche Arbeitsplätze und geregelte Arbeitszeiten.

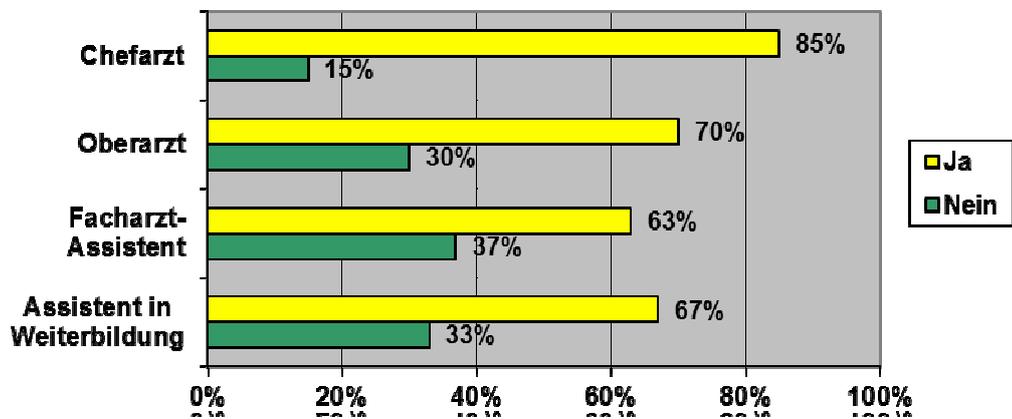
**Frage 9:**

**Kennen Sie die neue Berufsgruppe der chirurgischen Arztassistenten; CTA (chirurgisch technischer Assistent), COA (chirurgisch operativer Assistent) oder Bachelor of Science in Physician Assistance?**



Die Frage, ob sie die neue Berufsgruppe der chirurgischen Arztassistenten kennen, bejahen 72% der Chirurgen. Dieser hohe Anteil ist sicherlich Folge der in der Vergangenheit heftig und teilweise auch sehr emotional geführten öffentlichen Diskussionen sowohl in den Berufsverbänden als auch in den öffentlichen Medien und Fachzeitschriften. Immerhin kennen 28% der Befragten diese Berufsgruppe aber nicht.

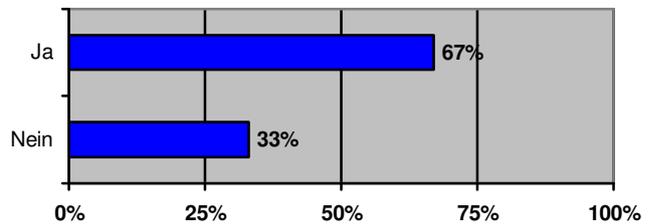
Auswertung nach Dienststellung:



Betrachtet man die Antworten unter Berücksichtigung der Dienststellung der Befragten, so zeigt sich, dass sogar 85% der Chefarzte die Berufsgruppe der Arztassistenten kennen wogegen bei den Assistenzärzten nur 63% der Facharzt-Assistenten und 67% der Assistenten in Weiterbildung dies bejahen. Das dürfte darauf beruhen, dass Chefarzte eher mit dem Thema vertraut sind, weil Stellenbesetzungen und Mitarbeitersuche in ihren Aufgabenbereich fallen.

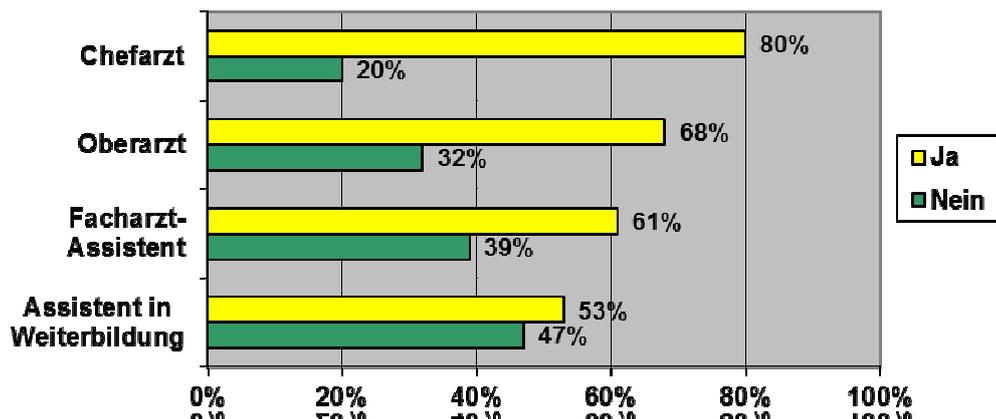
**Frage 10:**

**Glauben Sie, dass Chirurgen durch Delegation einiger Routinearbeiten (Letztverantwortung und Haftung verbleibt beim Arzt) auf speziell geschultes, nichtärztliches Personal (chirurgischer Arzt-Assistent) sinnvoll entlastet werden können?**



67 % der Umfrageteilnehmer glauben, dass sie durch die Delegation einiger Routinearbeiten auf nicht ärztliches Personal sinnvoll entlastet werden können.

Auswertung nach Dienststellung:

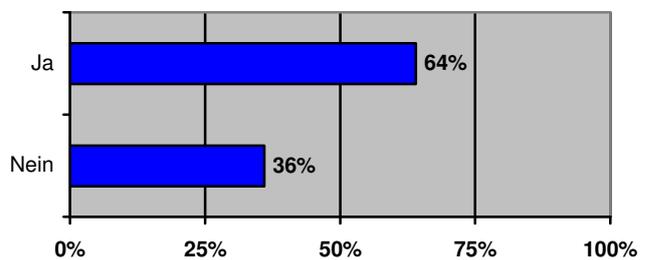


Sieht man auch bei dieser Frage die Auswertung nach Dienststellung an, so ergibt sich, dass 80% der Chefärzte sich durch den Einsatz von Arztassistenten eine sinnvolle Entlastung versprechen, während nur 61% der Facharzt-Assistenten und 53% der Assistenten in Weiterbildung das so beurteilen. Entweder haben sich die Chefärzte mehr mit dem Thema der Arztassistenten befasst, oder der Konkurrenzgedanke beeinflusst die Antworten der Assistenzärzte. Es scheint naheliegender, dass der Konkurrenzgedanke das Abstimmungsverhalten der Umfrageteilnehmer mehr beeinflusst als der „Wissensvorsprung“ der Chefärzte. Beim Vergleich des Ergebnisses mit Frage 9 unterscheidet sich das Stimmverhalten der Assistenten in Weiterbildung hier deutlich von dem ihrer Kollegen. Bei diesen stimmen die Antworten annähernd überein, während die

Assistenten in Weiterbildung zwar zu 67% die Berufsgruppe der Arztassistenten kennen, sich aber nur 53% eine Entlastung von ihr erwarten. Fazit: Je höher die Dienststellung des Arztes, desto größer die Akzeptanz, bestimmte Aufgaben an nichtärztliche Assistenten zu delegieren.

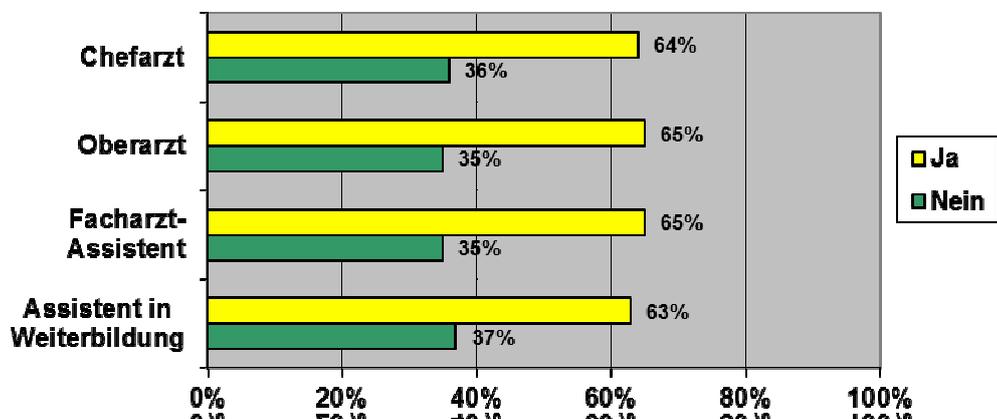
**Frage 11:**

**Glauben Sie, dass Chirurgen durch Übertragung bzw. Substitution einiger Routinearbeiten (Verantwortung wird vollständig auf das Assistenzpersonal übertragen) auf speziell geschultes, nichtärztliches Personal (chirurgischer Arzt-Assistent) sinnvoll entlastet werden können?**



In der nächsten Frage wurde die Meinung der Chirurgen zur Substitution erfragt. Hier geht die Verantwortung auf den Ausübenden über. Um Missverständnisse zu vermeiden, wurde dies – wie zuvor in der in der Frage zur Delegation – noch einmal ausdrücklich erklärt. Dennoch ergibt sich aus den Antworten kein großer Unterschied. 64% der Befragten glauben ebenso, dass sie durch die Substitution einiger Routinearbeiten auf nicht-ärztliches Personal sinnvoll entlastet werden können.

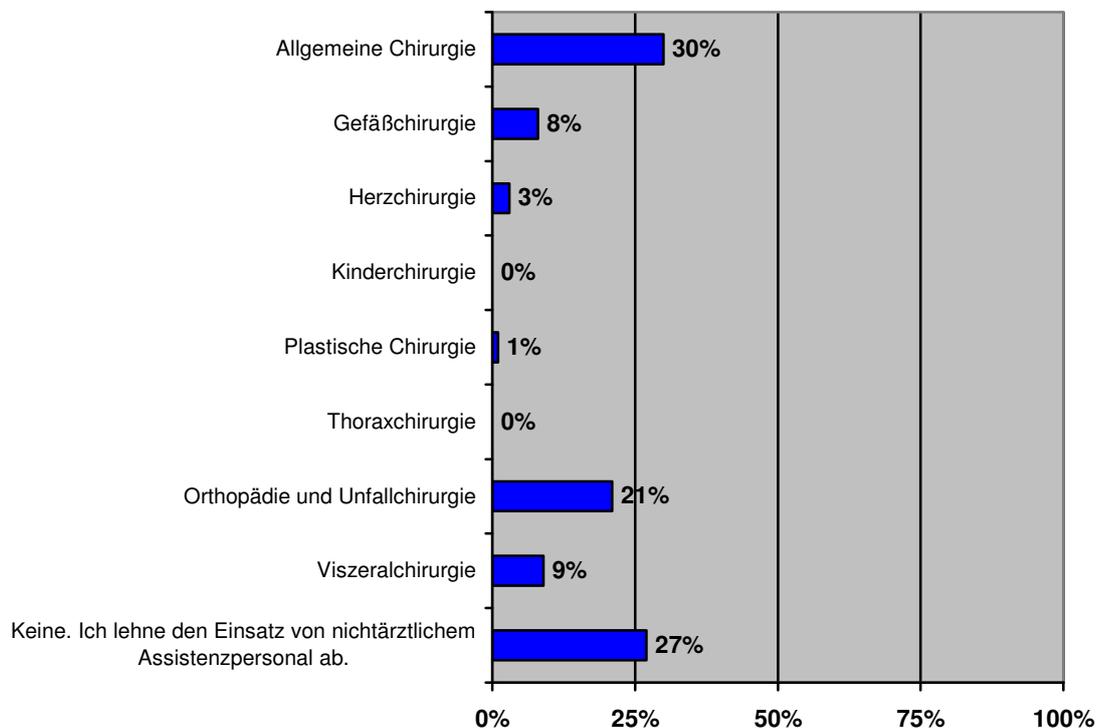
Auswertung nach Dienststellung:



Entgegen den zwei vorausgegangenen Fragen antworten hier alle Arztgruppen homogen. Die Substitution, also die Übertragung bestimmter Tätigkeiten auf eine andere Berufsgruppe, scheint keinen Konkurrenzgedanken aufkommen zu lassen. Wird ein Aufgabenbereich gänzlich auf eine andere Berufsgruppe übertragen, gehört er schließlich nicht mehr zum Tätigkeitsfeld und damit zum Ausbildungsbereich der Ärzte. Die vergleichsweise geringe Zustimmung der Chefärzte ist wohl eher der Sorge um die Qualität in der Versorgung der Patienten geschuldet.

**Frage 12:**

**In welchen chirurgischen Disziplinen hatten Sie den Einsatz nichtärztlichen Assistenzpersonals für angebracht?**



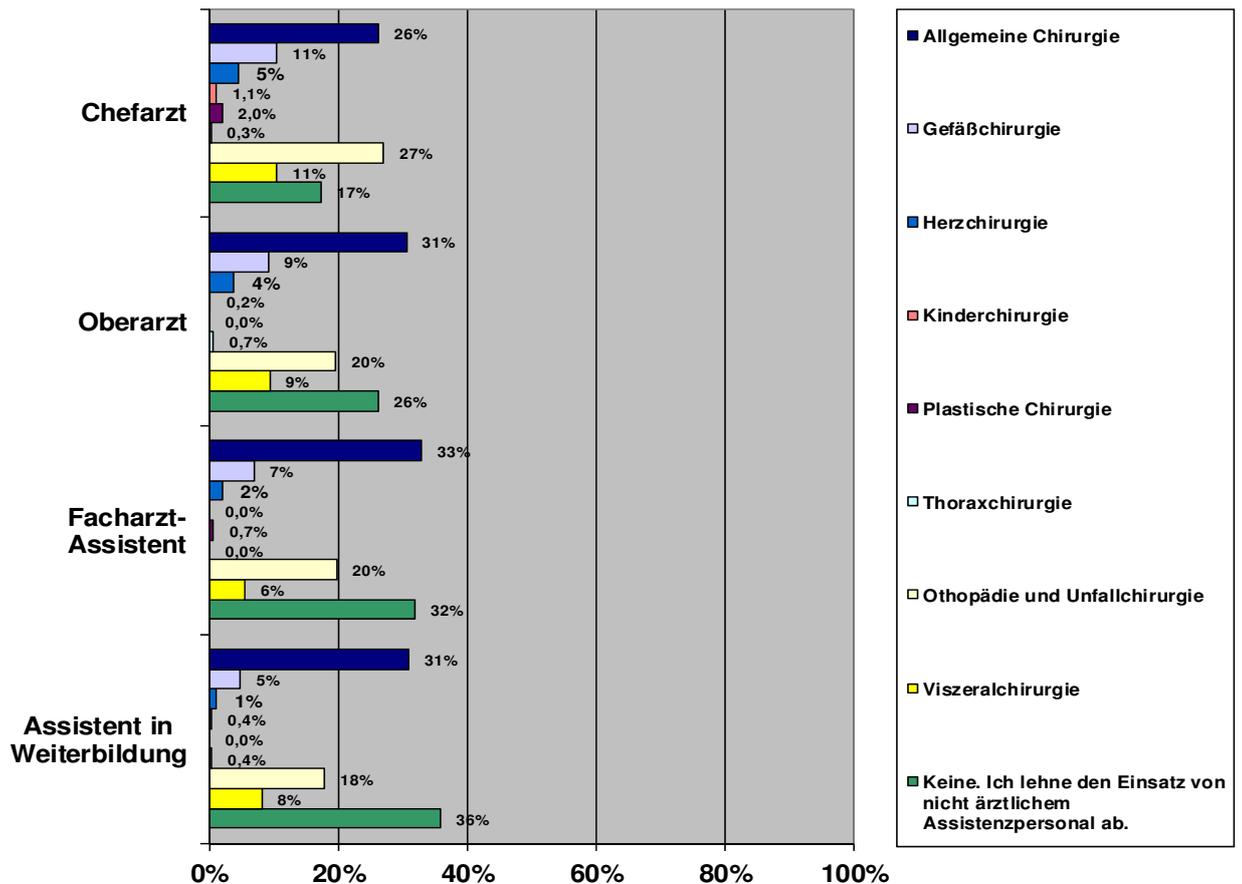
Den Einsatzbereich der Arztassistenten sieht die Mehrheit der Befragten in der allgemeinen Chirurgie (30%) und in der Orthopädie und Unfallchirurgie (21%). Erstaunlicherweise hat sich für die Antwortmöglichkeit Thoraxchirurgie keiner, nur 3% für die Herzchirurgie und nur 8% für die Antwort Gefäßchirurgie entschieden. Das ist in sofern auffällig, weil gerade an den großen Herz- und Gefäßkliniken infolge Assistentenmangels schon seit Jahren Arztassistenten (Gefäßassistenten/-innen) ausgebildet und beschäftigt werden.

Da es bis heute wenige Kliniken gibt, die die Viszeralchirurgie ausschliesslich

betreiben ist der Anteil von 9 % bei den Nennungen verständlich. Wenn man die Allgemein- und die Viszeralchirurgie zusammenfasst, dann ergibt sich ein realistisches und damit repräsentatives Bild. Für den geringen Anteil an Nennungen in der Gefäß-, Herz-, Thorax- und Kinderchirurgie wäre als Grund denkbar, dass gerade in einem Gebiet, in dem der operative Bereich sehr viel Raum einnimmt, weiterhin die Sorge um die Weiterbildung das Antwortergebnis stark beeinflusst. Dass sich hier kaum jemand für den Einsatz von nichtärztlichem Assistenzpersonal entschieden hat, könnte auch an den sensiblen Aufgabenbereichen dieser chirurgischen Disziplinen liegen.

27% der Antwortenden lehnten den Einsatz von nichtärztlichem Assistenzpersonal ganz ab. Diese Zahl entspricht andererseits rechnerisch der Gruppe, die in Frage 9 angab, die Berufsgruppe der chirurgischen Assistenten nicht zu kennen (28%).

Auswertung nach Dienststellung:



Betrachtet man dann aber die Antwortmöglichkeit „Keine. Ich lehne den Einsatz von nichtärztlichem Assistenzpersonal ab.“ unter Berücksichtigung der Dienststellung so zeigt sich wieder ein deutlicher Unterschied. Während nur 17% der Chefärzte diese Antwort gewählt haben, taten dies immerhin 32% der Facharzt-Assistenten und 36% der Assistenten in Weiterbildung. Selbst unter dem Aspekt, dass eine größere Anzahl an Chefärzten die neue Berufsgruppe kennt, drängt sich doch der weiterhin Verdacht auf, dass das Abstimmungsverhalten hier vom Konkurrenzgedanken geprägt ist. Je höher der Dienstgrad, um so größer ist die Akzeptanz der nichtärztlichen Assistenten.

### **3.3 Themengebiet 3 zur Delegation ärztlicher Leistungen. Bei der Delegation verbleibt die Verantwortung und Haftung beim Arzt (Fragen Nr. 13 – 15)**

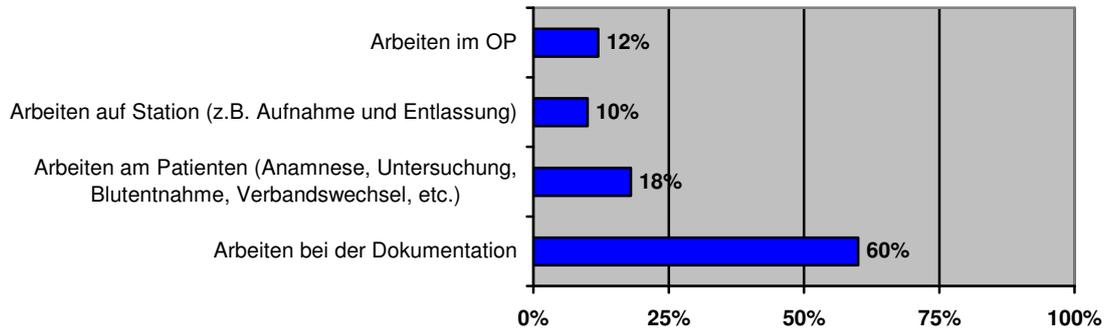
#### **Fragen 13 – 15: Fragen zur Delegation ärztlicher Leistungen**

In dieser Kategorie wurden Fragen zur Möglichkeit der Delegation (nachfolgend dann zur Substitution) ärztlicher Leistungen gestellt. Hierbei wurde der rechtliche Aspekt weitgehend vernachlässigt. Gefragt wurde also nicht, welche ärztlichen Tätigkeiten man an nichtärztliches Personal weitergeben darf, sondern gefragt wurde, was man der ganz persönlichen Meinung der Befragten nach aus ihrer beruflichen Erfahrung heraus delegieren/substituieren kann. Hierbei wurde wieder Wert auf die Unterscheidung von Delegation und Substitution gelegt. Die Begriffe wurden in den Fragen noch einmal erklärt. Die gleichen Fragen wurden einmal unter dem Stichwort „Delegation“ und anschließend unter dem Stichwort „Substitution“ gestellt.

Ganz bewusst wurde auch eine Negativ-Frage darüber formuliert, welche ärztlichen Tätigkeiten nach Meinung der Antwortenden auf keinen Fall delegiert (oder substituiert) werden sollten. Es sollte die vorangegangene Frage gegengeprüft werden. Zudem ist es bei der Entscheidungsfindung häufig einfacher, Dinge auszuschließen, als sie zweifelsfrei zu bejahen.

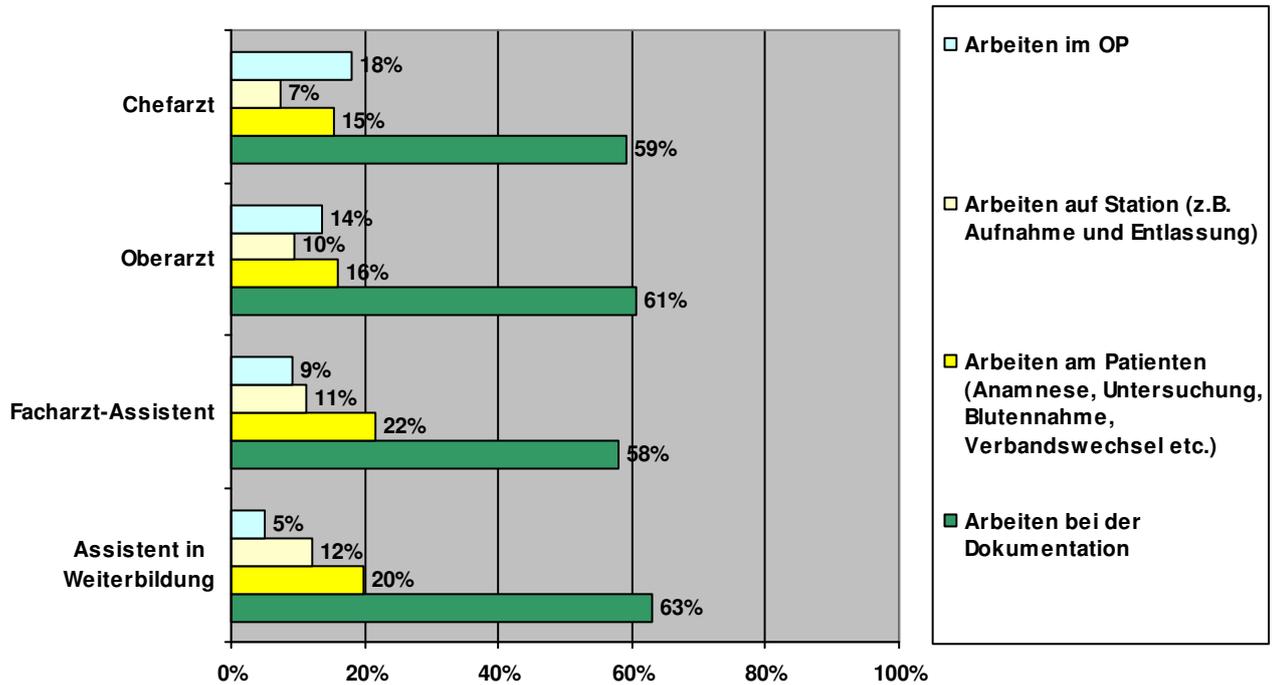
**Frage 13:**

**Welche ärztlichen Tätigkeiten können Ihrer Meinung nach an Assistenzpersonal delegiert werden?**



Die überwiegende Mehrheit, 60% der Befragten, ist der Meinung, man könne Arbeiten bei der Dokumentation an Arztassistenten delegieren. Das erstaunt nicht, wurde doch gerade die zunehmende Arbeit bei der Dokumentation in der Vergangenheit als lästig, zeitraubend und im Kern als nicht-ärztliche Tätigkeit empfunden. Ein deutlich geringerer Teil der Antwortenden glaubt, dass man Arbeiten im OP (12%), Arbeiten auf der Station (10%) und Arbeiten am Patienten (18%) an nicht-ärztliches Assistenzpersonal delegieren kann. Interessant ist jedoch, dass nur 12% der Chirurgen glauben, dass man Arbeiten im OP an Arztassistenten delegieren kann. In dieser Frage waren keine Mehrfachbenennungen möglich. Insofern mussten die Umfrageteilnehmer Prioritäten setzen, was sie deutlich taten.

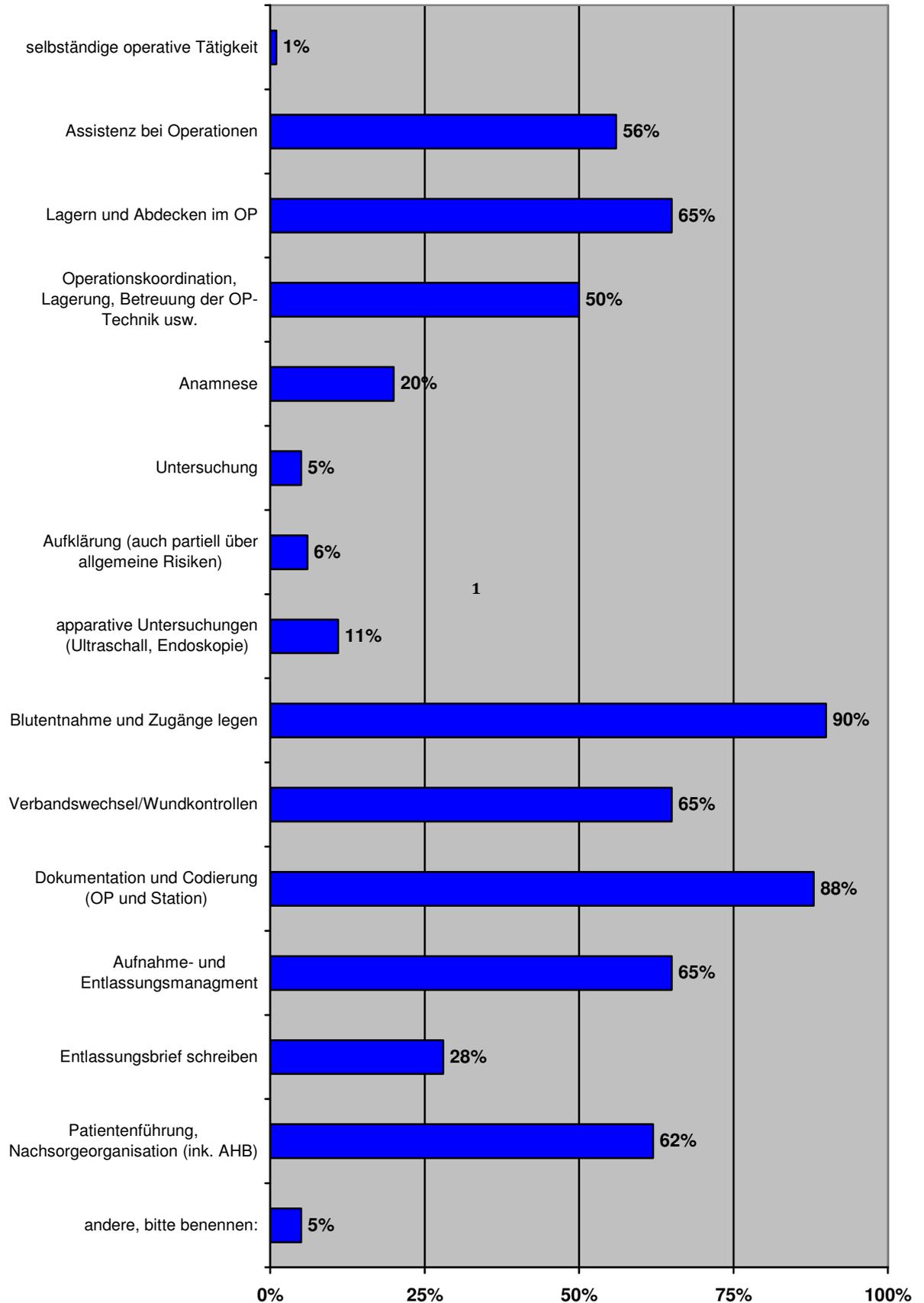
Auswertung nach Dienststellung:



Auch in dieser Frage scheint das Abstimmungsergebnis von der Dienststellung geprägt. Während die Assistenzärzte eher die Arbeiten auf der Station delegieren möchten und an der Arbeit im OP festhalten, votieren die Chefarzte immerhin mit 18% dafür, Arbeiten im OP zu delegieren. Nur 7% der Chefarzte dachten wohl bei der Delegation an Arbeiten auf der Station, während das 11% der Facharzt-Assistenten und 12% der Assistenten in Weiterbildung als Antwort wählten. Dass nur 5% der Assistenten in Weiterbildung und nur 9% der Facharzt-Assistenten für eine Delegation der Arbeit im OP stimmten, hat sicherlich mit der Sorge um die Weiterbildung in dieser Gruppe zu tun.

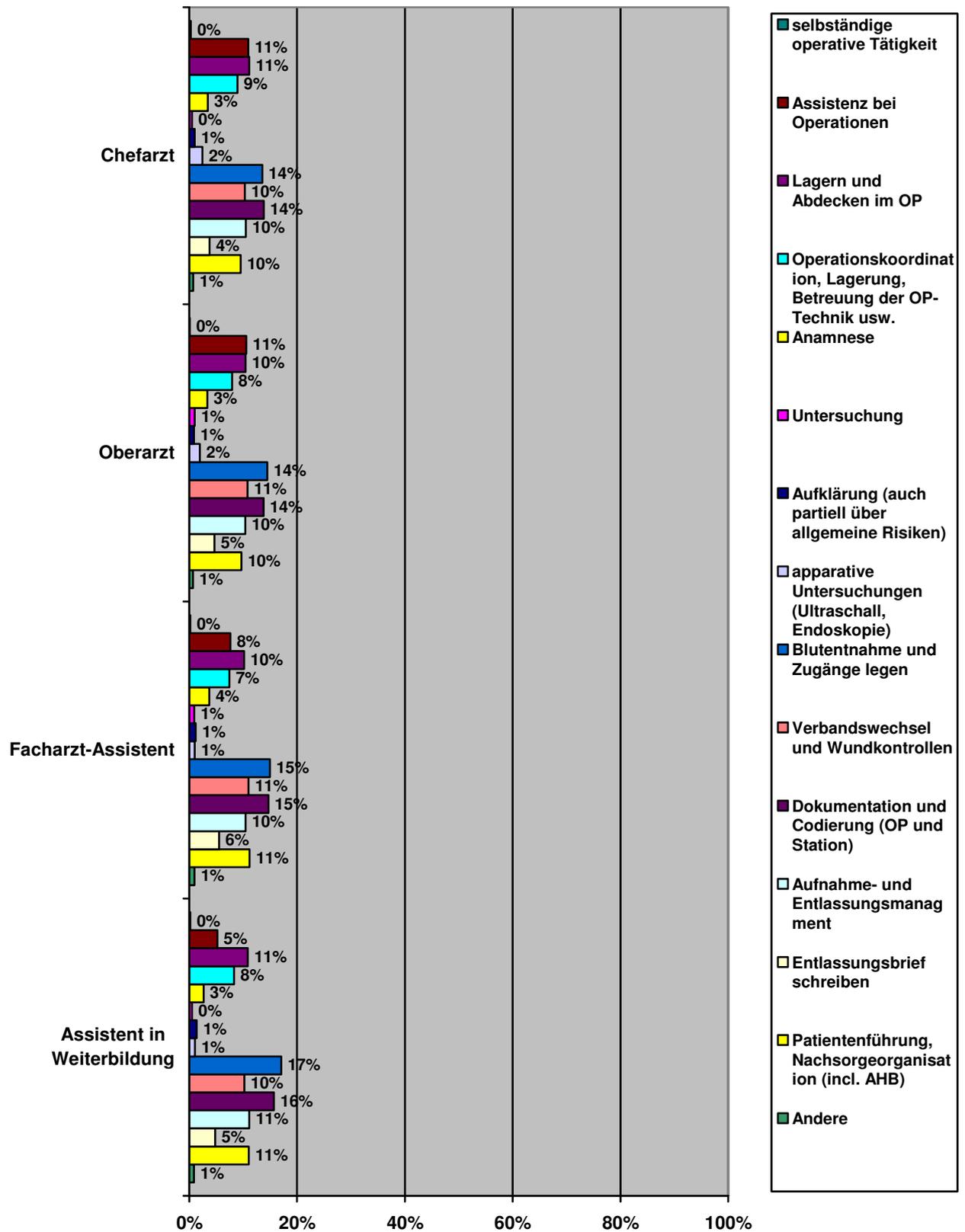
**Frage 14:**

**Welche ärztlichen Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach an nichtärztliches Assistenzpersonal delegiert werden?**



Diese Frage erfasst die einzelnen Tätigkeiten, die nach Meinung der Chirurgen an Assistenzpersonal delegiert werden könnten. Hier ist eine Mehrfachbenennung möglich. Dabei findet die Antwortmöglichkeit „Blutentnahme und Zugänge legen“ mit 90% den größten Zuspruch. Dahinter folgt das Feld der nicht originär ärztlichen Tätigkeiten wie „Dokumentation und Codierung (88%), „Aufnahme und Entlassungsmanagement“ (65%) und „Patientenführung, Nachsorge (inkl. AHB)“ (62%). Aber auch viele Tätigkeiten im OP wie das Lagern und Abdecken (65%), die Assistenz bei Operationen (56%) und die Operationskoordination, Lagerung, Betreuung der OP-Technik (50%) werden von den Befragten als delegierbar eingestuft. Nur ein geringer Teil der Umfrageteilnehmer hält dagegen Tätigkeiten, die sich mit der Untersuchung und Befragung der Patienten befassen, wie die Anamnese (20%), die Untersuchung (5%), die Aufklärung (auch partiell über allgemeine Risiken) (6%) und apparative Untersuchungen (Ultraschall, Endoskopie) (11%) für delegierbar. Den Verbandwechsel und die Wundkontrolle stufen dagegen aber 65% der Chirurgen als delegierbar ein, wahrscheinlich aus ähnlichen Überlegungen, aus denen die Blutentnahme von der überwiegenden Mehrheit gewählt wurde. Abgelehnt wird dagegen die selbständige operative Tätigkeit. Nur 1% der Befragten wählt diese Antwortmöglichkeit.

Auswertung nach Dienststellung:

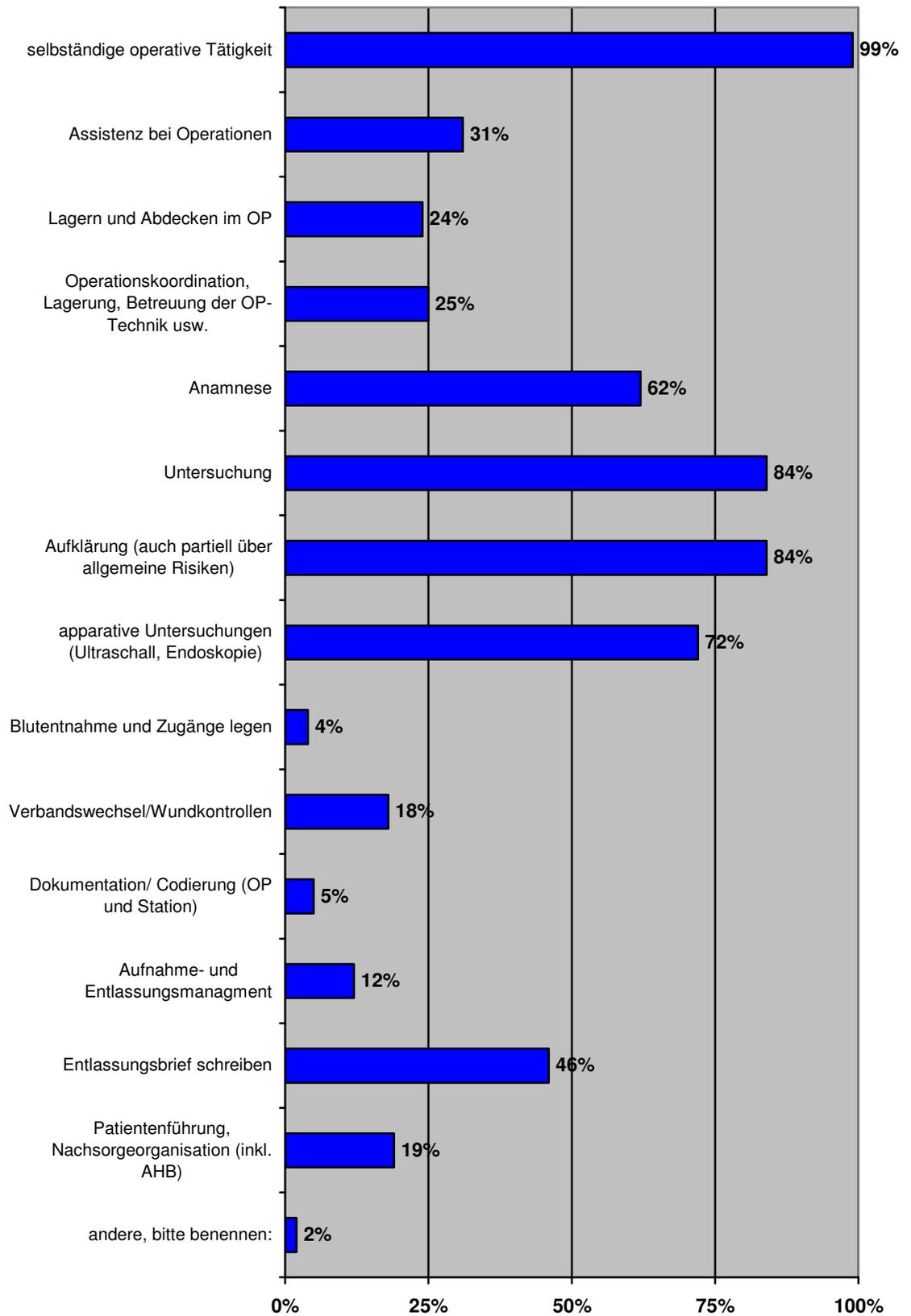


Die Auswertung nach Dienststellung zeigt ein leicht abweichendes Abstimmungsverhalten bei der Antwortmöglichkeit „Assistenz bei Operationen“.

Während 11% der Chefärzte hierfür stimmen, wählen nur 8% der Facharzt-Assistenten und nur 5% der Assistenten in Weiterbildung diese Antwort. Hier spiegelt sich sicherlich wieder die Sorge um die Weiterbildung wider. Die in den Freitext eingegebenen Vorschläge sind sehr unterschiedlich. Einige Vorschläge beziehen sich jedoch auf Sekretariats- und Verwaltungstätigkeiten. So wird das Telefonieren, Anfordern von Befunden, Aktenführung und Schreibarbeiten mehrfach benannt.

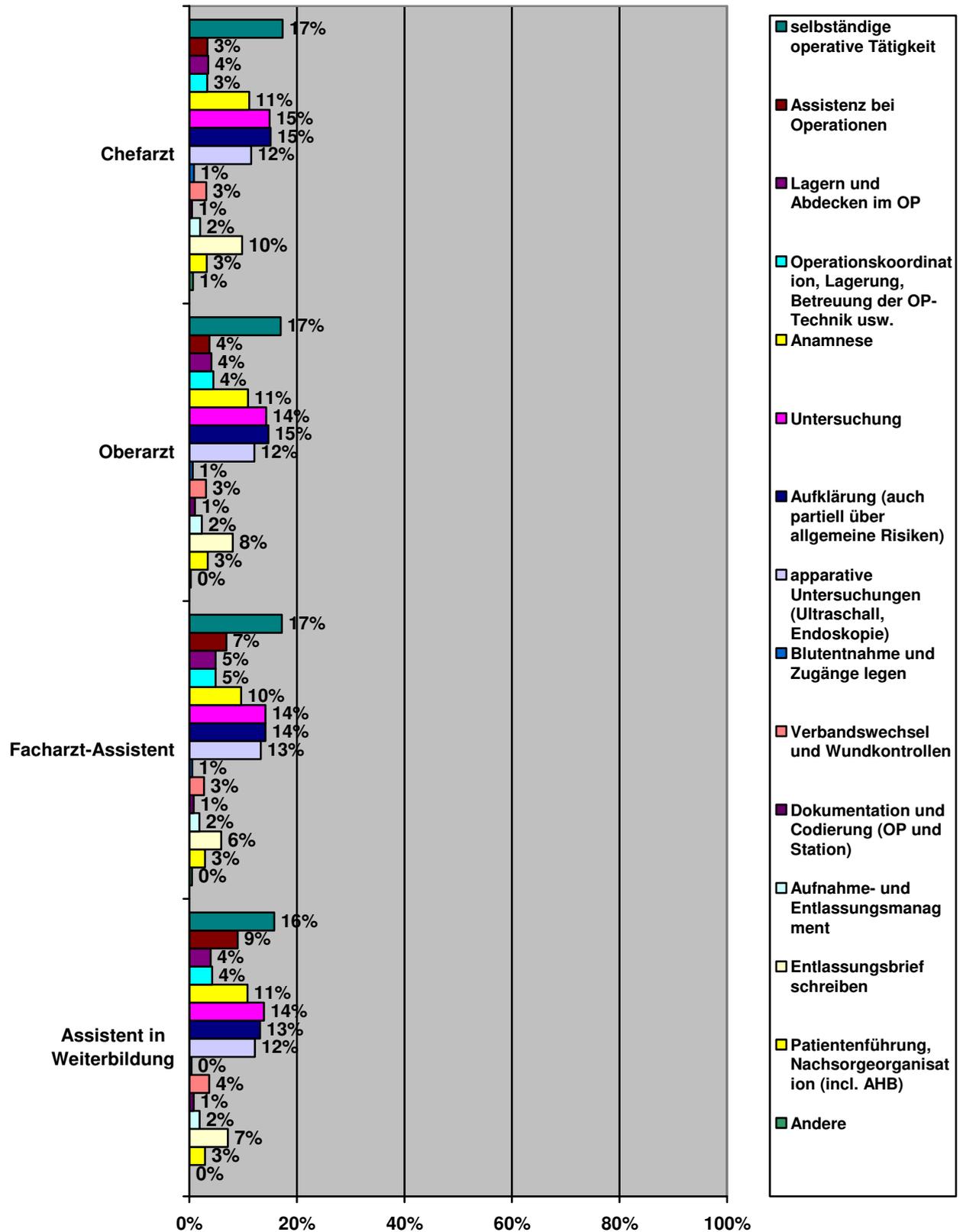
**Frage 15:**

**Welche ärztlichen Tätigkeiten sollten Ihrer Meinung nach auf keinen Fall an Assistenzpersonal delegiert werden?**



In der nächsten Frage wurde dann gezielt nach einzelnen Tätigkeiten bei der täglichen Routinearbeit gefragt, die auf keinen Fall an Assistenzpersonal delegiert werden sollten. Die Antworten auf diese Frage bestätigen das Ergebnis von Frage 14. Auch in dieser Frage waren Mehrfachbenennungen möglich und bei den Antworten führt „selbständige operative Tätigkeit“ eindeutig das Feld an. 99% der Befragten sehen darin eine originär ärztliche Tätigkeit, die nicht an nichtärztliches Personal übergeben werden kann. Dicht gefolgt wird diese Antwortmöglichkeit von den Tätigkeitsgebieten Untersuchung und Aufklärung. 84% der Befragten möchten nicht, daß diese Aufgaben von nichtärztlichem Personal übernommen werden. Ähnlich sieht es mit der apparativen Untersuchung wie etwa Ultraschall oder Endoskopie aus. 72% der Umfrageteilnehmer kreuzten diese Antwortmöglichkeit an. Die Erhebung der Anamnese wollen dagegen nur noch 62% ausschließlich in ärztlicher Hand wissen. Das liegt vielleicht daran, daß gerade in der Chirurgie die Patienten häufig bereits schon eingehend untersucht sind bevor sie mit einer entsprechenden Diagnose an den Chirurg überwiesen werden. Grob betrachtet kann gesagt werden, dass alle Tätigkeiten, die am Patienten verübt werden, aus Sicht der Chirurgen in ärztlicher Hand bleiben sollen. Aber schon das Schreiben des Entlassungsbriefes halten nur noch 46% der Befragten für eine rein ärztliche Aufgabe. Der Assistenz bei Operationen durch nichtärztliches Personal erteilen aber 31% der Umfrageteilnehmer eine klare Absage. Die eher operations-vorbereitenden Tätigkeiten im OP wie das Lagern und Abdecken und die Operationskoordination und Betreuung der Technik sehen nur 24% bzw. 25% als nicht delegierbare Aufgaben. Noch deutlicher wird die Tendenz, Tätigkeiten, die nicht direkt am Patienten verübt werden, als übertragbar zu bewerten, bei den organisatorischen Aufgaben. Nur noch 19% sehen in der Patientenführung und Nachsorgeorganisation und 12% im Aufnahme und Entlassungsmanagement eine rein ärztliche Tätigkeit. Wie zu erwarten war, wählten gerade einmal 5% der Befragten die Antwortmöglichkeit „Dokumentation und Codierung“ in dieser Frage aus. Doch damit liegt dieses Tätigkeitsfeld nicht an der Spitze der Aufgaben, die an nichtärztliches Personal abgetreten werden können. Erstaunlicherweise haben noch weniger Ärzte (4%) die Antwortmöglichkeit „Blutentnahme und Zugänge legen“ gewählt. In diese Kategorie fallen für viele wahrscheinlich auch die Wundkontrolle und der Verbandwechsel. Gerade einmal 18% der Antwortenden wollen diese Tätigkeiten ausschließlich in ärztlicher Hand sehen.

Auswertung nach Dienststellung:



Die Auswertung nach Dienststellung ergibt kein deutlich abweichendes Bild. Die Antworten im Freitext-Feld fallen sehr unterschiedlich aus. Mehrere Antworten

betreffen jedoch den direkten Kontakt mit den Patienten, das persönliche Gespräch.

**3.4 Themengebiet 4 zur Substitution/Übertragung ärztlicher Leistungen. Die Verantwortung und Haftung wird voll umfänglich auf das Assistenzpersonal übertragen.** (Fragen Nr. 16 – 18)

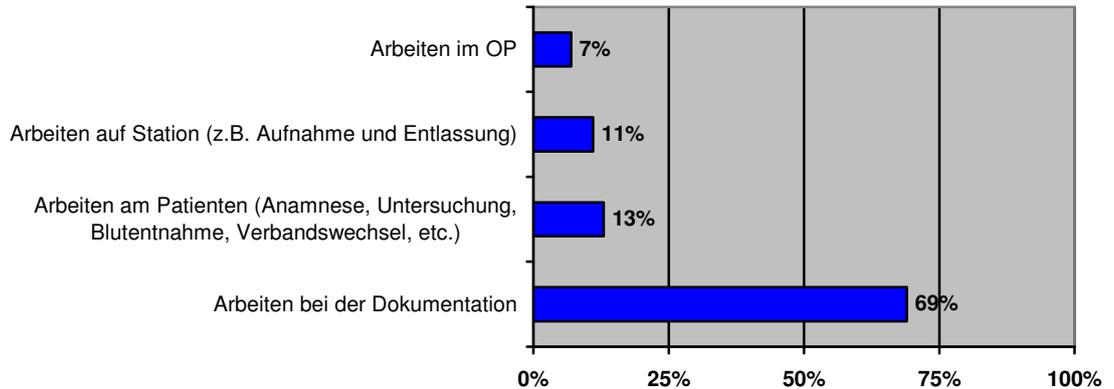
**Frage 16 bis 18:**

Sehr erstaunlich waren dann die Antworten zur Frage der Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal.

Obwohl in der Umfrage die beiden unterschiedlichen Arten der Übertragbarkeit getrennt abgefragt wurden und die juristische Konsequenz in der Frage noch einmal erklärt wurde, fielen die Antworten in dieser Gruppe ähnlich aus wie bei den Fragen zur Delegation, die Möglichkeit der Delegation hatte lediglich einen etwas höheren Prozentanteil. So halten beispielsweise 90% der Befragten die Blutentnahme und das Legen von Zugängen für delegierbar, 82% halten diese Tätigkeit aber auch für übertragbar. Das bedeutet, dass der Anteil der Ärzte, die letztlich die Verantwortung für die übergebenen Tätigkeiten noch in der Hand der Chirurgen sehen will etwas größer war als der, der die Tätigkeiten einschließlich der juristischen Verantwortung abgeben möchte. Das überrascht sehr, hatten sich doch in der Vergangenheit – und besonders nach Verabschiedung der Pflegereform – die ärztlichen Berufsverbände vehement für die Delegation und gegen die Übertragung/Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal ausgesprochen.

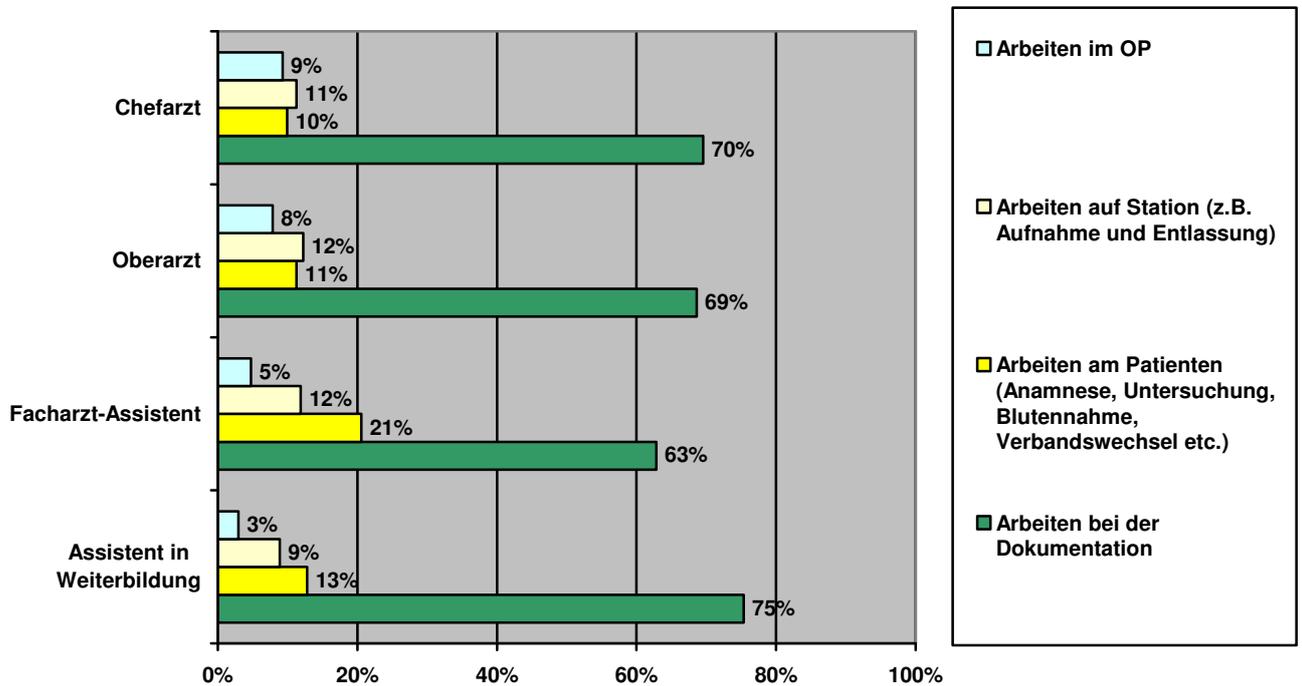
**Frage 16:**

**Welche ärztlichen Tätigkeiten können Ihrer Meinung nach an Assistenzpersonal übertragen werden?**



Die Antworten fallen ähnlich wie in Frage 13 aus. Wieder ist die überwiegende Mehrheit (69%) der Befragten der Meinung, man könne Arbeiten bei der Dokumentation übertragen. Die Substitution von Arbeiten im OP findet aber etwas geringeren Zuspruch (7%) als in Frage 13.

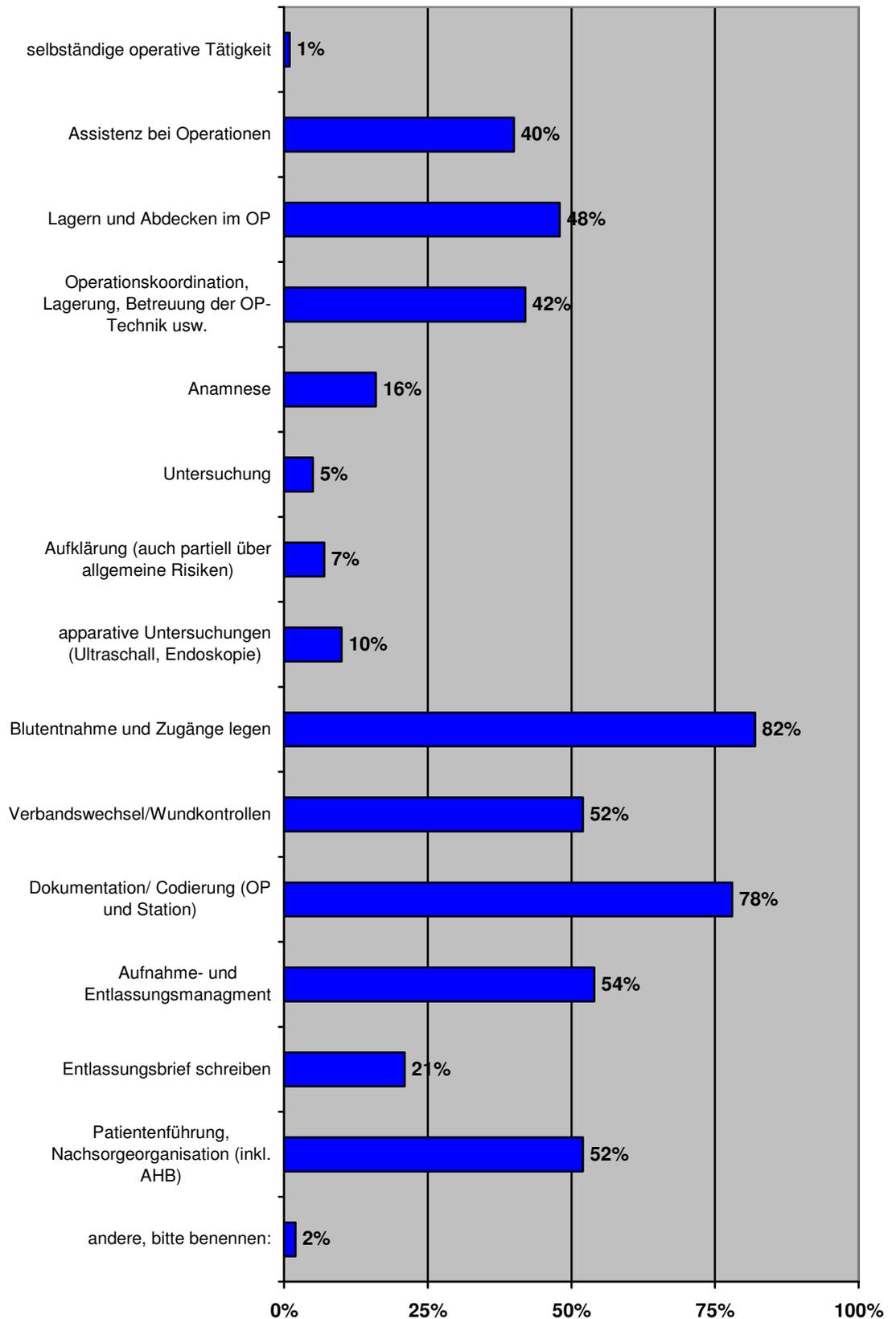
**Auswertung nach Dienststellung:**



Bei der Auswertung nach Dienststellung zeigt sich kein nennenswerter Unterschied zu Frage 13. Lediglich die Substitution der Arbeiten auf der Station findet bei den Chef- und Oberärzten etwas mehr Zuspruch.

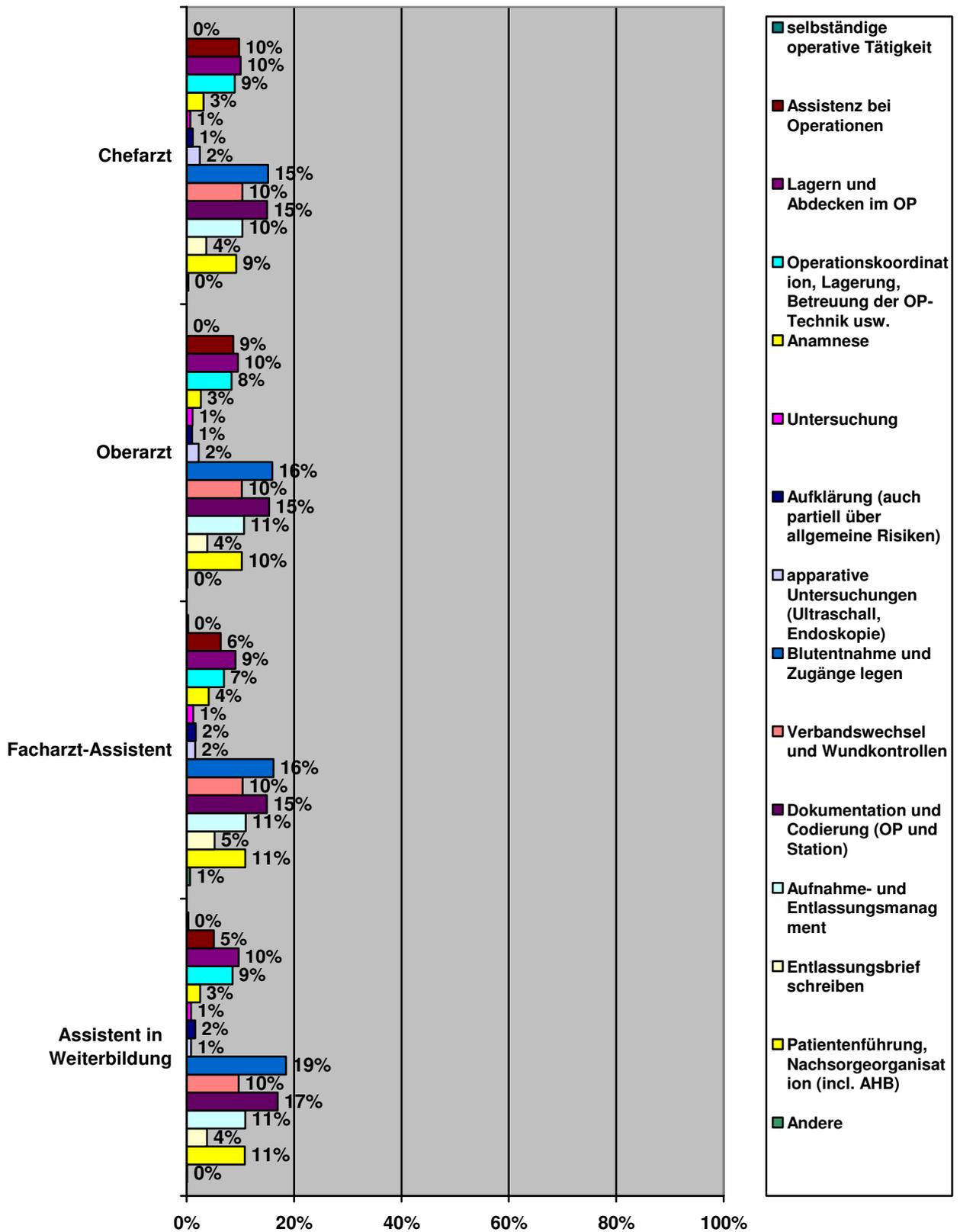
**Frage 17:**

**Welche ärztlichen Tätigkeiten könnten Ihrer Meinung nach an Assistenzpersonal übertragen werden?**



Es ergibt sich ein ähnliches Antwortverhalten zur Frage der Substitution wie bei der Frage nach der Delegation (Frage 14). Abgesehen von der Antwortmöglichkeit „Aufklärung“ waren die Prozentwerte nur etwas geringer. Es zeigt sich deutlich, dass sich die Befragten neben der Delegation auch die Substitution ärztlicher Aufgaben vorstellen können.

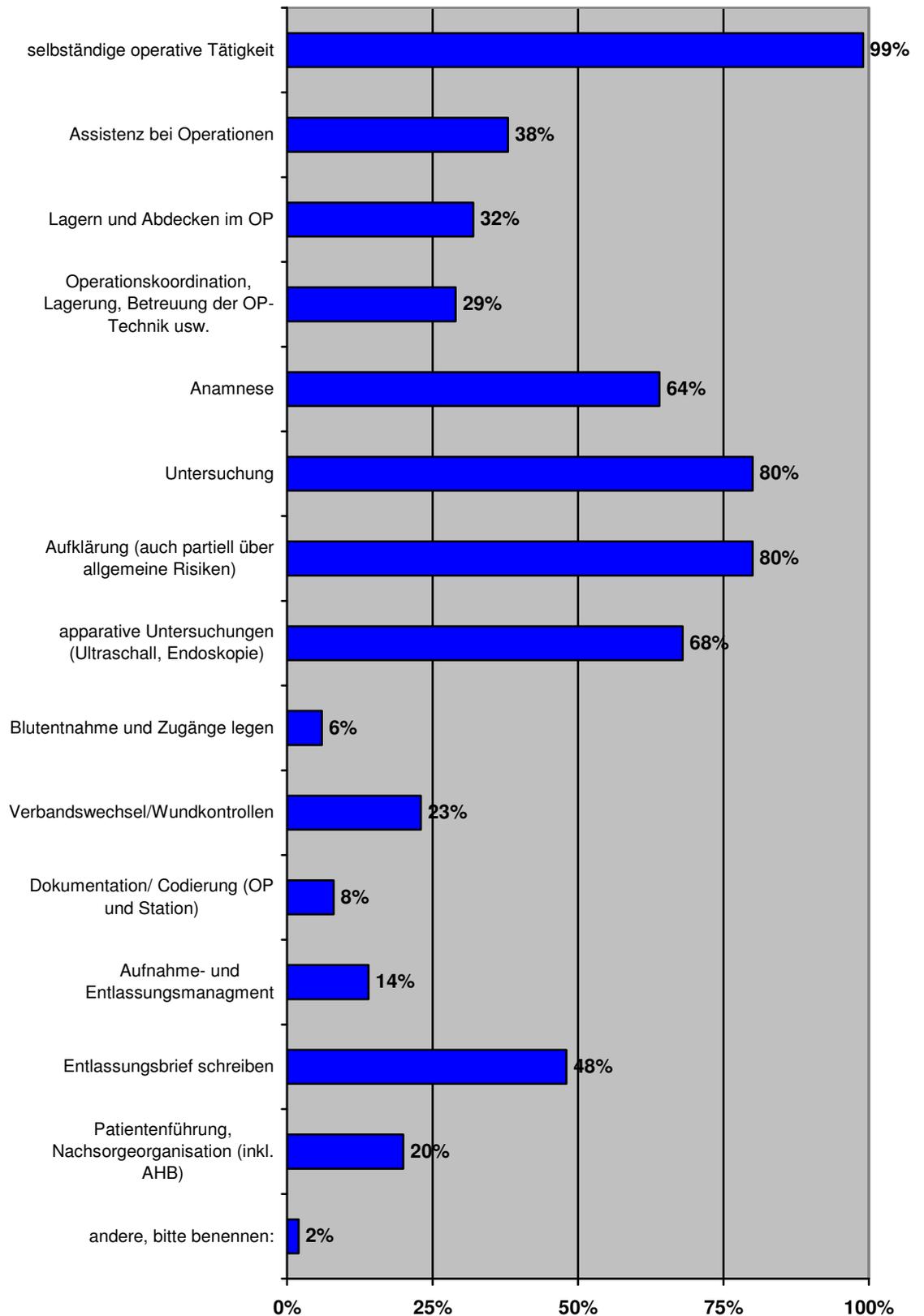
Auswertung nach Dienststellung:



Bei der Auswertung nach Dienststellung zeigt sich kein wesentlicher Unterschied zu den Antworten zur Frage 14.

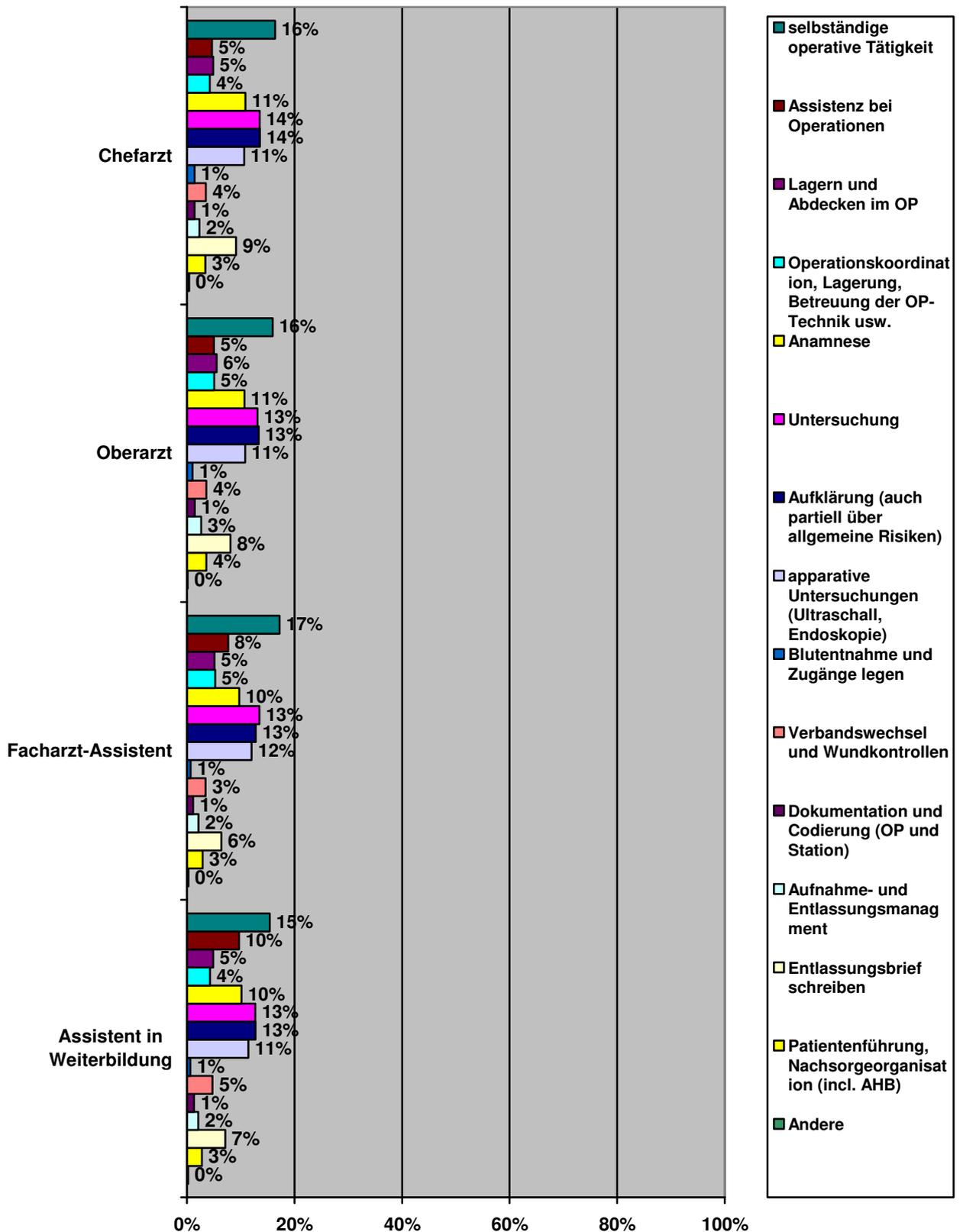
**Frage 18:**

**Welche ärztlichen Tätigkeiten sollten Ihrer Meinung nach auf keinen Fall an Assistenzpersonal übertragen werden?**



Wieder ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der Frage, welche ärztlichen Tätigkeiten auf keinen Fall an Assistenzpersonal delegiert werden könnten (Frage 13).

Auswertung nach Dienststellung:



Die Auswertung nach Dienststellung drückt sicher erneut die Sorge um die Weiterbildung im Abstimmungsergebnis der Assistenzärzte aus. Die Freitext-

Antworten sind nicht so zahlreich, wie in den vorangegangenen Fragen, und sehr unterschiedlich.

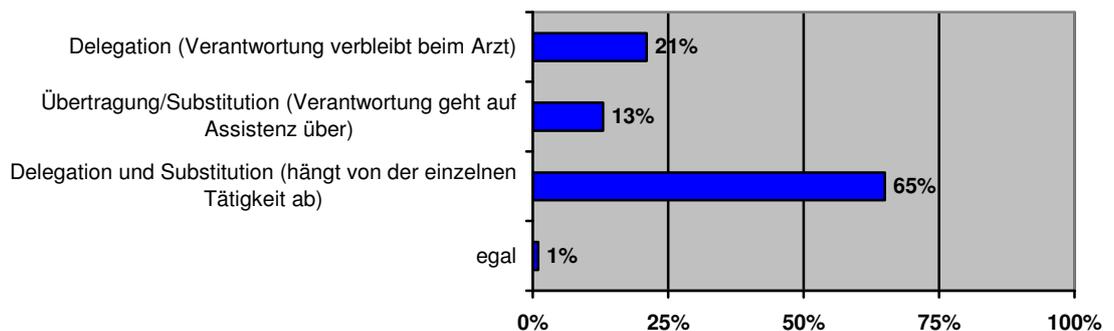
### 3.5 Themengruppe 5 zu nicht-ärztlichem Assistenzpersonal (Fragen Nr. 19 – 23)

#### Fragen 19 – 23: Allgemeine Fragen zu nicht-ärztlichem Assistenzpersonal

Dieser Fragenkomplex sollte erfassen, welche Ausbildung ein Arztassistent nach Meinung der befragten Chirurgen sinnvollerweise durchlaufen soll.

#### Frage 19

##### Die Durchführung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal (chirurgischer Arztassistent) sollte erfolgen im Sinne einer:

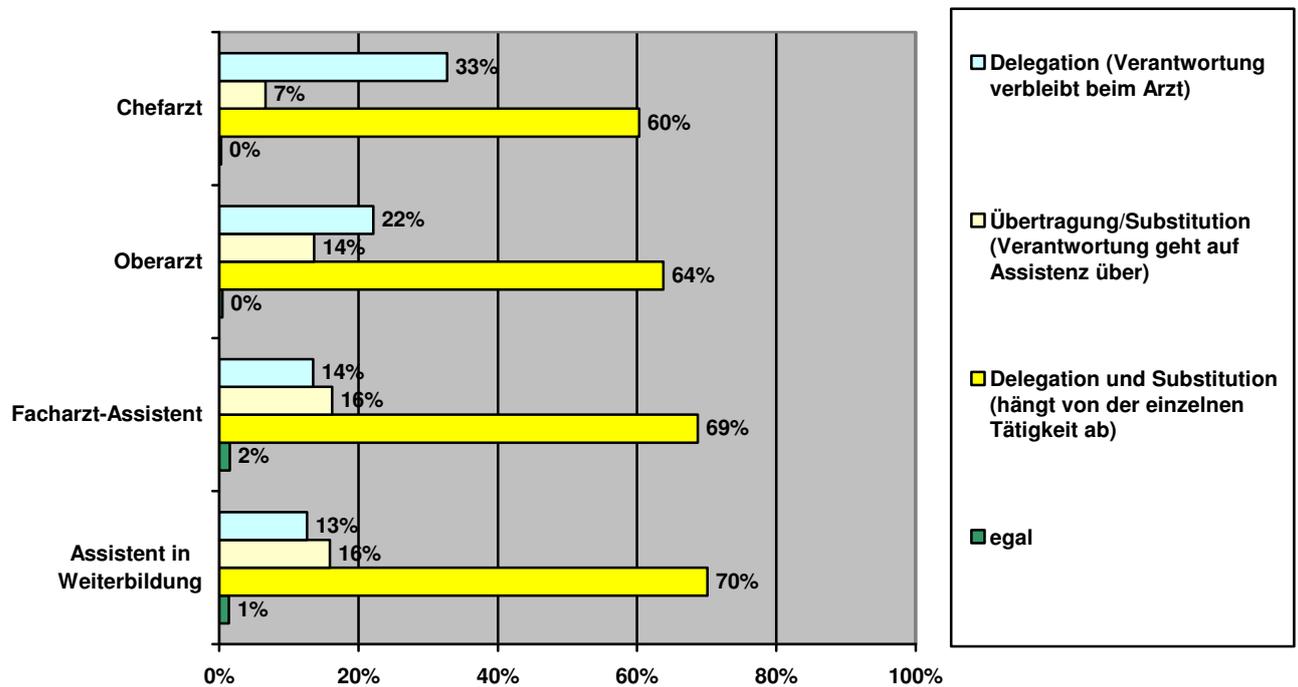


Die erste Frage bezog sich noch einmal auf die Möglichkeiten der Delegation und Substitution, also auf welche Weise die Durchführung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch nicht-ärztliches Personal erfolgen sollte. Wieder wurden die Begriffe in der Fragestellung erklärt, um sicherzustellen, dass die Bedeutung der Begriffe zweifelsfrei bekannt war.

Die deutliche Mehrzahl der Befragten (65%) macht die Form der Übergabe von der einzelnen Tätigkeit abhängig. Von den übrigen Antwortmöglichkeiten wählt wieder ein etwas höherer Anteil der Antwortenden die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht ärztliches Assistenzpersonal (21%) gegenüber der Substitution (13%). Nur einem Prozent der Befragten ist es aber egal, in welchem Sinne die Durchführung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch die neu entstehende Berufsgruppe der Arztassistenten erfolgen sollte. Vor dem Hintergrund der im Zusammenhang mit der seit Jahren von den Berufsverbänden heftig geäußerten Kritik an der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal

überrascht dieses Umfrageergebnis eindeutig.

Auswertung nach Dienststellung:

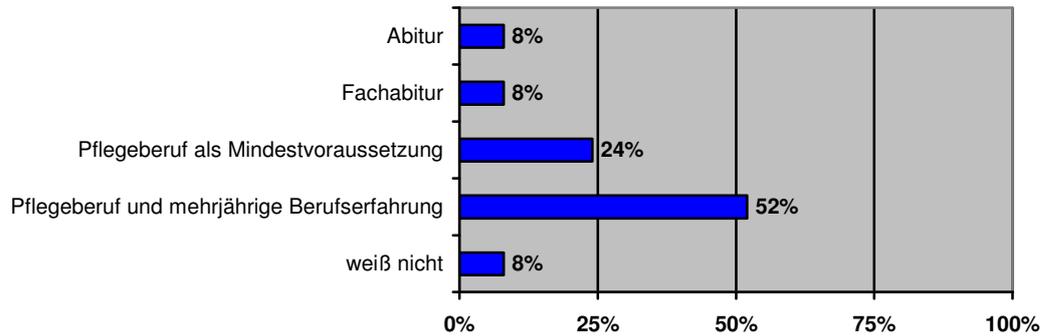


Sieht man sich das Umfrageergebnis nach Dienststellung der Ärzte an, so wird deutlich, dass die Chefarzte die Delegation gegenüber der Substitution vorziehen. Für die Delegation einzelner Tätigkeiten stimmen immerhin 33% der Chefarzte, während für die Substitution nur 7% votieren.

Bei den Assistenzärzten verhält sich das aber nicht so. 14% der Facharzt-Assistenten und 13% der Assistenten in Weiterbildung sind für die Delegation und 16% der Facharzt-Assistenten und 16% der Assistenten in Weiterbildung sogar für die Substitution einzelner Aufgaben. Das Abstimmungsverhalten der Assistenzärzte ist möglicherweise mit Blick auf die Weiterbildung erklärlich. Tätigkeiten, die einer anderen Berufsgruppe übertragen werden, gehören nicht mehr zu den ärztlichen Tätigkeiten, gehören damit nicht mehr in den Weiterbildungskatalog. Tätigkeiten, die delegiert werden, blieben Gegenstand der Weiterbildungsprüfung.

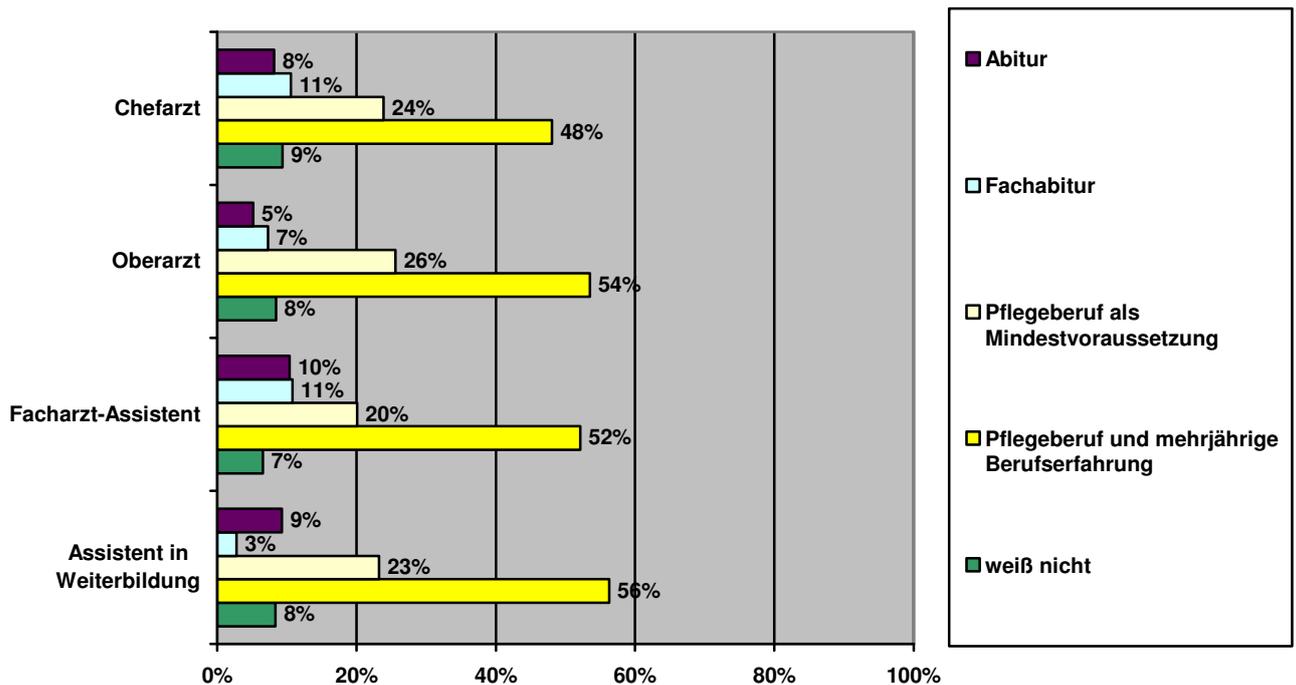
**Frage 20:**

**Welche Vorbildung sollte ein chirurgischer Arzt-Assistent haben?**



Zur Frage nach der Vorbildung, die ein chirurgischer Arztassistent haben sollte, bevorzugt die Mehrzahl der Antwortenden als Voraussetzung einen erlernten Pflegeberuf mit mehrjähriger Berufserfahrung (52%). Fast ein Viertel der Befragten (24%) sieht den erlernten Pflegeberuf als Mindestvoraussetzung an. Offensichtlich wird die schulische Vorbildung mit Abitur als weniger wichtig als die Vorbildung im medizinischen Bereich angesehen. Das ist nachvollziehbar, denn wer sozusagen „ vom Fach“ ist, der ist mit den wesentlichen Gegebenheiten des Krankenhausalltags bereits vertraut, der hat bereits gelernt, sich auf die Patienten einzustellen und der weiß schon recht genau, was ihn in seiner Ausbildung erwartet.

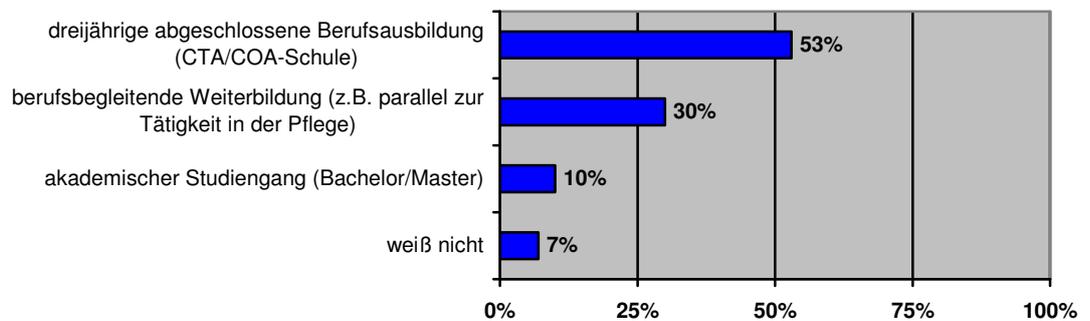
**Auswertung nach Dienststellung:**



Die Auswertung nach Dienststellung zeigt bei dieser Frage ein weniger homogenes Bild. Zwar votieren auch hier alle Chirurgen mehrheitlich für einen abgeschlossenen Pflegeberuf als Voraussetzung für die Ausbildung zum Arzt-Assistenten, jedoch geben nur 3% der Assistenten in Weiterbildung das Fachabitur als Vorbildung für diesen Beruf an. Bei den Chefärzten und Facharzt-Assistenten wählen immerhin 11% diese Antwortmöglichkeit. Alle Dienstgruppen wählen aber mehrheitlich den Pflegeberuf als erwünschte Vorbildung für einen chirurgischen Arzt-Assistenten.

### Frage 21:

#### Welche Ausbildung sollte ein chirurgischer Arzt-Assistent durchlaufen?

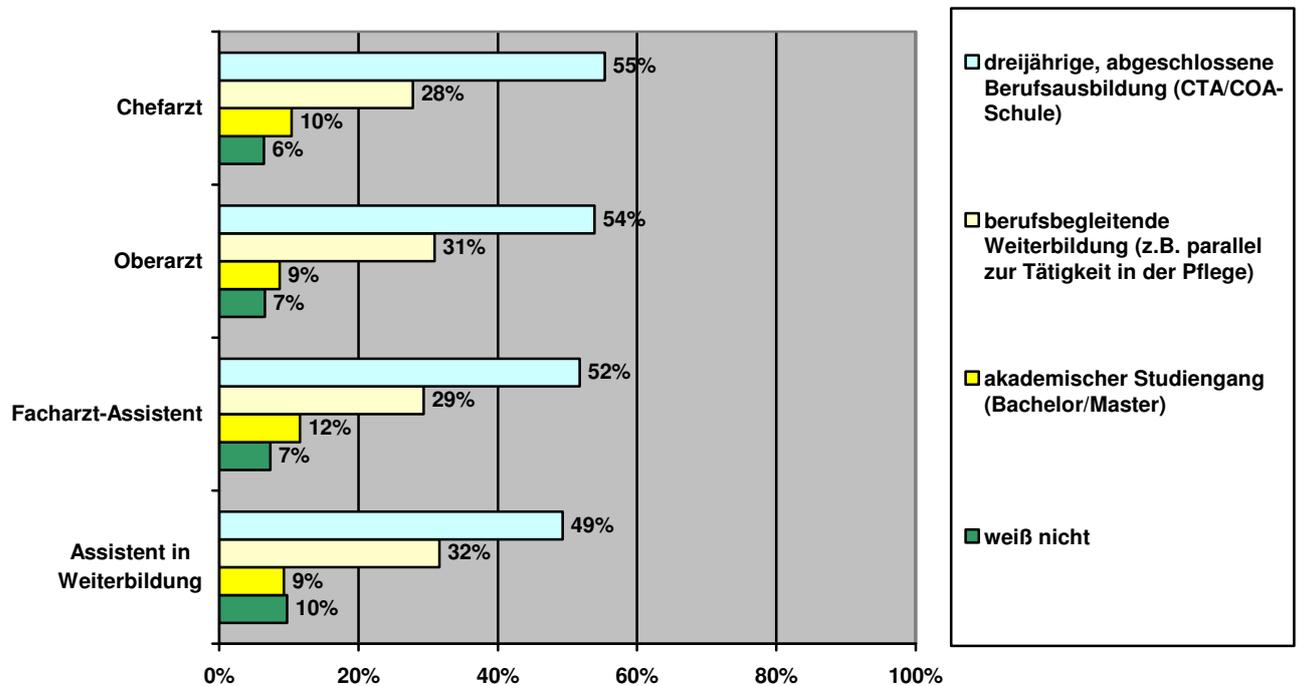


Bei der Frage nach dem Ausbildungsgang, den ein Arztassistent durchlaufen sollte, spricht sich die Mehrheit (53%) für eine abgeschlossene dreijährige Berufsausbildung an einer speziellen Schule aus. Ein solcher Ausbildungsgang wird im Ausbildungszentrum für operative Fachberufe der Kaiserswerther Diakonie und in der Medical school academia chirurgica, beide in Düsseldorf, angeboten. In der Praxis dürfte es jedoch schwierig werden, jemanden, der eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf hat und mehrjährige Berufserfahrung nachweisen kann, dazu zu bringen, ohne ein gesichertes Einkommen noch einmal drei Jahre die Schulbank zu besuchen. Angehörige eines Pflegeberufs streben aus finanziellen Gründen deshalb eher eine berufsbegleitende Weiterbildung an.

Die Möglichkeit einer akademischen Ausbildung wird nur von 10% der Befragten als sinnvoll betrachtet. Hierbei spielt sicherlich die Sorge vor der Konkurrenz akademischer Arztassistenten, die als „Schmalspurärzte“ betrachtet werden könnten, eine Rolle. Nicht wenige sehen hier die Gefahr, daß auf einem Seitenweg

der „Bachelor-Arzt“ unter Gesichtspunkten des Bologna-Prozesses eingeführt werden könnte und in der Folge die medizinische Qualität aus Bedarfs- und Kostengründen in Gefahr sein könnte.

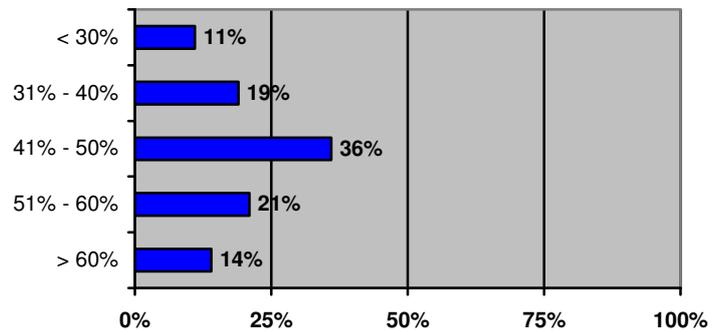
Auswertung nach Dienststellung:



Die Auswertung nach Dienststellung ergibt in dieser Frage kein wesentlich abweichendes Bild. Lediglich die Gruppe der „Unentschlossenen“, die die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ gewählt haben, ist unter den Assistenten in Weiterbildung etwas größer. Das liegt eventuell daran, dass die jungen Ärzte sich noch nicht sehr eingehend mit dieser Frage beschäftigt haben.

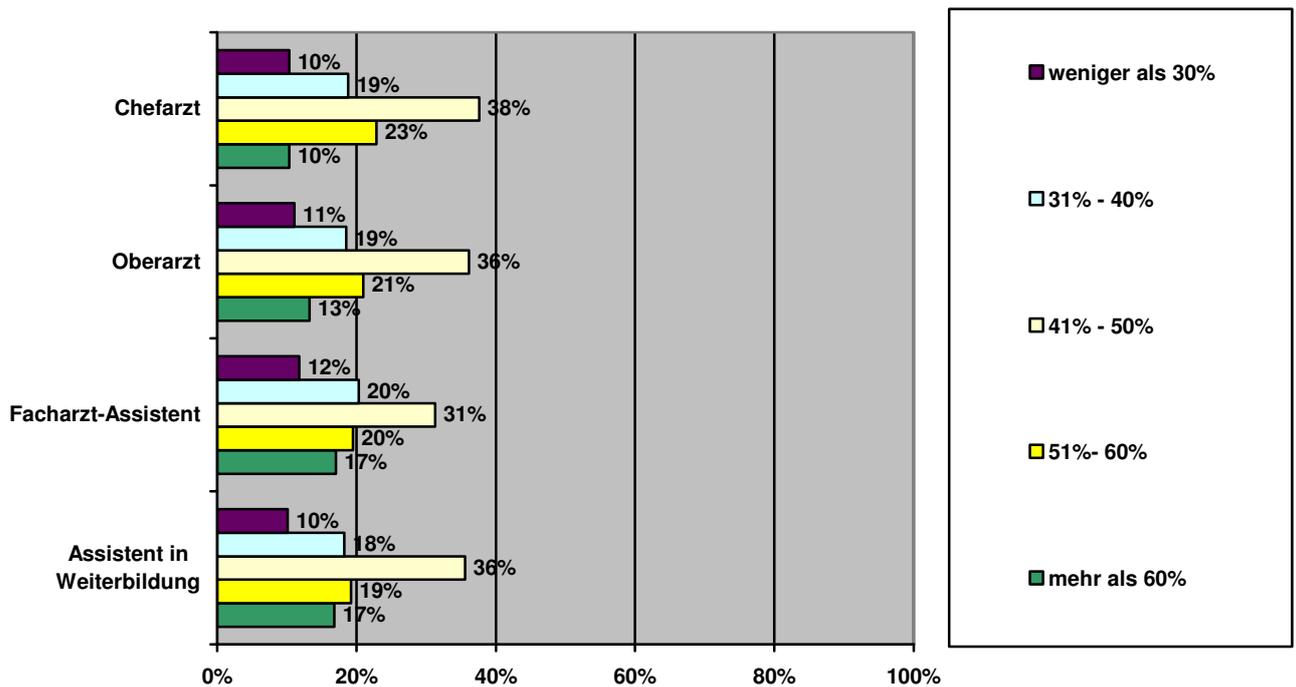
**Frage 22:**

**Welchen Umfang sollte man für die praktische Ausbildung in einem Chirurgenteam in der Klinik veranschlagen?**



Die Frage, welchen Umfang man für die praktische Ausbildung in einem Chirurgen - Team in der Klinik veranschlagen sollte, wird von 36% der Teilnehmer mit 41% bis 50% beantwortet. Fast genau so viele halten aber auch einen geringeren (30%) oder einen größeren (35%) Anteil an der praktischen Ausbildung für sinnvoll. Hier ist die Bewertung sicherlich abhängig von der Klinik, an der die befragten Ärzte tätig sind. Auf jeden Fall wird der praktischen Ausbildung aber eine große Bedeutung zugemessen. Die große Mehrheit der Antwortenden (76%) entscheidet sich für einen Anteil der praktischen Ausbildung zwischen 31% und 60%. Dabei muss man sich vor Augen führen, dass der Umfang des praktischen Teils der Ausbildung zum Chirurgisch Technischen Assistenten 60% beträgt, der Anteil der praktischen Ausbildung im Studium zum Bachelor of Science in Physician Assistance aber bei 40% liegt.[36]

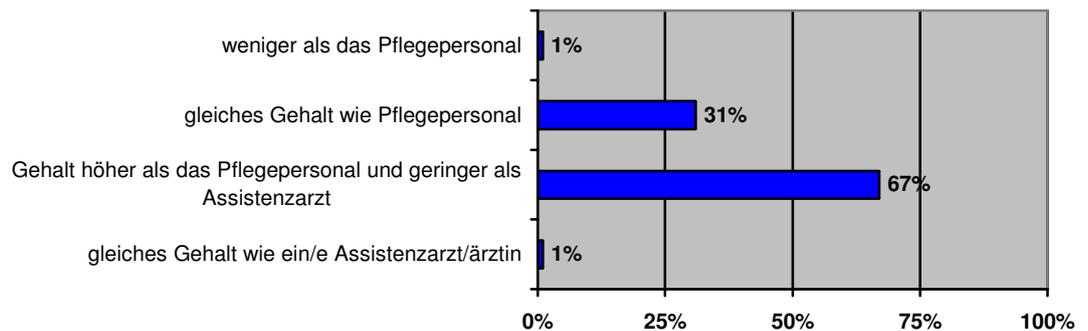
Auswertung nach Dienststellung:



Die Auswertung nach Dienststellung bringt hier keine neuen Erkenntnisse.

**Frage 23:**

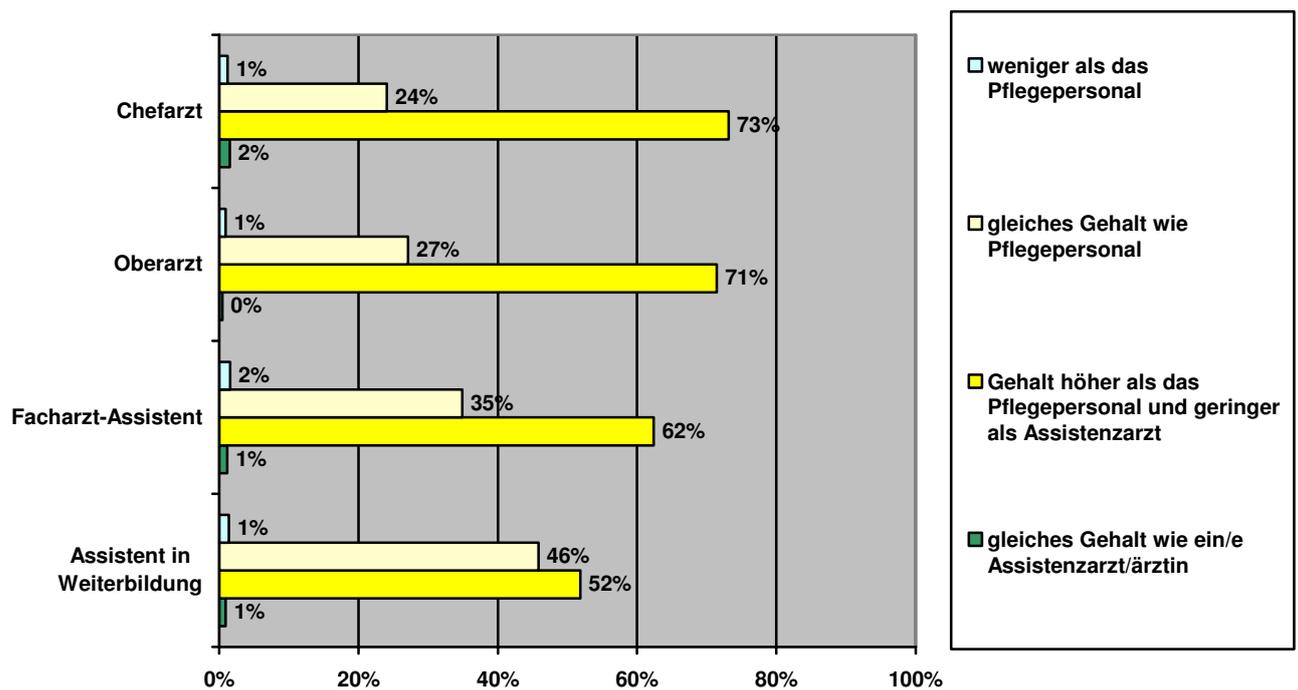
**Welches durchschnittliche Gehalt halten Sie für einen chirurgischen Arzt-Assistenten für angemessen?**



Bei der Frage nach dem Gehalt, das ein chirurgischer Arzt-Assistent verdienen sollte, hält 67% der Befragten ein Gehalt höher als das des Pflegepersonals und geringer als das eines Assistenzarztes für angemessen. Diese Antwort ist nur konsequent, wenn man bedenkt, dass die Mehrheit der befragten Chirurgen eine dreijährige abgeschlossene Berufsausbildung mit Zugangsvoraussetzung Pflegeberuf mit mehrjähriger Berufserfahrung fordert. Damit ist ein Arztassistent qualifizierter als ein Krankenpfleger/eine Krankenschwester aber weniger

qualifiziert als ein Assistenzarzt. 31% der Antwortenden hält aber auch ein Gehalt, gleich dem des Pflegepersonals für angemessen. Vielleicht wollen die Umfrageteilnehmer damit zum Ausdruck bringen, dass ihr Gehalt verglichen mit dem des Pflegepersonals zu gering ist oder sie sehen die Aufgaben, die der Arztassistent übernehmen soll für qualitativ vergleichbar mit den Arbeiten, die das Pflegepersonal leistet.

Auswertung nach Dienststellung:



Die Auswertung nach Dienststellung zeigt, dass die jüngeren Ärzte eher für ein Gehalt, gleich dem des Pflegepersonals stimmen. Je höher die Dienststellung, desto mehr Chirurgen votieren für ein Gehalt, höher als das des Pflegepersonals und geringer als das des Assistenzarztes. Die Assistenzärzte dürften die Bedeutung des Arztberufes gegenüber dem Arzt-Assistenten betonen wollen, indem sie den Arzt-Assistenten eher der Gehaltsstufe der Pflegbereiche zuordnen.

### 3.6 Themengruppe 6 zu den Folgen des Einsatzes von nicht-ärztlichem Assistenzpersonal (Fragen Nr. 24 – 28)

#### Fragen 24 – 28: Fragen zu den Folgen des Einsatzes von nicht-ärztlichem Assistenzpersonal

Der letzte Fragenkomplex beschäftigt sich mit den Folgen des Einsatzes von nichtärztlichem Assistenzpersonal für das Arbeitsklima. Hier soll gerade der Konkurrenzgedanke oder eben auch der Gedanke des Teamgeistes erfragt werden.

#### Frage 24:

**Welche Auswirkung wird der neue Beruf der chirurgischen Arzt-Assistenten auf das Pflegepersonal haben?**

#### Nichtärztliches chirurgisches Assistenzpersonal...

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
...steht in Konkurrenz zum Pflegepersonal	9%	18%	18%	24%	19%	10%	0%
...kann das Pflegepersonal anleiten/ausbilden	4%	19%	25%	26%	15%	9%	1%
...wird vom Pflegepersonal angeleitet	1%	5%	15%	32%	27%	18%	1%
...beide Berufsgruppen ergänzen sich	22%	39%	28%	6%	2%	2%	1%

In der ersten dieser Fragen wurde die Beziehung des nichtärztlichen Assistenten zum Pflegepersonal hinterfragt, um festzustellen, welche Auswirkung der neue Beruf der chirurgischen Arzt-Assistenten auf das Pflegepersonal haben aus Sicht der Befragten haben wird.

Hier ist die Mehrzahl der Antwortenden der Meinung, dass beide Berufsgruppen sich ergänzen (89%). Eine Konkurrenz der beiden Gruppen sehen 45%, während 53% das eher verneinen. Das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und nicht-ärztlichen Assistenten scheint für die Antwortenden noch nicht eindeutig definiert zu sein. Dabei muss man jedoch im Auge behalten, dass diese Frage ausschließlich von Ärzten beantwortet wurde.

Sehr unterschiedlich fällt die Beurteilung in der Frage aus, ob das Pflegepersonal vom Arztassistenten ausgebildet werden kann. Das können sich 48% der befragten

Ärzte vorstellen, 51% aber eher nicht. Deutlich wird aber, dass nur ein geringer Teil der Antwortenden davon ausgeht, dass der Arztassistent vom Pflegepersonal angeleitet wird (21%). Das scheint realistisch und konsequent, da die große Mehrheit die Ausbildung in einem Pflegeberuf als Voraussetzung für die Qualifikation zum Arztassistenten ansieht.

Auswertung nach Dienststellung:

**Nichtärztliches chirurgisches Assistenzpersonal...**

...steht in Konkurrenz zum Pflegepersonal

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	11%	17%	17%	24%	21%	10%	0%
Oberarzt	8%	18%	21%	23%	19%	10%	0%
Facharzt-Assistent	7%	18%	19%	25%	20%	10%	1%
Assistent in Weiterbildung	12%	19%	14%	23%	18%	12%	0%

...kann das Pflegepersonal anleiten/ausbilden

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	5%	21%	26%	24%	15%	8%	0%
Oberarzt	2%	19%	26%	31%	13%	9%	1%
Facharzt-Assistent	3%	23%	23%	23%	17%	8%	3%
Assistent in Weiterbildung	5%	14%	22%	26%	18%	13%	1%

...wird vom Pflegepersonal angeleitet

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	1%	3%	13%	30%	31%	22%	0%
Oberarzt	1%	5%	14%	35%	27%	17%	1%
Facharzt-Assistent	0%	8%	17%	32%	25%	14%	3%
Assistent in Weiterbildung	3%	8%	17%	31%	24%	16%	1%

...beide Berufsgruppen ergänzen sich

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	25%	39%	28%	4%	2%	2%	0%
Oberarzt	20%	40%	28%	7%	1%	2%	1%
Facharzt-Assistent	22%	38%	29%	5%	3%	2%	1%
Assistent in Weiterbildung	23%	40%	26%	5%	3%	3%	0%

Die Antworten bei der Auswertung nach Dienststellung sind sehr homogen und bringen keine gesonderten Erkenntnisse.

**Frage 25:**

**Welche Auswirkung wird der neue Beruf der chirurgischen Arzt-Assistenten auf das ärztliche Personal haben?  
Nichtärztliches chirurgisches Assistenzpersonal...**

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
...steht in Konkurrenz zum Assistenzarzt	13%	16%	20%	24%	17%	10%	0%
...kann den Assistenzarzt anleiten	1%	6%	18%	29%	22%	22%	0%
...wird vom Arzt angeleitet/ausgebildet	25%	47%	23%	3%	1%	1%	0%
...beide Berufsgruppen ergänzen sich	14%	30%	35%	11%	5%	4%	1%

Auch in der nachfolgenden Frage, welche Auswirkungen der neue Beruf des chirurgischen Arzt - Assistenten auf das ärztliche Personal haben wird, ist die Mehrheit der Antwortenden (79%) der Meinung, dass sich beide Berufsgruppen ergänzen. Dabei geht der größte Teil der Klinikärzte (95%) davon aus, dass der Arztassistent vom Arzt angeleitet/ausgebildet wird. 25% sind aber auch der Meinung, dass auch der Arztassistent den Assistenzarzt anleiten kann.

Bei der Frage, ob nichtärztliches chirurgisches Assistenzpersonal in Konkurrenz zum Assistenzarzt steht, sehen 49% der Chirurgen diese Konkurrenz, 51% aber

eher nicht. Bei einer guten Weiterbildung in einem guten Team sollte der Konkurrenzgedanke keinen Platz haben. Dennoch haben die jungen Assistenzärzte offenbar noch die Sorge, dass sie durch den Einsatz eines chirurgischen Arztassistenten von der OP-Assistenz verdrängt werden könnten auf Kosten ihrer eigenen Weiterbildung.

Auswertung nach Dienststellung:

**Nichtärztliches chirurgisches Assistenzpersonal...**

...steht in Konkurrenz zum Assistenzarzt

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	9%	15%	16%	25%	20%	15%	0%
Oberarzt	13%	18%	19%	27%	16%	8%	0%
Facharzt-Assistent	15%	15%	23%	22%	17%	8%	1%
Assistent in Weiterbildung	21%	15%	22%	22%	13%	7%	0%

Betrachtet man die Antworten nach der Dienststellung der Ärzte, so zeigt sich, dass 53% der Facharzt-Assistenten und sogar 57% der Assistenten in Weiterbildung eher von einer Konkurrenz zu den nichtärztlichen Assistenten ausgehen. Dieser Gedanke scheint bei Chefärzten (40 %) und Oberärzten (50%) weniger ausgeprägt.

...kann den Assistenzarzt anleiten

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	1%	8%	23%	27%	22%	20%	0%
Oberarzt	0%	6%	20%	32%	22%	20%	0%
Facharzt-Assistent	2%	6%	15%	31%	20%	25%	0%
Assistent in Weiterbildung	1%	5%	12%	26%	26%	29%	1%

Der Konkurrenzgedanke beeinflusst offensichtlich auch die Abstimmung der Assistenten in Weiterbildung. Für 29% von ihnen trifft es überhaupt nicht zu, dass der Arztassistent den Assistenzarzt anleiten kann. Die Chirurgen in höheren Dienststellungen beurteilen das etwas anders. Die jüngeren Ärzte haben hier wohl das Bedürfnis, sich deutlich abzugrenzen. Bei den Chefärzten dürfte die Erwartung

hinzukommen, dass ein erfahrener Arzt-Assistent einem jungen Assistenzarzt durchaus etwas beibringen kann.

...wird vom Arzt angeleitet/ausgebildet

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	28%	52%	15%	4%	1%	0%	0%
Oberarzt	25%	45%	25%	2%	1%	1%	0%
Facharzt-Assistent	28%	43%	25%	2%	0%	2%	1%
Assistent in Weiterbildung	17%	46%	28%	5%	2%	1%	0%

Dagegen trauen sich die Assistenzärzte die Anleitung von Arzt-Assistenten weniger zu, als Chirurgen in höheren Dienststellungen. Nur 17% der Assistenten in Weiterbildung wählen die Antwortmöglichkeit „trifft voll zu“ gegenüber 28% der Chefärzte, die diese Antwort wählen.

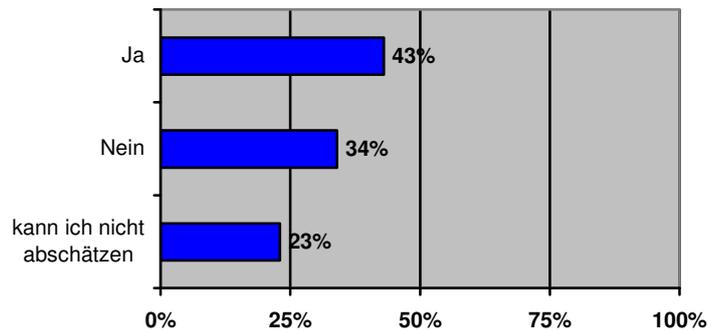
...beide Berufsgruppen ergänzen sich

	trifft voll zu	trifft zu	eher ja	eher nein	trifft nicht zu	trifft überhaupt nicht zu	weiß nicht
Chefarzt	20%	37%	30%	7%	3%	3%	0%
Oberarzt	11%	32%	38%	11%	4%	3%	0%
Facharzt-Assistent	13%	26%	36%	13%	7%	4%	1%
Assistent in Weiterbildung	12%	22%	35%	17%	7%	8%	0%

Die Frage, ob beide Berufsgruppen sich ergänzen, bewerten die Chefärzte positiver als die Assistenzärzte. Bei einer strukturierten Weiterbildung dürften zukünftig aber Angleichungen erfolgen.

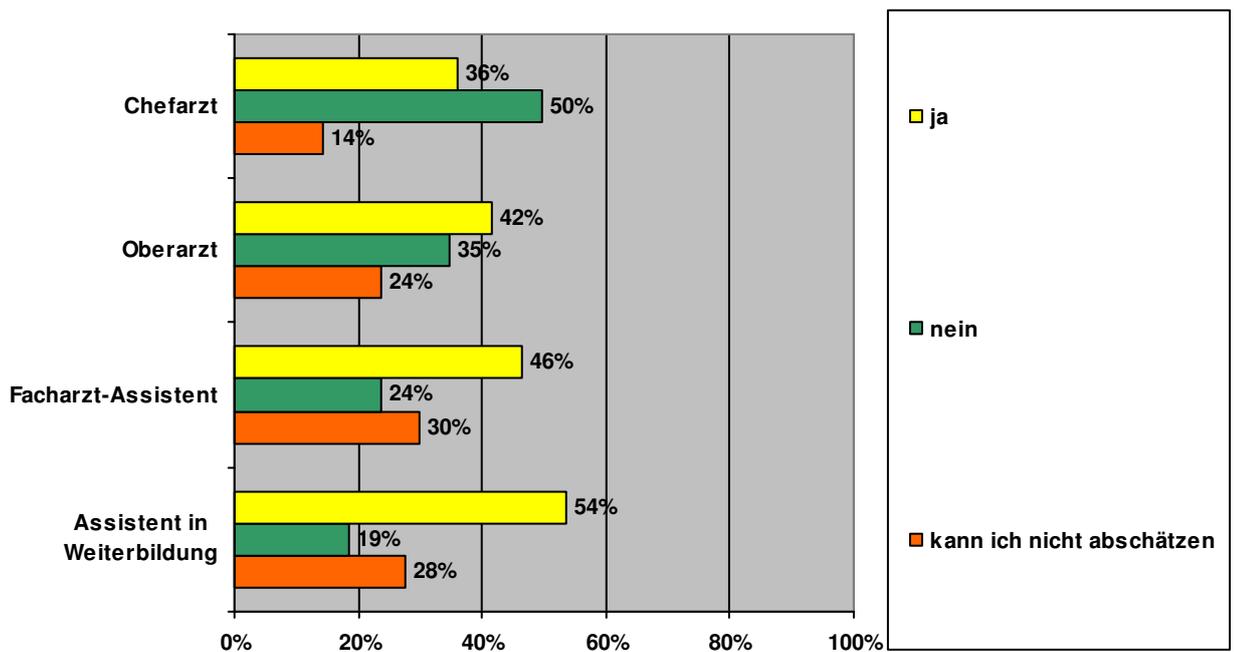
**Frage 26:**

**Wird nichtärztliches Assistenzpersonal die chirurgische Weiterbildung negativ beeinflussen?**



So sind 43% der Befragten der Meinung, dass der Einsatz von Arztassistenten die chirurgische Weiterbildung negativ beeinflussen kann. Von Erfahrungsberichten aus Kliniken, in denen chirurgische Arztassistenten tätig sind, weiß man, dass das zwar nicht der Fall ist, dass man diese Vorbehalte aber sehr ernst nehmen muss und durch eine Analyse der Problematik und offene Gespräche abbauen kann.[47] 23% der Antwortenden stehen dieser Frage noch abwartend gegenüber und stellen fest, dass sie das nicht abschätzen können. 34% der Antwortenden sind immerhin der Meinung, dass der Einsatz nicht-ärztlichen Assistenzpersonals die chirurgische Weiterbildung nicht negativ beeinflussen wird.

**Auswertung nach Dienststellung:**



Auch hier zeigt sich in der Aufschlüsselung nach Dienststellung wieder einmal deutlich, dass ein großer Anteil der Facharzt-Assistenten (46%) und der überwiegende Teil der Assistenten in Weiterbildung (54%) in Sorge um ihre chirurgische Weiterbildung sind. Diese wird aber nur von 36% der Chefärzte geteilt. 50% der antwortenden Chefärzte verneint, dass nichtärztliches Assistenzpersonal die chirurgische Weiterbildung negativ beeinflussen wird. Das sehen unter den Assistenzärzten aber nur 24% der Facharzt-Assistenten und 19% der Assistenten in Weiterbildung so. Immerhin ist die Gruppe der Assistenzärzte, die diese Frage noch nicht eindeutig beantworten kann größer, als die Gruppe derer, die ihre Weiterbildung negativ beeinflusst sehen. Hier scheint es noch die Möglichkeit zu geben, eine bejahende Sichtweise der jungen Ärzte zu erreichen, zum Beispiel durch einen offenen Umgang mit den Sorgen der Assistenzärzte und die Zusicherung einer zügigen und geregelten Weiterbildung an den Kliniken.

**Frage 27:**

**Welchen Personalschlüssel halten Sie im Zusammenhang mit der Einstellung von chirurgischen Arzt-Assistenten an Ihrer Klinik für adäquat bezogen auf die Zahl der Assistenzärzte in Ihrer Abteilung?**

	1 Assistenz- arzt	2 Assistenz- ärzte	3 Assistenz- ärzte	4 Assistenz- ärzte	5 Assistenz- ärzte	6 Assistenz- ärzte	7 Assistenz- ärzte	8 Assistenz- ärzte
1 Arzt- assistent	1%	3%	7%	7%	7%	4%	1%	4%
2 Arzt- assistenten	0%	1%	2%	4%	6%	11%	5%	12%
3 Arzt- assistenten	0%	0%	0%	1%	1%	3%	3%	7%
4 Arzt- assistenten	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	5%
5 Arzt- assistenten	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6 Arzt- assistenten	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7 Arzt- assistenten	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8 Arzt- assistenten	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

Befragt nach dem Personalschlüssel, den die an der Umfrage beteiligten Chirurgen an ihrer Klinik für adäquat bezogen auf die Assistenzärzte ihrer Abteilung halten, stellt sich heraus, dass die meisten Antwortenden an einer Klinik mit drei und mehr Assistenzärzten tätig sind. 29% der Beteiligten arbeiten sogar an einer Klinik mit acht Assistenzärzten. 15% der Antwortenden hält ein Arzt – Assistenten Verhältnis von zwei (Ärzte) zu eins (Arztassistenten) und 18% ein Verhältnis von drei (Ärzte) zu eins (Arztassistenten) für adäquat. Die Mehrheit der Antwortenden (19%) hält ein Arzt – Arztassistenten Verhältnis von 4:1 für sinnvoll.

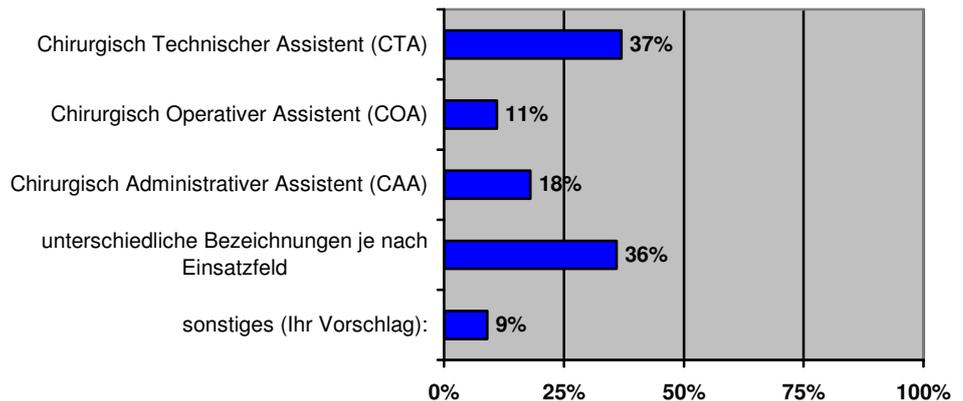
Das ist ein relativ niedriger Personalschlüssel bezogen auf die Anzahl der Ärzte.

Nach den langjährigen Erfahrungen mit nichtärztlichen Assistenten in Amerika schätzt man, dass ein Physician Assistant dort wenigstens 75% der Aufgaben eines Arztes übernehmen kann.[32] Im Vergleich dazu sind die Umfrageteilnehmer deutlich zurückhaltend, vielleicht aus Sorge um die immer wieder befürchtete Konkurrenz. Immerhin halten aber 4% der Antwortenden einen Personalschlüssel von 1:1 für adäquat, bezogen auf die Anzahl der Assistenzärzte in ihren Abteilungen.

Auf die Darstellung der Auswertung nach Dienststellung wurde an dieser Stelle verzichtet, weil sich daraus keine weiteren Erkenntnisse ableiten lassen.

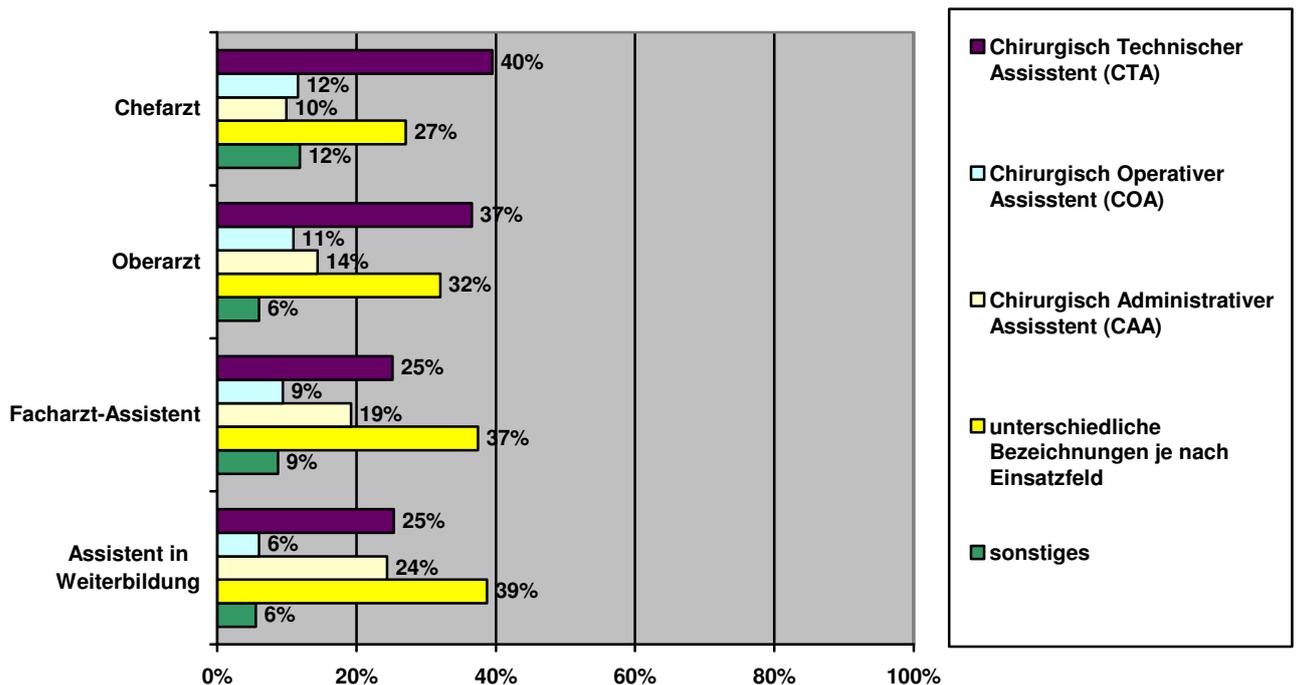
**Frage 28:**

**Welche Berufsbezeichnung halten Sie für die neue Berufsgruppe der chirurgischen Arzt-Assistenten für sinnvoll?**



Bei der Frage, welche Berufsbezeichnung die teilnehmenden Ärzte für die Berufsgruppe der chirurgischen Arzt-Assistenten für sinnvoll halten, wird die Bezeichnung Chirurgisch Technischer Assistent von 36% der Befragten bevorzugt. Diese Berufsbezeichnung kann jedoch zu Missverständnissen führen, weil die Abkürzung CTA bereits seit Jahren von den Chemisch-Technischen-Assistenten benutzt wird. Gibt man das Kürzel CTA in eine Internet Suchmaschine ein, so erhält man etwa 7.950.000 Ergebnisse. Unter dem Suchbegriff Chemisch-Technischer-Assistent sind es dann noch ungefähr 398.000 Treffer während der Begriff Chirurgisch-Technischer-Assistent nur noch 44.200 Suchergebnisse anzeigt. 11% der Antwortenden halten die Berufsbezeichnung Chirurgisch-Operativer-Assistent (COA) und 18% die Bezeichnung Chirurgisch-Administrativer-Assistent für sinnvoll. Eine große Gruppe (36%) der Befragten ist aber auch der Meinung, dass es unterschiedliche Berufsbezeichnungen, je nach Einsatzfeld, geben sollte. Hier stellt sich natürlich direkt die Frage, ob es denn auch unterschiedliche Ausbildungsgänge, je nach Einsatzbereich, geben sollte.

Auswertung nach Dienststellung:



Die Auswertung nach Dienststellung ergibt, dass die jüngeren Ärzte unterschiedliche Berufsbezeichnungen bevorzugen, während die Chef- und Oberärzte in der Mehrheit für die Bezeichnung „Chirurgisch Technischer Assistent“ stimmen. In den Freitextantworten unter sonstiges werden wieder sehr unterschiedliche Berufsbezeichnungen genannt, es fällt allerdings öfter der Begriff Chirurgieassistent oder Chirurgischer Arztassistent.

#### 4. Analyse und Diskussion der Umfrageergebnisse zum Personalmangel und seinen Folgen

Die Umfrageergebnisse bestätigen zunächst eindrucksvoll die in der Einleitung auf Basis der öffentlichen Diskussionen getroffenen Feststellungen zur Situation der Chirurgen im Klinikalltag.

Trotz steigender Arztzahlen im ambulanten und stationären Bereich wird in Deutschland seit Jahren über den Ärztemangel diskutiert. Dabei stieg im Zeitraum von 1993 bis 2009 die Anzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte um 24% (auf ungefähr 140.000) und die Anzahl der im stationären Bereich arbeitenden Ärztinnen und Ärzte um 27% (auf ungefähr 160.000).[48]

Doch lange Wartezeiten in den Arztpraxen, unbesetzte Stellen in Krankenhäusern und seitenlange Stellenangebote im Deutschen Ärzteblatt lassen sich nicht übersehen. Einer aktualisierten Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung der Bundesärztekammer vom August 2010 zufolge *„entwickelt sich die Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst allmählich zu einem gravierenden flächendeckenden Problem der stationären Versorgung. Sowohl der Anteil der Häuser mit offenen Stellen als auch die Anzahl nicht besetzter Stellen haben binnen drei Jahren drastisch zugenommen. Die Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst haben mittlerweile gleichermaßen Auswirkungen auf die Krankenhausorganisation und die Patientenversorgung.“*[49]

Als Erklärung für die Diskrepanz zwischen steigenden Ärztezahlen und fehlenden Ärzten werden unterschiedliche Gründe genannt: ein erhöhter Personalbedarf durch den medizinischen Fortschritt, der demografische Wandel mit einem wachsenden Anteil älterer Menschen, die Feminisierung in der Medizin und der allgemeine Trend zur Arbeitszeitverkürzung.[50]

Auch die befragten Chirurgen registrieren einen Kollegenmangel und sehen darin eine Ursache für die Überlastung im Klinikalltag. Das zeigt sich deutlich in der Umfrage. 35% der Befragten bestätigten einen Facharztmangel und 52% einen Assistenzarztmangel an ihrer Klinik.

#### **4.1 Förderung von Nachwuchs**

In der verstärkten Ausbildung von Ärzten und Aufstockung der Studienplätze versprechen sich nur etwa ein Viertel der Befragten ein Möglichkeit, dem Ärztemangel zu begegnen.

Dabei bemühen sich gerade die Chirurgen verstärkt um die Werbung des chirurgischen Nachwuchses. Vom Nachwuchsmangel ist das Fach Chirurgie jedoch in besonderer Weise betroffen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Im Wesentlichen werden neben den langen Arbeitszeiten mit kaum möglicher Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch steigender Leistungsdruck, Schichtdienste und Mängel in der fachlichen Betreuung und Weiterbildung genannt.[51]. In der hier durchgeführten Umfrage bestätigten sich solche Aussagen in den Freitextantworten zu Frage 8.

Nachteilig wirkt sich auch der hohe Frauenanteil unter den Medizinstudenten aus.

Studentinnen und junge Ärztinnen wollen heutzutage beides, Familie und Beruf. Dazu bedarf es familiengerechter Arbeitszeiten und ausreichender Betreuungsangebote. Denn Mutterschaft bedeutet nicht, Kinder in die Welt zu setzen, um diese dann sofort in die Fremdbetreuung abzugeben. Mutter sein bedeutet mehr, und das wissen vor allem junge Medizinerinnen.

Wer Kinder hat, der braucht Zeit und Flexibilität. Kinder werden nicht vorhersehbar krank und ihre Betreuer fallen nicht nach Plan aus. Deshalb brauchen Frauen mit Familienwunsch eine gleichberechtigte Partnerschaft und einen familienfreundlichen Arbeitsplatz. Das finden sie in der Chirurgie aber bisher nicht. Auf seiner Internet – Seite „chirurg-werden.de“ spricht der Berufsverband der Deutschen Chirurgen ganz deutlich von überdurchschnittlichen Dienstzeiten und häufiger Arbeit am Wochenende. Nach erfolgreicher Weiterbildung gebe es dann die Möglichkeit, die Stundenzahl zu begrenzen. Jede Frau weiß, was das bedeutet.

Aber auch die männlichen Kollegen fordern eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Einerseits, weil sie aktive Väter sein wollen und sich nicht nur in der Rolle des Geldverdieners und Ernährers sehen, andererseits, weil sie schwerlich auf Frauen treffen, die noch nach dem Rollenbild ihrer Eltern - der Mann verdient, die Frau kümmert sich um Haushalt und Kinder - leben wollen. „Work – Life - Balance“, also das gut austarierte Verhältnis zwischen Arbeitszeit und Freizeit, wird gefordert. Bessere Arbeitsbedingungen, unter denen man Familie und Beruf in Einklang bringen kann, sind für junge Ärzte wichtig.[52] Dass das gerade in der Chirurgie sehr schwierig ist, haben wohl auch die befragten Kollegen so wahrgenommen, denn nur 26% sehen in der verstärkten Ausbildung von Ärzten eine Möglichkeit, dem Ärztemangel zu begegnen.

#### **4.2 Anwerbung von Kollegen aus dem Ausland**

Einer Anwerbung ärztlicher Kollegen aus dem Ausland erteilen die befragten Chirurgen eine klare Absage. Dabei ist die Zuwanderung ausländischer Ärzte nach Deutschland längst Realität und hat sich in den letzten Jahren zudem noch deutlich verstärkt. Die ausländischen Kollegen kommen vor allem aus Österreich, Griechenland und den osteuropäischen Ländern. Auffällig hoch ist die Wachstumsrate der zugewanderten Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind. Davon

sind besonders die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern betroffen. Es gibt Berichte darüber, daß der Anteil der Ausländer beim ärztlichen Personal hier teilweise zwischen 70% und 75% liegt. Doch die Umfrageteilnehmer sehen in der Zuwanderung ausländischer Kollegen kein geeignetes Mittel, dem Ärztemangel zu begegnen. Nur 3% der Befragten wählten diese Antwortmöglichkeit. Diese Einschätzung beruht entweder auf bereits gemachten Erfahrungen mit diesen Kollegen und wissend um Sprachschwierigkeiten und Mentalitätsunterschiede, oder sie wird aus reinem Konkurrenzdenken heraus getroffen.[53]

#### **4.3 Entlastung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten, von Bürokratie und Dokumentationszwängen, Verbesserung der Honorierung**

Auf die Frage, wie man dem Ärztemangel in der Chirurgie begegnen sollte, ist die große Mehrheit der antwortenden Ärzte für die Entlastung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten (92%), von Bürokratie und Dokumentationszwängen (91%) und für die Bezahlung besserer Gehälter (75%).

Dies überrascht nicht, sind es doch genau die Kritikpunkte, die die im Krankenhaus tätigen Chirurgen schon seit langem vortragen. Seit Jahren beschäftigt sich beispielsweise der Deutsche Ärztetag mit den genannten Themen und forderte in seinen Beschlussprotokollen mehrfach einen massiven und entschlossenen Bürokratieabbau, eine weitgehende Entlastung von Verwaltungsaufgaben und eine angemessene Vergütung der behandelnden Ärzte in allen Versorgungsbereichen.[54]

Leider ist das Mitbestimmungsrecht der Ärzteschaft in diesen Fragen aber sehr gering. Politik, Krankenkassen und die Rechtsprechung geben einen engen Rahmen vor, den die Ärzteschaft nicht ändern kann. Trotz immer neuer Eingaben, Proteste und sogar Streiks hat sich in diesen Fragen wenig bewegt. Bei der immer wieder betriebenen Erforschung der Gründe dafür, dass immer weniger Mediziner kurativ tätig sind, werden als Hauptursachen für den Nachwuchsmangel jedoch stets die als nicht angemessen erachtete Bezahlung, die zeitliche Überlastung und das überschießende Ausmaß an zu bewältigenden nicht-ärztlichen Aufgaben genannt.[55] Hier muss die Politik sich die Frage gefallen lassen, ob es bei all den Bemühungen, dem Ärztemangel in Deutschland entgegenzutreten, nicht endlich Zeit wird, diesen Kernforderungen der Ärzteschaft nachzugeben

## **5. Analyse und Diskussion der Umfrageergebnisse zur Übergabe ärztlicher Tätigkeiten**

Ein deutlich anderes Bild ergibt sich jedoch beim Abgleich der öffentlichen Stellungnahmen der Berufsverbände und der Ergebnisse der Befragung im Hinblick auf die Delegation/Substitution. Entgegen der vorstehend geschilderten, weitgehend übereinstimmenden Analyse der dargestellten Situation in der Chirurgie zeigen sich bei der Frage der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal interessante deutliche Unterschiede.

### **5.1 Diskussion in der Vergangenheit**

War die Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Medizin in der Vergangenheit bereits Bestandteil ärztlichen Handelns, so haben sich die verschiedenen Berufsverbände dennoch mehrfach vehement gegen die Substitution ärztlicher Aufgaben ausgesprochen.

Die Voraussetzungen für Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal schaffte die im April 2008 verabschiedete Pflegereform, wie bereits eingangs gezeigt. Gegen heftigen Widerstand aus der Ärzteschaft hatte der Bundesrat dieser nach anfänglichen Bedenken zugestimmt, sicherlich in der Hoffnung, die medizinische Versorgung pflegebedürftiger, hausärztlich betreuter Menschen damit verbessern zu können.

Noch im Frühjahr 2009 lehnte der Marburger Bund daraufhin auf seiner 115. Hauptversammlung in seiner in einem Positionspapier verfassten Stellungnahme die Substitution ärztlicher Leistungen, also die eigenverantwortliche Übernahme – sei es auch nur in Modellvorhaben – ab, mit der Begründung, es gebe keine Notwendigkeit zur Schaffung einer neuen Versorgungsebene.[56]

Der 111. Deutsche Ärztetag hatte sich ein Jahr zuvor bereits differenziert mit dem Thema auseinander gesetzt. Unter Punkt III der Tagesordnung widmete man sich im Mai 2008 dem Arztbild der Zukunft und der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.

In seinem Beschlussprotokoll in Punkt III 3 (Delegation ja – Substitution nein) lehnte der Deutsche Ärztetag die Substitution ärztlicher Leistungen durch

Leistungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe wegen der zur Ausübung der Heilkunde erforderlichen medizinischen Fachkenntnis und wegen des Risikos der Verursachung gesundheitlicher Schädigung ab.[57]

Dennoch heißt es weiter in Punkt III 9 (Delegation ärztlicher Leistungen im stationären Bereich): *„Der Deutsche Ärztetag sieht in der Umgestaltung von stationären Abläufen eine Chance, die Krankenversorgung den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Herausforderungen und Erfordernissen eines sich wandelnden Versorgungssystems anzupassen. Er unterstützt entsprechende Bestrebungen zur Umsetzung einer zielorientierten Arbeitsteilung in Teamstrukturen...“* In der Begründung dazu unter demselben Tagesordnungspunkt heißt es weiter: *„Der stationäre Sektor befindet sich im Wandel. Das ärztliche Berufsbild des angestellten Arztes im Krankenhaus ist derzeit geprägt von zunehmender Arbeitsverdichtung, mangelnder (monetärer) Anerkennung, überbordender Bürokratie und daraus resultierender Arbeitsunzufriedenheit. In einer neuen Aufgabenverteilung, sei es durch **Delegation**, sei es durch **Substitution** von Aufgaben und der Bildung arbeitsteiliger Strukturen in hochspezialisierten Teams, die gegebenenfalls auch neue Berufsbilder beinhalten, liegt die Chance, Ressourcen effizienter nutzen zu können und Ärzten wieder mehr Raum zu schaffen für die eigentliche Arbeit am Patienten.“*[58]

Doch bereits wenige Seiten weiter unter Tagesordnungspunkt III 15 (Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen) liest man dann: *„Ärztliche Verantwortung nur für ärztliches Handeln! Keine Übertragung ärztlicher Kernaufgaben auf nichtärztliche Gesundheitsberufe! Der Facharztstandart muss für alle Patienten gewährleistet werden!*

*Mit vorgeblichen ökonomischen Sparzwängen wird versucht, eine erweiterte Übertragung von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliche Gesundheitsberufe zu rechtfertigen. Die Fantasie scheint hier keine Grenzen zu kennen:*

- *Chirurgische nichtärztliche Assistenten (CTA) sollen auch OP-Zugang, Präparation und Wundverschluss übernehmen,*
- *Medizinische Assistenten für Anästhesie (MAfA) sollen Aufgaben in der Narkoseführung übernehmen, ohne dass ein Arzt unmittelbar die Operation überwacht,*
- *das Pflegeweiterentwicklungsgesetz wird Modellvorhaben ermöglichen, wonach Pflegekräfte ärztliche Aufgaben übernehmen.*

*Der Deutsche Ärztetag lehnt diese Vorstellung entschieden ab.“*

Der Absatz III 15 endet schließlich mit den Worten: „ *Der Deutsche Ärztetag verschließt sich der Weiterentwicklung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe nicht. Der Gesetzgeber ist jedoch aufgerufen, eine klare Trennung zwischen Anordnungsverantwortung (Arzt) und Durchführungsverantwortung (z. B. medizinische Pflege im Heim) festzulegen. Die bisherigen Vorschläge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes sind hierfür völlig ungeeignet.*“[59]

Unter Punkt III 17 spricht man sich dann noch einmal wegen der Sorge um die Weiterbildung junger Assistenzärzte ausdrücklich gegen die Ausbildung von Physician Assistants aus und fordert „*die explizite Beschränkung des Einsatzes von Physician Assistants.*“[60]

Man muss bei der Interpretation des Beschlussprotokolls davon ausgehen, dass den Teilnehmern des Ärztetages nach der intensiven Auseinandersetzung mit dieser Thematik die medizinische und rechtliche Bedeutung einer Delegation und einer Substitution ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal zweifelsfrei bekannt war. Sah man die Qualität der Patientenversorgung durch die Substitution ärztlicher Tätigkeiten wegen der erforderlichen medizinischen Fachkenntnis und wegen des Risikos der Verursachung gesundheitlicher Schäden zwar als grundsätzlich gefährdet, so urteilte der Ärztetag in Bezug auf die stationäre Versorgung damals schon anders. In dem geschützten Rahmen der Klinik konnte man sich die Übertragung ärztlicher Aufgaben bei dann geänderter Verantwortung vorstellen, sprach sich dabei aber vehement gegen die Entwicklung der entstehenden nichtärztlichen Assistenzberufe – insbesondere der Physician Assistants – und deren Einsatz im OP aus.

## **5.2 Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal**

Diese Thematik wurde auch in der Umfrage erfasst.

Unter den Punkten 8 bis 12 wurde die Einstellung der Umfrageteilnehmer zur Berufsgruppe der chirurgischen Arztassistenten erfragt. 72% der Befragten geben dabei an, diese Berufsgruppe zu kennen (Frage Nr. 9).

Immerhin halten 29% der Befragten die Ausführung ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal für ein Mittel, dem Ärztemangel zu begegnen.

Nach den seit Jahren vorgetragenen Forderungen nach einer besseren Dotierung,

der Entlastung von Bürokratie- und Dokumentationszwängen und der Entlastung von nicht-ärztlicher Tätigkeit findet diese Antwortmöglichkeit in Frage 8 die nächst größte Zustimmung.

In den folgenden Fragen (Fragen Nr. 10 und 11) glauben sogar zwei Drittel der Umfrageteilnehmer, dass sie durch die Delegation (67%) und durch die Substitution (64%) einiger Routinearbeiten auf speziell geschultes nichtärztliche Personal sinnvoll entlastet werden können.

Es hat den Anschein, dass die Klinikärzte, die bereits Erfahrungen mit Arztassistenten gemacht haben oder diese zumindest kennen, diese auch schätzen. Dieses Bild wird jedenfalls über die Presse vermittelt. Seit einiger Zeit werden die ersten Erfahrungsberichte aus den Ausbildungskliniken veröffentlicht. Ärzte und nicht-ärztliche Assistenten erzählen von ihren neuen Aufgabenbereichen und der Zusammenarbeit. Dort, wo die Arztassistenten bereits eingesetzt werden, spricht man von einer „Win-Win-Situation“ in der die Arztassistenten kompetent und routiniert die ihnen übertragenen Aufgaben zu allseitigen Zufriedenheit übernehmen.[47]

Das spiegelt sich auch in der Umfrage wieder. In Frage 9 geben 28% der Teilnehmer an, dass sie die Berufsgruppe der chirurgischen Assistenten nicht kennen. In den darauf folgenden Fragen glauben 33%/36% der Teilnehmer nicht, dass sie durch Delegation/Übertragung einiger Routinearbeiten im Stationsalltag sinnvoll entlastet werden können (Fragen 10/11). Schließlich lehnen in Frage 12 27% der Befragten den Einsatz von nichtärztlichem Assistenzpersonal ab. Ebenso halten in den Fragen 15 und 18 31% bzw. 38% die Assistenz bei Operationen nicht für delegierbar bzw. übertragbar.

Es drängt sich der Verdacht auf, dass es sich bei diesen Antwortenden im wesentlichen um die gleiche Gruppe handelt, nämlich um die Gruppe derer, die die nichtärztlichen Assistenten nicht kennen und sich deshalb auch keine Unterstützung von deren Einsatz erwarten.

Betrachtet man zu den Fragen 8 bis 12 dann die Auswertung nach Dienststellung, so stellt sich heraus, daß es gerade die Gruppe der Assistenzärzte ist, die dem Einsatz nicht-ärztlichen Assistenzpersonals eher ablehnend gegenübersteht. Das Abstimmungsverhalten dieser Gruppe ist sicherlich geprägt von der Sorge um die eigene Weiterbildung. In der Vorstellung vieler junger Ärzte nehmen die nichtärztlichen Assistenten den wichtigen Platz im OP ein, während sie selber auf der Station in Dokumentations- und Sekretariatsarbeiten versinken. Solchen

Konkurrenzgedanken muß man sicherlich mit klärenden Gesprächen und der Zusicherung um eine geregelte Weiterbildung begegnen.

### **5.3 Delegation gegenüber Substitution**

Die Umfrage sollte jedoch Erkenntnisse auch darüber bringen, ob diese Vorbehalte gegenüber der Einführung einer neuen Berufsgruppe oder gegen die Möglichkeit der Delegation oder Substitution ärztlicher Tätigkeiten besteht. Deshalb wurde die Einstellung zur Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten ausführlich erfragt.

In Themengebiet 3 und 4 wurden Fragen zur Möglichkeit der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen gestellt. Hierbei wurde der rechtliche Aspekt weitgehend vernachlässigt. Gefragt wurde also nicht, was erlaubt ist, sondern gefragt wurde, welche Tätigkeiten man der ganz persönlichen Meinung der Befragten nach aus ihrer beruflichen Erfahrung heraus delegieren oder substituieren kann. Hierbei wurde wieder Wert auf die Unterscheidung von Delegation und Substitution gelegt. Die Begriffe wurden in den Fragen noch einmal erklärt. Ganz bewusst wurde auch eine Negativ-Frage darüber formuliert, welche ärztlichen Tätigkeiten nach Meinung der Antwortenden auf keinen Fall delegiert oder substituiert werden sollten.

Die ersten Fragen befassten sich mit der Delegation ärztlicher Leistungen. In der Diskussion über die Aufgaben der nicht ärztlichen Assistenzberufe werden die ärztlichen Leistungen unter rechtlichen Aspekten als grundsätzlich nicht delegationsfähig, generell delegationsfähig und im Einzelfall delegationsfähig eingestuft. Grundsätzlich nicht delegationsfähig sind nach Dienstvertragsrecht und unter Berücksichtigung der gemeinsamen Auffassungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Bundesärztekammer Verrichtungen, die wegen ihrer Schwierigkeiten, ihrer Gefährlichkeit oder wegen ihrer Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen ärztliches Fachwissen voraussetzen und deshalb vom Arzt persönlich, also eigenhändig durchzuführen sind. Hierzu zählen insbesondere alle operativen Eingriffe, schwierige Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sowie ärztliche Untersuchungen, Diagnostik und die ärztliche Beratung des Patienten. Zu den generell delegationsfähigen Leistungen gehören insbesondere Laborleistungen, Dauerkatheterwechsel und der Wechsel einfacher Verbände sowie radiologische Leistungen. Als im Einzelfall delegationsfähige

Leistungen stuft man Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen aus einem peripheren Venenkatheter ein.[44]

Die Einteilung der Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen in solche Gruppen dient jedoch nur als Diskussionsgrundlage. Bisher hat die Rechtsprechung immer im Einzelfall entschieden.

Die Einstufung in ärztliche und nicht ärztliche Leistungen ist historisch gewachsen und national unterschiedlich. Im Grunde muß die Einteilung in entsprechende Leistungskataloge durch den Leistungsbringer – die Ärzteschaft – selbst erfolgen.[45] Nach Verabschiedung der Pflegereform (Pflegerweiterentwicklungsgesetz) und nach dem Entwurf zum Versorgungsstrukturgesetz 2012 hat die Politik die Weichen dafür gestellt, dass nun an entsprechenden Katalogen von delegierbaren und substituierbaren Leistungen gearbeitet wird, die von Angehörigen medizinischer Fachberufe erbracht werden dürfen.[61]

Unter anderem wegen der schwierigen rechtlichen Regelung sollte dieser Aspekt bei der Befragung nicht im Vordergrund stehen. Ungeachtet dessen wurde also nach der subjektiven Meinung der Klinikärzte gefragt.

### **5.3.1 Delegation oder Substitution**

Die Fragen zur Delegation und zu Substitution ärztlicher Aufgaben wurden für jedes Gebiet getrennt gestellt. Die gleichen Fragen wurden einmal unter dem Stichwort Delegation und einmal unter dem Stichwort Substitution gestellt. Im Eingangstext zu diesen Fragen wurden die Begriffe noch einmal erläutert. In den einzelnen Fragen wurden die entsprechenden Begriffe deutlich unterstrichen, um Missverständnisse auszuschließen. Es muss also davon ausgegangen werden, dass es bei der Beantwortung der Fragen nicht zur Verwechslung der Begriffe kommen konnte.

Die Fragen 13 und 16 sollten einen Überblick verschaffen über die Tätigkeiten, die nach Meinung der befragten Chirurgen delegiert oder substituiert werden können. Es war nicht überraschend, dass 60% der Antwortenden Arbeiten bei der Dokumentation für delegierbar und 69% sogar für substituierbar einstufen, was das doch eine der Kernforderungen der Ärzteschaft in der Vergangenheit.

Dass die Substitution dieser Tätigkeiten sogar einen etwas höheren Prozentsatz erreichte liegt wohl daran, dass solche Tätigkeiten nicht als eigentliche ärztliche Tätigkeiten gesehen werden.

Da in diesen Fragen nur eine Antwort möglich war, sprach sich die große Mehrheit für diesen am meisten belastenden und ungeliebten Tätigkeitsbereich aus.

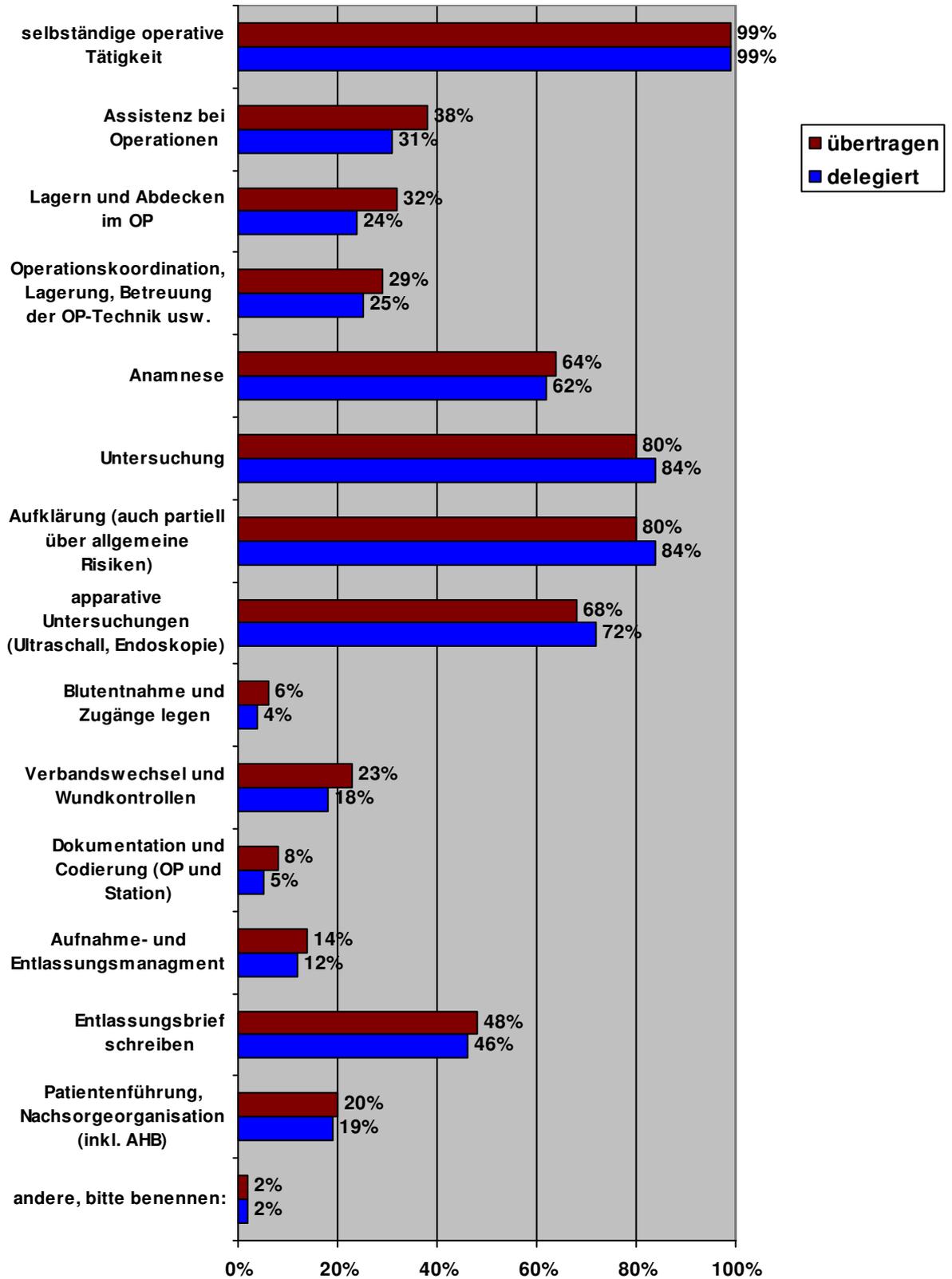
Aber auch die übrigen genannten Aufgabengebiete wie Arbeiten im OP, auf Station und am Patienten können nach Meinung der Umfrageteilnehmer sowohl delegiert als auch substituiert werden. Arbeiten am Patienten lagen bei den Antwortmöglichkeiten dabei an nächster Stelle, noch vor den Arbeiten im OP und auf Station.

Die Fragen 14/15 und 17/18 sollten nun erfassen, welche ärztlichen Tätigkeiten im Einzelnen von den Befragten als delegierbar oder substituierbar eingestuft werden. In diesen Fragen waren Mehrfachbenennungen möglich, so dass nicht nur eine Gewichtung sondern auch einzelne Meinungen erfasst werden konnten. Die Frage war absichtlich auch als Negativ-Frage formuliert („Welche ärztlichen Tätigkeiten sollten Ihrer Meinung nach auf keinen Fall an Assistenzpersonal delegiert / substituiert werden?“), einerseits wiederum zur Kontrolle der vorangegangenen Frage und andererseits weil Antworten so häufig leichter fallen.

### **5.3.2 Delegation und Substitution**

Zur besseren Anschauung werden die Umfrageergebnisse zu den Fragen 15 und 18 auf der folgenden Seite in einer Tabelle gegenübergestellt:

### Welche ärztlichen Tätigkeiten sollten Ihrer Meinung nach auf keinen Fall an Assistenzpersonal **delegiert** / **übertragen** werden?



Vergleicht man die Ergebnisse miteinander, so muss man feststellen, dass die Antworten sehr ähnlich ausfallen. Die Tätigkeitsfelder, die nicht an nichtärztliches Assistenzpersonal abgetreten werden sollen, sind durchaus gleich gewichtet. Die Möglichkeit der Delegation der Aufgaben hält lediglich einen etwas höheren Prozentanteil. Das bedeutet, dass der Anteil der Ärzte, die letztlich die Verantwortung noch in der Hand der Chirurgen sehen will, etwas größer ist, als der Teil, der sich vorstellen kann, die Tätigkeiten einschließlich der juristischen Verantwortung abzugeben. In Anbetracht der mehrfachen Erläuterung der Begriffe Delegation und Substitution und der getrennten Fragestellung scheint es sehr unwahrscheinlich, dass diese nicht verstanden oder schlicht übersehen wurden.

Das große Gebiet, das die Befragten nicht in der Hand eines Arztassistenten sehen wollen, ist die selbständige operative Tätigkeit. Das ist verständlich, handelt es sich doch um eine originär chirurgische Aufgabe. Die Assistenz bei Operationen wird jedoch von 38 % als nicht übertragbar und nur von 31 % als nicht delegierbar betrachtet. In der Positiv-Frage hatten 56 % die Delegation und 40 % sogar die Substitution dieser Tätigkeit für möglich eingestuft. Das entspricht einer eindeutigen Zustimmung der Arbeit des Arztassistenten am OP-Tisch. Eine geringe Ablehnung finden bei dieser Frage nach den nicht delegierbaren/substituierbaren Tätigkeiten auch viele andere Arbeiten im OP. Neben der Assistenz bei Operationen werden das Lagern und Abdecken und die Operationskoordination und Betreuung nur von einem Viertel bis einem Drittel der Chirurgen abgelehnt.

Eine zweite große Aufgabengruppe, die nach der Mehrheit der Chirurgen nicht abgegeben werden sollte, betrifft alle Tätigkeiten, die unmittelbar am Patienten ausgeführt werden, so zum Beispiel die Untersuchung, die Aufklärung und die apparative Untersuchung. Doch gerade in diesem Tätigkeitsbereich wandeln sich die Mehrheitsverhältnisse. Erfährt die Möglichkeit der Delegation einzelner Tätigkeiten durchweg eine etwas stärkere Zustimmung, so ist das bei diesen Antworten nicht so. 84% der Befragten sind der Meinung, dass Untersuchung und Aufklärung auf keinen Fall delegiert werden sollten, aber nur 80% sprechen sich gegen die Übertragung dieser Tätigkeiten aus. Ebenso ist es bei den apparativen Untersuchungen. 72% halten diese für nicht delegierbar, gegen die Übertragung sind jedoch 4% weniger, nämlich 68%. Betrachtet man die positiv formulierten

Fragen zu diesem Themengebiet so zeigt sich, dass 5%/5% die Untersuchung für delegierbar/übertragbar und 6%/7% die Aufklärung für delegierbar/übertragbar halten. Die apparative Untersuchung dagegen schätzen 11% als delegierbar und 10% als übertragbar ein.

Das ist erstaunlich. Bei allen anderen Antwortmöglichkeiten sind die Mehrheitsverhältnisse leicht zu Gunsten der Delegation verschoben. Sicherlich lehnt die Mehrheit der Antwortenden die Delegation und Substitution der genannten Tätigkeiten ab, doch die Delegation noch deutlicher als die Übertragung. Vielleicht liegt dies daran, dass es sich bei den Tätigkeiten um dynamische Untersuchungsmethoden handelt, deren Ergebnisse schwer nachprüfbar sind und die deshalb, wenn überhaupt, auch in ihrer Verantwortlichkeit übertragen werden sollten.

Dem überwiegenden Teil der Antwortenden ist es sehr wichtig, dass die Aufklärung in der Verantwortung und Durchführung durch den Arzt bleibt. Dabei gibt es doch für standardisierte Untersuchungen und Routineeingriffe bereits vorgefertigte Aufklärungsbögen mit Auflistung der Komplikationen und Risiken. Darüber hinaus muss sicherlich im Einzelfall noch auf für den Patienten spezifische Sachverhalte eingegangen werden, die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten sieht gerade darin aber eine rein ärztliche Tätigkeit.

In der Erstellung der Anamnese sehen nur 62% bzw. 64% der befragten Chirurgen eine rein ärztliche Tätigkeit. Das liegt vielleicht daran, dass gerade im stationären Bereich der Chirurgie häufig schon voruntersuchte und diagnostizierte Patienten behandelt werden, bei denen die aktuelle Anamneseerhebung eine untergeordnete Rolle spielt.

Die große Gruppe von Tätigkeiten, die erwartungsgemäß als delegierbar/übertragbar gesehen wird, ist das Gebiet der Dokumentation, Koordination und des Managements. Diese wurden bereits in der Vergangenheit immer wieder als belastende, zeitraubende nicht-ärztliche Tätigkeiten gesehen, was sich in der Umfrage in den jeweiligen Antworten bestätigt hat.

Im weitesten Sinne gehört zu dieser Gruppe auch das Schreiben der Entlassungsbriefe. Handelt es sich dabei doch letztlich um die Dokumentation des Krankenhausaufenthalts, der Diagnose, Therapie und des Krankheitsverlaufs. Diese Tätigkeit wollen aber nur knapp die Hälfte der befragten Chirurgen an Assistenzpersonal delegiert oder übertragen sehen. Vielleicht deshalb, weil Krankheitsverläufe doch sehr individuell und komplex sind, oder weil die

Information schließlich für den weiterbehandelnden Kollegen gedacht ist und deshalb auch auf Augenhöhe weitergegeben werden sollte.

Sehr erstaunlich war aber die Benennung der Tätigkeit, gegen deren Abgabe an nichtärztliches Personal die wenigsten Umfrageteilnehmer Bedenken hatten, die Blutentnahme. Nur 4% der Befragten waren gegen eine Delegation und nur 6% gegen eine Substitution dieser Aufgabe. Entweder sehen die Klinikärzte diese Tätigkeit als eine zeitraubende und belastende Aufgabe an, oder sie schreiben diese Tätigkeit eigentlich der Pflege zu.

Gehört die Blutentnahme aus juristischer Sicht doch zu den im Einzelfall delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten, so wurde das in der Vergangenheit nicht immer so gehandhabt. In den Zeiten, in denen es noch keinen Pflegenotstand gab, gehörten Blutentnahme und Injektionen schon einmal zu den pflegerischen Aufgaben. Gerne übergab man solche Tätigkeiten dann auch den jungen Kollegen im PJ oder im AiP, wohl deshalb, weil die Punktion eines Blutgefäßes in der Ärzteschaft als banale Routinearbeit angesehen wird, bei der kein großer Schaden angerichtet werden kann. Ähnliche Überlegungen haben dann wohl auch dazu geführt, dass die Antwortmöglichkeit „Verbandswechsel und Wundkontrolle“ nur von einem geringen Teil der Umfrageteilnehmer gewählt wurde.

#### **5.4 Delegation und Substitution im Vergleich zu den bisher veröffentlichten Stellungnahmen**

In den Antworten zum Fragenkomplex Delegation / Substitution zeigt sich ein deutlicher Gegensatz zwischen der Auffassung der Verbandsvertreter und den vor Ort im Krankenhaus aktiv tätigen Chirurgen. Letztere können sich offensichtlich im Gegensatz zu ihren Kollegen aus den Ärzteverbänden die Substitution ärztlicher Tätigkeiten durchaus vorstellen.

Das bestätigt auch die eher allgemein gehaltene Frage 19, ob die Durchführung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal im Sinne einer Delegation oder im Sinne einer Substitution erfolgen sollte. Auch hier stimmt mit 65% die große Mehrheit der Antwortenden für eine Delegation und Substitution, je nach Tätigkeit, 21% sind für die Delegation und 13% für die Substitution. Für die Antwortmöglichkeit „egal“ hat lediglich 1% votiert.

Schon in Frage 10 hatten 67% der Befragten geantwortet, dass sie glaubten, durch

die Delegation einiger Routinearbeiten auf speziell geschultes nichtärztliches Personal sinnvoll entlastet werden zu können. In Frage 11 hatten sich dann 64% eine solche Entlastung ebenso von der Substitution ihrer Routinearbeiten versprochen. Ganz eindeutig kann sich ein sehr großer Prozentsatz entgegen der Verlautbarungen der Berufsverbände und Fachgesellschaften aber nicht nur die Delegation sondern auch die Substitution/Übertragung ärztlicher Tätigkeiten vorstellen.

Nach der Verabschiedung der Pflegereform ( Pflegeweiterentwicklungsgesetz ), in der wie beschrieben die Voraussetzungen zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal geschaffen wurden, hat es dennoch immerhin drei Jahre gedauert, bis man sich im Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2011 auf einen Kompromiss zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten in einem Modellvorhaben geeinigt hat. Dass sich die Beratungsgespräche so lange hingezogen haben, lag daran, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer immer noch für eine Delegation aussprachen, während der GKV - Spitzenverband ( Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ) für die Substitution ärztlicher Leistungen plädierte.[62]

Noch im Februar 2012 unterzeichneten die ärztlichen Spitzenverbände auf Einladung der Bundesärztekammer eine Resolution zur Delegation. Darin sprachen sie sich weiterhin vehement gegen die Substitution ärztlicher Leistungen aus mit der Begründung, eine Übertragung ärztlicher Leistungen und Verantwortlichkeit auf nichtärztliche Gesundheitsberufe im Sinne einer Substitution würde das Recht des Patienten auf eine Behandlung nach fachärztlichem Standard unterlaufen und zu einem Qualitätsabfall und einer Unwirtschaftlichkeit in der Versorgung führen.

Unterschrieben wurde die Resolution von den deutschen ärztlichen Spitzenverbänden, an erster Stelle von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Hartmannbund und dem Marburger Bund.[63]

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen sind bei den Unterzeichnern der Resolution zwar nicht eigens aufgeführt, ihre Mitglieder werden aber dennoch von diesen Unterzeichnern vertreten, weil diese in der Regel einem oder mehreren dieser Verbände angehören. So ist der Berufsverband der Deutschen Chirurgen beispielsweise

Mitglied in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), die an zehnter Stelle der Unterschriftliste steht.

Hier müssen sich die Vertreter der Spitzenverbände die Frage gefallen lassen, ob sie diesen Standpunkt weiter vertreten sollten.

Die befragten Chirurgen sind in dieser Frage jedenfalls deutlich anderer Meinung. Sie können sich sowohl die Delegation als auch die Substitution verschiedener Routinearbeiten im Klinikalltag vorstellen.

### **5.5 Entwicklung der nichtärztlichen Assistenzberufe in jüngerer Vergangenheit**

Im Jahr 2005 lehnte der Deutsche Ärztetag in seinem Beschlussprotokoll die nichtärztlichen Operations- und Anästhesieassistenten noch ab mit der Begründung, die Verlagerung bisher ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal bedeute eine Verschlechterung der Qualität der Patientenversorgung und habe erhebliche negative Auswirkungen auf die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses.[64]. Hier spielten sicherlich Befürchtungen wie der Verlust von Privilegien und der Abbau von Assistenzarztstellen sowie die Sorge der jungen Assistenzärzte um ihre Weiterbildung eine Rolle.

Interessant ist jedoch, dass sich zu diesem Zeitpunkt scheinbar unbemerkt von der übrigen Ärzteschaft in den großen Herz- und Gefäßkliniken die Berufsgruppe der Gefäßassistenten/ -innen schon fest etabliert hatte. Dort wurden bereits ärztliche Tätigkeiten wie Basisanamnese, sonographische Gefäß-Untersuchungen, Venenentnahme, erste Assistenz und Wundverschluss kompetent und zur allseitigen Zufriedenheit von entsprechend weitergebildetem Pflegepersonal ausgeführt.[28]

Der Grund für die Ausbildung von Gefäßassistenten/-innen waren der Ärztemangel und die häufige Rotation der Assistenzärzte. Durch den Einsatz geschulter nicht-ärztlicher Assistenten erlangten diese eine vielfach höhere Prozessroutine, die sich nicht etwa negativ sondern sogar positiv auf die Qualität auswirkte.[65] Wie selbstverständlich und ohne öffentliche Diskussionen durch Mediziner oder Juristen hatten die Kliniken nach ihrem Bedarf ihr Personal entsprechend weitergebildet. Niemanden schien das besonders zu interessieren.

Angeregt wurde die öffentliche Debatte jedoch dadurch, dass Prof. Dr. B. Ulrich

im Juni 2004 an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales ( BMGS ) – Staatssekretär Dr. Schröder – und an die Bundesärztekammer – Präsident Prof. Dr. Hoppe – den Antrag stellte, einen Ausbildungsgang „Chirurgisch-Technischer Assistent ( CTA ) in Anlehnung an den Physician Assistant in den USA zu genehmigen. Die Adressaten reagierten abweisend. Staatssekretär Dr. Schröder bezweifelte, dass neben den OTAs für einen weiteren Beruf als Fachkraft im Operationsdienst Bedarf bestünde und wies auf die Zuständigkeit der Länder hin.[66]. Der Deutsche Ärztetag lehnte wie beschrieben ab.

Doch die Haltung gegenüber der neuen Berufsgruppe veränderte sich. Ausgelöst durch die öffentliche Diskussion, bestärkt durch die positiven Erfahrungen im Ausland und in der Herzchirurgie und gezwungen durch die Tatsache, dass aus der vorhanden Notlage heraus an etlichen Kliniken bereits entsprechende nichtärztliche Assistenten weitergebildet worden waren, muss man feststellen, dass in vielen deutschen Krankenhäusern bereits ein grundlegendes Umdenken stattgefunden hat.

Inzwischen gibt es zwar immer noch Vorbehalte gegen die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal, besonders gegen den Einsatz der Physician Assistants, doch die Neuverteilung der Zuständigkeiten ist – nicht zuletzt wegen des Ärztemangels – im stationären Bereich vielfach längst Realität.

## **5.6 Entwicklung der nichtärztlichen Assistenzberufe in der Chirurgie heute**

Hatten noch in jüngster Vergangenheit die Vertreterverbände der Chirurgen gehofft, mit gezielten Kampagnen und intensiver Werbung um die nachkommende Arztgeneration dem Nachwuchsmangel begegnen zu können, so hat man sich inzwischen in der Praxis offenbar doch mit der Neuverteilung der Aufgabenbereiche in der Klinik vertraut gemacht.

Sicherlich gezwungen durch den Ärztemangel und des trotz aller Bemühungen ausbleibenden Nachwuchses in der Chirurgie versuchen immer mehr Kliniken, die entstandenen Lücken mit den neuen nichtärztlichen Fachkräften zu füllen.

Bis heute gibt es, wie bereits beschrieben, keinen einheitlichen Ausbildungsgang für die Berufsgruppe der chirurgischen nicht-ärztlichen Assistenten. Sie werden an verschiedenen Ausbildungsstätten mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungszeiträumen und Lehrplänen aus- und

weitergebildet. Durchgeführt werden diese Aus- und Weiterbildungen beispielsweise von den medizinischen Fachgesellschaften, wie im Falle der Gefäßassistenten, die an der Privaten Akademie Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie GmbH ausgebildet werden.

Die chirurgischen nichtärztlichen Assistenten werden an verschiedenen Hochschulen, Klinikverbänden und zunehmend auch Einzelkliniken im Wesentlichen nach dem Bedarf ausgebildet, der an den ausbildenden Krankenhäusern besteht.[67]

Die unterschiedlichen Institutionen und Ausbildungsinhalte bedingen unterschiedliche Berufsbezeichnungen und Einsatzgebiete und verhindern damit eine flächendeckende Anerkennung.

Die Umfrageteilnehmer befürworten mehrheitlich für die Berufsgruppe der chirurgischen nichtärztlichen Assistenten eine abgeschlossene dreijährige Berufsausbildung an einer speziellen Schule. Als Vorbildung, die ein chirurgischer Arztassistent haben sollte, wird ein erlernter Pflegeberuf mit mehrjähriger Berufserfahrung gewünscht

Die Möglichkeit einer akademischen Ausbildung wird nur von 10% der Befragten als sinnvoll betrachtet. Hierbei spielt sicherlich die Sorge vor der Konkurrenz akademischer Arztassistenten mit den jungen Assistenzärzten und die Sorge um deren Weiterbildung eine Rolle.[60].

Dies bestätigt sich auch in Frage 26, bei deren Beantwortung immerhin 43% der Umfrageteilnehmer der Meinung sind, dass der Einsatz nichtärztlichen Assistenzpersonals die Weiterbildung negativ beeinflussen wird. In der Auswertung nach Dienststellung zeigt sich, daß sogar 54% der Assistenten in Weiterbildung und 46% der Facharzt-Assistenten dieser Meinung sind, während nur 36% der Chefärzte dies so sehen. Zwar widersprechen dem alle Erfahrungsberichte, die aus Kliniken veröffentlicht werden, an denen bereits solche Arztassistenten eingesetzt werden [28, 64, 67], aber die Vorstellung vom Assistenzarzt, der sich mit Bürokratie und Dokumentation beschäftigt, während der nichtärztliche Assistent im OP steht und operiert, hält sich wohl hartnäckig.

Speziell im Fall der Physician Assistants mit ihrer akademischen Ausbildung befürchtet die Ärzteschaft eine besondere Bedrohung ihres Berufsstandes. Nicht wenige sehen hier die Möglichkeit, dass auf einem Seitenweg der „Bachelor-Arzt“ unter Gesichtspunkten des Bologna-Prozesses eingeführt werden könnte und in der Folge die medizinische Qualität aus Bedarfs- und Kostengründen in Gefahr

sein könnte.[68]

Zudem wird dem praktischen Teil der Ausbildung eine große Bedeutung zugemessen. Die Mehrheit der Befragten stimmte für einen Umfang von 31% bis 61%. Dabei muss man sich vor Augen führen, dass der Umfang des praktischen Teils der Ausbildung zum Chirurgisch Technischen Assistenten 60% beträgt, der Anteil der praktischen Ausbildung im Studium zum Bachelor of Science in Physician Assistance aber bei 40% liegt [69].

Die von den Befragten bevorzugte abgeschlossene Berufsausbildung wird im Ausbildungszentrum für operative Fachberufe der Kaiserswerther Diakonie [70] und in der Medical school academia chirurgica [34], beide in Düsseldorf, angeboten.

Hier werden die Schüler nach bestandem Abitur während einer dreijährigen theoretischen und praktischen Ausbildungszeit zum Chirurgisch Technischen Assistenten (CTA) ausgebildet.

Die KMG- Kliniken Güstrow GmbH bieten seit kurzem für den ostdeutschen Raum ebenfalls die Möglichkeit einer dreijährigen dualen Ausbildung zum CTA, in Anlehnung an das Düsseldorfer Modell, an. Voraussetzung hierfür ist das Abitur oder die Ausbildung in einem Medizinalberuf. [71]

An der KMG Bildungsakademie gGmbH in Bad Wilsnack kann man dagegen an einer fünfzehn Monate dauernden Weiterbildung zum CTA teilnehmen. Voraussetzungen hierfür sind die abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf und die Bescheinigung über die mindestens zweijährige Berufserfahrung im Operationsdienst oder die Bescheinigung über die mindestens fünfjährige Tätigkeit in der stationären Pflege und einschlägige Weiterbildungen.[72]

Eine Weiterbildung zum Chirurgisch Technischen Assistenten bietet auch die Gesundheitsakademie Bodensee-Oberschwaben in Zusammenarbeit mit den Kliniken Landkreis Biberach an. Das Angebot richtet sich an Angehörige der Pflege mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung und an medizinische Fachangestellte mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung in einer chirurgischen Ambulanz oder Praxis. Die Weiterbildungszeit beträgt hier jedoch achtzehn Monate.[73]

Genauso lange hat es am Klinikum Nürnberg gedauert, um die ersten Fachkrankenschwester für den Operationsdienst zum Chirurgisch Technischen Assistenten weiterzubilden.[74]

Dieselbe Möglichkeit der Weiterbildung besteht für Angehörige des Bereichs der

Pflege bei der Evangelischen Stiftung Volmarstein in Wetter in Kooperation mit deren Partnerkliniken. Auch hier kann man sich zum Chirurgisch-Technischen - Assistenten weiterbilden.[75]

Ähnliche Weiterbildungsangebote bestehen für dieselbe Berufsgruppe nur unter der Berufsbezeichnung „Chirurgie-Assistent“.

Bereits seit Jahren werden am Bildungszentrum St. Hildegard in Osnabrück Chirurgie-Assistenten/innen weitergebildet. Das Angebot richtet sich an Fachkrankenschwestern und -pfleger für den Operationsdienst mit zwei Jahren Berufserfahrung oder Krankenschwestern und -pfleger mit fünf Jahren spezieller Berufserfahrung im Operationsdienst. Die theoretische Fortbildung gliedert sich in vier inhaltliche Unterrichtsblöcke zu je 20 Stunden. Die praktische Fortbildung erfolgt an der Partnerklinik. Hier müssen mindestens 200 operative Eingriffe, die das Spektrum der jeweiligen Fachabteilung wiedergeben, in der Funktion eines Chirurgie-Assistenten erfolgreich abgearbeitet werden. Die Fortbildung endet nach frühestens sechs Monaten mit einer schriftlichen Prüfung und einem Kolloquium im letzten Unterrichtsblock.[76]

Die Fachkrankenschwestern und -pfleger, die den theoretischen Teil in Osnabrück absolvieren, den praktischen Teil der Ausbildung aber an der Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde leisten, werden, da es sich in diesem Fall um ein großes Herzzentrum handelt, eigentlich zu Gefäß-Assistenten/innen ausgebildet, erhalten ihr Zertifikat aber als Chirurgische Assistenten/innen.[77]

Ebenfalls 200 operative Eingriffe benötigten die Teilnehmer eines Kurses im März 2010, die sich an der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen GmbH in Gütersloh weiterbildeten. Im August 2010 wurde der Weiterbildungskurs zum Chirurgie-Assistenten erfolgreich beendet.[78] Für das Jahr 2012 wird diese Weiterbildung jedoch unter der Bezeichnung „Chirurgieassistent m/w in der vaskulären Chirurgie“ angeboten, und entspricht damit ebenfalls der Berufsgruppe der Gefäßassistenten/-innen.[79]

Ähnlich sieht es an den Christophorus -Kliniken GmbH aus. Im Kreis Coesfeld kann man sich als Angehöriger der Pflege mit abgeschlossener Fachweiterbildung für den Operationsdienst in einem 80 Unterrichtsstunden umfassenden theoretischen Lehrgang mit begleitendem sechsmonatigem Praxisteil zum Chirurgie-Assistenten weiterbilden.[80]

Am Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Wiesbaden kann man an einer 18 Monate dauernden Weiterbildung zum Chirurgeschen

Operationsassistenten (COA) teilnehmen. Die Weiterbildung umfasst einen theoretischen Teil von mindestens 640 Stunden und einen praktischen Teil mit mindestens 1.900 Stunden, der in den Asklepios-Kliniken stattfindet, in denen die Teilnehmer angestellt sind. Die Voraussetzungen zu Teilnahme sind eine abgeschlossene Ausbildung als OTA mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung oder eine abgeschlossene Ausbildung in der Krankenpflege mit mindestens fünf Jahren Erfahrung im Operationsdienst.[81]

Das scheint aber nur die Spitze des Eisberges zu sein. Da es keine einheitlichen Ausbildungsgänge mit staatlichen Abschlüssen gibt, ist völlig unklar, wie viele Häuser inzwischen ihr Pflegepersonal im Sinne des beschriebenen nichtärztlichen Assistenten weitergebildet haben.

Auf der Internet-Seite der Chirurgie-Assistenten ist der Aufsatz des Oberarztes Thorsten Bollhöfener des Mathilden Hospital Herford zu lesen, der gerade für die kleineren Kliniken in der Einführung der neuen Berufsgruppe der nichtärztlichen Assistenten die Möglichkeit sieht, den Schwierigkeiten des Nachwuchsmangels in der Chirurgie zu begegnen. Auch an seiner Klinik habe man inzwischen Chirurgie-Assistenten mit großem Erfolg ausgebildet und auf der Station und im Operationssaal eingesetzt.[82]

Genau darin liegt aber auch eine Gefahr. Wenn die Politik und die Berufsverbände nicht rechtzeitig reagieren, wird auf dem Boden des zur Zeit stattfindenden Neuverteilung der Aufgaben jede Klinik ohne festgelegtes Ausbildungs- und Zertifizierungsverfahren ihre eigenen Arztassistenten nach ihrem Bedarf ausbilden.

Das scheint nicht im Sinne der befragten Chirurgen zu sein. Sie sprechen sich Mehrheitlich für eine abgeschlossenen dreijährige Berufsausbildung aus. Als Vorbildung für diese Berufsausbildung wird ein Pflegeberuf mit mehrjähriger Berufserfahrung gewünscht. Das ist in der Praxis natürlich nur schwer umsetzbar. Die Schüler eines Ausbildungszentrums wie der Kaiserswerther Diakonie erhalten in der Regel von der Klinik, an der sie praktisch ausgebildet werden, eine kleine pekuniäre Anerkennung, aber kein Gehalt. Darauf ist ein Angehöriger der Pflege mit mehrjähriger Berufserfahrung in der Regel jedoch angewiesen. Deshalb werden die meisten Ausbildungen als chirurgischer nichtärztlicher Assistent in Form einer Weiterbildung angeboten.

Bei der Frage, welche Berufsbezeichnung die teilnehmenden Ärzte für die Berufsgruppe der chirurgischen Arzt – Assistenten für sinnvoll halten, wird die

Bezeichnung Chirurgisch Technischer Assistent von 36% der Befragten bevorzugt. Diese Berufsbezeichnung kann jedoch zu Missverständnissen führen. Gibt man die Abkürzung dafür – CTA – in eine Internet-Suchmaschine ein, so zeigt diese ungefähr 7.950.000 Ereignisse an. Unter dem Suchbegriff Chirurgisch-Technischer-Assistent findet man noch 44.200 Einträge. Deutlich mehr Ergebnisse findet man aber unter der Berufsbezeichnung Chemisch-Technischer-Assistent - nämlich 398.000. Insofern ist die Berufsbezeichnung Chirurgisch –Technischer - Assistent für diese Berufsgruppe zu überdenken, zumal sich immerhin 36% der Befragten unterschiedliche Berufsbezeichnungen, je nach Einsatzfeld, wünschen. In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich direkt die Frage, ob es auch unterschiedliche Ausbildungsgänge, je nach Einsatzbereich, geben sollte.

Es ist aber zum Erhalt eines qualitativ hochwertigen Ausbildungsberufs sinnvoll, einen staatlich anerkannten und standardisierten Ausbildungsgang mit festgesteckten Unterrichtsinhalten und einer einheitlichen Examinierung anzustreben. Dies würde dann aber auch eine bundesweit einheitliche Berufsbezeichnung erfordern. In den Freitext-Antworten zu Frage 28 wurden mehrfach die Formulierungen „Chirurgischer Assistent“ oder Chirurgischer Arztassistent als Berufsbezeichnung für die Gruppe der nichtärztlichen Assistenten genannt.

### **5.7 Der nichtärztliche Assistent in der Chirurgie - Konkurrenz oder Hilfe**

Obwohl Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus eng zusammenarbeiten kommt es dennoch immer wieder zu Konflikten, besonders an den Stellen, an denen die Zuständigkeiten nicht geklärt sind. Oft geht es um Aufgabenverteilung und Hierarchien.[29]

Gerade die Schnittstelle zwischen Pflege und Arzt soll der nichtärztliche Assistent besetzen. Dem Arzt zugeordnet, soll er dazu ausgebildet werden, solche ärztlichen und dem Arzt überantworteten Aufgaben zu übernehmen, die in der Vergangenheit noch häufig von Ärzten im Praktikum und jungen Assistenzärzten ausgeführt wurden. Deshalb ist die Beziehung zur Ärzteschaft oder zur Pflege in dieser Befragung von Interesse.

Die Schaffung einer neuen Berufsgruppe nichtärztlicher Assistenten führte in der Ärzteschaft - wie bereits beschrieben - zu heftigen Diskussionen. Ausgelöst

wurden diese, wie bereits ausgeführt, durch einen Antrag von Prof. Ulrich im Jahr 2004 einen Ausbildungsgang „Chirurgisch-Technischer Assistent ( CTA ) in Anlehnung an den Physician Assistant in den USA zu genehmigen.

Viele Kollegen reagierten heftig ablehnend. In der Verlagerung originärer ärztlicher Aufgaben auf andere Heil- und Pflegeberufe sah man eine Deprofessionalisierung des Arztberufes und fürchtete um die Weiterbildung der jungen Kollegen. Man forderte dagegen, die Ärzte von der immer größer werdenden Bürde nicht-ärztlicher Aufgaben zu befreien. Zudem sollte durch die zusätzliche Qualifizierung vorhandener Mitarbeiter eine weitere Entlastung des Arztes möglich sein, indem delegierbare Aufgaben von diesen erbracht werden sollten. Die Schaffung zusätzlicher Berufsbilder im Gesundheitswesen hielt man dagegen für nicht zielführend.[83]

Die Pflege sah das jedoch anders. Die Pflegekräfte waren zwar bereit, neue Aufgaben zu übernehmen, wollten dafür aber auch die Anerkennung und Wertschätzung für die neu erworbene Qualifikation. Sie warfen den ärztlichen Interessenvertretern vor, in ihrem Widerstand gegen die Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen, ein Monopol und Privilegien zu verteidigen, die sich bereits längst überholt hätten.[84]

In der dieser Arbeit zugrunde liegenden Umfrage wurden ausschließlich Ärzte befragt. Es ist daher davon auszugehen, daß die Antwort zu Frage 24, welche Auswirkung der neue Beruf der chirurgischen Arztassistenten auf das Pflegepersonal haben wird, deshalb so wenig eindeutig ausfällt und von der Pflege wahrscheinlich anders gesehen wird. Denn gerade die Angehörigen der Pflegeberufe, die häufig um Anerkennung und Wertschätzung durch Vorgesetzte kämpfen, haben in der Vergangenheit der Ärzteschaft vorgeworfen, sie sei nicht bereit, auch nur einen kleinen Teil ihrer Kompetenz abzugeben.[85]

Einig ist man sich jedoch in der Frage, ob beide Berufsgruppen sich ergänzen. Das bejahen immerhin 89% der Befragten.

Interessant ist dagegen, dass in der ähnlichen Frage 25, in der es um das Verhältnis von Arzt und nichtärztlichem Assistent geht, nur 79% der Antwortenden der Meinung ist, dass die beiden Gruppen sich ergänzen.

Hier würde man eigentlich eine größere Übereinstimmung erwarten, da der nichtärztliche Assistent als Mitarbeiter den Ärzten zugeordnet wird und nicht der Pflege.

Doch in der Auswertung nach Dienststellung zeigt sich, daß die Antworten der jüngeren Chirurgen vom Konkurrenzgedanken beeinflußt werden. Je höher die Dienststellung, desto eher erwarten die Umfrageteilnehmer eine Ergänzung beider Berufsgruppen, während die Assistenzärzte mehr die Konkurrenz zum Arztassistenten sehen.

Dieser Konkurrenzgedanke hält sich offensichtlich immer noch hartnäckig in der Ärzteschaft, obwohl die nichtärztlichen chirurgischen Assistenten bereits seit Jahren ausgebildet werden. Alle Erfahrungsberichte, die von Kliniken, an denen die neue Berufsgruppe eingesetzt wird, berichten, beinhalten nur positive Stellungnahmen. Man berichtet von allseitiger Zufriedenheit und Arbeitsentlastung für die Ärzte. Die Weiterbildung sei nicht in Gefahr, sie werde im Gegenteil durch den Einsatz von Chirurgieassistenten noch verbessert, da der junge Assistenzarzt für die Operationen eingesetzt werden könne, die er für die Ausbildung benötige. Zeitraubende Bindung an den OP-Tisch durch bereits geübte Routine - Tätigkeiten werde durch den Einsatz der nichtärztlichen Assistenten vermieden.[86]

Dennoch bejahen 43% der Befragten die Frage 26, ob nichtärztliches Assistenzpersonal die Weiterbildung negativ beeinflusst. Die Auswertung nach Dienststellung zeigt, daß 54% der Assistenten in Weiterbildung und 46% der Facharzt-Assistenten solche Befürchtungen haben, während nur 36% der Chefärzte so urteilt.

Ähnliche Überlegungen beeinflussen offenbar auch die Antwort auf Frage 27, welcher Personalschlüssel für chirurgische Arztassistenten adäquat sei.

In Amerika, wo die Physician Assistants eine anerkannte und ständig wachsenden Berufsgruppe darstellen, gibt es Schätzungen, nach denen Physician Assistants wenigstens 75% der Aufgaben eines Arztes übernehmen könnten.[32]

Das können sich die deutschen Kollegen jedoch nicht vorstellen. Sie halten in der Mehrzahl ein bis zwei Chirurgieassistenten für die Abteilung in ihrer Klinik für adäquat, obwohl 57% der Umfrageteilnehmer in einer Abteilung mit sechs und mehr Assistenzärzten tätig sind.

Bei der Frage nach dem Gehalt, das ein chirurgischer Arzt-Assistent verdienen sollte, hält 67% der Befragten ein Gehalt höher als das des Pflegepersonals und geringer als das eines Assistenzarztes für angemessen. Diese Antwort ist nur konsequent, wenn man bedenkt, dass die Mehrheit der befragten Chirurgen eine dreijährige abgeschlossene Berufsausbildung mit Zugangsvoraussetzung

Pflegeberuf mit mehrjähriger Berufserfahrung fordert. Damit ist ein Arztassistent qualifizierter als ein/e Krankenpfleger/-schwester aber weniger qualifiziert als ein Assistenzarzt.

31% der Antwortenden hält aber auch ein Gehalt, gleich dem des Pflegepersonals für angemessen. Unter den Assistenten in Weiterbildung haben sogar 46% diese Antwortmöglichkeit gewählt. Vielleicht wollten sie damit zum Ausdruck bringen, dass ihr Gehalt verglichen mit dem des Pflegepersonals zu gering ist oder sie sehen die Aufgaben, die der Arztassistent übernehmen soll für qualitativ vergleichbar mit den Arbeiten, die das Pflegepersonal leistet.

## **6. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen**

Chirurgen, die an deutschen Krankenhäusern tätig sind, sind einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt. Neue Operationstechniken, hochmoderne Behandlungsmethoden, lange Arbeitszeiten, ausufernde Bürokratie und häufige Bereitschaftsdienste prägen den Arbeitsalltag. Viele Chirurgen sind unzufrieden mit der Bezahlung, der Wertschätzung ihres Berufs und den Aufstiegchancen.[3]

Erschwert wird die Arbeitssituation zudem durch den Ärztemangel. Sowohl der Anteil der Häuser mit offenen Stellen als auch die Anzahl nicht besetzter Stellen haben binnen drei Jahren drastisch zugenommen. Verschärfend wirkt sich dabei aus, dass der Anteil der in der Chirurgie tätigen Krankenhausärzte, die 60 Jahre oder älter sind, gemessen an der Gesamtzahl der Arztgruppe zum 31. Dezember 2009, mit 8,5 % relativ hoch ist.[87]

Gerade aber in der Chirurgie fehlt der Nachwuchs. Die Attraktivität dieses Fachs schwindet bei den Medizinstudenten mit der steigenden Anzahl der Semester. Wird die Chirurgie zu Beginn des Studiums unangefochten an der Spitze als Wunschfach genannt, wollen nach dem praktischen Jahr nur noch wenige Studenten Chirurg/in werden. Aktuell wird ihre Zahl auf 5% der Absolventen eines Studiengangs geschätzt.[11]

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Lange Ausbildungszeiten, schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf, harte Arbeitsbedingungen und Mängel in der fachlichen Weiterbildung halten die Examensabsolventen davon ab, dieses Fachgebiet zu wählen.[51]

Zudem ist der Anteil der Frauen im Medizinstudium überproportional hoch. Betrug der Anteil der Frauen an allen anderen Studienanfängern im Jahr 2001 nur 49,2%, so erfreute sich das Medizinstudium mit 61% Frauenanteil großer Beliebtheit.[12] Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen hat seit 1991 bis 2009 um 25,6% zugenommen. Dabei ist aber der Ärztinnen –Anteil derer, die unter 32 Stunden pro Woche arbeiten, überproportional hoch, während der Ärztinnen – Anteil, die 45 Stunden und mehr pro Woche arbeiten, unterproportional niedrig ist.[88]

Vor dem Hintergrund des steigenden Klinikärzte- und Chirurgenmangels, der zunehmenden Arbeitsbelastung und des drohenden Nachwuchsmangels stellt sich die Frage, ob und was die betroffenen Chirurgen tun können, um ihre Arbeitssituation zu verbessern und von welchen Maßnahmen sie sich eine Entlastung im Klinikalltag erhoffen.

Eine Möglichkeit zur Entlastung von Routinearbeiten im Stationsdienst besteht in der Übergabe ärztlicher Tätigkeiten auf speziell geschultes nichtärztliches Personal.

Eine Weiterbildung zum Chirurgie – Assistenten wurde erstmalig in Deutschland von der Katholischen Bildungsstätte für Gesundheitsberufe in Osnabrück durchgeführt. Doch auch andere Einrichtungen haben inzwischen Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge in Anlehnung an das amerikanische Vorbild der Physician Assistants entwickelt.

Im Jahr 2005 wurde ein Studiengang zur dualen akademischen Ausbildung von Arztassistenten in der operativen Medizin eingerichtet; der Studiengang zum Bachelor of Science in Physician Assistance an der Steinbeis Hochschule Berlin in Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum Lahr/ Baden als akademischem Lehrkrankenhaus.

In Düsseldorf wird seit 2006 (Diakonie D-Kaiserswerth) bzw. 2007 (Medical School Academia chirurgica) die dreijährige Ausbildung zum Chirurgisch-Technischen-Assistenten (CTA) angeboten. An der Medical School wurden von 2007 bis 2013 68 CTA`s ausgebildet. Alle fanden weit vor Abschluss eine Anstellung.

In den Ausbildungszentren der Asklepios Kliniken wird bereits geschultes Personal zum Chirurgischen Operationsassistenten weitergebildet.

Allein das Düsseldorfer Modell beinhaltet einen dreijährigen abgeschlossenen Ausbildungsgang. Die übrigen Angebote richten sich an bereits vorgebildetes Pflegepersonal.

Alle diese nichtärztlichen chirurgischen Assistenten sollen jedoch durch ihre Aus- oder Weiterbildung dazu befähigt werden, ärztliche Tätigkeiten im Sinne einer Delegation im OP und auf der Station zu übernehmen, um den Klinikarzt von solchen Aufgaben zu entlasten. Sie üben ihre Tätigkeit ausschließlich unter der Aufsicht eines Arztes aus, auch wenn dieser dafür nicht zwingend anwesend sein muss, und sind den Ärzten zugeordnet.[89]

In der im Jahr 2010/11 durchgeführten Umfrage sprach sich die Mehrheit der daran teilnehmenden Chirurgen für die Entlastung von nicht-ärztlicher Tätigkeit, von Bürokratie und Dokumentationszwängen und für die Bezahlung attraktiverer Gehälter aus.

Das Ergebnis stimmt mit den Forderungen überein, die von den chirurgischen Berufsverbänden seit Jahren erhoben werden.

Ein deutlicher Gegensatz zwischen Berufsvertretern und den vor Ort tätigen Chirurgen ergab sich jedoch zur Frage der Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal.

Die überwiegende Mehrheit der Umfrageteilnehmer sprach sich dafür aus, die belastenden Arbeiten bei der Dokumentation, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement und der Patientenführung und Nachsorgeorganisation an Assistenzpersonal abzutreten. Aber es gab auch eine große Zustimmung für die Übergabe bisher rein ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal, wie z.B. Blutentnahme, Zugänge legen und Verbandwechsel.

Etwa zwei Drittel der Umfrageteilnehmer glaubte, durch die Übergabe einiger Routinearbeiten auf speziell geschultes Personal im Arbeitsalltag sinnvoll entlastet werden zu können. Dagegen lehnten 27% der Befragten den Einsatz von nichtärztlichem Assistenzpersonal gänzlich ab. Diese Gruppe wurde stark vertreten durch die Assistenzärzte und Facharzt-Assistenten, die um ihre Weiterbildung fürchteten (Frage 12, Auswertung nach Dienststellung). Je höher die Dienststellung eines Umfrageteilnehmers, umso größer war die Akzeptanz der Nichtärztlichen Assistenzberufe.

Dabei kann die Überlassung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal aus juristischer Sicht auf zwei Arten geschehen. Bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten werden Tätigkeitsbereiche oder Einzelaufgaben an entsprechend geschulte nichtärztliche Mitarbeiter übergeben. Der Arzt behält jedoch stets die ärztliche und juristische Verantwortung für die sach- und fachgerechte Durchführung der delegierten Leistung, auch, wenn er im Einzelfall nicht anwesend ist.

Bei der Substitution/Übertragung wird der Arzt durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter ersetzt. Die ärztliche und juristische Verantwortung der durchgeführten Maßnahme geht vom Arzt auf den nichtärztlichen Assistenten über.[36]

Die Voraussetzung zur Substitution/Übertragung ärztlicher Leistungen wurde mit der Pflegereform 2008 verabschiedet. Im Rahmen von Modellprojekten sollte die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegepersonal erprobt werden.

Doch dieses Vorhaben stieß in der Ärzteschaft von Anfang an auf heftigen Widerstand. „Delegation ja – Substitution nein“ lautet es bis heute aus zahlreichen ärztlichen Organisationen.[68].

Noch im Februar 2012 unterzeichneten die ärztlichen Spitzenverbände auf Einladung der Bundesärztekammer eine Resolution zur Delegation. Darin

sprachen sie sich weiterhin vehement gegen die Substitution ärztlicher Leistungen aus mit der Begründung, eine Übertragung ärztlicher Leistungen und Verantwortlichkeit auf nichtärztliche Gesundheitsberufe im Sinne einer Substitution würde das Recht des Patienten auf eine Behandlung nach fachärztlichem Standard unterlaufen und zu einem Qualitätsabfall und einer Unwirtschaftlichkeit in der Versorgung führen.

Unterschrieben wurde die Resolution von den deutschen ärztlichen Spitzenverbänden, an erster Stelle von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Hartmannbund und dem Marburger Bund.[63]

Die Meinung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Umfrage unter Chirurgen vertraten sie damit aber offenbar nicht.

65% der Befragten sprachen sich sowohl für die Delegation als auch für die Substitution bei der Durchführung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch nichtärztliches Personal aus.

Dabei war nicht wesentlich die Art der Übertragbarkeit sondern die Art der Tätigkeit, die erfragt wurde. Die selbständige operative Tätigkeit wurde erwartungsgemäß von 99% der Befragten sowohl im Sinne einer Delegation als auch im Sinne einer Substitution abgelehnt. Die Tätigkeit „Blutentnahme und Zugänge legen“ lehnten aber nur 4% im Sinne einer Delegation und 6% im der Form einer Substitution ab.

Dieses Abstimmungsverhalten zeigte sich in mehreren Fragen. Schätzte man eine Tätigkeit als von nichtärztlichen Assistenten ausführbar ein, so stimmte man der medizinischen und juristischen Übergabe sowohl im Sinne einer Delegation als auch im Sinne einer Substitution zu, wobei ein etwas höherer Prozentsatz bei der Delegation lag.

Ganz eindeutig waren die Umfrageteilnehmer aber der Meinung, dass sowohl die Delegation als auch die Substitution ärztlicher Tätigkeiten möglich sei.

Die Vertreter der ärztlichen Verbände sollten darüber nachdenken, ob sie die mehrheitliche Meinung ihrer Mitglieder wirklich vertreten, wenn sie den Widerstand gegen die Substitution/Übertragung aufrecht erhalten.

In der Praxis etabliert sich die neue Berufsgruppe der nichtärztlichen chirurgischen Assistenten bereits. Fortwährend entstehen neue Ausbildungszentren. Hier plädieren die Umfrageteilnehmer für eine abgeschlossene dreijährige

Berufsausbildung oder eine berufsbegleitende Weiterbildung. Der abgeschlossene Pflegeberuf soll nach Meinung der Befragten dabei die Mindestvoraussetzung zur Aus- / Weiterbildung sein. Ein akademischer Studiengang wird ärztlicherseits für die Ausbildung aber nicht bevorzugt, weil die Sorge besteht, daß nach Erreichen eines Bachelor Grades Begehrlichkeiten – z.B. nach Leitungsaufgaben außerhalb des OP – geweckt werden und die Arztassistenten der Chirurgie nicht mehr zur Verfügung stehen. Zudem herrscht immer noch die Meinung, daß die Weiterbildung junger ärztlicher Mitarbeiter durch den Einsatz von Arztassistenten negativ beeinflusst wird.[60]

Die schon heute immer größer werdende Nachfrage spricht deutlich dafür, daß sich die neue Berufsgruppe der Arztassistenten sehr schnell durchsetzen wird. Um solchen Vorurteilen entgegenzutreten und zur Schaffung einer beruflichen Perspektive durch eine bundesweit geregelte und anerkannte Ausbildung sollten deshalb ein einheitliches Ausbildungscurriculum und eine einheitliche Berufsbezeichnung geschaffen werden.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

1. Knesebeck, O. von dem; Klein, J.; Grosse Frie, K.; Blum, K.; Siegrist, J.;  
Psychosoziale Arbeitsbelastung bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten, Ergebnisse  
einer bundesweiten Befragung, Deutsches Ärzteblatt **2010**; 107(14): A 248 - 253
2. Bauer, H.; Versorgungsengpässe in der Chirurgie,  
Der Chirurg **2007**;78(3): 259-260
3. Buxel, H.; Arbeitsplatz Krankenhaus, Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden,  
Deutsches Ärzteblatt **2009**; 106(37): A1790-1793
4. Wendt, N.; Jeder vierte Chirurg überlastet, WZ, Mittwoch, 19. Mai **2010**: Seite 4
5. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur  
Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete  
Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**,  
ISBN 978-3-00-030957-1: 35-37
6. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur  
Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete  
Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**,  
ISBN 978-3-00-030957-1: 32-34
7. Schneider, F.; DGPPN-Nachwuchskampagne: Teil 3 „Ärztemangel in Deutschland – ist  
der Arztberuf als solcher noch attraktiv?“, Der Nervenarzt **2010**, Heft 1: 114-116
8. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur  
Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete  
Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**,  
ISBN 978-3-00-030957-1: 43
9. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur  
Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete  
Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**,  
ISBN 978-3-00-030957-1: 125-126
10. Beschlüsse des 68. Bayerischen Ärztetages,  
Bayerisches Ärzteblatt **2010**, Heft 6: 298
11. Ansorg, J.; Nachwuchsmangel und Nachwuchsförderung in der Chirurgie, Eine der  
größten Herausforderungen des nächsten Jahrzehnts,  
Der Chirurg **2010**; 49 (6): 296-301
12. Kopetsch, Th.; Ärztinnen: Potenziale werden (noch) nicht genutzt,  
Deutsches Ärzteblatt **2003**; 100(14): A 891-895

13. Ansorg, J.; Krones, C.; Schröder, W.; Leschber, G.; Ochel, U.-A.;  
Auftakt zur Kampagne: Nur Mut! Kein Durchschnittsjob: ChirurgIn;  
Der Chirurg **2008**; 2:52-53
14. Ansorg, J.; Krones, C.; Schröder, W.; Nur Mut! Chirurgie zum Mitmachen,  
Der Chirurg **2009**, 3:128-130
15. Albrecht, D.; Nachwuchsmangel in der Chirurgie – Was tun?,  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mitteilungen **2010**; 39 (1):33-34
16. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur  
Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete  
Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**,  
ISBN 978-3-00-030957-1: 103
17. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur  
Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete  
Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**,  
ISBN 978-3-00-030957-1: 104
18. Karsch, M.; Interview mit Dr. Thomas Kopetsch, Ärzte werden knapp, und der  
Ärztebedarf wird sogar noch steigen, Publikation des Berlin - Instituts für Bevölkerung  
und Entwicklung, Berlin, 25.11.2009
19. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur  
Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete  
Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**,  
ISBN 978-3-00-030957-1: 110-119
20. Hoffmann, R.; Sprachprobleme bei ausländischen Ärzten, Beitrag im Fernsehmagazin  
Fakt des MDR in der ARD, Erstausstrahlung am 25.10.2011
21. Korzilius, H.; Diesseits und jenseits der Grenze herrscht Ärztemangel,  
Deutsches Ärzteblatt **2008**;105(41): A 2146
22. Flintrop, J.; Hochschulkliniken: Zu Warnstreiks aufgerufen,  
Deutsches Ärzteblatt **2006**; 103(8): A 437
23. Flintrop, J.;110. Hauptversammlung des Marburger Bundes, Nicht zum Feiern zumute,  
Deutsches Ärzteblatt **2006**;103(45): A 2985-2986
24. Flintrop, J.; Kommunale Krankenhäuser: Tarifvertrag endgültig unter Dach und Fach,  
Deutsches Ärzteblatt **2006**; 103(48): A 3216
25. Marburger Bund, „MB erreicht Tarifkompromiss – Ärztestreik an kommunalen  
Kliniken wird ausgesetzt“, Pressemitteilung vom 09.06.2010

26. FAZ 2012, Ärzte von kommunalen Kliniken rüsten für den Streik, Mittwoch, 11. Januar **2012**, Seite 9
27. Rheinische Post 2012, 2,9 Prozent Lohnplus für Ärzte – Streik abgewendet, Donnerstag 19. Januar **2012**, Titelseite
28. Schweiger H., Medizinischer Assistent/-in Gefäßassistent/-in, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen **2005**; Heft 4, 345-347
29. Hibbeler, B.; Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt, Deutsches Ärzteblatt **2011**; 108(41): A2138-2144
30. Flintrop, J.; Parallelnarkosen: Helios entschärft umstrittenes Konzept, Deutsches Ärzteblatt **2007**; 104(11), A 694-695
31. Carter, R.; Strand, J.; Physician Assistants, A Young Profession Celebrates the 35<sup>th</sup> Anniversary of Its Birth in North Carolina, North Carolina Medical Journal, September/October **2000**, Volume 61, Number 5: 249-256
32. Grundmann, R.; Chirurgisch-Technische Assistenten und andere nichtärztliche Gesundheitsfachberufe, Chirurgische Allgemeine Zeitung für Klinik und Praxis **2011**, 12. Jahrgang, 4. Heft: 241-246
33. Wienke, A.; Janke, K.; Nicht-ärztliche Assistenzberufe mit originär ärztlichen Tätigkeiten, Hessisches Ärzteblatt **2007**, Heft 1: 33-35
34. Medical school academia chirurgica GmbH, Düsseldorf, Ausbildungsplan CTA **2012**
35. Blum, K.; Grohmann, J.; Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen  
Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Publikation des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. Düsseldorf, Dezember **2009**: 110-113
36. Blum, K.; Grohmann, J.; Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen  
Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Publikation des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. Düsseldorf, Dezember **2009**: 115-121
37. Duale Hochschule Baden-Württemberg Karlsruhe, Informationsflyer zum Studiengang Arztassistent ( Physician Assistant ) **2011**
38. Mathias Hochschule Rheine, Informationsflyer zum Bachelor Studiengang Medizinassistenz, B.Sc., Physician Assistant **2011**
39. Häser, I.; Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal – Was macht eine Tätigkeit „delegationsfähig“?, Klinikarzt **2008**, 37: 222-223

40. Flintrop, J.; Merten, M.; Gerst, Th.; Delegation ärztlicher Leistung: Mangel macht vieles möglich, Deutsches Ärzteblatt **2008**; 105 (19): A 979-980
41. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung, Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten **2007**, BT-DS 16/6339, Kapitel 2
42. Wienke, A.; Bundesrat lehnt Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal ab, HNO-Mitteilungen **2008**; 58 (1): 10
43. Wienke, A.; Bundesrat stimmt der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal zu – Pflegereform verabschiedet, MedReport Nr. 16, 32. Jahrgang, Mai **2008**: 3
44. Encke, A.; Ausübung der Heilkunde muss in ärztlicher Hand und Verantwortung bleiben, Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Pressemitteilung der AWMF, Berlin **2008**
45. Bergmann, K.O.; Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Personal, Medizinrecht, Heft 1/**2009**, 1-30
46. Münch, F.; Bretzger, J.; Herzchirurgie Erlangen-Nürnberg, Zeitschrift Kardiotechnik **2003**, 2, 88 – 89
47. Gerst,Th.; Hibbeler, B.; Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus: Hilfe oder Konkurrenz?, Deutsches Ärzteblatt **2010**; 107 (13): A 596- A-560
48. Deter, G.; Aktueller Begriff Ärztemangel in Deutschland?, Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags, Nr. 68/10, Berlin September **2010**
49. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahrentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**, ISBN 978-3-00-030957-1: 35-37: 79
50. Bundesärztekammer, Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist, Veröffentlichung der Bundesärztekammer Abteilung Statistik, Berlin **2009**
51. Haas, T.; Nachwuchsmangel in der Chirurgie: ein Problem, das man beheben sollte Stellungnahme einer Studierenden mit dem Berufswunsch Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mitteilungen; 3/**2010**: 237-238
52. Rabbata, S.; Mehr Zeit für die Familie gewünscht, Deutsches Ärzteblatt **2009**; (106)10: A 437

53. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztlkammer und Kassenärztlche Bundesvereinigung, Berlin **2010**, ISBN 978-3-00-030957-1: 32-34: 110-119
54. Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztltages vom 23.-26. Mai **2006**, Punkt I, 4, S.7  
Beschlussprotokoll des 110. Deutschen Ärztltages vom 15.-18.Mai **2007**, Punkt I, 4, S.8  
Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztltages vom 19-22. Mai **2009**, Punkt I, 7, S.18  
Alle Beschlussprotokolle Veröffentlichungen der Bundesärztlkammer, Berlin **2006, 2007 und 2009**
55. Kopetsch, Th., Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztlkammer und Kassenärztlche Bundesvereinigung, Berlin **2010**, ISBN 978-3-00-030957-1: 32-34: 13
56. Marburger Bund, Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., Delegation ärztlcher Leistungen im Krankenhaus – Die Position des Marburger Bundes-, Positionspapier und Presseerklärung, Berlin **2009**: 5
57. Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztltages vom 20. - 23. Mai 2008 in Ulm, III 3., Delegation ja – Substitution nein, Veröffentlichung der Bundesärztlkammer, Berlin **2008**: 28
58. Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztltages vom 20. - 23. Mai 2008 in Ulm, III 9., Delegation ärztlcher Leistungen im stationären Bereich, Veröffentlichung der Bundesärztlkammer, Berlin **2008**: 32
59. Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztltages vom 20. - 23. Mai 2008 in Ulm, III 15., Substitution und Delegation ärztlcher Leistungen, Veröffentlichung der Bundesärztlkammer, Berlin **2008**: 36
60. Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztltages vom 20. - 23. Mai 2008 in Ulm, III 17., Nichtärztlche OP – Assistenten, Veröffentlichung der Bundesärztlkammer, Berlin **2008**: 38
61. Gerst, Th.; Delegierbare Leistungen: Bundesärztlkammer will an Katalog beteiligt werden, Deutsches Ärztlblatt **2011**; 108(41): A 2122
62. Osterloh, F.; Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten: Substitution vs. Delegation, Deutsches Ärztlblatt **2011**; 108(43): A 2264

63. Ärztliche Spitzenverbände, Resolution zur Delegation, Veröffentlichung der Bundesärztekammer, Berlin **2012**
64. Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3.-6 Mai 2005 in Berlin, VII 3., Ablehnung von nichtärztlichen Operations- und Anästhesieassistenten, Veröffentlichung der Bundesärztekammer, Berlin **2005**: 38
65. Diegeler, A.; Debong, B.; Hacker, R.; Warnecke, H.; Nichtärztliche Chirurgieassistenten, Bessere Qualität durch mehr Routine, Deutsches Ärzteblatt **2006**; 103(26): A 1802-1804
66. Ulrich, B.; OTA, O-ATA, CTA – Ein neues akademisches Berufsbild neben dem Chirurgen?, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Mitteilungen 2/**2005**: 151-153
67. Bonk, A.; Sturm, J.; Heller, K.D.; Siebert, H.; Ludwig, E.; Hoffmann, R.; Physician Assistant – Schwerpunkt Orthopädie/Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Mitteilungen **2010**, Vol.32, Heft 61, 57-58
68. Windhorst, Th.; Delegation ja – Substitution nein, Rheinisches Ärzteblatt 7/**2008**: 14
69. Blum, K.; Grohmann, J.; Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen, Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Publikation des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., Düsseldorf, Dezember **2009**: 103 und 120
70. Kaiserswerther Diakonie, Ausbildungszentrum für operative Fachberufe, Informationsflyer Operationstechnische Assistenz/Chirurgisch-Technische Assistenz, Düsseldorf **2012**
71. KMG Klinikum Güstrow GmbH, Schule für Operationstechnische Assistenten, Güstrow, Informationsflyer Chirurgisch Technische/r Assistent/in (CTA), Güstrow **2012**
72. KMG Bildungsakademie gGmbH, Institut für Fort- und Weiterbildung, Bad Wilsnack, Informationsflyer Chirurgisch Technische/r Assistent/in (CTA), Bad Wilsnack **2012**
73. Kliniken Landkreis Biberach GmbH, Informationsflyer Weiterbildung zum Chirurgisch – Technischen – Assistent (m/w), Biberach **2012**
74. Klinikum Nürnberg, Klinikum Zeitung **2009**, Ausgabe 4
75. Evangelische Stiftung Volmarstein, Informationsflyer Weiterbildung Pflegekräfte, Wetter **2012**
76. Niels-Stensen-Kliniken, Bildungszentrum St. Hildegard, Informationsflyer Chirurgie – Assistentin/en, Osnabrück **2012**

77. Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde, Informationsflyer Chirurgische Assistenz, Bad Rothenfelde **2012**
78. Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen Gütersloh GmbH, Informationsflyer Weiterbildung zum/ zur Chirurgie-AssistentIn, Gütersloh **2010**
79. Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen Gütersloh GmbH, Programmheft, Gütersloh **2012**: 29
80. Christophorus Kliniken Coesfeld, Weiterbildungsstätte für den Operationsdienst, Informationsflyer Weiterqualifikation zum Chirurgie – Assistenten, Coesfeld **2012**
81. Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Wiesbaden, Informationsflyer Chirurgische/-r Operationsassistent/-in (COA), Wiesbaden **2012**
82. Bollhöfener, Th.; 2011, Die Aufgaben der Chirurgie-Assistenten im Mathilden Hospital Herford. Online in Internet:<http://www.chirurgie-assistenten.de/berufsbild/21> (Stand 06.05.2012), Bad Rothenfelde **2011**
83. Beschlussprotokoll des 109. Deutschen Ärztetages vom 23.-26. Mai 2006 in Magdeburg, I 4, Deprofessionalisierung und Fremdbestimmung, Veröffentlichung der Bundesärztekammer, Berlin **2006**
84. Gerst, Th.; Delegation ärztlicher Leistungen: Spitzenverbände formulieren Kernforderungen, Deutsches Ärzteblatt **2012**; 109(9): A-396
85. Gerst, Th.; Medizinische Fachberufe: Langer Weg zum Miteinander, Deutsches Ärzteblatt **2011**; 108(13): A-677
86. Blum, K.; Nichtärztliche Chirurgieassistenz, Ein neuer Assistenzberuf etabliert sich, Deutsches Ärzteblatt **2010**; 107(11): A494-496
87. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**, ISBN 978-3-00-030957-1: 78
88. Kopetsch, Th.; Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin **2010**, ISBN 978-3-00-030957-1: 35-37: 134
89. Blum, K.; Grohmann, J.; Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen, Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Publikation des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., Düsseldorf, Dezember **2009**: 101 – 112

## **Danksagung**

Mein herzlicher Dank gilt zu allererst Herrn Prof. Dr. Bernward Ulrich für die Anregung und Formulierung dieses interessanten Themas, für das entgegengebrachte Vertrauen, für die motivierende Unterstützung sowie die intensive und kontinuierliche Betreuung während der gesamten Zeit der Anfertigung dieser Arbeit als auch für die zeitnahe Durchsicht des Manuskripts.

Besonders danke ich Herrn Dr. med. Jörg Ansorg, Geschäftsführer des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V., für die umfangreiche Unterstützung bei der Durchführung der Umfrage unter den Mitgliedern des BDC.

Meiner Familie, insbesondere meinem Mann und meinen fünf Kindern, danke ich für die Hilfeleistungen in den letzten Jahren, vor allem im Umgang mit der modernen Computertechnik.

**Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und dass die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Susanne Fischer)