

Anna Droste von der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA)

„Physician Assistants sind bereit einzuspringen“

In der stationären Versorgung sind sie keine Rarität mehr: Physician Assistants (PAs). Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte fremdeln allerdings noch mit dem eigentlich nicht mehr ganz so neuen Berufsbild. Viele wissen schlicht nicht genau, was sie mit einem PA in ihrer Praxis überhaupt machen sollen und dürfen. Ein solcher Tätigkeitskatalog für die ambulante Versorgung sei längst überfällig und unbedingt notwendig, betont Anna Droste, Sektionsleiterin Ambulante Versorgung bei der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA), im Gespräch mit dem änd. Sie ist überzeugt, dass PAs dabei helfen können, die befürchtete Versorgungslücke in einigen Jahren zumindest teilweise zu kompensieren.



©Privat

„Wir machen keine Schmalspurversorgung“, sagt PA Anna Droste.

In der stationären Versorgung sind PAs keine Seltenheit mehr. Warum hat es so lange gedauert, bis überhaupt in Betracht gezogen wurde, dass PA auch in der ambulanten Versorgung eine Rolle spielen könnten?

Den Physician Assistant als Studiengang gibt es in Deutschland mittlerweile seit 20 Jahren. Es waren am Anfang sehr wenige. Die erste Kohorte bestand aus zwölf mutigen Studierenden in Berlin. Mittlerweile ist der PA in den Kliniken absolut etabliert. Es gibt über 1000 PA-Absoventen, die zum größten Teil in Kliniken tätig sind. In NRW kenne ich kaum eine Klinik, die keinen PA hat.

Die Entwicklung im ambulanten Sektor hinkt etwas hinterher. Wenn man sich aber die Entwicklung des PA international anschaut, sind wir immer primär in den Kliniken verankert. Denn die Idee, dass man eine Unterstützung bräuchte, kam zunächst aus den Kliniken. Erst dann ging es Richtung ambulanter Sektor. Das ist auch der Punkt, an dem wir gerade in Deutschland stehen. Wir PAs sind einfach da, wo es am meisten brennt. Und das ist in den nächsten fünf bis zehn Jahren auf jeden Fall der ambulante Sektor mit einer riesigen Versorgungslücke, die uns allein schon durch den demografischen Wandel dort erwartet. Da sind neue Konzepte und Ideen notwendig. Wir, die PAs, sind bereit einzuspringen.

Wie viele PAs arbeiten derzeit im ambulanten Bereich?

Die DGPA erhebt einmal im Jahr, wer wo arbeitet, und stellt Fragen zum Gehalt und zu Tätigkeiten. Da zeigte sich in den vergangenen Jahren, dass nur eine Minderheit der PAs – höchstens fünf Prozent – im ambulanten Bereich arbeitet. Die Umfrage ist zwar nicht repräsentativ, gibt aber einen Eindruck davon, wie die Verteilung derzeit aussieht.

Woran liegt das? Sind die Bedingungen für PAs nicht attraktiv genug oder bieten Arztpraxen noch keine Jobs für PAs an?

Es liegt vor allen Dingen daran, dass im klinischen Sektor andere Rahmenbedingungen herrschen. Dort haben wir andere Finanzierungsmöglichkeiten, Organisationsstrukturen und eine andere Interessenvertretung. Für eine große Klinik ist es deutlich einfacher, eine Stelle für einen PA zu schaffen und sie auch mit Leben zu füllen. Es gibt mehr Spielräume. Für eine Hausarztpraxis hängt da einfach ein größeres Risiko dran. Grundsätzlich ist die ambulante, insbesondere hausärztliche Versorgung für PAs ideal, weil man dort eben generalistisch und differentialdiagnostisch arbeiten kann. Genau dafür werden wir im Studium ausgebildet. Allerdings sind die Umstände, unter denen eine solche Zusammenarbeit funktionieren könnte, nicht optimal.

Was bedeutet das konkret?

Das Problem ist, dass die Praxen keinen großen Handlungsspielraum haben, etwa bei Gehaltsverhandlungen. In den Kliniken geht man mittlerweile regelhaft auf die Gehaltsempfehlungen der DGPA für ein Bruttoeinstiegsgehalt ein. Sie liegt aktuell bei 3.750 monatlich. Beim diesjährigen DEGAM-Kongress im Berlin vor wenigen Wochen wurde eine Umfrage unter Hausärzten vorgestellt, wie viel sie bereit sind, für einen PA zu zahlen. Das waren 2.500 bis 3.000 Euro als Einstiegsgehalt. Das ist eine große Diskrepanz. Wir müssen also versuchen, die Umstände, die Voraussetzungen für diese Praxen, die Interesse an uns haben, zu verbessern.

Dann geht es weiter damit, dass man etwa die KVen ins Boot holen muss. Es gibt verschiedene Forschungsprojekte, die wir begleiten, wie etwa ein Projekt der KV Westfalen-Lippe, die eine Vorreiterrolle einnimmt. Im Rahmen dieses Projekts arbeiten zehn Praxen mit PAs zwei Jahre lang. Anschließend wird das Ganze evaluiert. Das Projekt wird entsprechend gefördert, daher sind auch attraktive Gehälter möglich.

Welche Aufgaben können PAs in einer Arztpraxis übernehmen? Das müssen ja Delegationsleistungen sein. Und welche Entlastung steckt für den Inhaber drin?

Der Begriff der Delegation schwingt mit dem PA immer mit. Man kann ihn allerdings juristisch sehr gut interpretieren. Der Arzt, der dem PA delegiert, übernimmt letztendlich die Verantwortung dafür, dass er diesem PA eine Aufgabe auf einem gewissen Selbstständigkeitsniveau zutraut. Wenn der Arzt schon mehrmals gesehen hat, dass sein PA eine Sonografie des Abdomens einwandfrei durchgeführt und anschließend eine gescheite Übergabe gemacht hat, muss der Arzt nicht in Persona danebenstehen oder im Anschluss die Sonografie noch einmal durchführen. Diese doppelte Arbeit, die man auf der ärztlichen Seite vielleicht befürchtet, existiert in Wirklichkeit nicht.

Dadurch können wir viele Dinge im alltäglichen Praxisbetrieb in Delegation übernehmen. Beispielsweise im Herbst. Wenn ich nur an die Infektionssprechstunde denke, die auf die Praxen zukommt: Die kann ein PA selbstständig durchführen. Natürlich dürfen wir nicht selbstständig Medikamente verschreiben und brauchen eine kurze Rücksprache mit dem Arzt, um sicherzustellen, dass unsere Einschätzung und die Untersuchungsergebnisse korrekt sind. Aber die Anamnese, die körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik und allein schon die ganze Kommunikation, mit Kliniken, Pflegediensten, den Angehörigen oder auch innerhalb des Praxisteam: Das sind alles Dinge, die PAs leisten können.

Wir haben ja darüber gesprochen, dass Arztpraxen gar nicht die Gehälter zahlen können, die PA sich wünschen. Das liegt auch daran, dass PA keinen „eigenen“ Umsatz machen können, ihre Leistungen werden dem Arzt zugeordnet. Welche Rolle könnte die von Minister Karl Lauterbach in Aussicht gestellte Entbudgetierung der Hausärzte spielen?

Das ist eine sehr interessante Entwicklung. Die Entbudgetierung würde neue Möglichkeiten eröffnen, weil sie einen größeren Anreiz für Niedergelassene bieten würde, das Patientenvolumen zu erhöhen. In diesem Zuge gibt es allerdings einen weiteren Punkt, der Ärzte daran hindert, Dinge konsequent an einen PA zu delegieren, und zwar, dass es auch einen Arztkontakt geben muss. Um die Leistungen, die der PA erbracht hat, abzurechnen, muss der Arzt zumindest kurz am Patienten gewesen sein. Auch in diesem Punkt gibt es in den Kliniken bisher größere Spielräume: Da geht es eher um Rufnähe oder Erreichbarkeit.

Welche Veränderungen der Rahmenbedingungen brauchen Sie neben den beiden angesprochenen Aspekten, um in der ambulanten Versorgung anzukommen?

Die Honorierung der PA-Arbeit und eine flexiblere Handhabung des Arzt-Patienten-Kontaktes sind tatsächlich die beiden sehr grundlegenden Voraussetzungen dafür. Für einen guten Einstieg in dem ambulanten Bereich brauchen wir außerdem sehr viel Aufklärungsarbeit: Den Praxisinhabern muss klar sein, was PAs sind und was sie können und dürfen et cetera. Es muss auch den Patienten vermittelt werden. Das ist eine der größten Aufgaben. Außerdem wäre ein Tätigkeitskatalog wünschenswert, wie es ihn für den stationären Bereich gibt.

Wäre das nicht eine lohnende Aufgabe für die DGPA?

Genau, daran arbeiten wir auch. Wir vernetzen uns einerseits mit den PAs in den Praxen und arbeiten andererseits bei Forschungsprojekten mit, etwa dem PA-Projekt der KVWL, das ich bereits erwähnt habe, und bei einem zweiten Forschungsprojekt mit dem IFAM-Institut in Essen, um genau das herauszufinden. Das Ganze wissenschaftlich fundiert zu begleiten, ist uns enorm wichtig, damit es Gewicht hat. Damit wollen wir an die Politik und die Selbstverwaltung herantreten, um die Rahmenbedingungen zu schaffen, die es braucht, um PA in der ambulanten Versorgung zu etablieren.

Wie gehen Sie mit der etwas abfälligen Bezeichnung „Arzt light“ um beziehungsweise wenn die Versorgung durch PAs als Schmalspurversorgung bezeichnet wird?

Wir machen keine Schmalspurversorgung. Erst dadurch, dass wir aktiv sind und im Gesundheitssystem so viele Aufgaben übernehmen, ist es möglich, dass die Ärzteschaft überhaupt wieder Zeit für ihre ärztlichen Kernkompetenzen hat. Dadurch ist erst wieder möglich, dass beispielsweise die Weiterbildung von Assistenzärzten funktioniert, dass dafür wieder Zeit ist, dass Assistenzärzte nicht den x-ten Entlassbrief für Appendizitis in der Woche schreiben müssen, sondern im OP lernen können, wie man eine Appendektomie durchführt.

Wenn ich diese oder ähnliche Einwände höre, dann lade ich gerne zur Diskussion ein und/oder bin gerne bereit, mir über die Schulter schauen zu lassen. Meistens hat sich das dann erledigt und diejenigen hätte am liebsten auch einen PA als Unterstützung.

Es gibt auch Kritik, dass die vielen neuen Gesundheitsberufe den Pool an potentiellen Nachwuchskräften noch mehr ausreizen würden und am Ende in allen Berufen einen Mangel gibt. Kritiker warnen auch vor Zersplitterung der Gesundheitsberufe. Warum wollen PAs nicht gleich Medizin studieren? Warum haben Sie das nicht getan?

Es sind tatsächlich einige PAs, die mal den Wunsch hatten, Medizin zu studieren. Ich persönlich hatte einfach kein Abitur von 0,9 oder 1,0. Ich denke, so geht es vielen. Das Interesse junger Menschen, in der Medizin tätig zu sein, ist auf jeden Fall groß. Diese Fülle an verschiedenen Berufen, die es dort gibt, ist daher genau richtig. Dann hat ein Mensch, der eben kein 1,0-Abitur hat, eine Alternative: Es gibt etwa den PA, der häufig die erste Alternative ist, aber auch die akademisierte Pflege. Genauso sehe ich das für Ausbildungsberufe im Medizinsektor. Aber es ist schon richtig, dass eine starke Zersplitterung vermieden werden sollte. Der PA beugt dieser Zersplitterung durch sein generalistisches Studium vor.

Es gibt erste zwölf Absolvent:innen des PA-Masterstudiums in Deutschland, das aktuell von vier Hochschulen angeboten wird. Was bedeutet das? Welche Kompetenzen haben die Absolventen? Was können sie im Vergleich zu Bachelor-Absolventen?

Ja, wir freuen uns sehr über diese Entwicklung. Ich selbst befinde mich derzeit im 2. Semester des Master-Studiengangs. Der Master ist die logische Fortsetzung des Bachelors. Viele PAs haben sich bislang mit einem anderen Master weitergebildet, aber nun gibt es auch entsprechende Angebote, beispielsweise speziell auf den ambulanten Sektor zugeschnitten.

Im Master, etwa in Düsseldorf, wird nochmal der generalistische differentialdiagnostische Ansatz vertieft. Es wird anhand von Symptomkomplexen der Patient als Ganzes gesehen. Es ist ein sehr allgemeinmedizinisches Denken. Es geht deutlich mehr in die Tiefe und es werden weitere Skills vermittelt, darunter etwa die Durchführung von Herzechos, Auswertung von EKG-Befunden. Es wird auch durchgehend Ethik und Kommunikation abgebildet.

In der Praxis bedeutet das für die Ärzte, die uns Aufgaben delegieren, dass sie einem Master-Absolventen Aufgaben auf einem höheren Selbstständigkeitsniveau anvertrauen können.

Das dürfte aber die Gehaltsproblematik im ambulanten Bereich noch verschärfen. Denn je höher gebildet man ist, desto mehr Geld will man auch haben. Geht der Weg der Master-Absolventen unter den derzeitigen Bedingungen direkt und ausschließlich in die Kliniken?

Ja, das ist die Problematik. Der logische Weg eines Master-Absolventen geht rein medizinisch betrachtet in die ambulante Allgemeinmedizin. Aber die Bedingungen sind dort einfach nicht gegeben, damit Ärzte, für die ein Master-Absolvent im Übrigen noch viel interessanter sein dürfte, sie auch einstellen. Dann sind wir wieder bei den Forderungen der DGPA, über die wir bereits gesprochen haben.

Welche Ziele hat sich die DGPA für die nächsten Jahre gesetzt?

Für meine Sektion der ambulanten Versorgung wollen wir noch in diesem Jahr die PAs, die es im ambulanten Sektor gibt, besser vernetzen. Daran arbeiten wir akut. Im November werden die Ergebnisse des Forschungsprojekts der KVWL vorgestellt.

Längerfristig hoffen wir, dass das Projekt mit dem Institut für Allgemeinmedizin in Essen mit der entsprechenden Förderung zustande kommt. Das Wichtigste, wenn auch absolut langfristige Ziel ist es, die Bedingungen im ambulanten Sektor so zu verändern, dass es für Ärzte einfacher wird, uns einstellen.

06.11.2023 08:31, Autor: ea, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG
Quelle: <https://www.aend.de/article/225854>