

**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

---

## 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](mailto: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](http://www.hnu.de/ZFPG)

Hochschule  
[www.hnu.de](http://www.hnu.de)

### Druckerei

Datadruck GmbH  
Leibier Weg 8  
89278 Nersingen

**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 leichten 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 Arztentlastung. 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 - Arztassistenz. 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