

GESUNDHEIT braucht POLITIK

Zeitschrift für eine soziale Medizin

verein
demokratischer
ärzt*innen

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS WESEN

Nr. 1/2024



NEUE ARBEITSTEILUNG UND KOOPERATION

INHALT

5

»Worauf du dich freuen kannst...« Zu Arbeitsteilung und beruflicher Entwicklung

Gerd Dielmann

12

Wer darf behandeln?

Bernhard Winter

13

Gleichberechtigte Kooperation. Über multiprofessionelles Arbeiten und die Aufwertung nicht-ärztlicher Professionen.

Michael Janßen

16

Interprofessionelle Innovation. Die Hallesche Interprofessionelle Ausbildungsstation

Elisabeth Schmidt, Mandy Siemß, Johannes Klose

19

Approbationsordnung 2.0. Neues aus dem Medizinstudium

Julius Poppel

23

Ein politischer Fehler. Zur Einführung von Physician Assistants

Julian Veelken

26

Nachgefragt. Kurzinterviews mit Physician Assistants

Henriette, Johanna, René, Benthe

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää* und des Solidarischen Gesundheitswesens e.V. ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Die vier Hefte pro Jahr widmen sich jeweils einem gesundheitspolitischen Schwerpunktthema und finden mittlerweile weit über den Verein hinaus Gehör. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Student*in für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Es gibt auch die Möglichkeit eines digitalen Abonnements: Für 26 Euro bekommen Sie zum Ende des Quartals die pdf-Datei des kompletten Hefts.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle des vdää*: info@vdaee.de

30

Das Können ist des
Dürfens Maß. Interview mit
einem Notfallsanitäter

Uwe Ammoneit

34

Kampf gegen Rechts. Es wird
nicht einfacher

**Colette Gras und Karen
Spannenkrebs**

37

Krieg ist keine Lösung. vdää*
zur Militarisierung von Gesell-
schaft und Gesundheitswesen

vdää*-Pressemitteilung

38

Blick nach England. Andau-
ernde Streiks im National
Health Service

Jonas Röhricht

Der **vdää*** ist ein Berufsverband, der sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung einsetzt. Der Verein **Solidarisches Gesundheitswesen e.V.** fördert mit politischer Bildung die Solidarität im Gesundheitswesen und ist als gemeinnützig anerkannt. Beide Vereine nehmen Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützen den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« wird seit 2024 von beiden Vereinen gemeinsam herausgegeben; sie erscheint viermal jährlich. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Position der Herausgeber wieder.

Falls Sie weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an info@vdaee.de oder solid.g-wesen@posteo.de.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Isabelle Horster, Thomas Kunkel, Babsi Morin, Julius Poppel, Nadja Rakowitz, Jonas Röhricht, Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 1/2024

ISSN 2194-0258

Preis: 5 Euro

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärzt*innen und vom Verein Solidarisches Gesundheitswesen e.V.

V.i.S.d.P. Felix Ahls, Thomas Kunkel, Karen Spannenkrebs, Bernhard Winter

Bildnachweise

Die Bilder in dieser Ausgabe sind eigene Designs basierend auf Fotos aus der Datenbank von Canva Pro.

Geschäftstelle des vdää*

Kantstraße 10, 63477 Maintal

Telefon 0 61 81 – 43 23 48

Mobil 01 72 – 1 85 80 23

Email info@vdaee.de

Internet www.vdaee.de/

Bankverbindung: Triodos Bank

IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03

BIC: TRODEF1XXX

Zeitschrift

Layout/Satz Birgit Letsch

Druck Hoehl-Druck

EDITORIAL

Liebe Leser*innen,

in dieser Ausgabe beschäftigen wir uns im Schwerpunkt mit (neuer) Arbeitsteilung und Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Im Vergleich zu vielen anderen Ländern ist die Arbeitsteilung in Deutschland hierarchisch sehr dominiert von den Ärzt*innen. Auch durch den Heilkundevorbehalt, den sie sich Jahrzehnte lang nur mit den Heilpraktiker*innen geteilt haben, hat sich ein Gesundheitswesen herausgebildet, das sehr stark auf Ärzt*innen bzw. die ärztliche Versorgung fokussiert ist. Hinzu kommt, dass insbesondere durch das Kassenarztrecht von 1955 wesentliche Teile des Gesundheitswesens um die wirtschaftlichen Interessen der Ärzt*innen herum organisiert wurden und immer noch werden. Diese Monopolstellung hat tiefe Spuren in der Ärzt*innenschaft, aber auch im Gesundheitswesen und bei den Beschäftigten in den anderen Berufsgruppen hinterlassen.

Das Anliegen des vdää* und überhaupt der kritischen Medizin war von jeher, dieses Monopol zugunsten von gleichberechtigter Kooperation der Gesundheitsprofessionellen aufzubrechen und die Arbeitsteilung entlang der Bedarfe der Versorgung und der Bedürfnisse der Patient*innen neu zu organisieren. Ein dickes Brett, das wir da bohren wollen! Allerdings waren die Zeiten dafür nie so günstig wie jetzt, denn die verkrusteten Strukturen, die mit diesem Monopol einhergehen, sind inzwischen so ein Hemmschuh für die Versorgungsstruktur, dass auch von Seiten der Politik viel Offenheit für innovative und fortschrittliche Projekte und Modellvorhaben besteht. In diesem Zuge wurde auch der Heilkundevorbehalt bereits an manchen Stellen aufgeweicht.

Gleichzeitig erleben wir auch einen Angriff auf die Strukturen von anderer Seite: Unter dem Druck von Privatisierung und Kosteneinsparung wird auf allen Ebenen versucht, Lohnkosten zu drücken. Vor diesem Hintergrund werden Tätigkeiten von besser bezahlten (und besser qualifizierten) Beschäftigten auf schlechter bezahlte abgewälzt und Prozesse im Versorgungsgeschehen tayloristisch wie in der Autofabrik aufgespaltet, in kleinere und damit effektiver abzuarbeitende Einheiten gefasst und mit neuen Namen und Nimbus versehen. Nicht immer kommt dabei nur Schlechtes heraus. Dies, obwohl die Zielvorgaben ökonomisch definiert sind und sich nicht an einer bedarfsgerechten Versorgung orientieren.

Will man diese Entwicklung – grade aus ärztlicher und damit strukturell monopolistischer – Position heraus – kritisieren, ist

der Grat schmal, auf den man sich begibt. Die meisten Positionierungen der organisierten Ärzteschaft rutschen dabei ab und fallen in alten Standesdünkel und Verteidigung von eigenen Pfründen zurück. Das ist nicht unser Anliegen. Auch wir haben Kritik an dieser Entwicklung, aber mit der Perspektive auf eine gleichberechtigte Kooperation mit unseren Kolleg*innen aus anderen Berufen im Gesundheitswesen. Ob uns diese Gratwanderung mit diesem Heft gelungen ist, müsst Ihr, liebe Leser*innen entscheiden. Wir wollen uns Eurer Kritik (und natürlich auch Eurem Lob) in einem neuen Format stellen, das wir hier bereits ankündigen: Wir werden eine Online-Veranstaltung zum Heft-Release anbieten, bei der wir das Heft mit Autor*innen vorstellen und mit Euch diskutieren wollen. Der Termin wird in Kürze auf der – schönen neuen – Homepage stehen.

Kooperation mit dem Verein Solidarisches Gesundheitswesen

Wir haben mit der Kooperationsidee schon mal praktisch angefangen und geben ab dieser Ausgabe die Zeitschrift zusammen mit unserem Schwesterverein Solidarisches Gesundheitswesen (<https://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>) heraus. Unsere Zielsetzungen sind identisch, nur die Form, in der wir arbeiten und das Terrain, auf dem wir uns bewegen, unterscheiden sich bisweilen, aber ergänzen sich optimal. Das Solidarische Gesundheitswesen ist ein gemeinnütziger Verein, der politische Bildungsarbeit in Form von Publikationen und Veranstaltungen leistet. Viele interessante Broschüren, etwa die Kitteltaschenbroschüre fürs Krankenhaus, die in Kooperation mit den Kritis in Berlin entstanden ist, eine Broschüre zur medizinischen Versorgung in Haft und viele Publikationen zur Ökonomisierung im Krankenhaus könnt ihr auf der Webseite finden.

Diese Arbeit kostet Geld, genauso wie die Redaktion, das Layout und der Druck dieser Zeitschrift. Wer kann, ist deshalb aufgerufen, an das Solidarische Gesundheitswesen zu spenden. Um besser planen zu können und langfristige und kontinuierliche Arbeit zu leisten, freuen wir uns besonders über **regelmäßige Spenden**.

SOLIDARISCHES
GESUNDHEITS
WESEN



Politische Bildungsarbeit kostet Geld!

Eure Spende für ein solidarisches Gesundheitswesen

IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

 SOLID.G-WESEN@POSTEO.DE

 [HTTPS://WWW.SOLIDARISCHES-GESUNDHEITSWESEN.DE/](https://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/)

»Worauf du dich freuen kannst ...«

Gerd Dielmann zu Arbeitsteilung und beruflicher Entwicklung

Der seit Jahren bestehende Kostendruck in den Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der regionale und fachbezogene Personal-mangel nicht nur im ärztlichen Dienst und in den Funktionsdiensten hatten erhebliche Umstrukturierungen in der Arbeitsorganisation und den Arbeitsabläufen in den Krankenhäusern zur Folge¹. Outsourcing und Privatisierung von Teilbereichen betrafen vor allem die Wirtschaftsdienste. Insbesondere der Pflegedienst war von einem dramatischen Stellenabbau betroffen. Leiharbeit wurde zum Lückenstopfer.

Erst in jüngerer Zeit konnte durch Ausgliederung der Pflege am Bett aus den Diagnosis Related Groups (DRG) und deren Finanzierung über Selbstkostendeckung das Stellenniveau von 1995 wieder erreicht werden, auch indem zum Pflegedienst zählendes Personal andere Berufsgruppen umfassen kann (siehe nebenstehende Grafik).

Während der Pflegedienst um 50.000 Stellen und die medizinisch-technischen Dienste deutlichen Stellenabbau verzeichneten, erfreuten sich der ärztliche Dienst und die Funktionsdienste kontinuierlicher Wachstumsraten.

Der anhaltende Kostendruck lässt das Krankenhausmanagement nach weiteren Rationalisierungsmöglichkeiten Ausschau halten. Dabei gerät zunehmend die Arbeitsorganisation in den Fokus. Hier lassen sich drei Aktionsfelder unterscheiden:

1. die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegepersonal (auch auf MTA und MFA)
2. die Schaffung neuer Assistenzberufe (ATA, CTA, OTA, Physician Assistants) oder Zusatzausbildungen, wie Stroke Nurse, Pain Nurse, Breast Nurse u.a.m.
3. die Übertragung pflegerischer und pflegenaher Tätigkeiten auf Pflege-assistenz- und Servicepersonal und aktuelle Entwicklungen

1. Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Eine der Maßnahmen war die verstärkte Delegation ärztlicher Tätigkeiten an pflegerisches und anderes Personal. Dabei ging es u.a. um venöse Blutentnahmen, Injektionen, intravenöse Applikation von Zytostatika, Assistenz bei operativen Eingriffen, Wund- und Schmerzmanagement u.a.m.² Auf Grund des Heilkundevorbehalts und der vergleichsweise restriktiven Rechtsprechung, etwa zum Facharztstandard, ist die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Bedingungen geknüpft, die dieser Möglichkeit, Personalkosten einzusparen,

1 Dielmann, Gerd: Fabrik Krankenhaus – Neuorganisation der Arbeitsteilung in Kliniken. In: Gesundheit braucht Politik. Nr. 3/2014, 29. Jahrgang, S. 4 – 6, Frankfurt/Main, Oktober 2014

2 Deutsches Krankenhausinstitut – DKI [Hrsg.] (2008). Offermanns, M. u.a.: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Düsseldorf 2008

Gerd Dielmann ist Krankenpfleger, Berufspädagoge und Gewerkschaftssekretär i.R. Er war zuvor in der ver.di-Bundesverwaltung u.a. zuständig für die Gesundheitsberufe.



Grenzen setzt. Das Heilpraktikergesetz von 1939 (!), zum Schutze der Volksgesundheit vor Badern und Scharlatanen geschaffen, gilt in seinen Kerninhalten immer noch in einer »bereinigten Fassung«.³ Darin heißt es in § 1 Abs. 1: »Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis. Abs. (2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede beruf- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.« (§ 1 HeilPraktG). Diese sehr weite Definition von Heilkunde macht es anderen als »bestellten Ärzten« nahezu unmöglich, heilkundlich tätig zu werden.

Die Entwicklung weiterer Heilberufe und die Notwendigkeit in der Gesundheitsversorgung zunehmend enger, aber auch arbeitsteilig zusammen zu arbeiten, führte bei fortbestehendem Arztvorbehalt dazu, dass heilkundliche Tätigkeiten unter bestimmten Bedingungen als delegierbar erachtet wurden. Da es dazu nach wie vor keine gesetzliche Regelung gibt, blieb es der Rechtsprechung vorbehalten eine Eingrenzung vorzunehmen⁴ und Grundsätze für das Delegationsverfahren aufzustellen.

3 »Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) geändert worden ist«, <https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/HeilprG.pdf> (15.03.2024)

4 u.a. VG Trier 18.08.2010, 5 K 221/10.TR (<https://openjur.de/u/2220304.html>), 15.03.2024

»Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht ärztliches Personal ist rechtlich nur zulässig, wenn der Patient in diese Maßnahme einwilligt, die Art des Eingriffs das persönliche Handeln des Arztes nicht erfordert, der Arzt die Maßnahme anordnet, der ausführende nicht ärztliche Mitarbeiter zur Durchführung der Anordnung befähigt ist und er zur Ausführung der ärztlichen Tätigkeit bereit ist.«⁵

In dem geurteilten Fall hatte sich ein OP-Pfleger geweigert, im Rahmen einer Operation Tätigkeiten eines Assistenzarztes zu übernehmen, wie Sekret absaugen, Gefäße zu koagulieren, Haken zu halten und Fäden abzuschneiden. Er erachtete diese Aufgaben als berufsfremd. Das Gericht gestand ihm ein Verweigerungsrecht zu.

Angesichts der nachfolgend (unter 2.) beschriebenen Entwicklungen dürfte das Problem derzeit eher darin bestehen, aus Gründen der Behandlungsqualität über-eifriges Chirurgieassistentenpersonal an der eifertigen Übernahme von Tätigkeiten, für die es nicht hinreichend qualifiziert ist, zu hindern. Delegieren ist unter den genannten Bedingungen möglich, wobei der Arzt/die Ärztin sich von der Befähigung der Person, an die delegiert wird, persönlich zu überzeugen hat. Die selbständige Heilkundeausübung bleibt jedoch den anderen als ärztlichen Heilberufen mit Ausnahme der psychotherapeutischen Berufe im Hinblick auf die Ausübung der Psychotherapie (§ 1 Abs. 1 PsychThG) untersagt.

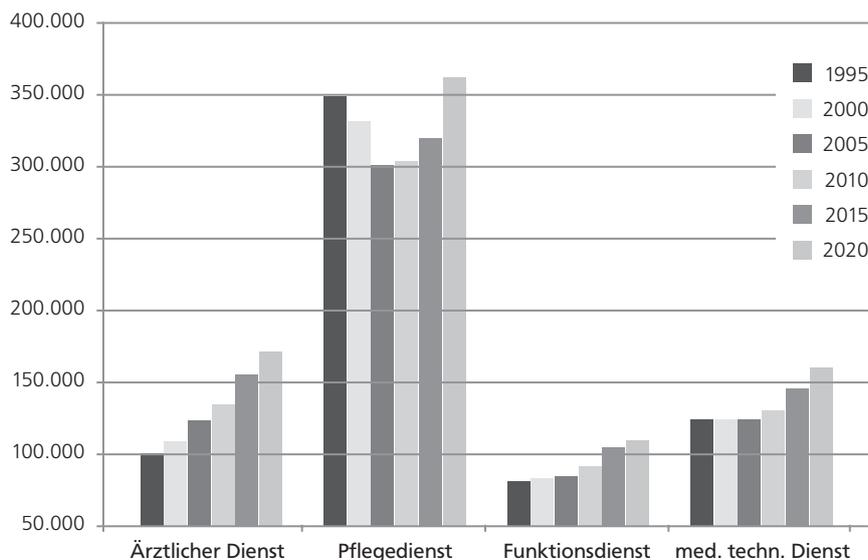
Erste Ansätze, die selbständige Ausübung der Heilkunde auch den Pflegeberufen zu ermöglichen, fanden sich durch Ergänzung der Berufsgesetze der Pflegeberufe um Modellversuchsklauseln zum Erwerb erweiterter Kompetenzen (vgl. Dielmann 2008, G-BA 2011). Um welche Kompetenzen es sich handeln darf, wurde – heiß umkämpft – vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* festgelegt.⁶ Dazu wurden die Berufsgesetze der Pflegeberufe dahingehend geändert, dass die Ausübung der Heilkunde im Rahmen dieser – eng definierten – »erweiterten Kompetenzen« erlaubt wurde (§ 1 Abs 1 S. 2 KrPflG). Diese Öffnung ist mit dem Pflegeberufegesetz auf wundersame Weise und ohne Begründung wieder verlorengegangen, Die Modellklauseln wurden aber beibehalten (§ 14 PflBG).

Zunächst waren die Modellversuche zur Qualifizierung für die selbständige Heilkundeausübung an das Vorliegen von Modellvorhaben zu neuen Versorgungsformen nach § 63 Abs. 3c SGB V gekoppelt. Da sich die Krankenkassen und ihre Verbände aber nicht auf solche Modellversuche einigen konnten, unterblieb auch die Erprobung der Heilkundeausübung durch die Pflegeberufe. Mit dem Pflegeberufereformgesetz (2017) wurden die Krankenkassen angehalten, solche Modellvorhaben bis

5 ArbG Koblenz, Urt. v. 24.8.1993 – 3 Ca 713/93, Rn. 8 (WKRS 1993, 10737)

6 »Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufstätige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGBV« vom 22.3.2012 (<https://www.g-ba.de/richtlinien/77/>) 15.03.2024

Krankenhauspersonal 1995 – 2020 (Vollkräfte)



Grunddaten der Krankenhäuser (Fachserie 12 Reihe 6.1.1), Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

31.12.2020 zu vereinbaren oder durchzuführen. Mit Gesetz vom 12.11.2022 wurden sie schließlich verpflichtet, in jedem Bundesland ein Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung auf den Weg zu bringen.⁷ Nachdem der GB-A sich geweigert hatte, die für die Kompetenzentwicklung notwendigen Qualifizierungsmodule mangels eigener berufspädagogischer Kompetenz zu entwickeln, wurde diese Aufgabe der im Pflegeberufgesetz vorgesehenen Fachkommission übertragen. Die Kompetenzen waren zunächst eng begrenzt auf fünf Diagnosen (Diabetes, Demenz, chronische Wunden, Hypertonie, Schmerzen), inzwischen wurden sie auf Pflege und Therapie von Patienten/Patientinnen mit Tracheostoma und Atembeeinträchtigungen erweitert.⁸

Ähnlich umkämpft war die selbständige Ausübung der Heilkunde durch Notfallsanitäter/-innen. Lediglich als Ausbildungsziel formuliert, sollte das »Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten auch invasiven Maßnahmen ...« mit dem Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes enden.⁹ Als könne man eine zu vermittelnde Qualifikation davon abhängig machen ob jemand kommt oder nicht. Erst mit dem MTA-Reformgesetz vom 24.02.2021 wurde in das NotSanG die »Eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen« aufgenommen (§ 2a NotSanG). Um welche Maßnahmen es sich handeln kann und wie sie angewendet werden, ist

aber weiterhin streng reglementiert und wird durch die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst nach landesrechtlichen Vorgaben überwacht.

Anstatt das Heilpraktikergesetz zu ändern, soll offenbar der mühsame Weg beschritten werden, in jedem Berufszulassungsgesetz der »anderen Heilberufe«, soweit erforderlich, die Heilkundeausübung ausdrücklich zu erlauben. Als nächstes steht eine Novellierung des Physiotherapeutengesetzes auf der Tagesordnung, in dem es dann neben Heilkundeausübung auch um Hochschulausbildung und Direktzugang in der Versorgung, also ohne ärztliche Verordnung, gehen wird (Referentenentwurf Physiotherapieberufereformgesetz).

Während der COVID-19-Pandemie wurde für die Zeit des Vorliegens »einer epidemischen Lage von Nationaler Tragweite« der strikte Arztvorbehalt gelockert, indem Notfallsanitätern/Notfallsanitäterinnen und Pflegefachpersonen die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gestattet wird, wenn

- »1. die Person auf der Grundlage der in der jeweiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, die jeweils erforderliche Maßnahme eigenverantwortlich durchzuführen und
2. der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht zwingend erfordert, die jeweils erforderliche Maßnahme aber eine ärztliche Beteiligung voraussetzen würde, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist.« (§ 5a Abs. 1 Infektionsschutzgesetz).

7 Dielmann, Gerd: Pflegeberufgesetz. Kommentar 2. Aufl., § 14 PflBG, Rn. 1-7a, Mabuse Verlag 2022

8 Fachkommission nach § 53 Pflegeberufgesetz: Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. o.O. 2022 (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717>), 15.03.2024

9 Dielmann, Gerd/Malottke, Annette: Notfallsanitätergesetz – Kommentar, § 4 NotSanG Rn. 11-13, Mabuse Verlag 2017

Aktuell gibt es Überlegungen im Bundesgesundheitsministerium, in Modellversuchen qualifizierten Pflegefachpersonen »erweiterte Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung« zu übertragen. Gedacht ist dabei an die vom G-BA definierten Diagnosen zu Demenz, Diabetes und Wundversorgung (Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz, 18.12.2023). In dem geplanten »Pflegekompetenzgesetz« soll auch das Berufsbild »Advanced Practice Nurse (APN)« etabliert und zur »eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde befähigt« werden (ebenda).

2. Neue Berufsbilder und Zusatzqualifikationen

Das Berufsprinzip ist eine der tragenden Säulen des deutschen Wirtschaftssystems. Die Tatsache, dass sich Berufsqualifikationen überwiegend in Berufen manifestieren, die durch staatlich geregelte Ausbildungsordnungen oder durch Weiterbildungsabschlüsse und nicht durch »training on the job« vermittelt werden, gilt als eine der Stärken hiesiger Ökonomie. Das gilt insbesondere für die Heilberufe, die darüber hinaus einer spezifischen Zulassung bedürfen.

Das deutsche Berufsbildungssystem basiert auf drei Säulen, den ca. 320 staatlich anerkannten Ausbildungsberufen auf Grundlage des *Berufsbildungsgesetzes (BBiG)*, schulischen Berufsausbildungen nach Landesrecht und den »anderen als ärztlichen Heilberufen«, die nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 (Grundgesetz) auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelt sind.¹⁰

Die Berufe der medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten zählen zu den von Frauen am häufigsten gewählten Ausbildungsberufen nach BBiG. Nach Landesrecht geregelt sind die Ausbildungen der Erzieher/Erzieherinnen und in der Heilpädagogik sowie die zahllosen variantenreichen Pflegehelfer/-innen- und Pflegeassistentenausbildungen. Es gibt zur Zeit 18 auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelte Heilberufe, die nicht regelhaft an Hochschulen, sondern an so genannten »Schulen des Gesundheitswesens« ausgebildet werden. Darunter zählen u.a. die Pflegeberufe, die medizinisch-technischen und die Therapieberufe.¹¹

Besonders in chirurgischen Fachgebieten, aber nicht nur dort, werden neue Berufe gebastelt. Bekannteste Beispiele sind die Anästhesietechnischen und Operationstechnischen Assistenten/-innen, die sich bereits etabliert haben und seit 2019 mit Ausbildungsbeginn 01.01.2022 gesetzlich geregelt sind. Die auf Grundlage von DKG-Richtlinien begonnenen Ausbildungen, wer-

Einige Beispiele für staatlich nicht geregelte Aus- oder Weiterbildungen:

Anästhesietechn. Assistent/in (ATA)
Operationstechn. Assistent/-in (OTA)
Chirurgisch-techn. Assistent/-in (CTA)
Chirurgieassistent/-in, Chirurgische/r
Operationsassistent/in (COA)
Gefäßassistent/-in,
Endovaskuläre Assistent/-in
Phlebotomist/-in
Pain Nurse, Research Nurse,
Stroke Nurse Case-Manager/-in,
Case-Mix Performer
Dementenbetreuer/-in
Diabetesberaterin

An Hochschulen ausgebildet:

Physician Assistants (PA) /
Cardiology Assistance (CA)/
Intensive Care Practitioner (ICP),
Family Health Nurse (FHN),
Advanced Nursing Practice (ANP)

den auf dieser Grundlage zu Ende geführt und nachträglich anerkannt.

Die Problematik ungeregelter Berufsausbildungen wird nachfolgend an einigen Beispielen erläutert.

Die OTA-Ausbildung war Anfang der 1990er Jahre an einzelnen Krankenhäusern nach hauseigenem Konzept vor dem Hintergrund offensichtlichen Mangels an Pflegepersonal insbesondere im OP eingeführt worden. Ihr folgte die ATA-Ausbildung, für die beide dann in sogenannten Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)¹² immerhin bundeseinheitliche Vorgaben entwickelt wurden. Die DKG regelte die »Anerkennung« von Schulen und überwachte die Prüfungsverfahren.

Diese von Arbeitgeberseite selbst erfundenen Berufe haben den Vorzug, dass sie schneller ausgebildet und auf ein spezielles, oft sehr enges Tätigkeitsfeld zugeschnitten und schlechter bezahlt werden können, bis eine tarifvertragliche Regelung erfolgt. Während die weitergebildete OP-Pflegefachkraft einer mindestens fünfjährigen Aus- und Weiterbildung bedurfte, genügte hier eine dreijährige Ausbildung an hauseigenen Schulen mit selbst festgelegten Ausstattungs- und Qualifizierungsmerkmalen der Lehrkräfte. Das Tätigkeitsfeld ist weitgehend auf den OP und die Notfallambulanz beschränkt. Im Unterschied zu OP-Pflegepersonal scheiden andere pflegebezogene Einsatzbereiche aus.

10 Vgl. hierzu: Dielmann, Gerd: Die Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem – ein Überblick. In: Denk-doch-Mal.de. Das online-Magazin, Ausgabe 01-21 (April 2021). (<http://denk-doch-mal.de/wp/gerd-dielmann-die-gesundheitsberufe-im-berufsbildungssystem-ein-ueberblick/>), 15.03.2024

11 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>

12 DKG-Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten, Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 17. September 2013, o.A.

Da nicht staatlich anerkannt, erfolgte auch keine Refinanzierung der Ausbildungskosten nach dem *Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)*, wie bei den meisten anderen Heilberufen. Die Ausbildungen mussten aus dem Personalbudget der Krankenhäuser bezahlt werden, was offenbar kein Hinderungsgrund war. Die Ausbildungsstatistik des Statistischen Bundesamtes wies zuletzt für das Schuljahr 2020/21 genau 2.139 Ausbildungsplätze für OTA nach.¹³ Neben den DKG-Empfehlungen existierten drei landesrechtlich geregelte Ausbildungen mit unterschiedlichen Bezeichnungen und Ausbildungsformaten.

Durch Rechtsprechung wurde bereits 2007 entschieden, dass auf die OTA-Ausbildung die Vorschriften des Berufsbildungsgesetzes anzuwenden sind.¹⁴ Das sichert zumindest für die praktischen Ausbildungsteile ein Minimum an Rechtssicherheit und Ausbildungsqualität.¹⁵

Chirurgisch-technischer Assistent/ Chirurgisch-technische Assistentin

Das gilt auch für die weiterhin unregelmäßige Ausbildung in Chirurgisch-technischer Assistenz (CTA), deren »Erfindung« stolz von der Kaiserswerther Diakonie vermeldet wird.¹⁶ Pate stand hier nicht die DKG sondern die *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* mit ihrer ausgewiesenen berufspädagogischen Kompetenz. Die Ausbildung wird an privaten Schulen oder »Akademien« angeboten und gemeinsam mit Krankenhäusern organisiert. Die Mutter aller CTA-Schulen in Kaiserswerth weist mehr als 60 zu meist kirchliche Krankenhäuser als Kooperationspartner aus. Schulgeld wird nicht verlangt, was auf Grund der Rechtsprechung zur BBiG-Anwendung auch nicht zulässig wäre, und die gesetzlich vorgeschriebene Ausbildungsvergütung wird von den Krankenhäusern aus ihren Personalbudgets gezahlt, da auch diese Ausbildung mangels staatlicher Anerkennung nicht aus Mitteln des KHG über Ausbildungsfonds refinanziert wird.

Gelockt werden die jungen Leute mit einer flotten Internetseite und folgendem Versprechen: »Worauf du dich freuen kannst. Die Ausbildung ist die perfekte Kombination aus Aufgaben im OP, auf der Station und im ambulanten Bereich eines Krankenhauses. Du profitierst dabei durch die vielen verschiedenen Fachgebiete, die du während deiner Ausbildung kennenlernst. Die Chirurginnen



und Chirurgen, die Chirurgisch-Technischen Assistentinnen und Chirurgisch-Technischen Assistenten sowie die Pflege-Teams unterstützen dich in deiner Entwicklung, sodass du schnell an Erfahrung gewinnst. ...«¹⁷

In einer anderen Beschreibung des Berufsbilds heißt es: »Der hauptsächliche Einsatzort für einen CTA ist der OP-Saal. Hier übernehmen chirurgisch-technische Assistenten, unter fachkundiger Aufsicht und Anleitung eines Arztes, diverse medizinische und operationstechnische Aufgaben. Zu denen gehören unter anderem :

- fachgerechte Patientenlagerung und weitere Vorbereitungsarbeiten unmittelbar vor einer OP
- 1. und 2. Assistenzfunktion eines Chirurgen während einer OP
- professionelle und effiziente Entlastung des leitenden Operateurs während der OP
- fachgerechte Ver- und Anwendung chirurgischer Instrumente
- Durchführung ein- bzw. mehrschichtiger Wundverschlüsse
- fachgerechte Anwendung operativer Verknotung
- Legen von Magensonden

Die medizinischen Tätigkeiten während einer OP unterscheiden das Berufsbild CTA maßgeblich von dem eines operationstechnischen Assistenten (OTA), der überwiegend mit nicht-medizinischen bzw. nicht-chirurgischen Aufgaben während einer OP betraut ist.«¹⁸

Es ist offensichtlich, dass dieses Berufsbild nur unzureichend von dem der OTA abgegrenzt ist, weshalb der Ge-

13 Statistisches Bundesamt (Destatis), Fachserie 11 Reihe 2, 2021

14 Dielmann, Gerd: Berufsbildungsgesetz gilt auch für OTA-Ausbildung. In: Infodienst Krankenhäuser Heft Nr. 37, Juni 2007, S. 30f., Hannover

15 Dielmann, Gerd: Neue Berufe zwischen Medizin und Pflege – Bedarfe und Regelungsnotwendigkeiten. In: Pundt, Johanne/Kälble, Karl (Hrsg.), Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte, Apollon University Press, Bremen 2015, S. 246-247

16 »Richtig gut abschneiden: Chirurgisch-Technischer Assistent, Chirurgisch-Technische Assistentin« – »Bitte saugen, ich sehe nichts!«, (<https://www.kaiserswerther-diakonie.de/aus-und-weiterbildung-studium/ausbildungsstaetten-fuer-gesundheitsfachberufe/ausbildung/chirurgisch-technischer-assistentin/>). 15.03.2024

17 Ebenda

18 <https://www.doctari.de/pflegekraefte/berufe/cta-chirurgisch-technischer-assistent#arbeitsgebiete-cta>

Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat ein zweijähriges Projekt zur Entwicklung eines Qualifizierungsmoduls »Pflegehandeln in Krisen und Katastrophen« mit dem schönen englischen Titel »Desaster Nursing« ausgeschrieben. Dem ist nichts hinzuzufügen.

setzgeber wohl auch darauf verzichtet hat, es gesondert zu regeln. Tätigkeiten wie die oben beschriebenen stellen zweifelsfrei eine Ausübung der Heilkunde dar. Auch wenn heilkundliche Tätigkeiten delegiert werden dürfen, soweit sie unter unmittelbarer Aufsicht des delegierenden ärztlichen Personals erfolgen, erscheint es doch fahrlässig, sie außerhalb einer staatlich geregelten Ausbildung ohne rechtsverbindliche Qualitätsvorgaben vermitteln zu wollen.

Gefäßassistent/-in

Die Qualifizierung zum/zur Gefäßassistent/-in¹⁹ ist im Unterschied zur CTA als Weiterbildung konzipiert, deren theoretischer Teil eine Woche Blockunterricht und ganze sieben weitere Tage zzgl. einer zweiwöchigen Hospitation in angrenzenden Bereichen umfasst. Die praktische Weiterbildung soll 1-2 Jahre dauern. Die Teilnahme setzt sehr unterschiedliche Ausbildungsberufe voraus²⁰. Die Weiterbildung erscheint als eine Unterspezialisierung der CTA, wobei CTA auch als einer der Zugangsberufe genannt wird.

Betriebs- oder konzernbezogenes Berufebasteln ist in einem auf staatlich anerkannten Berufen basierenden Wirtschafts- und Versorgungssystem auf Dauer nicht tolerierbar. Das gilt erst recht für Gesundheitsfachberufe, denen eine besondere Verantwortung zukommt. Berufsbilder, die speziell für die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten entwickelt werden, ohne über eine Approbation als Arzt/Ärztin zu verfügen, bedürfen der staatlichen Regelung insbesondere auch im Hinblick auf die Ausübung der Heilkunde. Weder DKG-Richtlinien noch Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften können rechtsverbindliche staatliche Regelungen auf Dauer ersetzen.

19 »Gesundheitspfleger/in, Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA), Operationstechnische/r Assistent/in (OTA), Medizinisch-technische/r Assistent/in (MTA), Radiologisch-technische/r Assistent/in (RTA) und u.U. anderer medizinischer Berufe.« Weiterbildungskonzept Gefäßassistent (https://www.dgg-akademie.de/fileadmin/website/weiterbildungskonzept_gefaessassistent_in_neu.pdf), 15.03.2024

20 Vgl. Rothgang, Heinz: Ein Maß für den Pflegebedarf. In: G&G-Digital 03/21 (<https://archiv.gg-digital.de/2021/03/ein-mass-fuer-den-personalbedarf/>), 15.03.2024

3. Die Übertragung pflegerischer und pflegenaher Tätigkeiten auf Pflegeassistent- und Servicepersonal und aktuelle Entwicklungen

Parallel zur Diskussion um Entlastung des ärztlichen Personals von »artzfremden« Tätigkeiten oder der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf anderes Personal wird die Entlastung des Pflegepersonals von so genannten »pflegefremden« Tätigkeiten bzw. die Abgabe pflegerischer Aufgaben an Pflegeassistenten oder Servicepersonal diskutiert. Dabei geht es um Aufgaben der sogenannten »Grundpflege«, Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Ausscheidungen, Essensausgabe im Krankenhaus, hauswirtschaftliche und Freizeitaktivitäten (z.B. Dementenbetreuer/-in), um Entlastung von organisatorischen (z.B. Hol- und Bringendienste) und administrativen Aufgaben (Stationsassistentin). Zielsetzung ist auch hier, die jeweilige Tätigkeit von billigeren Arbeitskräften erledigen zu lassen, was im Ergebnis auch die ärztliche oder pflegerische Tätigkeit selbst entwertet.

Die Diskussion um eine sinnvolle Arbeitsteilung in der Pflege wird bereits seit den 1980er Jahren geführt und feiert seit etwa zehn Jahren unter dem Stichwort »Qualifikationsmix« ihre Auferstehung. Dazwischen waren Versuche, etwa das anglo-amerikanische »Primary Nursing« in Deutschland einzuführen mehr oder weniger gescheitert. In etlichen Krankenhäusern war die Funktionspflege durch Systeme der Zimmer-, Bezugs- oder Gruppenpflege abgelöst worden, die dann aber zu einem guten Teil dem Personalabbau nach Aussetzen der *Pflegepersonalregelung (PPR)* wieder zum Opfer fielen.

Pflegeassistentenkräfte wurden und werden je nach Organisation der Pflegearbeit und Berufserfahrung wie Fachkräfte eingesetzt, insbesondere bei unzureichender Personalbesetzung. Eine rechtlich verbindliche Abgrenzung der Aufgabenbereiche gab es bisher nicht. Vereinzelt sind Urteile bekannt, die den Pflegehilfskräften Injektionen oder anderweitige Medikamentengabe untersagen und sich mit Fragen von Grund- und Behandlungspflege befassen. Die mit dem Pflegeberufegesetz ab 2020 eingeführten Vorbehaltsaufgaben für Pflegefachkräfte werden das nicht grundsätzlich ändern, weil die Pflegeplanung,

Durchführung und Evaluierung der Pflege nicht unter den Vorbehalt fallen und weiterhin von jedermann ausgeübt werden können, soweit dem nicht andere Vorgaben etwa in den Sozialgesetzbüchern entgegenstehen.

In der aktuellen Gesetzgebung sind mehrere Tendenzen erkennbar. In der **Personalbemessung** soll ein an tayloristischen Prinzipien²¹ ausgerichteter Qualifikationsmix entwickelt werden, der die »starre Fachkraftquote« in der Langzeitpflege ersetzen soll. Dabei wird für jede Verrichtung das Mindestmaß an dafür notwendiger Qualifikation zu Grunde gelegt.²²

Die ca. 30 landesrechtlichen Ausbildungsregelungen für Pflegeassistentenberufe sollen mit einem zu schaffenden **Pflegeassistentengesetz** eine einheitliche bundesrechtliche Grundlage bekommen. Am anderen Ende der Pflegehierarchie soll parallel mit den Plänen für ein **Pflegekompetenzgesetz** das Berufsbild der *Advanced Nursing Practice (ANP)* geregelt und für deren Tätigkeit eine Grundlage in der Versorgung geschaffen werden. Gedacht ist an einen Berufsabschluss auf Masterniveau, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde befähigt.

Advanced Practice Nursing (Nurse Practitioner)

An wenigen deutschen Hochschulen werden bisher Studiengänge in Advanced Practice Nursing angeboten, deren Absolventinnen und Absolventen auch als »Nurse Practitioner« bezeichnet werden. Den verschiedenen Abschlussbezeichnungen entsprechen unterschiedliche Studiengangskonzepte. Offensichtlich gibt es zudem auch verschiedene Vorstellungen darüber, für welche spezifischen Aufgaben im Studium qualifiziert werden soll.

Zunächst hatten sich drei deutschsprachige Berufsverbände auf die einheitliche Bezeichnung »Pflegeexperte/in APN« geeinigt²³. APN steht dabei für Advanced Practice Nurse. Der Terminus könne auch als Oberbegriff für weitere Unterspezialisierungen gelten, wie Clinical Nurse Specialists (CNS), Higher Level Practitioners (HLP), Nurse Consultants (NC), Public Health Nurses (PHN).²⁴ Im Unterschied zu vielen pflegebezogenen Studiengängen, die eher auf leitende und lehrende Aufgaben vorbereiten, soll bei APN die direkte unmittelbare Pflege im Mittel-

punkt stehen. Das wirft natürlich Fragen der Abgrenzung zu herkömmlich aus- und weitergebildeten Pflegefachkräften auf. Seitens der Berufsverbände wird die Lösung des Problems in einem stärker ausgeprägten Skill-Mix und Skill-Grademix gesehen.²⁵

Im internationalen Vergleich ist eher an Studiengänge auf Masterniveau gedacht. In Deutschland werden aber vorwiegend Bachelorstudiengänge als Weiterbildung für Pflegeberufe angeboten, die obendrein mit den Studiengängen im Modellversuch und der Hochschulausbildung nach Pflegeberufegesetz (PflBG) konkurrieren, welche eine Berufsausbildung mit einem ersten Hochschulabschluss kombinieren. Letztere dürften, da hier die Erstausbildung im Vordergrund steht, im Hinblick auf die pflegepraktische Kompetenz eher mit der herkömmlichen betrieblich-schulischen Ausbildung vergleichbar sein.

Das dreijährige berufsbegleitende Studium setzt neben der Hochschulzugangsberechtigung eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflegeberuf voraus. Bei den vorliegenden Konzepten fällt die inhaltliche Ähnlichkeit mit staatlich geregelten Weiterbildungsangeboten für Pflegefachkräfte auf. Die dort genannten Schwerpunkte sind jeweils auch durch entsprechende Weiterbildungsabschlüsse abgedeckt. Im Falle der Hochschulausbildung sind sie ergänzt um einen ersten Hochschulabschluss.

Ein Blick ins europäische Ausland zeigt ein eher uneinheitliches Bild. Nur 14 der 20 Länder, die über einen APN-Rahmenplan verfügen, halten sich an die Definition des *International Council of Nurses (ICN)* und nur 11 Länder haben eine gesetzliche Grundlage für die angestrebte Qualifikation. Große Variationen gibt es auch hinsichtlich der Zugangsqualifikationen, die vom Berufsabschluss bis zur Masterqualifikation reichen.²⁶

Zwar sind die Konturen auch des deutschen APN-Projekts noch nicht deutlich erkennbar. Zumindest scheint im BMG klar zu sein, dass man die Entwicklung von Berufsqualifikationen nicht losgelöst von den Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt betrachten sollte.

Desaster Nursing

Zu guter Letzt fordert auch die Zeitenwende ihren Tribut. Das *Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB)* hat ein zweijähriges Projekt zur Entwicklung eines Qualifizierungsmoduls »Pflegehandeln in Krisen und Katastrophen« mit dem schönen englischen Titel »Desaster Nursing« ausgeschrieben.¹⁶ Dem ist nichts hinzuzufügen.

21 »Unter Taylorisierung im weiteren Sinne wird die Gesamtheit der Bemühungen verstanden, die darauf zielen, durch (arbeitsanalytisch begründete) Zerlegung und Normierung von Tätigkeiten sowie durch eine entsprechende Personalauslese betriebliche Leistungen zu steigern« Lempert, W. (1983). Taylorisierung der Verantwortung: der Beitrag großbetrieblicher Arbeitsorganisation zur Ausbildung destruktiver Potentiale, Frankfurter Hefte, 38(8), 13-24, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaar-13039>

22 DBfK 2013, S. 4 (https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/ANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf), 15.03.2024

23 DBfK (Hrsg.) Advanced Practice Nursing, 4. Aufl. 2019, S. 13

24 Ebenda, S. 30. (<https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>), 15.03.2024

25 ADVANCED PRACTICE NURSING (APN), Studie der European Federation of Nurses Associations (EFN) von 2021 (https://efn.eu/?page_id=15936), 15.03.2024

26 Bundesinstitut für Berufsbildung »Aktuelle Auftragsvergaben« (<https://www.bibb.de/de/483.php>), 17.03.2024

Wer darf behandeln?

Diese Frage verweist in der deutschen Medizingeschichte auf heftig umkämpfte Regularien. 1869 hatte Bismarck alle zuvor bestehenden Restriktionen bezüglich medizinischer Behandlungen aufgehoben und auf diese Weise die sogenannte Kurierfreiheit begründet. Damit erhielten akademisch ausgebildete Ärzte Konkurrenz z.B. von Heiler*innen oder Kräuterkundigen. Gemeinsam war den nichtärztlichen Heilberufen, dass sie keine wissenschaftsbasierte Ausbildung durchlaufen hatten. In der praktischen Ausübung stand häufig das Erfahrungswissen einer traditionellen Volksmedizin im Vordergrund. Etliche Heilende wandten auch esoterische Methoden oder unwissenschaftliche Ansätze wie die Homöopathie an.

Als besonders ärgerlich wurde ärztlicherseits empfunden, dass sie selbst wie alle anderen Heilkundeberufe Gewerbesteuern zahlen mussten. Es folgten Jahrzehnte, in denen ärztliche Standesorganisationen die Auseinandersetzung um die Kurierfreiheit unter dem Signum des Kampfes gegen das Kurpfuschertum führten – dabei aber immer auch eine privilegierte steuerrechtliche Stellung anstrebend. Die ärztliche Argumentation gewann mit zunehmender Entwicklung der Medizin als Wissenschaft – insbesondere durch die Einführung von Antibiotika – an materiellem Gehalt.

Entschieden wurde die Frage der Stellung der Ärzteschaft allerdings erst im Faschismus. Die Reichsärzteordnung des NS-Regimes vom 13.12.1935 legte im § 1.2 fest: »Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.« Damit erhielten Ärzt*innen die angestrebte hervorgehobene Position, die ihnen bis heute in ihrer ärztlichen Tätigkeit Umsatz- und Gewerbesteuerfreiheit verbürgt. Allerdings hatte die Ärzteschaft noch keine Monopolstellung in der Heilkunde erreicht. Bevor sich der NS-Staat der Kurierfreiheit zuwandte wurden 1938 die in Deutschland verbliebenen jüdischen Ärzt*innen zu »Krankenbehandlern« entwürdigt und durften nur noch sehr eingeschränkt in der Heilkunde tätig sein.

Das Problem der Kurierfreiheit wurde schließlich mit dem Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung¹ vom 17.02.1939 (sog. Heilpraktiker Gesetz) angegangen. Unter dem Begriff »Heilpraktiker« waren alle nichtärztlichen Heilende zusammengefasst worden. Dieses Gesetz war als »Aussterbe-gesetz« konzipiert, d.h. die Heilpraktiker*innen sollten mit der Zeit verschwinden. Neuzulassungen sollte es nur in genau zu begründenden Ausnahmefällen geben. In den folgenden Jahren wurden mittels Durchführungsverordnungen die Ausbildungs- und Weiterbildungsstätten für Heilpraktiker*innen geschlossen. Die beschriebenen Gesetzesänderungen hatten nichts mit der Auseinandersetzung zwischen »Neuer Deutscher Heilkunde« und der »Schulmedizin«, die in der NS-Ärzteschaft tobte, zu tun.



(Diese wurde letztlich durch die Notwendigkeit einer rationalen Kriegsmedizin zugunsten der »Schulmedizin« entschieden).

Nach der Niederlage des deutschen Faschismus wurde in der SBZ/DDR das Heilpraktiker-Gesetz nach der Säuberung von NS-Spezifika übernommen. Es wurden keine weiteren Heilpraktiker*innen nach dem 08.05.1945 neu zugelassen.

Auch in der Trizone/BRD erfolgte die Übernahme des Gesetzes. In einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes wurde allerdings 1957 die Zulassungseinschränkungen als grundgesetzwidrig eingestuft (Freiheit der Berufswahl). Damit hatte sich der Gesetzescharakter geändert. Aus dem Aussterbe-gesetz war ein Zulassungsgesetz geworden.

Damit war die Ausübung der Heilkunde über Jahrzehnte in der BRD auf diese zwei Berufsgruppen beschränkt. Erst mit der Ausdifferenzierung und Akademisierung weiterer nichtärztlicher Gesundheitsberufe sowie den zunehmenden Problemen bei der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung (siehe auch den Beitrag von Gerd Dielmann in diesem Heft) wird vermehrt über die Heilkundeübertragung an nichtärztliche Berufe diskutiert. Als erstes Ergebnis wurde 2021 den Notfallsanitäter*innen in der Erstversorgung die Heilkunde übertragen. In Rahmen von Modellvorhaben nach SGB V § 63 Abs. 3c können entsprechend qualifizierten Alten- und Gesundheitspfleger*innen heilkundliche Tätigkeiten aktuell übertragen werden. Angesichts der Herausforderungen, denen sich das Gesundheitswesen in der BRD zu stellen hat, ist zukünftig mit einer verstärkten Heilkundeübertragung an nichtärztliche Berufe zu rechnen.

Bernhard Winter

¹ Bestallung entspricht der Approbation

Gleichberechtigte Kooperation

Michael Janßen über multiprofessionelles Arbeiten

Michael Janßen skizziert in seinem Beitrag zuerst die strukturellen Problemlagen der ambulanten Versorgung unter Betrachtung aller Professionen. Dann werden die schon umgesetzten, bisherigen bundesgesetzlichen Ansätze zur interprofessionellen Arbeitsweise diskutiert und schließlich die in der aktuellen Legislaturperiode im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schon verabschiedeten und noch kommenden Regelungen dargestellt und kritisch gewürdigt. Auf die Aufwertung einzelner nicht-ärztlicher Professionen wird ebenfalls eingegangen.

Ambulante Gesundheitsversorgung ist komplexer und arbeitsteiliger denn je. Eine der großen Herausforderungen ist die des demografischen Wandels mit zunehmend älter werdender und chronisch kranker Bevölkerung, die multiprofessionelle Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe mit sich bringt. Diese Bedarfe betreffen aber auch andere vulnerable Bevölkerungsgruppen, z.B. solche mit Migrationsgeschichte und/oder niedrigem sozioökonomischen Status und Bildungsniveau. Um mehr Bedarfs- und Versorgungsgerechtigkeit im Sinne einer umfassenden Primärversorgung für alle zu erreichen, sind die bisherigen Strukturen nicht ausreichend geeignet. In diesem Zusammenhang braucht es auch wohnortnahe, zum Teil aufsuchende Gemeinwesenarbeit und Prävention. Integriert werden in diesem Sinne Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung, welche professionelle Leistungen von Medizin, Pharmazie, Pflege und weiteren Gesundheits- und Sozialberufen in enger Kooperation erfordern.

Obwohl Kooperationsdefizite bekannt sind und kooperatives Arbeiten Nutzen für Patient*innen und die beteiligten Akteur*innen hat, findet das Potential interprofessionellen Denkens und Handelns in Ausbildung und Gesundheitsversorgung in Deutschland bislang noch zu wenig Berücksichtigung. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen benannte schon 2007 den »Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsangeboten« als Problem und empfiehlt, an intakter Kommunikation und flachen Teamstrukturen zu arbeiten.

Unter multiprofessionellem Arbeiten ist die kollegiale Berufsausübung unter Angehörigen mehrerer Berufe nach dem Prinzip der gleichberechtigten Kooperation zu verstehen, wobei jede Berufsgruppe über Rollenklarheit der eigenen und der anderen beruflichen Rollen verfügt. Dem gegenüber existiert derzeit weitgehend weiterhin die monoprofessionell-hierarchisierte Struktur, in der Regel unter der Leitung von Ärzt*innen, mit An- und Verordnungen an untergeordnete Professionen.

Status quo: Fragmentierung und Gewinnorientierung

Die ambulante Versorgungslandschaft in Deutschland ist fragmentiert. Es existieren vorwiegend private, Inhaber-geführte selbständige Niederlassungen der Leistungsanbieter*innen. Das bezieht sich auf alle Professionen: Hebammen, Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und die anderen therapeutischen Berufe, Pflege, Apotheke, Heilmittelerbringung, Ernährungsberatung, Krankentransport. Im Bereich der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung überwiegen immer noch kleine Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Gleichzeitig nimmt die Zahl der *Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)* in privater Krankenhausträgerschaft zu; auch drängen Private Equity Fonds zunehmend auf den MVZ-Markt. In allen diesen Ausprägungen ist betriebswirtschaftliches Denken und Handeln mit mehr oder weniger ausgeprägter Gewinnorientierung rational. Die Orientierung am Bedarf der Patient*innen steht somit nicht in der Versorgung an erster Stelle des Leistungsangebots, sondern die betriebswirtschaftlichen Prämissen. Es werden tendenziell Leistungen entlang der Vergütungshöhe angeboten, nicht entlang der Bedarfe.

Hinzu kommt, dass jede Berufsgruppe spezifische Vergütungsregelungen mit der GKV hat. Eine berufsgruppenübergreifende Vergütung für kooperative Leistungen ist in der Regelversorgung nicht vorgesehen. Darüber hinaus verfügen einige Professionen über den direkten Zugang zu den Patient*innen (Ärzt*innen, hier auch fast alle gebietsärztlich Tätigen, Psychotherapeut*innen, Geburtshelfer*innen), andere Professionen bedürfen für Krankenkassenleistungen nach SGB V immer der kleinteiligen ärztlichen Verordnung (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Podologie, Hauskrankenpflege, Apotheken, Krankentransport).

Kooperatives Arbeiten ist also strukturell im Arbeitsalltag nicht vorgesehen und eingeübt; sie hängt vom individuellen Engagement einzelner Leistungserbringer*innen ab. Die Politik der meisten Berufsverbände, die hauptsächlich die Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder vertreten, steht zusätzlich im Wege. Nur langsam setzt sich die Erkenntnis von der Veränderungsnotwendigkeit bei den politischen Entscheider*innen in der Bundesrepublik durch.

Michael Janßen, Facharzt für Allgemeinmedizin, im ÖGD, Sozialpsychiatrischer Dienst tätig, seit 100 Jahren im Vorstand des vdää*

Bisherige Ansätze und aktuelle Vorhaben des Gesundheitsministeriums (BMG) unter Karl Lauterbach

In der Vergangenheit gab es nur wenige gesetzgeberische Ansätze zur Professionen-übergreifenden Arbeit:

- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (SGB V § 119, 119a, 119c)
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, SGB V § 132d)
- einzelne Projekte der integrierten Versorgung (SGB V § 140a) und des Innovationsfonds (SGB V § 92a)

All diese Reformen regeln ausschließlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und fördern die Zusammenarbeit unter alleiniger ärztlicher Leitung und Gesamtverantwortung. Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Team auf gleicher Augenhöhe mit gemeinsamer Verantwortung ist – außer ansatzweise bei der SAPV – nicht vorgesehen.

In der aktuellen Legislaturperiode sind im Koalitionsvertrag festgelegte Vorhaben in unterschiedlichen Umsetzungsstadien zu verzeichnen. Die bescheidenen, aber sichtbaren Ansätze lassen zumindest die Einsicht in die Notwendigkeit erkennen, nicht-ärztliche Berufe aufzuwerten und multiprofessionelle Versorgung zu fördern, jedoch zeigen sie sich noch wenig ambitioniert.

Das Pflegestudiumstärkungsgesetz (verabschiedet in 10/2023) geht einen kleinen Schritt voran. In der primär hochschulischen Pflegeausbildung ist vorgesehen, dass ab 2025 spezifische und verbindliche erweiterte Kompetenzen für die selbstständige Ausübung von Heilkunde in das Studium integriert werden. Drei Fachmodule (diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden und Demenz) sind zunächst geregelt (Modellvorhaben nach SGB V § 64d).

Dieser Logik folgend ist im Arbeitsplan des BMG noch für diese Legislaturperiode eine teilweise Heilkundeübertragung auf Pflegeberufe angekündigt (Pflegekompetenzgesetz). Eckpunkte oder ein Referentenentwurf liegen noch nicht vor.

Gleiches gilt für Modellprojekte zum Direktzugang zu Heilmittelerbringenden (Physio- Ergotherapie, Logopädie); im Projekt *Versorgungsgesetz II* ist noch für 2024 ein Entwurf in Aussicht gestellt.

Das Vorhaben *Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GSVG)* ist zwei Schritte vor und einen zurück gegangen. Zunächst im Juni 2023 als Referentenentwurf zur Ressortabstimmung den mit-betroffenen Ministerien und der Öffentlichkeit vorgelegt, wurde dieser zurückgenommen und im Dezember 2023 mit Ergänzungen nur noch als »Arbeitsentwurf« vorgelegt. Hierin ist für die berufsübergreifende Primärversorgung die neue Versorgungsform *Primärversorgungszentren* (SGB V §73a neu) geplant. Ein solches Zentrum entsteht aus dem Zusammenschluss von mindestens drei hausärztlichen Vertragsarztsitzen mit



zusätzlichem Leistungsangebot weiterer Gesundheitsberufe, die aber nur auf dem Wege der Delegation tätig werden.

Es wird »eine hausärztliche Versorgung angeboten, die durch zusätzliche berufsgruppenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist« (Entwurf GVSG, 19.12.2023). Kurioserweise soll eine neue Abrechnungsziffer eingeführt werden, die ausschließlich von Ärzt*innen abzurechnen ist, jedoch ausdrücklich nicht-ärztliche Leistungen enthält und durch nicht-ärztliche Professionen (welche, ist noch offengelassen) erbracht wird. Es zeigt das zu enge Korsett des Ärzt*innen-exklusiven Leistungsgeschehens. Auch gibt es wieder den systematischen Fehlanreiz zur Leistungserbringung bezüglich solcher Patient*innen, die nur geringen Bedarf haben, um mit möglichst geringem Aufwand die Leistungsziffer ansetzen zu können.

Auffallend ähnlich dem Gesetzentwurf ist das Konzept *Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell* (HÄPPI), das 2023 vom *Hausärztinnen- und Hausärzterverband* (HÄV) und der Universität Heidelberg vorgestellt wurde. In beiden Konzepten wird ausdrücklich die Notwendigkeit des interprofessionellen Arbeitens betont. Jedoch halten der HÄV und der Referentenentwurf an der alten Struktur der eigentümergeführten, Arzt-zentrierten Praxis fest und verbleiben damit letztlich im monoprofessionellen Versorgungsansatz. Dies entspricht mehrheitlich den Interessen der Mitglieder des HÄV, die momentan niedergelassen sind.

Ein weiteres, schon jetzt von vielen Seiten kritisiertes Vorhaben im GSVG ist die Einrichtung von **Gesundheitskiosken** in sozial benachteiligten Städten und Stadtteilen. Hier sollen, auf Initiative der Kommune, im Wesentlichen Beratungs-, Koordinierungs- und Informationsangebote gemacht werden. Als Modell steht das Projekt des Innovationsfonds in Hamburg-Billstedt/Horn, initiiert von der *OptiMedis AG*. Die Finanzierung leistet die Kommune zu 20%, zu 80% die Krankenkassen.

Dieses sowie die geplante nicht-ärztliche Leitung der Kioske zeigt die Einsicht, dass zur GKV-Primärversorgung nicht nur Ärzt*innen, sondern selbständig agierende Menschen aus nicht-ärztlichen Professionen gehören. Gleichwohl sind Kioske mit dem schmalen Angebot ohne Einbeziehung von Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie weiteren Leistungserbringenden von einer multiprofessionellen Primärversorgung aus einer Hand weit entfernt.

Die vorgesehenen **Gesundheitsregionen**, die ebenfalls auf Antrag der Kommunen eingerichtet werden sollen – Finanzierung je hälftig Kommune und Krankenkassen – setzen auf Koordinierung, Vernetzung und Kooperation der schon vorhandenen Versorgungseinrichtungen und -strukturen. Sie sollen regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention beheben, sowie Schnittstellen und Zugang zur Versorgung verbessern. Finanziell klamme Kommunen und Kreise und solche, in denen es ohnehin schon Mangel an Einrichtungen gibt, werden davon nicht viel haben bzw. es sich nicht leisten können. Insbesondere die Strukturprobleme der lückenhaften ländlichen Versorgung werden durch Gesundheitsregionen kaum verbessert.

Fazit

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass das überkommene Ärzt*innen zentrierte, fragmentierte, vorwiegend auf Kleinunternehmertum und Standesdenken basierte ambulante Gesundheitswesen den Ansprüchen an eine Gerechtigkeit der Versorgung nicht genügt: Schon heute nicht und angesichts der zukünftigen Herausforderungen schon gar nicht. Die aktuelle Gesetzgebung der Ampel setzt einige bemerkenswert Akzente hinsichtlich Kooperation mit und Aufwertung der nicht-ärztlichen Professionen, ohne sich aber vom hierarchischem ärztlich zentrierten monoprofessionellen Ansatz zu trennen. Gleichberechtigte Kooperation, was ein grundlegendes Merkmal multiprofessionelles Arbeiten darstellt, bleibt dabei noch weitgehend unerfüllt.

Interprofessionelle Innovation

Die Hallesche Interprofessionelle Ausbildungsstation

Von Elisabeth Schmidt, Mandy Siemß, Johannes Klose

Die medizinische Versorgung von Patient*innen ist komplex. Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe kann die Qualität der Versorgung von Patient*innen optimieren, die Sicherheit der Behandlung steigern und die Arbeitszufriedenheit der beteiligten Beschäftigten aus unterschiedlichen Berufsgruppen steigern (1, 2). Doppeldiagnostik kann zum Beispiel vermindert werden, so dass Patient*innen und Ressourcen geschont werden (2). Interprofessionelle Zusammenarbeit ist laut der Weltgesundheitsorganisation (1), wenn Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe umfassend zusammenarbeiten, auch mit den Patient*innen, deren Angehörigen und Versorgenden, um die bestmögliche Gesundheitsversorgung zu leisten. Damit die Gesundheitsversorgenden gut interprofessionell zusammenarbeiten können, ist es wichtig, dass sie in Ausbildung und Studium entsprechende Kompetenzen vermittelt bekommen. Dies geschieht optimalerweise auch durch interprofessionelles Lernen und Lehre (1, 3, 4), also dann, wenn mehr als zwei Professionen mit, von und übereinander lernen, verbunden mit dem Ziel der bestmöglichen Gesundheitsversorgung (1, 5). Wichtig ist dabei, dass die Lernenden der unterschiedlichen Professionen Aufgabenstellungen gemeinsam bearbeiten und in gemeinsames Tun kommen für interprofessionelle Lerneffekte (1). Bei der Interprofessionalität steht das gemeinsame Agieren im Mittelpunkt, in Abgrenzung zur Multiprofessionalität, wo Angehörige der Berufsgruppen nebeneinander her arbeiten oder lernen (6).

Interprofessionelle Ausbildungsstationen (IPSTAs) sind eine Möglichkeit und gelten als »Hohe Schule« der Interprofessionellen Lehre. IPSTAs finden im normalen Krankenhausalltag statt. Die Auszubildenden oder Studierenden mindestens zweier Gesundheitsberufe, meist Pflege und Humanmedizin, betreuen selbstständig Patient*innen und übernehmen neben der Versorgung auch das Stationsmanagement dieser Patient*innen. Die Lernenden werden von speziell ausgebildeten Lernbegleitenden betreut. Der Tagesablauf wird durch interprofessionelle Feedback- und Reflexionszeiten ergänzt (7).

Mit der generalistischen Pflegeausbildung wurde die interprofessionelle Lehre für die Pflege 2020 curricular verankert (8). Im Studium der Humanmedizin wird die interprofessionelle Lehre und Vermittlung entsprechender Kompetenzen erst mit dem geplanten Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung und des NKLMs bindend eingeführt (9). An der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität ist interprofessionelle Lehre für Studierende der Humanmedizin und der Evidenzbasierten Pflege bereits seit dem Wintersemester 2014/2015 curricular verankert (10). Seitdem sind weitere interprofessionelle Lehrveranstaltungen mit weiteren Berufsgruppen pilotiert und implementiert, z.B. mit Physiotherapeut*innen (11) oder Hebammen (12).

Die Idee für eine IPSTA in Halle bestand schon seit geraumer Zeit. Ziel ist die Verbesserung der Qualität von Ausbildung und Studium und der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die Vermittlung und Festigung interprofessioneller Kompetenzen. Die *HALINA (Hallesche Interprofessionelle Ausbildungsstation)* wurde im Mai 2023 als Pilotprojekt in der Klinik für Viszerale, Gefäß- und Endokrine Chirurgie (VGEC) eingerichtet und ist inzwischen dauerhaft implementiert. Die HALINA ist aufgebaut nach dem bewährten Schema einer IPSTA (7).

Wichtig ist dabei, dass die Lernenden der unterschiedlichen Professionen Aufgabenstellungen gemeinsam bearbeiten und in gemeinsames Tun kommen für interprofessionelle Lerneffekte.

Die interprofessionellen Lernziele der HALINA wurden aus den interprofessionellen Kompetenzframeworks abgeleitet und gliedern sich in die Themenpunkte interprofessionelle Kommunikation, interprofessionelles Teamwork, Rollen und Verantwortlichkeiten sowie Ethik und Werte (3). Die fachlichen Lernziele leiten sich von den zu versorgenden Patient*innen ab.

Ein Turnus auf der HALINA dauert im Normalfall vier Wochen. Der erste Tag beginnt mit einer Einführungsveranstaltung. Diese umfasst das Kennenlernen der Teilnehmenden, eine Erwartungsabfrage, die Einführung in den Tagesablauf und die Besonderheiten der HALINA. Spezielle Feedback- und Kommunikationstools werden geübt und ein gemeinsames Basic-Life-Support-Training erfolgt.

Auf der HALINA versorgen zwei Studierende der Humanmedizin im Praktischen Jahr (PJ) und drei Auszubildende der Pflege im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr selbstständig und gemeinsam bis zu sechs Patient*innen der Station. Das Stationsmanagement für diese Patient*innen übernehmen die Lernenden ebenso selbstständig. Speziell ausgebildete Lernbegleitende, sogenannte Facilitators, betreuen die Lernenden, halten sich dabei soweit wie möglich im Hintergrund.

Die HALINA hat einen besonderen, gemeinsamen Tagesablauf: Dienstbeginn für beide Berufsgruppen ist 06.00 Uhr mit der Übernahme der Patient*innen von der Nachtschicht, Dienstende ist 14.30 Uhr nach der Übergabe an die reguläre Spätschicht und einer Tagesreflexion. Beide Berufsgruppen nehmen an den Besprechungen und Übergaben der jeweiligen anderen Profession teil. Es erfolgt eine gemeinsame interprofessionelle Visite. Im Tagesverlauf wechseln sich interprofessionelle Aufgaben und Einheiten wie Besprechungen, Visiten, Aufnahmen, Feedbackrunden und Reflexionen, mit Zeiten für professionelle Aufgaben, dazu gehören Körpergrundpflege, Verbandswechsel, aktivierende Pflege und Medikamentenstellen für die angehenden Pflegekräfte sowie Blutentnahmen, Medikamentenverordnungen und das Schreiben von Entlassbriefen für die PJ-Ier*innen ab. Aufnahmen und Patient*innen- und Angehörigengespräche erfolgen gemeinsam. Die Lernenden haben ein gesondertes HALI-

NA-Stationszimmer, um ungestörte Besprechungen und das Arbeiten im HALINA-Team zu ermöglichen. Dort sind auch entsprechende Computerarbeitsplätze eingerichtet, auch um bei fachlichen Fragen nach evidenzbasierten Empfehlungen zu recherchieren. Das Zimmer teilen sich beide Berufsgruppen, um eine räumliche Nähe und dadurch schnelleren Austausch und leichteres gemeinsames Arbeiten zu unterstützen (13). Erfahrungsgemäß brauchen die Lernenden auf der HALINA in der ersten Turnuswoche engmaschigere Betreuung und werden dann entsprechend dem jeweiligen Wissens- und Fähigkeitsstand lockerer betreut. Gemeinsam mit den Lernbegleitenden gibt es regelmäßige Reflexionszeiten, in denen das eigene und gemeinsame Handeln reflektiert und über die Reflexionsschleifen das Lernen angeregt wird.

Die HALINA bietet einen geschützten Rahmen, um die Lernenden auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und die spätere berufliche Tätigkeit optimal vorzubereiten. Die Lernenden geben in der Evaluation der HALINA, einer Abfrage mittels Moderationskarten zu Beginn und Ende des Turnus, als einen ihrer größten Gewinne den überproportionalen Zuwachs an Selbstständigkeit sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit und das Kennenlernen der Tätigkeitsbereiche der anderen Berufsgruppe an. Sie begründen es damit, dass sie sämtliche anfallenden Aufgaben auf Station selbstständig erledigen und die entsprechenden Entscheidungen fällen müssen. Die zu Beginn geäußerte größte Befürchtung der Überforderung tritt bei den meisten Lernenden nicht oder nur in der ersten Woche ein. Die HALINA-Lernenden lernen nach eigenen Angaben in den vier Wochen der HALINA mehr als in anderen Stationseinsätzen und fühlen sich dadurch besser auf ihre berufliche Tätigkeit vorbereitet.

Die bisherigen Erfahrungen sind durchweg positiv, da die Lernenden zu mehr Selbstständigkeit und interprofessioneller Zusammenarbeit befähigt werden. Seit der Implementierung wurden über 150 Patient*innen auf der HALINA interprofessionell versorgt. Die Rückmeldungen der Lernenden sind durchweg positiv und die Lernenden sind motiviert für die HALINA und möchten ihre



Praxiseinsätze auch dort absolvieren. Weiterhin hat sich nach Angaben der Beteiligten auf der VGEC die Kommunikation und Zusammenarbeit auf der gesamten Station verbessert. Es gibt Überlegungen, die HALINA auf der VGEC von der Frühschicht auf die Spätschicht auszuweiten. Weiterhin wird zum aktuellen Zeitpunkt eine weitere HALINA in einer anderen, nicht-chirurgischen Station an der Universitätsmedizin Halle geplant.

Elisabeth Schmidt ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und arbeitet am Dorothea Erleben Lernzentrum Halle der Medizinischen Fakultät; Mandy Siemß ist pflegerische Klinikleitung der Klinik für Viszerale, Gefäß- und Endokrine Chirurgie, Universitätsmedizin Halle (Saale); Privatdozent Dr. med. Johannes Klose ist Leitender Oberarzt der Klinik für Viszerale, Gefäß- und Endokrine Chirurgie, Universitätsmedizin Halle (Saale). Alle arbeiten in der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und geben an, dass sie keinen Interessenkonflikt haben.

Literatur

1. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, Switzerland; 2010 [Stand: 10.06.2023 S.]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>.
2. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6:CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
3. IPEC. Core Competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington D.C.: IPEC; 2016 [Stand: 20.07.2023]. Verfügbar unter: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>.
4. Mink J, Mitzkat A, Krug K, Mihaljevic A, Trierweiler-Hauke B, Götsch B et al. Impact of an interprofessional training ward

- on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. *J Interprof Care* 2021; 35(5):751–9. doi: 10.1080/13561820.2020.1802240.
5. CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2016. Fareham: CAIPE; 2016.
6. Mitzkat A, Berger S, Reeves S, Mahler C. More terminological clarity in the interprofessional field – a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. *GMS J Med Educ* 2016; 33(2):Doc36. doi: 10.3205/zma001035.
7. Nock L. Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden: Gemeinsam besser werden für Patienten. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2018.
8. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe: Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV; 2018.
9. MFT. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin: Version 2.0: Medizinischer Fakultätentag (MFT); 2023. Verfügbar unter: <tps://nkml.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/modul/200553>.
10. Haucke E, Luderer C. GReTL2.0 – Interprofessionelle Ausbildung der Gesundheitsberufe im reflexiven und transformativen Lernen; o.J. [Stand: 01.02.2024]. Verfügbar unter: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-01/Kurzbeschreibung_Projekt_GReTL2.0.pdf.
11. Retznik L, Haucke E, Schmidt E, Mau W. »Dass man mal sieht, wie es eigentlich sein sollte.« Konzeption, Pilotierung und Evaluation eines interprofessionellen rehabilitationsbezogenen Moduls für die Medizin, Pflege und Physiotherapie. *Rehabilitation (Stuttg)* 2023; 62(3):174–85. doi: 10.1055/a-1930-5782.
12. Schmidt E, Vogel C, Nadolny S, Sommerlatte S, Schildmann J. Gut Beraten – Darstellung und Evaluationsergebnisse einer Lehrveranstaltung zur interprofessionellen ethischen Fallberatung mit Studierenden der Evidenzbasierten Pflege, der Hebammenwissenschaft und der Humanmedizin [German Medical Science GMS Publishing House]. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) 2023. doi: 10.3205/23gma006.
13. Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care* 2022; 36(5):735–49. doi: 10.1080/13561820.2021.1973975.

Approbationsordnung 2.0

Neues aus dem Medizinstudium

Von Julius Poppel

Weiterhin beliebt

Trotz der zunehmenden Vielfalt an Ausbildungs- und Studienmöglichkeiten im Bereich der Gesundheitswissenschaften bleibt das Studium der Humanmedizin sehr beliebt. Nahezu unverändert im Vergleich zu den Vorjahren begannen über 10.000 Personen zum Wintersemester 2023/24 das Medizinstudium an einer Hochschule in Deutschland. Zwei Drittel der Bewerber*innen gingen jedoch ohne Studienplatz aus, denn über 34.000 hatten sich beworben (Statistisches Bundesamt, 2024). Seit 2020 werden die Studienzulassungen in drei Quoten vergeben: 30% Abiturbestenquote, 60% *Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH)* und 10% über die *Zusätzliche Eignungsquote (ZEQ)*. Bei der Bewerbung werden maximal 100 Punkte verteilt und je nach Quote die Kriterien unterschiedlich gewichtet. Auch innerhalb der Quoten gibt es von Universität zu Universität Unterschiede. Zusätzlich wurde 2022 die Wartezeitquote komplett abgeschafft, angesammelte Wartesemester zuvor wurden mit Punkten versehen. Weitere Punkte können z.B. durch den *Test für medizinische Studiengänge (TMS)* oder eine vorangegangene Berufsausbildung gesammelt werden. Allerdings werden Ausbildungen und Freiwilligendienste von den verschiedenen Universitäten nicht gleich schwer bewertet und die Gewichtung kann sich von Semester zu Semester ändern.

An 40 (vier davon sind private Hochschulen) Universitäten kann aktuell in Deutschland Medizin studiert werden. 14 davon bieten mittlerweile einen sogenannten Modellstudiengang an, der um die Jahrtausendwende auf Basis einer Sondergenehmigung als Abweichung von §41 der ärztlichen Approbationsordnung angeboten werden darf. Der Modellstudiengang unterscheidet sich vom regulären Medizinstudium darin, dass er von der klassischen Aufteilung in eine erste vorklinische und eine darauffolgende klinische Phase abweicht. Vielmehr soll er eine innovativere Form der Ausbildung sein, bei der statt einzelner Fächer Studieninhalte nach Organ- oder Krankheitssystemen fächerübergreifend gelehrt werden. Zudem nehmen die Studierenden bereits ab dem Beginn des Studiums an patient*innenorientierten Kursen teil. Egal ob Modell- oder Regelstudiengang, nach 14 Semestern Studiendauer erhielt die Durchschnittsstudent*in im Alter von 26 Jahren ihre Approbation und gehörte damit den ca. 10.000 neuen Ärzt*innen im Jahr 2022. Damit

landete Deutschland mit 12 Absolvent*innen eines Medizinstudiums je 100.000 Einwohner*innen unter dem Durchschnittswert der OECD36 von 14 (OECD, 2023).

Bei der Betrachtung der Demographie des Studiums zeichnet sich zudem ein Muster ab, das sowohl für Gesundheitsberufe als auch Studiengänge insgesamt in Deutschland typisch ist: Der Bereich wird weiblicher. Von den insgesamt ca. 108.000 derzeitigen Medizinstudent*innen sind 64% weiblich, Tendenz steigend. Erwähnt werden soll hier jedoch, dass bei zwar größerem Anteil von Ärztinnen (50,7%!), 2022 deutschlandweit lediglich 37% der oberärztlichen Stellen weiblich besetzt und nur 13% der Klinikdirektor*innen Frauen waren (Deutscher Ärztinnenbund e.V., 2022).

2022 praktizierten über 420.000 Ärzt*innen in Deutschland, womit die Ärzt*innendichte bundesweit auf einem Allzeithoch lag (KBV, 2023). Dennoch schlagen viele Organisationen und Institute Alarm, allen voran das Gesundheitsministerium. Denn aufgrund der demografischen Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten mit einem steigenden ärztlichen Bedarf zu rechnen. Dabei wird allerdings nicht nur die Bevölkerung, sondern auch die Ärzteschaft älter: So steigt der Anteil der über 60-jährigen Ärzt*innen kontinuierlich an. Somit könnten rund 20% der berufstätigen Ärzt*innen bald aus dem Berufsleben ausscheiden, was unter anderem auch durch die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er Jahre zu erklären ist (Bundesgesundheitsministerium, 2022). Schwerer betroffen davon wird der ambulante Sektor sein, da die hier tätigen Ärzt*innen im Schnitt älter sind als die im stationären Bereich. Akut davon betroffen wiederum wird besonders der ländliche Bereich sein. Laut einer aktuellen Studie der Robert-Bosch-Stiftung werden 2035 rund 11.000 hausärztliche Stellen unbesetzt sein und fast 40 Prozent der Landkreise unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht sein (Robert-Bosch-Stiftung, 2021).

Ein Lösungsvorschlag, der bei weitem nicht neu ist, wäre, die Anzahl der Medizinstudent*innen zu erhöhen, um perspektivisch in den kommenden 10 bis 15 Jahren den drohenden Mangel zu decken. So kam es beispielsweise Anfang 2023 erneut zu einer Wiederaufnahme dieses Ansatzes, als sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dafür aussprachen 5.000 neue Medizinstudienplätze zu schaffen (Deutsches Ärzteblatt, 2023). Dagegen gab es jedoch lauten Protest, z.B. vom

Medizinischen Fakultätentag (MFT). Eine reine Erhöhung der Studienplätze lenke lediglich von strukturellen Defiziten im Gesundheitswesen ab. In Anbetracht des ärztlichen Berufs sei, so Prof. Matthias Frosch, Präsident des MFT, eine Reformierung des Medizinstudiums wichtiger als eine Aufstockung der Studienplätze. Es solle auf Qualität statt Quantität gesetzt werden. Vor allem da diese Reformierung bereits seit einigen Jahren im Gange ist, warnt Frosch vor einer zusätzlichen Belastung der Hochschulen, sollte es zu einem deutlichen Anstieg der Zahl an Medizinstudent*innen kommen (*Medizinischer Fakultätentag, 2023*). Es wurden aber auch andere Stimmen laut (zu denen auch der vdää* gehört), die eine Abkehr von der deutschen Ärzt*innenzentrierung forderten und die Erweiterung und Ermächtigung anderer Gesundheitsberufe, wie z. B. medizinischer Fachangestellte, Pflegefachkräfte oder Community Health Nurses voranzutreiben.

Masterplan Medizinstudium 2020

Im März 2017 wurde der sogenannte »Masterplan Medizinstudium 2020« durch den Bundestag verabschiedet. Dieser sieht eine umfassende Reform des Medizinstudiums in Deutschland vor, bei der Praxisbezug im Studium und die Befähigung zu wissenschaftlichem Arbeiten vorangetrieben werden sollen. Zentral ist jedoch vor allem eine Stärkung der Allgemeinmedizin angedacht, um den erwarteten ländlichen Versorgungsmangel anzugehen. Der MFT und weitere Gruppen kritisieren diese Ausrichtung, da hierbei strukturelle Probleme mit Studieninhalten vermischt würden. Die fachärztliche Ausbildung sollte laut MFT nämlich nicht bereits im Studium beginnen. Zwar ist die Beschäftigung mit der Allgemeinmedizin und sinnvolles und wichtiges Ziel des Medizinstudiums, aber es sollte eben nicht eine mehrheitliche Gewichtung auf der Allgemeinmedizin liegen. Stattdessen sollte das Medizinstudium angehende Ärzt*innen möglichst breit ausbilden.

Die Veröffentlichung des »Masterplans Medizinstudium 2020« machte unter anderem eine Reform der *Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO)* notwendig. Hierfür hatte das Bundesministerium für Gesundheit im November 2020 einen Referent*innenentwurf vorgelegt (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Angestrebt war eine Geltungsbeginn im Jahr 2025, allerdings konnte bisher keine Einigung getroffen und ein konkreter Gesetzesentwurf ausgearbeitet werden. Ende Januar 2024 wurde im Bundeskabinett über eine leicht überarbeitete Version des Entwurfs verhandelt und ein zum Oktober 2027 geplantes Inkrafttreten verschoben. Was sieht der Entwurf derzeit vor?

- Ab dem ersten Semester sollen theoretische und klinische Inhalte stärker verzahnt werden.
- Die abzulegenden Staatsexamina werden neu aufgeteilt und erweitert. Das erste Staatsexamen besteht aus einer schriftlichen Prüfung nach dem 4. Semester und einer strukturierten klinisch-prak-

tischen Prüfung (»Objective Structured Clinical Examination«, kurz OSCE) nach dem 6. Semester. Das zweite Staatsexamen findet dann als schriftliche Prüfung nach dem 10. Semester statt. Das dritte und letzte Staatsexamen erfolgte nach dem 12. Semester (also nach dem Praktischen Jahr) und besteht aus einer Prüfung an zwei Patient*innen (einmal aus ambulanten und einmal aus dem stationären Bereich). Darüber hinaus soll ergänzend zum Staatsexamen eine OSCE mit zehn Stationen stattfinden.

- Die Verlegung des zweiten Staatsexamens auf nach dem 6. Semester erinnert dabei stark an die Studienaufteilung in Bachelor- und Masterabschluss.
- Angedacht ist zudem eine vollständige Digitalisierung der schriftlichen Staatsexamina und die Ermöglichung anderer Fragetypen als Single-Choice Fragen. Das *Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)* ist dabei federführend und stellt auch die Fallvignetten und Bewertungsmuster für die OSCE.
- Das Praktische Jahr (PJ) wird in Quartale anstatt Tertiale aufgeteilt. Das zusätzliche Pflichtquartal soll in einem ambulanten vertragsärztlichen Bereich – bei freier Auswahl des Fachbereichs – abgeleistet werden. Zudem sollen zukünftig auch Prüfungen im Fach Allgemeinmedizin möglich sein. Weiterhin verpflichtend im PJ bleiben die Fachgebiete Chirurgie und Innere Medizin. Das vierte Wahlquartal in einem klinisch-praktischen Fachgebiet kann wie gehabt frei gewählt werden.
- Für das PJ sollen bessere Bedingungen geboten werden, wie zum Beispiel ein eigener Arbeitsplatz, Zugang zum elektronischen Patientenverwaltungssystem oder Umkleiden.
- Das Fach Allgemeinmedizin soll durch insgesamt acht Wochen Blockpraktikum, beginnend im zweiten Semester, longitudinal ins Studium eingebunden werden.

Verschiedene Verbände wie z. B. die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), Hartmannbund oder auch der Marburger Bund begrüßen allesamt den frühen Praxisbezug und die kompetenzorientierte Ausrichtung. Auch den Ausbau der Digitalisierung oder die Erweiterung der Studieninhalte um Themen des ambulanten und öffentlichen Gesundheitswesens begrüßen viele. Kritisiert wird dennoch die Erhöhung des gesamten Arbeitsaufwandes. Statt lediglich einer Ergänzung der Studieninhalte, wurde daher wiederholt die Streichung überholter oder weniger wichtigerer Lerninhalte gefordert. Außerdem sieht der Entwurf weiterhin keine verpflichtende Aufwandsentschädigung während des PJ vor, was ebenfalls, vor allem von studentischen Vertretungen, bemängelt wird. Wie schon vom MFT angesprochen, ist zudem fraglich, inwieweit eine schwerpunktmäßige Ausrichtung des Studiums auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung (wie z. B. die verpflichtende Einführung

eines PJ-Quartals in der Allgemeinmedizin) eine sinnvolle Richtung darstellt. Das Medizinstudium sollte eine möglichst breite Ausbildung in den verschiedenen Fach- und Arbeitsbereichen bieten. Dazu gehören sowohl die ambulante wie auch die stationäre ärztliche Versorgung. Eine so schwerpunktmäßige Auslegung auf die Allgemeinmedizin widerspricht diesem Anspruch. Ebenfalls abzuwarten, gilt die tatsächliche Umsetzbarkeit der Anpassungen. Ungeklärt ist nämlich weiterhin die Kostenfrage, bei der sich Bund und Länder nicht einigen konnten, sowie das geplante Einführungsjahr.

Der NKLM

Ein weiterer wichtiger Aspekt des Referentenentwurfs ist die Verankerung des *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM)* in der ärztlichen Approbationsordnung als Grundlage der Lerninhalte. Dieser soll vor allem auch im Hinblick auf den Gegenstandskatalog des IMPP als wichtige Referenz gelten. Der NKLM wurde bereits 2015 vom MFT und der *Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA)* als Erstversion veröffentlicht und stellt den Versuch dar, ein Kerncurriculum für angehende Ärzt*innen zusammenzustellen. Dazu zählen neben Wissen und Fertigkeiten auch übergeordnete Lernziele wie Haltungen, Wissenschaftskompetenzen und sogenannte »Soft Skills«. Allen Lerninhalten übergeordnet wird die Kommunikation zwischen Arzt oder Ärztin und Patient*innen, da diese als das Zentrum ärztlichen Handelns verstanden wird. Im April 2021 wurde bereits eine zweite Version, der NKLM 2.0, veröffentlicht. Dabei wurden die Lernziele durch verschiedene Arbeitsgruppen überprüft, operationalisiert und miteinander durch Querverweise und Anwendungsbeispiele vernetzt. Dieser Prozess dauert über drei Jahre und wurde mittels einer digitalen Plattform (Learning Opportunities, Objectives and Outcomes Platform – LOOOP) von der Charité Berlin und der Medizinischen Hochschule Brandenburg umgesetzt. Ab dem Inkrafttreten der neuen ÄApprO wird der NKLM die verbindliche Grundlage des Curriculums aller medizinischen Fakultäten darstellen. Bis dahin soll in einem komplexen Arbeitsprozess ein dritte Version, der NKLM 3.0 entstehen, der dann die endgültige Version darstellt. Als Zwischenschritt ist für 2024 ein NLKM 2.1 angestrebt, der eine Schlüsselrolle in der Vorbereitung auf die Umsetzung der neuen ÄApprO spielen soll. Die Medizinfakultäten können nämlich anhand dieser Version die Implementierung für die Semester 1-4 im Rahmen der neuen ÄApprO vorbereiten. Die Weiterentwicklung des NKLM 2.0 ist deshalb so relevant, weil die Einschätzung der jeweiligen Fakultäten zur Praktikabilität und Umsetzbarkeit des Katalogs noch nicht berücksichtigt wurde. Daher werden inhaltliche Rückmeldungen der einzelnen Fakultäten in vom MFT eingesetzten Gremien durch Vertreter*innen aus den jeweiligen Fakultäten, medizinischen Fachgesellschaften und der Studierendenschaft gesammelt und diskutiert. Diese Rückmeldungen fließen dann frühzeitig in den NKLM-Weiterentwicklungsprozess mit ein.



Begrüßenswert scheint auf jeden Fall die Ausweitung oder zumindest einheitliche Strukturierung des Kompetenzbereichs angehender Ärzt*innen. Neben dem offensichtlichen Fachwissen in der Medizin, werden Fertigkeiten in der Anwendung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie in der Kommunikation, der Interaktion und der Teamarbeit eingefordert. Darüber hinaus enthält das Curriculum eine gesellschaftswissenschaftliche und ethische sowie eine interprofessionelle Ebene. Progressiv wirkt auch (vor allem in der aktuellen Feedbackrunde zu den Lerninhalten) die starke Beteiligung studentischer Perspektiven. Wünschenswert wäre hier jedoch auch eine Ausweitung um andere Berufsgruppen, wie der Krankenpflege oder um Betroffene durch zum Beispiel Patient*innenvertretungen. Darüber hinaus gibt es noch starke Unterschiede in der Granularität der Kataloginhalte. Die fehlende Tiefe an manchen Stellen, sowie wie die starke Genauigkeit an anderen wird von unterschiedlichen Fachgesellschaften kritisiert. Obwohl der aktuelle Revisionsprozess partizipativ gestaltet wird, ist

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit: Ärztliche Versorgung, 07.03.2024 [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung>

Bundesministerium für Gesundheit: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung, überarbeitete Version, Stand 06/2023

Bundesministerium für Bildung und Forschung: Masterplan Medizinstudium 2020, März 2017 [online]: <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html>

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (Bvmd): Pressemitteilung – Rassismuskritik gehört ins Kerncurriculum, 15.09.2022 [online] <https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2022/12/PM-NKLM-Kritik.pdf>

Deutscher Ärztinnenbund: Medical Women on top – update 2022, 2022 [online]: https://www.aerztinnenbund.de/downloads/8/MWoT2022_Web.pdf

Deutsches Ärzteblatt: Weiter Debatte um mehr Medizinstudienplätze, 26.01.2023 [online] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140563/Weiter-Debatte-um-mehr-Medizinstudienplaetze>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Gesundheitsdaten – die Medizin wird weiblich, 2022 [online] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php>

Medizinischer Fakultätentag: Ärztliche Approbationsordnung Medizin [online] <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/aerztliche-approbationsordnung/>

Robert-Bosch-Stiftung: Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Mai 2021 [online]: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland>

Swiss Medical Students Association (Swimsa): Praxisrealität schreckt Medizinstudierende ab, 04.12.2023 [online]: https://swimsa.ch/wp-content/uploads/2023/11/20231204_Medienmitteilung_Praxisrealitaet-schreckt-Medizinstudierende-ab_D.pdf

Statistisches Bundesamt (Destatis): Studienanfänger/innen und Studienplatzbewerber/innen in bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen, 2023

Statista und OECD: Durchschnittliche Anzahl Hochschulabsolventen der Medizin in ausgewählten Ländern im Jahr 2021, 07.11.2023 [online] <https://de-statista-com.emedien.ub.uni-muenchen.de/statistik/daten/studie/77157/umfrage/hochschulabsolventen-medinin-je-100000-einwohner-nach-laendern/>

fraglich, inwieweit der Katalog tatsächliche Neuerungen und Anpassungen zulässt. Eine Arbeitsgruppe der bvmd zu Antirassismus in der Medizin kommt beispielsweise nach einer ausführlichen Analyse zu dem Schluss, dass der NKLM 2.0 nur unzureichend die Vermittlung von Kompetenzen zum Erkennen und Verhindern von Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung vorsieht. Zwar wird das Thema als eigenes Lernziel aufgefasst, trotzdem werden wichtige Kompetenzen im Katalog noch nicht erfasst. Darüber hinaus könnten sogar durch sprachliche und begriffliche Ungenauigkeiten diskriminierende Tendenzen in der Lehre verstärkt werden (bvmd, 2022).

Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aktuell viel Bewegung im Medizinstudium besteht. Dabei ergeben sich definitiv Chancen zur Erneuerung, zum Abbau alter, verkrusteter Strukturen und einer Ausweitung der ärztlichen Perspektive auf eine multiprofessionelle und bedürfnisorientierte Zusammenarbeit. Gleichzeitig stellt sich die Frage, inwieweit Reformvorschläge und -ansätze nicht auch von dem eigentlichen Problem im Gesundheitssektor ablenken. Eine Umfrage unter über 2.000 Medizinstudent*innen im letzten Studienjahr aus der Schweiz zeigte, dass über 30% ernsthaft überlegten, den Berufswunsch aufzugeben. Diese Zweifel resultieren hauptsächlich aus den Bedenken bezüglich der zu erwartenden schlechten Arbeitsbedingungen (swimsa, 2023). Diese Missstände sind wiederum (in Deutschland noch viel apparenter als in der Schweiz) die Folge von jahrzehntelanger Privatisierung und profitorientierter Gesundheitspolitik. Es bleibt abzuwarten, wann und in welcher Form die angedachte Änderung der ÄApprO tatsächlich verabschiedet und wie ihre bundesweite Implementierung erfolgen wird. Im Sinne dieser aktuellen Ausgabe der Zeitschrift, soll an dieser Stelle jedoch nochmal die Bedeutung der Multiprofessionalität im Gesundheitssektor hervorgehoben werden. Eine Erhöhung der Medizinstudienplätze und eine Reformierung des Studiums kann nicht die Allgemeinlösung für die erwartete und derzeit bereits spürbare Versorgungsnot sein. Die Abkehr vom Faktor »Arzt« als zentrale (und vor allem in Deutschland historisch geprägte) Schaltstelle der Gesundheitsversorgung und stattdessen die Hinwendung zu einer fächerübergreifenden und tatsächlich bedarfsorientierten Versorgungsstruktur erscheint als notwendige Entwicklung für ein modernes und nachhaltiges Gesundheitssystem.

Julius Poppel ist Mitglied des Gesundheitskollektivs München und der Redaktion von *Gesundheit braucht Politik*.

Ein politischer Fehler

Zur Einführung von Physician Assistants

Von Julian Veelken

Die verstärkte Einführung von Physician Assistants wird Ärzt*innen im Krankenhaus nicht entlasten und die ärztliche Weiterbildung erheblich verschlechtern. Denn was in anderen Ländern mit weniger ökonomisierten Gesundheitswesen ohne Konkurrenz und Preisdruck eine sinnvolle Arbeitsteilung darstellen kann, hat unter den Bedingungen in Deutschland andere Konsequenzen und ist deshalb besonders kritisch zu betrachten.

Ausgangslage

Physician Assistants (PA) sind als eigenständiger Beruf in einigen Ländern fest etabliert. Nach längerer Diskussion ist das Berufsbild jetzt auch in Deutschland eingeführt worden. Ein wesentlicher Schritt zur Akzeptanz war hier die Verabschiedung eines gemeinsamen Papiers der *Bundesärztekammer* und der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* im Jahre 2017. Die Diskussion über den PA ist jedoch keineswegs beendet. Während ärztliche Befürworter des neuen Berufes meinen, dass Ärzt*innen durch PA-Unterstützung für typischere – manche formulieren auch »richtige« – ärztliche Tätigkeiten entlastet würden, begrüßen Vertreter*innen aus der Krankenpflege die zusätzliche akademische Qualifikationsmöglichkeit für Angehörige der Pflegeberufe. Betriebswirt*innen der Krankenhausträger werden ein genaues Auge darauf haben, inwieweit sich durch das neue Berufsbild das Budget für den ärztlichen Dienst reduzieren lässt. Kritiker*innen des neuen Berufsbildes warnen vor einer Reduzierung der Qualifikation des die Patient*innen konkret versorgenden Personals, vor schwerwiegenden negativen Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung und bestreiten, dass die Einführung der PAs mittelfristig zur Entlastung des ärztlichen Personals führe.

Tätigkeitsbild von Physician Assistants und Ärzt*innen

Der vorliegende Text diskutiert vorwiegend am Beispiel des stationären Sektors die verschiedenen Argumente. Analoge Gesichtspunkte lassen sich aber auch für den ambulanten Sektor problemlos finden. Ausgangspunkt der folgenden Erörterung ist das Tätigkeitsprofil des Physician Assistants, wie es in den Beschreibungen der ausbildenden Hochschulen veröffentlicht ist, denn eine gesetzliche Regelung des Berufsbildes der PA gibt es nicht. Im Informationsflyer der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe wird das Tätigkeitsprofil der PAs wie folgt beschrieben:

- Mitwirkung bei der Erstellung der Diagnose und des Behandlungsplans
- Mitwirkung bei komplexen Untersuchungen sowie bei der Durchführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten
- Mitwirkung bei der Ausführung eines Behandlungsplans
- Mitwirkung bei Eingriffen
- Mitwirkung bei Notfallbehandlungen
- Adressatengerechte Kommunikation und Informationsweitergabe
- Prozessmanagement und Teamkoordination
- Unterstützung bei der Dokumentation



Beim Lesen dieses Tätigkeitsbildes fällt sofort auf, dass es sich um Tätigkeiten handelt, die heute zu 70 bis 80% von Ärzt*innen in Weiterbildung ausgeführt werden. Der Vorbehalt, dass die Tätigkeit der PAs immer unter ärztlicher Aufsicht zu erfolgen hat, macht diesen Befund nicht besser, da für Ärzt*innen in Weiterbildung ausdrücklich auch gilt, dass deren Tätigkeiten – Stichwort »Facharztstandard« – von erfahrenen (Fach-) Ärzt*innen überwacht und gesteuert werden muss.

Neben Anamneseerhebung und Aufstellung des Therapieplanes verdient der Begriff der »Adressatengerechten Kommunikation und Informationsweitergabe« eine besondere Betrachtung. Hierbei handelt es sich neben dem Austausch mit den anderen Gesundheitsberufen vor allem um die Kommunikation mit den Patient*innen und deren Angehörigen. Das heißt aber bei fehlender Spezifizierung, dass darunter sowohl die Durchführung der ärztlichen Visite fallen kann, als auch die Übermittlung ärztlicher Untersuchungsergebnisse oder auch das Führen des Entlassungsgesprächs. Selbst Aufklärungsgespräche für Operationen oder invasive Prozeduren dürfen von PAs »vorbereitet« werden, was immer »Vorbereiten« hier heißt.

Es ist nach derzeitigem Stand der Diskussion keineswegs abwegig und eher zu erwarten, dass die konkrete Versorgung der Patient*innen einer Station eines Tages hauptsächlich von PAs vorgenommen wird, die in einer Früh- und einer Spätbesprechung jeden Tag an Fach- oder Oberärzt*innen berichten und danach deren Anweisungen und Entscheidungen bei den Patient*innen umsetzen werden.

Als vor einigen Jahren auf breiter Front Dokumentationsassistent*innen für die Diagnosecodierung einge-

führt wurden, haben die Controller der Krankenhäuser umgehend ausgerechnet, wieviel ärztliche Arbeitszeit für die Codierung von den Dokumentationskräften übernommen werden kann. Wenn man zu dem Ergebnis kommt, dass Codierung 10% der ärztlichen Arbeitszeit beansprucht, wird diese ersparte ärztliche Arbeitszeit umgehend auf die ärztlichen Stellenpläne umgelegt. Das heißt, dass eine Abteilung mit zehn ärztlichen Stellen dann eine Stelle, eine Abteilung mit fünf Vollkräften eine halbe ärztliche Stelle verlieren wird. Diese Reduzierung der ärztlichen Stellenpläne ist bei der Einführung der medizinischen Dokumentationsassistent*innen umgehend erfolgt.

Wenn man bedenkt, dass, wie oben ausgeführt, 70% der Tätigkeiten der PA heute von Ärzt*innen in Weiterbildung und auch Stations-Fachärzt*innen erbracht werden, so fällt es schwer, Argumente dagegen zu finden, dass 60 bis 70% dieses ärztlichen Personals in den Stellenplänen durch PAs ersetzt werden können.

Aus ärztlicher Sicht wäre das eine katastrophale Entwicklung, da damit glatt 50% der ärztlichen Stellen einer Abteilung durch PAs ersetzbar sein dürften. Dies hat zur Folge, dass die wenigen übrig bleibenden ärztlichen Kolleg*innen in der Stationsarbeit sich in keiner Weise entlastet fühlen werden, zumal sie dann diejenigen sein werden, die die ärztliche Aufsicht über all dies haben müssen. Insbesondere die Belastung durch Bereitschaftsdienste wird für die verbliebenen ärztlichen Kolleg*innen massiv steigen, da diese von Physician Assistants nicht übernommen werden dürfen.

Wenn die von den PAs übernommene Arbeit als Stellen in den ärztlichen Stellenplänen abgezogen werden,

machen die wenigeren Ärzt*innen die nicht von den PAs übernommenen Arbeiten. Da sie genau so viele Ärzt*innen weniger sind, wie Arbeit von den PAs abgenommen wird, findet netto keine Entlastung statt

Wenn diese Auswirkung auf die ärztlichen Stellenpläne zumindest im stationären Sektor schon enorm ist und durchaus wieder zu erheblichen Schwierigkeiten führen kann, überhaupt eine ärztliche Weiterbildungsstelle zu finden, so sind die Auswirkungen auf die konkrete ärztliche Weiterbildung womöglich noch grundsätzlicher.

Weiterbildung

Die Erhebung von Anamnesen und körperlichen Untersuchungsbefunden stellt eine ärztliche Grundkompetenz dar, die zu erwerben bereits heute für jüngere Ärzt*innen in Weiterbildung eine erhebliche Herausforderung darstellt. Werden diese Tätigkeiten und ihre Dokumentation in Zukunft regelmäßig von PAs übernommen, so wird der Erwerb dieser Grundkompetenz massiv behindert.

Die Erkennung von pathologischen Zuständen setzt die sichere Erkennung von Normalbefunden voraus. Die routinemäßige Erhebung einer großen Zahl von »unauffälligen« Anamnesen und körperlichen Normalbefunden ist somit die Voraussetzung für eine kompetente klinische Diagnosestellung. Die korrekte Diagnose ist die Voraussetzung für die Aufstellung eines Behandlungsplanes und von dessen Durchführung. Gleiches gilt für den Kompetenzerwerb in apparativer Zusatzdiagnostik, etwa in internistischen oder neurologischen Funktionsbereichen, die nach der oben gegebenen Tätigkeitsbeschreibung der Physician Assistants zu deren Tätigkeitsbild gehören.

Alle diese Tätigkeiten müssen sowohl den PAs als auch den ärztlichen Kolleg*innen vermittelt und der entsprechende Kompetenzerwerb überprüft werden, was typischerweise durch erfahrene Ärzt*innen erfolgt. Während die PAs nach entsprechendem Training diese Kenntnisse dann über einen längeren Zeitraum an ihrer Arbeitsstelle immer wieder anwenden können, werden ärztliche Weiterbildungsassistent*innen nach Ende ihrer Weiterbildung oder Rotation die Abteilung verlassen und durch neue Kolleg*innen ersetzt. Für ein Krankenhaus, eine Fachabteilung, auch eine Praxis im niedergelassenen Bereich, »lohnt« sich die Ausbildung von PAs unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten also deutlich mehr, da diese Kräfte, nachdem sie spezifisch weitergebildet sind, der Einrichtung erhalten bleiben, während der Weiterbildungsaufwand im ärztlichen Bereich mit jeder neuen Ärzt*in in Weiterbildung erneut geleistet werden muss. In dieser Konkurrenzsituation um Weiterbildungsressourcen können die betroffenen ärztlichen Kolleg*innen nur verlieren, auch dadurch, dass die ärztlichen Kolleg*innen durch den erforderlichen Freizeitausgleich bei gesteigerter Dienstbelastung in der Kernarbeitszeit (in der Weiterbildung in der Regel stattfindet) verstärkt nicht anwesend sind.

Eine besondere Betrachtung verdient die Weiterbildungssituation im operativen Bereich. Schon heute wird

von Ärzt*innen in Weiterbildung in chirurgischen Disziplinen kritisiert, dass für die konkrete chirurgische Weiterbildung im Operationssaal ungenügend Zeit zur Verfügung steht. Die operative Assistenz, zumal bei komplexeren Eingriffen geht über das plakative »Hakenhalten« weit hinaus und ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die eine zeitintensive Unterweisung und Anleitung, sowie persönliches Training erfordert. Man denke hier zum Beispiel an mikrochirurgische Eingriffe oder auch komplexe endoskopische Prozeduren. Wenn im Op-Bereich nun Physician Assistants die Op-Assistenz regelmäßig übernehmen, muss dieses Personal zuvor von den erfahrenen operativ tätigen Fachärzt*innen genauso ausgebildet werden, wie sonst Ärzt*innen in Weiterbildung. Diese Zeit zur Ausbildung der PAs steht dann für die Ärzt*innen in Weiterbildung nicht zur Verfügung. Nach der Ausbildung der PAs wird das Interesse der Abteilung an der Ausbildung der Ärzt*innen nachlassen, da für die operative Assistenz durch die PAs nach einiger Zeit erfahrenes Personal langfristig zur Verfügung steht. Dies wird zusätzlich die Anzahl der von Ärzt*innen komplett durchgeführten Eingriffe während ihrer Weiterbildung reduzieren.

Zusammenfassung

Die breite Einführung des Berufsbildes des Physician Assistants unter den Bedingungen von Kostendruck und Konkurrenz der Leistungsanbieter wird das Berufsbild der Ärzt*in in allen Sektoren verändern. Dies gilt besonders für den Krankenhausbereich, wo Ärzt*innen in Weiterbildung sowohl in ihren Tätigkeiten, als auch in der Weiterbildung mit den PAs konkurrieren. Die Exposition von Ärzt*innen mit Patient*innen wird massiv reduziert, wenn der konkrete Kontakt mit Patient*innen von den, weniger gut bezahlten, PAs übernommen wird. Durch die Einarbeitung von PAs in Funktionsbereichen in Klinik und Praxis, sowie im OP, steht die dafür erforderliche Zeit für die Weiterbildung von Ärzt*innen nicht zur Verfügung. All diese Prozesse führen zu einer weiteren massiven Verschlechterung der ärztlichen Weiterbildung sowie zu einer Deakademisierung und auch Deprofessionalisierung des Arztberufes. Durch die zu erwartende Reduzierung von ärztlichen Weiterbildungsstellen in Klinik und Praxis wird sich mittelfristig der Facharztmangel verstärken. Es wird sich als ein schwerer politischer Fehler erweisen, dass Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht darauf gedrungen haben, dass gegen die beschriebenen Entwicklungen politische Vorkehrungen implementiert werden.

Julian Veelken ist Facharzt für Neurochirurgie und spezielle Schmerztherapie; er arbeitete viele Jahre als Oberarzt in der Neurochirurgie bei den Berliner Vivantes Kliniken, derzeit ist er angestellt in einem interdisziplinären MVZ; er ist Sprecher der FrAktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin.

Nachgefragt

Kurzinterviews mit Physician Assistants

Der kritischen Analyse davon, wie die Schaffung neuer Gesundheitsberufe im durchökonomisierten deutschen Gesundheitssystem zur Kostenreduktion missbraucht werden kann (wie sie in diesem Heft Gerd Dielmann und Julian Veelken vornehmen), steht in der Realität des Krankenhausbetriebs die enge und gute Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Kolleg*innen mit neuen Berufen

gegenüber. Doch: Wie ist eigentlich deren Ausbildungsweg, Berufsalltag und Perspektive auf ihr Berufsbild? Welche Konflikte und Chancen sehen sie? Wir haben einmal nachgefragt: Bei einer Stationsassistentin, zwei Physician Assistants mit unterschiedlichen Ausbildungswegen und einem PA Studierenden.

Henriette

Henriette arbeitet als medizinische Fachassistentin in der kardiologischen Abteilung eines kleinen städtischen Klinikums.

Was für eine Ausbildung hast Du? Wo hast Du in der Vergangenheit gearbeitet?

Ich bin ausgebildet medizinische Fachangestellte und habe seit Ende meiner Ausbildung in verschiedenen niedergelassenen Praxen gearbeitet. Zuletzt war ich als Praxisleitung in einer Allgemeinmedizinischen Arztpraxis tätig.

Warum hast Du Dich entschieden, als Medizinische Assistentin im Krankenhaus zu arbeiten?

Ich habe mich entschieden; die niedergelassenen Praxen zu verlassen, weil die Arbeitsbedingungen und der Stressfaktor in keinem Verhältnis zum Verdienst stehen. Ich bin vor allem ein sehr strukturierter Mensch und es ist auf Grund vieler Faktoren heutzutage kaum noch möglich, vernünftige Strukturen in Arztpraxen zu pflegen. Am Ende scheitert es meist an ausreichendem Fachpersonal das nicht bereitgestellt werden kann oder möchte.

Was sind Deine Aufgaben gemäß Deiner Ausbildung und was sind Deine Aufgaben real in der Praxis im Krankenhaus?

Meine Aufgaben als medizinische Fachangestellte sind eine Mischung aus Arbeit am Patienten und administrativen Tätigkeiten. Diese führe ich auch im Krankenhaus aus, allerdings längst nicht in dem Umfang wie in einer niedergelassenen Arztpraxis. Dort führt man zum Teil

noch weitaus mehr Aufgaben aus, die gar nicht zum eigentlichen Berufsbild gehören, und die Arbeit lastet auf wenigen Schultern, sodass man die Masse irgendwann nur noch unter großem Stress schafft und viel mit nachhause nehmen und nach Feierabend nacharbeiten muss.

Wie schätzt Du das Verhältnis zu den Ärzt*innen ein?

Das Verhältnis zu den Ärzt*innen im Krankenhaus ist mir bisher sehr positiv aufgefallen. Ich erlebe ein Arbeiten auf Augenhöhe und keinerlei Abwertung meines Berufs. Ich habe immer wieder das Gefühl, dass meine Tätigkeit wertgeschätzt und dankend angenommen wird.

Erlebst du Unklarheiten bezüglich der Aufgaben und der Verantwortungsübernahme?

Absolut nicht! Ich habe eine klare Stellenbeschreibung, die Aufgaben nur in Absprache mit mir hinzufügt.

Wie reagieren die Patient*innen auf Dich?

Ich glaube, die Patienten nehmen mich nicht anders wahr als die Pflegekräfte. Ich komme halt nicht zum Waschen sondern zur Blutentnahme oder, wenn Unterschriften benötigt werden. Bisher wurde ich noch nicht in Frage gestellt oder direkt darauf angesprochen, was meine Tätigkeit ist.

Johanna

Johanna arbeitet als Physician Assistant in der urologischen Abteilung eines Universitätsklinikums.

Was für eine Ausbildung hast Du und wo bist Du zum Physician Assistant (PA) ausgebildet worden? Wo hast Du in der Vergangenheit gearbeitet?

Ich bin eigentlich examinierte Krankenschwester und habe 2015 im Klinikum angefangen, in dem ich auch heute noch arbeite. Ich habe dann ein berufsbegleitendes Studium an einer privaten Hochschule in einer anderen Stadt angefangen. Das war ein klassisches Bachelor-Master Studium. Währenddessen war ich für 50% als PA im Studium angestellt für meine Praxisrotationen. Einmal im Monat hatte ich einen Wochenblock Studium. Außerdem musste ich Stunden in vielen Abteilungen, unter anderem in der Anästhesie, Notfallmedizin, in der Inneren und in chirurgischen Fächern nachweisen.

Warum hast Du Dich entschieden, als Physician Assistant zu arbeiten?

Ich hatte die Ausbildung zur Krankenpflegerin bereits mit 16 angefangen und war deshalb schon sehr jung examinierte Pflegekraft. Nach einer Zeit hatte ich das Gefühl, dass ich mich noch weiterbilden möchte, gerne einen höheren Abschluss und mehr Verantwortung wollte. Es ging mir aber auch um die Arbeitsbedingungen in der Pflege, die Schichtdienste und die mangelnde Wertschätzung. Zuerst habe ich überlegt, Medizin zu studieren, dann hatte ich die Idee, Physician Assistant zu werden und habe einfach meine Chefin angesprochen, die mich dann darin unterstützt hat.

Was sind Deine Aufgaben gemäß Deiner Ausbildung und was sind Deine Aufgaben real in der Praxis im Krankenhaus?

Ich sag mal so: Es ist so schwierig, was sich einzelne Kliniken vorstellen. Es

gibt auch immer wieder Diskussion, wie PAs gehaltlich eingruppiert werden. Primär ist es eigentlich unsere Aufgabe, den ärztlichen Bereich zu entlasten, wir sind Teil des ärztlichen Dienstes.

Mein Arbeitsalltag ist ähnlich dem der Assistenzärzt*innen. Ich mache Visiten, dokumentiere, betreue Patient*innen, schreibe Pflegeanforderungen, ich sonografiere, mache Röntgendiagnostik, außerdem Ersteinschätzungen in der Notaufnahme, Blutentnahmen, lege Zugänge. Außerdem habe ich mich ein wenig auf Transgendermedizin spezialisiert. Deshalb bin ich ein Mal im Monat als 1. Assistenz im OP eingeteilt und mache da auch alleine die Sprechstunde.

Du hast die Eingruppierung angesprochen. Wie schwierig ist das?

Das hängt sehr vom Haus ab. Die Deutsche Gesellschaft für PA will in Zukunft Vorschläge für die Eingruppierung in Tarife machen, das finde ich sehr gut. Bei mir ging es zum Glück, da ich ja meine Station bereits kannte und da einen Vertrauensvorschuss hatte.

Wie sieht Dein Arbeitsalltag aus?

Ich habe eine Fünf-Tage-Woche und bin in der Zeit ab 6.30 oder 7.30 auf Station oder in der Ambulanz. Ich muss keine Dienste machen, habe eine 40-Stunden Woche. Allerdings mache ich, genauso wie die Assistenzärzt*innen, sehr viele Überstunden.

Wie schätzt Du das Verhältnis zu den Ärzt*innen ein?

Prinzipiell gut, aber gerade jüngere kennen das Berufsbild nicht und müssen erst neu rangeführt werden. Manche begegnen mir mit Arroganz, obwohl ich schon viel länger als sie da bin. Doch dann merken die meis-

ten relativ schnell, dass ich helfen kann und ihnen nichts wegnehmen will. Es ist eine geringere Hürde, mich zu fragen, als einen Oberarzt.

Mich ärgert es manchmal, wenn ich zum Beispiel im Ärzteblatt negative Kommentare über PAs lese, von Leuten, die sich gar nicht auskennen. Da ist oft die Angst, dass wir ärztliche Stellen wegnehmen. Bei mir war das nicht so. Ich stehe zwar auf dem ärztlichen Stellenplan, für mich wurde aber eine zusätzliche Assistentenstelle geschaffen. Was ich kritisch sehe, ist, dass es mittlerweile auch möglich ist, PA zu studieren, ohne vorher eine abgeschlossene Ausbildung in einem medizinischen Beruf zu haben. Es ist wichtig, dass es da in Zukunft gute Standards, etwa von der Deutschen Gesellschaft für PA gibt.

Erlebst Du Unklarheiten bezüglich der Aufgaben und der Verantwortungsübernahme?

Manchmal schon, aber eher mit fremden Abteilungen. Zum Beispiel, wenn ich Konsile beantworte und dann die Rückfrage kommt, ob sich noch mal eine Ärztin melden kann. Es ist wichtig, dass ich immer einen Oberarzt dabei habe, der Behandlungspfade und Diagnostikpfade absegnet. Wenn neue Aufgaben dazu kommen, habe ich das im Blick. Dann muss ich schon mal sagen: »Wenn ich das mache, brauche ich aber vorher zum Beispiel einen Strahlenschutzkurs.« Ich achte dann darauf, dass wir die Delegation, Übernahme und Dokumentation klären.

Wie reagieren die Patient*innen auf Dich?

Positiv neugierig würde ich sagen. Manche fragen: Was ist das jetzt? Dann sage ich, ich habe einen Studiengang absolviert, der angelehnt ans Medizinstudium ist, ich bin keine Ärztin aber arbeite im ärztlichen Dienst.

Wie reagieren Pflegekräfte auf Dich?

Pflegerische Kolleginnen schätzen, dass ich Erfahrung aus der Pflege habe. Ich habe auch pflegerische Abläufe im Blick und kann pflegerische Anforderungen besser stellen als viele junge Ärzt*innen.



René

René arbeitet als Arztassistent auf der nephrologischen Station eines städtischen Maximalversorgers.

Was für eine Ausbildung hast Du? Wo hast Du in der Vergangenheit gearbeitet?

Ich bin gelernter Rettungsassistent und zunächst eine ganze Weile Rettungswagen gefahren. Seit 15 Jahren arbeite ich nun im selben Krankenhaus, sowohl in der Ambulanz, als auch als Stationsassistent. Nach einem 2-Jahres-Lehrgang war ich Klinikambulanzleitung. Jetzt bin ich in der Nephrologie als Physician Assistant.

Warum hast Du Dich entschieden, als Arztassistent zu arbeiten?

Mir war es auf Dauer zu langweilig, in der Ambulanz nur Papierkram und Orga zu machen. Als ich vom Oberarzt gefragt worden bin, hatte ich Lust auf eine berufliche Weiterentwicklung.

Was sind Deine Aufgaben gemäß Deiner Ausbildung und was sind Deine Aufgaben real in der Praxis im Krankenhaus

Zu meinen Aufgaben gehört: Aufklärungsbogen vorbereiten, Blutentnahmen, Abstriche, Befunde, aber auch invasive Maßnahmen wie das Assistieren bei Pleurapunktionen, Blasenkatheter legen usw. Bei uns im Klinikum ist alles digital, auch die Aufklärungen. Ich muss mit den Patient*innen die Fragen durchgehen und die Eingriffe erklären, am Ende kommt noch eine Ärztin, um noch

einmal selbst aufzuklären, für mögliche Fragen und die Unterschrift. Die meisten Fragen kann ich mittlerweile auch selbst gut beantworten. Aufnahmen und Anamnese mache ich nicht.

Wie schätzt Du das Verhältnis zu den Ärzt*innen ein?

Das Verhältnis ist sehr kollegial. Ich puffere für die Assistent*innen alles ab, was die sehr schätzen, aber manchmal wird dann auch sehr viel Arbeit an mich abgegeben. PJ-ler arbeite ich ein, die können mir dann auch mal Arbeit abnehmen. Die Visite hat aber immer Vorrang. Wenn ich mal im Urlaub bin, ist für die Assistenzärzt*innen leider Land unter.

Erlebst Du Unklarheiten bezüglich der Aufgaben und der Verantwortungsübernahme?

Nein. Das ist klar geregelt. Seit zwei Monaten läuft es so, dass mir digitale Konsile gestellt werden mit genauen Arbeitsanweisungen. Das ist gut, weil ich dann einen Überblick über meine Aufgaben habe und auch mal leichter ablehnen kann, als wenn mir mündlich immer noch etwas übertragen wird, was ich »mal schnell« machen soll. Ich habe klare Arbeitszeiten an fünf Tagen die Woche. Wenn ich will, kann ich mal einen zusätzlichen Wochenddienst in der Pflege übernehmen auf freiwilliger Basis. Durch meine Arbeitserfahrung habe ich keine Unsicherheiten bezüglich der Verantwortung.

Benthe

Benthe absolviert aktuell das Studium zum PA an einer Berliner Hochschule.

Was für eine Ausbildung hast Du? Wo hast Du in der Vergangenheit gearbeitet?

Ich habe die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten absolviert und arbeite seit 2016 in einer Berliner Notaufnahme.

Warum hast Du Dich entschieden, als Physician Assistant zu arbeiten?

Ich war auf der Suche nach einer neuen beruflichen Herausforderung. Die Arbeit in der Pflege hat mich nicht mehr erfüllt. Ich war und bin auf der Suche nach einer neuen beruflichen Herausforderung. Durch einen sehr guten Freund bin ich letztendlich auf den Studiengang gestoßen.

Wo lässt Du Dich aktuell zum Physician Assistant ausbilden? Wie sieht die Ausbildung aus?

Ich studiere seit dem Wintersemester 2022 an einer Berliner Hochschule. Das Studium ist in Modulen aufgeteilt. Pro Modul sind drei Online Vorlesungen und 2 Präsenztage vorgesehen. Zusätzlich stellt die Hochschule eine Online Plattform. Auf diese Plattform kann ich mich jederzeit

einloggen. Die Präsenztage finden entweder in der Hochschule oder in Kooperationskliniken statt. Am zweiten Tag während der Präsenzphase findet eine Prüfung statt. Mögliche Prüfungsformen sind: Klausuren, Hausarbeiten, wissenschaftliche Arbeiten, Präsentationen oder praktische Prüfungen. Die Prüfungen werden von den jeweiligen Dozenten / der jeweiligen Dozentin abgenommen und benotet. Pro Semester ist ein dreiwöchiges Praktikum im ärztlichen Bereich vorgesehen.

Was sind Deine Aufgaben gemäß Deiner Ausbildung? Glaubst Du, dass sich das real in der Klinik unterscheidet?

Während meines Studiums muss ich mein Logbuch erfüllen. Dort sind zum Beispiel Tätigkeiten wie eigenständige Durchführung der Anamnese und körperliche Untersuchung aber auch die eigenständige Durchführung einer ZVK-Anlage. Ich denke, viele Tätigkeiten wären eine enorme Entlastung für die ärztlichen Kolleg*innen, viele Tätigkeiten könnten aber auch Reibungspunkte erzeugen und eine Art von Machtkampf könnte entstehen.

Wie schätzt Du das Verhältnis von Physician Assistants zu den Ärzt*innen ein?

Aktuell und von meinem Wohnort (Berlin) ausgehend noch sehr verhalten. In der Klinik, in der ich aktuell beschäftigt bin, gibt es keine PAs und auch die »Durchsetzung« meines Praktikums im ärztlichen Bereich war schwierig. Ich hoffe, dass durch die stetige Zunahme der PAs auch ein besseres Verhältnis untereinander entsteht und kein Konkurrenzdenken.

Glaubst Du, dass es zu Unklarheiten bezüglich der Aufgaben und der Verantwortungsübernahme kommen könnte?

Auf jeden Fall - leider! Aufgrund meiner Erfahrung ist zum Beispiel die rechtliche Frage immer wieder ein großes Thema. Des Weiteren wäre es für alle Beteiligten einfacher, wenn es ein einheitliches Curriculum geben würde. Aktuell kann dies von Hochschule zu Hochschule variieren. Und nicht nur das Curriculum, sondern auch die Etablierung der PA variiert von Bundesland zu Bundesland. Bundesländer wie NRW, Bayern und Hamburg sind Berlin weit voraus.

Wir trauern um Constanze Jacobowski



Sie ist nach langer Erkrankung am 7. Januar 2024 verstorben. Constanze war viele Jahre engagiertes Mitglied des Vorstandes des vdää und setzte sich aktiv für ein solidarisches Gesundheitswesen ein. Als ausgebildete Internistin und Psychoanalytikerin war sie seit 1990 Leiterin Clearingstelle der Berliner Ärztekammer. In dieser Funktion beriet sie Ärzt*innen und andere Professionelle in der Drogenarbeit und prägte somit die Berliner Drogenpolitik. Dabei war ihr die Vernetzung von medizinischen und sozialen Hilfen in der Behandlung Süchtiger ein zentrales Anliegen.

Wir werden Constanze als freundliche und stets den Menschen zugewandte Freundin und Kollegin vermissen.

Das Können ist des Dürfens Maß

2014 wurde mit dem Notfallsanitätergesetz erstmals eine dreijährige Ausbildung im Rettungsdienst verankert. Heute sind Notfallsanitäter*innen nicht nur in der Lage, eigenständig heilkundliche Maßnahmen durchzuführen, sondern unter bestimmten Umständen dürfen sie das auch. Auf Drängen von ver.di hat der Bundestag bei der Ausübung heilkundlicher Maßnahmen 2021 für diese Berufsgruppe Rechtssicherheit geschaffen. Wir haben mit dem Notfallsanitäter und Leiter des Rettungsdienstes des Roten Kreuz in Celle, Uwe Ammoneit, darüber gesprochen, wie sich das auf die Versorgung und Arbeitsteilung mit den Ärzt*innen auswirkt.

***GbP:** Seit zehn Jahren gilt das Notfallsanitätergesetz. Es hat den Beruf durch eine fundierte Ausbildung aufgewertet und auch rechtlich besser abgesichert. Wie sind Deine Erfahrungen damit? Wie sieht es mit der Umsetzung des Gesetzes aus? Ist sie vollständig geschehen?*

Uwe Ammoneit: Das Bundesgesetz hat geregelt, dass es diese Berufsbezeichnung des Notfallsanitäters gibt und was die Voraussetzungen dafür sind, diese Berufsbezeichnung führen zu dürfen. Die Umsetzung ist an vielen Stellen auf die Länder delegiert worden. In den jeweiligen Landesrettungsdienstgesetzen ist schließlich geregelt, welche Qualifikationen auf Rettungsmitteln vorgeschrieben sind. In der Regel sind das heute Notfallsanitäterinnen oder Notfallsanitäter. Das ist schon eine Verbesserung.

Es gibt heute im Jahr 2024 ausreichend viele Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die entweder über die dreijährige Ausbildung an das Berufsziel gekommen sind mit Examen und allem, was dazugehört, und es gibt sehr viele so genannte »Ergänzungsgeprüfte«, also Rettungsassistentinnen und -Assistenten mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung, die dann diese Ergänzungsprüfung abgelegt haben und so zu Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter wurden. Diese machen jetzt das Gros der Beschäftigten im Rettungsdienst aus. Es wachsen seit diesen zehn Jahren viele gut qualifizierte Kräfte im Rettungsdienst nach. Das merkt man auch an der Qualität der Dienstleistungen. Kurzum, die Umsetzung des

Gesetzes ist erfolgt und die im Gesetz vorgesehenen Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führten auch zu mehr Rechtssicherheit – auch wenn es in den sozialen Netzwerken und Foren dazu immer noch widersprüchliche Diskussionen gibt. Aber wenn man sich die Juristen dazu anhört oder sich die Verfahren ansieht, die es dazu gegeben hat, dann sieht man, dass das zu einer größeren Rechtssicherheit für die nicht-ärztlichen Beschäftigten im Rettungsdienst geführt hat, die jetzt ja definitiv vermehrt ärztliche Maßnahmen durchführen, in dem sie invasiv Therapien beginnen – teilweise auch in eigener Verantwortung – und dann die Patienten zur Behandlung in die geeignete Einrichtung bringen, wo schließlich die ärztliche Behandlung beginnt. Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter führen ohnehin niemals eine Behandlung durch, sondern sie stellen lediglich Verdachtsdiagnosen und leiten Therapien ein, die Ärztinnen und Ärzte fortführen oder beginnen.

***GbP:** In dem Gesetz ist jetzt endlich geregelt, dass NS eigenständig handeln dürfen und dafür auch ausgebildet sind. Soweit ich das verstanden habe, ist jetzt relativ detailliert und rigide theoretisch geregelt, wenn die NS etwas tun, was früher Ärzten vorbehalten war. Wie funktioniert das in der Realität?*

Uwe Ammoneit: Jain. Das funktioniert dort, wo ärztliche Leitungen das wollen. Und das ist ein riesengroßer Flickenteppich, weil im Prinzip



jeder Rettungsdienststräger, also jede große Stadt, jeder Landkreis einen eigenen ärztlichen Leiter oder Leiterin hat. Am Ende ist es über die landesspezifischen Rettungsdienstgesetze und auch das Bundesgesetz so geregelt, dass die Freigabe z.B. bestimmter Medikamente oder bestimmter invasiver Maßnahmen der Aufsicht und Delegation durch die ärztliche Leiterin oder den Leiter obliegt. Und da gibt es sehr liberale und sehr vertrauensvolle Verfahren, wo ärztliche Leitung, Rettungsdienst und Belegschaften eng miteinander zusammenarbeiten, sich kennen, sich gegenseitig abprüfen und durch Fortbildungen begleiten, da werden relativ viele Maßnahmen freigegeben. Es gibt aber auch Landkreise und Städte – bei den Berufsfeuerwehren in den Städten ist das weitverbreitet, Hamburg ist so ein Negativ-Beispiel – da sind die ärztlichen Leiter eher der Meinung, sie müssten jetzt »ihre Pfründe sichern«, also medizinische Notfallsituationen regelmäßig durch die Anwesenheit einer Notärztin oder eines Notarztes absichern.

GbP: *So war das in dem Gesetz aber nicht gedacht...*

Uwe Ammoneit: Im Prinzip können dann Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter nicht das machen, was sie gelernt haben, sondern sind darauf angewiesen, vor Ort direkt bei Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes etwas delegiert zu bekommen. Das entspräche dann allerdings der reinen Assistenz Tätigkeit aus der Zeit der Rettungsassistenten. Sinn und Zweck des Gesetzes war aber unter anderem das Fachpersonal in die Lage versetzen, den Notarztvorbehalt zurückzufahren und damit auch die Vorhaltung an arztbesetzten Rettungsmitteln – ne-

ben bei: das war auch der Wunsch der Kostenträger –, die Notarztdichte ein wenig zu reduzieren, Ärztinnen und Ärzte in der Klinik zu lassen und lieber – wie das in vielen anderen Ländern auch gemacht wird – den Paramedics, also den Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gestatten, das notwendige zu machen, um Gesundheit zu erhalten, Leben zu retten und Patienten stabil in eine Klinik zu bekommen, wo sie dann ja von Ärztinnen und Ärzten behandelt werden. Das weicht von dem System ab, wie wir es Deutschland kennen, wo man der Meinung ist, die ganze Klinik muss so schnell wie möglich an den Patienten gebracht werden und nicht der Patient so schnell wie möglich in die Klinik. Diesen Wechsel, den auch das Gesetz hätte forcieren können, hat es so noch nicht gegeben. Das ist ein Prozess, der in manchen Landkreisen und Städten schon vorangeschritten ist und sehr gut funktioniert, und in anderen Bundesländern oder Landkreisen ist man da noch bisschen rückständig.

GbP: *Das heißt, man hat es im Gesetz schon so vorgesehen, dass der Arztvorbehalt ein Stück weit aufgehoben ist und Ihr eigenständig arbeitet, aber real ist es immer noch so, dass die Ärzte darüber noch das letzte Wort haben.*

Uwe Ammoneit: Klar. Die Ärzte haben immer das letzte Wort. Das ist in Deutschland gesetzt. Auch in dem Gesetzgebungsverfahren und im Anhörungsverfahren wird es ja immer so sein, dass Ärzte ihre wissenschaftliche Meinung darüber abgeben, ob das Patienten zugemutet werden kann, dass man eben Nicht-Wissenschaftlern Dinge überlässt, die man eigentlich nur ihnen vorbehält. Das ist in den letzten Jahren immer weiter zurückgefahren worden. Ich komme aus einer Zeit, da waren selbst die Herzdruckmassage oder das Defibrillieren eine rein ärztliche Maßnahme. Das wird heute bei Erste-Hilfekursen der breiten Bevölkerung beigebracht. Diese Entwicklung hat es in den letzten 40 Jahren auch gegeben. Und das ist jetzt in der Notfallmedizin ähnlich: Da gibt es Dinge, die waren früher ein No-Go für nicht-ärztliches Personal und die sind heute totaler Standard. In der Notfallsanitäter-Ausbildung wird an Fallbeispielen und nach festen Algorithmen trainiert, die genau das alles beinhalten. Das ist ja auch die juristische Argumentation, zu sagen: Das Können ist des Dürfens Maß. Notfallsanitäter können es, sie haben es gelernt und ihre Fähigkeiten sind abgeprüft und es ist Teil der gesetzlichen Definition, was man können muss in diesem Beruf. Damit ist es auch juristisch im Prinzip klar: Die sie das können, was sie gelernt haben und unter Beweis stellen mussten, jetzt auch in der Lage sind, genau das zu tun. Alles andere würde ja einer Unterlassung gleichkommen, wenn sie es nicht täten, nur weil sie keine Ärzte sind. So ist die juristische Erklärung, die es auch früher schon so oder so ähnlich gab, die aber jetzt natürlich noch etwas verbessert worden ist, weil ein Bundesgesetz ganz bestimmte Dinge schon vorsieht wie Sicherung der Atemwege oder das Schmerzstillen und andere Dinge, die ohne invasive Maßnahmen gar nicht möglich wären.

Ärztinnen und Ärzte müssen sich nicht starren Erste-Hilfe-Regeln unterwerfen oder anerkennen, dass 30 Mal drücken richtig ist, sondern sie entscheiden im Prinzip aufgrund der eigenen Qualifikation.

GbP: *Wie hat sich das auf die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Notfallsanitäter*innen ausgewirkt? Hat sich die Kooperation verbessert?*

Uwe Ammoneit: Ja. Und es gibt inzwischen ja auch eine neue Generation Ärztinnen und Ärzte, auch in den Kliniken. Meine persönliche Erfahrung ist, dass wir einen ganz großen Teil Notärztinnen und Notärzte haben, die mal im Rettungsdienst groß geworden sind. Entweder über den Zivildienst oder über eine Rettungsassistenten-Ausbildung oder aber sie waren selbst Rettungsassistenten und haben später erst mit dem Studium begonnen oder sie haben während ihres Studiums im Rettungsdienst gearbeitet. Die sind heute Oberärzte oder leitende Notärzte und die sind heute in Positionen, dass sie natürlich schon aus ihrer eigenen Biographie heraus ein ganz anderes Verhältnis haben zu den Leuten auf der Straße als das früher war, wo Jemand mit Krawatte und weißem Kittel rauskam. Das ist heute eine ganz andere Generation und da hat es sich verbessert. Dennoch gibt es immer noch Rettungsdienstbereiche, wo Kolleginnen und Kollegen beklagen, dass es da ärztliche Leitungen gibt, die im Prinzip nur daran interessiert sind, der Politik, dem Träger und der Verwaltung klar zu machen: Wir brauchen für jeden Notfall einen Notarzt und wir müssen immer selbst und höchstpersönlich beim Patienten sein. Sonst funktioniert das nicht. In Niedersachsen und auch in anderen Bundesländern fängt man jetzt mit Telenotarzteinrichtungen an. Das ist auch schon erprobt. Meines Erachtens geht das auch in die richtige Richtung. Wenn schon der Arzt nicht rauskommt, kann er wenigstens per Smartphone dazu geschaltet werden. Der sitzt dann in einer Leitstelle für ganz große Bereiche und kann immer Vorort durch Zuschalten von Kamera und Ton behilflich sein. Im Zweifelsfall gibt es dann auch immer noch klassische Ärzte, die mit Hubschraubern und Auto kommen könnten. Die werden eben nur nicht mehr so wie früher zu jedem kleinen Einsatz initial gleich mitgeschickt, sondern die werden heute nachgefordert. Und das machen Notfallsanitäter selbstverständlich immer in Situationen, wo das geboten ist. Die sind ja nicht daran interessiert, anstelle eines Arztes zu arbeiten. Sondern unsere Berufsüberzeugung ist: Wir sind ausschließlich daran interessiert Gesundheit zu erhalten und Leben zu retten. Und wenn dazu erforderlich ist, dass wir auch ohne Arzt mal etwas hinkriegen müssen, dann machen wir das auch. Ist ärztliche Kompetenz er-

forderlich, dann haben wir gar kein Problem damit, sie dazu zu holen. Das ist auch keine Abgrenzung zu einer anderen Berufsgruppe. Das sehen, wenn überhaupt, wohl eher die Ärzte so, die unter ihrer Glocke sind und glauben, man könnte ihnen etwas wegnehmen. Notfallsanitätern nimmt man nie etwas weg, denen gesteht man auch nicht etwas zu und belohnt sie etwa damit, indem sie etwas machen können. Sondern unser Beruf als Notfallsanitäter besteht darin, immer nur genau das zu tun, was erforderlich und gerade notwendig ist. Wir vertreten nur und ausschließlich das Interesse des Patienten und der Patientin.

GbP: *Würdest Du sagen, dass diese neue Gesetzeslage auch besser für die Patient*innen ist?*

Uwe Ammoneit: Ja natürlich. Ich bin ja nun auch schon 40 Jahre im Beruf. Ich kann deshalb nicht bestätigen, dass es für den Patienten immer das Beste gewesen wäre, dass da bei jedem bisschen Notfall ein Arzt dabei war. Ganz oft sind Ärzte gekommen, die nach unserem Dafürhalten nicht regelgerecht gearbeitet haben. Wir sind fest trainiert an *SOP (Standard Operation Procedures)*, die für uns gelten. Wenn man nach SOP arbeitet, ist das leitliniengerecht und das macht jeder Notfallsanitäter. Das ist bei Ärzten nicht immer so. Die haben ein wissenschaftliches Studium und sie entscheiden aufgrund eigenen Entschlusses, was richtig ist. Die müssen sich nicht irgendwelchen Erste-Hilfe-Regeln unterwerfen oder anerkennen, dass 30 Mal drücken richtig ist, sondern sie entscheiden im Prinzip durch ihre eigene Qualifikation. Und das ist nicht bei jedem Einsatz, wo man eben nach hartem SOP arbeitet wie im Rettungsdienst zielführend.

GbP: *Diese Regelung sind ja auch aus Kostengründen eingeführt worden. Aber verstehe ich Dich richtig, dass Du diese nicht für entscheidend hältst hier bzw. dass die inhaltlichen Verbesserungen hier überwiegen.*

Uwe Ammoneit: Ich will das nicht leugnen. Es gibt natürlich immer wirtschaftliche Interessen und auch beim Notfallsanitätergesetz gab es natürlich auch die Fraktion derer – insbesondere die Gesetzlichen Krankenversicherer –, die sich da natürlich Kosteneinsparungen versprechen, weil es günstiger ist, wenn man vor Ort, wie es z.B. in den USA gemacht wird, mit Paramedics arbeitet und

nicht für jeden Notfall einen Arzt rausschickt, der viel Geld kostet. Den Arztvorbehalt zurückzunehmen spart auch Geld.

GbP: *Andererseits werdet Ihr jetzt ja auch besser bezahlt.*

Uwe Ammoneit: Ja, da, wo es große Tarifverträge gibt, gab es natürlich auch eine Verbesserung in der Vergütung. Das stimmt. Aber es ist dennoch viel günstiger, als jeden Notfall mit einem Notarzt zu besetzen. Und nach wie vor gibt es Landkreise und Städte, die große Probleme haben, Notärzte zu bekommen, die diese Dienste übernehmen. Inzwischen gibt es Notarztbörsen und Freelancersysteme, wo irgendwelche Notärzte über Zuschlagssysteme im Internet gesucht werden. Die erzielen riesige Honorare und keiner weiß so wirklich, was die können. Ich sag das jetzt mal so. Viele haben zwar auf dem Papier alle erforderlichen Qualifikationen, kommen aber oft in einen völlig fremden Rettungsbereich, werden auf fremde Autos gesetzt mit unbekanntem Rettungsteams. Die Arbeit machen in der Regel die Notfallsanitäter. Da, wo ich herkomme, aus dem Landkreis Celle mit ca. 180.000 Einwohnern und einem Notarztauto hatten wir früher im 24-Stundendienst immer so 6-8 Notarzt-Einsätze. Inzwischen haben wir etwas um die 1,3, auf jeden Fall unter 2.

GbP: *... ohne dass das die Versorgung der Patienten verschlechtert, im Gegenteil: Du sagst ja, dass die Abläufe so jetzt besser sind.*

Uwe Ammoneit: Das kann man statistisch nachweisen. Unsere ärztliche Leitung führt darüber eine Statistik, wie viele Einsätze es mit wie vielen Medikamenten und mit welchen Maßnahmen gegeben hat. Es gab ohnehin nie einen Beleg für ein besseres Outcome für das deutsche System, Arzt so schnell wie möglich zum Patienten im Gegensatz zu Strategien wie in Israel, USA oder in anderen Ländern, wo man sagt, der Patient muss gut versorgt so schnell wie möglich zum Arzt gebracht werden.

GbP: *Was fehlt heute? Wie könnte die Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den Berufen verbessert werden?*

Uwe Ammoneit: Wir haben ja ein föderales System in Deutschland und Rettungsdienst ist Ländersache. Das Notfallsanitätäergesetz ist ein Bundesgesetz und der Wunsch aller wäre, dass der Bund es regeln könnte – wenn das überhaupt geht im Föderalismus –, harte Vorschriften zu machen, welche Maßnahmen, welche Besetzungen, welche Rettungsmittel es wann wo braucht. Dann wäre das mal einheitlich gut geregelt. Aber ich glaube, diese Kompetenz hat der Gesetzgeber gar nicht. Und die Länder werden immer wieder versuchen, ihre Spezialitäten in den Bundesländern durchzusetzen. In jedem Bundesland gibt es eine große oder weniger große Einflussnahme der Ärzteschaft und das geht runter bis zum einzelnen Träger. Das Hauptproblem, das meine Kol-

legen haben vor Ort, ist, dass wir wirklich von Landkreis zu Landkreis immer noch unterschiedliche SOPs haben, die davon abhängig sind, ob dort eine Ärztin oder ein Arzt in Person bestimmte Dinge für richtig hält oder nicht. Man müsste vorschreiben, dass alle Notärzte in Deutschland verpflichtet werden, sich an einen bestimmten Algorithmus zu halten.

GbP: *Gibt es wenigstens einzelne Bundesländer, wo das zumindest landesweit einheitlich ist?*

Uwe Ammoneit: In Niedersachsen gibt es so etwas, die Niedersächsische Umsetzungsgruppe für das Notfallsanitätäergesetz (NUN) und so genannte NUN-Algorithmen, die mit allen Notärzten abgesprochen sind. Es gibt auch einen Bundesverband der Notärztinnen und Notärzte. Wenn die sich verständigen würden auf ganz bestimmte SOPs in ganz Deutschland, in denen steht, welche Medikamente bei welchem Notfall gegeben werden, Leitlinien-gerecht, wissenschaftlich abgesichert wie ein Erste-Hilfe-Leitfaden, das wäre sehr nützlich. In einem Erste-Hilfe-Kurs wird überall in ganz Deutschland und von allen Trägern, ob Malteser oder Rotes Kreuz das gleiche gemacht. Und wer was anders macht, bekommt kein Zertifikat. Aber im Rettungsdienst gibt es so was nicht. Auch da müsste es so sein, dass ein Schlaganfall im Jahr 2024 nach der SOP behandelt wird. Entsprechend Herzinfarkt etc. und dann steht da im Prinzip auch drin, an welcher Stufe ein Notarzt nachgefordert wird, an welcher wird von wem ein Medikament verabreicht in welcher Menge etc. Und diese Algorithmen werden regelmäßig evaluiert und angepasst. Heute entscheiden überall vor Ort die handelnden Protagonisten und deshalb ist es absolut un-einheitlich. Und das ist unbefriedigend.

Nadja: *Und das würde natürlich auch die ärztliche »Freiheit« bzw. die Herrschaft des Arztes über den Prozess beschneiden, was ja manche Ärzte auch an Leitlinien stört.*

Uwe Ammoneit: Entschuldigung, aber damit haben wir uns in Deutschland doch abgefunden. Gut vernetzte und gut organisierte Berufsgruppen wie z.B. die Ärzteschaft werden immer versuchen, eigene Interessen und die Wichtigkeit des eigenen Berufsstandes nach vorne zu stellen. Ich habe nicht die Hoffnung, dass das sich mal ändert in Deutschland und darum wird sich das auch im Rettungsdienst nicht ändern.

Uwe Ammoneit ist Notfallsanitäter und Leiter des Rettungsdienstes des Roten Kreuz in Celle. Das Interview führte Nadja Rakowitz.

Kampf gegen Rechts

Es wird nicht einfacher

Von Colette Gras und Karen Spannenkrebs

Am 10. Januar diesen Jahres veröffentlichte das Recherchenetzwerk *Correctiv* einen Bericht über ein Geheimgespräch von verschiedenen Rechten, das für einen Aufschrei der Empörung sorgte, weil dort das Hauptthema die so genannte »Remigration« war, also die geplante Ausweisung von Menschen ohne deutschen Pass und Menschen, die von den Rechten für »nicht-deutsch« gehalten werden¹. Im Nachgang erschien die deutsche Öffentlichkeit zunächst ungewohnt einig. Nach Jahren der Berichterstattung über einen sogenannten Rechtsruck zeigt sich, worin dessen offensichtliche Gefahren liegen. Und auch wenn »Remigration« bekanntermaßen das Programm von Teilen der AfD, z.B. dem Höcke-Flügel ist, hat dieser Bericht das Fass zum Überlaufen gebracht. Im Schock über die Enthüllungen scheint klar: Alle – außer den AfD-Wähler*innen und den anderen Rechten – sind sich einig gegen Rechts.

Dabei kann man sich schon allein über das Wort »Rechtsruck« streiten, verschleiert es doch zum einen die ununterbrochene Kontinuität rechtsextremer und (neo)faschistischer Kräfte in Deutschland seit 1945. (Diese kann in der 23. Folge des Podcasts Rosalux History gut nachvollzogen werden²). Für viele Antifaschist*innen war die Gefahr von Rechts schon lange vor der *Correctiv* Recherche offensichtlich. Und zum anderen verschleiert es die schleichende Verschiebung der Politik auch nicht als rechts geltender Parteien nach rechts, ohne dass sie rechtsradikal oder rechtsextremistisch sind. Immerhin wurde im Januar ein sogenanntes Rückführungsverbesserungsgesetz beschlossen, das viele Forderungen der Rechten aufgreift und umsetzt. Und das von einer Regierungskoalition, die sich einig weiß mit den Demonstrationen gegen Rechts...

Dennoch gilt es, trotz der vorhandenen Kontinuität auch die aktuelle Dringlichkeit der Entwicklung nicht zu übersehen. Die Gefahr einer extrem rechten Regierung ist real und sie ist aktuell. Beispiele anderer (europäischer) Staa-

ten und aktuelle Umfrageergebnisse sollten uns gerade in Hinblick auf kommende Kommunalwahlen im Frühsommer dieses Jahres sehr hellhörig machen. Die Folgen einer AfD-geführten Kommunalpolitik werden für viele Menschen ganz real spürbar sein.

Im November 2023 wurde bei der Jahreshauptversammlung des vdää* folgender Mitgliederbeschluss gefasst: »Die MV beauftragt den Vorstand des vdää*, eine Perspektive und eine Strategie zu entwickeln, wie der Verein dem Rechtsruck in der Gesellschaft und der zunehmenden Militarisierung der Gesellschaft entgegenarbeiten kann.«

Dieses gilt es nun im Lauf des Jahres und darüber hinaus, zu konkretisieren und umzusetzen. Wir werden uns dabei auf vereinsinterne Bildungsarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Bündnisarbeit stützen.

Doch auch im Verein wird schnell deutlich: Klar und einfach ist leider auch Antifaschismus nicht und gerade als Linke sehen wir uns aktuell mit einer Vielzahl von Fragen und Unklarheiten konfrontiert, die sich auch in Debatten im erweiterten Vorstand des vdää* widerspiegeln. Im Anschluss an den Beschluss des vdää*, Teil des Bündnisses: »Wir sind die Brandmauer« zu werden, gab es lebhaftige Debatten zunächst im Mailverteiler und dann bei einer Online Diskussion des erweiterten Vorstands des vdää* am 28. Januar: Kern unserer Diskussionen waren verschiedene Fragen, wie sie aktuell sicherlich in vielen linken Kontexten, an Abendessentischen und auf WG-Sofas diskutiert werden. In diesem Artikel wollen wir diese sich herauskristallisierenden Fragen zusammentragen und schon vorhandene, sich teilweise widersprechende Positionen wiedergeben. Darauf aufbauend wollen wir im Lauf des Jahres im Rahmen von kommenden Diskussionen und Veranstaltungen unsere Position(en) und ggf. auch Strategien ausbauen.

Steht die Brandmauer? Gegen wen oder was kämpfen wir?

Kämpfen wir gegen »Rechts«, gegen die AfD, gegen den Faschismus? Was genau meinen wir damit? Woran macht sich dieses »Rechte« fest? An einer Partei, an gewisser Rhetorik, an einem Bekenntnis, an Inhalten? Auf welchen Achsen machen wir diese Inhalte fest? Antifeminismus, Rassismus, Migrationsfeindlichkeit, Neoliberalismus, autoritäre Repression, Militarisierung von gesellschaftlichen Konflikten, am Rückfall hinter bürgerliche Freiheit und Gleichheit... Diese Fragen tun sich auf, unter anderem, weil die großen Demonstrationen der letzten Monate die Idee der Brandmauer ins Zentrum der Diskussionen gestellt haben. Dabei ist meistens eine »zivilgesellschaftliche« und parteilose Organisation gegen Rechts bzw. den Faschismus gemeint. Wie bereits in unserer Diskussion deutlich wurde, suggeriert eine ‚Brandmauer‘, dass es ein klares *davor* und *dahinter* gebe, und dass somit klar sei, gegen wen und mit wem zusammen gekämpft wird.

Dabei entsteht aber eine gewisse Widersprüchlichkeit: Am selben Tag, an dem das Treffen von AfD-Politikern, Identitären und anderen Rechten in Potsdam stattfand, wurde im Bundestag das Asylgesetz verschärft³. Kann der Kampf gegen Rechts von der Kritik an der Politik der Ampel-Koalition getrennt werden? Bzw. schwächt die gleichzeitige Kritik an der AfD und der Ampel-Koalition den Kampf gegen Rechts? Oder sollte sie nicht viel eher genau in diese Proteste hineingetragen werden und macht diese den Kampf stärker und klarer? Können wir uns andererseits angesichts der Dringlichkeit der aktuellen politischen Lage überhaupt ‚erlauben‘, eine solche Kritik auszuüben? Viele haben Angst, dass die »Spaltung« der Gegenbewegung rechte Entwicklungen noch befeuern oder zumindest erleichtern könnte.

Andere argumentieren, dass breite Bündnisse, wie sie im Kontext der ‚Brandmauer‘ diskutiert

werden, auch Gefahren mit sich bringen. Angeführt wird in diesem Zusammenhang das Beispiel Frankreich, wo ähnliche Strategien schon gescheitert sind. Bei den letzten beiden Präsidentschaftswahlen kam es letztendlich zur Stichwahl zwischen dem neoliberalen Emmanuel Macron und der rechtsextremen Marine Le Pen vom Rassemblement National (bis 2018 Front National, FN). Beim ersten Mal stand die Brandmauer: Sehr viele sich als links-liberal verstehenden haben sich notgedrungen hinter Macron und gegen den FN gestellt. Bei der zweiten Stichwahl in dieser Konstellation konnten sich dann schon viel weniger Wahlberechtigte motivieren, für Macrons neoliberale Politik zu stimmen, unter der so viele Menschen in Frankreich leiden. Zu diskutieren wäre hier in Deutschland, ob die politisch weit-sichtigere Strategie nicht der Aufbau einer dezidiert linken Alternative zu Rechtsradikalismus und Neoliberalismus sein müsste. Auch ob ein Blick nach Österreich und den Erfolgen der KPÖ in Graz und Salzburg diesbezüglich hilfreich ist, könnten wir diskutieren.

Wie geht es weiter?

Damit drängen sich schnell weitere Fragen auf: **Was sind aktuell wichtige strategische Punkte? Welche Bündnisse müssen wir eingehen? Wer sind verlässliche Bündnispartner*innen?**

Die aktuelle Situation lässt vor allem eins für Viele spürbar werden; eine erschreckende Dringlichkeit, die zu einer Ungeduld führt, die oben gestellten Fragen konkret zu beantworten und notwendige Schritte einzuleiten. Dabei bleibt zu diskutieren, welche Bündnisse aktuell tragfähig sind. Geht es darum, ein Teil der breiten Proteste zu werden? Oder müssen wir uns (auch) auf die Suche nach Bündnispartner*innen machen, die auf den Großdemonstrationen nicht oder nur am Rand und mit einer kritischeren Agenda (und einer linken Demo nach der Demo) auftauchen? Denn: Die Demonst-

rationen seit Januar waren von der Zusammensetzung her meist eher bürgerlich. An vielen Orten bestanden sie aus spontanen Bündnissen von sozialen Bewegungen und Organisationen, teilweise auch Unternehmer*innen⁴ sowie mit Beteiligung von Politiker*innen der regierenden Parteien, wie Olaf Scholz und Annalena Baerbock. Vielerorts fehlte die große Beteiligung von migrantischen Milieus aber auch von Gewerkschaften. Linke, kapitalismuskritische Positionen waren kaum zu sehen oder zu vernehmen. Gleichwohl unterschieden sich die Demos von Stadt zu Stadt an der Frage, ob der Protest gegen »Rechts« die Kritik an der Politik der Ampel-Koalition und auch der CDU/CSU einschloss oder nicht.

Viele von uns sehen unsere Aufgabe gerade darin, auf Scheinheiligkeit und Doppelmoral hinzuweisen und klarzumachen, wo manche Politik der Ampel (und auch der Union) genau in die Richtung dessen geht, was die AfD postuliert. Damit haben wir auch die Chance, denen, die über ihre eigene Partei entsetzt sind (bei den GRÜNEN, der SPD, vielleicht auch bei der CDU/CSU), ein Angebot zu machen und mit ihnen zusammenarbeiten.

Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass Massendemonstrationen und selbst Aufstände in den letzten Jahren ihre Ziele aufgrund politischer Orientierungslosigkeit und fehlender Organisation nicht erreichen konnten. Beispiele dafür sind der sogenannte Arabische Frühling, die Gelbwesten-Proteste in Frankreich oder die Black Lives Matter-Bewegung in den USA, die allesamt große Bewegungen darstellten, die auch langwierig und radikal waren, aber so gut wie nichts von ihren Zielen umsetzen konnten, vor allem nicht langfristig. Es bräuchte also mehr als Massenproteste – und anscheinend auch eine bessere polit-ökonomische Analyse der Problemlage.⁵ Langfristig sehen viele von uns es als Ziel, eine linke Bewegung mitzuorganisieren, die die Barbarei des status-quo kritisiert und deren Zuspitzung in Gestalt des Faschismus etwas entgegenzusetzen hat.

Was und wie lernen wir aus der Geschichte?

Auch in unserer Debatte im vdää*-Vorstand wurde sich immer wieder auf die Geschichte rückbezogen. Parallelen in die 20er Jahre des letzten Jahrhunderts drängen sich vielen gerade auf. Doch: Welches Bild der 20er Jahre wird dabei gezeichnet? Was wird gesehen, was wird weggelassen? Ist es überhaupt sinnvoll, eine Parallele zu den 1920er Jahren zu ziehen? Ist die Zeit 2024 trotz einiger Parallelen nicht insofern grundsätzlich verschieden, als es damals eine starke linke proletarische Bewegung gab, von der heute nicht nur in Deutschland kaum etwas übriggeblieben ist? Und wenn wir in die 20er schauen und versuchen, Fehler von damals nicht zu wiederholen: Welche Schlüsse ziehen wir? Beklagen wir vor allem abspalterische Tendenzen und die mangelnde Einigkeit in der Linken, oder ziehen wir gerade die Erkenntnis, dass weder Sozialdemokrat*innen noch konservative Bürgerliche verlässliche Bündnispartner*innen waren, und war der Versuch eines gemeinsamen Antifaschismus deshalb zum Scheitern verurteilt?

Hinzukommt die Frage der Militarisierung der Gesellschaft, die nun ja auch explizit durch die Ankündigung von Minister Lauterbach und implizit seit einer ganzen Weile schon (siehe die vielen Artikel und Debatten im DÄB) im Gesundheitswesen angekommen ist. Auch hier stellen sich Fragen: Ist eine Militarisierung immer ein Charakteristikum rechter Politik – auch wenn aktuell in Deutschland die explizit Rechten, also die AfD, davon weniger reden als die Politiker*innen der Ampel-Koalition und der Union? Wie könnte eine linke friedenspolitische Position der Ärzt*innenschaft heute aussehen – eine Frage, die im vdää* seit dessen Gründung immer wieder diskutiert wurde. Wie hängen Krieg, Kapitalismus und bürgerlicher Staat zusammen? Wie kritisieren wir Krieg, ohne naiv pazifistisch zu sein? Oder gehören medizinische Perspektive und pazifistische notwendig zusammen? Was heißt das heute?

Wir freuen uns darauf, über all diese Fragen, Ideen und Strategien im Gespräch zu bleiben und die offene und auch kontroverse Diskussion zu suchen. Dabei wollen wir unsere Perspektive erweitern und uns verschiedene Informationen und Blickwinkel aneignen, um hoffentlich an der Ausarbeitung linker Antworten auf die drängende Gefahr von Rechts mitzuwirken.

Wichtig ist, dass wir angesichts der Komplexität der Lage nicht den Kopf in den Sand stecken und dass wir uns nicht – wie so viele linke Debatten heutzutage – in ein Freund-Feind-Schema pressen lassen, das bei der kleinsten Abweichung von der eigenen Position den anderen gleich ins »gegnerische« Lager steckt. Alles ist etwas kom-

plizierter und einfach ist es ohnehin nicht – na und? Antifa bleibt eben nicht nur Hand- sondern durchaus auch Kopfarbeit.

Wie geht es nun konkret im vdää* mit dem Thema weiter?

Eine Arbeitsgruppe aus dem Vorstand wird sich dazu in den kommenden Monaten weiter Gedanken machen.

Unsere Ideen sind:

- zum einen ein **breites Bildungsangebot** mit Möglichkeit zur **Diskussion** für Mitglieder und Interessierte aus unseren politischen Netzwerken. Damit wollen wir gemeinsam und mit Hilfe von externen Referent*innen Antworten auf drängende Fragen finden, z.B.:
 - nach **Ideologie und Strategie rechter Akteure**,
 - nach Ursachen für das **Erstarken rechter Tendenzen in Politik und Gesellschaft**
 - den konkreten **Gefahren für das Gesundheitswesen bzw. unsere Patient*innen** (etwa durch Rassismus, Antisemitismus, Sexismus und Queerfeindlichkeit, aber auch durch Austeritätsmaßnahmen)
 - Zusammenhang zu **Militarisierung in Gesellschaft und Gesundheitswesen**
 - und nicht zuletzt **mögliche Gegenmaßnahmen, um uns handlungsfähig in der Praxis zu machen**
- Zum anderen **antifaschistische Netzwerke im Gesundheitswesen** (und darüber hinaus) bilden und stärken

Dazu planen wir:

- eine (mindestens) dreiteilige **Online-Veranstaltungsreihe**, in der wir uns mit den Hintergründen von rechter Politik und Rechtsextremismus auseinandersetzen, sowie ganz konkrete Gefahren und Handlungsstrategien im Gesundheitswesen diskutieren.
- Begleitende interne Diskussionen sowie Netzwerkarbeit und gemeinsame Diskussionen mit Organisationen, Initiativen und Einzelpersonen (z.B.: vdää*, Krankenhaus statt Fabrik, ver.di, Gruppen Kritischer Mediziner*innen, Medibüros/medinetze, IPPNW, evtl. weitere antirassistische Organisationen)
- eine Sonderausgabe der Gesundheit braucht Politik 4/24
- das diesjährige **Gesundheitspolitische Forum**

Konkrete Ankündigungen und Einladung folgen in Kürze. Wir freuen uns, wenn Ihr Interesse habt und Euch zahlreich beteiligt!

1 <https://correctiv.org/aktuelles/neue-rechte/2024/01/10/geheimplan-remigration-vertreibung-afd-rechtsextreme-november-treffen/>

2 <https://www.rosalux.de/rosalux-history>

3 <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/migration-asyl-beschluesse-100.html>

4 <https://www.akweb.de/ausgaben/701/anti-afd-massenproteste-fuer-demokratie-gegen-rechts-ab-durch-die-mitte/>

5 Siehe: Vincent Bevins: »If We Burn: The Mass Protest Decade and the Missing Revolution«

Krieg ist keine Lösung

vdää* zur Militarisierung von Gesellschaft und Gesundheitswesen

Neben einer Verteidigung der geplanten Krankenhausreform kündigte Minister Lauterbach im Interview mit der Neuen Osnabrücker Zeitung vom 2. März einen zusätzlichen Gesetzentwurf an: Eine »Gesetzeslücke« soll angegangen werden, um »für einen Katastrophenfall oder sogar einen militärischen Bündnisfall (...) vorbereitet zu sein.« Dafür finde ein Austausch mit Spezialist*innen der Bundeswehr statt. Analog zu anderen Bereichen der Gesellschaft soll nun also auch das Gesundheitswesen »kriegstüchtig« werden. Begründet wird dies von Lauterbach vor allem mit Blick auf den Ukrainekrieg.

Dieser entwickelt Dimensionen von Stellungskrieg wie im 1. Weltkrieg: »Fleischwolf« wurde die Front bei Bachmut genannt. Die Soldat*innen auf beiden Seiten gehören in der Regel zu den ärmeren Bevölkerungsschichten; einfache Lohnabhängige oder Arbeitslose bringen sich gegenseitig um. Das ist die banale und blutige Wahrheit des Krieges, der auch im Jahr 2024 noch genauso grausam und tödlich wie im letzten Jahrhundert ist. Unabhängig von Schuldfragen und davon, wer angefangen hat, heißt Krieg für die Soldat*innen ebenso wie für die zivilen Opfer Tod, Verstümmelung, Traumatisierung und die Zerstörung von Existenzgrundlagen auf Jahre.

Wir stellen uns der weiteren Militarisierung des Gesundheitswesens mit einem lauten Nein entgegen. Selbstverständlich ist es unsere professionelle Aufgabe als Ärzt*innen, Opfer militärischer Konflikte medizinisch bestens zu versorgen.

Politisch ist es aber unsere Aufgabe genauso wie die der Kolleg*innen überall in der Welt, immer

wieder auf die verheerenden gesundheitlichen sowie humanitären Auswirkungen von Kriegen hinzuweisen und uns dafür einzusetzen, dass Kriege gar nicht geführt, eskaliert und aktuelle Kriege gestoppt werden. Statt das Gesundheitswesen mit Bundeswehrbeteiligung auf einen Kriegseintritt vorzubereiten, setzen wir uns weiterhin dafür ein,



das Gesundheitswesen solidarischer und besser für Patient*innen und Beschäftigte zu machen.

Das deutsche Gesundheitswesen wurde über die vergangenen zwei Jahrzehnte bewusst harten ökonomischen Zwängen (Privatisierungen, Fallpauschalen, hoher Druck auf ambulante Versorgungsstrukturen, Kürzungen im öffentlichen Gesundheitsdienst usw.) unterworfen. Wie zuletzt die Corona-Pandemie offenbarte, führen solche Krisen- sowie Konfliktsituationen zu harten Belastungen der Beschäftigten sowie zu Einschnitten in der Versorgung von Patient*innen. Gelernt wurde bislang aus der Corona-Pandemie nichts, im Gegenteil: Seitdem hat sich die Situation in den Krankenhäusern nicht gebessert, sondern täglich weiter zu-

spitzt. Das gilt im Übrigen auch für die unzureichende Versorgung von Geflüchteten aus Kriegs- und Krisengebieten, vor allem in Hinblick auf psychische Erkrankungen.

Die derzeitige Haushaltspolitik mit sehr hohen Etats für die Militarisierung zulasten der Daseinsvorsorge lässt begründet annehmen, dass sich daran erstmal – trotz guter Absichten wie im Gutachten des Sachverständigenrats 2023 ausgeführt – nichts substantiell ändern wird.¹

»Die Fehlentwicklungen im deutschen Gesundheitswesen der letzten Jahre erschweren bereits heute für alle spürbar die Versorgung der Menschen hierzulande. In dieser Situation und vor dem fiskalpolitischen Hintergrund einer olivgrünen Austeritätspolitik und entsprechend auf Militarisierung ausgerichteten Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen zu priorisieren, halten wir für einen Irrweg, der weder die medizinische Versorgung der Bevölkerung noch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten nachhaltig stärken wird«, so Dr. Thomas Kunkel, Co-Vorsitzender des vdää*.

Wir kritisieren den aktuellen Paradigmenwechsel hin zu einer Normalisierung von Krieg und Militarisierung, in der Aufrüstung, und »Kriegstüchtigkeit« unhinterfragte Forderungen in der öffentlichen Rhetorik darstellen.

*Dr. Nadja Rakowitz,
Pressesprecherin, 03.03.2024*

1) https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf

Blick nach England

Andauernde Streiks im National Health Service

Von Jonas Röhrich

Kurz nach dem Jahreswechsel fand in England der längste Streik in der 75-jährigen Geschichte des *National Health Service (NHS)* statt. Zwischen dem 3. und dem 9. Januar legten nach Angaben des NHS mehr als 25.000 Assistenzärzt*innen und Auszubildende der Zahnmedizin ihre Arbeit nieder.¹ Nach einem erneuten Streik vom 24. bis zum 28. Februar mussten seit Beginn der Arbeitskämpfe im gesamten NHS im Dezember 2022 mittlerweile mehr als 1,4 Millionen ambulante und stationäre Behandlungen verschoben werden.²

Hintergrund sind bisher unerfüllte Forderungen von Seiten der *British Medical Association (BMA)*, einer Gewerkschaft für Ärzt*innen und Studierende. Deren Schätzungen zufolge haben Assistenzärzt*innen zwischen 2009 und 2022 im Zuge der Inflation Reallohnverluste von bis zu 26% hinnehmen müssen.³ Um dies umzukehren fordert die BMA unter anderem Gehaltserhöhungen von bis zu 35% und einen Mechanismus, um künftige Einbußen zu verhindern.⁴

Neben dem starken Rückgang des Reallohns und hohen Schulden nach ihrem fünfjährigen Medizinstudium beklagen junge Ärzt*innen in Großbritannien und speziell in England vor allem schlechte Arbeitsbedingungen. Dienstwünsche würden häufig nicht berücksichtigt und Einsätze im Rahmen der Weiterbildung fänden oft fern des Wohnortes statt. Kurzfristige Erhöhungen der Arbeitszeit auf bis zu 48 Wochenstunden seien üblich. Mit 2% in den Jahren 2022 und 2023 und durchschnittlich weiteren 8,8% in 2023 bis 2024 wurden in England mittlerweile zwei Gehaltserhöhungen vereinbart. Während in Schottland aufgrund eines etwas lukrativeren Angebotes vor Kurzem eine Einigung erzielt werden konnte, lagen die Vorstellungen in England bis Redaktionsschluss dieser Ausgabe jedoch weiterhin weit auseinander.⁵

Die konservative Regierung verweist auf die bereits vereinbarten Gehaltserhöhungen. Assistenzärzt*innen verdienen hierdurch nun je nach Weiterbildungsstufe ein Basisgehalt von 32.000-63.000£ (ca. 37.400-75.000€) im Jahr, hinzu kommen Schichtzulagen in Höhe von bis zu 30%. Höhere Bezüge könne sich der NHS zum aktuellen Zeitpunkt nicht leisten.

Das Gesundheitsministerium wirft den Arbeitnehmer*innen außerdem Rücksichtslosigkeit in Hinsicht auf die ohnehin eingeschränkte medizinische Versorgung vor. So berichteten englische Medien erst vor wenigen Wochen von potenziell tödlichen Verzögerungen in der Therapie eines Drittels aller an Krebs erkrankten Patient*innen. Trotz eines leichten Rückgangs waren im Dezember insgesamt 7,61 Millionen geplante NHS-Behandlungen ausstehend. Premierminister Rishi Sunak sah sich in Anbetracht solcher Zahlen kürzlich gezwungen, sein Scheitern in Bezug auf versprochene Kürzungen der Wartelisten öffentlich einzugestehen.⁶ Im Kontext der kritischen Situation seien weitere Streiks nicht zu verantworten, so das Argument der Regierungspartei. Dass der NHS seinen schlechten Zustand auch der inzwischen vierzehnjährigen Tory-Herrschaft und fünf konsekutiven konservativen Premierminister*innen verdankt, blieb unerwähnt.

Weiterhin werden die statistischen Berechnungen der BMA in Frage gestellt. Während sich die Gewerkschaft des sogenannten *Retail Price Index (RPI)*

Index der Einzelhandelspreise) bedient, welcher unter anderem die Immobilienpreise miteinbezieht, wenden staatliche Institutionen wie das *Office for National Statistics* seit Jahren üblicherweise den *Consumer Price Index* (CPI; Verbraucherpreisindex) an. Der auf Grundlage des CPI errechnete Reallohnverlust liegt etwa 10% niedriger.⁷ Das Gesundheitsministerium wirft der Gewerkschaft in diesem Kontext vor, die Forderungen mittels Rechenricks künstlich in die Höhe zu treiben.

Die BMA zeigte sich von solchen Argumenten bisher wenig beeindruckt. Der Organisationsgrad der Assistenzärzt*innen ist in Großbritannien sehr hoch; zwei Drittel sind Mitglieder der BMA. Im Februar 2023 hatten sich 98% der an der Wahl teilnehmenden Mitglieder für Streikmaßnahmen ausgesprochen, im Vorlauf des fünftägigen Streiks im Februar 2024 konnte dasselbe Ergebnis erzielt werden. Die Gewerkschaft argumentiert vor allem mit der schwindenden Attraktivität des NHS als Arbeitgeber in einer immer flexibleren und globalisierten Arbeitswelt. So gaben zuletzt ca. 40% der Assistenzärzt*innen an, darüber nachzudenken, den NHS zu verlassen. Beklagt werden unter anderem die hohe Arbeitsbelastung durch fast 8.500 offene Stellen, Burnouts im Zuge der gestiegenen Belastung im Rahmen der Covid-19-Pandemie, veraltete IT-Systeme, mangelnde Wertschätzung und das Fehlen garantierter Essens- oder Toilettenpausen.⁸

Laut BMA bestünden bei jungen Ärzt*innen außerdem Schulden von durchschnittlich 71.000 £ (ca. 83.000 €) zum Zeitpunkt des Berufseinstiegs. Ihre Forderungen seien erforderlich, um die Versorgungssicherheit auch in Zukunft zu gewährleisten.

Trotz der verhärteten Fronten wird nun über eine baldige Einigung nach Abschluss der vorerst letzten Streikrunde am 28. Februar diskutiert. Während die größte Oppositionspartei Labour und ihr Vorsitzender Sir Keir Starmer die Konservative Partei für die Streiks verantwortlich machen, steht auch die Seite der Arbeitnehmer*innen zunehmend unter öffentlichem Druck, einen Kompromiss zu erzielen. Geplante Verhandlungen waren zu Redaktionsschluss noch ausstehend.

Aus der Ferne betrachtet lassen sich unerfreuliche Parallelen zu den Arbeitskämpfen im deutschen Gesundheitswesen beobachten. Auch in Großbritannien sind die unterschiedlichen Berufsgruppen in getrennten Gewerkschaften organisiert; Ärzt*innen vor allem in der BMA und Pflegekräfte im *Royal College of Nursing*. Zwar beteiligten sich in Großbritannien seit Dezember 2022 auch Pflegekräfte an insgesamt fünf Streikrunden.⁹ Dennoch blieben Gehaltsverhandlungen und Arbeitskämpfe wie auch hierzulande weitestgehend getrennt und die Streikenden setzten sich vor allem für eine Verbesserung der eigenen Arbeitsbedingungen und Gehälter ein. Nach Jahrzehnten der Kürzungen und Privatisierungen plagten den einst stolzen NHS massive Unterfinanzierung, lange Wartelisten, Personalmangel und eine marode Infrastruktur. Bislang fehlen gemeinsame, solidarische Arbeitskämpfe aller Berufsgruppen, um wirkliche Änderungen im Sinne der Patient*innen zu erreichen.



- 1 NHS England (2024): NHS publishes date following junior doctors strike, <https://www.england.nhs.uk/2024/01/nhs-publishes-data-following-junior-doctors-strike-2/>, abgerufen am 25.02.2024
- 2 Aurelia Foster (2024): Junior doctors strike: Thousands more NHS appointments cancelled, <https://www.bbc.com/news/health-68448601>, abgerufen am 04.03.2024
- 3 Thomas, Rebecca (2024): Junior doctors' strike: Why are they taking action and what are their demands? <https://www.independent.co.uk/news/health/junior-doctors-strike-pay-salary-demands-b2473038.html>, abgerufen am 25.02.2024
- 4 British Medical Association (2024): Junior doctors guide to industrial action, <https://www.bma.org.uk/our-campaigns/junior-doctor-campaigns/pay/junior-doctors-guide-to-industrial-action-in-england-2024>, abgerufen am 25.02.2024
- 5 Triggles, Nick (2024): What are junior doctors paid and how much to settle? <https://www.bbc.com/news/health-67876164>, abgerufen am 27.02.2024
- 6 Rawlinson, Kevin and agency (2024): Sunak admits failure over promise to cut NHS waiting lists, <https://www.theguardian.com/politics/2024/feb/05/sunak-admits-failure-over-promise-to-cut-nhs-waiting-lists>, abgerufen am 27.02.2024
- 7 Gausden, Grace (2024): Junior doctors' pay: Why outdated RPI is used to calculate salary demands and how it differs from CPI, <https://inews.co.uk/inews-lifestyle/money/bills/junior-doctor-pay-outdated-rpi-calculate-salary-demands-cpi-2274838>, abgerufen am 25.02.2024
- 8 Puntis, John (2024): Why junior doctors are striking once again, <https://morningstaronline.co.uk/article/why-junior-doctors-are-striking-once-again>, abgerufen am 27.02.2024
- 9 Triggles, Nick (2024): Junior doctors strike for 10th time over pay dispute, <https://www.bbc.com/news/health-68360735>, abgerufen am 27.02.2024

Jonas Röhrich arbeitet als Arzt in Potsdam und ist Mitglied der Redaktion der GbP.

Auch ältere Ausgaben von »Gesundheit braucht Politik« sind zeitlos interessant.

Sie finden sich alle auf der Homepage: <https://gbp.vdaee.de/>



Aus dem Inhalt: Geschlechterverhältnisse im Gesundheitswesen (GbP 3/2019)

- Christa Wichterich: Der prekäre Care-Kapitalismus – Sorgeextraktivismus oder die neue globale Ausbeutung
- Friedrich Paun und Marla Frenz: »Unfaire Löhne wegmoppen« Tarifaueinandersetzungen an der ausgegründeten. Universitätsmedizin Klinikservice GmbH Göttingen
- Christiane Bachelier, Therese Jakobs, Roxana Müller, Susanne Zickler: Frischfleisch für die Oberärzte. 30 Jahre Sexismuserfahrungen im Medizinsystem
- Ortsgruppe Berlin des vdä: Let's talk about sexism
- Alicia Baier: Diagnose: Sexismus. #MeToo in der Medizin und antisexistische Aktionen an der Charité
- Mascha Grieschat: »... oder wollen sie, dass Ihr Kind stirbt?« Gewalt im Kontext von Geburtshilfe
- Christiane von Rauch: Bündnisse für sexuelle Selbstbestimmung
- Susanne Zickler: AKF – Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft
- u.a.

Aus dem Inhalt: Gesundheit und Krankheit in Zeiten der Abschottung (GbP 1/2020)

- Vera Bergmeyer: Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland
- Ernst Girth: Zwischen Ethik und Staatsgewalt. Die Rolle der Ärzt*innen im Abschiebeprozess
- Das System macht krank. Interview mit Jane Wanjiru von Women in Exile
- Stephanie Kirchner: Ankerzentren machen krank. Warum Ärzte der Welt ihr Projekt zur psychischen Versorgung von Flüchtlingen abgebrochen hat
- Pressemitteilung: Menschen schützen – nicht Grenzen! vdä fordert Kehrtwende in der Asylpolitik
- Handreichung: Ärztliche Bescheinigungen für geflüchtete Patient*innen – worauf ist zu achten?
- vdä-Regionalgruppe Hamburg: Abschiebung kranker Menschen
- Carola Wlodarski und Olga Ungurs: Der Anonyme Krankenschein. Das Praxisbeispiel Thüringen
- u.a.



Aus dem Inhalt: Rassismus und Gesundheit (GbP 3/2020)

- Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel: Über Rassismus in der Medizin
- Regina Brunnett: Rassismus und Gesundheit
- Ria Prilutski: Kranke Normalität. Wirkungsweisen von Rassismus im (deutschen) Gesundheitssystem
- Karoline Wagner: Erkennen und Widersprechen. Antisemitismus in der Medizin
- Phil Dickel / Milli Schröder: Rassismus und Diskriminierung als Public Health Problem anerkennen!
- Jérémy Geeraert: Die Konstruktion von »minderwertigen Patientengruppen«
- Amma Yeboah: Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland
- Mund Aufmachen ist angesagt. Interview mit der neu gegründeten Hochschulgruppe BIPOC an der Uni Leipzig
- u.a.

Aus dem Inhalt: Soziale Ungleichheit und Gesundheit (GbP 4/2020)

- Benjamin Wachtler: »Social injustice is killing people on a grand scale« – Ein kurzer Überblick über das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit
- Martin Kronauer: »Auseinanderdriftende Gesellschaft« – Über Armut in Deutschland
- Tobias Hofmann: »Manager*innen ihrer eigenen Krankheit« – Über Patient*innen im Neoliberalismus
- Jakob Zschiesche: »Gesundheit auf der Platte«
- Claudia Jenkes: »Armut: Nährboden für resistente Erreger« – Soziale Determinanten in den Blick nehmen!
- »Wissenschaft mit Konsequenzen« – Interview mit Ben Wachtler zu den Thesen von Wilkinson und Pickett
- u.a.

