

# Passt der „Physician Assistant“ ins deutsche Gesundheitssystem?



**Prof. Dr. med. Klaus Dieter Kossov** ist Arzt für Allgemeinmedizin und Ehrenvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands.



Im kommenden Wintersemester startet die Fresenius-Hochschule in Frankfurt einen neuen Bachelorstudiengang mit dem Abschluss „Physician Assistant“. Auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf entwickelte sich eine lebhafte Diskussion zum Pro und Contra, bei der die Frage im Vordergrund stand, ob die Probleme des deutschen Gesundheitswesens durch diesen neuen Medizinberuf gelöst oder eher noch vergrößert werden.

Die Notwendigkeit des neuen Berufes wird mit der zunehmenden Zahl von chronischen Krankheiten bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung und nicht ausreichender Nachwuchsentwicklung bei Gesundheitsfachberufen und Ärzten begründet. Diese Entlastung von Ärzten im Arbeitsalltag ist nötig. Zu viel Zeit geht dem wichtigen Kontakt zu Patientinnen und Patienten verloren, weil Ärzte zu Dokumentation und auch zu sinnlosen Verwaltungsarbeiten und Nebentätigkeiten gezwungen sind.

Die Idee zur Delegation ärztlicher Leistungen angesichts einer steigenden Anzahl chronischer Alterskrankheiten ist nicht neu: Der Deutsche Hausärzteverband (DHÄV) hat den Grundgedanken schon vor mehr als sechs Jahren aufgegriffen und aus diesem Prinzip einen neuen Gesundheitsberuf abgeleitet, der auf die Ausbildung zur Medizinischen Fachassistentin (MFA) aufsetzt. Innerhalb weniger Jahre hat der DHÄV seit 2008 mit seinem Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) unter Leitung von Dr. Hans-Michael Mühlentfeld ein

Curriculum als Grundlage für Vorbereitungs- und Fortbildungskurse für sogenannte Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) entwickelt. Mit bundesweit etwa 5.000 Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter in dieser Funktion ist die VERAH das bei weitem erfolgreichste Modell in der bundesweiten Landschaft der Versorgungsassistentinnen. VERAHS unterstützen Patienten und deren Angehörige bei der Anwendung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen (z.B. Ernährungsberatung, Erstellung von Hilfsplänen, Schulungsmaßnahmen). Auch für Hausbesuche, bei der Koordinierung zwischen Pflegern und Krankenhaus sowie zunehmend in der sozialen Beratung und in der Sterbebegleitung können sie eingesetzt werden.

Es ist fraglich, welchen Zusatznutzen ein neuer akademischer Bachelorberuf wie der „Physician Assistant“ auf diesem Handlungsfeld noch haben kann. Entzieht man mit der Schaffung von „Substitutionsberufen“ dem dringend erforderlichen Nachwuchs an Hausärztinnen und Hausärzten nicht noch mehr Bewerber und Bewerberinnen?

Es ist dies eine politische Frage mit rechtlichen und ökonomischen Aspekten. Jede Interessenlage entwickelt ihre eigene Opportunität. Wenn sie sich politisch durchsetzt, erlangt sie Gesetzeskraft. Nur selten hat der Patient ein Mitbestimmungsrecht.

Dies gilt auch für den Arztassistenten als neuen Bachelor-Heilberuf. In den arbeitsteiligen Kosmos eines Klinikums ist er integrierbar, weil dort organisatorisch gut definierbare Partialaufgaben in großer Zahl anfallen, in die man einen Arztassistenten unter Aufsicht einarbeiten kann, sofern die Haftungsproblematik lösbar ist. Am Beispiel der Hebammen sehen wir, dass das Haftungsrisiko sich in einem Gesundheitsfachberuf mit Partialverantwortung kumulativ so entwickeln kann, dass es unbezahlbar wird. Eine solche Entwicklung ist umso wahr-

scheinlicher, je eigenständiger ein Gesundheitsfachberuf sein Handlungsfeld selbst gestaltet und im Gesundheitsmarkt positioniert. Der Arztassistent als freier Beruf würde selbst haften, hätte als schlechter Ausgebildeter ein höheres Haftungsrisiko als der Arzt aber kein höheres Einkommen.

Mit der Zahl der an der Patientenbehandlung beteiligten Heilberufe und Ärzte nimmt die Zahl der Schnittstellen zu, an denen steigende Kosten, Kommunikationsprobleme und Haftungsrisiken auftreten können.

Bei der Frage „Arztassistent als eigenständiger Beruf: ja oder nein“ ist zu berücksichtigen, dass ein Behandlungsteam funktioniert wie ein Orchester. Fehlt dessen Dirigent, so steigen die Risiken mit zunehmender Zahl der Mitglieder. Fazit: Bei der Behandlung kranker Menschen lässt sich die Verantwortung nicht beliebig teilen. Das deutsche Gesundheitssystem ist jetzt schon besonders riskant organisiert, weil es viele Schnittstellenprobleme aufweist. Erforderlich sind eine Primärversorgung und eine Spezialversorgung. Nicht benötigt werden noch mehr eigenständige Fachberufe innerhalb der Primärversorgung ohne Anbindung an die Verantwortung des Hausarztes. Und nicht erforderlich ist eine mehrstufige Fachversorgung nach dem Motto Basisfacharzt – Subspezialist – spezialfachärztliche Versorgung – Krankenhaus der Regelversorgung – Spezialkrankenhaus.

Zusätzliche Schnittstellen lassen die Wahrscheinlichkeit von Fehlern, Koordinationsmängeln und Kostenwachstum steigen.

Bevor man also neue Gesundheitsberufe kreiert, sollte man zunächst fragen, ob wirklich alle Dokumentations- und Berichtspflichten von Ärzten sein müssen – oder ob die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf Abrechnung und Krankenkassenverwaltung mit der Arbeitszeit von Ärzten nicht ökonomischer umgehen könnten.