

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

PHYSICIAN ASSISTANT



Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Herausgeber Hochschule Neu-Ulm

Prof. Dr. Uta M. Feser

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Axel Focke
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel

Erweiterter Herausgeberkreis

Prof. Dr. Patrick Da-Cruz
Prof. Dr. Harald Mehlich
Prof. Dr. Sylvia Schafmeister

Wissenschaftsbeirat

Prof. Dr. Manfred Bornewasser
Prof. Dr. Horst Kunhardt
Prof. Dr. Christoph Rasche
Prof. Alfons Runde
Prof. Dr. Volker Schulte
Dr. Andreas J. Reuschl

Praxisbeirat

Prof. Dr. Horst Peter Becker
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann
Prof. Dr. Alexander Schachtrupp
Dr. Guntram Fischer
Dr. Philipp Schwegel
Michael Born

Autoren

Prof. Dr. Kirsten Bodusch-Bechstein
Prof. Dr. Claudia Heilmann
Prof. Dr. Hans P. Heistermann
Prof. Dr. Thomas Lichtinger
Prof. Dr. Judith Mantz
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Silvia Straub
Prof. Dr. Dietlind Tittelbach-Helmrich
Prof. Dr. Stefan M. Sesselmann
Prof. Dr. Hans-Joachim Günther
Prof. Roger Jaeckel
Dr. Ekkehard Scheffler
Rosa Maria Erlenberg
Tanja Marschall

EDITORIAL



Prof. Dr. Mario A.
Pfannstiel



Prof. Dr. Axel
Focke

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen die fünfzehnte Ausgabe der Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft vorlegen zu können. Mit der Zeitschrift wollen wir eine Brücke zwischen fundierter Theoriebildung und profunder Anwendungsorientierung in der Gesundheitswirtschaft bauen. Die Zeitschrift ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht sich auf Themenfelder aus Praxis und Wissenschaft. Unser Anliegen ist es, aktuelle Informationen und Entwicklungen im Bereich „Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft“ zu vermitteln.

In der fünfzehnten Ausgabe wurde der Schwerpunkt auf das Thema „Physician Assistant“ gelegt. Physician Assistants sind hochqualifizierte Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen die eng mit Ärzten zusammenarbeiten. Da sie delegierte Tätigkeiten von Ärzten übernehmen können, können sie Ärzte entlasten und damit einen entscheidenden Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung leisten. Zu den Tätigkeiten zählen z.B. die Erstellung von Diagnose und Therapieplan, die Durchführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten und die Mitwirkung bei operativen Eingriffen und Notfallbehandlungen.

Mit der Zeitschrift versuchen wir, der steigenden Bedeutung von Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft durch fachlich fundierte Beiträge zu aktuellen und grundlegenden Fragen gerecht zu werden. Gerne bieten wir Ihnen an, mit uns gemeinsam an der Zeitschrift zu arbeiten. Ihre Anregungen, Kritiken und Verbesserungsvorschläge sind uns wichtig, um zum Gelingen der gesetzten Zielstellung beizutragen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Axel Focke

Die Redaktion

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

INHALT

Editorial	3
Mitteilung der Herausgeber <i>Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel Prof. Dr. Axel Focke</i>	
Fachinterview	6
Titel: Der Arztassistent (Physician Assistant) – Ein neuer akademischer Gesundheitsberuf <i>Prof. Dr. Thomas Lichtinger Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I	10
Titel: Physician Assistant <i>Prof. Dr. Silvia Straub</i>	
Beitrag aus der Praxis I	19
Titel: Der Einsatz des Physician Assistant im ambulanten Bereich <i>Prof. Dr. Judith Mantz</i>	
Beitrag aus der Praxis II	29
Titel: Assistenzärzte und Physician Assistants: Eine Alternative zur Behebung des Ärztlemangels? <i>Rosa Maria Erlenberg Prof. Dr. Hans-J. Günther Prof. Dr. Hans P. Heistermann Prof. Dr. Stefan M. Sesselmann</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft II	36
Titel: Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Physician Assistants in Kliniken <i>Prof. Dr. Kirsten Bodusch-Bechstein</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft III	44
Titel: Zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Physician Assistants <i>Prof. Dr. Claudia Heilmann</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft IV	53
Titel: Behandlungsqualität beim klinischen Einsatz von Physician Assistants – Eine Literaturübersicht <i>Prof. Dr. Dietlind Tittelbach-Helmrich Tanja Marschall Dr. Ekkehard Scheffler</i>	
Führende Köpfe im Porträt	63
Titel: Führende Köpfe, Porträt zu Herrn Prof. Roger Jaeckel <i>Prof. Roger Jaeckel Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Impressum	68

Fachinterview

Titel

Der Arztassistent (Physician Assistant) – Ein neuer akademischer Gesundheitsberuf

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Prof. Dr. Thomas Lichtinger (SRH Hochschule für Gesundheit, Professor für Physician Assistance, Schwerpunkt Orthopädie/Unfallchirurgie) werden im Folgenden mit MP und TL abgekürzt.

MP: Was bedeutet die Bezeichnung „Physician Assistant“?

TL: Der englische Begriff „Physician Assistant“ kann am besten mit „Arztassistent/in“ übersetzt werden. In Deutschland haben Physician Assistants (PA) oder Arztassistenten/innen in der Regel einen Gesundheitsfachberuf erlernt und anschließend das Hochschulstudium Physician Assistant abgeschlossen. Das Studium beträgt sechs Semester und schließt mit einem Bachelor (B. Sc.) ab. Im Studium werden wissenschaftliche und praktische Inhalte nach den Vorgaben der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vermittelt. Inzwischen gibt es an den Hochschulen Überlegungen, das Studium auch in Deutschland als Masterstudium (M. Sc.) anzubieten. Vorbilder sind u. a. die etablierten Studiengänge in den USA, wobei dort die Entscheidungs- und Handlungsbefugnisse der Physician Assistants größer sind als die der Arztassistenten/innen in Deutschland.



Lichtinger: „Physician Assistants sind hochqualifizierte Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die sowohl medizinische als auch administrative Aufgaben übernehmen.“

MP: Wie und wo sind Arztassistenten im Krankenhaus einsetzbar?

TL: Arztassistenten/innen sind dem ärztlichen Dienst unterstellt und übernehmen medizinische Aufgaben nach ärztlicher Delegation und unter ärztlicher Aufsicht. Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Schwierigkeit und Gefährlichkeit für die Patienten/innen eine spezielle ärztliche Fachkenntnis und Erfahrung erfordern, sind nicht auf Arztassistenten/innen delegierbar. Zudem besteht für manche Tätigkeiten ein Arztvorbehalt aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (z. B. in der Röntgenverordnung). Arztassistenten/innen können trotzdem viele ärztliche Leistungen übernehmen und bei komplexen Tätigkeiten mitwirken. Es besteht ein Spielraum für Ärzte/innen, welche Tätigkeiten sie an Arztassistenten/innen delegieren. Immer muss sichergestellt sein, dass die Arztassistenten/innen aufgrund ihrer Qualifikationen,

Fähigkeiten und Kenntnisse die delegierten Aufgaben auch erfüllen können. Die delegierenden Ärzte/innen müssen dies berücksichtigen und überprüfen. Allgemein sind Arztassistenten/innen in allen medizinischen Bereichen eines Krankenhauses einsetzbar. Aktuell werden die meisten Arztassistenten/innen in den großen klinischen Fachgebieten Chirurgie und Innere Medizin beschäftigt. Auch in kleineren und in patientenfernen Fachgebieten sind Arztassistenten/innen erfolgreich einsetzbar.

MP: Durch welche Tätigkeiten können Krankenhausärzte entlastet werden?

TL: Arztassistenten/innen können den ärztlichen Bereich in ganz erheblichem Umfang unterstützen. Neben der üblichen Basisarbeit (Blutentnahmen, Legen von Zugängen, Verbandswechsel, Assistieren bei Operationen, Dokumentieren, Vorbereiten von Arztbriefen und Kodierungen, etc.) können Arztassistenten/innen auch sehr anspruchsvolle Aufgaben übernehmen. Sie können spezifische Techniken in verschiedenen Bereichen (Chirurgie, Innere Medizin, Notfallambulanz, Anästhesie, Intensivmedizin, Funktionsdiagnostik, etc.) erlernen und anwenden. Arztassistenten/innen können orientierende Ultraschall-Untersuchungen und überschaubare Eingriffe durchführen. Exemplarisch entnimmt in einer eidgenössischen herzchirurgischen Klinik ein Arztassistent routinemäßig die zur Bypass-Operation benötigten Venen am Bein, während zeitgleich am Herzen operiert wird. Die praktische Ausbildung für diesen Eingriff für andere Arztassistenten/innen und auch für Ärzte/innen in der Weiterbildung wird ebenfalls durch den erfahrenen Arztassistenten sichergestellt. Auch Kommunikations- und Organisationsaufgaben können von Arztassistenten/innen übernommen werden. Beispielsweise hat sich durch den Einsatz einer Arztassistentin innerhalb einer größeren neurochirurgischen Abteilung der Informationsfluss verbessert und damit die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus verkürzt.

MP: Werden Arztassistenten nur im stationären oder auch im ambulanten Bereich eingesetzt?

TL: Wie in den Krankenhäusern können Arztassistenten/innen im ambulanten Bereich viele ärztliche delegierbare Tätigkeiten übernehmen und die niedergelassenen Ärzte/innen deutlich entlasten. Neben der administrativen Unterstützung wünscht sich vor allem der ärztliche Nachwuchs in den Praxen eine verstärkte Entlastung, eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und mehr Möglichkeiten zur Teilzeittätigkeit. Insofern können Arztassistenten/innen zu einer Steigerung der ärztlichen Berufszufriedenheit auch im ambulanten Bereich beitragen. In einigen Ländern werden Hausbesuche von Arztassistenten/innen durchgeführt. Die Ärzte werden entlastet und die medizinische Versorgung hat sich insbesondere in den ländlichen Gebieten verbessert.

MP: Welches Verhältnis besteht zwischen Ärzteschaft, Arztassistenten und Pflegekräften im Krankenhausbereich und wo besteht Verbesserungsbedarf?

TL: Arztassistent ist ein neuer Gesundheitsberuf und damit für die anderen Berufsgruppen zunächst ungewohnt und mit Unsicherheiten verbunden. Arztassistenten/innen werden aber umso besser bewertet, je mehr Erfahrungen die einzelnen Berufsgruppen mit Arztassistenten/innen haben. Im ärztlichen Bereich finden Arztassistenten/innen insbesondere bei den leitenden Ärzten eine gute Akzeptanz. Diese schätzen insbesondere die Informationsweitergabe, die Personalkontinuität und die Erledigung administrativer Aufgaben. Ärzte/innen in der Weiterbildung sehen Arztassistenten/innen etwas kritischer. Einerseits können sie sich durch den Einsatz von Arztassistenten/innen besser auf ihre ärztlichen Kernleistungen konzentrieren, andererseits befürchten sie auch eine Einschränkung ihrer Weiterbildung und eine generelle Reduktion der ärztlichen Stellen. Oberärzte/innen liegen in der Beurtei-

lung der Arztassistenten/innen zwischen den oben genannten Gruppen.

Pflegeverbände haben Arztassistenten/innen zunächst skeptisch beurteilt. Die anfängliche Ablehnung beruhte auf Besorgnisse über die Absenkung der medizinischen Qualität, Kompetenzstreitigkeiten und unklare Strukturen in der Patientenversorgung. Im tatsächlichen Einsatz werden Arztassistenten/innen von den Pflegenden aber positiv beurteilt, da vor allem eine verbesserte Personalkontinuität auf den Stationen und eine bessere Kommunikation mit dem ärztlichen Bereich durch die Arztassistenten/innen gewährleistet wird. Zudem kommt es zu einer Arbeitsentlastung, da eher ärztliche Aufgaben nicht mehr aus Ärztemangel von den Pflegekräften durchgeführt werden müssen.

MP: Wie grenzt sich das Berufsbild der Arztassistenten von akademisierten Pflegekräften ab?

TL: Deutschland hinkt bei der Akademisierung der Pflegeberufe im internationalen Vergleich deutlich hinterher. Die Schätzungen über den Anteil an Pflegenden mit akademischem Abschluss liegen zwischen einem und vier Prozent. Aktuell treffen in Deutschland also wenige Arztassistenten/innen auf wenige akademisierte Pflegekräfte. Dies wird sich in den nächsten Jahren ändern, da beide Berufsgruppen in ihrer Anzahl zunehmen werden. Der Wissenschaftsrat empfiehlt beispielsweise eine Erhöhung der Akademisierungsquote in der Pflege auf bis zu 20%. Eine strukturierte teamorientierte Zusammenarbeit dieser akademischen Berufe wird erforderlich. Durch die Vorgaben der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lassen sich die Tätigkeitsprofile der Arztassistenten/innen vom Pflegebereich abgrenzen. Etwaige Schnittmengen wird man konstruktiv nutzen, um die höheren Anforderungen durch die zunehmende Anzahl multimorbider Patienten gemeinsam zu bewältigen.

MP: Welche Unterschiede sehen Sie zwischen den Arztassistenten in den USA und in Deutschland?

TL: In den USA gibt es den Beruf des Physician Assistant seit Anfang der 60er Jahre. In den folgenden Jahrzehnten wurden moderne Ausbildungsprogramme entwickelt, Tätigkeitskompetenzen geregelt, Zertifizierungsverfahren durchlaufen, Examen vereinheitlicht und Verbände gegründet. Aktuell bestehen über 240 Ausbildungsprogramme für Physician Assistants in den USA und es sind über 100.000 Physician Assistants in den USA ambulant und stationär tätig. Sie können ärztliche Leistung eigenverantwortlich im Sinne der Substitution durchführen. Physician Assistants sind inzwischen ein unverzichtbarer Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems in den USA.

In Deutschland ist der Arztassistent/innen ein junger Beruf. Das erste Ausbildungsprogramm besteht seit circa 15 Jahren, wobei in den letzten Jahren immer mehr Hochschulen diesen Studiengang eingerichtet haben oder noch akkreditieren lassen. Es gibt inzwischen circa 600 Absolventen und über 1000 Studierende. Sowohl die Hochschulen als auch die Arztassistenten/innen organisieren sich in Verbänden. Die Arztassistenten/innen arbeiten meistens in Kliniken und auf Delegationsbasis. Die Entwicklung des Berufes ist dynamisch.

MP: Welche Aufstiegsmöglichkeiten und Anreize bestehen für Arztassistenten?

TL: Für Arztassistenten/innen ist in erster Linie die fachliche Weiterentwicklung motivierend. Aufstiegsmöglichkeiten und bessere Verdienstmöglichkeiten sind ebenso wichtig. Die staatliche Weiterbildungsbezeichnung und der Hochschulgrad sind zusätzliche Beweggründe für das Studium. Arztassistenten/innen finden schnell eine Anstellung und werden in höhere Tarifgruppen als vor dem Studium eingeordnet. Dies bedeutet nicht automatisch einen höheren Verdienst, da

Arztassistenten/innen selten in Wochenend- oder Bereitschaftsdiensten eingesetzt werden und somit finanzielle Zulagen entfallen. Der Vorteil besteht dann in geregelten Arbeitszeiten.

Durch den relativen Ärztemangel in Deutschland wird sich der Arbeitsmarkt für Arztassistenten/innen weiterhin positiv entwickeln. Der Beruf erfährt eine zunehmende Internationalisierung mit Ausbildungsprogrammen in über fünfzig Ländern. Die globale Zunahme von älteren Bevölkerungsgruppen und von Wohlstandserkrankungen erhöht den Bedarf an Arztassistenten/innen perspektivisch weltweit.

Eine akademische Weiterbildung in Form eines Masterstudiums im In- und Ausland nach dem Bachelor-Abschluss ist möglich. Durch die erworbene allgemeine Hochschulzugangsberechtigung eröffnen sich zusätzliche neue Studiermöglichkeiten für die Absolventen. Nichtakademische berufliche Weiterqualifikationen sind davon unbenommen möglich.

MP: Was bringt die Tätigkeit der Arztassistenten den Patienten?

TL: Von Patienten wird vor allem die verbesserte Kommunikation und Personalkontinuität durch den Einsatz von Arztassistenten/innen geschätzt. Arztassistenten/innen haben in der Regel gute soziale Kompetenzen im Umgang mit Patienten. Sprachliche und kulturelle Schwierigkeiten, wie sie von Patienten im Umgang mit ausländischen ärztlichen Kollegen/innen manchmal wahrgenommen werden, sind nicht zu erwarten. Es ist keine Verschlechterung der medizinischen Versorgung zu befürchten und es besteht keine Risikoerhöhung für die Patienten. Klinikaufenthalte werden durch die koordinierende Tätigkeit von Arztassistenten/innen verkürzt. In strukturschwachen Regionen kann durch Arztassistenten/innen die medizinische Versorgung verbessert werden. Die ausbildenden Hochschulen

werden in Zukunft den Einfluss von Arztassistenten/innen auf die Versorgungsqualität einzelner Patientengruppen detaillierter evaluieren.

MP: Wie hat und wird die Digitalisierung das Berufsfeld der Arztassistenten verändern?

TL: Aktuell wird circa 40% der ärztlichen Arbeitszeit mit administrativen Dingen verbracht. Immer mehr Dokumentationsaufgaben binden die Ärzte/innen und die Arztassistenten/innen an den digitalen Arbeitsplatz zur Bedienung der Krankenhausinformationssysteme. Eine Erleichterung ist aktuell nicht absehbar.

In der praktischen medizinischen Versorgung wird die digitale Entwicklung den Arbeitsalltag von Arztassistenten/innen erleichtern. Arztassistenten/innen nutzen zunehmend digitale Medien als Informationsquelle, da wissenschaftliche und medizinische Informationen inzwischen kurzfristig und mobil verfügbar sind. Evidenzbasierte medizinische Entscheidungshilfen sind digital erhältlich. Die telemedizinische Übertragung von Gesundheitsdaten wird neue Möglichkeiten für den von der Klinik oder der Praxis ortsunabhängigen Einsatz von Arztassistenten ermöglichen.

Im Rettungsdienst werden jetzt schon medizinische Parameter telemedizinisch vom Einsatzort an ortsferne Ärzte/innen übermittelt. Diese können dann den Rettungsdienst am Einsatzort beraten und anleiten. Die Versorgung schwerkranker Patienten wurde durch diese neuen digitalen Möglichkeiten verbessert.

MP: Welche künftigen Einsatzfelder für Arztassistenten sehen Sie persönlich in den nächsten Jahren?

TL: Es spricht vieles dafür, dass sich das Berufsbild des Arztassistenten mittel- bis langfristig auch in Deutschland fest etablie-

ren wird. Die meisten Arztassistenten/innen werden in den großen Fächern Innere Medizin und Chirurgie und im stationären Bereich tätig sein. Mit zunehmender Akzeptanz werden auch kleinere Fächer Arztassistenten/innen beschäftigen. Krankenhäuser werden Arztassistenten/innen auch aus ökonomischen Gründen einsetzen. Insbesondere in den ländlichen Bereichen wird aufgrund des Ärztemangels ein weiterer Bedarf an Arztassistenten/innen entstehen. Im ambulanten Sektor kann der Bedarf an Arztassistenten/innen deutlich ansteigen, wenn die Vergütungsstrukturen für ambulante Leistungen angepasst werden. Unterversorgte Regionen werden hier eine Vorreiterrolle spielen können. Gegebenenfalls werden gerade auf dem Land die Möglichkeiten der Telemedizin zu einer Beschleunigung des Einsatzes von Arztassistenten/innen führen. Man kann mittelfristig einen internationaleren Arbeitsmarkt für Arztassistenten erwarten.

MP: Bestehen schon in jedem Bundesland Ausbildungsmöglichkeiten für Arztassistenten, welche Entwicklungen sehen Sie?

TL: Aktuell bieten circa 20 Hochschulen in privater bzw. freier Trägerschaft den Studiengang Physician Assistant an. Von einigen Hochschulen werden die Studiengänge an mehreren Studienorten gleichzeitig angeboten. Insgesamt besteht in Deutschland ein flächendeckendes Angebot für die Studierenden. Der Zugang zum Studium unterscheidet sich an den verschiedenen Hochschulen und in den einzelnen Bundesländern. Nicht immer ist ein Abitur oder ein Fachabitur erforderlich. Auch angemessene Erfahrungen in einem erlernten Gesundheitsfachberuf in Kombination mit einer Eingangsprüfung ermöglichen die Zulassung zum Studium. Die akademische Ausbildung zum Bachelor (B. Sc.) wird von einigen Hochschulen zum Masterabschluss (M. Sc.) weiterentwickelt. Das Modell der Substitution ärztlicher Leistungen durch eigenverantwortlich tätige Arztassistenten/innen ist aufgrund

rechtlicher Bestimmungen aber zunächst nicht zu erwarten.

Autorenanschrift

Prof. Dr. Thomas Lichtinger
Professor für Physician Assistance,
Schwerpunkt Orthopädie und Unfallchirurgie,
Studiengang Physician Assistance, B. Sc.
Campus Leverkusen
SRH Hochschule für Gesundheit
Marie-Curie-Straße 11
51377 Leverkusen

E-Mail: Thomas.Lichtinger@srh.de

Prof. Dr. Mario Pfannstiel
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: mario.pfannstiel@hnu.de

Beitrag aus der Wissenschaft I



Titel

Physician Assistant

Autorin

Prof. Dr. Silvia Straub

Physician Assistants - Entwicklung des Berufsbildes und Standortbestimmung

Physician Assistants (PAs), auch medizinischer Assistent oder Arztassistent, unterstützen Ärzte in ihrer Arbeit. Hierbei handelt es sich um einen medizinischen Assistenzberuf, der bereits seit mehr als 50 Jahren in den USA und dann später in anderen anglo-amerikanischen Ländern sowie in der Schweiz, den Niederlanden und Skandinavien praktiziert wird.

In Deutschland sind PAs zwar bereits seit 2010 tätig, sie sind aber noch relativ unbekannt. Je mehr sich diese in der Praxis bewähren, desto mehr wächst auch die Bekanntheit der Vorteile. Im Jahr 2020 gibt es in Deutschland 571 PA-Hochschulabsolventen und 1.022 Immatrikulierte (DHPA 2020). Akkreditierte staatliche Einrichtungen, wie die Hochschule Neu-Ulm, bilden akademisch qualifizierte Arztassistenten aus.

Bedeutung und Relevanz des Berufsbildes

Immer mehr Arztstellen bleiben unbesetzt. Gleichzeitig wird der Arbeitsaufwand der Krankenhäuser und Praxen immer höher. In

Deutschland steigen die Behandlungsfälle von 16,1 Mio. (1996) auf 19,4 Mio. (2017) (Statistisches Bundesamt, Destatis, 2018). Auch die Ärzte nach Köpfen steigen von 279,3 (1996) auf 385,1 Tausend (2017) (Bundesärztekammer 2017). Die verfügbaren Arztstunden sinken aufgrund der wachsenden Teilzeitbeschäftigung, der Beruf wird zunehmend von Frauen ausgeübt. In unterversorgten, ländlichen Regionen können freiwerdende Arztstellen bereits heute nicht besetzt werden. Wenn in naher Zukunft die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen, verschärft sich die Situation weiter. Angesichts der Lücke durch die Abnahme real verfügbarer Arztstunden bei gleichzeitiger Zunahme des Behandlungsbedarfs und verstärkt durch die Demografie kann der Physician Assistant einen möglichen Lösungsansatz bieten (Reinhardt 2019 und Hillienhof 2017).

Die Aufgabenfelder und Einsatzgebiete, Kompetenzen und Kompetenzentwicklung

PAs unterliegen den Anweisungen der Ärzte (Delegationsprinzip), um diese zu entlasten. Die Bundesärztekammer umreißt die Aufgabenfelder der PA:

„PAs übernehmen aufgrund ihrer hochschulischen Ausbildung die Begleitung komplexer Dokumentations- und Managementprozesse und organisatorischer Verfahren, können solche aber auch im Auftrag der ärztlichen Leitung mit entwickeln. Sie sind in der Lage, Ärzte in verschiedenen Tätigkeitsbereichen flexibel immer dann zu entlasten, wenn es sich nicht um höchstpersönlich vom Arzt zu erbringende Leistungen handelt“ (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017).

PAs arbeiten also überall da, wo Patienten behandelt werden. Aber auch in angrenzenden Bereichen. Sie sind Generalisten und sie bewegen sich an der Schnittstelle zwischen Medizin, Pflege und Gesundheitsmanagement. Insbesondere sind sie als rechte Hand des Arztes bekannt. Sie entlasten diesen nicht nur bei organisatorischen Themen, sondern wirken auch bei komplexen Untersuchungen und der Diagnosestellung sowie dem Erstellen des Behandlungsplans mit, sie assistieren bei Operationen und nehmen teilweise kleinere Eingriffe selbstständig vor. Einsatzorte sind dann z. B. bettenführende Abteilung, regelmäßig im OP, Notaufnahme/Ambulanzen.

Der Einsatzbereich liegt heute vorwiegend in der stationären Versorgung. Aber auch für den ambulanten Bereich gibt es künftig gute Perspektiven, insb. in größeren Einheiten wie Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Praxisnetzen und kooperativen Einrichtungen bzw. in Bereichen der Unterversorgung wie im ländlichen Bereich (Korzilius/Osterloh 2017).

Norwegische und schwedische Krankenhäuser zeigen weitere spannende Perspektiven für PAs auf. Schon heute üben dort oft Nicht-Ärzte die Stationsleitung in Krankenhäusern aus. Und diese koordinierende Tätigkeit können gerade PAs mit ihrer generalistischen Ausbildung gut ausfüllen und Ärzte, Pflegefachkräfte und Gesundheitsberufe zusammenführen (Barthold 2019).

Berufsausbildung von Physician Assistants

Ziel der Ausbildung ist es, Physician Assistants mit dem notwendigen Wissen zu versehen, so dass Ärzte Aufgaben guten Gewissens an PAs übertragen können. Physician Assistants lernen daher mehr als andere Arztassistentenberufe, es ist schon ein „kleines Medizinstudium“. PAs werden interdisziplinär ausgebildet als Ergänzung zu bestehenden Gesundheitsberufen. Von anderen Arztassistentenberufen (wie ANP, OTA/ATA oder CTA, VERAH, AGnESzwei, EVA, MoNi und MoPra) unterscheiden sie sich signifikant durch einen deutlich höheren Anspruch bei Curriculum bzw. Inhalten, Zugangsvoraussetzungen, Dauer der Ausbildung und Einsatzgebieten. Im Gegensatz zu vielen Arztassistentenberufen ist die Ausbildung des Physician Assistant an der HNU staatlich anerkannt und akkreditiert - ein wichtiger Aspekt für Absolventen bzgl. der Finanzierung und des weiteren Werdegangs. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht den Unterschied (siehe Abb. 1).

Inhalt und Struktur des Studiums, Anforderungen und Qualifikationsprofil

Der grundsätzliche Inhalt, die Struktur des Studiums wurden von der Ärztekammer definiert und am Medizinstudium orientiert, nur wurde dieses stark gestrafft. Als Anforderungen für den Zugang werden die Hochschulzugangsberechtigung und meist ein abgeschlossener Gesundheitsfachberuf gefordert. Vom Qualifikationsprofil her eignet sich das PA-Studium für medizinisch-naturwissenschaftlich Interessierte mit Empathie, Leistungsbereitschaft, Durchsetzungsvermögen und guten Kommunikationsfähigkeiten.

Hochschulen wie die HNU bieten im Rahmen des Curriculums über die von der Ärztekammer geforderten Inhalte hinaus noch weitere Inhalte an, um die künftigen Generalisten gut für den Einsatz zu präparieren. Die

Signifikante Unterschiede/ Anstieg der Curricula: • Zugang • Länge • Inhalt • Einsatz	PA (Studium)	⇒ Zugangsbeschränkung: meist Med. Fachberuf, Hochschulzugang, Längste Ausbildung: 7 Sem., Inhalt: med. Wissen, BWL, IT, klinisch-praktisches Wissen	Legende: PA = Physician Assistant ANP = Advanced Practice Nurse OTA = Operations-technische Assistenz ATA = Anästhesie-technische Assistenz CTA = Chemisch-technische Assistenz VERAH = Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis AGnES = Arztentlastende Gemeindefache, E-healthgestützte Systemische Intervention EVA = Entlastenden Versorgungsassistenz MoNi = Modell Niedersachsen MoPra = Mobile Praxisassistenz
		⇒ Einsatz universell: klinisch stationärer Bereich + ambulanter Bereich	
	ANP (Studium)	⇒ Ausbildung kürzer, klinisch stationärer Bereich, klinisch-praktischer Einsatz und med. Wissen	
		⇒ Einsatz hauptsächlich im pflegerischen Bereich	
	OTA/ATA oder CTA (Ausbildungen)	⇒ klinisch stationärer Bereich	
		⇒ klinisch-praktischer Einsatz und med. Wissen,	
		⇒ Einsatz nur im operativen Bereich	
	VERAH u. AGnESzwei (Ausbildungen)	⇒ Case-Management	
	VERAH, AGnESzwei, EVA, MoNi u. MoPra (Ausbildungen)	⇒ geringste Zugangsvoraussetzungen, kürzeste Fortbildungsdauer	
		⇒ hausärztliche Versorgung	

Abb. 1: von AGnES bis PA – Übersicht Arztassistentenberufe.
 Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung Günther et al. (2019).

Programme setzen sich aus Theorie und Praxis zusammen und schließen meist nach 7 Semestern mit einem Bachelor (B.Sc.) ab.

Ähnlich wie beim Medizinstudium steht am Anfang die Vertiefung der naturwissenschaftlichen und medizinischen Grundlagenfächer wie Physik / Chemie / Biologie / Terminologie, Anatomie / Physiologie / Pathologie / Pathophysiologie, Pharmakologie / Toxikologie, Mikrobiologie / Hygiene.

Mit Lehrveranstaltungen zu den Themen Klinische Medizin Chirurgie / OP-Lehre / Medizinassistenz, Mitwirkung Anamnese / körperl. Untersuchung / Diagnostik, Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurologie, Psychiatrie und kleine Fächer, Notfallmedizin (inkl. Spez. Pharma), Emergency Room Management, Anästhesiologie / Intensivmedizin, Herz-Gefäß-Thorax Chirurgie wird das Wissen in Theorie und Praxis vertieft.

Dazu kommen Fächer wie Recht / Ethik, Medizintechnik, Med. Geräte und Werkstoffe, Sozialmedizin und Public Health, Medizininformationssysteme, Medizincontrolling, Management von Gesundheitseinrichtungen, Qualitäts- / Riskmanagement, Prozessma-

agement als Rahmenbedingungen der klinischen Tätigkeit.

Abgerundet wird das Studium durch Methoden und Schlüsselqualifikationen wie Medizinische Kommunikation, Teamentwicklung, Konfliktmanagement, Wissenschaftliches Arbeiten, Methoden emp. Sozialforschung, Klinische Studien, Statistik, Projektmanagement.

Physician Assistants bieten zahlreiche Vorteile

Klinikbetreiber und Kliniken können zu ihrem Vorteil mit PAs noch wirksamer die richtigen Personen am richtigen Platz einsetzen. So können Kliniken ihre Ärzte entlasten und neue Fachkräfte akquirieren. Zwar setzen viele Ausbildungseinrichtungen einen Gesundheitsfachberuf voraus, das bedeutet aber nicht den Verlust von Fachkräften, sondern die Möglichkeit, eigene Mitarbeiter durch innovative Weiterentwicklungsangebote in der Patientenversorgung halten zu können.

Ärzte haben den Vorteil, wieder mehr Zeit für die eigentliche Arzttätigkeit am Patienten zu haben und von Routinetätigkeiten entlastet

zu werden, um in Kernaufgaben und auch Notsituationen konzentriert arbeiten zu können.

Die Aufgaben für Ärzte in Weiterbildung können durch den Einsatz von PAs eher ermöglicht werden, als dass sie eingeschränkt werden oder entfallen. Denn eine qualifizierte Fachkraft auf Station schafft erst die Voraussetzung für zeitlich flexible Tätigkeiten in OP und Funktionsbereichen. Dies können PAs effizient leisten. So kann mithilfe der PAs eine Steigerung der Berufszufriedenheit erreicht werden.

Patienten genießen den Vorteil einer Kontinuität in der Patientenversorgung. In einem Umfeld, in dem der Patient von mehrfach täglich wechselnden Personen betreut, wird stellt der Physician einen festen Ansprechpartner dar, der auch Zeit und Wissen für Erläuterungen einbringen kann.

Studierende haben den Vorteil einer sinnstiftenden und abwechslungsreichen Aufgabe bei der Behandlung von Menschen – in Delegation von Ärzten und als Generalist. Zudem bietet ein grundständiger, kostenfreier Studiengang an einer Hochschule mit Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.) die akkreditierte Qualität und ein Weiterentwicklungsangebot mit Zukunftssicherheit und guten Aufstiegschancen. Ein Programm wie das der HNU bietet zudem mit 210 Leistungspunkten eine interdisziplinäre Ausbildung mit medizinischen Fächern, Schlüsselkompetenzen, BWL und IT-Wissen in Theorie und Praxis sowie den Zugang zu einem Masterstudiengang.

Nicht umsonst wurde der Physician zu einem der 10 zukunftssträchtesten Berufe gewählt (O. A. 2019).

Literaturverzeichnis

Barthold H.-M. (2019) Physician Assistants (Arztassistenten) – An der Seite der Ärzte. In: [berufsreport.com](https://www.berufsreport.com). online im Internet.

URL: <https://www.berufsreport.com/physician-n-assistants-arztassistenten-an-der-seite-der-aerzte/>, Abrufdatum: 16.07.2020.

Bundesärztekammer (2017) Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017, S. 10. Bundesärztekammer (Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2017/Stat17AbbTab.pdf, Abrufdatum: 23.10.2020.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf, Abrufdatum: 16.07.2020.

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant (2020) unveröffentlichte Unterlage, Deutscher Hochschulverband Physician Assistant (DHPA, Hrsg.). o. S.

Günther H.-J., Bader C., Erlenberg R. M., Hagl C., Schirrmacher B., Schuster A. (2019) Von AGnES bis PA — Arztassistentenberufe in Deutschland: Wer hat noch den Überblick? online im Internet. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s15006-019-1175-3?shared-article-renderer>, Abrufdatum: 16.07.2020.

Hansen M. (2019) Berufe mit Zukunft: Diese Jobs sind 2019 gefragt. 08.01.2019. online im Internet. URL: <https://onlinemarketing.de/jobs/artikel/berufe-mit-zukunft-digitalbranche-2019>, Abrufdatum: 16.07.2020.

Hillienhof A. (2017) Ärztestatistik: Arztzahlen wachsen zu langsam für den Versorgungsbedarf. In: Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.). Jg. 114. Nr. 18. S. A-886 / B-746 / C-731. online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/>

archiv/188495/Aerzttestistik-Arztzahlen-wachsen-zu-langsam-fuer-den-Versorgungsbedarf, Abrufdatum: 16.07.2020.

Korzilius H., Osterloh F. (2017) Nichtärztliche Gesundheitsberufe: Ärzte sollen entlastet werden. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 26. S. A-1302 / B-1082 / C-1060. online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/191991>, Abrufdatum: 16.07.2020.

O. A. (2019) Trendberufe 2019: Diese acht Jobs sind stark im Kommen. online im Internet. URL: <https://www.gehalt.de/news/trendberufe-2019>, Abrufdatum: 16.07.2020.

Reinhardt K. (2019) „Ärztinnen und Ärzte sind systemrelevant“. Ergebnisse der Ärzttestistik zum 31.12.2019. online im Internet. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestistik/aerzttestistik-2019/>, Abrufdatum: 16.07.2020.

Statistisches Bundesamt, Destatis (2018) Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2017. In: Fachserie 12. Reihe 1.1. S. 11. Statistisches Bundesamt, Destatis (Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile, Abrufdatum: 23.10.2020.

Autorenbiografie

Silvia Straub ist Professorin der Hochschule Neu-Ulm (Fakultät Gesundheitsmanagement), Studiengangleiterin Studiengang Physician Assistant, Mitglied des Senats und Hochschulrats sowie Praxisbeauftragte und Beauftragte für Internationales. Ihre Themenschwerpunkte sind Strategisches Management, Controlling und Medizin im Bachelor- und Masterstudium. Das Studium der Humanmedizin hat Silvia Straub an der Eberhard Karls Universität Tübingen abgeschlossen (Approbation als Ärztin). Die Pro-

motion erlangte Silvia Straub an der Universität Hochschule St. Gallen, das Studium der Wirtschaftswissenschaften schloss sie an der Universität Stuttgart Hohenheim ab. Vor ihrer Tätigkeit an der HNU war Silvia Straub bei namhaften Strategieberatungen im Bereich Finance, Automotive und Health Care tätig. Zudem übernahm sie Führungsfunktionen als Mitglied der Geschäftsleitung einer Krankenhausgruppe (HUMAINE, heute Helios-Fresenius), als kaufmännische Geschäftsführerin eines Krankenhauses und als Verwaltungsrätin in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft im In- und Ausland. Vor ihrer Professur unterrichtete sie berufsbegleitend u.a. an der Hochschule für Wirtschaft und Recht, Berlin: MBA Studiengang Health Care Management; Universität Charité Berlin; Berufsakademien Stuttgart und Mannheim. Sie ist Referentin auf Fachtagungen, Autorin wissenschaftlicher Publikationen zu Strategischem Management und Controlling und engagierte sich ehrenamtlich in Fachgesellschaften des Gesundheitswesens.

Autorenanschrift

Prof. Dr. Silvia Straub
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät Gesundheitsmanagement
Wileystr. 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: silvia.straub@hnu.de

Beitrag aus der Praxis I



Titel

Der Einsatz des Physician Assistant im ambulanten Bereich

Autorin

Prof. Dr. Judith Mantz

Einleitung

Der Physician Assistant wird in Deutschland nunmehr seit 2005 als weiterqualifizierender Hochschulstudiengang für Absolventen in einem Gesundheitsfachberuf angeboten. Damit soll die Lücke zwischen medizinischen Ausbildungsberufen und Ärzten geschlossen werden, um eine Arbeitsentlastung des ärztlichen Personals durch Übernahme delegierbarer ärztlicher Aufgaben herbeizuführen. Außerdem ist der Einsatz von akademisierten Gesundheitsfachberufen eine Möglichkeit, die Folgen des Ärztemangels zu minimieren, indem Ärzte effektiv entlastet und unterstützt werden.

Bislang regelt deutschlandweit lediglich der Gesetzgeber in Baden-Württemberg die Weiterbildung der Physician Assistants in der Weiterbildungsverordnung Arztassistenten. Dort wird in §1 Abs. 1 der Einsatz des Physician Assistant als „unterstützende Zusammenarbeit mit Ärzten im Krankenhaus“ definiert. Der Einsatzbereich liegt demnach derzeit nur in der stationären Versorgung, sowohl im ländlichen wie städtischen Raum und auch im Bereich von Maximalversorgern (Gesetzblatt für Baden-Württemberg 2013).

Dabei stellt sich insbesondere in Zeiten des Ärztemangels bei zeitgleich zunehmendem demografischen Wandel in Hinblick auf die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung die Frage, ob Physician Assistants auch im ambulanten Bereich gewinnbringend eingesetzt werden können, um v. a. den Hausärztemangel in ländlichen Gebieten zu minimieren und Hausärzte effektiv zu unterstützen.

Historisch gesehen wurde der Physician Assistant v. a. als Folge eines Mangels an Hausärzten in den USA im Jahr 1965 etabliert. Damals entwickelte der für die medizinische Fakultät der Duke Universität tätige Arzt Eugene A. Stead Jr. zusammen mit Marine-Krankenhaussanitätern ein Ausbildungsprogramm für Physician Assistants. In der Zwischenzeit ist dieses Ausbildungsprogramm ein von unabhängigen Akkreditierungsorganisationen zertifiziertes Studienprogramm, das sowohl Inhalte der naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer, der diagnostischen Medizin, der klinischen Fachgebiete als auch der wissenschaftlichen Arbeit vermittelt (AAPA 2020). Das Studium des Physician Assistant erlaubt den Absolventen in Amerika eine umfangreiche klinische Tätigkeit, die u. a. die Patientenanamnese,

körperliche Untersuchung, Beurteilung und Diagnosestellung, Anordnungen von Untersuchungen und Beratung von Patienten umfasst. Zusammenfassend weist der Physician Assistant in Amerika weitreichende Kompetenzen auf, die mit dem ersten Patientenkontakt beginnen und über die Abwicklung diagnostischer Maßnahmen bis zur Durchführung therapeutischer Tätigkeiten reicht. Dabei ist der Physician Assistant bei allen Tätigkeiten einem Arzt untergeordnet, welcher dessen Handlungen supervidiert und anleitet. Einsatzgebiete des amerikanischen Physician Assistant sind Kliniken, Arztpraxen, Gesundheitszentren, Pflegeheime, Schulen und universitäre Einrichtungen sowie industrielle Betriebe. Dabei arbeiten etwa 37% der Physician Assistants in Privatpraxen, hauptsächlich in der Allgemein- und Familienmedizin (NCCPA 2016).

Im Vergleich zu den USA handelt es sich in Großbritannien bei dem im Jahr 2005 eingeführten neuen Beruf des PA um den sog. Physician Associate, was verdeutlicht, dass es sich bei dem Berufsbild mehr um ein partnerschaftliches Verhältnis als um eine ärztliche Assistenz handelt, d. h. der Beruf geht über eine bloße Assistenz hinaus. Im Gegensatz zu den amerikanischen Physician Assistants arbeiten die Physician Associates in Großbritannien aber unter direkter Aufsicht eines Arztes. Hierbei gilt das Delegationsprinzip „Delegation and referral“, welches dem Arzt ermöglicht, eine Behandlung durch einen Kollegen durchführen zu lassen. In dem Fall handelt es sich bei Kollegen allerdings nicht zwangsläufig um einen Arzt, sondern vielmehr um einen Mitarbeiter, der mit dem Delegierenden zusammenarbeitet und von dessen Fähigkeiten sich der Delegierende ausreichend überzeugen konnte. Dabei ist nach dem „Managed Voluntary Register“ eine Beschäftigung der Physician Associate in fast allen medizinischen Fachrichtungen vorgesehen. Demnach gelten als Einsatzgebiete sowohl die Lehre als auch die ambulante und die stationäre Versorgung (Haerter 2017).

In den Niederlanden wird eine Liste mit „vorbehaltenen Tätigkeiten“ geführt, die nur von ausgewählten Gesundheitsfachberufen angewandt werden darf, da diese Tätigkeiten erhebliche Gesundheitsrisiken für den Patienten bergen, falls sie von unzureichend ausgebildetem Personal durchgeführt werden. Seit 2012 wird in dieser Liste der Physician Assistant aufgeführt. Zu den Aufgaben des Physician Assistant zählen u.a. die Verrichtung von Heilkunde, die Durchführung einer Endoskopie, Katheterisierung, Injektion, Punktion, Kardioversion und Defibrillation sowie die Verschreibung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Bedingt durch seine breite medizinische Ausbildung kann der Physician Assistant sowohl im OP, in der Ambulanz und auf den Stationen eingesetzt werden (Haerter 2017).

Zusammengefasst ergibt sich für Physician Assistants ein breites Spektrum möglicher Arbeitsgebiete, die im Ausland auch weitreichend ausgeschöpft werden. Auch in Deutschland könnten die Physician Assistants in Krankenhäusern und Polikliniken, in Tageskliniken, Rehabilitationskliniken, Ärztehäusern, medizinischen Versorgungszentren sowie anderen ambulanten Einrichtungen (z. B. allgemeinmedizinisch oder fachärztlich) eingesetzt werden. Gerade im ambulanten Bereich ist der Mangel an ärztlichem Personal gravierend. Schätzungen zufolge fehlten bereits im Jahr 2020 51.774 Ärzte im ambulanten Sektor (Kopetsch 2010). Ebenso steigt das Durchschnittsalter erwerbstätiger Ärzte kontinuierlich an. 2014 veröffentlichte Osterloh im deutschen Ärzteblatt eine Statistik zur Altersstruktur der deutschen Ärzte. Dabei wurde festgestellt, dass das Durchschnittsalter im ambulanten Bereich von 46,56 Jahren im Jahr 1993 auf 53,09 Jahre im Jahr 2013 angestiegen ist (Osterloh 2014). Von diesem Trend ist aktuell weiterhin auszugehen.

Warum werden also in Deutschland die Physician Assistants kaum ambulant eingesetzt?

Finanzierungsproblem

Das Interesse der Physician Assistants an einer ambulanten Tätigkeit ist vorhanden, schätzt Professor Peter Heistermann, Vorsitzender des Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistants. Dennoch stelle kaum eine Praxis die neuen Fachkräfte ein. Bislang sind lediglich 10% der Absolventen in einer ambulanten Einrichtung angestellt. Grund hierfür sei, laut Heistermann, die unzureichende Finanzierung der Physician Assistants. Bislang müssen die Praxen sie aus dem eigenen Budget bezahlen (Beneker 2019 und Beneker/ Schmid 2020). Noch immer sind Physician Assistants bei der Delegation von vertragsärztlichen Tätigkeiten nicht berücksichtigt. Für qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten sind Zuschläge auf Haus- und Pflegeheimbesuche laut EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) Kapitel 38 vorgesehen (KBV 2016). In der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind v. a. Medizinische Fachangestellte berücksichtigt. Laut §15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte ist jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuführen. Allerdings ist gemäß §28 Abs. 1 S 3 SGB V geregelt, dass in der ambulanten Versorgung ärztliche Tätigkeiten auch delegiert werden können und welche Anforderungen an die Erbringung von Tätigkeiten von nichtärztlichem Personal zu stellen sind. Die Ausführung aller klinischen Aufgaben durch den Arzt selbst ist in der Regel nicht realisierbar und rechtlich auch nicht vorgesehen, so dass der Arzt sich im Rahmen der Arbeitsteilung sowohl anderer ärztlicher als auch nicht-ärztlicher Kollegen bedienen darf. Es ist dabei nicht nachvollziehbar, warum in der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S.3 SGB V die Berufsgruppe der Physician

Assistants nicht oder noch nicht berücksichtigt werden (BÄK 2013).

Verzichtbarkeit

In einer Befragung der KBV aus dem Jahr 2014 gaben 41% der befragten Haus- und Fachärzte an, Medikations- und Wundmanagement bereits zu delegieren. Zu 18% wurden auch Hausbesuche an andere Mitarbeiter übergeben. Hierbei werden allerdings nur in 20% weitergebildete Angestellte eingesetzt. Insgesamt gaben 30% der Befragten aber auch den Wunsch einer Ausweitung der Delegation an (Follmer/ Leinert 2014). Aus dieser Befragung wird deutlich, dass Hausärzte durchaus den Wunsch haben, bestimmte Aufgaben an qualifiziertes nichtärztliches Personal zu delegieren.

Nach Bauer ist es ein „Gebot der Klugheit“, Tätigkeiten, die auch von nichtärztlichem Personal ausgeführt werden können, an dieses zu übertragen. Er sieht in der Delegation einerseits eine Entlastung des Arztes als auch eine Aufwertung des nichtärztlichen Personals (Bauer 2012).

In einer Untersuchung von Iqbal-Ochs und Popert über den Einsatz von nichtärztlichem Personal in hausärztlichen Praxen wird geschlussfolgert, dass ein Einsatz von Physician Assistants keinen besonderen Vorteil im Vergleich zu fortgebildeten MFAs bringen würde. Gründe hierfür seien in der Ausbildung der Physician Assistants zu suchen. Das Studium greife die Tätigkeitsschwerpunkte und Kompetenzprofile, die in einer hausärztlichen Praxis von großer Bedeutung seien, in nur geringem Maße auf. Außerdem sei v. a. der praktische Anteil im Studium geringer im Vergleich zur Ausbildung einer MFA (Iqbal-Ochs/ Popert 2020). Dabei berücksichtigen die Autoren nicht, dass die Voraussetzung zum Studium als Physician Assistant eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Gesundheitsfachberuf ist, beispielsweise auch die Ausbildung zur MFA. So fordert es zumindest die Bundes-

ärztekammer (BÄK/ KBV 2017). D. h. das Studium ist als Weiterqualifikation zu werten und entspricht daher in jedem Fall einer höher qualifizierten Ausbildung. Viele Hochschulen bieten darüber hinaus ein duales Studium mit gleicher Anzahl an Ausbildungsabschnitten in Theorie und Praxis an, so dass dort auch von einem erheblichen Praxisanteil auszugehen ist. Darüber hinaus umfasst das Studium je nach Hochschulstandort auch Aspekte der Ethik, des Rechts, der Betriebswissenschaft oder der Technik, so dass Physician Assistants auch über medizinische Aspekte hinausgehende Kompetenzen erwerben.

Es bleibt festzuhalten, dass die Physician Assistants genug qualifiziert sind, um im hausärztlichen Bereich eingesetzt werden zu können. Demnach kann der Einsatz von Physician Assistants im ambulanten Sektor gewinnbringend gestaltet werden. Hierbei ist von einer Ergänzung und nicht von einem Ersatz anderer Berufe in diesem Umfeld auszugehen, wobei Physician Assistants v. a. ärztliche Aufgaben übernehmen können.

Dies unterstreicht eine im British Journal of General Practice publizierte Studie. Diese kommt zu dem Schluss, dass Physician Assistants ebenso gut wie Allgemeinmediziner Patienten untersuchen, Erkrankungen diagnostizieren und beraten können. Der Einsatz von Physician Assistants ermöglicht es dann dem Allgemeinmediziner, sich auf die komplexen Fälle zu konzentrieren, so die Studie. Der Vorteil für die Patienten in der Behandlung durch einen Physician Assistant lag laut der Studie v. a. darin, dass sich der Physician Assistant im Vergleich zum Arzt mehr Zeit pro Patient nehmen konnte. Die durchschnittliche Dauer pro Patientenkontakt betrug 17 Minuten beim Physician Assistant und 11 Minuten beim Arzt. Zusätzlich wurde die Qualität der Dokumentation in der Akte bei den Physician Assistants als signifikant besser bewertet als bei den Ärzten (Drennan et al. 2015). Diese Studie kommentierte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Gün-

ther Jonitz wie folgt: „In hausärztlichen Gemeinschaftspraxen könnten sich Physician Assistants und andere besonders qualifizierte Mitarbeiter, die den Arzt entlasten, durchaus ähnlich wie im Rahmen dieser britischen Studie bewähren“ (Plaum 2015). Ein entscheidender Punkt stellt in Deutschland eine fehlende Regelung der jeweiligen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen dar. Die hohe Anzahl von an der Patientenversorgung beteiligten Professionen und deren Berufsordnungen führt zu übereinstimmenden Kompetenzen, so dass gesetzliche Bestimmungen der einzelnen Formen der Arbeitsteilung ohne eine Eingrenzung der Zuständigkeiten schwierig ist. Dies könnte entweder dadurch gelöst werden, indem analog des niederländischen Systems bestimmte Tätigkeiten einzelnen Berufsgruppen vorenthalten wird. Eine andere Möglichkeit wäre die Ausarbeitung von Berufsordnungen für jede Berufsgruppe, auf deren Basis dann separate Regelungen zur Aufgabenverteilung erfolgen könnten. Dafür müssten die Berufsordnungen allerdings eng aufeinander abgestimmt werden. Die Lösung aus den Niederlanden hat den Vorteil, dass mittels einer Aufgabenliste die Abstimmung der einzelnen Aufgabenbereiche erleichtert würde. In Deutschland kommt es aktuell durch die Vielzahl an Gesundheitsfachberufen in vielen Aufgabengebieten zu Überschneidungen, welche nicht gut aufeinander abgestimmt sind. V. a. die definitive Abgrenzung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Aufgaben wäre wünschenswert, um den Einsatz von nichtärztlichen Personal besser abschätzen zu können.

Interessant ist auch eine 2013 in Amerika durchgeführte Studie über den Einsatz von Physician Assistants im Rahmen von Hausbesuchen. Hier wurden die Konsequenzen eines „physician assistant home care“ Programmes anhand der 30 Tage Wiederaufnahmerate in Krankenhäusern evaluiert. Patienten nach einer kardialen Operation wurden postoperativ über 13 Monate (30 Patienten) im Vergleich zu einer Kontroll-

gruppe (361 Patienten) ohne das PAHC Programm untersucht. Die Krankenhauswiederaufnahmerate innerhalb der ersten 30 Tage wurde durch die PA Visiten im Vergleich zur Kontrollgruppe um 25% reduziert. Die häufigste Maßnahme der Physician Assistants im Rahmen der häuslichen Visite war die Beratung bezüglich der Medikation (Nabagiez et al. 2013). Diese Studien machen deutlich, dass der Einsatz von Physician Assistants in der ambulanten Praxis zu einer Verbesserung der Versorgung und Dokumentation führen kann und dass durch deren Einsatz v. a. die Patientenzufriedenheit verbessert werden kann.

Geringe Ausbildung in der Allgemeinmedizin

In der Untersuchung von Iqbal-Ochs und Popert wird festgestellt, dass die für den ambulant-hausärztlichen Bereich essentiellen Tätigkeitsschwerpunkte wie Praxismanagement, EBM/GOÄ, Besuchsmanagement und Wundmanagement bislang nicht im Vordergrund des Studiums zum Physician Assistant stehen. Da es noch keine bundeseinheitliche Regelung über die Inhalte des Studiums zum Physician Assistant gibt, sondern lediglich ein von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung herausgegebenes Konzeptpapier über die Lehrinhalte, unterscheidet sich das Lehrangebot der anbietenden Hochschulen in vielen Punkten. Dabei werden o.g. Inhalte von den Hochschulen durchaus aufgegriffen. So bietet die Staatliche Studienakademie Plauen beispielsweise das Fach „Gesundheits- und Vergütungssysteme“ an, die Carl Remigius Medical School greift das Fach „Praxismanagement“ auf.

Sicherlich wäre ein analog der universitären Ausbildung von Medizinstudierenden konzipiertes Fach der Allgemeinmedizin wünschenswert, um die Absolventen bestmöglich auf den Einsatz in einer Hausarztpraxis vorzubereiten. So werden beispielsweise an der Uniklinik Ulm neben dem Kerncurriculum

vielfältige Möglichkeiten angeboten, um hausärztliche Tätigkeiten und das breite Spektrum ambulanter Gesundheitsversorgung praktisch zu erfahren (Universitätsklinikum Ulm 2020). Gemäß DHPA wird allerdings nun ein Curriculum für den ambulanten Bereich konzipiert und von einigen Hochschulen (z. B. DHBW, EUFH) bereits ins Studienprogramm aufgenommen.

Die Einführung des Physician Assistant hat nicht nur das Potential, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, sondern könnte auch dabei helfen, die Versorgungsqualität der Bevölkerung insbesondere in ländlichen Regionen zu verbessern.

Zur Hausarztunterstützung wurde von 2005 bis 2008 das sog. „AGnES-Projekt“ (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) eingeführt (Van den Berg et al. 2009). Hierbei durften qualifizierte nicht-ärztliche Mitarbeiter die Hausbesuche übernehmen. Dabei wurden die während der Hausbesuche erhobenen Daten unmittelbar zu Hause bei den Patienten in einen Tablet-PC eingegeben und verschlüsselt über eine gesicherte Internet-Verbindung an das Institut für Community Medicine gesendet. Dort erfolgte die Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität. Die Auswertung von 8386 delegierten Hausbesuchen ergab, dass ca. 50 % der Tätigkeiten im Rahmen des Hausbesuches die Erfassung diagnostischer Parameter ausmachte, während 35 % die Beurteilung des physischen und psychischen Patientenzustandes mit Symptombdokumentation und die Beratung betrafen. Die restlichen Tätigkeiten umfassten medizinische Aufgaben, wie z. B. die Blutentnahme, Injektionen und Wundbehandlungen. Anhand der Ausbildung der Physician Assistants v. a. in Kombination mit einem Gesundheitsfachberuf ist von einer qualifizierten Ausübung dieser Tätigkeiten auszugehen. 38 der 42 teilnehmenden Hausärzte beurteilten das Projekt als Entlastung für ihre berufliche Tätigkeit. 629 der 667 Patienten (94,3 %) konnten sich eine weitere

Betreuung durch das nichtärztliche Personal vorstellen, sodass der Hausarzt nur noch bei dringendem medizinischem Bedarf Hausbesuche abstatten müsste.

Der Physician Assistant sollte mit seiner tiefgehenden medizinischen Ausbildung ebenso in das System der Telemedizin integriert werden. Er sollte Patienten in ihrer häuslichen Umgebung aufsuchen und dort sowohl therapeutische, als auch diagnostische Maßnahmen vornehmen dürfen, zu denen er auch im Krankenhausalltag befähigt ist. Dabei würden v. a. ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen profitieren, aber auch akut erkrankte jüngere Patienten, bei denen lediglich eine Überprüfung des Therapieanschlages erforderlich ist (z. B. nach Antibiose bei Pneumonie), sollten nicht von einer Behandlung durch Physician Assistants ausgeschlossen werden. Der Einsatz von Telemedizin würde einerseits die Rücksprache des delegierenden Arztes ermöglichen und andererseits den Hausarzt effektiv in seiner Arbeit entlasten. Für die Patienten ergäbe sich der Vorteil, dass sie einen kontinuierlichen Ansprechpartner aus der Hausarztpraxis hätten, der sich kompetent um ihre Anliegen kümmern könnte (Lücke 2019).

Fazit

Zusammenfassend ist also davon auszugehen, dass sich der Physician Assistant in Deutschland analog der ausländischen Vorgehensweise ebenso gewinnbringend im ambulanten Sektor einsetzen lässt. Es wäre wünschenswert, wenn hierbei der Gesetzgeber den rechtlichen Rahmen hierfür vorgeben würde, um für alle Beteiligten Rechtssicherheit zu gewähren. Hierauf aufbauend könnte dann auch die Frage der Abrechnung von Physician Assistants für Praxisbesitzer geklärt werden. Diese Anpassungen und Nachbesserungen könnten dazu führen, dass die Skepsis der niedergelassenen Ärzte gegenüber den Physician Assistanten schwinden würde, so dass sie das Potential

der nichtärztlichen Mitarbeiter auch nutzen könnten. Sicherlich wird sich die Stellung der Physician Assistants verändern, wenn Kenntnisse, Fähigkeiten und Vertrauen in sie steigen. Auf diese Weise können Physician Assistants schrittweise mehr Verantwortung bekommen und langfristig zu einer fest etablierten Berufsgruppe im deutschen Gesundheitssystem werden. Bei aller Skepsis besteht zugleich auch die Chance auf einen Gewinn neuer Erkenntnisse durch die mit unterschiedlichem beruflichen Background verbundenen Sichtweisen und Herangehensweisen. Eine Übertragung einzelner ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen ermöglicht auch, dass sich die Mitarbeiter auf einzelne Tätigkeiten spezialisieren und diese ggf. routinierter ausführen können, als dies für ärztliche Mitarbeiter mit ihren begrenzten zeitlichen Ressourcen möglich ist.

Literatur

AAPA (2020) Guidelines for State Regulation of Physician Assistants, American Academy of Physician Assistants (AAPA, Ed.). online im Internet. URL: <https://www.aapa.org/Workarea/DownloadAsset.aspx?id=795>, Abrufdatum: 12.12.2020.

Bauer S. (2012) Gegenwart und Zukunft der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. In: Zeitschrift für Gewerbe- und Wirtschaftsverwaltungsrecht. Jg. 58. Heft 1. S. 13-16.

Beneker C. (2019) Physician Assistants bald auch für die Hausarzt-Praxis? Im Nordwesten engagiert sich ein Kollege für deren Ausbildung. Medscape (Hrsg.). online im Internet. URL: https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4907608#vp_1, Abrufdatum: 01.02.2021.

Beneker C., Schmid R. (2020) Großes Interesse am Studiengang, doch wie viel verdienen „Physician Assistants“? In: Ärztezeitung. Springer Medizin (Hrsg.). online im Internet.

URL: <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Grosses-Interesse-am-Studiengang-doch-wie-viel-verdienen-Physician-Assistants-411166.html>, Abrufdatum: 23.11.2020

BÄK (2013) Resolution zur Delegation 2013, Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gem. § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013. Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg.), Berlin.

BÄK und KBV (2017) Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK, KBV, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf, Abrufdatum: 13.12.2020.

Drennan V. M., Halter M., Joly L., Gage H., Grant R. L., Gabe J., Brearley S., Carneiro W., Lusignan S. (2015) Physician associates and GPs in primary care: a comparison. In: British Journal of General Practice. Vol. 65. No. 634. pp. e344-e350.

Follmer R., Leinert J. (2014) Ärztemonitor, Ergebnisse zur zweiten Befragung im Frühjahr 2014. Ärztemonitor, Ärzte verstehen, Eine Initiative der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), NAV-Virchow-Bund und der Brendan-Schmittmann-Stiftung, Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (infas, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor_5213_20140701.pdf, Abrufdatum: 07.01.2021.

Gesetzblatt für Baden-Württemberg (2013) Verordnung des Sozialministeriums und des Wissenschaftsministeriums zur Erprobung einer Weiterbildung in den Berufen der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zur Arztassistenz (Weiterbildungsverordnung Arztassistenz), 05.06.

2013, Nr. 9. Gesetzblatt für Baden-Württemberg (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/gesetzblaetter/2013/GBI201309.pdf>, Abrufdatum: 01.12.2020.

Haerter F. (2017), Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant. Dissertation der Juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Hrsg.), Düsseldorf.

Iqbal-Ochs S., Popert U. (2020) Physician Assistant – eine Lösung des Hausärztemangels in Deutschland? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Jg. 96. Heft 6. S. 252-256.

KBV (2016) Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Kapitel 38: Delegationsfähige Leistungen, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2016-07-01_BA_376_BeeGDFE_Delegationsfaehige_Leistungen.pdf, Abrufdatum: 23.01.2021.

Kopetsch T. (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung 5. Aufl., Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK, KBV, Hrsg.), Berlin.

Lucke M. (2019) Physician Assistants: Unterstützung für Ärzte. In: Münchner Ärztliche Anzeigen. Jg. 108. Nr. 7. S. 4-6.

Nabagiez J. P., Shariff M. A., Khan M. A., Molloy W. J., Mc Ginn J. T. (2013) Physician assistant home visit program to reduce hospital readmissions. In: Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol. 145. No. 1. pp. 225-231.

NCCPA (2016) Statistical Profile of Recently Certified Physician Assistants, National Commission on Certification of Physician Assistants (NCCPA, Ed.). online im Internet. URL: <http://www.nccpa.net/Uploads/docs/20>

15StatisticalProfileofRecentlyCertifiedPhysicianAssistants.pdf, Abrufdatum: 25.11.2020.

Osterloh F. (2014) Ärztestatistik, Mehr Ärztinnen, mehr Angestellte. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 111. Nr. 16. S. A-672/ B-580 / C-560.

Plaum P. (2015) Kein „Arzt light“, dafür effizient und beliebt: Britische Studie zu Physician Associates in Hausarztpraxen. Medscape (Hrsg.). online im Internet, URL: <https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4903648>, Abrufdatum: 02.02.2021.

Universitätsklinikum Ulm (2020) Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Ulm (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.uniklinik-ulm.de/allgemeinmedizin.html>, Abrufdatum: 16.12.2020.

Van den Berg N., Meinke C., Heymann R., Fiß T., Suckert E., Pöller C., Dreier A., Rogalski H., Karopka T., Oppermann R., Hoffmann W. (2009) AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter; Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 106. Heft 1-2. S. 3-9.

Autorenbiografie

Prof. Dr. Judith Mantz hat an dem Universitätsklinikum des Saarlandes das Studium der Humanmedizin absolviert. Noch während des Studiums erfolgte die experimentelle Promotion an der Orthopädischen Klinik. Nach dem Studium begann sie die Facharztausbildung im Fachgebiet Anästhesie und Intensivmedizin, welchen sie 2013 ablegte. Daraufhin folgten verschiedene Ausbildungsabschnitte sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, u.a. zuletzt in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Seit 2020 lehrt sie an der Hochschule Neu-Ulm in dem Studiengang Physician Assistant. Forschungsschwerpunkte sind die Etablierung von digitalen Methoden wie Virtual Reality Technologien in der Lehre und

Ausbildung. Darüber hinaus engagiert sie sich in der Weiterentwicklung des Berufsbildes Physician Assistant u.a. im deutschen Hochschulverband Physician Assistant (DHPA).

Autorenanschrift

Prof. Dr. Judith Mantz
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät für Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: judith.mantz@hnu.de

Zitierform: Erlenberg R. M., Günther H.-J., Heistermann H. P., Sesselmann S. M. (2021) Assistenzärzte und Physician Assistants: Eine Alternative zur Behebung des Ärztemangels?, ZFPG, Jg. 7, Nr. 2, S. 24-31. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.07.02.2021-05

Beitrag aus der Praxis II



Titel

Assistenzärzte und Physician Assistants:
Eine Alternative zur Behebung des Ärztemangels?

Autoren

Rosa Maria Erlenberg (links oben)
Prof. Dr. Hans-J. Günther (rechts oben)
Prof. Dr. Hans P. Heistermann (links unten)
Prof. Dr. Stefan M. Sesselmann (rechts unten)

Zusammenfassung

Zur Besetzung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus bedarf es im Zuge eines zunehmenden Ärztemangels einer neuen Personalstrategie. Eine Möglichkeit, den Stellenplan optimal zu gestalten, besteht darin, Physician Assistants (PAs) in die ärztliche Personalstruktur zu integrieren. Eine Mikrostudie, die auf einer Berechnung eines Skill-Mix in sechs Kliniken beruht, zeigt, dass die optimale Anzahl zur Implementierung des Berufes der Physician Assistants vor allem davon abhängt, ob die Kliniken die PAs im Bereitschaftsdienst einsetzen wollen. Bei Beteiligung der PAs am Bereitschaftsdienst zeigt sich in der Studie ein möglicher Anteil von PAs an Assistenzarztstellen zwischen 27 % und 39 %, ohne Beteiligung am Bereitschaftsdienst beträgt der Anteil zwischen 12 % und 21 %. Zur Errechnung eines optimalen Skill-Mix ist es unbedingt erforderlich, in

den einzelnen Kliniken eine abteilungsbezogene Analyse vorzunehmen.

Genderhinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im vorliegenden Beitrag die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Einleitung

Der demografische Wandel in Deutschland wirkt sich unter anderem auch auf die Sozialsysteme aus. Die Bevölkerungsstruktur verändert sich. Das Durchschnittsalter der Menschen steigt und damit ebenso deren Morbidität, gleichzeitig nimmt die Bevölke-

rungszahl und der Teil der Erwerbstätigen im Verhältnis ab.

Dies betrifft auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung (Vgl. Bertelsmann Stiftung 2006 und Bosbach 2007). Durch die Überalterung der Gesellschaft wird mehr ärztliches Personal benötigt, dem gegenüber steht eine verminderte Zahl an erwerbstätigen Ärzten. Bis 2030 fehlen bei optimistischer Prognose 10 %, bei pessimistischer Prognose 32 % Allgemeinmediziner in Vollzeit und 11 % bzw. 35 % an Fachärzten (Vgl. Burkhart/ Ostwald/ Ehrhardt 2012).

Der demografische Wandel ist aber nicht allein für den Ärztemangel verantwortlich. Hinzukommende Faktoren für den Ärztemangel in Krankenhäusern sind die Abwanderung der Ärzte in andere Berufe und deren zunehmende Teilzeitbeschäftigung. So verlässt etwa jeder vierte bis fünfte ausgebildete Mediziner im Laufe seiner Facharztweiterbildung das Gesundheitswesen. Dies bedeutet, dass sich immer weniger Absolventen eines Medizinstudiums zum Facharzt weiterbilden, sondern sich für eine attraktive Karriere in der Wirtschaft entscheiden (Jockwig/ Hog 2014). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Feminisierung der Ärzteschaft; 37 % aller Ärztinnen, aber nur 12 % der Ärzte arbeiten in Teilzeit (Vgl. Osterloh 2017). Die weibliche Ärzteschaft verlässt häufiger im Zusammenhang mit der Familienplanung zeitweise das Berufsleben oder nimmt zum Zwecke der Kindererziehung eine Teilzeitstelle an.

Die Folgen der genannten Faktoren sind, dass selbst Kliniken in Großstädten derzeit schon unter einem Mangel an Assistenzärzten leiden. Die Situation in der Peripherie stellt sich noch gravierender dar. Der Ärztemangel bedeutet, dass Planstellen nicht besetzt werden können, was wiederum die Patientenversorgung gefährdet (Vgl. Kaplan 2014 und Osterloh 2017). Dies wird nur zum Teil aufgefangen durch ausländische Ärzte mit teilweisen Defiziten im fachlichen und

sprachlichen Bereich (Vgl. Gerst 2015 und Zimmer 2017). Aufgrund des demografischen Wandels wird sich diese Situation in den nächsten Jahren dramatisch verschlimmern (Vgl. Jockwig/ Hog 2014 und Schmedt 2017). Auch die Erlössituation in den Kliniken kann sich deshalb zunehmend verschlechtern. Die Kliniken, ob öffentlich oder privat, müssen auch die Wirtschaftlichkeit berücksichtigen; sie haben die Verantwortung, mit den zum Teil öffentlichen Geldern ökonomisch umzugehen.

Somit sind Lösungsansätze erforderlich, die strukturelle Veränderungen beim ärztlichen Personal ermöglichen (Vgl. Jockwig/ Hog 2014). Der Studiengang „Physician Assistance“ kann hier gezielt Abhilfe schaffen (Vgl. Korzilius 2017 und Osterloh 2017). Die Kliniken können durch eine Umstrukturierung des ärztlichen Dienstes gezielt auf einen Skill-Mix aus Assistenzärzten in Weiterbildung und Physician Assistants hinarbeiten, um so die fehlenden Assistenzarztstellen zu kompensieren.

Die aktuelle Situation in Deutschland

Physician Assistant (PA), zu Deutsch Arzthilfsassistent, ist ein in Deutschland noch junger Beruf, welcher ein mindestens dreijähriges akademisches Studium mit dem Abschluss Bachelor of Science (B. Sc.) voraussetzt. Aktuell wird der Studiengang „Physician Assistance“ in Deutschland als grundständiges und berufsbegleitendes Studium angeboten (Vgl. Jockwig/ Hog 2014). In anderen Ländern wie den USA, den Niederlanden oder Großbritannien ist der Physician Assistant seit vielen Jahren etabliert (Vgl. Cloudwig et al. 2017).

In Deutschland haben wir die folgende Situation, dass für Assistenzärzte, welche nach dem Staatsexamen eine Weiterbildung anstreben, in erster Linie Kliniken attraktiv sind, welche die volle Weiterbildungsermächtigung bieten und/oder an einem attraktiven

Standort angesiedelt sind. Dies bedeutet, dass nach einer abgeschlossenen Facharztweiterbildung zumeist eine Oberarztstelle in der eigenen oder in einer anderen Klinik angenommen oder eine Niederlassung in einer eigenen Praxis angestrebt wird, um sich beruflich weiter zu entwickeln.

Erst in zweiter Linie werden von Assistenzärzten solche Abteilungen gewählt, die nicht die volle Weiterbildungsermächtigung haben. Dies hat wiederum eine hohe Fluktuation zur Folge, da die Weiterbildung dann an einer anderen Klinik weitergeführt werden muss. In beiden oben genannten Fällen ist zudem noch in der jeweiligen Weiterbildungsordnung eine Rotation innerhalb der einzelnen Fachabteilungen vorgesehen, sodass in der Regel alle sechs Monate eine neue Einarbeitung der betreffenden Ärzte erforderlich wird.

In dritter Linie werden von den Assistenzärzten Abteilungen, welche keine Weiterbildungsermächtigung haben, nur notgedrungen gewählt. Dies spiegelt sich eventuell auch in der Qualität der Bewerber um eine Assistenzarztstelle wider.

Methodik der Datenerhebung

Diese Arbeit beruht auf einer empirischen Analyse in den Jahren 2017-2020, die für sechs Kliniken auf deren Anforderung hin ausgearbeitet wurde. Im Einzelnen handelte es sich um eine Klinik der Schwerpunktversorgung, zwei Kliniken der Grund- und Regelversorgung, eine Klinik der Grundversorgung und zwei Fachkliniken (Tab. 1).

Ziel dieser Analysen war, einen Algorithmus zu finden, um einen Skill-Mix darzustellen zwischen Assistenzärzten in Weiterbildung und Physician Assistants. Um diesen Skill-Mix realistisch abzubilden, musste abteilungsbezogen die Dienstbelastung der Assistenzärzte in Weiterbildung berücksichtigt werden. Da eine abteilungsbezogene

Aufgliederung des Skill-Mix den Umfang dieser Arbeit bei weitem überschreiten würde, kann hier lediglich eine Gesamtdarstellung beschrieben werden.

Es wurden an insgesamt sechs Kliniken abteilungsbezogene Fragebögen verschickt mit Fragen zur ärztlichen Personalstruktur. Zunächst wurden dafür Einzelgespräche mit den Chefärzten der Abteilungen geführt und anschließend abteilungsbezogene Fragebögen an die Chefärzte über die Personalleitung verschickt mit Fragen zur ärztlichen Personalstruktur, zusätzliche Fragen wurden per Telefon abgeklärt.

Es wurden die folgenden Daten erhoben:

- Anzahl der Oberärzte
- Anzahl der Assistenzärzte mit Facharzt (FA)
- Anzahl der Assistenzärzte in Weiterbildung (WB)

In der ärztlichen Personalstruktur (siehe Tab. 2) gibt es einen signifikanten Unterschied in der Anzahl der Assistenzärzte mit Facharzt und Assistenzärzten in Weiterbildung. Im Klinikum der Schwerpunktversorgung beträgt der Anteil an Fachärzten 40 % und der Anteil an Assistenzärzten in Weiterbildung 60 %. In den übrigen Kliniken, welche zwischen 68 und 250 Betten haben, beträgt der Anteil an Assistenzärzten in Weiterbildung zwischen 70 % und 100 %. Dies beruht auf der limitierten Weiterbildungsermächtigung der Chefärzte in diesen Kliniken, was wiederum eine hohe Fluktuation zur Folge hat.

Krankenhausstruktur	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6
Anzahl Betten	538	250	213	200	200	68
Anzahl Abteilungen	19	5	6	7	5	3

Tab. 1: Krankenhausstruktur.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Personalstruktur	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6
Oberärzte	79	16	7	18	17	3
Assistenzärzte mit FA	50 (40%)	7 (30%)	6 (25%)	0 (0%)	4 (15%)	1 (13%)
Assistenzärzte in WB	74 (60%)	16 (70%)	18 (75%)	27 (100%)	23 (85%)	7 (78%)

Tab. 2: Ärztliche Personalstruktur.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Grundsätzliches zur Bereitschaftsdienstplanung mit Physician Assistants

Zur Bereitschaftsdienstregelung für Physician Assistants gibt es derzeit keine verbindliche Rechtsprechung, so die Aussage der Bundesärztekammer (BÄK) vom 19. Februar 2018 (Vgl. Petzold 2018). Deshalb darf jede Klinik und jede Abteilung in dieser Klinik selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang PAs an den Bereitschaftsdiensten teilnehmen. Voraussetzung für die Beteiligung am Bereitschaftsdienst ist, dass sich ein Facharzt vor Ort oder in Rufbereitschaft befindet, damit der Facharztstandard gewährleistet ist. Diese Regelung gilt für Weiterbildungsassistenten und Physician Assistants in gleicher Weise.

Folgendes ist bei der Implementierung von Physician Assistants zu beachten: Wenn PAs keine Bereitschaftsdienste leisten, ist die Einstellung der Physician Assistants dadurch limitiert, dass jede PA-Stelle, welche statt eines Assistenzarztes geschaffen wird, dazu führt, dass die übrigen Assistenzärzte verhältnismäßig mehr Bereitschaftsdienste abzuleisten haben. Dies muss bei einer Stellenplanung berücksichtigt werden, damit es nicht zu einer Überbelastung durch Bereitschaftsdienste kommt. Die Dienstbelastung darf 6 Bereitschaftsdienste pro Arzt und Monat nicht überschreiten.

Wenn PAs keine Bereitschaftsdienste leisten, muss sich die Empfehlung für PA-Planstellen unbedingt an der Bereitschaftsdienstbelastung der Assistenzärzte orientieren! Wenn PAs im Bereitschaftsdienst eingesetzt werden, sind die Stellen planmäßig einem Assistenzarzt in WB gleichzusetzen. Damit künftig aber auch genügend Assistenzärzte zu Fachärzten weitergebildet werden können, wird die Empfehlung ausgesprochen, dass der Anteil an PA-Planstellen in einer Abteilung maximal die Hälfte der Assistenzarztstellen in WB ausmachen sollte. Deshalb richtet sich die Empfehlung hier nach der aktuellen Weiterbildungssituation der Assistenzärzte.

Empfehlungen zur Integration von Physician Assistants

Die nachfolgenden Empfehlungen beruhen auf der Auswertung der Antwortbögen von sechs Kliniken aus den Jahren 2017-2020. Die Empfehlungen stellen eine Hochrechnung dar für eine mögliche Anzahl von Physician Assistants, die in den kommenden Jahren in diesen Kliniken implementiert werden könnten. Es wurden jeweils zwei Szenarien als Empfehlung erarbeitet.

Szenario eins beschreibt die Situation: PAs werden nicht im Bereitschaftsdienst eingesetzt.

Personalstruktur mit PA	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6
PA mit BD	33	19	8	9	10	3
PA ohne BD	26	3	5	4	6	1

Tab. 3: Gesamtzahl der möglichen PAs mit und ohne Bereitschaftsdienst in den einzelnen Kliniken.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Personalstruktur mit PA mit BD	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6
Oberärzte	79	16	7	18	17	3
Assistenzärzte mit FA	50	7	6	0	4	1
Assistenzärzte in WB	41	7	10	18	13	4
PA mit BD	33	9	8	9	10	3

Tab. 4: Neue Personalstruktur mit PAs inklusive Bereitschaftsdienst.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Personalstruktur mit PA ohne BD	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5	Klinik 6
Oberärzte	79	16	7	18	17	3
Assistenzärzte mit FA	50	7	6	0	4	1
Assistenzärzte in WB	48	13	13	23	17	6
PA mit BD	26	3	5	4	6	1

Tab. 5: Neue Personalstruktur mit PAs ohne Bereitschaftsdienst.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Szenario zwei beschreibt die Situation: PAs werden im Bereitschaftsdienst eingesetzt.

In Tabelle 3 ist die maximal mögliche Anzahl von Physician Assistants in den einzelnen Kliniken dargestellt unter der Prämisse Teilnahme am Bereitschaftsdienst oder nicht, die zu einem gesunden Skill-Mix zwischen Assistenzärzten in Weiterbildung und Physician Assistants führen kann.

In Tabelle 4 ist beispielhaft eine neue Stellenplanung abgebildet für den Skill-Mix zwischen Assistenzärzten mit Facharztweiterbildung, Assistenzärzten in Weiterbildung und Physician Assistants, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen.

In Tabelle 5 ist beispielhaft der neue Stellenplan abgebildet für den Skill-Mix zwischen Assistenzärzten mit Facharztweiterbildung, Assistenzärzten in Weiterbildung und Physi-

cian Assistants, die nicht am Bereitschaftsdienst teilnehmen.

In Tabelle 6 ist der prozentuale Anteil von Physician Assistants dargestellt, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen. Dieser beträgt zwischen 27 % und 39 % der Assistenzarztstellen.

In Tabelle 7 ist der prozentuale Anteil von Physician Assistants dargestellt, die nicht am Bereitschaftsdienst teilnehmen. Dieser beträgt zwischen 12 % und 21 % der Assistenzarztstellen.

Die in den Tabellen 3-7 ausgesprochenen Empfehlungen sollten so verstanden werden, dass vakante Assistenzarztstellen, die nicht nachbesetzt werden können, durchaus von Physician Assistants ausgefüllt werden können.

Kliniken	Assistenzärzte gesamt %	Physician Assistants mit BD %
Klinik 1	73	27
Klinik 2	61	39
Klinik 3	67	33
Klinik 4	67	33
Klinik 5	63	37
Klinik 6	63	37

Tab. 6: Prozentuale Verteilung Assistenzärzte und PAs mit Einsatz im BD.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Kliniken	Assistenzärzte gesamt %	Physician Assistants ohne BD %
Klinik 1	79	21
Klinik 2	87	13
Klinik 3	79	21
Klinik 4	85	15
Klinik 5	78	22
Klinik 6	88	12

Tab. 7: Prozentuale Verteilung Assistenzärzte und PAs ohne Einsatz im BD.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Fazit

Zur Optimierung der bestehenden Personalstruktur unter Berücksichtigung der Anzahl der Assistenzärzte mit Facharzt sowie der Anzahl der Assistenzärzte in Weiterbildung kann ein Skill-Mix errechnet werden zur Implementierung von Physician Assistants. Zwei Szenarien zum Einsatz von PAs sind möglich; das Szenario PAs nehmen am BD teil und das Szenario PAs nehmen nicht am BD teil. Je nach Szenario kann der Anteil an Physician Assistants zwischen 12 % und 39 % der planmäßigen Assistenzarztstellen liegen, ohne dass es zu einer nicht gesetzkonformen Bereitschaftsdienstbelastung der Assistenzärzte führt. Entscheidend für die Berechnung eines optimalen Skill-Mix ist jedoch eine abteilungsbezogene Analyse, um für jede Klinik und Abteilung ein maßgeschneidertes Personalkonzept zu entwickeln, damit der Versorgungsauftrag auch in Zukunft gewährleistet ist.

Literatur

Bertelsmann Stiftung (2006) Wegweiser Demographischer Wandel 2020. Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh.

Bosbach G. (2007) Demografische Entwicklung: Realität und mediale Dramatisierung. In: Biehl K., Templ N. (Hrsg.). Europa altert – na und? Arbeiterkammer Wien. Wien. S. 28-32.

Burkhardt M., Ostwald D. A., Ehrhard T. (2012) 112 – und niemand hilft. Herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC, Hrsg.) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut (WifOR, Hrsg.). Frankfurt am Main und Darmstadt.

Cloudwig D., Tantarn K., Dowell C., Rordink R. L. (2017) Orthopaedic Pas Abroad. Journal of Orthopaedics for Physician Assistants (JBJS). October-December 2017. Vol. 5. Iss. 4. pp. 1-14. online im Internet. URL: <https://www.researchgate.net/publicati>

on/321071902_Orthopaedic_PAs_Abroad,
Abrufdatum: 02.03.2021.

Gerst T. (2015) Der Assistent soll's richten. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 112. Heft 14. S. A608.

Jockwig A., Hog D. (2014) Richtig integrieren. in: F&W – führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 31, Nr. 3. S. 258-261.

Kaplan M. (2014) Originäre ärztliche Tätigkeiten – Schlüssel zur Arztlentlastung. In: Bayerisches Ärzteblatt. Jg. 69. Ausgabe Juli-August, Nr. 7-8. S. 363.

Korzilius H. (2017) Akademische Gesundheitsberufe: Physician Assistants – Die Neuen im Ärzteteam. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 26. S. A 1306.

Osterloh F. (2017) Mehr Personal, weniger Bürokratie. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 26. S. 526-527.

Osterloh F. (2017) Physician Assistant: Ärztetag billigt Delegationsmodell. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 22-23. S. A-1106.

Petzold C. (2018) Gedächtnisprotokoll. Nach einer telefonischen Anfrage an die Bundesärztekammer von Februar 2018. Berlin.

Schmedt M. (2017) Fachkräfte: Gegen den Mangel. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 38. S. A-1683.

Zimmer K.-P. (2017) Wiederbelebung der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Deutsches Ärzteblatt International. Jg. 114. Nr. 42. S. 704-704.

Autorenbiografien

Rosa Maria Erlenberg, im Ursprungsberuf Physiotherapeutin, hat das Studium zum Physician Assistant abgeschlossen. Nach ihrer klinischen Tätigkeit übernimmt sie später die Stelle als Studiengangkoordinatorin und Dozentin an der CRMS. Zudem hat sie mehrere Projektarbeiten für verschiedene Kliniken zum Thema Ärztemangel und deren Behebung durch den Beruf der Physician Assistants geleitet. Derzeit schreibt sie ihre Masterarbeit im Studiengang Health Care Management.

Prof. Dr. Hans Joachim Günther, Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie, war über mehrere Jahre Chefarzt an chirurgischen Kliniken in Fürth und Nürnberg. Anschließend übernahm er eine hauptberufliche Lehrtätigkeit für Gesundheits- und Sozialmanagement an der FOM-Hochschule in Nürnberg und war daraufhin vier Jahre Studiendekan und Dozent an der Carl-Remigius Medical School München für den Bachelor-Studiengang „Physician Assistance“. Er ist Vorstandsmitglied im Deutschen Hochschulverband Physician Assistants.

Prof. Dr. med. habil. Peter Heistermann ist Gründungsvorsitzender des 2018 gebildeten „Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V.“ Seit 2016 bekleidet er eine Professur im Studiengang „Medizinische Assistenz-Chirurgie“ an der Fliegener-Fachhochschule in Düsseldorf-Kaiserswerth. Seine berufliche Laufbahn als Viszeral- und Gefäßchirurg führte ihn nach Herne und Köln in leitende Positionen. Das „European Network of PA-Educators“ sieht er als seine nächste Herausforderung.

Prof. Dr. med. Stefan Sesselmann ist habilitierter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und leitet als Professor für Interprofessionelle Gesundheitsversorgung an der OTH Amberg-Weiden den Studiengang Physician Assistance - Arztassistenten. Als

Vorstandsmitglied des Deutschen Hochschulverbands Physician Assistant (DHPA) ist er Sprecher der Arbeitsgruppe "Kompetenz, Prüfung, Abschluss" (KOMPASS) des DHPA und bringt dort insbesondere seine Erfahrung im digitalen Lehren und Prüfen ein.

Autorenanschriften

Rosa Maria Erlenberg
Erlenberg Consulting GmbH
Theodor-Fontane-Str. 2
83059 Kolbermoor

E-Mail: erlenberg@gmx.de

Prof. Dr. Hans-J. Günther
Theodor-Fontane-Str. 2
83059 Kolbermoor

E-Mail: info@prof-guenther.de

Prof. Dr. Hans P. Heistermann
Deutscher Hochschulverband Physician
Assistant e.V.
Geschwister-Aufricht-Str. 9
40489 Düsseldorf

E-Mail: heistermann@fliedner-
fachhochschule.de

Prof. Dr. Stefan M. Sesselmann
Ostbayerische Technische Hochschule
(OTH) Amberg-Weiden
Hetzenrichter Weg 15
92637 Weiden in der Oberpfalz

E-Mail: s.sesselmann@oth-aw.de

Beitrag aus der Wissenschaft II



Titel

Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Physician Assistants in Kliniken

Autorin

Prof. Dr. Kirsten Bodusch-Bechstein

Einleitung

Der Physician Assistant (PA) ist noch ein relativ neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Derzeit sind über 700 Physician Assistants in Deutschland tätig, überwiegend im stationären Bereich. Das aus den USA stammende Berufsbild charakterisiert den Physician Assistant als einen flexiblen medizinischen Generalisten (American Academy of PAs 2019). In Deutschland ist der Physician Assistant dem ärztlichen Dienst zugeordnet und soll durch seine Arbeit Ärzte und Ärztinnen von Tätigkeiten entlasten, die nicht zu deren Kernbereich zählen. Die Einsatzmöglichkeiten sind vielfältig und nicht nur auf den stationären Sektor beschränkt. Physician Assistants werden nach dem Prinzip der Delegation tätig. Eine Reihe von gesetzlichen und anderen Vorgaben setzen dem Tätigkeitsfeld der Physician Assistants Grenzen.

Einsatzbereiche in der Klinik

Nicht nur in der stationären Versorgung, sondern auch sektorenübergreifend sind Physician Assistants einsetzbar. Derzeit sind die meisten Physician Assistants in Deutsch-

land in Kliniken tätig, möglich ist ihr Einsatz aber auch in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und anderen Einrichtungen (Korzilius/ Osterloh 2017). Gründe für das Überwiegen des stationären Sektors können in finanziellen Bedingungen, der Ablehnung des Berufsbildes durch wesentliche Protagonisten der deutschen Ärzteschaft sowie darin liegen, dass die Curricula der Hochschule überwiegend für den stationären Bereich ausgelegt ist (Iqbal-Ochs/ Popert 2020).

In den Kliniken bildet die Berufsgruppe der Physician Assistants eine Schnittstelle zwischen den Ärzten und Ärztinnen und anderen Berufsgruppen, z. B. der Pflege. Sie sorgt für eine umfassendere Versorgung der Patienten und Patientinnen und ist daher stetiger Ansprechpartner für diese, aber auch für Ärzte und Ärztinnen und Pflegepersonal. Da der Physician Assistant in der Regel nicht, wie z. B. Assistenzärzte/ärztinnen in der Facharztausbildung, zwischen einzelnen Klinikbereichen rotiert, sorgt er für die notwendige Kontinuität in der Patientenversorgung. Als medizinischer Generalist, garantiert durch die breitgefächerte Ausbildung, ist er in der Klinik überall dort einsetzbar, wo Ärzte und Ärztinnen arbeiten, also in

den verschiedenen Fachbereichen, der Notaufnahme, auf Intensivstationen und dem Funktionsdienst etc. (Bundesärztekammer 2017).

Delegation – Voraussetzungen und Grenzen

Der Physician Assistant kommt seinen Aufgaben im Rahmen des Delegationsprinzips nach. Eine rechtlich festgeschriebene Definition für Delegation existiert zwar noch nicht (Haerter 2017), doch wird darunter die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal durch den verantwortlichen Arzt oder die Ärztin und nach Anleitung und Kontrolle durch diese verstanden (Voigt 2016). Damit kann die Delegation von der reinen Assistenz (untergeordnete Unterstützung) und der Substitution (selbstverantwortliche und weisungsunabhängige Tätigkeit) abgegrenzt werden (Biermann/ Spickhoff 2019). Eine Delegation ist ausgeschlossen, wenn für die betreffende Tätigkeit ureigene ärztliche Kompetenzen notwendig sind. Allerdings gibt es derzeit keine eindeutige gesetzliche Abgrenzung des ärztlichen Tätigkeitsfeldes von dem anderer Gesundheitsberufe (Ulsenheimer 2009 und Keber 2014). Der Arztvorbehalt ist nur in Einzelfällen ausdrücklich gesetzlich geregelt (Bundesärztekammer 2008 und Keber 2014). So definieren z. B. das Transfusionsgesetz, das Betäubungsmittelgesetz und die Röntgenverordnung Tätigkeiten, die nur von einem Arzt oder einer Ärztin mit Approbation vorgenommen werden dürfen.

Ansonsten sind die höchstpersönlich von dem Arzt oder der Ärztin zu erbringenden Leistungen eher allgemein festgehalten (ungeschriebener Arztvorbehalt) (Haerter 2017). „Im Allgemeinen werden darunter Leistungen verstanden, die medizinisch komplex, schwierig und wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen für den Patienten gefährlich sind.“ (Barthold 2019). Dazu zählen demnach (Bundesärztekammer 2008):

- Anamnese
- Indikationsstellung
- Untersuchungen inkl. invasiver Diagnostik
- Diagnosestellung
- Aufklärung des Patienten
- Entscheidung über die erforderliche Therapie und die Durchführung dieser (invasive Therapie und Kernleistung von Operationen).

Außerhalb dieses Kernbereiches ärztlicher Tätigkeiten ist eine Delegation von Aufgaben grundsätzlich möglich. Vom delegierenden Arzt/Ärztin müssen jedoch die Voraussetzungen der Delegationsfähigkeit bzgl. der zu delegierenden Tätigkeit (sachliche Delegationsfähigkeit) als auch der Person, an die delegiert wird (persönliche Delegationsfähigkeit), beachtet werden (Biermann/ Spickhoff 2019). Letztere ist abhängig von der Qualifikation des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin, an den Aufgaben delegiert werden sollen. Entspricht das Anforderungsprofil der Tätigkeit der Qualifikation des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin, kann die Aufgabe angeordnet und unter fachlicher Überwachung durchgeführt werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020). Das Ausmaß an Delegation steigt und gleichermaßen sinkt das Ausmaß an Kontrolle, je qualifizierter der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin für die entsprechende Tätigkeit ist (Krull 2015). Da Physician Assistants zwar als sehr gut ausgebildet gelten, es jedoch noch kein Berufsgesetz existiert, das das Kompetenzprofil rechtsgültig festlegt, muss der Arzt bzw. die Ärztin die Entscheidung zur Delegation von den Fähigkeiten des jeweiligen Physician Assistants abhängig machen (Barthold 2019).

Darüber hinaus muss sich auch der Physician Assistant seiner Verantwortung und Qualifikation bewusst sein (Erlenwein et al.

2018). Ist die betreffende Aufgabe nicht delegierbar oder übersteigt das Anforderungsprofil an die Aufgabe die eigenen Fähigkeiten, darf der Physician Assistant die Aufgabe nicht ausführen (Übernahmeverschulden). Eine solche Tätigkeit ist dann eine rechtswidrige Körperverletzung, da sie nicht mehr durch die Einwilligung der Patienten und Patientinnen abgedeckt ist (Biermann/Spickhoff 2019).

Ein weiterer entscheidender Aspekt für die Delegation ist die Weisungsbefugnis des/der Delegierenden. Diese sollte zusammen mit der Berechtigung zur Delegation durch die Krankenhausleitung schriftlich fixiert sein. Da delegierbare ärztliche Tätigkeiten angeordnet werden müssen, stellt eine unabdingbare Voraussetzung dafür der vorherige Arzt-Patient-Kontakt dar (Erlenwein et al. 2018).

Unter Beachtung dieser Voraussetzungen haben die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Tätigkeitsrahmen und einen Kompetenzkatalog für Physician Assistants veröffentlicht (Bundesärztekammer 2017).

Tätigkeitsprofil

Physician Assistants sind zur Entlastung in allen ärztlichen Aufgabenbereichen einsetzbar. Diese umfassen das allgemeine Prozessmanagement, das ärztliche Prozess- und Dokumentationsmanagement und patientenbezogene Tätigkeiten (Bundesärztekammer 2017). Daraus abgeleitet ergeben sich acht Tätigkeits- bzw. Kompetenzbereiche für Physician Assistants, in denen sie auch entsprechend intensiv ausgebildet werden. In Anlehnung an den Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin sollen die Physician Assistants Tätigkeiten entweder unter Anleitung und Kontrolle selbst durchführen (Kompetenzebene 3a) oder in Kenntnis der Konsequenzen selbstständig und der Situation angemessen durchführen (Ebene 3b). Da die Physician Assistants nach dem Delegationsprinzip tätig

werden, bestehen ihre Aufgaben in der Mitwirkung, nicht in der Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten (Korzilius/ Osterloh 2017).

Die Kompetenz-/ Tätigkeitsbereiche sind im Einzelnen (Bundesärztekammer 2017):

- Mitwirkung bei der Erstellung der Diagnose und des Behandlungsplans
- Mitwirkung bei komplexen Untersuchungen
- Mitwirkung bei der Ausführung eines Behandlungsplans
- Mitwirkung bei Eingriffen
- Mitwirkung bei Notfallbehandlungen
- Adressatengerechte Kommunikation und Informationsweitergabe
- Prozessmanagement und Teamkoordination
- Unterstützung bei der Dokumentation

Eigene Auswertung

Um einen Einblick zu bekommen, für welche Tätigkeiten Physician Assistants in den Kliniken am häufigsten eingesetzt werden, wurden die Logbücher von Studierenden des Studiengangs Physician Assistance für Gesundheitsberufe der Carl Remigius Medical School am Standort Frankfurt am Main aktuell ausgewertet. Das Logbuch orientiert sich an dem Kompetenzkatalog von BÄK und KBV. In diesem Studiengang sind fünf Praktika vorgesehen. In jedem Praktikum war die Anzahl der einzelnen Tätigkeiten vom Studierenden einzutragen und vom klinischen Praktikumsbetreuer/betreuerin gegenzeichnen. Insgesamt wurden die Angaben zu Tätigkeiten der Kompetenzebene 3a und 3b aus 83 Praktika ausgewertet. Die Auswertung erfolgte deskriptiv (siehe Abb. 1).

Am häufigsten wurden Tätigkeiten in den Kompetenzbereichen Mitwirkung bei Eingriffen, Kommunikation und Informationsweitergabe sowie Ausführung eines Behandlungsplans ausgeführt (siehe Abb. 2-9).

Werden die Tätigkeiten innerhalb eines Kompetenzbereichs betrachtet, wurden bei der Diagnose- und Therapieplanerstellung (Kompetenzbereich 1) PA-Studenten am häufigsten zur vorbereitenden Anamneseerhebung und körperlichen Untersuchung eingesetzt, am seltensten bei sonographischen Untersuchungen. Bei der Mitwirkung im Rahmen komplexer Diagnostik (Kompetenzbereich 2) wurde die Vorbereitung und Auswertung von Laboruntersuchungen, Proben, bildgebender Verfahren und EKG am häufigsten, die Mitarbeit bei Konsiliaruntersuchungen am wenigsten angeführt. Bei der Mitwirkung von Behandlungen (Kompetenzbereich 3) kamen PA-Studierende vor allem beim Wundmanagement, der Überwachung von Patienten und beim Legen von Zugängen und der Applikation von Infusionen und Medikamenten zum Einsatz. Während der Praktika im operativen Bereich (Kompetenzbereich 4) waren die häufigsten Tätigkeiten die Unterstützung und Assistenz bei Operationen und Instrumente-bezogene Aufgaben,

seltener Maßnahmen bzgl. Drainagen oder Wundverschluss. Im weiteren patientennahen Kompetenzbereich der Notfallbehandlungen (Bereich 5) wurden am häufigsten das Patientenmanagement, die Lagerung und die Assistenz genannt, die Mitwirkung bei Reanimationen am seltensten.

Die Kompetenzbereiche 6, 7 und 8 betreffen die Kommunikation und das Informationsmanagement. In den Praktika hatte die Kommunikation sowohl mit Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen als auch mit anderen Berufsgruppen den höchsten Stellenwert. Häufig waren auch Tätigkeiten bzgl. der abrechnungsrelevanten Kodierung und der rechtssicheren Verlaufsdocumentation.

Diese Ergebnisse decken sich überwiegend mit denen einer Absolventenbefragung der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) aus dem Jahr 2018 (Hoffmann et al. 2018). Auch hier waren neben der Kommunikation, der Dokumentation und dem Informationsmanagement vor allem in der Chirurgie die Anamneseerhebung, Aufgaben bzgl. Laboruntersuchungen und bildgebender Verfahren sowie das Legen peripherer

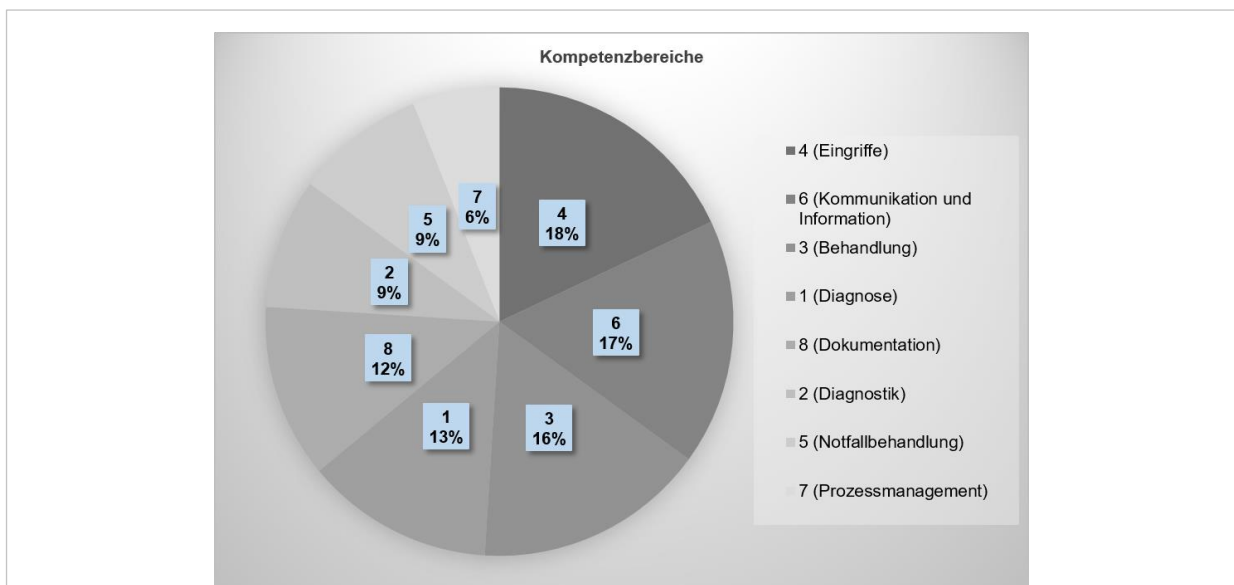


Abb. 1: Häufigkeit von Tätigkeiten in den einzelnen Kompetenzbereichen.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

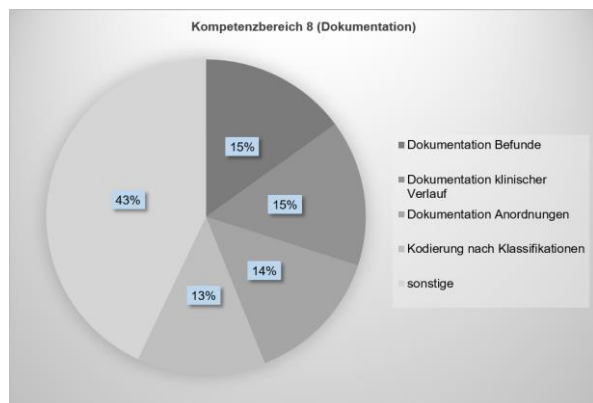
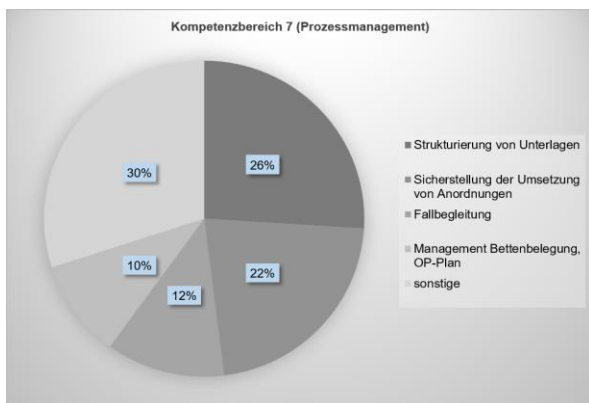
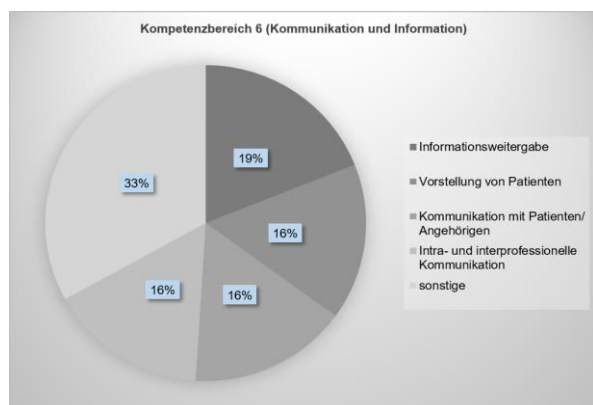
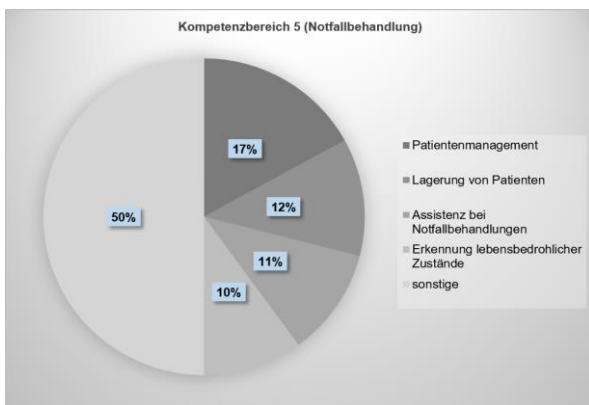
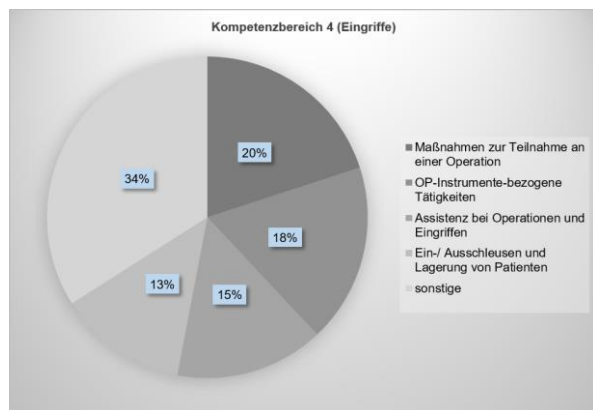
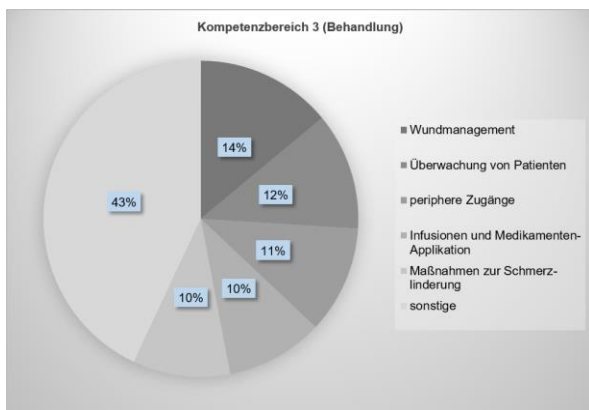
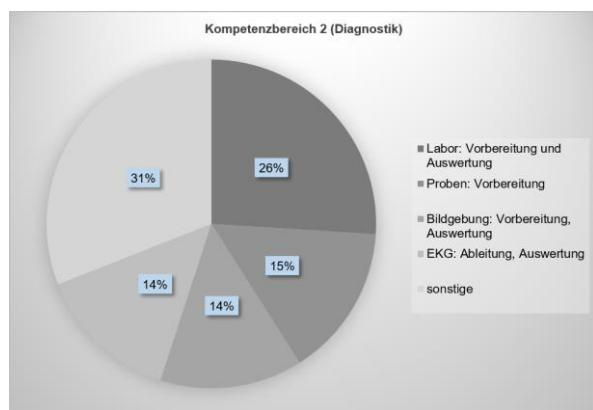
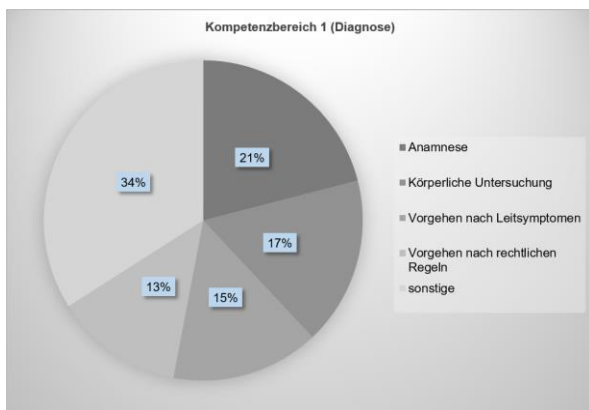


Abb. 2-9: Häufigste Tätigkeiten in den einzelnen Kompetenzbereichen.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Zugänge häufigere Aufgabenfelder der Physician Assistants.

Fazit

Der Physician Assistant ist aufgrund seiner Ausbildung und seines Tätigkeitsprofils in der Lage, Ärzte und Ärztinnen von Routineaufgaben zu entlasten, damit diese verstärkt ihren Kernaufgaben nachkommen können.

Der Physician Assistant übernimmt dabei delegierbare ärztliche Tätigkeiten, die nicht an andere Gesundheitsberufe wie z. B. die Pflege übertragen werden können. Als verlässlicher Ansprechpartner für die Patienten soll er diese von der Aufnahme bis zur Entlassung betreuen und so für mehr Patientenzufriedenheit sorgen.

In Deutschland existiert im Moment konzeptionell kein Gesundheitsberuf, der die delegierbaren ärztlichen Leistungen vollständig übernehmen kann (Voigt 2016). Aufgrund seiner breitgefächerten Ausbildung verfügt der Physician Assistant über zwei Standbeine (patientennahe Tätigkeiten auf der einen Seite, Kommunikation, Prozess- und Informationsmanagement auf der anderen Seite), die es ihm erlauben, den größtmöglichen Teil der delegierbaren ärztlichen Aufgaben zu übernehmen.

Der derzeit für den Physician Assistant vorliegende Kompetenzkatalog von BÄK und KBV ermöglicht einen Überblick über die Tätigkeiten, die vom Physician Assistant übernommen werden können, berücksichtigt jedoch noch nicht die Besonderheiten der einzelnen medizinischen Fachbereiche. Hier sollten die Fachgesellschaften aufgerufen werden, die Kernkompetenzen der Fachärzte/Fachärztinnen festzulegen und damit zu verdeutlichen, welche Tätigkeiten delegierbar sind (Deutsches Ärzteblatt 2017 und Biermann/ Spickhoff 2019). Erste Konzepte gibt es z. B. in der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie (Hoffmann et al. 2018) sowie in der Anästhesie (Andreas 2008).

Literatur

American Academy of PAs (2019) PA-Education-Preparation for Excellence. American Academy of PAs (AAPA, Ed.). online im Internet. URL: https://www.aapa.org/wp-content/uploads/2016/12/Issue_Brief_PA_Education.pdf, Abrufdatum: 02.01.2021.

Andreas M. (2008) Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches Personal. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin. Jg. 49. Nr. 11. S. 593-601.

Barthold H.-M. (2019) Physician Assistants (Arztassistenten) – An der Seite der Ärzte. online im Internet. URL: <https://www.berufsreport.com/physician-assistants-arztassistenten-an-der-seite-der-aerzte/>, Abrufdatum: 04.12.2020.

Biermann E., Spickhoff A. (2019) Physician Assistant in der Anästhesie – „Neuer Wein in alten Schläuchen?“. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin. Jg. 60. Nr. 1. S. 36-41.

Bundesärztekammer (2008) Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoenliche_Leistungs_erbringung.pdf, Abrufdatum: 13.12.2020.

Bundesärztekammer (2017) Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf, Abrufdatum: 29.11.2020.

Deutsches Ärzteblatt (2017) Physician Assistant darf kein Lückenbüßer sein. In: Deutsches Ärzteblatt. Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/80677/Physician-Assistant-darf-kein-Lueckenbuesser-sein#:~:>

text=Mittwoch%2C%204.%20Oktober%202017&text=M%C3%BCnster%20%E2%80%93%20Der%20Physician%20Assistant%20(PA, Qualit%C3%A4t%20in%20die%20Versorgung%20bringen, Abrufdatum: 02.12.2020.

Erlenwein J., Moroder A., Biermann E., Petzke F., Ehlers A. P. F., Bitter H., Pogatzki-Zahn E. (2018) Delegation ärztlicher Leistungen in der Akutschmerztherapie. In: Der Anaesthesist. Jg. 67. Nr. 1. S. 38-46.

Haerter F. (2017) Rechtsstellung und Bedeutung des Physician Assistant. Dissertation der Juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. online im Internet. URL: <https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-47080/PA%20Onlineversion-1.pdf>, Abrufdatum: 15.12.2020.

Hoffmann M., Arnegger S., Mend B., Hoffmann R., Marschall T. (2018) Physician Assistants in der Chirurgie – Ein junges Berufsbild aus Absolventensicht. In: Der Unfallchirurg. Jg. 121. Nr. 6. S. 502-509.

Iqbal-Ochs S., Popert U. (2020) Physician Assistant – eine Lösung des Hausärztemangels in Deutschland? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Jg. 96. Nr. 6. S. 252-256.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020) Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Oktober 2020. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf>, Abrufdatum: 01.12.2020.

Keber W. (2014) Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal. online im Internet. URL: http://www3.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/M3/Dokumente/Veranstaltungen/Nachlese/Delegation_aerztlicher_Taetigkeiten_2014.pdf, Abrufdatum: 01.12.2020.

Korzilius H., Osterloh F. (2017) Nicht ärztliche Gesundheitsberufe: Ärzte sollen entlas-

tet werden. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 114. Nr. 26. S. A 1302-1304.

Krull B. (2015) Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal: Möglichkeiten und Grenzen. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 112. Nr. 3. S. 2-3.

Ulsenheimer K. (2009) Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufsgruppen – Möglichkeiten und Grenzen aus rechtlicher Sicht. In: Der Anaesthesist. Jg. 58. Nr. 5. S. 453-458.

Voigt P.-U. (2016) Haftungsfragen der Delegation und Übertragung von Krankenhausleistungen auf nichtärztliches Personal in der Praxis. online im Internet. URL: <https://arzneimedizinrecht.de/wp-content/uploads/2016/03/vortrag-ra-voigt-delegationdav-01.pdf>, Abrufdatum: 01.12.2020.

Autorenbiographie

Prof. Dr. med. Dipl.-Wirt. Med Kirsten Bodusch-Bechstein ist programmverantwortliche Studiendekanin für die Studiengänge Physician Assistance und Physician Assistance für Gesundheitsberufe an der Carl Remigius Medical School in Frankfurt am Main. Sie ist verantwortlich für die standortübergreifende Weiterentwicklung dieser Studiengänge. Einen Arbeitsschwerpunkt bildet die Entwicklung digitaler Lehr- und Lernformate. Als Fachärztin für Chirurgie und Diplom-Wirtschaftsmedizinerin vertritt sie in der Lehre die medizinischen und gesundheitsökonomischen Fächer.

Autorenanschrift

Prof. Dr. Kirsten Bodusch-Bechstein
Carl Remigius Medical School
Marienburgstraße 6
60528 Frankfurt am Main

E-Mail: kirsten.bechstein@carl-remigius.de

Beitrag aus der Wissenschaft III



Titel

Zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Physician Assistants

Autorin

Prof. Dr. Claudia Heilmann

Fragestellung

Physician Assistants (PAs), auch als ArztassistentInnen bezeichnet, bilden eine relativ neue Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen. Sie arbeiten im ärztlichen Dienst mit. Ihre Aufgabe besteht in der Unterstützung und Entlastungen von ÄrztInnen in den Bereichen

- Delegierbare patientenbezogene Tätigkeiten
- Fallbegleitendes ärztliches Prozess- und Dokumentationsmanagement
- Allgemeines Management komplexer, auch interdisziplinärer und interprofessioneller Prozesse. (BÄK und KBV 2017)

Aktuell gibt es in Deutschland ca. 750 PA-AbsolventInnen sowie ca. 1600 Studierende (DHPA 2021). Die Qualitätskriterien für PA-Studiengänge von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) fordern eine abgeschlossene dreijährige Ausbildung in einem Gesundheitsberuf als Voraussetzung für die Immatrikulation (BÄK und KBV 2017).

An vielen medizinischen Einrichtungen wird der Einsatz von PAs diskutiert. Die erste Frage lautet häufig: „Was dürfen PAs denn?“ Diese Frage ist in der Regel nicht zielführend. Vielmehr sollte an erster Stelle die Analyse des Bedarfs an Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Mitarbeitenden stehen. Folgende Fragen sollten anhand der täglichen klinischen Praxis beantwortet werden:

- Welche (häufig bei den ärztlichen KollegInnen unbeliebten) Aufgaben müssen täglich neu verteilt werden?
- Welche Aufgaben werden an (z. B. Pflege-) Personal übertragen, das nicht genau dafür qualifiziert ist, und das dadurch von seinen eigentlichen Aufgaben abgehalten wird?
- Welche Aufgaben werden von ärztlichem Personal erfüllt, das für diese Aufgaben nicht durch die ärztliche Ausbildung qualifiziert ist, sie aber mangels besser geeigneter Mitarbeitender erledigt?

Die so identifizierten Tätigkeiten müssen nun auf ihre Delegierbarkeit überprüft werden.

Delegation beinhaltet zwei Dimensionen:

- Die zu delegierende Aufgabe
- Die Person, an die delegiert werden soll

Diese sollen im Folgenden betrachtet werden. Etwaige Einschränkungen für den ambulanten oder stationären Sektor, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung oder auf spezifische nicht-ärztliche Berufsgruppen sollen dabei nicht vernachlässigt, sondern alle zitierten Regelungen als grundsätzliche Aussagen zur Delegation verstanden werden.

Delegierbarkeit ärztlicher Aufgaben

Approbationsbindung

Grundsätzlich gilt: Grundlage der ärztlichen Approbation ist die ärztliche Ausbildung (BMJV 2020). Daraus folgt, dass Tätigkeiten, die nicht einen Gegenstand im Medizinstudium oder der fachärztlichen Weiterbildung bilden, prinzipiell nicht approbationsgebunden sind und damit auch an andere Personen übertragen werden können.

Den Ankerbegriff für die Delegation stellt die durch ÄrztInnen „höchstpersönlich zu erbringende Leistung“ dar.

Was sind „höchstpersönlich zu erbringende Leistungen“?

Diese Leistungen sind definiert als „Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen

- ihrer Schwierigkeit,
- ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder
- wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen

unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss.“ (BÄK und KBV 2008)

Als gefährlich ist eine Leistung dann anzusehen, wenn bei nicht fachgerechter Ausführung eine unmittelbare oder auch erst später erkennbare Schädigung des Patienten/der Patientin droht. (BÄK und KBV 2008)

Höchstpersönliche Leistungen umfassen deshalb insbesondere

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen,
- Stellen der Diagnose,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Entscheidung über die Therapie und
- Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe. (BÄK und KBV 2008)

Die Rechtsprechung gibt regelmäßig der Sicherheit von PatientInnen das Primat gegenüber allen anderen Aspekten patientenbezogener Tätigkeiten. (Eicher 2021)

Spezialgesetze

Einschränkungen delegierbarer Leistungen ergeben sich aus einigen Gesetzen, die sich auf bestimmte Vorgänge bzw. Tätigkeiten mit sehr hohem Risiko beziehen, wie zum Beispiel das Transplantations-, das Kastrations- und das Betäubungsmittelgesetz (TPG, KastrG, BtMG). Derartige Aufgabenbereiche werden im ärztlichen Alltag jedoch nicht typisch für den Einsatz von PAs und die einschlägigen Regelungen den Beteiligten bekannt sein.

Eine häufige Situation mit praxisrelevanter Einschränkung ergibt sich bei der Transfusion von Blutprodukten. So sind der Bedside-Test und der Start der Transfusion nicht delegierbare ärztliche Aufgaben. Die Überwachung der Übertragung kann delegiert werden, die transfundierende ärztliche Person muss dabei "für den Patienten jederzeit unmittelbar erreichbar" sein. (BÄK 2018)

Unterstützung durch nichtärztliche Mitarbeitende

Grundsätzlich ist „höchstpersönliche“ nicht gleichzusetzen mit „eigenhändiger“ Erbringung. Vorbereitende, unterstützende und ergänzende Tätigkeiten dürfen auch an nichtärztliche Mitarbeitende übertragen werden. Den delegierenden ÄrztInnen obliegt die Auswahlpflicht hinsichtlich der Tätigkeit. (Bohne 2012) Sie tragen dabei weiter die Verantwortung für die (Gesamt-)Leistung. (Eicher 2021 und BÄK und KBV 2008) Diese Letztverantwortung grenzt Delegation von Substitution ab, bei der die vollständige Verantwortung bei der ausführenden Person liegt. Daraus ergeben sich für die/den Delegierende/n die Pflichten zur Überwachung und zur Kontrolle. (KBV 2020)

Auswahl von DelegationsempfängerInnen

Qualifikationsprüfung

Wurde im ersten Schritt festgestellt, dass die zu übertragende Aufgabe delegierbar ist, muss die/der DelegationsempfängerIn ausgewählt werden. Grundsätzlich ist die Delegation von der Qualifikation dieser Person abhängig zu machen. (BÄK und KBV 2008)

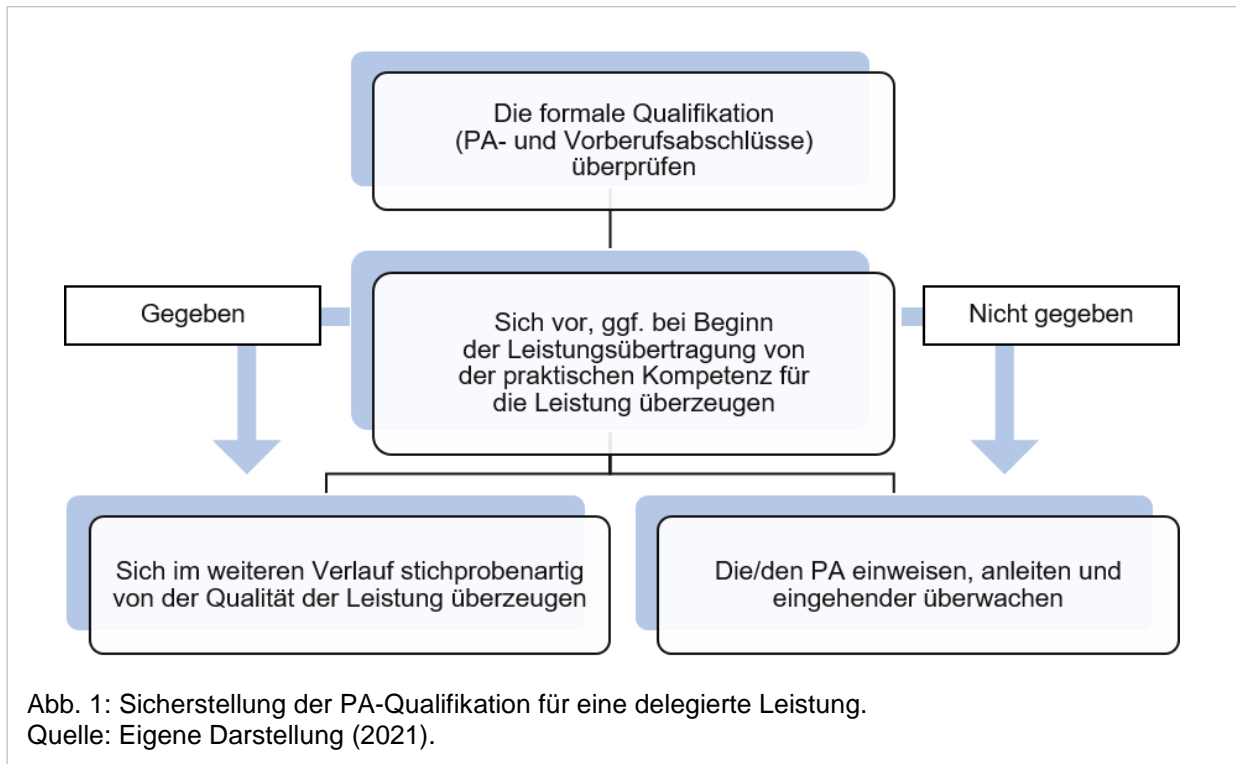
Nach den Qualitätskriterien von BÄK und KBV ist, wie oben erwähnt, eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf Voraussetzung für die Zulassung zum PA-Studium. PAs können daher alle Aufgaben übernehmen, die sie schon auf Grund ihrer persönlichen vorangegangenen Qualifikation übernehmen

dürfen. Dies gilt beispielsweise für Befugnisse nach den einschlägigen Richtlinien bzw. Gesetzen für Gesundheits- und Kranken- sowie AltenpflegerInnen (G-BA 2011), nicht-ärztliche PraxisassistentInnen (KBV 2020), anästhesie- und operationstechnische AssistentInnen (BMJV 2019a), sowie technischen AssistentInnen/ TechnologInnen (BMJV 2019b) und NotfallsanitäterInnen (BMG 2021).

PAs erwerben mit ihrem Studium einen Bachelorabschluss, der entsprechend dem Deutschen Qualifikationsrahmen zwei Niveaus über dem Berufsabschluss mit dreijähriger Ausbildung steht (Niveau 6 bzw. Niveau 4 von insgesamt acht Niveaus) (BMBF 2013). Daher ist von einer höheren formalen Qualifikation auszugehen. Anhalt für die Inhalte des Studiums und die erworbenen praktischen Kompetenzen geben die entsprechenden Verzeichnisse im Berufskonzept von BÄK und KBV (BÄK und KBV 2017).

Zur Sicherstellung der Eignung einer/eines Mitarbeitenden, damit auf eine/einen PA, für eine konkrete Aufgabe sind im Rahmen der Auswahlpflicht die in Abbildung 1 dargestellten Schritte zu gehen. (BÄK und KBV 2008)

Der Anleitungspflicht kann, je nach Situation, durch schriftliche Information oder durch persönliche Einweisung in die zu übertragende Aufgabe Genüge getan werden. (Bohne 2012) Die Pflicht zur Überwachung verlangt nicht die unmittelbare Anwesenheit oder Erreichbarkeit der/des delegierenden bzw. einer/eines für die Aufgabe einschließlich der Beherrschung von Komplikationen qualifizierten ÄrztIn. Die Anforderung an die Erreichbarkeit ist umso geringer, je höher Kenntnisstand und Erfahrung der/des PA und je geringer das Risiko für die/den PatientIn im konkreten Fall ist. Auch im Bereitschaftsdienst können PAs ärztliche Leistungen erbringen, wenn ein/e ÄrztIn kurzfristig verfügbar ist. (KBV 2020)



Es ist "Sinn und Zweck der Überwachungspflicht, die Qualifikation des Delegationsempfängers auch im maßgeblichen Durchführungszeitpunkt beurteilen zu können" (Bohne 2012). Art und Ausmaß der Überwachung sind demnach vom Einzelfall abhängig. Zu berücksichtigen sind die konkrete delegierte Tätigkeit, die darauf bezogenen theoretischen und praktischen Kenntnisse der/des DelegationsempfängerIn sowie die äußeren Umstände in der Durchführungssituation. Während der erstmaligen Durchführung einer schwierigen Tätigkeit muss die Überwachung durch persönliche Anwesenheit gewährleistet sein. Im Weiteren kann die Überwachung stichprobenartig erfolgen. Wenn die alleinige Kontrolle des Tätigkeitsergebnisses ausreichend erscheint, ist mit der Erfüllung der Kontroll- auch der Überwachungspflicht Genüge getan. Dabei gilt der Vertrauensgrundsatz. Stellt die/der Delegierende Fehler oder Unzulänglichkeiten fest, obliegt ihr/ihm die Reaktions- bzw. Eingriffspflicht. Diese kann von erneuter Anleitung über engere Überwachung bis zur Rücknahme der Delegation reichen.

Aufgaben sind im Rahmen der Anordnungspflicht explizit von der/dem ÄrztIn an die/den PA im Sinne einer konkreten fachlichen Weisung zu delegieren. (Bohne 2012) Für Leistungen, die potentiell kritisch für die Sicherheit von PatientInnen sein können, ist die Erstellung einer Standard Operating Procedure (SOP) zu empfehlen. In dieser verbindlichen schriftlichen Beschreibung des Vorgehens wird dann auch der Entscheidungs- und Handlungsspielraum der/des PAs festgelegt.

Pflichten der/des PA

Nicht nur der/dem Delegierenden, sondern auch der/dem PA als DelegationsempfängerIn obliegen Sorgfaltspflichten. Prinzipiell ist sie/er verpflichtet, die delegierte Tätigkeit durchzuführen. Jedoch muss sie/er vor Übernahme selbstkritisch prüfen, ob sie/er der Aufgabe gewachsen ist. Ist dies nicht der Fall, ist die/der PA zur Unterlassung und Remonstration, also Zurückweisung der Tätigkeit verpflichtet. Ebenso muss sie/er auch während der Fortführung die eigene Kompetenz gewissenhaft einschätzen. Kommt sie/er zu der Erkenntnis, dass die Grenze

Delegierende/r ÄrztIn	PA
Auswahlpflicht <ul style="list-style-type: none"> • Konkrete Tätigkeit • DelegationsempfängerIn 	
Anordnungspflicht	Durchführungspflicht
Anleitungspflicht Überwachungs- und Kontrollpflicht	Übernahme- und Fortführungsprüfpflicht Unterlassungs- und Remonstrationspflicht Unterbrechungs- und Hinzuziehungspflicht
Reaktions- und Eingriffspflicht bei in Frage stehender Eignung für die Tätigkeit	

Tab. 1: Sorgfaltspflichten bei der Delegation.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

des eigenen Wissens und Könnens erreicht ist und die Patientensicherheit potentiell gefährdet ist, ist sie/er zur Unterbrechung der Tätigkeit und Hinzuziehung der/des delegierenden ÄrztIn verpflichtet. (Bohne 2012)

Die Pflichten von Delegierender/m und DelegationsempfängerIn sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Tätigkeitsprofil

Das Berufskonzept von BÄK und KBV definiert den Tätigkeitsrahmen für PAs. Leistungen, die an PAs delegiert werden können, für die aber zwingend ÄrztInnen die Letztverantwortung tragen, sind als „Mitwirkung bei“ bzw. „vorbereitend“ beschrieben. Das Berufskonzept enthält außerdem einen „verbindlichen Katalog von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten [...], die schwerpunktmäßig im Rahmen der Praxisteile des Studiums erlernt“ und dabei in einem Logbuch dokumentiert werden sollen. (BÄK und KBV 2017) Eine Nennung konkreter Tätigkeiten, die an eine/n PA übertragen werden können, existiert bisher lediglich in diesem Kompetenzkatalog. Obwohl PAs in den verschiedensten Fachrichtungen im Einsatz sind, gibt es keine Beschreibungen von Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, die über eine abstrakte und eng an den Tä-

tigkeitsrahmen des Berufskonzepts angelehnte Aufgabenbeschreibung hinausgehen. Allenfalls existieren allgemeine Stellungnahmen zur Delegation an besonders geschultes nichtärztliches Personal einschließlich PA (DGVS 2020) oder explizit zur Nicht-Delegierbarkeit bestimmter ärztlicher Leistungen an PA (DGAI und BDA 2017).

Zusammenfassung

Delegiert werden können alle ärztlichen Tätigkeiten, die nicht wegen ihres Risikos für PatientInnen oder aufgrund spezialgesetzlicher Beschränkungen ausschließlich von ÄrztInnen ausgeführt werden müssen. Die Delegation einer konkreten Aufgabe setzt voraus, dass die/der individuelle DelegationsempfängerIn, also die/der PA für die Aufgabe qualifiziert ist. Diese Qualifikation muss vor Beginn der Tätigkeit überprüft werden. Die Letztverantwortung trägt die/der delegierende ÄrztIn. Aus dieser Dualität von Aufgabe und Qualifikation ergibt sich, dass es keinen abgeschlossenen Katalog von PA-Tätigkeiten gibt oder geben kann.

Literatur

BMJV (2020) Approbationsordnung für Ärzte. Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV, Hrsg.). online im

Internet. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html, Abrufdatum: 03.10.2021.

BÄK (2018) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Bundesärztekammer (BÄK, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf, Abrufdatum: 03.01.2021.

BÄK und KBV (2008) Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK, KBV, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoенliche_Leistungserbringung.pdf, Abrufdatum: 01.01.2021.

BÄK und KBV (2017) Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK, KBV, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf, Abrufdatum: 03.01.2021.

BMBF (2013) Deutscher Qualifikationsrahmen - DQR-Niveaus. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.dqr.de/content/2315.php>, Abrufdatum: 23.01.2021.

BMG (2021) MTA-Reformgesetz. Bundesministerium für Gesundheit (BMG, Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/mta-reformgesetz.html>, Abrufdatum: 03.02.2021.

BMJV (2019a) Anästhesietechnische- und Operations-technische-Assistenten-Gesetz. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 51, ausgegeben zu Bonn am 20. Dezember 2019. BMVJ (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?star>

tbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=/*[@attr_id=%27bgbl_119s2768.pdf%27]#__bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s2768.pdf%27%5D__1610212577496, Abrufdatum: 03.01.2021.

BMJV (2019b) Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTAG). Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV, Hrsg.). online im Internet. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/mtag_1993/, Abrufdatum: 03.01.2021.

Bohne K. (2012) Delegation ärztlicher Tätigkeiten (Recht und Medizin). Bd. 110. Peter Lang. Internationaler Verlag der Wissenschaften. Frankfurt am Main.

DGAI und BDA (2017) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA). Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA, Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/aktuelles-1/1483-stellungnahme-physician-assistants.html>, Abrufdatum: 23.01.2021.

DGVS (2020) Positionspapier Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Gastroenterologie. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2020/06/Positionspapier_Delegation-ärztlicher-Tätigkeiten-in-der-Gastroenterologie_ZfG_Mai-2020.pdf, Abrufdatum: 10.01.2021.

DHPA (2021) Physician Assistants in Deutschland – es werden stetig mehr. Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V. (Hrsg.). In: Physician Assistant. Jg. 2. Nr. 1. S. 22-23.

Eicher M. (2021) Haftungsrechtliche Aspekte des Physician Assistant. In: Physician Assistant. Jg. 2. Nr. 1. S. 27-31.

G-BA (2011) Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf, Abrufdatum: 01.02.2021.

KBV (2020) Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä). Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Hrsg.). online im Internet. URL: https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf, Abrufdatum: 01.02.2021.

Autorenbiografie

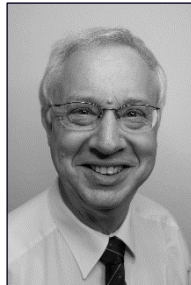
Prof. Dr. med. Claudia Heilmann, M. Sc. studierte Medizin, Molekularbiologie und Wissenschaftsmarketing in Leipzig, Hamburg und Berlin. Sie war von 2003 bis 2015 Leiterin der Forschung der herz- und gefäßchirurgischen Universitätsklinik Freiburg/Br., wo sie sich 2013 habilitierte. 2016 übernahm sie die Leitung des Studiengangs Physician Assistant der Berufsakademie Sachsen und wurde 2018 zur Professorin berufen. Sie ist stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Hochschulverbands Physician Assistant e. V. und Mitglied im Redaktionsteam des Fachmagazins Physician Assistant. Ihr wissenschaftliches Interesse gilt nunmehr hochschuldidaktischen Themen.

Autorenanschrift

Prof. Dr. med. Claudia Heilmann, M. Sc.
Studiengangleiterin Physician Assistant
Berufsakademie Sachsen –
Staatliche Studienakademie Plauen
Schloßberg 1
08523 Plauen

E-Mail: claudia.heilmann@ba-sachsen.de

Beitrag aus der Praxis IV



Titel

Behandlungsqualität beim klinischen Einsatz von Physician Assistants – Eine Literaturübersicht

Autoren

Prof. Dr. Dietlind Tittelbach-Helmrich
Tanja Marschall
Dr. Ekkehard Scheffler

Hintergrund

Der Physician Assistant ist ein Beruf, der seit den 1960er Jahren in den USA etabliert ist und seit 2008 auch in Deutschland als eigenständiger Studiengang angeboten wird. In den USA setzt der Masterstudiengang Physician Assistant einen Bachelor of Science, idealerweise in einem medizinisch relevanten Gebiet wie z. B. Gesundheitswissenschaften oder Krankenpflege, voraus, ehe ein zwei- bis dreijähriges Masterprogramm absolviert werden kann. In Deutschland stellt, gemäß den Empfehlungen der Bundesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (o. A. 2017), eine abgeschlossene 3-jährige Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, die Basis für die Aufnahme des Bachelor-Studiums dar, auch wenn vereinzelt grundständige Studiengänge angeboten werden.

Physician Assistants erwerben durch ihr Studium ein breites medizinisches Wissen und sind zur Übernahme ärztlicher Tätigkeit auf Delegationsbasis qualifiziert, wobei die Tätigkeitsschwerpunkte in der Mitwirkung bei den acht patientennahen und administrati-

ven Bereichen Diagnostik, Diagnosestellung, Behandlung, Interventionen und Eingriffe, Notfallmaßnahmen, Kommunikation, Prozessmanagement und Dokumentation liegen (o. A. 2017). Das Einsatzgebiet ist derzeit überwiegend im stationären Sektor verortet.

Auch wenn die Nachfrage nach Studienplätzen, aber auch nach Absolventen, derzeit stark ansteigt, wird das Berufsbild weiterhin kontrovers diskutiert. Neben Bedenken hinsichtlich des Personalengpasses v. a. im Bereich der Pflegeberufe sowie bei der Ausbildungsqualität der Assistenzärzte, bestehen haftungsrechtliche Bedenken. Während die Verantwortung hinsichtlich Organisation, Auswahl von Personal sowie delegierter Tätigkeiten (z. B. fehlender Arztvorbehalt), Anleitung und Überwachung klar beim Krankenhausträger bzw. dem delegierenden (Fach-)Arzt verortet ist, haftet der Delegat für die sach- und fachgerechte Ausführung und trägt eine Übernahmeverantwortung. Dieses setzt eine hohe Qualität der Fertigkeiten und Kenntnisse, aber auch eine realistische Einschätzung der eigenen Kompetenz mit ihren Möglichkeiten und Grenzen voraus.

Im vorliegenden Artikel soll auf Basis einer Literaturanalyse die Behandlungsqualität bei der Übernahme von Tätigkeiten durch Physician Assistants im Vergleich zur Durchführung durch Ärzte untersucht werden, dabei wird einerseits auf die Tätigkeitsschwerpunkte, andererseits auf die Perspektiven der Ärzte sowie Patienten fokussiert.

Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, Livivo und ERIC mit den Stichwörtern „Physician Assistant“ und „quality“ durchgeführt. Es erfolgte eine Limitation auf deutsch- und englischsprachige Publikationen sowie Studien jeglichen Designs und Metaanalysen, eine zeitliche Limitation wurde nicht gesetzt. In die Auswertung wurden alle Studien einbezogen, die einen Vergleich zwischen ärztlicher und PA-Tätigkeit untersuchten. Insgesamt konnten 2812 Studien identifiziert werden. Nach Ausschluss von Duplikationen sowie Prüfung auf Eignung bezüglich Fragestellung und Design wurden 172 Volltexte geprüft. Hierbei wurden 94 Studien ausgeschlossen. Gründe waren z. B. der fehlende Einschluss von Physician Assistants, ein

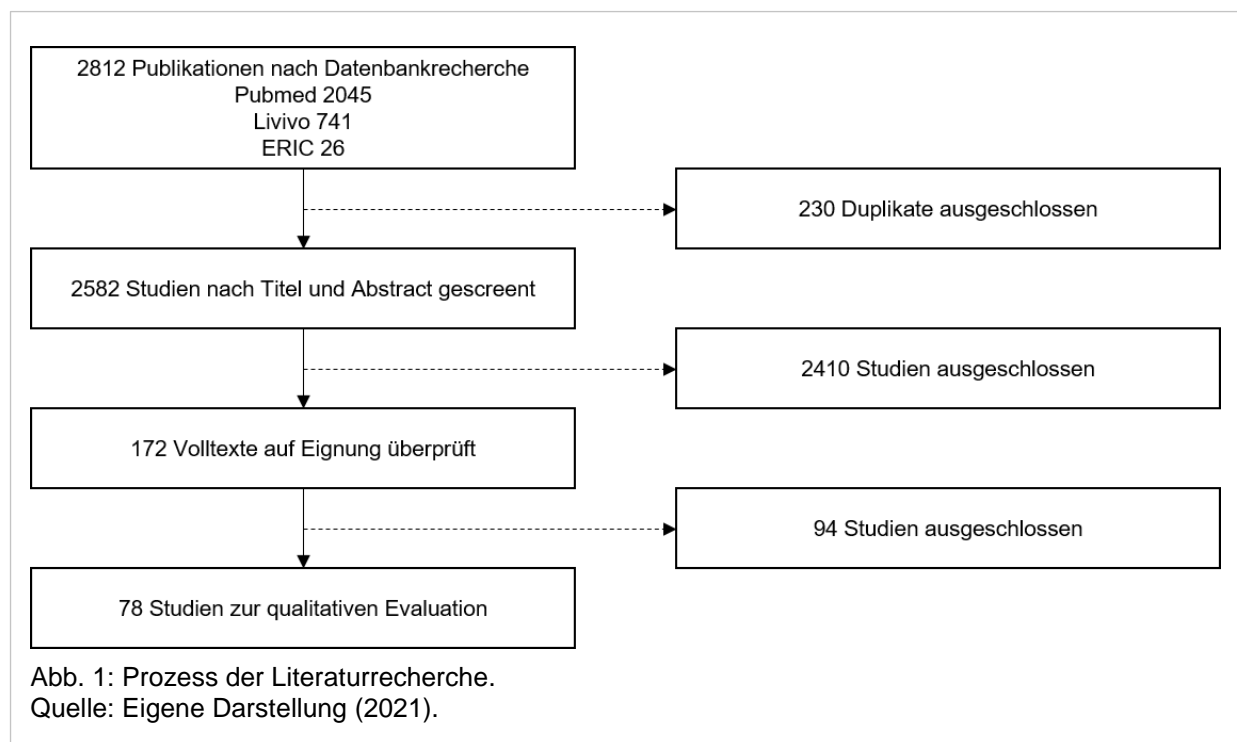
fehlender Vergleich mit ärztlichen Leistungen oder fehlende Volltexte. Insgesamt konnten 78 Studien ausgewertet werden (Abb. 1).

Ergebnisse

Ergebnisse aus systematischen Reviews

Es konnten insgesamt 12 systematische Reviews und Metaanalysen aus den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Notfallmedizin, Geriatrie, Anästhesie, Allgemeinmedizin, Intensivmedizin, Gynäkologie sowie zum Verhalten bei Medikamentenverschreibungen identifiziert werden (Tab. 1, Anmerkung: die Tabellen befinden sich am Beitragsende). In 9 der Studien waren, zusätzlich zum Physician Assistant (PA), weitere Berufsgruppen, v. a. Nurse Practitioner NP) involviert.

Bei der Mehrzahl der in die systematischen Reviews inkludierten Studien handelte es sich um retrospektive Studien, die Studienqualität wurde überwiegend mit „poor“ angegeben. Eine Metaanalyse wurde in der Regel nicht durchgeführt.



Die Studien ergaben, dass durch den Einsatz von Physician Assistants im Team folgende Verbesserungen erzielt werden können: Prozesse, Wartezeit, Dauer des stationären Aufenthaltes, Akzeptanz bei Mitarbeitern, die Arbeitsbelastung der Ärzte, die Gesamt-Operationszeit sowie die Adhärenz hinsichtlich der Medikamenteneinnahme.

Die Patientenzufriedenheit wurde als gleichwertig oder verbessert beschrieben. Ebenfalls fanden sich gleichwertige Ergebnisse bezüglich der Anamneseerhebung sowie ausgewählter Interventionen sowie der Behandlung.

Hingegen waren in ärztlichen Teams die Anzahl der Patientenkontakte sowie Zuweisung in die Notaufnahme vermindert, die gesundheitsbezogene Lebensqualität erhöht und es wurden tendenziell weniger Medikamente und in geringerer Dosierung verschrieben.

Eine starke Heterogenität der Daten besteht bezüglich der Morbidität, Mortalität und des Outcomes, bei der Durchführung von Anästhesien sowie hinsichtlich der Kosten.

Diagnostik

Bei 7 der 9 Publikationen zu diagnostischen Verfahren wurde die Qualität der Diagnostik bei Durchführung durch Physician Assistants ausgewertet, bei zwei weiteren Studien waren auch Nurse Practitioner in die Durchführung der Diagnostik involviert (Tab. 2).

Insgesamt wurde weder im Rahmen einer Simulation bzw. bei der Untersuchung eines Standardpatienten, noch bei der klinischen Durchführung von Diagnostik ein signifikanter Unterschied in der Anamnese, Untersuchung sowie Indikation weiterer Diagnostik und der Durchführung unnötiger Diagnostik zwischen Physician Assistants und Ärzten festgestellt.

Bei der Auswertung von Mammographien wurde bei PAs eine flachere Lernkurve festgestellt, in der Untersuchung am Standardpatienten wurde die Erstellung von Behandlungsplänen durch Ärzte als besser beurteilt.

Behandlung

Hinsichtlich einzelner Therapie liegen zahlreiche, überwiegend retrospektive, Studien vor. Dabei sind in die Therapie in 5 Studien ausschließlich Physician Assistants involviert, bei weiteren 16 Studien waren sowohl Physician Assistants als auch Nurse Practitioner in der Interventionsgruppe (Tab. 3).

Insgesamt wurde in der Mehrzahl der Studien eine mindestens gleichwertige Behandlungsqualität bei der Behandlung durch PAs bzw. Ärzte festgestellt. Unterschiede fanden sich in der Verschreibung (höherer) Opioiddosierungen sowie einer höheren Rate an nicht-adäquater antibiotischer Therapie. Auffällig ist, dass in den Interventionsgruppen (mit PA/ NP) oft jüngere und weniger komplexe Patienten integriert wurden.

In den Interventionsgruppen erfolgten häufigere Patientenkontakte und Einweisungen in die Notaufnahme. Bei der Einweisung wurden die Fragestellung, dokumentierte Pathologie sowie bereits durchgeführte Diagnostik und Therapie durch Ärzte als besser beurteilt.

Positiv wurde in der Kontrollgruppe ein hoher zeitlicher Anteil an direktem Patientenkontakt sowie eine Kontinuität der Behandlung hervorgehoben.

Interventionen und Operationen

Zu der Durchführung von Interventionen durch Physician Assistants liegen nur wenig Daten vor. Bei selektionierten Interventionen mit hohem Übungsgrad sowie Patienten mit überschaubarem Risiko wurde die Qualität der Durchführung z. B. von Koloskopien, der

Anlage von Thoraxdrainagen oder ZVK als gleichwertig beurteilt.

Bei dem Einsatz von Physician Assistants als erste Assistenz bei operativen Eingriffen wurde nicht in jedem Fall eine Reduktion der Gesamt-Operationsdauer nachgewiesen, die Zeit der Präsenz des Operateurs konnte jedoch reduziert werden. Bezüglich der Komplikationsrate, Mortalität und Wiederaufnahmerate bestand kein Unterschied (Tab. 4).

Notfallversorgung

Die vorliegenden Studien untersuchen überwiegend den Einsatz von PAs in der Notaufnahme (Tab. 5). Dabei konnten klar eine Reduktion der Wartezeit, der Dauer der ärztlichen Untersuchung, der Verweildauer sowie eine Reduktion des prozentualen Anteils an Patienten, die die Notaufnahme ohne Behandlung verlassen, nachgewiesen werden. Die Mortalität war dabei vergleichbar.

Zur Notfallbehandlung konnte nur eine Studie zu der Therapie eines akuten Asthmaanfalls identifiziert werden. Bei ärztlicher Supervision konnte auch hier eine Vergleichbarkeit der Behandlungsqualität nachgewiesen werden.

Kommunikation

Die Studien zur Kommunikation mit dem Patienten umfassten die Bereiche der Beratung, Medikamentenadhärenz sowie Raucherentwöhnung. Dabei waren die Patienten, die durch PA beraten wurden, in der Regel weniger komplex und wiesen weniger Vorerkrankungen auf. Die Beratung der Patienten stellte sich in den Studien als mindestens gleichwertig zur ärztlichen Behandlung dar (Tab. 6).

Prozessmanagement und Dokumentation

Die Effekte einer Integration von PA und ggf. auch Nurse Practitioner in ein Behandlungsteam wurden in insgesamt 12 Studien untersucht. Dabei konnte in der überwiegenden Mehrzahl der Studien eine Verkürzung der Wartezeit, eine geringere Aufenthaltsdauer sowie eine höhere Patientenzufriedenheit bei mindestens gleicher Komplikationsrate nachgewiesen werden (Tab. 7).

Perspektive der Ärzte

In Umfragen wurde die Zufriedenheit der Ärzte mit der Arbeit der PAs nachgewiesen (Tab. 8). Dabei wurden als positive Effekte für Patienten v. a. eine Kontinuität der Behandlung sowie Verbesserungen u. a. in der Kommunikation mit den Patienten mit daraus resultierend höherer Patientenzufriedenheit angegeben. 91% der Ärzte vertrauen der klinischen Urteilsfähigkeit der PAs.

Für die ärztliche Tätigkeit ist die Integration von PAs in das therapeutische Team von Vorteil v. a. bzgl. der Arbeitsbelastung sowie Dokumentation.

Perspektive der Patienten

In den vorliegenden Studien war die Patientenzufriedenheit mindestens gleichwertig bei der Tätigkeit durch PAs. Aus Sicht der Patienten sollten in der Studie von Manning (Manning et al. 2019) v. a. der Erstkontakt, die erste postoperative Kontrolle sowie die Indikation weiterer Diagnostik durch den Arzt erfolgen.

Diskussion

Physician Assistants werden seit den 1960er Jahren in den USA, seit 2002 in Europa ausgebildet und derzeit findet sich eine deutliche Zunahme dieser Berufsgruppe im klinischen Einsatz.

Seit Mitte der 1970er Jahre wurde die Qualität und Effizienz des Einsatzes von PA in Studien untersucht, insbesondere in den letzten zehn Jahren finden sich zunehmend Publikationen zur Behandlung durch PAs im Vergleich zur ärztlichen Behandlung sowie bei Integration von PAs in das therapeutische Team.

Insgesamt konnten für die vorliegende Arbeit 78 Studien identifiziert werden, die die Behandlungsqualität bei Delegation ärztlicher Aufgaben an Physician Assistants oder die Integration von PAs in das Behandlungsteam untersuchen. Daten zur nicht-supervidierten Behandlung durch PAs fanden sich nur in der Studie von Sox (Sox 1979), so dass sich die folgende Diskussion nur auf ärztlich supervidierte Tätigkeiten bezieht.

Limitationen in den Aussagen bestehen v. a. durch den Mangel an qualitativ hochwertigen prospektiv randomisierten Studien, da es sich bei den meisten vorliegenden Arbeiten um retrospektive Analysen handelt. Zudem wird in vielen Studien nicht zwischen PA und NP differenziert, so dass es aufgrund unterschiedlicher Ausbildungen zu einer Verzerrung des Ergebnisses kommen kann.

Auch stammen die meisten der eingeschlossenen Publikationen aus den USA sowie den Niederlanden, so dass eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf deutsche Physician Assistants kritisch diskutiert werden muss, da Studienmodelle und -inhalte sowie Kompetenzen des Berufsbildes zwischen den Ländern divergieren.

Allen Studien ist gemeinsam, dass sie eine Einordnung des Berufsbildes des PA in die Rollen des Medizinischen Experten, Kommunikators sowie des interprofessionellen Partners gemäß dem CanMed-Modell erlauben (van Vliet et al. 2020).

Physician Assistants sind zeitlich überwiegend in der direkten Patientenversorgung

eingesetzt (Timmermans et al. 2017). Die Daten zur Kommunikation sind dabei zwischen den Studien heterogen und weisen bessere kommunikative bzw. Fähigkeiten nach, die z. B. bei der Raucherentwöhnung oder zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz von Vorteil sind. Auch wenn die Daten zur Patientenzufriedenheit in den Studien divergieren (gleichwertig oder besser beim Einsatz von PAs), so führt ein besserer interindividueller Kontakt zu einer höheren Zufriedenheit mit der Behandlung (Berg et al. 2012), zudem gewährleisten PAs eine Kontinuität der Behandlung, so dass insgesamt der Aspekt der Kommunikation bei dem klinischen Einsatz von PAs als mindestens gleichwertig bis überlegen der alleinigen ärztlichen Kommunikation anzusehen ist.

Aus Sicht der Patienten sollten dabei der Erstkontakt, die erste postoperative Kontrolle sowie die Diagnostik und Therapie komplizierter Verläufe oder unklarer Befunde primär durch den Arzt erfolgen (Manning et al. 2019). Dieses wird durch objektivierbare Daten insofern gestützt, als dass Patienten, die im Rahmen der Studien durch PA behandelt wurden, in der Regel weniger komplex vorerkrankt waren als bei einer Behandlung durch Ärzte.

Hinsichtlich der Erhebung der Anamnese sowie der klinischen Untersuchung konnten keine Unterschiede nachgewiesen werden, so dass ein Einsatz von PAs in diesem Bereich als sicher gelten kann. Bei der Beurteilung von Mammographien wurde eine flachere Lernkurve nachgewiesen (Hillman et al. 1987), die Entnahmegüte eines Zervixabstriches war im direkten Vergleich schlechter als eine Entnahme durch Ärzte, jedoch insgesamt entsprechend des nationalen Niveaus (Voordijk-van der Ben/ Buntinx 2000). Anamnese und Untersuchung können somit als im Rahmen der Ausbildung vermittelte Inhalte, die delegiert werden können, angesehen werden, während spezialisierte diagnostische Tätigkeiten individuell vermit-

telt und supervidiert werden müssen. In der Entwicklung des Behandlungsplans wurde eine Überlegenheit für die ärztliche Leistung nachgewiesen (van Vught et al. 2015), hierzu liegt jedoch nur eine Studie vor.

Bei der Durchführung von Behandlungen ist die Studienlage heterogen und umfasst jeweils nur ein definiertes Aufgabengebiet (z. B. Diabetes-Einstellung). Tendenziell wurden durch PAs Medikamente in höherer Dosierung sowie in einem höheren Prozentsatz inadäquat verschrieben, insgesamt weisen die Daten jedoch bei definierter Tätigkeit eine vergleichbare Behandlung nach. Ebenso konnte bei selektierten Patienten und spezialisierten Tätigkeiten mit hoher Fallzahl ein vergleichbares Ergebnis für Interventionen (z. B. Anlage eines Zentralen Venenkatheters (ZVK) oder einer Thoraxdrainage) nachgewiesen werden. Auch bei der Assistenz im OP wird bei gleichbleibender Gesamt-Operationsdauer die Operationsdauer für den Operateur bei gleichbleibender Komplikationsrate und Mortalität verkürzt.

Hinsichtlich der Kosten von Diagnostik und Therapie sind die Daten stark heterogen, so dass keine klare Aussage getroffen werden kann. Dem verminderten Zeitaufwand für den behandelnden Arzt steht ein tendenziell höherer Zeitaufwand bei Übernahme einer Tätigkeit durch den PA gegenüber. Über eine Reduktion der gesamtstationären Aufenthaltsdauer oder, im ambulanten Bereich, einer reduzierten Kontaktzeit zwischen Arzt und Patient, kann eine Erhöhung der Fallzahlen erreicht und somit ein höherer Umsatz generiert werden.

Die Reduktion der Aufenthaltsdauer sowie eine Verkürzung der Wartezeit für den Patienten durch die Integration von PAs in das therapeutische Team konnte sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich sowie für die Notaufnahme nachgewiesen werden.

Im Team führt der Einsatz von PAs weiterhin zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung im ärztlichen Bereich, so dass die Mitarbeiterzufriedenheit ansteigt. Innerhalb eines Behandlungsteams gaben 91% der Ärzte an, der klinischen Urteilsfähigkeit der PAs zu vertrauen (Eaton et al. 2020). Dabei ist auch festzustellen, dass Personen, die viel Kontakt zu Physician Assistants hatten bzw. eng mit ihnen zusammenarbeiten, deren Arbeit deutlich besser beurteilen als diejenigen, die kaum Kontakt hatten (Büttner/ Pfütsch 2020).

Kritisch zu sehen ist, dass in einer Evaluation der ersten Absolventen der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Karlsruhe die klinisch tätigen Physician Assistants angaben, dass im Rahmen ihrer Tätigkeit keine vermeidbaren unerwünschten oder kritischen Ereignisse auftraten, während dies von 3.2% der befragten Partnerkrankenhäuser bejaht wurde und 12.6% keine Angaben machen konnten (Blum 2016). Ein ähnliches Ergebnis konnten Floyd et al. zeigen (Floyd et al. 2015), die eine Bewertung der empathischen Gesprächsführung mit einem standardisierten Patienten durch einen PA-Studierenden durch diesen selbst, durch den Patienten, durch den klinischen Beobachter sowie durch eine neutrale Person bewerten ließen. Dabei zeigte sich, dass die PA-Studierenden ihre Fähigkeiten überschätzten. Die Integration von Inhalten des Qualitäts- und Risikomanagements sowie Etablierung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie eine systematische Erfassung kritischer Ereignisse zur Schaffung eines Problembewusstseins erscheint daher zwingend geboten.

Fazit

Das Berufsbild des Physician Assistants ist international seit den 1960er Jahren im klinischen Einsatz etabliert. Daten zur Behandlungsqualität liegen aus wenigen prospektiven Studien sowie retrospektiven Analysen vor.

Dabei besteht weitestgehend Konsens, dass Anamnese, klinische Untersuchung, Durchführung von Diagnostik und Behandlung umschriebener Krankheitsbilder sowie kleinere, definierte Interventionen bei selektierten Patienten unter ärztlicher Supervision bei vergleichbarer Komplikationsrate übernommen werden können. Keine Empfehlung kann auf Basis vorliegender Daten zur Übernahme komplexer Fälle oder kritisch kranker Patienten oder einer Tätigkeit ohne ärztliche Supervision gegeben werden.

Durch die Integration von Physician Assistants in das Behandlungsteam kann eine Optimierung der Prozesse mit konsekutiver Reduktion der Wartezeit und Verweildauer bei Zunahme der Zufriedenheit der (ärztlichen) Mitarbeiter sowie Patienten erreicht werden. Notwendig ist dabei die klare Aufgabendefinition sowie Rollenverteilung innerhalb eines Behandlungsteams.

Defizite bestehen hinsichtlich der Wahrnehmung der eigenen Kompetenz, so dass die Schaffung eines Problembewusstseins, z. B. durch Integration von Qualitäts- und Risikomanagement in das Curriculum, zwingend geboten erscheint.

Bei Berücksichtigung dieser Faktoren, insbesondere einer klaren Aufgabendefinition, ist von einer weiteren Verbreitung des Berufsbildes auszugehen.

Literatur

Beaulieu-Jones B. R., Croitoru D. P. and Baertschiger R. M. (2020) Advanced providers in pediatric surgery: Evaluation of role and perceived impact. In: *J Pediatr Surg*. Vol. 55. No. 4. pp. 583-589.

Berg G. M., Crowe R. E., Nyberg S., Burdsal C. (2012) Trauma patient satisfaction with physician assistants: testing a structural equation model. In: *JAAPA*. Vol. 25. No. 5. pp. 42-43 and pp. 49-51.

Bevis L. C., Berg-Copas G. M., Thomas B. W., Vasquez D.G., Wetta-Hall R., Brake D., Lucas E., Toumeh K., Harrison P. (2008) Outcomes of tube thoracostomies performed by advanced practice providers vs trauma surgeons. In: *Am J Crit Care*. Vol. 17. No. 4. pp. 357-363.

Block L., LaVine N. A., Martinez J., Strawser J., Lu C., Cacace F., Fornari A., Conigliaro J., Coletti D. J. (2020) A novel longitudinal interprofessional ambulantere training practice: the improving patient access care and cost through training (IMPACcT) clinic. In: *J Interprof Care*. May 7; pp. 1-4. Online ahead of print.

Blum K. (2016) Der Arztassistent (Physician Assistant). Evaluation einer neuen Qualifikation im deutschen Gesundheitswesen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW). online im Internet. URL: <https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Evaluation%20Studiengang%20Physician%20Assistant.pdf>, Abrufdatum: 04.04.2021.

Bos J. M., Timmermans M. J. C., Kalkman G. A., van den Bemt P. M. L. A., De Smet P. A. G. M., Wensing M., Kramers C., Laurant MGH (2018) The effects of substitution of hospital ward care from medical doctors to physician assistants on non-adherence to guidelines on medication prescribing. In: *PLoS One*. Vol. 13. No. 8. p. e0202626.

Büttner A., Pfütsch P. (2020) Geschichte chirurgischer Assistenzberufe von der Frühen Neuzeit bis in die Gegenwart. Mabuse-Verlag. Frankfurt am Main.

Cahan E. M., Cousins H. C., Steere J. T., Segovia N. A., Miller M. D., Amanatullah D. F. (2021) Influence of team composition on turnover and efficiency of total hip and knee arthroplasty. In: *Bone Joint J*. Vol. 103-B. No. 2. pp. 347-352.

Cohn L. H., Rosborough D., Fernandez J. (1997a) Reducing costs and length of stay and improving efficiency and quality of care in cardiac surgery. In: *Ann Thorac Surg*. Vol. 64. Suppl. 6. pp. S58-S60. discussion p. S80.

Cohn L. H., Rosborough D., Fernandez J. (1997b) Reducing costs and length of stay and improving efficiency and quality of care in cardiac surgery. In: *Ann Thorac Surg*. Vol. 64. Suppl. 6. pp. S58-S60. discussion p. S80.

Costa D. K., Wallace D. J., Barnato A. E., Kahn J. M. (2014) Nurse practitioner/physician assistant staffing and critical care mortality. In: *Chest*. Vol. 146. No. 6. pp. 1566-1573.

de la Roche M. R. P., Dyer N., Froats M., Bell A., McDonald L., Bolton C., Devins R., Hall R., Leclerc J., Istead J., Miron M., Badowski M., Steinitz T., King N., Gogna P. (2021) Effect of a physician assistant on quality and efficiency metrics in an emergency department: Population cohort study. In: *Can Fam Physician*. Vol. 67. No. 2. pp. e61-e67.

de Lusignan S., McGovern A. P., Tahir M. A., Hassan S., Jones S., Halter M., Joly L., Drennan VM (2016) Physician Associate and General Practitioner Consultations: A Comparative Observational Video Study. In: *PLoS One*. Vol. 11. No. 8. p. e0160902.

DeWolfe C., Birch S., Callen Washofsky A., Gardner C., McCarter R., Shah N. H. (2019) Patient Outcomes in a Pediatric Hospital Medicine Service Staffed With Physicians and Advanced Practice Providers. In: *Hosp Pediatr*. Vol. 9. No. 2. pp. 121-128.

Dhuper S., Choksi S. (2009) Replacing an academic internal medicine residency program with a physician assistant - hospitalist model: a comparative analysis study. In: *Am J Med Qual*. Vol. 24. No. 2. pp. 132-139.

Dies N., Rashid S., Shandling M., Swallow C., Easson A. M., Kennedy E. (2016) Physician assistants reduce resident workload and improve care in an academic surgical setting. In: *JAAPA*. Vol. 29. No. 2. pp. 41-46.

Doan Q., Sabhaney V., Kissoon N., Sheps S., Singer J. (2011) A systematic review: The role and impact of the physician assistant in the emergency department. In: *Emerg Med Australas*. Vol. 23. No. 1. pp. 7-15.

Eaton B. C., Vesselinov R., Ahmeti M., Stansbury J. J., Regner J., Sadler C., Nevarez S., Lissauer M., Stout L., Harmon L., Glassett B., Hampton D. A., Castro H. J., Cunningham K., Mulkey S., O'Meara L., Dia J. J., Bruns B. R. (2020) Surgical Faculty Perception of Service-Based Advanced Practice Provider Impact: A Southwestern Surgical Congress Multicenter Survey. In: *Am Surg*. 3134820956929. Online ahead of print.

Everett C., Thorpe C., Palta M., Carayon P., Bartels C., Smith M. A. (2013) Physician assistants and nurse practitioners perform effective roles on teams caring for Medicare patients with diabetes. In: *Health Aff (Millwood)*. Vol. 32. No. 11. pp. 1942-1948.

Faza N. N., Akeroyd J. M., Ramsey D. J., Shah T., Nasir K., Deswal A., Ballantyne C. M., Petersen L. A., Virani S. S. (2018) Effectiveness of NPs and PAs in managing diabetes and cardiovascular disease. In: *JAAPA*. Vol. 31. No. 7. pp. 39-45.

Fejleh M. P., Shen C. C., Chen J., Bushong J. A., Dieckgraefe B. K., Sayuk G. S. (2020) Quality metrics of screening colonoscopies performed by PAs. In: *JAAPA*. Vol. 33. No. 4. pp. 43-48.

Floyd K., Generous M. A., Clark L., Simon A., Mcleod I. (2015) Empathy Between Physician Assistant Students and Standardized Patients: Evidence of an Inflation Bias. In:

The journal of physician assistant education: the official journal of the Physician Assistant Education Association. Vol. 26. No. 2. pp. 93-98.

Glantzbeck B. E., Yolin-Raley D. S., DeAngelo D. J., Stone R. M., Soiffer R. J., Alyea E. P. 3rd (2013) Impact of physician assistants on the outcomes of patients with acute myelogenous leukemia receiving chemotherapy in an academic medical center. In: *J Oncol Pract*. Vol. 9. No. 5. p. e228-33.

Goldberg G. A., Jolly D. M., Hosek S., Chu D. S. (1981) Physician's extenders' performance in Air Force clinics. In: *Med Care*. Vol. 19. No. 9. pp. 951-965.

Halter M., Drennan V., Chattopadhyay K., Carneiro W., Yiallourous J., de Lusignan S., Gage H., Gabe J., Grant R. (2013) The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. In: *BMC Health Serv Res*. Vol. 13. p. 223.

Halter M., Wheeler C., Pelone F., Gage H., de Lusignan S., Parle J., Grant R., Gabe J., Nice L., Drennan V. M. (2018) Contribution of physician assistants/associates to secondary care: a systematic review. In: *BMJ Open*. Vol. 8. No. 6. p. e019573.

Hepp S. L., Suter E., Nagy D., Knorren T., Bergman J. W. (2017) Utilizing the physician assistant role: case study in an upper-extremity orthopedic surgical program. In: *Can J Surg*. Vol. 60. No. 2. pp. 115-121.

Hillman B. J., Fajardo L. L., Hunter T. B., Mockbee B., Cook C. E., Hagaman R. M., Bjelland J. C., Frey C. S., Harris C. J. (1987) Mammogram interpretation by physician assistants. In: *Am J Roentgenol (AJR)*. Vol. 149. No. 5. pp. 907-912.

Hooker R. S., Klocko D. J., Larkin G. L. (2011) Physician assistants in emergency

medicine: the impact of their role. In: *Acad Emerg Med*. Vol. 18. No. 1. pp. 72-77.

Iannuzzi M. C., Iannuzzi J. C., Holtsberry A., Wright S. M., Knohl S. J. (2015), Comparing Hospitalist-Resident to Hospitalist-Midlevel Practitioner Team Performance on Length of Stay and Direct Patient Care Cost. In: *J Grad Med Educ*, Vol. 7. No. 1. pp. 65-69.

Jiao S., Murimi I. B., Stafford R. S., Mojtabai R., Alexander G. C. (2018) Quality of Prescribing by Physicians, Nurse Practitioners, and Physician Assistants in the United States, In: *Pharmacotherapy*. Vol. 38. No. 4. pp. 417-427.

Johal J., Dodd A. (2017) Physician extenders on surgical services: a systematic review. In: *Can J Surg*. Vol. 60. No. 3. pp. 172-178.

Johnson D., Ouenes O., Letson D., de Belen E., Kubal T., Czarnecki C., Weems L., Box B., Paculdo D., Peabody J. (2019) A Direct Comparison of the Clinical Practice Patterns of Advanced Practice Providers and Doctors. In: *Am J Med*. Vol. 132. No. 11. pp. e778-e785.

Klassen K. J., Yoogalingam R. (2019) Appointment scheduling in multi-stage outpatient clinics. In: *Health Care Manag Sci*. Vol. 22. No. 2. pp. 229-244.

Kleinpell R. M., Ely E. W., Grabenkort R. (2008) Nurse practitioners and physician assistants in the intensive care unit: an evidence-based review. In: *Crit Care Med*. Vol. 36. No. 10. pp. 2888-2897.

Kreeftenberg H. G., Aarts J. T., de Bie A., Bindels A. J. G. H., Roos A. N., van der Voort P. H. J. (2018) An alternative ICU staffing model: implementation of the non-physician provider. In: *The Neth J Med*. Vol. 76. No. 4. pp. 176-183.

- Kueth M. C., Vaessen-Verberne A. A., Elbers R. G., Van Aalderen W. M. (2013) Nurse versus physician-led care for the management of asthma. In: *Cochrane Database Syst Rev*. No. 2. CD009296.
- Kurtzman E. T., Barnow B. S. (2017) A Comparison of Nurse Practitioners, Physician Assistants, and Primary Care Physicians' Patterns of Practice and Quality of Care in Health Centers. In: *Med Care*. Vol. 55. No. 6. pp. 615-622.
- Lau D. T. (2019) Is prescribing by PAs and NPs comparable to physician prescribing?, In: *JAAPA*. Vol. 32. No. 2. p. 52.
- Lewis S. R., Nicholson A., Smith A. F., Alderson P. (2014) Physician anaesthetists versus non-physician providers of anaesthesia for surgical patients. In: *Cochrane Database Syst Rev*. No. 7. CD010357.
- Lichtenstein B. J., Reuben D. B., Karlamangla A. S., Han W., Roth C. P., Wenger N. S. (2015) Effect of Physician Delegation to Other Healthcare Providers on the Quality of Care for Geriatric Conditions. In: *J Am Geriatr Soc*. Vol. 63. No. 10. pp. 2164-2170.
- Lohr R. H., West C. P., Beliveau M., Daniels P. R., Nyman M. A., Mundell W. C., Schwenk N. M., Mandrekar J. N., Naessens J. M., Beckman T. J. (2013) Comparison of the quality of patient referrals from physicians, physician assistants, and nurse practitioners. In: *Mayo Clin Proc*. Vol. 88. No. 11. pp. 1266-1271.
- Love R. A., Murphy J. A., Lietz T. E., Jordan K. S. (2012) The effectiveness of a provider in triage in the emergency department: a quality improvement initiative to improve patient flow. In: *Adv Emerg Nurs J*. Vol. 34. No. 1. pp. 65-74.
- Lovink M. H., Persoon A., Koopmans R. T. C. M., van Vught A. J. A. H., Schoonhoven L., Laurant M. G. H. (2017) Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. In: *J Adv Nurs*. Vol. 73. No. 9. pp. 2084-2102.
- Mains C., Scarborough K., Bar-Or R., Hawkes A., Huber J., Bourg P., Bar-Or D. (2009) Staff commitment to trauma care improves mortality and length of stay at a level I trauma center. In: *J Trauma*. Vol. 66. No. 5. pp. 1315-1320.
- Malloy S. M., Sanchez K., Cho J., Mulcahy S. E., Labow B. I. (2021) Hidden Costs in Resident Training: Financial Cohort Analysis of First Assistants in Reduction Mammoplasty. In: *Plast Reconstr Surg Glob Open*. Vol. 9. No. 1. p. e3333.
- Manning B. T., Bohl D. D., Redondo M. L., Gerlinger T.L., Sporer S. M., Paprosky W. G., Levine B. R. (2019) Midlevel Providers in Orthopaedic Surgery: The Patient's Perspective. In: *Iowa Orthop J*. Vol. 39. No. 1. pp. 211-216.
- McMillen M. A., Boucher N., Keith D., Gould D. S., Gave A., Hoffman D. (2012) Maintaining quality of care 24/7 in a nontrauma surgical intensive care unit. In: *J Trauma Acute Care Surg*, Vol. 73. No. 1. pp. 202-208.
- Meijer K., Kuilman L. (2017) Patient satisfaction with PAs in the Netherlands. In: *JAAPA*. Vol. 30. No. 5. pp. 1-6.
- Merdler I., Hochstadt A., Sheffy A., Ohayon S., Loewenstein I., Trotzky D. (2020) The Israeli Physician Assistant in a Tertiary Medical Center Emergency Department. In: *Isr Med Assoc J*. Vol. 22. No. 7. pp. 409-414.
- Meyerink B. D., Lampman M. A., Laabs S. B., Foss R. M., Garrison G. M., Angstman K. B., Sobolik G. J., Halasy M. P., Fischer K. J., Rosas S. L., Maxson J. A., Rushlow D. R., Horn J. L., Matthews M. R., Nagaraju D., Thacher T. D. (2020) Relationship of Clinici-

an Care Team Composition and Diabetes Quality Outcomes. In: *Popul Health Manag.* Nov 18. Doi: 10.1089/pop.2020.0229. online ahead of print

Miller W., Riehl E., Napier M., Barber K., Dabideen H. (1998) Use of physician assistants as surgery/trauma house staff at an American College of Surgeons-verified Level II trauma center. In: *J Trauma.* Vol. 44. No. 2. pp. 372-376.

Morgan P., Everett C. M., Hing E. (2014) Time spent with patients by physicians, nurse practitioners, and physician assistants in community health centers, 2006-2010. In: *Healthc (Amst).* Vol. 2. No. 4. pp. 232-237.

Morgan P. A., Abbott D. H., McNeil R. B., Fisher D. A. (2012) Characteristics of primary care office visits to nurse practitioners, physician assistants and physicians in United States Veterans Health Administration facilities, 2005 to 2010: a retrospective cross-sectional analysis. In: *Hum Resour Health.* Vol. 10. No. 42. pp. 1-8. Doi: 10.1186/1478-4491-10-42

Morgan P. A., Shah N. D., Kaufman J. S., Albanese M. A. (2008) Impact of physician assistant care on office visit resource use in the United States. In: *Health Serv Res.* Vol. 43. No. 5 Pt 2. pp. 1906-1922.

Nestler D. M., Fratzke A. R., Church C. J., Scanlan-Hanson L., Sadosty A. T., Halasy M. P., Finley J. L., Boggust A., Hess E. P. (2012) Effect of a physician assistant as triage liaison provider on patient throughput in an academic emergency department. In: *Acad Emerg Med.* Vol. 19. No. 11. pp. 1235-1241.

Nyberg S. M., Waswick W., Wynn T., Keuter K. (2007) Midlevel providers in a Level I trauma service: experience at Wesley Medical Center. In: *J Trauma.* Vol. 63. No. 1. pp. 128-134.

o. A. (2017) Physician Assistant: Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. online im Internet. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf, Abrufdatum: 04.03.2021.

Ohman-Strickland P. A., Orzano A. J., Hudson S. V., Solberg L. I., DiCiccio-Bloom B., O'Malley D., Tallia A. F., Balasubramanian BA and Crabtree BF (2008) Quality of diabetes care in family medicine practices: influence of nurse-practitioners and physician's assistants. In: *Ann Fam Med.* Vol. 6. No. 1. pp. 14-22.

Oswanski M. F., Sharma O. P., Raj S. S. (2004) Comparative review of use of physician assistants in a level I trauma center. In: *Am Surg.* Vol. 70. No. 3. pp. 272-279.

Renner R. M., Brahmi D., Kapp N. (2013) Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review. In: *BJOG.* Vol. 120. No. 1. pp. 23-31.

Resnick C. M., Daniels K. M., Flath-Sporn S. J., Doyle M., Heald R., Padwa B. L. (2016) Physician Assistants Improve Efficiency and Decrease Costs in Outpatient Oral and Maxillofacial Surgery. In: *J Oral Maxillofac Surg.* Vol. 74. No. 11. pp. 2128-2135.

Richardson S., Lucas E., Cohen S. L., Zhang M., Qiu G., Khan S., McGinn T (2020) Predictors of Overtesting in Pulmonary Embolism Diagnosis. In: *Acad Radiol.* Vol. 27. No. 3. pp. 404-408.

Robinson M. K., Mogensen K. M., Grudinkas G. F., Kohler S., Jacobs D. O. (2005) Improved care and reduced costs for patients requiring peripherally inserted central catheters: the role of bedside ultrasound and a dedicated team. In: *J Parenter Enteral Nutr (JPEN).* Vol. 29. No. 5. pp. 374-379.

Roy C. L., Liang C. L., Lund M., Boyd C., Katz J. T., McKean S., Schnipper J. L.

(2008) Implementation of a physician assistant/hospitalist service in an academic medical center: impact on efficiency and patient outcomes. In: *J Hosp Med*. Vol. 3. No. 5. pp. 361-368.

Russell M. L., Insull W. Jr., Probstfield J. L. (1985) Examination of medical professions for counseling on medication adherence. In: *Am J Med*. Vol. 78. No. 2. pp. 277-282.

Sardana M., Tang Y., Magnani J. W., Ockene I. S., Allison J. J., Arnold S. V., Jones P. G., Maddox T. M., Virani S. S., McManus D. D. (2019) Provider-Level Variation in Smoking Cessation Assistance Provided in the Cardiology Clinics: Insights From the NCDR PINNACLE Registry. In: *J Am Heart Assoc*. Vol. 8. No. 13. p. e011412.

Schulman M., Lucchese K. R., Sullivan A. C. (1995) Transition from housestaff to nonphysicians as neonatal intensive care providers: cost, impact on revenue, and quality of care. In: *Am J Perinatol*. Vol. 12. No. 6. pp. 442-446.

Sox H. C. Jr. (1979) Quality of patient care by nurse practitioners and physician's assistants: a ten-year perspective. In: *Ann Intern Med*. Vol. 91. No. 3. pp. 459-468.

Strockbine V. L., Gehrie E. A., Zhou Q. P., Guzzetta C. E. (2020) Reducing Unnecessary Phlebotomy Testing Using a Clinical Decision Support System. In: *J Healthc Qual*. Vol. 42. No. 2. pp. 98-105.

Timmermans M. J. C., van den Brink G. T., van Vught A. J. A. H., Adang E., van Berlo C. L. H., Boxtel K. V., Braunius W. W., Jansen L., Venema A., van den Wildenberg F. J., Wensing M., Laurant M. G. H. (2017) The involvement of physician assistants in inpatient care in hospitals in the Netherlands: a cost-effectiveness analysis. In: *BMJ Open*. Vol. 7. No. 7. p. e016405.

Tromp Meesters R. C., Hettinga A. M., van den Brink G., Postma C. T., Scheffer G. (2013) Task shifting and quality of care in practice; physician assistants compared with anaesthesiology residents in the preoperative anaesthesiology outpatient clinic. In: *Ned Tijdschr Geneeskd*. Vol. 157. No. 19. p. A5518.

Tsai C. L., Sullivan A. F., Ginde A. A., Camargo C. A. Jr. (2010) Quality of emergency care provided by physician assistants and nurse practitioners in acute asthma. In: *Am J Emerg Med*. Vol. 28. No. 4. pp. 485-491.

van Vliet R., Ebben R., Diets N., Pelgrim T., Loef J., Vloet L. (2020) Nurse practitioners and physician assistants working in ambulance care: A systematic review. In: *F1000Research*. Vol. 9., p. 1182. Doi: 10.12688/f1000research.25891.1

van Vught A. J., Hettinga A. M., Denessen E. J., Gerhardus M. J., Bouwmans G. A., van den Brink G. T., Postma C. T. (2015) Analysis of the level of general clinical skills of physician assistant students using an objective structured clinical examination. In: *J Eval Clin Pract*. Vol. 21. No. 5. pp. 971-975.

van Vught A. J. A. H., van den Brink G. T. W. J., Hilkens M. G. E. C., van Oers J. A. H. (2018) Analysis of the level of clinical skills of physician assistants tested with simulated intensive care patients. In: *J Eval Clin Pract*. Vol. 24. No. 3. pp. 580-584.

Voordijk-van der Ben M. H., Buntinx F. (2000) Cervical smears taken by physicians' assistants are of lesser quality than smears taken by family physicians, but almost as good as the national average. In: *Ned Tijdschr Geneeskd*. Vol. 144. No. 2. pp. 74-77.

Weeks G., George J., Maclure K., Stewart D. (2016) Non-medical prescribing versus medical prescribing for acute and chronic disease.

ase management in primary and secondary care. In: Cochrane Database Syst Rev. Vol. 11. No. 11. p. CD011227.

Wilson I. B., Landon B. E., Hirschhorn L. R., McInnes K., Ding L., Marsden P. V., Cleary P. D. (2005) Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. In: Ann Intern Med. Vol. 143. No. 10. pp. 729-736.

Yang Y., Long Q., Jackson S. L., Rhee M. K., Tomolo A., Olson D., Phillips L. S. (2018) Nurse Practitioners, Physician Assistants, and Physicians Are Comparable in Managing the First Five Years of Diabetes. In: Am J Med. Vol. 131. No. 3. p. 276-283.e2.

Yuce T. K., Holmstrom A., Soper N. J., Nagle A. P., Hungness E. S., Merkow R. P., Teitelbaum E. N. (2020) Complications and Readmissions Associated with First Assistant Training Level Following Elective Bariatric Surgery In: J Gastrointest Surg. Sep 15;10.1007/s11605-020-04787-0. Online ahead of print.

Autorenbiographien

Prof. Dr. med. Dietlind Tittelbach-Helmrich ist Chirurgin, MBA Health Management und MA in Higher Education und als Professorin im Studiengang Physician Assistant an der DHBW Karlsruhe tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Versorgungsforschung, der Delegation ärztlicher Leistungen als disruptive Innovation der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie sowie im Bereich der Lehr-Lern-Forschung.

Tanja Marschall ist Gesundheitswissenschaftlerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Gesundheit der DHBW Karlsruhe.

Dr. med. Ekkehard Scheffler ist Internist und Geriater und Vertretungsprofessor im Studi-

engang Physician Assistant an der DHBW Karlsruhe.

Autorenanschriften

Prof. Dr. Dietlind Tittelbach-Helmrich
Duale Hochschule Karlsruhe
Erzbergerstraße 121
76133 Karlsruhe

E-Mail: tittelbach-helmrich@dhbw-karlsruhe.de

Tanja Marschall
Duale Hochschule Karlsruhe
Erzbergerstraße 121
76133 Karlsruhe

E-Mail: marschall@dhbw-karlsruhe.de

Dr. Ekkehard Scheffler
Duale Hochschule Karlsruhe
Erzbergerstraße 121
76133 Karlsruhe

E-Mail: scheffler@dhbw-karlsruhe.de

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	inkludierte Studien [n]	Abteilung/ Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse
Halter	2018	PA	16	Notfallmedizin, Orthopädie/ Unfallchirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • vergleichbare Behandlungsergebnisse in Innere Medizin zw. PA und Arzt sowie Wiederaufnahmeraten • Verbesserung durch PA im Team: Reduktion Wartezeit, Verbesserung Prozesse, geringere Kosten, gute Akzeptanz bei Mitarbeitern und Patienten • variable Ergebnisse: Verschreibung von Analgesie, operative Komplikationen, Mortalität
Johal	2017	PA & NP	29	Chirurgische Fächer	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung durch PA im Team: Aufenthaltsdauer, Arbeitsbelastung der Assistenzärzte, Operationszeit • Unverändert: Morbidität und Mortalität • Uneinheitliche Studienlage: Kosten
Lovink	2017	PA & NP	12	Geriatric	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleichbare Behandlungsqualität durch Ärzte bzw. PA/ NP • höhere Zahl ambulanter Kontakte bzw. Notaufnahme im Ärzteteam
Weeks	2016	PA, NP, Pharmazeuten u. a.	46	Medikamentenverschreibungen bei chron. Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Ergebnisse bzgl. Medikamentenadhärenz, Patientenzufriedenheit, Behandlungsergebnisse (z. B. Blutdruckeinstellung) • bessere Ergebnisse bei ärztlicher Behandlung für Gesundheitsbezogene Lebensqualität • unklare Datenlage: unerwünschte Nebenwirkungen, Patientenkontakte, stationärer Aufenthalt • tendenziell mehr Verschreibungen, höhere Dosierungen und größere Varianz durch med. Fachberufe
Lewis	2014	PA, Anästhesiepflege	6	Anästhesie	<ul style="list-style-type: none"> • aufgrund der Heterogenität der Studien keine Metaanalyse möglich • unklare Datenlage bzgl. der Durchführung von Anästhesie
Halter	2013	PA	49	Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich positive Akzeptanz durch Patienten und Ärzte • heterogene und schwer vergleichbare Datenlage bzgl. Outcome und Kosten
Kueth	2013	PA & NP	5	Asthmatherapie	<ul style="list-style-type: none"> • kein Unterschied bzgl. Anzahl der Exazerbationen und Schweregrad der Erkrankung, Patientenzufriedenheit
Renner	2013	PA u.a.	5	Schwangerschaft/ Geburtseinleitung	<ul style="list-style-type: none"> • kein Unterschied bzgl. Behandlungsergebnissen und Komplikationen
Doan	2011	PA & NP	66	Notaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • kein Unterschied bei Anamnese und Untersuchung sowie einigen Interventionen • kürzere Wartezeit bei PA • unklare Daten zu Mortalität und Morbidität
Hooker	2011	PA	35	Notaufnahme	<ul style="list-style-type: none"> • keine Aussage zur Behandlungsqualität möglich • vergleichbar bzgl. Patientenzufriedenheit
Kleinpell	2008	PA & NP	31	Intensivstation	<ul style="list-style-type: none"> • geringes Evidenzlevel bzgl. Patientenoutcome und Kosten
Sox	1979	PA & NP	22	Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • vergleichbare Ergebnisse bzgl. Behandlung in Sprechstunde • geringe Evidenz für Behandlung kritisch Kranker oder unsupervidierte Behandlungen

Tab. 1: Übersicht zu systematischen Reviews und Metaanalysen.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Abteilung/ Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse
Richardson	2020	PA	Radiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleichbare Anforderung von CT zum Ausschluss einer Lungenembolie
Strockbine	2020	PA	Venenpunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte und PA vergleichbar hohe Quote unnötiger Diagnostik
Johnson	2019	PA & NP	Patientensimulation	<ul style="list-style-type: none"> • PA besser bei Anamnese, weniger unnötige Einweisungen • Ärzte weniger Diagnostik
Van Vught	2018	PA	Simulation Intensivstation	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleichbare Ergebnisse
Van Vught	2015	PA	Untersuchung Standardpatient	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleichbare Ergebnisse bzgl. Anamnese, klinische Untersuchung, Kommunikation • Behandlungsplan Ärzte besser
Tromp Meesters	2013	PA	Anästhesieambulanz	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Unterschied bei Anamnese, Untersuchung, Kommunikation und Dokumentation
Voordijk-van der Ben	2000	PA	Zervixabstrich	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität von PAs signifikant schlechter als durch Allgemeinmediziner, aber vergleichbar mit nationalem Durchschnitt
Hillman	1987	PA	Mammographie	<ul style="list-style-type: none"> • PAs haben flachere Lernkurve bei der Interpretation • Vergleichbare Spezifität • PA haben höhere Sensitivität
Goldberg	1981	PA & NP	Luftwaffenklinik	<ul style="list-style-type: none"> • PA in 25 Kriterien gleichwertig zu Ärzten • Keine Unterschiede bzgl. zusätzlicher Diagnostik

Tab. 2: Übersicht Studien zur Diagnostik.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Abteilung/Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse bei Einsatz von PA
Cron	2020	PA & NP	Chirurgie	• PA verschreiben postoperativ höhere Opioiddosierungen
DeWolfe	2019	PA & NP	Pädiatrie	• Höhere Wahrscheinlichkeit für Entlassung
Lau	2019	PA & NP	Verschreibung von Medikamenten	• Keine Unterschiede
Faza	2018	PA & NP	Diabetes und KHK	• Vergleichbare Ergebnisse
Jiao	2018	PA & NP	Verschreibung von Medikamenten	• Keine Unterschiede
Yang	2018	PA & NP	Diabetes	• Keine Unterschiede
Kurtzmann	2017	PA & NP	Allgemeinmedizin	• Keine Unterschiede in Qualität • Größere Wahrscheinlichkeit zur Beratung/ Gesundheitsförderung
Timmermans	2017	PA		• Keine Veränderung stationäre Aufenthaltsdauer • Vergleichbare Ergebnisse bzgl. Qualität und Sicherheit • Bessere Ergebnisse bzgl. Patientenzufriedenheit
Everett	2016	PA & NP		• höhere Anzahl an Kontakten und Zuweisung zur Notaufnahme • geringere Zufriedenheit • keine Unterschiede bzgl. stationären Aufhalten
Sanchez	2016	PA & NP	Ambulanz	• höhere Rate an Verschreibungen von Antibiotika
Timmermans	2016	PA	Innere Medizin	• in der stationären Versorgung haben Stationen mit PA die höchste Kontinuität • PA mit mehr direktem Patientenkontakt • PA mehr in Qualitätsprojekte involviert
Lichtenstein	2015	PA & NP	Geriatric	• bessere Ergebnisse ausgewählter Qualitätsparameter
Costa	2014	PA & NP	Intensivstation	• vergleichbare Mortalität • geringere Rate an Beatmungen und geringerer medianer SAPS
Everett	2013	PA & PA	Diabetes	• vergleichbare Ergebnisse • in der PA Gruppe Patienten weniger komplex
Glottzbecker	2013	PA	Leukämie (AML)	• Reduktion: stationärer Aufenthalt, 14-Tage-Wiederaufnahmerate • Vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich Mortalität und Verlegung auf Intensivstation
Lohr	2013	PA & NP	Innere Medizin	• Einweisung von Ärzten besser bzgl. Fragestellung, dokumentierter Pathophysiologie, durchgeführter Diagnostik und Therapie
Dhuper	2009	PA		• Vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich 30-Tage-Wiederaufnahmerate und Patientenzufriedenheit • Reduktion Mortalität
Ohman-Strickland	2008	PA & NP	Diabetes	• Geringere Wahrscheinlichkeit der Bestimmung von Mikroalbumin und Lipiden, sonst vergleichbare Ergebnisse
Roy	2008	PA	Allgemeine Medizin (stationär)	• Patienten im PA-Team jünger und weniger Vorerkrankungen • Nach Risikoadjustierung vergleichbare Ergebnisse bzgl. Dauer stationärer Aufenthalt, Mortalität, Wiederaufnahme, Verlegung auf Intensivstation oder Patientenzufriedenheit • Kosten geringfügig niedriger
Wilson	2005	PA & NP	HIV	• Vergleichbar mit HIV-Experten, besser als bei Ärzten ohne Erfahrung mit HIV
Schulman	1995	PA & NP	Neonatale Intensivstation	• Vergleichbare Ergebnisse hinsichtlich gewichts-adaptiertem Überleben • Verbesserung in Dokumentation, Compliance mit Leitlinien

Tab. 3: Übersicht Studien zu Behandlungen.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Abteilung/ Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse
Cahan	2021	PA	Orthopädie	• kein Einfluss auf OP-Zeit bei Assistenz durch PA
Malloy	2021	PA	Plastische Chirurgie	• Reduktion von OP-Zeit und Kosten bei 1. Assistenz durch PA im Vergleich zu Assistenzarzt
Fejleh	2020	PA	Koloskopie	• Qualität vergleichbar
Yuce	2020	PA & NP	Bariatrische Chirurgie	• Keine signifikanten Unterschiede in OP-Zeit, Morbidität und Wiederaufnahmerate bei Assistenz durch PA
Kreeftenberg	2018	PA & NP	Intensivstation	• Kein Unterschied
Hepp	2017	PA	Orthopädie	• Zeit der Präparation länger, OP-Zeit für den Chirurgen und postOP-Zeit kürzer
Bevis	2008	PA & NP	Thoraxdrainagen	• Kein signifikanter Unterschied bzgl. Komplikationen bei Anlage, Komplikationen mit Re-Interventionen, Morbidität, Dauer stationärer Aufenthalt

Tab. 4: Übersicht Studien zu Interventionen und Operationen.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Zusammenfassung Ergebnisse
de la Roche	2021	PA	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion: Aufenthalt in der Notaufnahme, Zeit bis zur Untersuchung, Zeit für Erstuntersuchung, Verlassen der Notaufnahme ohne Behandlung
Merdler	2020	PA	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion: Verlassen der Notaufnahme ohne Behandlung, Wiederaufnahmerate innerhalb von 48 h, Wartezeit für Untersuchung, Diagnostik, Rezept, bis Entscheidung über Therapie, Aufenthaltsdauer Team Arzt/ Patient: Untersuchungsdauer kürzer Vergleichbare Mortalität
Love	2012	PA & NP	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion: Wartezeit, Verlassen der Notaufnahme ohne Behandlung
Nestler	2012	PA	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion: Aufenthaltsdauer, Behandlungszeit, Verlassen der Notaufnahme ohne Behandlung Wartezeit vergleichbar
Tsai	2010	PA & NP	<ul style="list-style-type: none"> Therapie akuter Asthmaanfall Mit Supervision vergleichbare Ergebnisse Ohne Supervision: geringere Rate an verordneten inhalativen Beta-Mimetika und systemischen Corticoiden, höhere Wahrscheinlichkeit für Verschreibung nicht adäquater Antibiotika bei Entlassung
Mains	2009	PA	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion: Mortalität, Aufenthaltsdauer
Miller	1998	PA	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion: Zeit von Aufnahme bis OP, Station oder Intensivstation, Wartezeit

Tab. 5: Übersicht Notfallversorgung.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Abteilung/ Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse
Sardana	2019	PA & NP	Raucherentwöhnung	<ul style="list-style-type: none"> kein Unterschied zw. PA und Arzt
Bos	2018	PA	Medikamentenadhärenz	<ul style="list-style-type: none"> bessere Adhärenz bei PA
De Lusignan	2016	PA	Beratung von Patienten	<ul style="list-style-type: none"> Beratung durch PA sicher Patienten in ärztlicher Beratung komplexer mit mehr Vorerkrankungen, als kompetenter eingeschätzt
Russell	1985	PA u. a.	Gesprächsführung bei Medikamenten non-Adhärenz	<ul style="list-style-type: none"> PA nicht signifikant schlechter als Ärzte

Tab. 6: Übersicht Studien Kommunikation.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Abteilung/ Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse
Block	2020	PA u. a.	Ambulante Medizin	<ul style="list-style-type: none"> im Team höhere Patientenzufriedenheit und Kontinuität
Meyerink	2020	PA & NP	Diabetestherapie	<ul style="list-style-type: none"> Erreichen von 5 Zielkriterien höher im ärztlichen Team
Klassen	2019	PA & NP	Amb. Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Durch PA Verbesserung bzgl. Wartezeit, Zeit des Arztkontaktes, Gesamtdauer der Behandlung
Resnick	2016	PA	MKG	<ul style="list-style-type: none"> Durch PA Reduktion der OP-Zeit für den Chirurgen, geringere Kosten Kein Unterschied: Gesamtprozessdauer, postoperative Komplikationen
Iannuzzi	2015	PA & NP		<ul style="list-style-type: none"> im PA-Team: geringere relative Mortalität, längere Aufenthaltsdauer, höhere Kosten im Ärzteteam: höhere Patientenzufriedenheit
Morgan	2014	PA & NP	Ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> keine Unterschiede bzgl. Anzahl der Patientenkontakte und Zeit pro Patient Behandlungsdauer im PA-Team länger
McMillen	2012	PA	Chirurgische Intensivstation	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion Mortalität
Morgan	2012	PA & NP	Ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> bei PA: Komplexität der Patienten reduziert
Morgan	2008	PA	Ambulante Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> geringere Anzahl ambulanter Besuche im PA-Team
Robinson	2005	PA u. a.	ZVK-Anlage	<ul style="list-style-type: none"> geringere Rate an Anlage ohne Indikation, geringere Wartezeit, geringere stationäre Aufenthaltsdauer, geringere Kosten
Oswanski	2004	PA	Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> geringere Aufenthaltsdauer in der Notaufnahme (bis Transfer auf Station) kein Unterschied in Mortalität
Cohn	1997	PA u. a.	Herzchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion Aufenthaltsdauer und Kosten Zunahme Patientenzufriedenheit

Tab. 7: Übersicht Studien zu Prozessqualität, Team und Dokumentation.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Abteilung/ Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse
Beaulieu-Jones	2020	PA & NP	Kinderchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • 96% sehr guten oder guten Einfluss auf klinische Tätigkeit, 95% sehr guten oder guten Einfluss auf Patientenzufriedenheit • Besonderer Benefit bei: Kontinuität der Behandlung, Effizienz, Beratung von Eltern und Patienten
Eaton	2020	PA & NP	Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Effekte auf: Arbeitsbelastung (88%), Kontinuität der Behandlung (92%), Koordination (87%), Patientenzufriedenheit (88%), Patientensicherheit (83%) • Weniger Einfluss auf Ausbildung der Assistenzärzte (50%) und Qualitätsverbesserung/ Forschung (36%) • 91% vertrauen dem klinischen Urteil der PA
Dies	2016	PA	Chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger Aufwand für elektronische Patientenakte • Verbesserung bzgl. Arbeitszeit, Rotation, Behandlungsqualität

Tab. 8: Perspektive der Ärzte.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Name Erstautor	Jahr	Berufsgruppe	Abteilung/ Tätigkeit	Zusammenfassung Ergebnisse
Manning	2019	PA & NP	Orthopädie	<ul style="list-style-type: none"> • für 68% der Patienten ist die Ausbildung des PA bei der Wahl des orthopädischen Chirurgen wichtig • Wunschtätigkeitskatalog für PA aus Sicht der Patienten: präoperative Aufklärung, kleine ambulante Eingriffe, Kontrollen im Langzeitverlauf, Verschreibungen • Wunschtätigkeitskatalog Arzt aus Sicht der Patienten: erste postoperative Kontrolle, Kontrolle bei pathologischen Befunden, Erstvorstellungen, Indikation zu weiterführender Diagnostik • 78% schätzen Behandlung durch Orthopäden besser ein
Meijer	2017	PA	Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • gleiche Patientenzufriedenheit

Tab. 9: Patientenperspektive.
Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Führende Köpfe im Porträt

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Prof. Roger Jaeckel (Director Country Policy & Patient Access, Vifor Pharma Deutschland GmbH) werden im Folgenden mit MP und RJ abgekürzt.

MP: Was war Ihr Berufswunsch als Schüler?

RJ: Wenn ich mich recht zurück erinnere gab es zur Schulzeit bei mir keinen so ausgeprägten Berufswunsch. Wie bei vielen in dieser Altersphase stand damals der Sport (Fußball und Judo) im Vordergrund, ohne daraus gleich eine Profikarriere ableiten zu wollen. Im 10. Schuljahr hatte ich mich für ein Praktikum bei einem Optiker entschieden, was mich am Ende zur Erkenntnis führte, dieses Berufsbild doch nicht weiter zu verfolgen. Das Bankwesen war auch so ein Thema, was mich zu dieser Zeit sehr interessierte. Letztlich entschied ich mich grundsätzlich gegen eine praktische Berufsausbildung und setzte meine schulische Karriere mit dem Ziel Abitur weiter konsequent fort.

MP: Für welche Organisation wollten Sie während Ihrer Ausbildung arbeiten?

RJ: Während meines Studiums der Verwaltungswissenschaft an der Universität Konstanz hatte ich die Möglichkeit, während meines Praxissemesters beim Regierungspräsidium Freiburg den Bereich Raumordnung und Landesplanung kennenzulernen. Das Großprojekt Flughafen Stuttgart und sonstige infrastrukturelle Verkehrsplanungen standen damals im Mittelpunkt. Insbesondere das Thema „Bauen im Außenbereich“



Jaeckel: „Das Gesundheitswesen vom Patienten her denken ist längst überfällig und wird deshalb über kurz oder lang zur Handlungsmaxime.“

hatte es mir angetan und auch meine Sinne dafür geschärft, was es heißt, als staatliche Mittelbehörde an der Ausübung des staatlichen Gewaltmonopols im Einzelfall beteiligt gewesen zu sein. Letztlich reifte bereits zu dieser Zeit aber die Erkenntnis, die berufliche Perspektive nach Beendigung meines Studiums nicht weiter im Umfeld eines sicheren Beamtenjobs weiter zu verfolgen.

MP: Welche Ereignisse waren für Ihre berufliche Entwicklung wesentlich?

RJ: Als Basis diente meine Entscheidung, nach der 10. Klasse mein Abitur nicht an einem sprachlich-naturwissenschaftlichen Gymnasium zu machen, sondern geprägt durch mein ökonomisches Interesse die

Profildaten

Beruflicher Werdegang: Director Country Policy & Patient Access seit Mai 2021, Vifor Pharma Deutschland GmbH, München | Director Market Access D.A.CH 04/2016-04/2021, Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim | Director Government Affairs 11/2004-03/2016, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München | Leiter der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) 08/1998-10/2004, Landesvertretung Baden-Württemberg, Stuttgart | Referatsleiter Stationäre Einrichtungen und Stellv. Leiter der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) 10/1990-07/1998, Landesvertretung Bayern, München | Krankenhausreferent 10/1988-09/1990, DAK-Landesgeschäftsstelle Südbayern, München.

Ausbildung und akademische Abschlüsse: Berufung zum Honorarprofessor an der Fakultät für Gesundheitsmanagement 05/2015, Hochschule Neu-Ulm | Internationales Postgraduiertenstudium (1999-2001), Katholische Universität Leuven (Belgien) mit Abschluss zum European Master in Social Security (EMSS) | Studium der Verwaltungswissenschaft (1983-1988) mit Abschluss zum Dipl. Verw.wiss., Universität Konstanz | Allgemeine Hochschulreife (1982) am Wirtschaftsgymnasium Waldshut.

Quelle: Eigene Darstellung (2021).

Hochschulreife an einem Wirtschaftsgymnasium zu erlangen. Das Wissen um volks- und betriebswirtschaftliche Zusammenhänge sind für mich bis heute prägend geblieben. Des Weiteren führte mich mein Diplomarbeitsthema „Geriatrische Einrichtungen in Krankenhäusern“ ohne Umwege direkt ins Gesundheitswesen und mein Interesse gilt bis heute dieser Branche.

MP: Ihre beste Personalentscheidung?

RJ: Wenn man nach über 30 Berufsjahren zurückblickt, ist diese Frage gar nicht so einfach zu beantworten. Ich glaube, dass mein Berufsstart nach dem fünfjährigen Studium im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit zunächst dem Schwerpunkt Krankenhausfinanzierung eine doch sehr prägende Wirkung hatte. Das Gesundheitswesen von der politischen Seite erschloss sich mir dann vollends mit meiner Berufung zum Leiter der Ersatzkassenverbände in Baden-Württemberg in der Zeit von 1998 bis 2004, was mich bis heute nicht nur inhaltlich prägte, für ein so großes Bundesland sowohl finanziell als auch organisatorisch verbandspolitisch mit verantwortlich zu sein. Es war auch der Tatsache geschuldet, die Perso-

nalverantwortung für über 20 Verbandsmitarbeiter tragen zu dürfen mit allem, was dazu gehört von Neueinstellungen über Mutterschaftsvertretung bis hin zu Betriebsratsgesprächen.

MP: Ihre Führungsphilosophie/ wie würden Sie sich als Chef beschreiben?

RJ: Man darf sich zunächst nicht der Gefahr aussetzen, für alle Mitarbeiter entscheiden zu wollen. Die Kunst des Führens besteht heute letztlich darin, die persönlichen Entwicklungsperspektiven von Mitarbeitern gemeinsam zu besprechen und festzulegen. Dann funktioniert letztlich auch eine erforderliche Zusammenarbeit. Die Balance zwischen Verantwortung tragen durch den Vorgesetzten und Verantwortung übernehmen durch den Mitarbeiter ist dabei von entscheidender Bedeutung. Solche Abstimmungsprozesse ergeben sich jedoch nicht von selbst, sondern müssen regelmäßig besprochen und eingeübt werden wie jede Sportmannschaft, die am Ende der Saison ganz oben stehen möchte. Dies zu organisieren ist die wesentliche Aufgabe eines guten Chefs.

MP: Wie motivieren Sie Ihre Mitarbeiter?

RJ: Das Motivationsspektrum ist heute wesentlich vielfältiger, aber auch individueller geworden im Vergleich zu den zurückliegenden 2 bis 3 Jahrzehnten. Insofern gibt es zu dieser Frage keine präzise Standardantwort. Ein wichtiger Baustein scheint mir jedoch der Leitgedanke zu sein, jeden Mitarbeiter für die eigenen Arbeitsergebnisse auch selbst verantwortlich zu machen. Was zunächst recht trivial klingt, bewirkt bei stringenter Anwendung eine gesteigerte Identifikation mit dem eigenen Job im Sinne Erfolge gemeinsam feiern und Misserfolge selbst konsequent hinterfragen, woran es gelegen hat und es das nächste Mal besser machen zu wollen. Dem Vorgesetzten wird in diesem Zusammenhang immer mehr eine Coachingrolle zuteil, der die methodische Herangehensweise bei Bedarf hinterfragt und ob der gewählte Lösungsansatz auch die richtige Perspektive beinhaltet. Die Zeiten, wo der Vorgesetzte stets die richtige Antwort auf alle Aufgaben und Problemkonstellationen kennt, sind definitiv vorbei. Dafür sind die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen zu komplex geworden. Letztlich geht es um den richtigen Umgang mit komplexen Sachverhalten. Erlebbar gemachte und vorwiegend selbst erarbeitete Lösungsansätze sind dabei ein starker Motivationstreiber sowohl für Mitarbeiter als auch für Vorgesetzte.

MP: Welches Profil haben Manager im Gesundheitswesen 2030?

RJ: Die fortschreitende Digitalisierung macht das Arbeiten in internen und externen Netzwerken unabdingbar. Diese Mischung aus Hardfacts und Softskills wird für die Weiterentwicklung unserer Gesellschaft zum wesentlichen Erfolgsfaktor, gepaart mit einem hohen Maß an Empathie für behandlungsrelevante und versorgungsspezifische Patientenbedürfnisse. Das Gesundheitswesen vom Patienten her denken ist längst überfällig und wird deshalb über kurz oder lang zur

Handlungsmaxime. Wir werden deshalb noch mehr Überzeugungstäter ausbilden müssen, die Spaß an komplexen Themenstellungen und keine Angst vor innovativen Behandlungs- und Lösungsansätzen haben. Das Denken in lösungsorientierten Zusammenhängen wird dabei zum Erfolgsgarant mit sozialer Nachhaltigkeitsgarantie. Die Digitalisierung wird uns auf diesem Weg bei richtiger Anwendung maßgeblich Unterstützung leisten können. Qualitätsverbesserungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung werden neben Produktinnovationen immer mehr durch Prozessinnovationen ergänzt und teilweise auch bestimmt. Dies wird den Handlungsrahmen künftiger Manager im Gesundheitswesen maßgeblich prägen.

MP: Was raten Sie jungen Führungskräften?

RJ: Die Arbeitswelt befindet sich in einem enormen Umbruch. In dieser pandemiebedingten Zeit und dank digitaler Unterstützung wird „Führen mit Distanz“ zu einer ganz zentralen Angelegenheit, zu deren Bewältigung es jedoch kein Patentrezept gibt. Jedes Unternehmen ist gezwungen, diesbezüglich sein eigenes Führungsmodell zu entwickeln. Das ist die Chance für junge Führungskräfte, sich in diesen Prozess mit neuen und kreativen Ideen einzubringen. Daher von meiner Seite eher ein paar allgemeine Empfehlungen an dieser Stelle: bringen Sie im Berufsleben immer eine gesunde Neugier mit, versuchen Sie, sich stets auf das Wesentliche zu fokussieren, dem Wandel positiv und aktiv begegnen und zeigen Sie keine Scheu vor entscheidungsrelevanten Situationen. Wegführend sind letztlich selbst erfahrene Misserfolge und eine damit einhergehende Lernkurve, die den Karriereweg entscheidend befördern können. Und was man nie vergessen darf: als Leader sollte man sich seiner Vorbildfunktion stets bewusst sein.

Autorenanschriften

Prof. Roger Jaeckel
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: roger.jaeckel@hnu.de

Prof. Dr. Mario Pfannstiel
Hochschule Neu-Ulm
Fakultät Gesundheitsmanagement
Wileystraße 1
89231 Neu-Ulm

E-Mail: mario.pfannstiel@hnu.de

HNU

Hochschule Neu-Ulm
University of Applied Sciences



BERUFSBEGLEITEND WEITERBILDEN AN DER HOCHSCHULE NEU-ULM

**MBA Führung und Management
im Gesundheitswesen**

**BA Management für Gesundheits-
und Pflegeberufe**

Zertifikatskurse im Gesundheitswesen

WEB
hnu.de/zfw

FACEBOOK
@hnuzfw

INSTAGRAM
@hnu_zentrumfuerweiterbildung

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Mario Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Axel Focke (verantwortlich), V.i.S.d.P.

Layout & Grafik

Simone Raymund, Katharina Bill (Marketing und Kommunikation)

Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762 1621

E-Mail: zfpg@hnu.de

Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 7, Nr. 2, 2021, S. 1-70. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.07.02.2021-01

Erscheinungsort

Neu-Ulm, 05/ 2021

ISSN Online

2363-9342

ISSN Print

2364-2556

Auflage

1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hnu.de/ZFPG

Hochschule
www.hnu.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

