

20 Jahre

Studium Physician Assistant



Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Grußwort des Präsidenten der Bundesärztekammer	3
Congratulations on behalf of the IAPAE	4

Geschichte

Wie alles begann	6
Seiner Zeit voraus – Interview mit Professor Theodor Windhorst	16
Zwei Länder, ein Konzept: eine deutsch-niederländische Kooperation	23
Die lange Diskussion um grundständige oder weiterbildende Studiengänge – Gespräch mit einem Zeitzeugen	28
Warum ein „Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V.“?	33
Der 1. PA-Kongress der Hochschulen des DHPA 2023	43

Rechtsrahmen

Zur Rechtsstellung von Physician Assistants – Rechtliche Grenzen der Ausübung von Heilkunde	46
Die Entwicklung des Physician Assistant in Deutschland: Ein Blick auf 20 Jahre	51
Physician Assistants in der ambulanten Versorgung – Chancen und Herausforderungen bei der Integration in die moderne Teampraxis	58
Das Positionspapier der Bundesärztekammer zum Berufsbild „Physician Assistance“	65
Alte Grabenkämpfe und neue Perspektiven – Der Fachkräftemangel zwingt zur Zusammenarbeit	68

Hochschulblick

Die Studiengänge Physician Assistance aus Sicht der AHPGS	74
Qualitätssicherung durch Akkreditierung von Studiengängen – Erfahrungen und Perspektiven	78
Physician Associates in der Schweiz: Mit EPAs zu klaren Rollen und Verantwortlichkeiten	85
Prüfung mit Perspektive: Das Physician-Assistent-Examen als Wegbereiter für Qualität und Kompetenz	90
Curriculare Kartierung von Physician- Assistance-Studiengängen	97
Die wissenschaftliche Begleitung des Berufsbildes Physician Assistance	101

PA aktuell

Berufsjubiläum – Die DGPA e. V. schreibt Erfolgsgeschichte mit Zukunft	105
20 Jahre Physician Assistant in Deutschland – und wie ihr Einsatz in Gronau-Epe zur Erfolgsgeschichte wurde	108
Physician Assistants als Teil des ärztlichen Teams – wo man sie (noch) nicht erwartet	111
Celebrating 20 Years of Physician Assistants in Germany – A contribution on behalf of the Irish Society of Physician Associates	123
Physician Associates in the UK: Evolution, Challenges and Future	127
Activities of The National Commission on Certification of Physician Assistants.....	135

Liebe Leser:innenschaft, bei den meisten Beiträgen in dieser Publikation ist es gelungen, sie so zu gestalten, dass sprachlich alle Geschlechter berücksichtigt sind. Sie können versichert sein, dass inhaltlich in jedem Falle alle gemeint sind. Fühlen Sie sich durch die eine oder auch die andere verbale Form angesprochen und freuen Sie sich auf eine interessante, informative und vielleicht auch überraschende Lektüre! Ihre Redaktion

Editorial

Liebes Publikum,

vor 20 Jahren, im Herbst 2005, startete der erste Studiengang Physician Assistant in Deutschland. Das ist ein Grund zum Feiern!

Anfangs hatten wohl die meisten Menschen hierzulande bei der neuen Bezeichnung Physician Assistant, kurz PA, noch große Fragezeichen in den Augen. Inzwischen ist das Berufsbild etabliert und zumindest die meisten Mitarbeitenden im Gesundheitswesen kennen es. Viele von ihnen haben schon im Alltag positive Erfahrungen mit PAs gemacht.

Der Deutsche Hochschulverband Physician Assistant e. V. (DHPA) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Hochschulen, die PA-Studiengänge anbieten oder planen. Seine Ziele sind der fachliche Austausch über die Ausgestaltung und die Inhalte der Studiengänge sowie die Förderung des Berufsbildes. Hinter diesen trockenen Zeilen verbirgt sich eine Geschichte von Hindernissen und Kontroversen, aber auch von Erfolgen und vor allem eine der steten Entwicklung. Der DHPA versteht sich als die wissenschaftliche Fachgesellschaft für Physician Assistance. Er übernimmt die akademische Gestaltung des Berufsbildes und ist sich seiner damit verbundenen Verantwortung wohl bewusst. Die Eckpfeiler bilden dabei die Rahmenbedingungen des Hochschulrechts und die Anforderungen an die PAs in der täglichen praktischen Arbeit.

Im ersten Teil dieser Festschrift werfen verschiedene Akteurinnen und Akteure mit dem Abstand von mindestens einem Jahrzehnt einen Blick auf die Entstehung der ersten Studiengänge und die Vorgeschichte des DHPA. In der inzwischen vergangenen Zeit sind aus manchen Punkten, über die hitzig gestritten wurde, Selbstverständlichkeiten geworden.

Ein wesentlicher Teil des Bandes befasst sich mit den rechtlichen Rahmenbedingungen. Damit werfen wir zugleich einen Blick in die Zukunft: Wie kann sich die Stellung des Berufsbildes PA im deutschen Gesundheitswesen entwickeln?

Über manche Themen wird vermutlich außerhalb des Hochschulbereichs kaum nachgedacht: Was bedeutet die Akkreditierung eines Studiengangs? Wie wichtig sind Definitionen von Arbeitsaufgaben im Rahmen eines Studienplans und was kann ein zentrales Examen leisten? Was bedeutet Begleitforschung?

Wir möchten Ihnen natürlich auch zeigen, wo PAs in Deutschland inzwischen überall arbeiten und wie das Berufsbild international aufgestellt ist.

Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen, die Inhalte zu dieser Festschrift beigesteuert haben. Viele der Beiträge sind als Interviews entstanden. Sie werden merken, dass diese wirklich geführt worden und nicht am Computer oder mittels künstlicher Intelligenz generiert sind. Unser besonderer Dank gilt unseren Kolleginnen Prof. Dr. Katharina Larisch und Prof. Dr. Susanne Arendt für die redaktionelle Mitarbeit. Weiterhin danken wir Frau Kirsten Ossoinig und Herrn Marc Schulz beim Verlag Schmidt-Römhild sehr für die angenehme Zusammenarbeit.

Nun wünschen wir Ihnen viel Spaß bei der Lektüre, bedanken uns für Ihr Interesse und hoffen, dass Sie auch in den nächsten 20 Jahren die PAs und ihr Berufsbild wohlwollend begleiten und unterstützen.

Prof. Dr. med. Peter Heistermann
Vorstandsvorsitzender des DHPA

PD Dr. Claudia Heilmann, M. Sc.
Redaktionsleitung

Grußwort des Präsidenten der Bundesärztekammer



Klaus Reinhardt
Bundesärztekammer

Anlässlich des 20-jährigen Jubiläums der akademischen Ausbildung des Physician Assistant übermittele ich Ihnen im Namen der Bundesärztekammer meine herzlichen Glückwünsche.

Zwei Jahrzehnte nach Einrichtung der ersten Studiengänge in Deutschland ist aus einer innovativen Idee mit dem Berufsbild des Physician Assistant ein tragfähiger und anerkannter Bestandteil unseres Gesundheitswesens geworden. Dieses steht beispielhaft für eine moderne, multiprofessionelle Gesundheitsversorgung, die auf Zusammenarbeit und klaren Verantwortlichkeiten beruht.

Die Bundesärztekammer begleitet diesen Weg seit vielen Jahren mit großem Interesse und konstruktivem Engagement. Bereits 2008 hat sich der Deutsche Ärztetag im sogenannten „Ulmer Papier“ angesichts des Bewusstseins von drängenden Versorgungsproblemen für eine engere Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe mit der Ärzteschaft eingesetzt. Im gemeinsamen Grundsatzpapier mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2017 wurden die zentralen Merkmale und Einsatzfelder des jungen Berufsbildes des Physician Assistant systematisch beschrieben. Auf der Basis dieser Überlegungen hat die Bundesärztekammer im Jahr 2025 ein aktualisiertes Positionspapier veröffentlicht, in dem die Rolle und die anzustrebenden Kompetenzen des Physician Assistant in einer sich wandelnden Versorgungslandschaft weiter präzisiert wurden.

Es unterstreicht zugleich die Bedeutung dieses Berufsbildes für die zukünftige Sicherstellung qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung – insbesondere unter den Bedingungen des demografischen Wandels, wachsender Morbidität und zunehmender Systemkomplexität. Der Einsatz von Physician Assistants stärkt sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich die Versorgungsqualität. Dass auf die ärztliche Expertise in der Weiterentwicklung des Studiengangs „Physician Assistance“ besonderer Wert gelegt wird, fördert das gegenseitige Verständnis und bildet die Grundlage für eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit im klinischen und ambulanten Alltag.

Ich gratuliere zu diesem Jubiläum – und danke zugleich allen, die durch ihr Engagement, ihre Expertise und ihre Weitsicht zum Aufbau dieses Berufsbildes beigetragen haben. Für die kommenden Jahre wünsche ich weiterhin eine gemeinsame und verlässliche Zusammenarbeit, den regelhaften wissenschaftlichen Austausch und die Bereitschaft, das Berufsfeld mit Augenmaß und Zukunftsorientierung weiterzuentwickeln – im Sinne der Patientinnen und Patienten, aber auch im Interesse einer tragfähigen Gesundheitsversorgung.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Klaus Reinhardt

INTERNATIONAL ACADEMY OF PHYSICIAN ASSOCIATE EDUCATORS



BOARD OF DIRECTORS

President:

Lumbani Tshotetsi, ClinA, DCM, BScHSE,
PGDPublic Health, MScEpi, Pretoria, South Africa

Immediate Past President:

Scott Smalley, PA-C, BSc, MSPAS, PGDHSE,
Johannesburg, South Africa

President-Elect

Joseph Choge, CO, PhD, DCM, BSc, HD.Paed,
MSc. Kakamega, Kenya

Secretary:

Margaret Maina, CO, BScCMCH, MScHM,
PGDFM. Nairobi, Kenya

Treasurer:

David Fahringer, PA-C Emeritus, MSPAS,
Lexington, Kentucky, USA

Regional Director – North, Central & South America:

Laura Juarez, PA-C, MSPAS, MPH, Puerto Rico

Regional Director – Europe

Peter Heistermann, MD, Düsseldorf, Germany

Regional Director – Africa

Kipkoech Korir, CO, BScCMCH, HNDNeph,
HNDMed.Educ. Nairobi, Kenya

Regional Director – Asia

Nurhan Norris, AMO, DMA, AEMTC, SHO, BSc
(Hons)EmMed, MDRM. Kuala Lumpur, Malaysia

Regional Director – Oceania

Lisa DeWolfe, PA-C
New Zealand

Student Board Member:

Prathamesh Vijayas, PA student.
Pune, India

IAPAE Intern:

Emily Spellman, MS, PA-C, Massachusetts, USA

IAPAE MISSION STATEMENT

IAPAE brings together global Physician Associate Educators to develop and share best educational practice respecting regional cultures

Registering in Delaware, USA
+27-78-224-5342 South Africa
www.iapae.org info@iapae.org

Prof. Peter Heistermann, DHPA Chairman
Deutscher Hochschulverband Physician Assistant
Oststraße 11-13
50996 Cologne
19 May, 2025

On behalf of the International Academy of Physician Associate Educators (IAPAE) and the global community of physician associate educators, I extend our sincerest congratulations to the Deutscher Hochschulverband Physician Assistant (DHPA), its affiliated institutions, and the nation of Germany for the significant advancement and development of the Physician Assistant profession.

The establishment and expansion of PA education in Germany – from the inception of the first Bachelor's program in 2005 to the introduction of the nation's inaugural Master's program in 2021 – demonstrate a profound commitment to healthcare innovation, academic excellence, and patient-centred care. With 26 universities now offering PA programs and over 5,000 students currently enrolled, Germany exemplifies how the PA workforce can enhance universal health coverage. We commend you for this remarkable achievement.

We particularly commend DHPA for its efforts in fostering inter-university collaboration, strengthening educational standards, and implementing a nationally standardized voluntary certification exam. These initiatives not only elevate the quality of PA education but also support the development of a competent and responsive healthcare workforce.

Germany's accomplishments resonate far beyond its borders, inspiring educators, clinicians, and policymakers worldwide and contributing significantly to the global discourse on the future of healthcare delivery.

We celebrate this significant milestone with great pride and look forward to continued collaboration in advancing the Physician Associate profession globally.

With sincere congratulations,

Sincerely,

Lumbani Tshotetsi
President

Scott Smalley
Immediate Past President



Honouring Two Decades of Physician Assistant Growth and Impact



IAPAE Congratulates 20 Years of Physician Assistant Education and Practice in Germany

Over the past 20 years, the Physician Assistant profession has grown nationwide in Germany, beginning with the launch of the first Bachelor's degree program at Steinbeis University in Berlin.

Since 2005, PA education has grown to 26 universities offering Bachelor's programs and the first Master's launched in 2021 at FlieBner University. **Deutscher Hochschulverband Physician Assistant / The German University Association of Physician Assistants (DHPA)**, founded in 2018, represents all PA programs, with over 5,000 students enrolled in 2024 and more than 2,450 Bachelor's and 22 Master's graduates. Since 2023, a voluntary national standardized PA exam is offered.

PAs today serve across all medical specialties — delivering vital clinical support, diagnostics, treatment planning and surgical assistance under physician supervision.

The IAPAE celebrates the DHPA's significant milestone.

Two Decades of Progress. A Future of Excellence.

Physician Assistants—Driving Germany's Healthcare Forward.

www.iapae.org

www.hochschulverband-pa.de

Wie alles begann

Claudia Heilmann

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

Was trieb die Studiengangleiter der ersten Stunde an, und was die ersten Studierenden? In den folgenden Interviews geben Frank Merkle und Bernd Hemming als maßgebliche Begründer des ersten Bachelor- und des ersten Masterstudiengangs PA und André Fischer als einer der ersten PA-Studierenden und -Lehrenden Auskunft zu Hintergründen sowie dem Zauber und den Widrigkeiten des Anfangs.

Der erste Bachelorstudiengang Physician Assistant in Deutschland

Interview mit Dr. rer. medic. Frank Merkle

Fachkoordinator Studiengänge, Leiter Akademie für Kardiotechnik
DHZB Akademie, Deutsches Herzzentrum Berlin

Lieber Frank, wo kam die Idee für den ersten Bachelorstudiengang PA her?

2005 startete der Studiengang in Tübingen als Ausgründung der dortigen Universität. Die Initiative ging auf die Professoren Marc Schurr und Michael Brucksch zurück, die beide mit der Steinbeis-Hochschule und der Universitätsklinik in Tübingen assoziiert waren. Von Anfang an war klar, dass medizinische Kompetenz benötigt wurde. Deshalb war Professor Stefan Bauer vom Herzzentrum Lahr, früherer Oberarzt am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) dabei, dazu Professor Roland Hetzer, Ärztlicher Direktor des DHZB im Beirat des Studiengangs. 2009 zog der Studiengang nach Berlin um, da hier am DHZB der Studiengang Perfusion für die Akademisierung der Kardiotechnik eingerichtet worden war. Der Tübinger PA-Studiengang hatte keine Akkre-

ditierung, weil der Stundenumfang zu gering war. Daher hatte die Steinbeis-Hochschule Professor Hetzer angefragt, ob er den Studiengang an das DHZB übernehmen könnte, um ihn weiterzuentwickeln und zu akkreditieren. Das haben wir dann auch gemacht.



Der erste Abschlussjahrgang PA

Wie habt Ihr das Curriculum entwickelt?

Professor Schurr war in den USA gewesen und hatte Ideen mitgebracht. Das erste Curriculum war sehr schmal. Enthalten waren aber schon Kommunikation, Selbstmanagement, Personalwesen und Organisation, dazu Technik und Medizin, die ja auch heute noch der wesentliche Bestandteil von PA-Studiengängen sind. In den ersten Jahren war noch ein US-amerikanischer PA dabei, Michael Ulm, der sicherlich zur Gestaltung des Curriculums beigetragen hat.

Wie lange habt Ihr gebraucht, um den ersten Studiengang zu entwickeln?

Bei Steinbeis waren diese Zeiten sehr kurz, vermutlich hat es ungefähr ein halbes Jahr gedauert. Für die Implementierung in Berlin haben wir nur drei Monate gebraucht.

Was war aus Deiner Sicht das größte Hindernis für den Aufbau dieses ersten Studiengangs?

Es gab viele Widerstände. Zum einen bestanden Partikularinteressen, insbesondere von Chirurgen. Ich kann mich entsinnen, dass wir auf verschiedenen chirurgischen Kongressen massiv angegriffen wurden, wurden aber nach der Präsentation beinahe vom Podium gejagt. Das Berufsbild konnte sich praktisch niemand vorstellen. Bei anderen Fachgesellschaften war es fast noch schlimmer, die Internisten und Radiologen beispielsweise wollten davon überhaupt nichts wissen. Es hat relativ lange gedauert, bis sich das änderte. Eine der ersten Fachgesellschaften, die sich wirklich interessierte, war die der Orthopäden und Unfallchirurgen. Wir hatten dann 2011 Spezialisierungen in Orthopädie und Unfallchirurgie und in Kardiologie eingerichtet. Diese beiden Fachrichtungen waren die ersten, die sich eine akademische Weiterbildungsmöglich-

keit für ihr Personal wünschten, um es zu halten. Diese Chance wurde dann auch von anderen Fachgesellschaften und vom Deutschen Pflegerat erkannt. Wir hatten für einen Jahrgang tatsächlich den Studiengang nach drei Schwerpunkten unterteilt, nämlich Intensive Care Practitioner, Cardiology Assistant und Orthopädie und Unfallchirurgie, weil die Fachgesellschaften das nachfragten. Das Modell setzte sich aber nicht durch, auch weil der Pflegerat darin eine Art Medizinstudium und keine Weiterbildung für Pflegekräfte sah, und sich dagegenstellte. Das Konzept hing letztendlich auch immer an einzelnen Personen, die PA gut fanden, aber in der Breite war die Akzeptanz bei Weitem nicht gegeben.

Woher kam der stärkste Rückenwind für Euren neuen Studiengang?

Sana als Klinikkonzern war an dem Berufsbild sehr interessiert, natürlich auch aus ökonomischer Sicht. Die Sana-Kliniken waren die ersten, die PA in größerem Stil eingeführt haben. Zum zweiten wurden am DHBZ, aber auch an anderen Herzzentren, PAs in den OPs sehr frühzeitig und sehr verantwortungsbewusst eingesetzt. Ich kann mich an eine Präsentation erinnern, in der ich unseren OP-Plan vorgestellt habe, nach dem in wirklich jeder OP eine PA am Tisch stand. Das hat für Staunen und Ungläubigkeit, aber auch für Akzeptanz, zumindest in der Herzchirurgie, gesorgt.

Woher kamen die ersten Studierenden?

Die Studierenden stammten aus den Kliniken, in denen die Studiengangverantwortlichen und die Lehrbeauftragten tätig waren, also hauptsächlich den Herzzentren Lahr und Berlin und dem Uniklinikum Tübingen. Aus dem DHZB kam unter anderem unsere damalige Leitende OP-Schwester. Es war eigentlich schon immer ein dualer Studiengang, auch wenn er nicht so hieß. Die Studierenden hatten Studienverträge mit der

Hochschule, mussten das Studium also auch selber bezahlen, 500 Euro im Monat. Sie bekamen die Studiengebühren üblicherweise aber von ihrem Arbeitgeber erstattet.

In den ersten Jahren war das Geschlechterverhältnis in etwa halbe – halbe. Es waren ja in aller Regel Pflegekräfte, die sich weiterqualifizieren wollten, so im Alter von 30 bis 35 Jahren. Da stand bei den jungen Frauen typischerweise eben häufig die Familie im Vordergrund. Für die Männer war es vermutlich einfacher, auch wenn es viel mehr Interessentinnen als Interessenten gab.

Woher kamen die ersten Lehrbeauftragten?

In Tübingen speiste sich das Lehrpersonal aus der Uniklinik, aber auch aus dem Herzzentrum Lahr, und Professor Schurr und Professor Brucksch hatten auch persönlich Lehrende rekrutiert.

Wie hoch hast Du anfangs die Chancen eingeschätzt, dass aus PA in Deutschland etwas wird?

Ich habe immer daran geglaubt, dass sich PA etabliert, wenn es auch sehr lange dauern wird. Aber ich habe gesehen, dass es bei uns im Herzzentrum funktioniert hat, und wir kannten das Muster ja schon von der Kardiotechnik. Für mich war es eher die Frage, ob der Beruf eine Nische für einige wenige bleibt oder ob er, wie es jetzt aussieht, eine breite Akzeptanz findet und in vielen Fachbereichen eingesetzt wird. Damals bestand Interesse nur in der Chirurgie und auch dort nur in den großen Kliniken, an denen eine starke Arbeitsteilung herrschte.

Wie siehst Du die Anfänge des Studiengangs aus heutiger Sicht nach 20 Jahren?

Es gab für unseren Studiengang keine Blaupause. Alles, was wir gemacht haben, gab es zum

ersten Mal. Im Nachhinein hätte man einerseits manche Dinge anders machen können. Heute würde ich von Anfang an versuchen, mehr Fachgesellschaften einzubeziehen und dazu die Ausbildung auf eine viel breitere Basis zu stellen, was das medizinische Wissen angeht, aber auch zum Beispiel bei den Softskills. Andererseits gab es auch viel Support, insbesondere aus der Chirurgie und bei uns am Herzzentrum, so dass vieles auf dem kleinen Dienstweg möglich wurde. Heute müssen wir uns mit viel mehr Leuten ins Benehmen setzen, das macht die Sache komplizierter. Durch die anfänglich etwas hemdsärmelige Organisation waren wir auch sehr flexibel. Wenn wir merkten, dass Lehrinhalte nicht funktionierten oder Lehrbeauftragte nicht den Erwartungen entsprachen, konnten wir daran schnell etwas ändern. Diese Prozesse sind heute viel mehr formalisiert. Es gab viele Chancen, aber das Risiko war nicht gering. Ich war bei der privaten Steinbeis-Hochschule Direktor der Institute für Kardiotechnik und für PA und auch privat haftbar, wenn sich die Studiengänge nicht getragen hätten. Das Herzzentrum als mein Arbeitgeber und Auftraggeber für die Studienangebote hat diese Haftung nach Konsultation einer Rechtsanwaltskanzlei übernommen. Für mich bedeutete das, dass ich mit der Tätigkeit bei Steinbeis keine zusätzlichen Einkünfte erzielen konnte, sondern die Leitungstätigkeit durch mein Angestelltengehalt abgegolten war. Das war mir aber viel lieber, weil dieser Zustand für mich Rechtssicherheit bedeutete.

Was würdest Du Dir heute für PA-Studiengänge und das Berufsbild vorstellen und wünschen?

Ich wünsche mir, dass sich PA weiter breit etabliert, aber auch, dass die Qualität der Ausbildungen und Abschlüsse gesichert und vergleichbar ist. Außerdem sollte die Rechtstellung der PA besser verankert sein, damit nicht Risiken an den PA hängenbleiben, die sie nicht übersehen können.

Der erste Masterstudiengang Physician Assistant in Deutschland

Interview mit Prof. Dr. med. Bernhard Hemming
Studiengangsleitung Physician Assistant, M.Sc.
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

Lieber Bernd, wo kam die Idee für den ersten Masterstudiengang PA her?

Der Gedanke entstand durch eine persönliche Bekanntschaft, die Professor Peter Stollwerck von der Fliedner-Fachhochschule mit den Kollegen im Masterstudiengang PA an der Hogeschool van Arnhem in Nijmegen in den Niederlanden hatte. Er bekam dort über diesen persönlichen Kontakt die Möglichkeit, als Pilotprojekt drei von unseren Bachelorabsolventinnen am Masterstudiengang teilnehmen zu lassen. Dadurch hatten wir Kenntnis, wie der Masterstudiengang dort aufgebaut war. Die drei Studentinnen hatten einen engen Kontakt mit uns. Wir haben sie begleitet, auch bei ihren Klausuren. Die haben wir aus dem Niederländischen ins Deutsche übersetzt, damit sie unter möglichst adäquaten und angeglichenen Bedingungen die Klausuren schreiben konnten. Sie mussten allerdings die Gruppenarbeiten auch auf Niederländisch mitmachen und dafür auch Niederländisch lernen. Das war schon eine Herausforderung für die drei. Eine von ihnen war dann direkt von Anfang an, also 2021, an unserer Hochschule beim Masterstudium dabei und hat mit mir zusammen den Studiengang begleitet. Wir haben uns sehr eng dabei an dem Vorbild aus den Niederlanden orientiert. Auch im Hochschulverband bestand für längere Zeit die Ansicht, dass es für einen Masterstudiengang noch keinen Markt gibt. Es hatte zu Beginn aber gar nichts mit dem Markt zu tun. Es war mehr die Frage, wie es international aussieht. Wir sahen zu dem Zeitpunkt die Entwicklung in den USA, wo einer nach dem anderen von den dortigen Bachelorstudiengängen auf Master umgestellt worden war. Und

wir sahen letztlich auch die europäische Entwicklung, die ja von vornherein auf der Master-Ebene gestartet hatte. Daher wollten wir es ausprobieren, auch wegen der Nachfrage eben von unseren drei Studentinnen, die dann in den Niederlanden den Master gemacht haben. Daher sagten wir uns, okay, möglicherweise ist auch für Deutschland PA langfristig eigentlich ein Master- und kein Bachelorstudium. Das waren so die Impulse, das Masterstudium als Piloten zu starten.

Wie habt Ihr das Curriculum entwickelt?

Wir sind, bis zum heutigen Tag, sehr nah an dem niederländischen Curriculum. Wir haben es jetzt noch etwas mehr an die deutschen Verhältnisse adaptiert. Dazu gehört, dass wir viele didaktische Elemente aus den Modellstudiengängen der Medizin aufnehmen. Wir haben da einen engen Kontakt zur Universität Witten-Herdecke aufgebaut. Inhaltlich, aber auch von der Struktur her sind wir dabei sehr bewusst bei dem niederländischen Modell geblieben, um die Kompatibilität zu erhalten und einen ganz engen Austausch auch für die Studierenden, bis hin zu anerkannten Auslandssemestern, zu ermöglichen.

Von der Didaktik her ist der ganze Studiengang als sogenanntes Team-based Learning aufgebaut. Das bedeutet, wir haben einen relativ hohen Selbststudienanteil und dazu Präsenztage. Diese beginnen morgens mit einer Einführungsvorlesung, die sich auf den vorangegangenen Selbststudienauftrag bezieht. Anschließend tragen die Studierenden miteinander das zusammen, was sie herausgearbeitet haben und bekommen dann

einen neuen Fall, den sie mit ihren vorbereiteten Elementen lösen können. Anschließend gibt es meist noch ein Vertiefungsseminar. Im Feedback-Seminar zieht dann der- oder diejenige, der oder die morgens die Einführungsvorlesung gehalten hat, alles nochmal zusammen, klärt die Fragen und generalisiert das Thema des Tages. Der Tag schließt mit einem Journal Club zu einer aktuellen Studie aus dem besprochenen Gebiet ab. Das bedeutet, dass sich alle, Studierende wie Lehrende, von Anfang an von hergebrachten Lern- und Lehrkonzepten trennen müssen.

Wie lange habt Ihr gebraucht, um den ersten Studiengang zu entwickeln?

Schon ab 2017 ungefähr fing Peter Stollwerck als Bachelor-Studiengangsleiter gedanklich an den Masterstudiengang zu entwickeln. Auf mich kam man zu, weil ich aus der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin komme. Es war klar, dass der Masterstudiengang ein ganz generalistischer sein muss, und dass man jemanden brauchte, der sich auf jedem Gebiet der Medizin zumindest ein bisschen auskannte. Als ich 2019 einstieg, waren die Elemente schon vorentwickelt. Das Modulhandbuch wurde aber mehrfach überarbeitet, sodass wir dann 2020 in die finale Phase der Akkreditierung gegangen sind.

Es gab auch Fragen, für die es keine Blaupause gab, zum Beispiel: Wie definiere ich ein Master-niveau auf der PA-Ebene? Eine oder ein PA muss in der Lage sein, den Blick fürs große Ganze zu behalten, um am richtigen Moment auch zu wissen, wo sie oder er die persönliche Grenze erreicht. Das ist übrigens der Kernsatz, den ich 2019 von Geert van den Brink aus Nijmegen gehört hatte, als ich mit ihm zum ersten Mal über unser Master-Pilotprojekt gesprochen habe. Ganz am Anfang stand auch die Frage, wie sich denn eine Master-PA überhaupt von einer, einem Medizinstudierenden oder Arzt, Ärztin unterscheidet. Geert sagte dann, dass

PAAs ihre Grenzen kennen und im Gegensatz zum Mediziner, zur Medizinerin wissen, was dann zu tun und wer hinzuzuziehen ist. Dieser Satz ist sozusagen der Leitsatz, der über unserem Masterstudium steht.

Was war aus Deiner Sicht das größte Hindernis für den Aufbau dieses ersten Studiengangs?

Das größte Hindernis aus meiner Sicht war eigentlich die Fülle der Arbeit, muss ich gestehen. Ich habe an der Hochschule immer nur eine halbe Stelle gehabt, weil ich mit der anderen Hälfte meiner Berufstätigkeit mit ganz viel Leidenschaft meine Patienten und Patientinnen in der Praxis betreue. Deshalb war für mich persönlich das größte Hindernis in der Tat die mangelnde Zeit. Die Hochschule hat uns erfreulicherweise Raum gelassen. Sie hat uns weder personell noch finanziell unterstützt, aber es gab auch keine Einschränkungen. Das war sehr angenehm und dadurch konnten wir auch sehr frei planen. Wir bekamen natürlich Vorgaben, wie viele Studierende denn da wohl kommen sollten. Aber das war relativ sanft, möchte ich mal sagen.

Woher kam der stärkste Rückenwind für Euren neuen Studiengang?

Der stärkste Rückenwind kam eigentlich durch die Leidenschaft von Sabine Mück für das didaktische Konzept, also etwas zu entwickeln, was es noch nicht so auf der Welt gab, zumindest in der deutschen Welt. Sie traf auf meine persönliche Leidenschaft für das Konzept der anvertraubaren professionellen Tätigkeiten, kurz EPAs. Dieses Konzept hatte ich in der Gesellschaft der Hochschullehrer in der Medizin kennengelernt und angefangen, es im Tertiär Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr der der Heinrich-Heine-Uni Düsseldorf zu implementieren. Und diese Kombination aus Sabine Mücks didaktischer Leidenschaft und meiner

Leidenschaft für das EPA-Konzept war der stärkste Rückenwind. Dazu kam die Leidenschaft der Studierenden. Sie vollzogen eine Entwicklung von Bachelor-PAs, die mit am Tisch sitzen dürfen, hin zu Gleichberechtigten auf Augenhöhe, zu Partnerinnen und Partnern der Ärztinnen und Ärzte. Diese verstehen, dass sie durch die andere Art des Lernens und Denkens der PAs andere und mehr Informationen über die Patienten und Patienten und zu diagnostischen Prozessen bekommen. Man merkt auch am Hinterfragen, dass PAs auf der Masterebene auf einem anderen Qualifikationsniveau sind. Sie hinterfragen auf einmal bestimmte Therapien und können dann auch dazu die Literatur mit ihren Kolleginnen und Kollegen diskutieren. Das war schon faszinierend, diese Entwicklung zu erleben. Und das war der stärkste Rückenwind, als der Studiengang dann lief.

Woher kamen die ersten Studierenden?

Wir hatten zwölf Studierende im ersten Durchgang und sie kamen eigentlich aus dem ganzen Land. Das ist bis heute so. Wir hatten die Information über das Studienangebot bei uns auf die Homepage gestellt, und wir hatten sie auch über die DGPA und über den PA-Blog verteilt. Unsere Alumni haben wir auch angeschrieben. In der ersten Akkreditierung setzten wir zwei Jahre Berufserfahrung voraus. Das war ziemlich unrealistisch. Wir haben es aber sehr bewusst gemacht und fordern bis zum heutigen Tag zumindest ein Jahr Berufstätigkeit als PA am Patienten. Das ist nach wie vor, finde ich, extrem wichtig, weil die PAs mit einem Standing kommen: „Ich bin seit einem Jahr fertige PA und arbeite als rechte Hand von meinem Chefarzt oder Oberarzt und der will mich gar nicht mehr missen, der braucht mich.“ Mit diesem Gefühl kommen sie in den Masterstudiengang.

Voraussetzung ist, dass sie einen Arbeitsplatz und eine 75- bis 80-Prozent-Stelle an einer Klinik oder einer ambulanten Einrichtung haben. An

diesem Arbeitsplatz werden bestimmte Aufgaben erfüllt. Ihre Klinik wird zum Kooperationspartner und muss mit uns einen Vertrag schließen. Sie muss die Mentorin oder den Mentor stellen, das ist in der Regel dann der Oberarzt oder die Oberärztin bzw. Chefarzt oder -ärztin dieser Abteilung. Die Klinik, und da lagen die großen Probleme, muss sicherstellen, dass eben auch die Fremdpraktika absolviert werden können. Es ist ein berufsintegrierender Studiengang, eigentlich ein dualer. Der Studiengang ist konsekutiv. Bei uns ist die Voraussetzung wirklich ein Bachelor Physician Assistant und keiner auch aus anderen Berufen, wie das in den Niederlanden möglich ist. Unsere Voraussetzung ist aus meiner Sicht sinnvoll, damit PA ein Alleinstellungsmerkmal bleibt. Möglicherweise werden sich mit der Pflege ein gegenseitiges Verständnis oder gemeinsame oder sich überschneidende Profile entwickeln. Auch das, meine ich, ist gut. Wir haben ja jetzt zum Beispiel Studiengänge für Advanced Practitioner Nurses. Da erleben wir, dass die Masterstudiengänge in der Pflege, wie weltweit, in die Spezialisierung gehen. Das ist auch der Grund, warum wir sagen, dass das Master-PA-Studium dasjenige sein soll, das generalistisch bleibt. Auch die Community Health Nurse ist ein sehr interessantes Element. Ich beschäftige mich im Moment auch sehr intensiv mit PAs in der ambulanten, auch in der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Es ist sehr spannend, da auch nochmal zu überlegen, wo Abgrenzungen und wo Unterschiede sind. Wie gehen wir damit in der Versorgung der Patienten und Patientinnen in einer Praxis um, wo ist da der Unterschied zwischen Master-PA- und Master-Pflege-Absolventinnen und -Absolventen zu sehen?

Woher kamen die ersten Lehrbeauftragten?

Vielleicht war das die größte Hürde, letztlich kamen sie über persönliche Kontakte. Und es war mein Vorteil, dass ich als niedergelassener Haus-

arzt natürlich ein sehr breites Umfeld von Fachspezialisten und -spezialistinnen habe. Denn für diese Einführungsvorlesungen brauchte man Kolleginnen und Kollegen, die echte Fachexpertise haben und zusätzlich bereit waren, sich auf unser didaktisches Konzept einzulassen. Und manchmal stimmte das eine und das andere nicht, oder umgekehrt, sodass wir bis zum heutigen Tag eigentlich noch sortieren und Lehrbeauftragte suchen. Wir haben mittlerweile bei uns im Studiengang jetzt auch ganz hervorragende Methodikerinnen, sowohl in der qualitativen als auch in der quantitativen Forschung, auch für die kritische Literaturbeurteilung. Dadurch hat auch die Qualität der Masterarbeiten nochmal ein anderes Niveau bekommen.

Wie hoch hast Du anfangs die Chancen eingeschätzt, dass aus Master-PA in Deutschland etwas wird?

Dass wir die ersten Studierenden zu einem Masterabschluss führen, war für uns zu 100 Prozent sicher. Man ist ja in einem Tunnel drin. Also, wenn du so einen Masterstudiengang auflegst und da wirklich deine 40 Stunden pro Woche, die Nächte und die Wochenenden komplett draufgegangen sind, dann hast Du keinen Plan B im Kopf.

Was erwartest Du für den Master-PA in Deutschland?

Ich bin ja relativ gut vernetzt mit der Bundesärztekammer und bin selbst auch in Nordrhein in der Ärztekammer. Der Master ist im Moment, glaube ich, noch für einige ein No-Go, weil er natürlich auf der akademischen Ebene noch näher am zweiten Staatsexamen eines Arztes, einer Ärztin ist. Wir werden zwei Entwicklungen noch

eine Zeitlang parallel haben, denke ich. Wir werden Masterstudiengänge haben, die geduldet oder auch gern gesehen werden, weil sie in eine zunehmende Spezialisierung gehen. Diese werden weniger als bedrohlich erlebt, weil man sagt, die PAs entwickeln sich ja in diese Richtung hinein, dort sind sie dann auch kontrollierbar. Es wird aber noch wichtiger werden, und das meiner Meinung nach im ambulanten Bereich noch sehr viel stärker, dass PAs zunehmend mehr auf der Masterebene in Bereichen eingesetzt werden, in denen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden muss. Das kann eben auf dem Land sein. Und es wird telemedizinische Praxen geben: In der Hauptpraxis sitzen dann Arzt oder Ärztin. Die Satellitenpraxen werden überwiegend von PAs geführt und der Arzt, die Ärztin sind nur hin und wieder da. An diesen Stellen wird wahrscheinlich dann schon eher Masterniveau gefordert sein als nur ein Bachelor.

Was würdest Du Dir heute für PA-Studiengänge und das Berufsbild vorstellen und wünschen?

Wir werden auf der Bachelorebene eine gute Chance haben, sie fest zu etablieren, wenn wir uns auf einen einheitlichen Abschluss verständigen können. Für den Master würde ich mir noch ein paar Jahre wünschen, damit wir verschiedene Strukturen und Modelle ausprobieren und nebeneinanderher laufen lassen können. Also: Konsolidierung, Vereinheitlichung auf Bachelor-Ebene mit einheitlichem Abschlussexamen oder sehr umschriebener, sehr klarer curricularer Struktur und dafür auf der Master-Ebene den Pioniergedanken, den wir zu Beginn hatten, noch ein bisschen weitertragen.

Die ersten Physician Assistants in Deutschland

Interview mit André Fischer, B. Sc., Physician Assistant, Plauen

Lieber André, Du bist einer von den ersten PAs, die in Deutschland ihren Abschluss gemacht haben. Wann und wo hast Du studiert?

Ich habe an der Mathias-Hochschule in Rheine im ersten Jahrgang dort von 2011 bis 2014 studiert.

Wie hast Du von dem Studiengang erfahren?

Es gab von einer Firma ein Sonderheft „OP News“. Dort wurde in einem Artikel von der Mathias-Hochschule das Berufsbild vorgestellt. Ich war damals für die OP-Leitung bei uns in der Klinik vorgesehen, aber im Grunde genommen hatte ich mir das so nie gewünscht und ich wollte auch fachlich einfach noch weiterkommen. Das Studium war damals dafür der einzige mögliche Schritt. Mein Chefarzt hatte meine Motivation bemerkt und mir während der Operationen Dinge übertragen, die er vielleicht sonst nur einem Assistenzarzt übertragen hätte. Aber er hat gesehen, dass ich im Laufe der Jahre viel Erfahrung gesammelt hatte, auch einfach vom chirurgischen Handwerk her. Ich hatte das ja schon fast 25 Jahre gemacht. Daher hat er mich unterstützt. Für mich war das Studium ein logischer Schluss. Ich habe mir gewünscht, dass ich das, was ich tue, auf eine breitere fachliche Basis stellen kann und nicht nur angelernt bin. Und dann habe ich die Bewerbung geschrieben, bin zum Bewerbungsgespräch eingeladen worden und angenommen worden. Von meinem Arbeitgeber kam überraschend starke Unterstützung. Er hat mir für die drei Jahre 180 Tage bezahlten Zusatzurlaub gewährt, sodass ich alle externen Praktika ableisten und auch die Präsenztage in der Hochschule wahrnehmen konnte. Darüber hinaus habe ich natürlich über die drei Jahre meinen normalen Urlaub investiert.

Was waren für dich das größte Hindernis und die größten Schwierigkeiten, zuerst bei der Entscheidung für das Studium und dann während des Studiums?

Ich hatte eine Familie, die Kinder waren nicht mehr so klein, aber auch noch nicht groß. Während des Studiums war es schon eine Herausforderung, immer 500 Kilometer zu fahren und eine Woche in Rheine zu sein. Im Studium war es dann organisatorisch sehr spannend, die Transferaufgaben selbst zu organisieren und alles zusammenzukriegen, was man an Praktika absolvieren musste. Ich hatte es gut, dass ich durch meine berufliche Vorerfahrung viele Chefarzte oder Oberärzte aus verschiedenen Bereichen kannte. Und wir haben im Klinikverbund verschiedene Häuser, dort konnte ich die Praktika gut absolvieren.

Wie hoch hast Du die Chancen eingeschätzt, dass Du auch in der Zukunft einen PA-Job finden würdest?

Die beruflichen Möglichkeiten habe ich eigentlich als sehr positiv eingeschätzt, weil die Absprache mit meinem Chefarzt damals war, dass für mich dann auf jeden Fall eine maßgeschneiderte Lösung gefunden wird, und darauf habe ich mich verlassen.

In welchen Bereichen hast Du nach dem Studium gearbeitet?

Viel Zeit habe ich darauf verwendet, in der HNO elektive Patienten aufzunehmen. Dabei muss ein kompletter HNO-Status erhoben werden, inklusive instrumenteller und Ultraschalluntersuchungen. Dazu habe ich dann auch bei der DEGUM noch einen Ultraschallkurs Kopf-Hals gemacht

und dann auch das Abschlusszertifikat erworben. Damit war die fachliche Voraussetzung für die Delegation gegeben. Wenn ich bei einer Aufnahmeuntersuchung einen ungewöhnlichen Nebebefund entdeckte, habe ich den Oberarzt dazu gezogen. Darüber hinaus bin ich mit dem Patienten oder der Patientin den Aufklärungsbogen durchgegangen und die Operation anhand der Röntgen- oder CT-Bilder auch erklärt, beschrieben, worauf es ankommt, und meinen Namen daruntergesetzt. Nach diesem Gespräch ist der Patient zum diensthabenden Oberarzt gegangen. Wenn es dort noch Fragen gab, wurden die besprochen. Und erst dann hat der Oberarzt die Aufklärung endgültig unterschrieben. Und das hat recht gut funktioniert, auch für die Assistenzärzte war das so. Die ärztlichen Kollegen haben das immer sehr, sehr positiv kommuniziert, dass ich bei den Aufnahmen und der Aufklärung mitmache. Ich habe den Patientenkontakt sehr gerne gehabt. Ja, und dann habe ich im OP oft die erste Assistenz übernommen, gerade in der Tumorchirurgie, bei den großen Operationen, Laryngektomie, Neck Dissections, da konnte ich schon als vollwertiger Assistent dienen. Ich habe dann selbstständig einen kompletten Wundverschluss gemacht und die Drainagen eingelegt. Und wenn da noch Kleinigkeiten waren, wie ein kleiner Lymphknoten irgendwo mit rauszunehmen, habe ich das auch oft gemacht. Mein Chefarzt war nebenan und natürlich erreichbar für mich, das war eigentlich ein schönes Zusammenarbeiten. Es hat allen was gebracht. Deshalb war ich dann auch ein bisschen enttäuscht, dass es dann nicht so weitergelaufen ist. Irgendwie hatte ich das Gefühl, dass keiner so richtig die Verantwortung übernehmen wollte, und dass man dann auch gar keine richtige Lust hatte, sich vertieft mit dem Thema Delegation zu befassen. Auf der anderen Seite mache ich selbstständig Bronchoskopien, setze die Lokalanästhesien für Ohr-OPs, richte bei den Nasennebenhöhlen-Operationen das Navigationssystem ein und selbst eine Konchotomie mit Radiofrequenztechnik darf ich machen.

Zusätzlich hatte ich als PA in einer onkologischen Sprechstunde zweimal pro Woche die Basisuntersuchung bei der Oberbauchsonografie übernommen, mitsamt Anamnese, Ausmessung und Dokumentation. Dann kam die Oberärztin rein, ist wie ein D-Zug mit einem Schallkopf über den Patienten gefahren und hat sich konkret das angeguckt, um was es ging. Das war auch immer eine gute Aufgabe für mich.

Obwohl Du eben jetzt sagst, dass Deine Tätigkeit im Moment nicht so ganz Deinen Vorstellungen von PA entspricht, würdest Du das Studium trotzdem nochmal machen?

Auf jeden Fall – weil das genau das ist, was ich immer machen wollte. Ich habe mich sehr gefreut, dass mir mein Chefarzt mir das Studium zugetraut hat. Das habe ich als sehr positiv erlebt, und auch deswegen würde ich das PA-Studium auf jeden Fall wieder machen, auch weil ich die Sinnhaftigkeit nach wie vor sehe.

Du bist nicht nur einer der ersten PAs überhaupt, sondern auch einer der ersten, die als lehrende PA an eine Hochschule gegangen sind.

Ich war neben meiner PA-Tätigkeit von 2022 bis 2024 an der Hochschule Anhalt Köthen tätig und als Studiengangkoordinator viel mit organisatorischen Dingen beschäftigt. Dazu habe ich praktische Kurse gehalten, wie den Naht- und den Ultraschallkurs. Außerdem habe ich mündliche und praktische Prüfungen mit abgenommen, zum Beispiel in der Notfallmedizin, und Bachelorarbeiten betreut. Ich hatte den Eindruck, dass die anderen Dozentinnen und Dozenten die Zusammenarbeit mit mir schätzten. Es war eine gute und erkenntnisreiche Zeit für mich. Der Wechsel zwischen Hochschule und Praxis war für mich aber auch mit viel Aufwand und hohem Energieeinsatz verbunden.

Wie hast Du die Studierenden von der Seite als Lehrender wahrgenommen?

Die Studierenden waren doch sehr heterogen. Was so die Ernsthaftigkeit betrifft, da habe ich bei manchen gedacht, da fehlt ein bisschen was. Ich glaube, ich bin das Studium damals konsequenter angegangen als manche jetzt. Ich kann jedem empfehlen, das Studium zu machen. Aber man muss das wirklich wollen und sich darüber klar sein, dass es kein Pappenstiel und eine straffe Zeit ist.

Was würdest Du als Resümee ziehen?

Wenn man in ein Krankenhaus kommt und dort als Student oder dann als PA mitspielen möchte, werden natürlich Maßstäbe angelegt. Man kann nicht alles wissen, das ist ganz klar, auch dass der Weitblick am Anfang ein bisschen fehlt. Aber es muss schon auch viel persönliches Engagement kommen, damit man eine Akzeptanz erreicht, nicht nur bei den Ärztinnen und Ärzten, sondern auch bei den Kolleginnen und Kollegen in der Pflege. Es gehört eine Portion Demut dazu. Man ist jemand, der auf jeden Fall teamfähig sein und sich gut einordnen, vielleicht auch mal unterordnen muss. Das ganze Berufsbild ist immer noch viel auf Goodwill eingerichtet.

Über die Interviewpartner

Dr. rer. medic. Frank Merkle ist ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpfleger und Kardiotechniker und seit 1995 Akademischer Leiter der Akademie für Kardiotechnik am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHBZ). Er studierte zusätzlich Medizinpädagogik und promovierte an der Humboldt-Universität Berlin. Außerdem vertritt er die Kardiotechniker:innen in Deutschland auf europäischer Ebene.

Prof. Dr. med. Bernd Hemming ist Allgemeinmediziner, leitet eine Praxis für Familienmedizin und studierte zusätzlich Public Health. Er hat Lehraufträge der Universität Düsseldorf sowie der Universität Witten/Herdecke inne und erhielt 2015 den „Preis für vorbildliche Lehre in der Allgemeinmedizin“ der Gesellschaft der Hochschullehrer in der Allgemeinmedizin. 2019 wurde er auf die Professur für Allgemeinmedizin und Familienmedizin an der Fliehdner-Fachhochschule Düsseldorf im Studiengang Medizinische Assistenz Chirurgie (B.sc.) berufen. Außerdem engagiert er sich in mehreren Fachgesellschaften und berufspolitischen Organisationen.

André Fischer, B. Sc., ist ausgebildeter Krankenpfleger und Fachpfleger für den Operationsdienst. Er studierte Physician Assistant an der Mathias-Hochschule Rheine als Stipendiat der Stiftung Begabtenförderung Berufliche Bildung in Bonn. Jetzt ist er überwiegend in verschiedenen OP-Bereichen im Einsatz und fungiert als Stellvertretender OP-Manager. Von 2015 bis 2021 gehörte er dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA) an. Er wirkt außerdem als Gutachter bei der Akkreditierung von PA-Studiengängen mit. Von 2022 bis 2024 war er als Studiengangskoordinator und Lehrbeauftragter an der Hochschule Anhalt Köthen tätig.



Seiner Zeit voraus – Prof. Dr. Windhorst und die Ärztekammer Westfalen-Lippe als Vorreiter für den Physician Assistant

Peter Heistermann

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V.

Gegen alle Widerstände war Prof. Dr. med. Theodor Windhorst einer der prägenden Akteure bei der Einführung des Physician Assistant in Deutschland. Die Entlastung von Ärzt:innen sowie die Verbesserung der Gesundheitsversorgung standen für ihn dabei immer im Vordergrund. Trotz Konflikten bei der Studiengangsentwicklung und Spannungen zwischen den Verbänden trieb er die erfolgreiche Etablierung des Modells voran. Pragmatisches Handeln und Anerkennung vielfältiger Ausbildungswege sind seine Empfehlungen. Das Interview wurde von Peter Heistermann für den DHPA geführt.

Lieber Herr Professor Windhorst, Sie sind dafür bekannt, keinem Konflikt aus dem Weg zu gehen. 2011 haben Sie die Schirmherrschaft für den Studiengang PA an der Mathias-Hochschule in Rheine übernommen. Wie viele Konflikte gingen dem voraus und wie viele folgten noch?

In der Mengendynamik kann ich es nicht sagen, aber es waren einige Konflikte, die sich unter anderem auf die Zusammensetzung des dortigen Lehrkörpers bezogen. Es war nicht ganz einfach, die richtigen Verantwortlichen zur rechten Zeit zu gewinnen. Man hatte auf dem Deutschen Ärztetag 2007 den Windhorst mit

dem Thema Delegation und Substitution beauftragt, und damit war ich derjenige, der sich um dieses Werk kümmern sollte. Die Frage war, wie wir zu einer breiteren medizinischen Versorgung in unserem System kommen. Wir haben immer wieder gefordert, dass wir mehr Medizin-Studienplätze brauchen, aber es war klar, dass wir sie nicht kriegen würden, denn sie sind teuer. Und das nicht nur von der Einrichtung her, sondern auch von der Versorgung. Die Kassen haben immer gesagt, dass 100 neue Ärzt:innen nur die erste Last ausmachen, die 100 neue Leistungen auslösen, und sie wollen 100 neue Gehälter haben. Das würde eine zu große Belastung für das System werden.



Foto: © Theodor Windhorst/Gebhardt

Theodor Windhorst auf dem 120. Deutschen Ärztetag: „Die Ärzteschaft muss dieses Thema proaktiv angehen“

Zum Zeitpunkt Ihrer Initiative in 2011 war das Berufsbild des Physician Assistant in Deutschland praktisch unbekannt. Wie haben Sie das Potenzial dieses Berufsbildes erkannt?

Wir haben uns überlegt, wen wir denn an akademischer Pflege haben, wen gibt es sonst noch? Es kam eben diese Frage aus Rheine von einem dortigen Arzt: Sie bräuchten jemand mit Verbindung zur Kammer und mit dem Wissen über die Anforderungen, damit man dann die Arbeit der Physician Assistants deutlich klarer am Bedarf ausrichten könnte. Rheine war deswegen dann an mir als Schirmherr sehr interessiert. Es gab allerdings einen ganz schwierigen Aufbau an Leistungskräften, einen ganz schwierigen Aufbau in der Entscheidungsebene. Wer hat was zu sagen und wie ist das? Sie kennen ja wahrscheinlich die Personalkriterien an Hochschulen und ich habe den Eindruck gehabt, dass immer wenn ich eingeladen worden bin und auch nur drei Worte gesagt habe, die Studierenden sofort verstanden haben,

was wir wollen, nämlich Teamarbeit und Mitarbeit auf einem Level, der mit einer vierjährigen Ausbildung machbar ist, gegenüber sechs Jahren Medizinstudium und anschließender Facharzt-ebene.

Ich habe gesehen, dass das, was in den Kliniken passiert, schon etwas heftig für unsere Ärztinnen und Ärzte ist. Der Ärztemangel wird klar auch durch Zunahme der Teilzeitarbeit der Frauen verstärkt, die ich gar nicht missen möchte. Sie machen ihren Job gut, mit dem Hinweis, dass sie eine Familie aufbauen wollen. Deswegen brauchen wir eine Berücksichtigung der Teilzeit. Ich habe über den Weg in Rheine nachgedacht und wollte wissen, was sie dort lehren wollen, was das Ziel ist und vielleicht auch, wie PAs in das normale System zu integrieren sind. Und wenn man heute die Beschreibung der Physician Assistants der Bundesärztekammer von 2017 sieht, war ja da schon die Unterschrift für das Berufsbild in Deutschland geleistet.

Es war also die Suche nach Substitution in einer Form, die in die Assistenzebene eingeht. Wir haben gedacht, dass Physician Assistants das sind, was wir uns unter einer Assistenz vorstellen. Es sollte weniger eine administrative Unterstützung wie durch MFA sein, sondern jemand, der mit den Ärztinnen und Ärzten die Arbeit machen kann, der sie unterstützt, nicht nur in den technischen Leistungen.

Sie haben das Berufsbild nicht nur bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe propagiert, sondern auch in die Bundesärztekammer getragen. Als Forum entwickelte sich die sogenannte Hochschulkonferenz. Wie haben Sie diese Entwicklungen wahrgenommen?

Ich machte Bekanntschaft mit einem Professor in Karlsruhe, der sagte, er mache hier in Baden-Württemberg etwas Ähnliches wie in Rheine. Man könne ein vernünftiges Berufsbild schaffen, das auch in die Kliniklandschaft eingebaut werden kann. Über diese Wege bin ich dann in verschiedenste Diskussionen gekommen, unter anderem in Berlin. Auf den großen Kongressen gab es immer sehr viel Konfliktstoff, weil sich schon zu dem Zeitpunkt 2013 die klare Aussage durchsetzte, dass das Berufsbild des Physician Assistant eben nicht nur Assistenz ist, sondern auch andere Dinge bedeuten könnte. Zu diesem Zeitpunkt entstand auch die Notwendigkeit der Diskussion über grundständige Studiengänge. Wir wollten von den Ärztekammern nicht nur Westfalen-Lippe mitnehmen. Daher habe ich es dann immer wieder in die Bundesärztekammer getragen.

Ich bin daher der Meinung, dass die Hochschulkonferenz eine ganz gute Sache war. Ich wurde zu verschiedenen Treffen eingeladen, damit ich dort sagen konnte, was wir von der Seite der Bundesärztekammer meinen und was wir unterstützen würden wollen. Auch auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gab es Leute, die sich einklinken wollten.

Die Bedenken der Bundesärztekammer zu „grundständigen“ Studiengängen waren unter anderem wegen einer befürchteten Substitution ärztlicher Tätigkeiten Gegenstand heftiger Kontroversen mit den Hochschulen, die dieses Modell anboten. Was waren Ihre Argumente?

Wir wollten schon diejenigen in der Ausbildung haben, die bereits das gesamte Arbeitsgeschäft des Krankenhauses kennen, die also nicht die Wege dort erstmal kennenlernen müssen, sondern die wissen, was im Krankenhaus abläuft und wo was stattfindet. Wir haben uns gesagt, dass wenn wir da jemanden einsetzen können, der das kennt, und zusätzlich noch eine Weiterbildung für die Assistenz in den Arbeitsabläufen hat, dann haben wir gewonnen.

Der entstandenen Kontroverse über Grundständigkeit bin ich erstmal mit Lächeln begegnet, weil die Überlegung zum Start in 2011 und weiter dann auch 2013 für uns die Situation war, dass wir Leute aus dem Krankenhaus haben, die auch wissen, was an Interaktionen zwischen den einzelnen Bereichen notwendig ist. Und wir haben dann Leute, die ein Wissen durch ihr Bachelorstudium haben, das mehr ist als Leute aus der Pflege oder eine MFA, die weitergebildet ist. Wir waren glücklich, dass wir jemanden hatten, der dort Arbeit übernehmen und eingesetzt werden konnte. Und das Delegationsprinzip war immer das Zauberwort. Bei dem Modell der Grundständigkeit fällt ein Teil dessen weg, was an Wissen über Abläufe im Krankenhaus vorhanden ist, über die Interaktion, die Schwierigkeiten und wo man aufpassen muss. Und jetzt kommt der richtige Spitzengedanke noch dazu, dass wir gesagt haben, das sind doch alles gescheiterte Studienbewerber:innen für das Medizinstudium, das sind doch die, die sich nur ärgern, dass sie da nicht reingekommen sind. Ich finde das übrigens sehr schade.

2014 hat der Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe den Beruf Physician Assistant als Delegationsmodell zur Arztentlastung bestätigt, nachdem 2013 die ersten Absolvent:innen den Studiengang an der Mathias-Hochschule in Rheine abgeschlossen hatten. Wie wurde diese Einigung in Ihrer Ärztekammer Westfalen Lippe erzielt?

Das ist genau der Punkt. Wir hatten Parallelveranstaltungen über die in Rheine besprochenen Inhalte, darunter wie wir PAs in die lebensdienliche Versorgung mit einbeziehen können. Man war in Rheine auch schon darauf eingestellt. In den Krankenhäusern waren damals unter 100 Menschen, die überhaupt in Deutschland diesen Beruf hatten. Es war ein gegenseitiges Einverständnis, dass im Krankenhaus Leistung auf dem Niveau erbracht wird, das gelehrt wurde, also die Mediziner auf ihrem universitären Weg und die PAs auf ihrem Bachelorweg. Ich habe das für etwas Gutes gehalten. Dahinter steht die Diskussion um Delegation und Substitution, und wir wollten das Delegationsprinzip als Beispiel nehmen. Wir haben das bei uns im Vorstand der KVWL besprochen und dieser war hoch erfreut, dass ich das Thema eingebracht habe. Und nach langen Diskussionen habe ich mit dieser Überzeugung auch weitergemacht. Wir Ärzte können nicht auf eine Vermehrung der Studienplätze hoffen. Wir können keine Vermehrung der Leistungsebene erwarten, wenn die Teilzeitarbeit weiter zunimmt. Wir müssen sehen, dass die Ärzte vor Ort entlastet werden, in der Bearbeitung der Arbeitsaufgaben von Visiten, von der Administration, aber auch von Leistungen, für die man nicht unbedingt Ärzte braucht. Es hat sie dann überzeugt, dass wir einen richtig guten Fang mit Menschen machen, die Ahnung haben, die das Krankenhaus kennen und die schon eine weitere Ausbildung mitgebracht haben, über ihr Bachelorstudium hinaus. Und das haben wir sofort alles durchbekommen.

Das konnte ich dann auch so in der Bundesärztekammer verkaufen, und dann ging es ja weiter in den anderen Ärztekammern der Länder. Nur mit Baden-Württemberg war es immer ein bisschen schwierig. Ich bin noch ein paar Mal runtergefahren, um zu glätten. Warum glätten? Es wurde sofort die Diskussion aufgebaut, dass Krankenhaus-Leiter nur den billigen Arzt haben wollen. Ein Minister in NRW hat mal – das darf man vielleicht nur erst mal so denken – gesagt, mir ist es egal, wer da ist, Hauptsache, er hat einen weißen Kittel an. Da sind wir natürlich hellhörig geworden, dass verschiedene Ebenen dachten, da wollen wir den Arzt light.

Es hieß, der PA kann doch erstmal was übernehmen, und es kam die Frage auf, ob er Bereitschaftsdienste übernehmen kann? Nein, kann er nicht. Kann er bestimmte Dinge unterschreiben? Nein, kann er nicht. Und ab 2014 wurde dann abgewogen, was kann er eigentlich überhaupt tatsächlich machen dort vor Ort, mit seiner Ausbildung und mit seinen Voraussetzungen, die er mit seiner vorherigen Ausbildung erworben hat?

Darum ging es auch immer wieder mit den Fachbereichen, den deutschen Fachgesellschaften. Die Gastroenterologen hatten gehört, dass sie die Sonographie machen, also die Oberbauch-Ultraschalluntersuchungen. Das sei eigentlich eine ärztliche Sache. Dann haben wir gesagt, dass es in anderen Ländern auch nicht nur Ärzte gibt, die dies machen, sondern noch andere. Dann wurde, auch wenn das inzwischen vielleicht abgeschlossen ist, immer wieder darüber diskutiert, was vor Ort passiert, wenn Ärztemangel ist? Aber was überträgt man einem Physician Assistant, auch qua Beauftragung durch die Geschäftsführung? Wir haben ja in Nordrhein-Westfalen ein Gesetz, das für die Abteilungen die Verantwortung beim ärztlichen Leiter in seiner Ebene der Versorgung sieht. Kann also nicht irgendjemand von der Geschäftsführung sagen, pass mal auf, du machst jetzt in deiner Ab-

teilung jenes und lässt das andere sein, weil keine Ärzte da sind?

Wir haben uns dann noch mit einigen Juristen, unter anderem aus Bayern, immer wieder abgesprochen, was denn in derzeitigen Gesetzen überhaupt erlaubt ist. Und es gab auch Grauzonen, bei denen wir gesagt haben, dass das doch gar nicht geht. Es ist bis heute noch nicht ganz klar, was an manchen Stellen machbar ist oder nicht. Auch das ist etwas, was in diesen Jahren ab 2014 immer wieder das ganze Schiff ins Schwanken gebracht hat, was die Akzeptanz anbetrifft.

Es existierte damals bereits die sogenannte deutsche Hochschulkonferenz Physician Assistant. Es gab auch schon den Berufsverband DGPA. Und es war klar, dass dort zu bestimmten Themen keine Einigkeit bestand. Haben Sie bewusst drauf verzichtet, ein Einvernehmen herstellen zu wollen?

Ja, weil ich glaubte, dass die Ideologie, die hinter den beiden großen Gruppen steckte, zunächst unumstößlich war. Man kann Menschen, die durch eine bestimmte Voraussetzung einen Weg eingeschlagen haben, nicht am Schluss sagen, dass es nur in die eine Richtung geht. Wir haben gesagt, dass es euer gutes Recht ist, euch zu versammeln, wie ihr wollt, und das tat die Hochschulkonferenz. Die DGPA war dann in einer Situation, in der sie selber nicht die Absicht hatte, sich zu einigen. Es gab daher von dieser Seite keine Initiative, etwas zusammen zu machen. Wir haben daraufhin in der Bundesärztekammer – wofür ich damals noch zuständig war – gesagt, dass wenn sie das selber schon nicht schaffen, wir es dann auch nicht wollen.

Wir waren zu diesem Zeitpunkt im Grunde auf Hilfe angewiesen. Daher haben wir dann nochmal überlegt, ob wir die MFA nicht besonders schulen sollten, die dann eine besondere verstärk-

te Weiterbildung erhalten, denn die MFA sind eigentlich von ihrer Ausbildung her super gut für das Krankenhaus geeignet. Sie haben über die Digitalisierung, Computerbedienung, Versorgung und Mithilfe ein ganz gutes Spektrum. Aber da fehlte uns die Bachelorisierung, also die wissenschaftliche Eignung. Wir waren immer auf dem Weg, die PAs zu integrieren, aber nicht auf dem Weg, eine doppelte, parallele Ebene aufzubauen. Arzt ist Arzt und Physician Assistant ist Physician Assistant und Bachelor ist Bachelor. Das ist nichts Negatives, sondern das ist nur eine Aussage, wo der Leistungsbereich endet.

Es kann als Ihr Verdienst angesehen werden, dass die Deutschen Ärztetage 2015 und 2016 positive Voten zum Physician Assistant gefällt haben, die zum Positionspapier der BÄK und KBV in 2017 geführt haben. Wie ist Ihnen dieses Kunststück gelungen?

Durch Reden, klar, durch Aufzeigen, dass die Ärztinnen und Ärzte vor Ort Entlastung brauchen, nicht nur Entlastung in der Arbeit, sondern auch in der Möglichkeit, im Integrationsfall kompetente Menschen zu haben, die Dinge eigenverantwortlich übernehmen können. Jeder Arzt hat natürlich die Möglichkeit, die Delegation in verschiedenen Höhen aufzubauen. "Hol mir einen Bleistift" gehört sicher nicht dazu, aber das ist jetzt nur ein banales Beispiel. Nehmen wir ein anderes, zum Beispiel eine Anforderung für das CT zu schreiben. Jeder Arzt kann aber auch sagen, jetzt komm, wir gehen in den OP und machen zusammen diese Operation, bereite das mit mir vor, wir können das dann zusammen machen. Und er zeigt ihnen auf dem Bildschirm dann die Dinge, die man sehen kann und worauf man aufpassen muss. Das sind ja die Delegationsebenen, die man hat. Ich sage immer, man kann jedem Portier das Blinddarmentfernen beibringen, wenn man nur lange genug mit ihm übt. Das ist jetzt keine Herabsetzung der PAs, aber man kann vielen Menschen vieles beibrin-

gen, was sie dann eigenverantwortlich durchführen können. Das ist bei den Menschen in Kanada zum Beispiel, die die Sonografien machen, ja auch möglich.

Warum sollte sich der Deutsche Ärztetag gegen diesen strukturierten und steuerbaren Prozess sträuben und den Studiengang Physician Assistant aufhalten? Wir hatten von außen sehr viel Druck, was die akademische Pflege anbetraf. Es betraf auch die Notwendigkeit, noch mehr Ärzte aus verschiedenen anderen Ländern aufzunehmen, wobei wir auch nicht immer genau wussten, was an Fachlichkeiten dahintersteckt. Prüfungen gab es zwar damals schon, aber nicht so streng. Wir wollten überzeugen, dass wenn die Physician-Assistent-Ebene mit uns zusammenarbeitet, es dann auch für uns eine Lösung ist. Ich habe immer wieder gesagt, man möge mir doch eine andere Lösung aufzeigen, wie wir Delegationsprinzipien in die Versorgung einbringen können. Darüber haben wir auch den Marburger Bund erreicht. Es war die Stimmung, es uns das mal versuchen zu lassen und nicht immer nur Nein zu sagen, zu bremsen, und die ganze Sache für Fake zu halten.

Und dann kam diese Initiative für ein Positionspapier seitens der KBV. Dr. Hofmeister war von diesem Konzept PA sehr begeistert. Und das sage ich jetzt auch ganz klar, dass wir in der Bundesärztekammer glaubten, dass die KBV PAs nicht aus versorgungstechnischen Gründen für die Patienten haben will, sondern aus versorgungstechnischen Gründen für ihr Portemonnaie. Das heißt also, dass der PA Leistungen erbringt, die der Niedergelassene abrechnet und die dann von der Kasse bezahlt werden. Es hat dann glücklicherweise die Kasse sehr früh die Bremse gezogen. Es hieß: „Wenn es keine eigenständige Leistung von euch ist, wenn ihr das nicht selber gemacht habt, dann wird es schwierig, dass das in ein Leistungsprinzip eingebaut werden kann und ihr das abrechnen könnt.“ Es wurde dann wieder ein bisschen lauer bei der KBV. Aber Teile der

niedergelassenen Ärzte haben dann sehr viel Druck von sich aus gemacht. Sie sagten, ich habe hier eine MFA, die über einen Vertrag an mich und an meine Aussagen gebunden ist. Sie arbeitet rechtswirksam über meine Rechtsschutzversicherung. Ich brauche da nicht noch einen Neuen, der vielleicht ein Gehalt haben will, das höher ist. Die merkantilen Gründe spielten da eine Rolle.

Dann war man in der KBV erstmal sehr zurückhaltend und hat gefragt, ob in der Versorgung auf der vertragsärztlichen Ebene der PA wirklich der Stein der Weisen sei. Die Notwendigkeit würde eigentlich noch nicht so richtig klar werden, es sei denn, es würden Verhandlungen geführt, die auch die der Bezahlung vernünftig regulieren und die Kassen in die Diskussion mit einbeziehen würden. Bei uns in der Bundesärztekammer ging es eben mehr um die Versorgungsmitarbeit, als um den Delegationsauftrag. Ich hatte den Eindruck, und ich war bei einigen KBV-Diskussionen in Berlin mit dabei, auch als ich nicht mehr in der Kammer war, und es war klar, dass es da um mehr Arbeit geht, wie jetzt wieder bei der Digitalisierung. Sie wollen mehr arbeiten und mehr abrechnen. Der PA macht das mal und er wird ja von mir beauftragt, aber wir rechnen nach unseren Kriterien ab. Das sehe ich nun aber als eine der letzten Notwendigkeiten dafür, einen weiteren Gesundheitsberuf zu haben.

Das neue Positionspapier der BÄK ist ein Zeichen dafür, dass die PAs im deutschen Gesundheitswesen angekommen sind. Würden Sie rückblickend bei der Einführung des Berufsbildes in Deutschland etwas anders machen?

Der PA hat durch das Papier eine richtige Basis bekommen, was ich damals genauso gemacht habe. Für die Bundesärztekammer sind einige Veränderungen enthalten, die auf mehr Eigenständigkeit zielen können, aber nicht müssen. Es ist also eine

Öffnung darin, und dagegen habe ich nichts. Ich würde heute nichts anders machen. Das ist jetzt mal eine klare Aussage, die verschriftlicht ist.

Und wenn beide Seiten damit leben können, dann sollte man erst mal machen, was man kann, nämlich das zu nehmen, um die vernünftige Delegationsfähigkeit von Tätigkeiten in die Kliniken einzubringen. Ich bin im Moment nicht zuständig für die niedergelassenen Ärzte oder die MVZ, die es ja auch mit dem Berufsbild versuchen. Das können sie gerne machen. Sie sind klug, die PAs als Berufsbild einzubeziehen. Ob daraus etwas wird, kann ich nicht sagen. Für die Klinik ist es meiner Meinung nach eine Bereicherung, wenn man im Team zusammenarbeitet und dabei anerkennt, dass man verschiedene Ausbildungen hat.

Welche Empfehlungen zur Weiterentwicklung können Sie den aktuell Handelnden aus Ihrer Perspektive und Ihren Erfahrungen mitgeben?

Ja, ich würde sagen: „Machen, einfach machen“, und nicht auf die Schulterstücke gucken, die vielleicht manchmal in den klinischen Bereichen noch eine Rolle spielen. Wir haben genug Probleme mit der Versorgung, auf die wir uns beziehen sollten. Jeder tut erstmal das, was er kann, und wozu er die Empfehlung eines Zeugnisses hat. Ich wünsche diesen Teams, die sich dafür bilden könnten, viel Glück, jetzt nicht im Sinne von Hazard-Glück, sondern Glück in Entscheidungen, mit denen man sich nicht gegenseitig ausbremst.

Lieber Herr Professor Windhorst, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Über den Interviewpartner

Prof. Dr. med. Theodor Windhorst studierte Medizin an der Universität Münster und promovierte 1983. 2000 wurde er Chefarzt der Thoraxchirurgie am Klinikum Bielefeld. Er engagierte sich über Jahrzehnte intensiv berufspolitisch, insbesondere als Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL). In dieser Funktion setzte er sich für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten, die Qualitätssicherung in der Medizin sowie für eine wissenschaftsbasierte medizinische Ausbildung ein. Sein Engagement umfasste auch die Förderung der Organspende, den Aufbau von Krebsregistern und die Stärkung ärztlicher Freiheiten. Ein besonderes Anliegen waren ihm der Kinderschutz und die Verzahnung von Forschung und Praxis.



Zwei Länder, ein Konzept: Kooperation der HAN-University of Applied Sciences in Arnhem en Nijmegen mit der Fliedner-Fachhochschule in Düsseldorf

Peter Heistermann

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

In den ersten Jahren der hochschulischen Ausbildung zum Physician Assistant war die Diskussion um den anzustrebenden akademischen Abschluss offener, als es im Rückblick erscheint, und die nun aktuell wieder geführt wird. Durch räumliche und persönliche Nähe zur Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) wurde an der Fliedner-Fachhochschule ein konsekutives Studienmodell entwickelt. Das Interview mit Frau Prof. Marianne Dierks, emeritierter Gründungsrektorin der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf (FFH), und Geert van den Brink, MHPE, PhD, Diversity, Inclusion and Planetary Health Advisor, Radboud University Medical Center, Program Director Master Physician Assistant, HAN University of Applied Sciences, wurde von Peter Heistermann für den DHPA geführt.

Liebe Frau Dierks, Sie waren 2011 Gründungsrektorin der Fliedner-Fachhochschule als Tochterunternehmen in der Kaiserswerther Diakonie mit ihrer langen Bildungstradition in Gesundheitsberufen. Was war Ihre Motivation, einen Studiengang Medizinische Assistenz – Chirurgie, kurz MAC, mit dem Abschluss Bachelor of Science in das Portfolio aufzunehmen?

MD: Es gab eigentlich drei Gründe. Das eine war der Personalmangel im OP-Sektor. Der Personalmangel im Krankenhaus war ja offensichtlich, und wir hatten in Kaiserswerth auf mittle-



Prof. Marianne Dierks

rem Bildungsniveau den CTA, den Chirurgisch-technischen Assistenten, entwickelt. Dabei wurde deutlich, dass es sowohl bei der Nachfrage nach der Ausbildung, als auch bei den Krankenhäusern, ein Interesse gab, also eine vorsichtige Offenheit, neue Wege zu gehen, weil der Druck so groß war.

Es wurde dann deutlich, dass diese hausintern qualifizierten CTA keinen ordentlichen staatlichen Abschluss hatten und sie nicht im Ausland arbeiten konnten. Und es war ein Sackgassen-Beruf – also alles Merkmale, die man nicht gerne hat. Durch die Gründung der Fachhochschule gab es jetzt eine Möglichkeit, die CTA-Ausbildung zu einem Studium Medizinische Assistenz – Chirurgie („MAC“) weiterzuentwickeln und auf einem anderen Qualifikationsniveau einzusteigen. Das fand ich persönlich reizvoll, weil wir als junge Fachhochschule, die erst 2011 gestartet war, unser Studiengangsportfolio erweitern mussten. Aus meiner Sicht haben private Fachhochschulen in Deutschland die Funktion, Innovationsträger zu sein, also innovative Studiengänge zu entwickeln, die nachgefragt werden, und die gleichzeitig aber die absolute Sicherheit geben, dass die Berufseinmündung funktioniert. Das war mit diesem MAC-Studiengang gegeben. Er musste primärqualifizierend sein. Ich fand das geradezu zwingend, weil ich alle Zugangsmodelle, mit denen man Fachpersonal aus anderen Gesundheitsberufen abzog, in denen es ja auch einen Mangel gab, bildungsökonomischen Unsinn finde, um das so klar zu sagen.

Lassen Sie mich eine Anschlussfrage zum Bildungsweg stellen. Sie hatten damals die Vorstellung, dass ein Physician Assistant auf Masterebene angesiedelt sein sollte, obwohl es bereits PA-Studiengänge auf Bachelor-Ebene gab. Was war Ihre Begründung für diesen anspruchsvollen Bildungsweg?

MD: Es gab mehrere Gründe. Als erstes natürlich dieses wunderbare holländische Modell, von

dem wir Kenntnis erlangt hatten. Man muss sich ja immer vor Augen halten, dass eine ärztliche Tätigkeit delegiert wird und die Arbeit unter ärztlicher Supervision stattfindet. Wir fanden es großartig, was Geert alles gemacht hat. Wir konnten es uns in den Niederlanden in einer Klinik ansehen, wie es funktioniert. Es waren hochqualifizierte Menschen, die im niederländischen Modell den Master hatten. Und es gab eine niederländische Studie, die besagte, dass sich die Versorgungsqualität mit dem Einsatz von PAs erhöht hat. Ich konnte es erst gar nicht fassen, dass sich auch die Mortalitätsrate reduziert hatte. Dennoch war es klar, dass es einen ökonomischen Druck und ein Interesse der Kliniken geben würde, weil man vor allen Dingen preisgünstigere Arbeitskräfte wollte, was auf eine Qualifikation auf Bachelor-Ebene hinauslief. Aber „billiges Personal“ kann ja nicht die Aufgabe der Hochschule sein, weswegen für uns die Frage darin bestand, wie man die beste Qualität hinbekommt. Und deswegen wollte ich eine Masterebene.

Lieber Geert, in den Niederlanden bestand 2008 die komfortable Situation, dass auf Initiative der Regierung das Berufsbild Physician Assistant als Reaktion auf die absehbaren Engpässe in der medizinischen Versorgung eingeführt werden sollte. Du hattest bereits vor der Kooperation mit der Fliegender-Fachhochschule Kontakte nach NRW, speziell zum Gesundheitsministerium. Um welche Möglichkeiten zur Zusammenarbeit ging es dabei?

GB: Da war die Anfrage eines Krankenhauses aus Kleve, das viele Ärzte aus dem Ausland, darunter auch aus Asien, hatte. Sie hatten Probleme mit dem Ärztemangel und ich hatte dann gefragt, was wir tun könnten. Eine vorstellbare Lösung war, verschiedene Assistenzberufe in dieser Region im Westen von Deutschland einzuführen. Mit dieser Frage sind wir, soweit ich mich erinnere, 2008 zum Gesundheitsministerium nach Düsseldorf gegangen und haben eine Pilotstudie für den Physician

Assistant vorgeschlagen. Man war nicht sehr enthusiastisch.

Frau Dierks, Sie hatten damals bereits Kontakte zur Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Wie sind diese Kontakte entstanden und welche Rolle haben sie für die Studiengangs-entwicklung an der Fliehdner-Fachhochschule gespielt?

MD: Wie der Erstkontakt im Detail hergestellt worden ist, weiß ich nicht mehr. Er war dann einfach da und es gab einen regen Austausch. Als wir anfangen wollten, haben wir für die Akkreditierung das Modulhandbuch übersetzt, das uns von der HAN zur Verfügung gestellt worden war. Das niederländische Modell war bei uns bei der ganzen Studiengangs-entwicklung das Vorbild, denn in den Niederlanden hatte eine Regierung entschieden, den PA als einen Baustein in das Gesundheitssystem der Zukunft zu bringen. Mich hat es überzeugt, weshalb wir uns daran orientieren wollten. Andererseits waren ja – wie das immer so ist – bei Neuem die Widerstände schon auf vielen Ebenen sehr stark. Es drohte die Nichtakkreditierung des Studiengangs wegen dieser vielen Widerstände. Und nur weil wir einen Letter of Intent mit der HAN vorlegen konnten, gab es überhaupt die Akkreditierung. Wir haben uns im weitesten Sinne zur Grenzregion erklärt, denn ohne diese Kooperation wäre der Studiengang an der Fliehdner-Fachhochschule nicht möglich gewesen. Das muss man in aller Klarheit sagen.

Geert, wie ist aus Deiner Sicht der Kontakt zur FFH entstanden und welche Zielsetzung hatte er aus der Sicht der HAN?

GB: In meiner Erinnerung ging die Initiative vom Leiter der Abteilung „Human Resources“ der Klinik in Kleve aus. Er sagte, die Fliehdner-Fachhochschule habe auch Interesse am Beruf des Physician Assistant und hat dann für einen Kontakt

gesorgt. Dann entstand die Frage, ob es möglich ist, dass wir an der HAN den Bachelor „Medizinische Assistenz – Chirurgie“ als Grundstudium für den PA-Masterstudiengang an der HAN akzeptieren. Wir haben uns das Curriculum angeschaut und gesagt, das ist vergleichbar mit dem Bachelor in den Niederlanden. Ich glaube, dass das auch für die Akkreditierung des Studiengangs MAC an der FFH wichtig war. Und dann haben wir weitergeredet und gedacht, dass vielleicht auch ein Master entwickelt werden müsste.

Vorher hatte ich bereits über mehrere Jahre Kontakt mit der Intensivpflege in Duisburg, was damals eine nicht regulierte Ausbildung war. Wir haben die Intensivpflegenden nach Nijmegen eingeladen, und alle Pflegerinnen und Pfleger waren sehr müde, haben sehr hart gearbeitet und hatten keine gute Berufsperspektive. Es zeichnete sich ab, dass ein Bachelor-Programm Physician Assistant im Gesundheitswesen in Deutschland eine sehr gute Entwicklung für sie sein könnte. Für die Sichtbarkeit des Berufsbildes habe ich die Fliehdner-Fachhochschule für sehr wichtig gehalten.

Frau Dierks, welche Zielsetzung hatte die Zusammenarbeit, mit der HAN vor dem Hintergrund konkurrierender Studiengangsmodelle in Deutschland aus Ihrer Sicht? Sie wollten ja im Grunde ein konsekutives Bachelor-Master-Modell etablieren.

MD: Genau, und das ging in der Kürze der Zeit nicht. Aus meiner Sicht hätte man den PA nicht nur auf die Chirurgie konzentrieren sollen, das wäre nur der erste Schritt gewesen, und dann wären die anderen Fachrichtungen dazu gekommen. Primärqualifizierend musste er sein und kein Sackgassen-Beruf. Inhaltlich konnte ich als Nicht-Medizinerin ja wenig dazu sagen, aber es waren dann eher die Rahmenbedingungen, für die wir uns mit diesem Modell entschieden. Wichtig war die Möglichkeit zur Erweiterung, weil der PA sicherlich in Deutsch-

land langfristig eine gute Perspektive haben würde, wenn er nicht nur für die Chirurgie qualifiziert.

Neben diesen Rahmenbedingungen ging es mir dann in diesem Studium um Qualität, Qualität, Qualität. Wenn man einen Studiengang, also ein Berufsbild, etablieren muss, wird sich letztlich in der Praxis entscheiden, ob das gelingt oder nicht. Und das hieß bei der Auswahl der Studierenden ein persönliches Vorstellungsgespräch und eine persönliche Auswahl, engmaschige Studienberatung und Anwesenheitspflicht für die Studierenden, was natürlich in der Hochschule nicht nur Freunde hatte, wie Sie sich vorstellen können. Aber weil ich dachte, wenn wir eine der Hochschulen sind, die einen kleinen Baustein dazu beitragen kann, dass sich dieses Konzept in Deutschland durchsetzt, dann muss die Qualität unserer Studierenden im Vordergrund stehen. Um das Inhaltliche müssen sich die Expertinnen und Experten kümmern. In meiner Rolle als Rektorin konnte ich ja nur für die Rahmenbedingungen sorgen, und da ging es um die Qualität und die Verzahnung von Theorie und Praxis.

Geert, Du hast die Hochschullandschaft in Deutschland und die politische Diskussion zum Berufsbild Physician Assistant aus den Niederlanden von Anfang an beobachtet. Wie hast du die teilweise kontroversen Diskussionen wahrgenommen?

GB: Ich habe eine große Anerkennung für die Flidner-Fachhochschule, diese Herausforderung angegangen zu haben und ein politisch kompliziertes Berufsbild national voranzubringen. Die ganze Landschaft des deutschen Gesundheitswesens war in meiner Meinung davon geprägt, dass Ärzte eine



Geert van den Brink

sehr wichtige Position haben. In den Niederlanden hatten wir eine Idee davon, dass gegen den Mangel von Personal im Gesundheitswesen ein Bachelor einer Fachhochschule eine sehr wichtige Position und ein wichtiges Argument sein können. Über die weitere Entwicklung haben wir sehr viele Gespräche ge-

führt. Es braucht dafür einen sehr langen Atem und ich glaube, dass es nicht nur Top-Down geht. Wir haben gesehen, was in England passiert ist. Ich glaube, dass durch eine Bottom-Up-Entwicklung mit enthusiastischen Ärzten als Botschafter für den PA die Voraussetzung geschaffen werden kann, dass der Beruf von den Ärzten akzeptiert wird.

Frau Dierks, in den letzten Jahren hat sich als akademischer Abschluss für den PA der Bachelor of Science durchgesetzt. Der von ihnen favorisierte Masterabschluss ist noch die Ausnahme. Würden Sie rückblickend etwas anders machen?

MD: Man muss sich ja einfach in das Jahr 2012 zurückversetzen, und ich habe darüber nachgedacht, weil sich das ja auch ein bisschen komisch anhört, wenn ich sage, ich würde nichts anders machen. Aber mein Grundgefühl ist, dass so viele Menschen dazu beigetragen haben, von unserer Seite und von der HAN. Es ist ein Gefühl der Dankbarkeit, dass es überhaupt damals gelungen ist, den Studiengang mit der Perspektive zum Master zu akkreditieren. Ohne diese Masterperspektive hätte unsere Akkreditierungsagentur AHPGS auch nicht akkreditiert. Das Verfahren empfanden wir damals als eingreifend und speziell. Ich kann jetzt ja nicht so tun, als ob ich das Wissen von heute habe, sondern ich muss zurückschauen, wie es

2012 war. Ich fand und finde immer noch, dass es viele glückliche Umstände waren, die dazu geführt haben, dass es so gekommen ist, wie es gekommen ist. Denn es ist jetzt ein etablierter Studiengang.

Geert, in den Niederlanden ist das Berufsbild inzwischen auf einem sehr hohen Niveau der Eigenverantwortlichkeit fest etabliert, was in Deutschland auf lange Sicht nicht erreichbar scheint. Welchen Rat kannst Du den verantwortlichen Akteuren in Deutschland geben?

GB: Ich glaube, dass man Bottom-Up-Vorbilder guter PA dokumentieren sollte, dass man darüber hinaus gut evaluieren und das auch wissenschaftlich präsentieren sollte. Gute Beispiele von PA werden zu mehr Akzeptanz führen. Und ich glaube nicht, dass man das nur Top-Down schaffen wird. Ein bisschen Hilfe vom Ministerium ist sehr wichtig, aber das Wichtigste sind Erfahrungen von Ärzten in den Krankenhäusern und in den Hausarztpraxen.

Durch das novellierte Positionspapier der Bundesärztekammer ist eine Konsolidierung eingetreten. Wo sehen Sie den PA in zehn Jahren im beruflichen und akademischen Kontext?

MD: Mir fehlt natürlich diese Glaskugel, in die ich reinschauen kann. Aber im beruflichen Kontext ist es ja einfach so, dass der PA Versorgungslücken schließt und sich weiter etablieren wird. Es hängt zudem an der Frage, ob sich die Abgrenzung zu anderen Berufen in rechtlichen Rahmenbedingungen wiederfindet und ob der Widerstand der größten Gegner langsam zermürt wird. Wir sind in Deutschland ein bisschen langsamer, sagt man uns nach, vielleicht aber auch ein bisschen gründlicher. Ich bin ganz optimistisch, dass sich der PA auf mittlerem Qualifikationsniveau, also auf Bachelor-Ebene, etablieren wird. Der Druck ist einfach zu groß und die Notwendigkeit ist da.

Ob es gelingt, den akademischen Weg weiter auszubauen? Da bin ich überfragt, ich bin einfach auch schon fünf Jahre aus dem Geschäft. Und natürlich ist es aus meiner Sicht zwingend für die Etablierung des Berufsbildes, dass es sich auch akademisch etabliert, weil es sonst ausgehöhlt wird, ohne dass ich damit andere Berufe abwerten will.

Bachelorabsolventinnen der Fliedner-Fachhochschule haben an der HAN ihren Master gemacht, Bachelorabsolventinnen und -absolventen der HAN werden ihren Master an der Fliedner-Fachhochschule ablegen können. Welche Perspektiven siehst Du in einer weiteren grenzüberschreitenden Zusammenarbeit?

GB: Wir hatten vor zwei Wochen ein internationales Meeting mit Hochschulvertretungen aus Düsseldorf, London und Kentucky. Ich glaube, dass die Berufsperspektive von PA nicht fertig ausgestaltet ist, dass man immer daran arbeiten muss, um PA gut zu positionieren. In der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sind wir heute damit beschäftigt, dass wir auch holländische Studierende nach Düsseldorf schicken können, sie dort 120 ECTS erhalten und dann in den Niederlanden weitere 30 ECTS. Das Ziel ist ein „Dual Degree“, was sehr schön wäre, aber das ist sehr, sehr viel Arbeit. Die Studierenden sollen einen niederländischen Abschluss bekommen und dann auch durch das niederländische Gesetz anerkannt werden. Eine grenzüberschreitende gegenseitige Anerkennung von akkreditierten PA-Programmen sollte die Regel werden. Für eine zukünftige Zusammenarbeit wäre ein Double Degree oder ein Joint Degree die optimale Form. Und ich glaube, dass man sehr viel von anderen lernen kann, ein bisschen andere Kultur und ein bisschen andere Gesundheitsorganisation. Das ist eine sehr schöne Perspektive, finde ich.

Liebe Frau Dierks, lieber Geert, vielen Dank für das Gespräch.

Die lange Diskussion um grundständige oder weiterbildende Studiengänge – Gespräch mit einem Zeitzeugen

Peter Heistermann

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

Die Anfangsjahre der hochschulischen Ausbildung zum Physician Assistant waren von vielen Kontroversen geprägt. Prof. Achim Jockwig war für die Implementierung des Studiengangs an der Carl Remigius Medical School verantwortlich und hat seine Entwicklung wesentlich geprägt. Das Interview wurde von Peter Heistermann für den DHPA geführt.

Lieber Herr Professor Jockwig, vielen Dank für Ihre Bereitschaft, für ein Interview für unsere Festschrift vom Deutschen Hochschulverband Physician Assistant „20 Jahre PA in Deutschland“ zur Verfügung zu stehen.

Sie haben die Hochschullandschaft im Studienfach Physician Assistance von Anfang an begleitet und geprägt. Wie sind Sie zum ersten Mal mit dem Berufsbild in Kontakt gekommen?

Ich glaube, dass ich tatsächlich in Amerika im Rahmen meines PJ-Aufenthaltes an der UCSF, also in San Francisco, erstmals Kontakt mit PAs hatte. Das müsste im Jahr 1993 gewesen sein, aber damals war es auch in Amerika noch eher ein zarteres Pflänzchen. Während meiner Assistenzarzt-Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin habe ich mich auch weiter damit beschäftigt. In dieser Zeit habe ich mich gefragt, inwieweit

denn der Arzt-Assistent sinnhaft wäre, weil viele Tätigkeiten, die wir so als Assistenzärzte gemacht haben oder auch später als Fachärzte, waren keine, für die man Medizin studiert haben musste. Ich sah viele Tätigkeiten und Aufgabenfelder, die man auf eine PA-Berufsgruppe ganz gut übertragen könnte, ohne dass man damals vielleicht immer an PA im Sinne des Wortes gedacht hat, aber im Sinne eines solchen Berufs. Diese Gedanken waren damals schon in mir gereift, auch weil die Pflege diese Arzt-unterstützenden Tätigkeiten zunehmend eher abgelehnt hat und sich dafür nicht zur Verfügung stellen wollte, und ein anderes, abgrenzendes Rollenbild für sich definiert hat. Aus meiner Sicht entstand dadurch eine Lücke. Als ich dann in die Verantwortung in der Hochschule Fresenius kam, ging es natürlich auch darum, dass man sich an einer Hochschule auch immer mit den Chancen eines neuen Berufsbildes beschäftigt.

Welches Potenzial haben sie für Ihre Hochschule und das Gesundheitssystem damals gesehen?

Ich war davon überzeugt, dass der PA ein sehr attraktives Berufsbild sein kann, das junge Menschen begeistern und in den Gesundheitssektor bringen würde, dass es Menschen ansprechen könnte, die wir vielleicht mit anderen Berufsbildern bisher noch nicht abholen konnten. Darin habe ich eine große Chance gesehen und damit aber auch eine Chance für die Hochschule, tatsächlich einen attraktiven Studiengang aufzusetzen als First Mover, wenn man das so nennen will. Es ging auch darum, es früh aufsetzen und damit auch ein Marktpotential im Blick zu haben, zumal die Hochschule Fresenius auch mehrere Standorte hat.

Was waren für Sie die wesentlichen Kriterien der inhaltlichen Entwicklung des Studienganges? Woran haben Sie sich dabei orientiert?

Wenn man einen neuen Studiengang entwickelt, schaut man natürlich, was es denn auf dem Markt schon gibt. Wir haben uns bei den ausländischen Hochschulen umgesehen und haben uns gefragt, was sie an Inhalten haben, was bei den Amerikanern, was bei den Holländern. Das waren die zwei Vorbilder, die wir uns im Wesentlichen angeschaut haben. Zusätzlich haben wir überlegt, was man sich denn an Fähigkeiten und Fertigkeiten wünschen würde, die diese Personen mitbringen sollten. Wo sollten sie künftig tätig werden und was müssten sie dafür können? Und aus dieser Melange hat man sich dann an eine Curriculumentwicklung gemacht. Wir kamen zu diesem Zeitpunkt auch schon mit anderen deutschen Hochschulen zusammen, die sich mit dem Thema auseinandergesetzt haben, und wir haben uns dann untereinander schon wirklich ausgetauscht.

Haben für Sie Inhalte des Medizinstudiums dazu beigetragen, das Curriculum zu entwickeln?

Wir haben uns auch den Gegenstandskatalog der Mediziner angesehen und natürlich geschaut, was davon in unseren Studiengang passt. Was sind wichtige Grundlagen aus einem Medizinstudium aus der Vorklinik und aus der Klinik und was sind Themenfelder, die nicht zu PA gehören? Es war auch wichtig, dass man eine klare Abgrenzung zum Medizinstudium hatte, damit keine Vermengung stattfindet, die immer von den Ärztekammern befürchtet wurde. „Arzt light“ war ja immer das Schimpfwort, mit dem man erstmal auf den Physician Assistant in Deutschland losgegangen ist.

Sie haben sich als erste Hochschule für eine verlängerte, primärqualifizierende Variante entschieden. Was war ihr Motiv?

Es war eine intensive Diskussion um grundlegende oder weiterbildende Studiengänge. Unser Motiv bestand darin, dass wir junge Menschen für das Gesundheitswesen gewinnen wollten, die bisher nicht in das Gesundheitswesen eingestiegen wären und ihnen damit eine Berufschance geben. Wir glaubten daran, dass diese grundlegende Qualifizierung funktioniert und die Personen adäquat im Hinblick auf diesen Beruf ausgebildet werden. Und wir wollten uns auch nicht der Diskussion aussetzen, dass wir eine Ressource an einer anderen Stelle verknappen, wenn man ausschließlich auf Weiterqualifizierung, ob von Pflegekräften, Medizinischen Fachangestellten, MFA oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe setzt. Das schließt ja nicht aus, dass diese Menschen trotzdem in diese Richtung gehen könnten. Daher hielten wir damals eine grundlegende Qualifizierung für einen wichtigen, notwendigen und richtigen Weg.

Diese Einstellung wurde nicht kritiklos wahrgenommen. Es gab darauf heftige Reaktionen aus dem Umfeld der Bundesärztekammer, BÄK und der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants, DGPA. Hatten Sie mit diesem Widerstand gerechnet?

Die Bundesärztekammer, die BÄK, war ja am Anfang grundsätzlich gegen das Berufsbild und erstmal sehr kritisch. Wir hatten uns jedoch sehr frühzeitig damit auseinandergesetzt und auch sehr früh den Kontakt mit der Bundesärztekammer gesucht. Ich erinnere mich noch an eine Sitzung im Präsidium der Bundesärztekammer, in der wir das Berufsbild vorgestellt haben. Es ging gar nicht um grundständig oder weiterqualifizierend, das war eigentlich noch überhaupt nicht die Diskussion. Die Bundesärztekammer war tatsächlich nicht ganz überzeugt, aber sie hat sich dafür geöffnet, sich mit diesem Berufsbild auseinanderzusetzen und mit uns weiter im Gespräch zu bleiben. In weiteren Schritten wurde auf Wunsch der BÄK die Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV, und einzelne Landesärztekammern einbezogen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren dann im ersten Schritt grundsätzlich deutlich skeptischer eingestellt, im zweiten Schritt, weil sie damals ihre Weiterqualifizierung von medizinischen Fachangestellten im Sinne von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis, VERAH, und Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) angestoßen hatten und dann einen Physician Assistant als eine unnötige Konkurrenz empfanden. Sie haben anfangs nicht verstanden, welches Potential der PA für die Ärzteschaft darstellt. Diesen Widerstand bei den Hausärztinnen und Hausärzten zu überwinden hat eine Weile gedauert und es musste viel Überzeugungsarbeit geleistet werden. Letztendlich hat sich die KBV auf den Punkt gestellt, das Studium müsse weiterqualifizierend und nicht grundständig sein, warum auch immer sie diese Position eingenommen haben. Ich habe es vom Grunde her

nicht wirklich verstanden. Dieser Position hat sich die Ärztekammer angeschlossen. Insofern hatte die Ärztekammer diese Position nicht von Anfang an. Ich fand die Diskussion nicht überraschend, streitbare Diskussion sind ja durchaus zielführend, um ein Berufsbild weiter voranzubringen.

Weniger verstanden habe ich es vom Berufsverband der Physician Assistants, dass man sich ganz vehement auf diese Seite geschlagen hat und die primärqualifizierten PA nicht aufnehmen wollte. Vom Berufsverband war das schon skurril, aber das sind dann manchmal auch Dinge, die durch einzelne Persönlichkeiten geprägt werden.

Rückblickend würde ich sagen, wir haben im Grunde den Widerstand, der in der Ärzteschaft zu erwarten war, sehr gut antizipiert, sehr gut aufgegriffen und sehr schnell moderiert, wenn man will, im Hinblick auf eine zarte Unterstützung der PA auch im Berufsverband.

Würden Sie sagen, dass die DGPA der Linie der KBV und der Bundesärztekammer gefolgt ist, um diesen Konflikt aus dem Weg zu gehen?

Ja, ich denke, dass die DGPA es so für sich wahrgenommen hat, dass es wichtig ist, dieser Linie zu folgen, damit sie nicht in Konflikte mit BÄK oder KBV geraten.

Wenden wir uns der Gegenwart und der Zukunft zu. Durch das neue Positionspapier der Bundesärztekammer ist eine gewisse Konsolidierung eingetreten. Würden Sie aus heutiger Sicht rückblickend etwas anders machen?

Das glaube ich nicht wirklich. Vielleicht hätte man bezogen auf den Berufsverband überlegen müssen, ob man sich damit mehr auseinandersetzt. Wir haben uns damals sehr stark mit der Ärzte-

kammer auseinandergesetzt, früh auch über ganz verschiedene informelle Wege. Wir haben uns Gehör verschafft und versucht zu überzeugen – und haben schließlich auch überzeugt.

Wir hatten dann sogar tatsächlich die Möglichkeit auf dem Ärztetag in Frankfurt 2015 das Thema zu behandeln. Das Berufsbild wurde begrüßend aufgenommen, damals ohne Festlegung auf eine Vorqualifikation. Insofern glaube ich, dass ich nichts ändern würde. Wir waren mehrere Mitstreiter, die gemeinsam gewirkt haben. Nur in Bezug auf den Berufsverband hätte man vielleicht stärker versuchen müssen, ihn für einen öffnenden Weg zu gewinnen.

Sie sind heute Vorstandsvorsitzender des Klinikums Nürnberg und damit für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung verantwortlich. Wo sehen Sie aus dieser Perspektive den Physician Assistant in 10 Jahren?

Ich weiß gar nicht, ob ich soweit blicken kann, oder ob in 10 Jahren ein großer Rollenunterschied zu heute zu vermuten ist. Wir setzen uns für den Physician Assistant in verschiedenen Kliniken und Bereichen ein und haben extrem positive Resonanz. Sowohl innerhalb der Mitarbeiterschaft, bei den Ärzten inklusive der Chefärzte kommen PA sehr gut an, weil sie als eine gute Unterstützung gesehen werden. Das Tätigkeitsfeld ist extrem breit, genauso wie wir es damals vorausgesehen haben. Das geht von vorbereitenden Tätigkeiten bei ambulanten und präklinischen Patienten bis zur Koordination der Patientenströme. Die Patientensteuerung ist eine ganz wichtige Funktion, die PA sehr souverän und sehr gut durchführen können. Aber das gilt auch für das Mitwirken auf den Stationen, in Funktionsabteilungen bis hin zum OP, z.B. in der Herzchirurgie.

Diese Tätigkeiten sind darüber hinaus eine echte Bereicherung, die auch eine Lücke füllen, da von

der Pflege als Berufsgruppe diese Aufgaben nicht als ihre angesehen werden. Das könnte man zwar über Medizinische Fachangestellte versuchen zu lösen, aber der Physician Assistant ist deutlich besser für diese Tätigkeiten qualifiziert. Was wir damals gedacht haben, ist auch so eingetreten und hat sich bestätigt. Wie wir das Curriculum aufgebaut und das Aufgabenfeld definiert haben, erfolgte natürlich in Anlehnung an Erfahrungen aus dem Ausland, aber trotzdem haben wir es hier als Pioniere in Deutschland entwickeln müssen. Umso schöner ist es, wenn sich unsere Ideen heute in der Praxis bestätigt finden, dann war es doch aller Mühen und Diskussionen wert.

Auf einen Punkt möchte ich noch hinweisen. Es gibt einen Hemmschuh für den Physician Assistant, der ansonsten eine noch dynamischere Entwicklung genommen hätte: Es handelt sich hierbei um das Pflegebudget. Das hat in den Krankenhäusern dazu geführt, dass PAs, wenn sie nicht eine Grundausbildung als Pflegekraft oder MFA haben, nicht im Pflegebudget zu verankern sind, auch wenn sie steuernde Tätigkeiten auf Station übernehmen, die auch eine Pflegekraft auf Station wahrnehmen könnte. Die durchgängige Etablierung der PAs in den Krankenhäusern wäre leichter umzusetzen, wenn PAs im Pflegebudget finanziert würden, so wie MFA, Pflegehelfer oder Hebammen.

Aktuell finanzieren die Krankenhäuser die PA aus den ärztlichen Budgets. In großen Kliniken geht das, in kleineren ist es dann eher schwierig, weil der PA nicht den Assistenzarzt im Nachtdienst ersetzen kann, es sei denn, man hat viele Dienste. Dann kann auch ein PA eingeteilt werden. Also würde dem PA entweder die Aufnahme in das Pflegebudget oder eine alternative eigenständige Finanzierung im System noch helfen. Ich bin fest davon überzeugt, dass die PA als solche der Organisation extrem guttun, weil die Qualität der Patientenversorgung mit ihnen wirklich besser wird.

Welchen Rat haben Sie bezüglich des PA aus ihrer langjährigen Erfahrung für die heutigen Akteure im Gesundheitssystem?

Ich glaube, wir müssen uns von der arzt- und pflegezentrierten Ausrichtung unseres Gesundheitswesens verabschieden. Ich habe mich schon lange dafür ausgesprochen, dass wir einen Mix von vielen Berufsgruppen und Tätigkeitsfeldern brauchen, um den Fachkräftemangel zu lindern. Die Organisationen benötigen die steuernde Freiheit, die Menschen so einzusetzen, wie es für eine gute Patientenversorgung sinnvoll und notwendig ist, und nicht, wie es nach irgendwelchen Ausbildungskatalogen oder gesetzlichen Personalvorgaben verordnet ist. An dieser Stelle leiden die Krankenhäuser an einer Überregulierung, die einer guten Patientenversorgung mehr schadet als nutzt. Wir könnten viel offener damit umgehen, mit welchen Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit welchem Skill-Mix wir die Patientenversorgung gut bewältigen können. Ich glaube, die Ärzte haben es ein Stück weit verstanden, dass weitere Berufsgruppen durchaus sinnvoll mit einer selbständigen Tätigkeit integriert werden

können, und dass sie ihnen nicht etwas von ihrer wirtschaftlichen Existenz abgraben. Das war ja die große Sorge und Ursache des anfänglichen Widerstands gerade im KV-Bereich. Dabei ist der PA in Wirklichkeit eine hervorragende Ergänzung, gerade wenn wir über ein Primärarztsystem nachdenken. Es wird aktuell in der politischen Diskussion darüber gesprochen, wie PA in der Fläche eingesetzt werden können und Hausärzte eine viel größere Anzahl von Patienten versorgen könnten, würden sie zum Beispiel Hausbesuche über ein Team von PA in ihrer Praxis ableisten können. Bei Bedarf könnten die PA den ärztlichen Kollegen telemedizinisch konsultieren und Probleme vor Ort lösen. Das ist meines Erachtens einer der Schlüssel für eine hausärztliche Versorgung auch in ländlichen Gebieten. Es gibt so viele Aufgaben, die man einfach gemeinsam bearbeiten kann und die Versorgungssicherheit zusätzlich auf anderen Wegen gewährleisten könnte. Es ist ein Plädoyer für Teamarbeit und für die Loslösung von starren Berufsbildern.

Lieber Herr Professor Jockwig, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Über den Interviewpartner

Seit 2017 ist Prof. Dr. med. Achim Jockwig Vorstandsvorsitzender des Klinikums Nürnberg, darüber hinaus seit 2021 Vorstand Medizin und Strategie. Er vertritt das Klinikum nach außen und ist Dienstvorgesetzter der Chefarzte. Zudem ist er für die wirtschaftliche Gesamtsteuerung zuständig. Zuvor war er Geschäftsführender Direktor der CARL REMIGIUS Medical School, Dekan des Fachbereichs Gesundheit & Soziales, Vizepräsident der Hochschule Fresenius sowie Geschäftsführer des AMEOS Klinikums Halberstadt, des AMEOS Diakonie Klinikums Anklam-Ueckermünde und des Klinikums Hanau. Prof. Dr. med. Jockwig ist unter anderem im Aufsichtsrat der MEDICAL VALLEY EMN E. V. und im Beirat des Innovationsnetzwerks GESUNDHEIT, Bayern Innovativ, Health Care BY Your Side, vertreten.



Warum ein „Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.“?

Peter Heistermann, Claudia Heilmann

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

Der Deutsche Hochschulverband Physician Assistant e. V. (DHPA) wurde gegründet, um die Interessen der Hochschulen mit PA-Studiengängen zu bündeln und die akademische Qualität zu sichern. Die Entwicklung der Studiengänge in Deutschland verlief heterogen, da sie von verschiedenen Hochschulen initiiert wurde. Die Bundesärztekammer zeigte zunächst Offenheit, lehnte später jedoch grundständige Studiengänge ab, was zu Spannungen führte. 2018 wurde der DHPA offiziell gegründet, um eine gemeinsame Plattform für alle Hochschulen zu schaffen. Seitdem wächst die Zahl der Mitgliedshochschulen und Studierenden stetig. Der Verband organisiert zentrale Projekte wie Evaluationen, internationale Kooperationen und einheitliche Prüfungen. Besonders das Projekt „PAAM“ zur ambulanten Versorgung zeigt die Innovationskraft des DHPA. Mit der „Agenda 2025“ verfolgt der Verband eine umfassende Qualitätssicherung. Der DHPA übernimmt Verantwortung für die akademische Ausbildung bis zur Einführung eines Berufsgesetzes.

Aus heutiger Perspektive erscheint die Gründung eines Hochschulverbandes als freiwilliger Zusammenschluss aller Hochschulen mit Studiengängen zum Physician Assistant (PA) selbstverständlich und folgerichtig, um ihre Belange und Kompetenzen in die Entwicklung dieses neuen Berufsbildes im hiesigen Gesundheitssystem einzubringen. In Analogie zum Medizinischen Fakultätentag der ärztlichen Profession wurde damit ein Ansprechpartner für die Politik und eine akademische Fachgesellschaft als Pendant zu einem Berufsverband geschaffen. Die Medizinischen Fakultäten selbst haben bezüglich des PA keine spe-

zifische Position bezogen und überlassen damit den Fachhochschulen dieses Feld medizinischer Ausbildung. Andererseits finden Systematik und Struktur des NKLM 2.0, an dem der DHPA mitgewirkt hat, zunehmend Berücksichtigung bei Neu- und Reakkreditierung von PA-Studiengängen.

Die Gründungshochschulen und ihre Modelle

Anders als in den Niederlanden, wo die Initiative zur Implementierung des PA als neues Berufsbild von der Regierung ausging und zu einem

homogenen Studienmodell führte, waren es in Deutschland Impulse von privaten und staatlichen Fachhochschulen, die das Potential des PA hinsichtlich des zu erwartenden Fachkräftemangels erkannten und spezifische Modelle in ihrem lokalen und regionalem Umfeld oder ihrer institutionellen Verfasstheit entwickelten. Ökonomische Erwägungen dürften dabei häufig mitgeschwungen haben. Ein einheitliches Studienkonzept war dadurch nicht zu erwarten. Die Hochschulen nutzten den Spielraum, der ihnen durch die Hochschulgesetze gegeben war.

Nach dem ersten Studiengang an der Steinbeis-Hochschule entstanden in den folgenden Jahren weitere sechs: an den privaten Hochschulen Mathias-Hochschule in Rheine, Fließner-Fachhochschule in Düsseldorf, Carl Remigius Medical School, Hochschule Döpfer und den staatlichen Einrichtungen Duale Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe und Berufsakademie Sachsen in Plauen. Die Programme unterschieden sich in den Abschlussbezeichnungen (Physician Assistant, Arztassistent, Medizinische Assistenz – Chirurgie), den Zugangsvoraussetzungen (primärqualifizierend oder weiterbildend) sowie den flexiblen Zeitmodellen und Bezeichnungen (Vollzeit, Teilzeit, dual, berufsbegleitend, praxisintegrierend u.a.). Bei allen Gemeinsamkeiten und übereinstimmenden Ansichten über Ausbildungsinhalte und Tätigkeitsspektren erwies sich das Kriterium einer Berufsausbildung in einem Gesundheitsfachberuf als Zulassungsvoraussetzung als besonders problematisch und kontrovers.

Der Pionier: Die Steinbeis-Hochschule in Berlin

2005 startete der erste PA-Studiengang in Tübingen als Ausgründung der dortigen Universität, der von der Steinbeis-Hochschule in Berlin wegen deren Möglichkeit zur Akkreditierung des Studiengangs übernommen wurde. Das Pro-

gramm wurde 2009 um die PA-Ausbildung für Kardiologie-Assistent:innen und Intensivpflegekräfte erweitert. Eine formelle Kooperation wurde mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie getroffen, um einen Befähigungsnachweis in diesem Bereich zu ermöglichen (1). Als weiterbildender Studiengang war ein Abschluss in einem Gesundheitsfachberuf Zulassungsvoraussetzung. Der Studiengang wurde ab dem Wintersemester 2024 von der Berliner Hochschule für Technik fortgeführt, aktuell nur für die Studierenden der Steinbeis-Hochschule.

Hochschulen des DHPA bis 2018

Ihrer traditionellen Struktur folgend startete die Duale Hochschule Baden-Württemberg ihr PA-Programm 2010 als weiterbildendes Studium für Gesundheitsfachberufe ausschließlich in Verbindung mit einem Studienvertrag mit einem dualen Praxispartner, anfangs in der Regel einem Krankenhaus. Sie war damit die erste staatliche Hochschule mit einem PA-Programm und konnte die Verankerung in einer Weiterbildungsverordnung des Landes Baden-Württemberg erreichen, was die erstmalige staatliche Anerkennung des Berufs PA bedeutete. Die Regelung war jedoch befristet und lief 2015 aus. Ein primärqualifizierendes Modell wird nicht angeboten. Aus formalen Gründen erfolgte der Beitritt zum DHPA erst im November 2018.

Die private Mathias-Hochschule in Rheine begann ihr PA-Programm 2011, ebenfalls als weiterbildendes Studium. Sie wurde 2016 von der praxis-Hochschule übernommen, wodurch als weiterer Standort Köln hinzukam. Ihrerseits wurde sie 2018 von der EUFH – Hochschule für Gesundheit, Soziales und Pädagogik, damals „Europäische Fachhochschule“, übernommen. Unter Beibehaltung des weiterbildenden Studienmodells sind die aktuellen Standorte Rheine, Köln, Berlin und Rostock. Durch die Fusionierung mit der „CBS –

Cologne Business School“, ebenfalls Tochter der Klett-Gruppe, erfolgte nun der vierte Namenswechsel.

2011 wurde an der Fliegener-Fachhochschule in Düsseldorf ein grundsätzlich differierendes Studienmodell mit dem Abschluss „Medizinische Assistenz – Chirurgie B.Sc.“ geplant und 2013 eingeführt. Durch die enge Kooperation mit der regional verbundenen „Hogeschool van Arnhem en Nijmegen“ (HAN), die den PA mit Master-Niveau aufbauend auf einen Bachelor-Abschluss in einem Gesundheitsberuf anbietet, wurde der Studiengang primärqualifizierend ohne Vorausbildung konzipiert, um konsekutiv den PA als Masterabschluss zu verleihen. Bachelor-Abschlüsse in anderen Gesundheitsfachberufen sollten den Zugang ebenfalls ermöglichen. Den Bedarfen der Kooperationskliniken folgend lag der Schwerpunkt zunächst auf den operativen Fächern. 2022 wurde die Abschlussbezeichnung unter Beibehaltung des primärqualifizierenden Modells und Verlängerung der Studiendauer auf „Physician Assistance B.Sc.“ angepasst.

Das entsprechende Modell eines primärqualifizierenden Studiengangs, d.h. ohne notwendige Vorausbildung in einem Gesundheitsberuf, bietet die Carl Remigius Medical School ebenfalls seit 2011 mit acht Semestern Dauer an den Standorten Frankfurt, Hamburg und München an. Seit 2017 wird zudem ein verkürzter berufsbegleitender Studiengang für Gesundheitsberufe vorgehalten.

Die Berufsakademie Sachsen, Studienakademie Plauen – jetzt Duale Hochschule Sachsen – verfolgt seit 2015 konsequent einen weiterbildenden dualen Ansatz mit der Voraussetzung einer abgeschlossenen 3-jährigen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf und einem Vertrag mit einem Praxispartner in einem gemeinsamen Modellvorhaben mit der Sächsischen Landesärztekammer. 2018 wurde als bisher einzige noch

bestehende gesetzliche Regelung unbefristet eine „Sächsische Weiterbildungsverordnung Arztassistent“ erlassen.

Seit 2017 immatrikuliert die Hochschule Döpler zunächst an ihren Standorten Köln und Regensburg, seit 2022 in Potsdam und ab 2026 auch in Hamburg, in einen sechssemestrigen weiterbildenden Studiengang. Der Studiengang wird berufs- und ausbildungsbegleitend angeboten.

Von der Hochschulkonferenz zum Hochschulverband

Begrifflichkeiten bestimmen das Denken, so auch bei der „Hochschulkonferenz“. Nicht formell definiert oder beschlossen, war sie in der Kommunikation der ersten Jahre durchaus gebräuchlich. Die Heterogenität der beteiligten Hochschulen in den Jahren bis 2018, Spannungen mit dem Berufsverband (Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants) und der Bundesärztekammer machten letztendlich die Umsetzung eines Beschlusses zur Vereinsgründung notwendig, der bereits bei einem Treffen in Heusenstamm am 17. Mai 2014 getroffen, danach nicht verfolgt und erst einmal vergessen wurde.

Verhältnis zur Bundesärztekammer

Im Grunde sollte durch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (2012) und nicht zuletzt durch das „Ulmer Papier“ der Bundesärztekammer (BÄK), in der Grundsätze für das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe festgelegt wurden (2), der Weg für die Einbindung nichtärztlicher akademisierter Gesundheitsberufe in das Gesundheitssystem breit gegeben worden sein. Dieser Optimismus erwies sich 2014 als verfrüht. Nach Etablierung von immer mehr PA-Stu-

diengängen seit 2010 wurden Themen wie Delegation und Substitution kontrovers diskutiert und es erschienen negative Kritiken zum Berufsbild, sowohl von Seiten der BÄK als auch von verschiedenen Fachgesellschaften. Besonders Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen fühlten sich stigmatisiert, da die BÄK die Voraussetzung für ein PA-Studium in einer abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheits(fach-)beruf sah. 2014 entwickelte die BÄK einen Fragebogen zu Tätigkeiten und Ausbildung von Physician Assistants, basierend auf den Besprechungen der Hochschulkonferenz.

Dieser Fragebogen wurde mit Vertreter:innen der Hochschulen, des Berufsverbandes „Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants“ (DGPA e.V.) und aus Ärztekammern bearbeitet. Dieses letztendlich konstruktive Vorgehen führte zu einer Verbesserung des Meinungsbildes. So begrüßte der 118. Deutsche Ärztetag 2015 die Zielsetzung, in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) eine bundeseinheitliche Lösung voranzutreiben. Seitens des BÄK-Vorstands wurde beschlossen, die weitere Entwicklung des Delegationsmodells Physician Assistant nachdrücklich gestaltend zu begleiten. Unter Federführung des Ausschusses „Medizinische Fachberufe“ der BÄK fanden dazu bis 2016 mehrere Arbeitstreffen von Vertreter:innen der BÄK, der KBV und der Hochschulen, beschränkt auf solche mit weiterbildenden Studiengängen, statt, auf denen die Einsatzgebiete und Delegationsregeln für PA, die Inhalte der theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte sowie die Rahmenbedingungen für Studiengänge besprochen wurden. Der 118. und 119. Deutsche Ärztetag in den Jahren 2015 und 2016 votierten für ein bundeseinheitlich geregeltes, neu einzuführendes Berufsbild Physician Assistant, das Positionspapier „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“ wurde 2017 veröffentlicht (3).

Gründung des „Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistant e.V.“

Die BÄK hatte in den Beratungen deutlich gemacht, dass sie ein sogenanntes „grundständiges“ Studium ablehne. Damit waren die Hochschulen mit primärqualifizierenden Studiengängen von der weiteren Kooperation mit der BÄK praktisch ausgeschlossen, was zwischen 2015 und 2017 zu emotionalen Diskussionen auch der Hochschulen untereinander führte. Es wurde deutlich, dass eine Hochschulkonferenz mit Beteiligung von Vertreter:innen des Berufsverbandes und der verkammerten Ärzteschaft eine akademische Verfasstheit von PA-Studiengängen im Rahmen des Hochschulrechts nicht widerspiegeln konnte.

Historie eines Beschlusses

Als bezeichnend für dieses Spannungsfeld kann angesehen werden, dass schon 2014 ein Beschluss zur Gründung eines Hochschulverbandes in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins gefasst wurde, der allerdings nicht konstituierend umgesetzt wurde. Als Folge der Kontroversen um die Entstehung des Konzeptes der BÄK wurde diese Initiative 2017 wieder aufgegriffen und auf der Mitgliederversammlung am 15. Mai 2017 in Berlin einhellig der Beschluss zur Gründung des DHPA als eingetragener Verein gefasst. Der Grundgedanke war die Einigkeit über das Ziel, das Berufsbild PA in Deutschland voranzubringen. Hinsichtlich der bestehenden Uneinigkeiten wurde de facto ein Stillhalteabkommen geschlossen. Einhellig wurde die Notwendigkeit eines unabhängigen und wissenschaftlich ausgerichteten akademischen Verbandes gesehen. Der Satzungsentwurf wurde in der Mitgliederversammlung an der Berufsakademie Sachsen in Plauen am 29. November 2017 nach intensiver Diskussion verabschiedet und am 2. März 2018 in Hamburg beschlossen (4). Ordentliche und damit stimmberechtigte Mitglieder waren und sind ausdrücklich nur die Hochschu-

len, die PA-Studiengänge anbieten oder planen. Die Eintragung in das Vereinsregister konnte am 10.08.2018 erfolgen.

Struktur und Wachstum

Ein auf freiwilliger Mitgliedschaft basierender Verband muss die Bedürfnisse und Stimmungen seiner Mitglieder respektvoll aufnehmen, moderieren und einen Ausgleich finden. Die interne Meinungsbildung und deren Kommunikation nach außen stellen eine besondere Herausforderung dar.

Starker Zuwachs von Mitgliedshochschulen

Nach dem Beitritt der DHBW Karlsruhe in 2018 traten 2019 weitere sieben Hochschulen als Mitglieder bei, und seit 2020 bis heute weitere 13 Hochschulen mit aktiven oder in Planung befindlichen Studiengängen zum PA (5). Der DHPA repräsentiert damit auf freiwilliger Basis alle Hochschulen in Deutschland mit PA-Studiengängen. Jeweils knapp die Hälfte der Studiengänge werden von staatlichen Hochschulen angeboten bzw. bieten ausschließlich oder parallel primärqualifizierende Studiengänge an.

Die Satzung des DHPA bietet die Mitgliedschaft Präsenz-Studiengängen an, wie es noch 2018 vor der Corona-Pandemie Standard war. Hochschulen mit Fernstudiengängen können trotzdem nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, denn der DHPA hat in seinem akademischen Selbstverständnis als Ort des fachlichen Austauschs die IU-Fernhochschule als Mitglied aufgenommen. Dies führte zu teilweise heftigen Reaktionen, insbesondere von Seiten des Berufsverbandes. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Hybridisierung von vormals als Präsenzstudiengängen beworbenen Angeboten ist unter dem Einfluss von Ökonomie und Marketing eine breite Grauzone ent-

standen. Der DHPA legt bei der kritischen Würdigung solcher Studiengänge besonderen Wert auf die qualitätsgesicherte praktische Ausbildung.

Entwicklung der Studierenden und Absolvierenden in Bachelor- und Master-Studiengängen

Die Zahl der Immatrikulationen und Studierenden hat ebenfalls stark zugenommen. Die Zahl derjenigen, die im Jahr 2024 ein Bachelorstudium neu aufgenommen haben, stieg im Vergleich zum Vorjahr um 25 % auf 2.231 deutlich an. Die Anzahl der eingeschriebenen Studierenden wächst ebenfalls weiter und übersteigt erstmals die 5.000er-Marke deutlich (Abb. 1). Es bleibt ein überwiegend von Frauen belegtes Studienfach, mit 80 % weiblicher Quote. Im Studienjahr 2024 schlossen 572 Frauen und 76 Männer ihr Bachelorstudium erfolgreich ab, damit steigt die Gesamtanzahl an inländischen PA-Abschlüssen auf 2.454. (6, 7)

Online-Studiengangsmodelle fördern Zuwachs

Als einer der Faktoren für diese Zunahme kann angenommen werden, dass die Studiengangsmodelle für individuelle Bedürfnisse ein breites Spektrum von Vollzeit-, Teilzeit- und berufsbegleitenden Studiengängen mit unterschiedlichen Online-Anteilen umfassen. Insbesondere Hochschulen mit hohem bis sehr hohem Online-Anteil profitieren von der Nachfrage. Zudem ist bei zehn Hochschulen eine Vorausbildung nicht erforderlich. Dort werden teilweise Studiengänge für Interessierte mit und ohne einschlägige Qualifikation parallel angeboten, oder es erfolgt die Anrechnung einer Vorausbildung.

Gemessen an der Bevölkerung liegt die Dichte von PA in Deutschland im Vergleich mit den Niederlanden, dem United Kingdom und vor allem

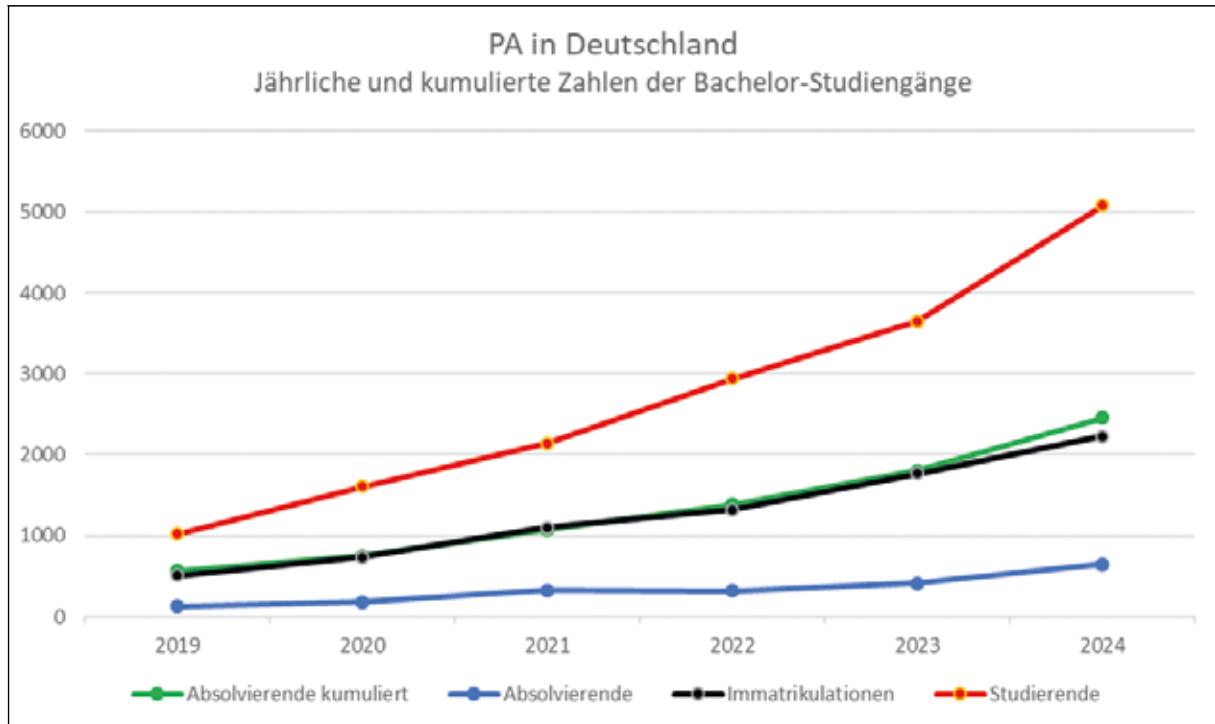


Abb. 1: Jährliche Datenerhebung des DHPA 2019-2024 (7).

mit den USA noch weit zurück. Ist daher Entwarnung für die Berufseinmündung der zunehmenden Zahl von Absolvierenden angesagt, auch weil sich der Mangel in den Gesundheitsberufen absehbar weiter verschärfen wird? Anekdotische Berichte machen deutlich, dass im stationären Sektor nicht mehr jede/r Absolvent/in am Wunschort eine Anstellung in der Wunschabteilung zum Wunschgehalt findet. Dennoch kann bei Weitem nicht von einer Sättigung des Marktes gesprochen werden. Dazu wird die absehbare Erweiterung des Tätigkeitsbereichs auf den ambulanten Sektor beitragen, an der der DHPA mit dem vom G-BA geförderten Projekt PAAM des INNO-Fond wesentlichen Anteil hat.

Master-Studiengänge gewinnen an Fahrt

Nach Einführung des ersten PA-Studiengangs mit Abschluss M.Sc. im Jahr 2021 an der Flie-

ner-Fachhochschule immatrikulieren seit 2023 zwei weitere Hochschulen in einen generalistischen (CBS, CRMS) und eine Hochschule (SRH) in zwei fachrichtungsspezialisierende Master-Studiengänge. Die Zahl der Immatrikulationen stieg dadurch zum Wintersemester 2024/25 auf 104, die Gesamtzahl der Studierenden auf 154. Diese Entwicklung ist deshalb besonders erfreulich, weil die wissenschaftliche Disziplinenbildung eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des Berufsbildes Physician Assistant als ausschließlich akademisch ausgebildeter Gesundheitsberuf darstellt.

Herausforderungen durch Hybridisierung der Lehre

Die Zunahme der Immatrikulationen und Studierenden erfolgt zunehmend durch private Hochschulen mit hohem bis vollständigem Online-Anteil, die naturgemäß – und gewollt – prak-

tisch keinen Zulassungsbeschränkungen unterliegen. Andererseits erfreuen sich staatliche Hochschulen mit Präsenz-Studiengängen durch ihre Gebührenfreiheit eines großen Andrangs von Bewerber:innen, der zu teils drastischen Zulassungsbeschränkungen geführt hat. Ein Gleichgewicht hat sich noch nicht eingestellt. Diese Evidenz lenkt den Fokus auf die Notwendigkeit von Investitionen in die Einhaltung der Qualitätskriterien in Studiengängen mit hohem Online-Anteil. Die Durchführung kompetenzorientierter praktischer Prüfungen ist ein erster Schritt. Die regelhafte Vermittlung praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in Präsenz muss gewährleistet werden. Darüber hinaus hat der DHPA bereits die Durchführung eines einheitlichen schriftlichen Examens erfolgreich etabliert (8).

Organisation und Administration

Die Administration eines Verbandes bedeutet einen erheblichen administrativen Aufwand, insbesondere in Bezug auf Mitgliederverwaltung, Finanzverwaltung, Haftungsfragen, Datenschutz, Arbeitsrecht und für die politische Lobbyarbeit. Eine Beitragsordnung wurde 2021 errichtet, die Gemeinnützigkeit des DHPA e.V. 2022 bestätigt. Für die Eintragung in das Lobbyregister des Bundestags 2022 (Lobbyregister Nr.: R000326) wurden umfangreiche Daten erhoben und seitdem ständig aktualisiert. Ergänzend zum bestehenden Büroservice wurde 2024 eine Vorstandsassistentin angestellt und über das PAAM-Projekt 2025 eine wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Projekte und Projektionen

Bei seiner Gründung 2018 fand der DHPA ein herausforderndes Umfeld vor. Einerseits war durch das Konzeptpapier der BÄK/KBV von 2017 eine grundsätzliche Akzeptanz des PA als neuem Beruf im deutschen Gesundheitswesen gegeben, andererseits waren Themen wie Qualitätssiche-

rung, Prüfungsverfahren, Forschung, ambulanter Sektor, internationale Vernetzung, regionale Repräsentanz und Öffentlichkeitsarbeit nicht ausformuliert oder besetzt. Es war daher folgerichtig, Sektionen und Arbeitsgruppen zu konstituieren, aus deren Aktivitäten exemplarisch relevante Beispiele genannt werden sollen.

Sektion Ambulante Versorgung

Für das Berufsbild des PA war und ist der ambulante Sektor wegen fehlender Refinanzierung bisher weitgehend verschlossen. Dennoch hat es auf Landes- und Bundesebene kontinuierlich fruchtbare Kontakte gegeben, die u.a. in Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg und jetzt auch in Nordrhein zu konkreten Projekten geführt haben. Mit der KBV finden aktuell Sondierungen zur kompetenzorientierten Ausbildung auf dem Niveau von „Anvertraubaren professionellen Tätigkeiten“ (Entrustable professional activities – EPA) statt, da die KBV das aktuelle Papier der BÄK nicht offiziell mitträgt (9). Als bahnbrechend darf das vom G-BA mit 6,7 Mio. Euro geförderte Projekt „PAAM - PA meet Allgemeinmedizin“ im Bereich „Neue Versorgungsformen“ gelten, das auf Initiative des DHPA unter Konsortialführung des Instituts für Allgemeinmedizin Essen und mit weiteren Partnern untersucht, wie etablierte Aufgabenteilungen und Rollenverständnisse durch die Integration von PA in Richtung interprofessioneller und kooperativer Teampraxen umgestaltet werden können (10, 11).

Arbeitsgruppe Evaluation

Der Forschungsbedarf zum PA in Deutschland ist hoch und wird im Gegensatz zu den angloamerikanischen Ländern bisher kaum bedient. Zentrales Projekt war daher die erste repräsentative bundesweite Evaluation zur Berufseinmündung und Arbeitszufriedenheit der Absolvierenden (12). Als einzige Organisation erhebt der DHPA regel-



Abb. 2: Gründungsmitglieder des „European Network of PA-Educators“ bei der NAPA-Konferenz, 15.11.2019 in Utrecht mit Gästen aus den USA.

mäßig jährlich von den Hochschulen die Zahl der Immatrikulationen, Studierenden und Absolvierenden, die bis 2023 in dem Verbandsorgan „Physician Assistant“ und seit 2024 auf der Website des DHPA publiziert wurden (6). Zur Qualitätssicherung von Umfragen zum Thema PA, die oft als Grundlage von Abschlussarbeiten dienen sollen, wurde auf der Website des DHPA ein Einreichungsportal für Studien eröffnet, das zu einem Review- und Beratungsprozess führt. 2023 wird an der TH Deggendorf mit Unterstützung des DHPA sowie der Online-Plattform PA Blog eine nationale Registerstudie zu Einsatz und Tätigkeiten von Physician Assistants in Deutschland entwickelt.

Arbeitsgruppe International Relations

Der Physician Assistant ist eine globale Gesundheitsprofession mit langer Tradition und großer Einheitlichkeit trotz regional unterschiedlicher Bedarfe. Bereits vor Gründung des DHPA bestanden enge Kontakte von Angehörigen der Hochschulen zu Dozierenden aus PA-Studiengängen anderer Länder. Auf dieser Basis wurde am 15. November 2019 auf der NAPA-Konferenz in Utrecht auf Initiative des DHPA das „European Network of PA-Educators – ENPAE“ ins Leben gerufen (Abb. 2). Als Ausdruck der globalen Kooperation haben bisher über 60 Länder ihre Curricula und Kompetenzkataloge in die LOOOP-Plattform

der Charité mit großer internationaler Resonanz hochgeladen (13).

Arbeitsgruppe KOMPASS

Abgeleitet aus den Begriffen Kompetenzen, Prüfungen, Abschluss befasst sich die AG „KOMPASS“ aktuell schwerpunktmäßig mit der Gestaltung und Durchführung des zentralen standardisierten PA-Examens, das 2025 zum dritten Mal für eine freiwillige Teilnahme der Absolvierenden der Mitgliedshochschulen durchgeführt wird. Dieses Angebot wurde im aktualisierten Papier der BÄK (9) aufgegriffen, auch wenn Rahmenbedingungen und Modalitäten der Durchführung noch ausformuliert werden müssen. Hinzuzufügen ist, dass die Bundesärztekammer in ihrem neuen Positionspapier primärqualifizierende Bachelorprogramme grundsätzlich berücksichtigt.

Selbstverpflichtungen zur Qualitätssicherung

Es ist der Verdienst des Konzeptpapiers der BÄK/KBV von 2017 (3), wesentlich zur Akzeptanz des Berufsbildes PA in Deutschland beigetragen zu haben. Es wurden dort bereits Qualitätskriterien der Studiengänge grob umrissen, eine Ausformulierung von erforderlichen Prüfungsleistungen findet sich allerdings nicht. Der DHPA hat daher 2021 eine „Agenda 2025“ beschlossen, um die Qualität des PA-Studiums in einem umfassenden Ansatz aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sichern. Grundlagen sind die einstimmigen Beschlüsse der Mitgliederversammlung vom 10. März 2023 zur Beauftragung eines Rechtsgutachtens und zur Durchführung eines zentralen PA-Examens als Pilotprojekt sowie die Entwicklung eines Kompetenzkataloges und eines Logbuchs. Diese Unterlagen bilden die Basis für die Erfüllung der Selbstverpflichtung der Hochschulen zur Qualität ihrer Studiengänge, soweit eine Berufsgesetzgebung nicht erwartbar ist. Am

22. September 2023 beschlossen die Hochschulen zudem einstimmig die Selbstverpflichtung zur Implementierung von praktischen Prüfungen im OSCE-Format an den Hochschulen. Um eine breite Diskussion und Meinungsbildung zu ermöglichen, wurden Rechtsgutachten und Regelungsentwurf, formuliert als Berufsgesetz, am 7. April 2024 publiziert (14).

Die eingangs gestellte Frage „Warum ein deutscher Hochschulverband Physician Assistant“ lässt sich konkludent beantworten: Die Hochschule trägt die Verantwortung für die Qualitätssicherung und Einhaltung der akademischen Standards. Bis zur Errichtung eines Berufsgesetzes werden die Hochschulen des DHPA im Interesse einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und der Patientensicherheit diese Verantwortung auch gegen Partikularinteressen wahrnehmen. Dieses Spannungsfeld wird die Entwicklung des DHPA weiter prägen, und der DHPA wird sich dieser Herausforderung auch in der Zukunft stellen.

Literatur

1. Merkle F, Ritsema TS, Bauer S, Kuilman L. The physician assistant: Shifting the Paradigm of European medical practice? HSR Proc Intensive Care Cardiovasc Anesth 2011; 3(4):255–62.
2. Bundesärztekammer. Ulmer Papier - Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft - Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008; 2008 [Stand: 29.04.2024]. Verfügbar unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Ulmer-PapierDAET111.pdf.
3. Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen; 2017 [Stand: 26.07.2021]. Verfügbar unter: https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf.
4. Deutscher Hochschulverband Physician Assistant. Satzung; 2018 [Stand: 02.08.2021]. Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/satzung/>.
5. DHPA e.V. Mitglieder; 2024 [Stand: 29.04.2024]. Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/mitglieder/>.
6. Heistermann P. Grenzen des Wachstums der Studiengänge zum Physician Assistant?; 2025 [Stand: 20.08.2025]. Verfügbar unter:

<https://www.hochschulverband-pa.de/2025/02/07/grenzen-des-wachstums-der-studiengaenge-zum-physician-assistant/>.

7. Meyer T, Heistermann P. Weiteres Wachstum und erste Master-Absolvent:innen – PA-Zahlen in Deutschland. Physician Assist. 15.01.2024 [Stand: 24.03.2024]:11. Verfügbar unter: <https://silcodeapps.de/desktop/physician/#doc/73425/11>.
8. Hagl C, Lubik K, Heistermann P. Erstes bundesweites Physician Assistant Examen mit großem Erfolg durchgeführt. Physician Assist. 15.01.2024 [Stand: 24.03.2024]:12–4. Verfügbar unter: <https://silcodeapps.de/desktop/physician/#doc/73425/12>.
9. Physician Assistance Papier_2025_final; 2025 [Stand: 20.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025_.pdf.
10. Heistermann P, Hemming B. Innofond-Projekt „Physician Assistants in der Allgemeinmedizin – PAAM“ startet für PAs. Physician Assist. 2024; (2):3–4. Verfügbar unter: <https://www.silcodeapps.de/desktop/physician/#doc/75585/3>.
11. G-BA Innovationsfond. PAAM – Physician Assistants in der Allgemeinmedizin; 2024 [Stand: 29.04.2024]. Verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/paam-physician-assistants-in-der-allgemeinmedizin.638>.
12. Heistermann P, Günther H-J, Heilmann C, Meyer-Treschan T, Sesselmann S, Schneke A et al. A cross-sectional survey of German PA employment and workforce entry. JAAPA 2022; 35(12):45–9. doi: 10.1097/01.JAA.0000892728.78698.75.
13. Smalley S, Bruza-Augatis M, Colletti T, Heistermann P, Mahmud A, Song D et al. Curricula Mapping of Physician Associate/Physician Assistant-Comparable Professions Worldwide Using the Learning Opportunities, Objectives, and Outcomes Platform. J Physician Assist Educ 2024; 35(1):108–15. doi: 10.1097/JPA.0000000000000571.
14. DHPA e.V. Regelungsentwurf zum Physician Assistant; 2024 [Stand: 01.05.2024]. Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/rechtsstellung-von-physician-assistants/regelungsentwurf/>.

Über die Autor:innen

Prof. Dr. med. Peter Heistermann ist Facharzt für Chirurgie und habilitierte an der Ruhr-Universität Bochum. Er erwarb die Weiterbildungen zum Arzt für spezielle Viszeralchirurgie sowie Gefäßchirurgie und war in leitenden Funktionen tätig. Seit 2016 ist er Professor an der Fliehdner-Fachhochschule in Düsseldorf, Leiter des Studiengangs „Physician Assistance B.Sc.“, Gründungsvorsitzender des „Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V.“ mit Sitz in Köln, Mitbegründer des „European Network of PA-Educators“ und Vorstandsmitglied der „International Academy of Physician Associate Educators“ für Europa.



PD Dr. med. Claudia Heilmann, M. Sc. ist Augenärztin und studierte außerdem Molekularbiologie und Wissenschaftsmarketing. Sie habilitierte an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Experimenteller Medizin. Von 2016 bis 2022 war sie im PA-Studiengang der Berufsakademie Sachsen (jetzt Duale Hochschule Sachsen) aktiv, von 2016 bis 2021 als Studiengangsleiterin und ab 2018 als Professorin. Von 2019 bis 2024 leitete sie die Redaktion der Fachzeitschrift Physician Assistant.



Der 1. PA-Kongress der Hochschulen des DHPA 2023

Katharina Larisch, Peter Heistermann, Tanja Meyer, Claudia Heilmann
Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

Physician Assistants wissenschaftlich sichtbar machen – unter diesem anspruchsvollen Motto fand am 18. November 2023 der 1. PA-Kongress der Hochschulen des DHPA in Rheine statt.

Die Hochschulrektorenkonferenz (HRK) hat mehrfach eine verstärkte Akademisierung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland gefordert. Eine wichtige Säule ist dabei die Verankerung der Wissenschaftlichkeit. Diese Herausforderung hat der DHPA mit der Ausrichtung eines wissenschaftlichen Kongresses angenommen. Erstmals trafen sich Physician Assistants und alle, die an Physician Assistants interessiert sind, auf einem Fachkongress. „Damit möchte der DHPA den wissenschaftlichen Diskurs zum Berufsbild Physician Assistant im deutschen Gesundheitswesen starten und gleichzeitig PA stärker an die Wissenschaftlichkeit heranführen“, so die Kongresspräsidentin Prof. Dr. Katharina Larisch in ihrem Eröffnungsgrußwort.

In seiner Videobotschaft betonte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, nachdrücklich die zunehmende Bedeutung von Physician Assistants im interprofessionellen Zusammenspiel der Gesundheitsberufe. Aufgrund ihrer hochschulischen Ausbildung seien PA in der Lage, Ärzte in verschiedenen Tätigkeitsbereichen flexibel immer dann zu entlasten, wenn es sich nicht um höchstpersönliche, vom Arzt zu erbringende Leistungen handle. Ohne PA sei eine suf-

fiziente und effektive medizinische Versorgung in der Fläche, insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, zukünftig nicht sicherzustellen, so Reinhardt.

Prof. Dr. Peter Heistermann, Vorsitzender des DHPA, ging in seinem Grußwort vor allem auf die Rolle des DHPA bei der Förderung der Forschungstätigkeit des Berufsbildes ein. Dieser Aufgabe trage die Ausrichtung eines wissenschaftlichen Kongresses angemessen Rechnung.

17 Rednerinnen und Redner stellten ihre Forschungsarbeiten, zumeist Ergebnisse der eigenen Bachelorarbeiten, im Bereich der hausärztlichen und stationären Versorgung sowie im Bereich der klinischen Medizin vor. Für die Auswahl und damit hohe Qualität der dargebotenen wissenschaftlichen Leistungen übernahm ein wissenschaftlicher Beirat, bestehend aus PD Dr. Claudia Heilmann, Prof. Dr. Peter Heistermann, Prof. Dr. Katharina Larisch und Prof. Dr. Tanja Meyer, die Verantwortung.

Der beste Vortrag und das beste Poster wurden jeweils mit einem Preis dotiert.



Kongresspräsidentin, wissenschaftlicher Beirat und Referent:innen sind mit der Veranstaltung sehr zufrieden!

Zusätzlich bestand die Möglichkeit zur Teilnahme an zwei Workshops. Die Teilnehmenden konnten dabei ihr Wissen zum Debridement chronischer Wunden oder bei pädiatrischen Notfällen vertiefen.

Alle Details zum Kongress inkl. eines Links zum Grußwort des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, sind in einem digitalen Kongressband verfügbar: <https://bit.ly/Kongressheft>

Über die Autor:innen

Prof. Dr. med. Katharina Larisch ist Fachärztin für Arbeitsmedizin und Master of Health Business Administration. Nach langjähriger klinischer Tätigkeit sowie Stationen in Unternehmensberatungen und Start-ups ist sie seit 2021 Professorin für Physician Assistance an der EUFH/CBS.



Prof. Dr. med. Peter Heistermann ist Facharzt für Chirurgie und habilitierte an der Ruhr-Universität Bochum. Er erwarb die Weiterbildungen zum Arzt für spezielle Viszeralchirurgie sowie Gefäßchirurgie und war in leitenden Funktionen tätig. Seit 2016 ist er Professor an der Fliebler-Fachhochschule in Düsseldorf, Leiter des Bachelor-Studiengangs PA, Gründungsvorsitzender des DHPA, Mitbegründer des „European Network of PA-Educators“ und Vorstandsmitglied der „International Academy of Physician Associate Educators“ für Europa.



Prof. Dr. med. habil. Tanja Meyer ist Fachärztin für Anästhesiologie und Schmerztherapeutin. Nach ihrer Habilitation am Universitätsklinikum Düsseldorf erhielt sie den Ruf als Professorin für Physician Assistance und hat sich seither sehr für das Berufsbild Physician Assistance sowohl in Forschung und Lehre als auch berufspolitisch engagiert.



PD Dr. med. Claudia Heilmann, M. Sc. ist Augenärztin und studierte außerdem Molekularbiologie und Wissenschaftsmarketing. Sie habilitierte in an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg in Experimenteller Medizin. Von 2016 bis 2022 war sie im PA-Studiengang der Berufsakademie Sachsen (jetzt Duale Hochschule Sachsen) aktiv, von 2016 bis 2021 als Studiengangsleiterin und ab 2018 als Professorin. Von 2019 bis 2024 leitete sie die Redaktion der Fachzeitschrift Physician Assistant.



Zur Rechtsstellung von Physician Assistants

Rechtliche Grenzen der Ausübung von Heilkunde

Stefan Huster, Anna Büscher, Paul Bidmon

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie
an der Ruhr-Universität Bochum

Der nachfolgende Text stammt aus einem Rechtsgutachten im Auftrag des DHPA e. V. aus dem Jahr 2023, das sich mit der Rechtsstellung von Physician Assistants in Deutschland befasst. Das Gutachten zeigt auf, dass zur weiteren Stärkung des Berufsbildes, dessen Angehörige einen zunehmend bedeutsamen Beitrag in der Versorgung leisten, ein Berufsgesetz wünschenswert wäre. Deutlich wird aber auch, dass durch den DHPA e. V. und die Hochschulen die Rechtsstellung der Physician Assistants – auch ohne gesetzliche Regelung – in relevantem Maße gestärkt werden kann.

Rechtliche Hintergründe

Die demografische Entwicklung betrifft das Gesundheitswesen doppelt, denn bei einer durchschnittlich älteren Bevölkerung sinkt die verfügbare Arbeitskraft und zugleich ist ein höherer Versorgungsbedarf zu erwarten (1). Eine effiziente Organisation des Gesundheitswesens wird daher zunehmend wichtiger, wozu eine Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Gesundheitsberufen einen wichtigen Beitrag leisten kann.

Die mit dem Bologna-Abkommen initiierte Akademisierung von Gesundheitsberufen ist in Deutschland – im internationalen Vergleich – aber noch nicht weit fortgeschritten, obwohl mit einer Ausweitung von Kompetenzen zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit erhebliche Chancen für eine Verbesserung der Versorgung verbunden werden (2). Zum Beispiel ist das Berufs-

bild des Physician Assistant im angloamerikanischen Raum bereits weit etablierter und auch die Niederlande haben das Berufsbild mittlerweile gesetzlich kodifiziert (3, 4). 2021 waren in den USA rund 139.000 Physician Assistants tätig (5). Die Tätigkeitsbereiche sind in einigen Ländern dabei sehr weitreichend (6). In Deutschland wird der Beruf als noch jung angesehen, wobei die Absolventen und Absolventinnen inzwischen zunehmend in der Versorgung ankommen und das Studium an mindestens 24 Hochschulen möglich ist (7).

I. Kein Berufsgesetz

In Deutschland besteht keine gesetzliche Regelung spezifisch für Physician Assistants. Insofern sind Diskussionen um das berufliche Tätigkeitsfeld und Grenzen des Einsatzes entstanden. Rechtlicher Ausgangspunkt dessen ist insbesondere das präventive Verbot mit Erlaubnisvorbehalt der Aus-

übung von Heilkunde gemäß § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz (HeilprG: Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.).

Aus dieser Norm folgt (mittelbar) der Arztvorbehalt. Diese allgemeine Regelung gilt, solange und soweit nicht ein spezielleres Gesetz diesen Grundsatz verdrängt (8). Das Gesetz zieht die Grenze gemäß § 1 Abs. 1 HeilprG durch das Tatbestandsmerkmal der „Ausübung der Heilkunde“, das in § 1 Abs. 2 HeilprG legaldefiniert ist. Danach ist die Ausübung der Heilkunde [...] jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.

Die in der rechtspolitischen Diskussion verwendeten Abgrenzungsbegriffe „Delegation“ und „Substitution“ ärztlicher Leistungen sind dabei keine gesetzlich geregelten Grenzen. Es kommt rechtlich vielmehr darauf an, ob eine Ausübung der Heilkunde in Rede steht. In diesem Fall muss stets ein Gesetz den konkreten Umfang der Ausübung von Heilkunde erlauben. Insoweit bestehen unterschiedliche Regelungen für die verschiedenen Gesundheitsberufe, die sich wie folgt unterscheiden lassen:

Zunächst gibt es nicht geregelte und geregelte Gesundheitsberufe. Die geregelten Gesundheitsberufe lassen sich – je nach Regelungszusammenhang – in weitere Untergruppen einteilen und es gibt landes- und bundesrechtlich geregelte Berufe. Bundesrechtlich geregelte Berufe sind Heilberufe (9), Berufe nach dem Berufsbildungsgesetz und sog. Gesundheitshandwerke nach der Handwerksordnung. Zusammenfassend gilt dabei folgende Grundsystematik:

- Ärztinnen und Ärzten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern ist gemäß § 1 Abs. 1 HeilprG grundsätzlich die Ausübung von Heilkunde zugewiesen.

- Diese Regelung wird partiell von anderen Berufsgesetzen überlagert. Berufsgesetze regeln dabei einen Tätigkeitsrahmen der Ausübung von Heilkunde, der den jeweiligen Berufsträgerinnen und Berufsträgern vorbehalten ist und § 1 Abs. 1 HeilprG in diesem Rahmen überlagert. Dieser vorbehaltene Bereich ist regelmäßig nicht vollständig deckungsgleich mit den vollständigen Ausbildungsinhalten, sondern betrifft Kernkompetenzen des Berufsbildes (vergleiche § 4 Abs. 2 PflBG).

Daraus folgt, dass **reglementierten Heilberufen** der gesetzlich ausdrücklich geregelte Tätigkeitsumfang zur selbständigen Wahrnehmung offensteht. Zu dieser Gruppe zählen Berufe mit einem eigenem Berufsgesetz, das das Führen der Berufsbezeichnung von einer Approbation oder Erlaubnis abhängig macht (zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Logopädinnen und Logopäden und viele mehr).

Dabei eröffnen die Gesetze eine unterschiedliche Reichweite selbstständiger Tätigkeit. Der weiteste Rahmen steht den approbierten Berufen und Heilpraktikern sowie Heilpraktikerinnen offen. Für die weiteren reglementierten Heilberufe gibt es unterschiedliche Regelungsansätze. Zum Beispiel sind Berufsträger beziehungsweise Berufsträgerinnen teils zwar zur selbstständigen Durchführung von bestimmten Tätigkeiten berechtigt (zum Beispiel Physiotherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Logopäden beziehungsweise Logopädinnen), aber für bestimmte Tätigkeiten auf eine ärztliche Verordnung angewiesen: (10) In diesem Fall und für nicht akademische Heilberufe hat sich der Begriff **Gesundheitsfachberuf** etabliert. (11)

Weitere Gruppe sind die sog. **Gesundheitsberufe**. Für diese Gruppe besteht keine gesetzliche Regelung zur selbstständigen Übernahme bestimmter Tätigkeiten. Diese Berufsgruppe ist daher

auf die Übernahme von delegierten Tätigkeiten und allgemein assistierenden Tätigkeiten sowie ungefährlichen Tätigkeiten beschränkt. Zu dieser Gruppe zählen auch nicht gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe, denn zur Überlagerung des Verbots aus § 1 Abs. 1 HeilprG kommt es nicht darauf an, ob „irgendein“ Berufsgesetz existiert, sondern es kommt ausschließlich darauf an, ob eine Regelung vorliegt, die einen konkreten Rahmen der Ausübung von Heilkunde ausdrücklich zulässt.

Zwischenfazit: Nach aktueller Rechtslage sind Physician Assistants daher – für einen akademischen Beruf untypisch (12) – in die Gruppe der ungeregelten Gesundheitsberufe einzuordnen. Insbesondere kommt eine Substitution ärztlicher Leistungen daher nur im stets ungefährlichen Rahmen in Betracht. Aus dem Vorstehenden folgt außerdem, dass Physician Assistants Heilkunde nur in von einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt abgeleiteter Verantwortung ausüben dürfen. Dies schließt alle Leistungen aus, die dem Kernbereich ärztlicher Tätigkeit vorbehalten sind und heilkundliche Tätigkeiten dürfen nur in abgeleiteter Verantwortung (das heißt im Rahmen der Delegation) erfolgen. Dies setzt voraus, dass die verantwortliche Ärztin beziehungsweise der verantwortliche Arzt den Delegationsempfänger insbesondere sorgfältig auswählt, anleitet und überwacht.

II. Selbstverpflichtungen durch den Hochschulverband

Die vielfältige und einzelfallbezogene Rechtsprechung zu den Grenzen der Ausübung von Heilkunde durch nichtärztliche Personen (13) ist ein Beleg der erheblichen Rechtsunsicherheiten in diesem Zusammenhang. So ist im Einzelfall nur schwer abzugrenzen, was eine ärztliche Kernleistung ist und welche konkreten Anforderungen im Einzelfall für die sorgfältige Auswahl, Anleitung und Überwachung eines Delegationsempfängers beziehungsweise einer Delegationsempfängerin gelten.

Größtmögliche Rechtssicherheit und ein größtmöglicher Beitrag zur weiteren Etablierung des Berufsbildes würde daher nur durch Erlass eines Berufsgesetzes erreicht. Ein Berufsgesetz, welches das Berufsbild und die dem Beruf offenstehende Tätigkeiten ausdrücklich regelt, hätte gegenüber § 1 Abs. 1 HeilprG – als sogenanntes *lex specialis* – Vorrang (siehe oben I.) und würde Rechtsunsicherheiten weitgehend ausräumen.

Ein solches Berufsgesetz besteht für Physician Assistants (noch) nicht. Vorfrage der Förderung des Erlasses eines Berufsgesetzes ist die Erarbeitung beziehungsweise Abstimmung einer grundlegenden Definition eines Berufsbildes und konkreter Ausbildungsziele – also der Tätigkeiten, zu denen die Absolventinnen und Absolventen befähigt werden sollen. Dazu wird der Erlass von Selbstverpflichtungen der Hochschulen im Stile eines Berufsgesetzes vorgeschlagen, denn die Regelung von Standards erleichtert eine Etablierung des Berufes in der Versorgung. Weiterhin verbessern Selbstverpflichtungen die Rechtsstellung von Absolventinnen und Absolventen bereits jetzt durch die damit einhergehende Standardisierung:

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie delegierende Ärztinnen und Ärzte dürfen grundsätzlich darauf vertrauen, dass die Delegationsempfängerin beziehungsweise der Delegationsempfänger zur Durchführung der im Rahmen ihrer Ausbildung erlernten Tätigkeiten befähigt ist, wenn der Abschluss der Ausbildung durch ein Zeugnis belegt wurde. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz gilt nur, wenn gegenteilige Anzeichen beziehungsweise Fehler dieses Vertrauen erschüttern (14). Dabei ist der Überprüfungsaufwand schon bei den gesetzlich geregelten Berufen erheblich (15). Für Physician Assistants verschärft sich diese Problematik noch, da gerade keine einheitlichen gesetzlich geregelten Ausbildungsziele bestehen. Rechtlich sind Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie delegierende Ärztinnen und Ärzte da-

her verpflichtet, sich stets im Einzelnen von den Fähigkeiten jeder beziehungsweise jedes Physician Assistant persönlich zu überzeugen und dies sorgfältig zu dokumentieren (16), denn sie können sich derzeit gerade nicht auf ein bestimmtes, mit der Studiengangsbezeichnung fest verbundenes, Qualifikationsniveau verlassen.

Vor diesem Hintergrund wird nunmehr vorgeschlagen, Selbstverpflichtungen zur Gewährleistung eines Mindestqualifikationsniveaus zu regeln, denn derartigen Selbstverpflichtungen käme eine hohe Indizwirkung für ein bestimmtes Qualifikationsniveau zu und sie können dazu beitragen, dass sich zunehmend ein einheitlicher Standard zum Einsatz der Absolventen und Absolventinnen etabliert, auf den die Arbeitgeberin beziehungsweise der Arbeitgeber sowie delegierende Ärztinnen und Ärzte vertrauen dürfen. Bundeseinheitliche Ausbildungsstandards, die zugleich möglichst transparent – zum Beispiel durch ein einheitliches Zertifikat des Hochschulverbandes oder ähnliches – bestätigt werden, können daher zur Verbesserung der Rechtssicherheit beitragen, auch wenn dies nicht die Wirkungen einer gesetzlichen Regelung erreicht. Eine eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde gemäß § 1 Abs. 1 HeilprG kann nur durch eine dies erlaubende gesetzliche Regelung ermöglicht werden, sodass Selbstverpflichtungen zum Beispiel keine Substitution ärztlicher Tätigkeiten erlauben können.

Ein einheitlicher und transparenter Standard erleichtert aber auch die perspektivische Etablierung eines Berufsgesetzes wesentlich, denn eine im Aufbau eng an den Berufsgesetzen anderer Berufe orientierte Selbstverpflichtung kann eine gesetzliche Regelung in üblicher Systematik vorbereiten. Eine Bewährung der Absolventinnen und Absolventen auf der Basis einheitlicher Ausbildungsstandards in der Berufspraxis dürfte dabei dazu beitragen, einen gegebenenfalls zukünftigen politischen Abstimmungsprozess zu vereinfachen.

Erklärung zu Interessenkonflikten

Dieser Text ist im Rahmen eines vergüteten Gutachtens im Auftrag des DHPA e. V. entstanden.

Literatur

1. So gehen etwa die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) je eigenen Berechnungen zur Folge von einer zunehmenden Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage nach Heilbehandlungen aus, vgl. https://www.kbv.de/html/themen_1076.php <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2021> (alle Links zuletzt abgerufen am: 24.02.2025).
2. Vgl. zur Akademisierung der physiotherapeutischen Ausbildung Probst A. Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen profitiert maßgeblich von der Akademisierung der Physiotherapie – die Fakten sprechen für sich. *Der Schmerz*. 2022; 36: 233-236.
3. Vgl. zur Geschichte des Berufsbildes Physician Assistant in den Vereinigten Staaten Cawley J, Cawthon E, Hooker R. Origins of the physician assistant movement in the United States. *JAAPA*. 2012; 25: 36-40 (S. 36).
4. Art. 3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Abrufbar unter: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0047693/2023-03-01>
5. Bureau of Labor Statistics – U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, Physician Assistants. Abrufbar unter: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physician-assistants.htm>.
6. In den USA ist es Physician Assistants in etwa 75 % der Staaten erlaubt, Medikamente eigenständig ohne Prüfung eines Mediziners zu verschreiben, vgl. Wiler J, Ginde A. State Laws Governing Physician Assistant Practice in the United States and the Impact on Emergency Medicine. *The Journal of Emergency Medicine*. 2015; 48: 49-58 (S. 51); Auch das Delegationsverhältnis bei der Durchführung invasiver Eingriffe wie Thoraxdrainagen oder der Anästhesie durch Physician Assistants sind in den USA vielerorts unreguliert, vgl. Wiler/Ginde, ebd., S. 52.
7. Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V., Mitglieder [Internet]. [zitiert am 17.05.2023]. Abrufbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/mitglieder/>.
8. Für Pflegeberufe, Hebammen und Entbindungspfleger und technische Assistenten in der Medizin regeln die jeweiligen Berufsgesetze daher – als Spezialgesetz – einen konkreten Tätigkeitsrahmen (z. B. § 4 Hebammengesetz (HebG)) und definieren die dazu erforderliche akademische Ausbildung (§ 9 HebG ff.).
9. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheitsberufe – Allgemein [Internet]. [zitiert am 17.05.2023]. Abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>.

10. In diesem Fall sind die Berufsträger als „verlängerter Arm des Arztes“ tätig: Lenk M. Zur Strafbarkeit logopädischer Behandlungen ohne ärztliche Verordnung gemäß § 5 HeilprG vor dem Hintergrund der sektoralen Heilpraktikererlaubnis für das Gebiet der Logopädie. MedR. 2021; 39: 30-33 (S. 33).

11. Der Begriff lässt sich nicht auf eine gesetzliche Regelung zurückführen und mit zunehmender Akademisierung von Heilberufen trägt er stetig weniger zu einer trennscharfen terminologischen Strukturierung der Berufsgruppen bei.

12. Kanth C. Der Beruf des Notfallsanitäters im Kompetenzsystem der Verfassung. Baden-Baden: Nomos; 2022. (S. 124).

13. S. z. B: LG Stuttgart, 27.1.2022, 11 O 52/21; OVG NRW, 21.7.2021, 13 B 802/21; LG Darmstadt, 2.6.2021, 12 O 8/21; BSG, 17.12.2020, B 1 KR 19/20 R.

14. Reuther C. in: Rieger H-J., Dahm F., Katzenmeier C., Stellpflug M., Ziegler O. Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht. 98. Lieferung, Stand 11/2024, 1360 Ärztlich angeordnete und verantwortete Tätigkeit, Rn. 55.

15. Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages [Internet]. 2008 [zitiert am 17.05.2023]. Abrufbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2008/media/Beschlussprotokoll.pdf> (S. 34).

16. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass einer Akkreditierung der Studiengänge insoweit keine Aussagekraft zukommt, denn eine Akkreditierung zielt nicht auf eine Harmonisierung von Berufsbildern und Studiengangsbezeichnungen ab; Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. Hochschulen steht daher außerhalb von gesetzlich geregelten Berufen ein sehr weiter inhaltlicher Ausgestaltungsspielraum zu. Psychologische Rundschau. 2017; 68: 149-153 (S. 152).

Über die Autor:innen

Prof. Dr. Stefan Huster ist Lehrstuhlinhaber für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität Bochum.



Dr. Anna Büscher ist Akad. Rätin a.Z. am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität.



Paul Bidmon ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität.



Die Entwicklung des Physician Assistant (PA) in Deutschland: Ein Blick auf 20 Jahre

Bernhard Gibis

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Der Gesundheitsberuf des Physician Assistant (PA) und mit ihm die Hochschulen mit Studiengängen zum PA in Deutschland haben sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland als wichtige Elemente des deutschen Gesundheitssystems etabliert. PAs entlasten Ärztinnen und Ärzte durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten in enger Delegation und Zusammenarbeit, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Dem Hochschulverband PA kommt dabei eine entscheidende Rolle zu, indem er mit den Mitteln der „offenen Koordinierung“ und der Formulierung gemeinsamer Empfehlungen zur Standardisierung der Curricula zur Geschlossenheit des Berufsbilds beiträgt. Bislang stark auf den stationären Bereich ausgerichtet, sollte die PA-Ausbildung den wachsenden Anteil ambulanter Leistungen in der modernen Medizin widerspiegeln.

20 Jahre hochschulische Ausbildung – more to come

Neben der Jurisprudenz und der Theologie ist die Medizin die älteste Disziplin bzw. Fakultät an Universitäten. Nach der Absolvierung der sieben freien Künste (u. a. Rhetorik, Logik, Mathematik) konnten Studierende einen Abschluss auch in Medizin erwerben, wozu damals auch die Pharmazie gehörte. Die medizinische Schule Salerno, gegründet im 13. Jahrhundert, hat sich dabei grundlegend um die Entwicklung der europäischen Medizin verdient gemacht. Auch zu diesen Zeiten war der Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten in der Medizin jedoch nicht ausschließlich auf die Universitäten beschränkt. Im Gegenteil, der bei

weitem überwiegende Teil der gesundheitlichen Versorgung fand (und findet) außerhalb der ärztlichen Sphäre statt. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ruht immer schon auf vielen Schultern, angefangen von der unmittelbaren familiären Umgebung, kirchlichen und kommunalen Einrichtungen, bis hin zu eher sorgenden/pflegenden oder handwerklichen Gesundheitsberufen, die auch chirurgische Eingriffe erbracht haben. Im deutschen Sprachraum, und heute noch in osteuropäischen Ländern verbreitet, etablierte sich der zunächst nichtakademische Gesundheitsberuf des Feldschers, der neben seiner Tätigkeit im ursprünglich militärischen Umfeld auch für die Gemeindeversorgung zuständig war. Mit der Zusammenführung dieses, in manchen Regionen schon mit

akademischen Ausbildungsanteilen ausgestatteten Berufs, mit der Medizin im 19. Jahrhundert, hat sich diese Tradition in Deutschland nicht unmittelbar weiter fortgesetzt.

Insgesamt hat sich im Unterschied zu vielen anderen Ländern die Akademisierung anderer Gesundheitsberufe in Deutschland deutlich langsamer entwickelt und nimmt jetzt erst Fahrt auf. Das 20-jährige Jubiläum des ersten PA-Studienganges, das 2018 zur Gründung des Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistant (DHPA e.V.) geführt hat, ist Teil dieser Entwicklung und in vielfacher Hinsicht bemerkenswert. Der nicht aus hiesiger Tradition, z.B. als Fortsetzung der lang verbürgten Rolle der Feldscher, entstandene Heilberuf PA wurde aus englischsprachigen Ländern übernommen, wo er zunächst wie der Feldscher vornehmlich im militärischen Umfeld entstanden war. In Anbetracht der immer weitergehenden Spezialisierung der Medizin, des medizinischen Fortschritts, des kontinuierlich steigenden Versorgungsbedarfs einer älter werdenden Bevölkerung und dem damit einhergehenden Nachfrageanstieg wird auch in Deutschland immer drängender, dass weitere Gesundheitsberufe Teile der Versorgung mit übernehmen. Dies gilt für etabliert akademisierte Gesundheitsberufe wie die Apotheker:innen und Psychotherapeut:innen schon länger und wird konsequent auch auf die Pflege und weitere Gesundheitsberufe wie den PA erweitert.

Zwischenzeitlich sind Physician Assistants etablierte und geschätzte Teamkolleginnen und -kollegen in nahezu allen Bereichen der medizinischen Versorgung, ambulant wie stationär. Es zeichnet den Heilberuf PA im Unterschied zu anderen Berufen wie dem der Pflege aus, in noch engerer Zusammenarbeit und im Einvernehmen mit Ärztinnen und Ärzten auch Tätigkeiten zu übernehmen, die in Deutschland üblicherweise Ärzt:innen vorbehalten sind. Damit werden Sektorenbildungen und bürokratische Schnittstellen in der Gesund-

heitsversorgung vermieden und so die Weiterentwicklung bewährter Strukturen in allen Sektoren der Gesundheitsversorgung ermöglicht.

Gemeinsames und Trennendes

In Anbetracht der Verantwortung, die mit der Übernahme gesundheitlicher Versorgung einhergeht, unterliegen alle Gesundheitsberufe einer komplexen Regulierung in allen Phasen der Ausbildung und der Tätigkeit. Akademisierte Heilberufe sind zudem in der Regel als „freie Berufe“ tätig, die durch die eigene Berufsnorm zuallererst den Interessen des sich ihnen anvertrauenden Klienten, also dem der Patientinnen und Patienten, verpflichtet sind. Die staatlich regulierte Ausbildung, die durch eigene Berufskammern professionsbestimmende Weiterbildung zum Erwerb der Kenntnisse und Fertigkeiten einer Fachrichtung sowie das spätere lebenslange Lernen durch Fortbildungen sind essenzieller Bestandteil dieser Berufe und bringen Rechte und Pflichten bis hin zu Sanktionen mit sich.

Für das Berufsbild des PAs ist dieser Rahmen im Grunde genommen genauso essenziell und sollte nicht zuletzt aufgrund der hohen Nähe zum Arztberuf eng mit diesem verbunden sein. Der Rahmen der Ausbildung zur/zum PA und der späteren Tätigkeit unterscheidet sich jedoch erheblich vom bundesweit weitestgehend einheitlich regulierten Beruf der ärztlichen Profession. Die Ausbildung findet an Hochschulen statt, die die Voraussetzungen zur Ausbildung der PAs einem Akkreditierungsrat gegenüber nachweisen müssen. Auch sind zwar Reakkreditierungen vorgesehen. Ein verbindliches bundesweites Curriculum existiert jedoch nicht, durch die kompetitive Hochschullandschaft wird das Angebotsspektrum ständig erweitert bis hin zu überwiegend virtuellen Ausbildungsformaten. Vornehmlich steht bislang der Bachelor-Abschluss im Vordergrund, erste Masterstudiengänge werden angeboten.

So sehr diese Flexibilität der Weiterentwicklung des Berufsbildes dienen und neue Entwicklungen schnell aufgreifen kann, trägt sie auch zu einer Heterogenität des Berufsbildes bei und riskiert den wiedererkennbaren „Markenkern“ des PA-Berufs. Unterschiede in der Ausbildung, der Ausrichtung der PA-Tätigkeit und schließlich des Selbstverständnisses des Berufs erschweren jedoch die Vermittlung und Etablierung desselben in die Fachwelt wie in die allgemeine Öffentlichkeit.

Wo PA drauf steht, ist PA drin?

In dieser, insbesondere durch die fehlende bundesweite Regulierung entstandenen, heterogenen Ausbildungslandschaft kommt dem Hochschulverband auch aus Sicht der ambulanten Versorgung eine zentrale Rolle zu. Mit der Vertretung aller Hochschulen, die PA-Ausbildungen anbieten, werden Voraussetzungen für eine gemeinsame Ausrichtung und Angleichung der curriculären Ausbildung geschaffen. Gleichwohl entspricht diese Vorgehensweise der Methode der „offenen Koordinierung“, wie sie in der Europäischen Union immer dann angewendet wird, wenn verbindliche Vorgaben nicht gemacht werden können. Die Herstellung von Transparenz, die gemeinsame Definition von Zielen, der fortwährende Abgleich der laufenden Studiengänge und damit auch die Übernahme von Verantwortung für das Berufsbild PA, können zu einem bundesweit erkennbaren und nachvollziehbaren Ausbildungsgang und damit zu einem überregional anerkannten Gesundheitsberuf beitragen. Doch hat diese Methode der „offenen Koordinierung“ inhärente Limitationen. Die Herstellung der erforderlichen Einigungen und Absprachen gestaltet sich erwartungsgemäß sehr schwierig in einem kompetitiven, überwiegend privatwirtschaftlich finanzierten Hochschulumfeld. Umso mehr ist anzuerkennen, wie es dem Hochschulverband bisher gelungen ist, grundlegende gemeinsame Absprachen zur PA-Ausbildung zu formulieren und zu verabschieden.

Flankierend, und aus der besonderen Nähe der PA zum Arztberuf und der Sorge um die heterogene Entwicklung des Berufsbilds entstanden, haben Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017 grundlegende Anforderungen an das Berufsbild formuliert (1). In Anbetracht der fehlenden bundesweiten Regulierung ist dem Papier eine besondere Rolle zugekommen und es hat als Orientierung, auch über die Hochschullandschaft hinaus, z.B. in den Arbeitsmarkt hinein, gedient. In einer Neuauflage des Papiers durch die Bundesärztekammer wurden mit der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA e.V.) weitere Aspekte der PA-Ausbildung angesprochen und erste vorsichtige Versuche der Übernahme von Professionsaufgaben wie der Anerkennung und Bepunktung von Fortbildungen durch Ärztekammern angeregt. Ausbildungsvoraussetzungen werden beschrieben, curriculäre Vorgaben sowie Aussagen zur Rolle von Bachelor- und Masterabschluss formuliert (2). Diese offensichtlich auch aus der Sicht der in der Versorgung tätigen PA sinnvollen Erweiterungen bedürfen idealerweise der Abstimmung und Weiterentwicklung mit dem Hochschulverband PA. In der schon von Foucault beschriebenen Trias professioneller Identitätsbildung aus medizinischen Hochschulen, ärztlichen Berufsorganisationen und staatlichen Ärztekammern (3) kommt dem Hochschulverband die Rolle der Vertretung von Hochschulen zu. Auch wenn im Detail Einigungsprozesse schwierig sind und traditionell berufsständische Vertretungen und Hochschulen um die „Professionshoheit“ streiten, kommt einer gemeinsamen Beschlussfassung ein deutlich höherer Impact zu, der für alle Beteiligten nutzenstiftend ist.

Gemeinsame Bewertung und Beeinflussung von Entwicklungen

Mit der gemeinsamen abgestimmten Definition des Berufsbilds und einheitlichen Ausbildungsstandards, kann wirkungsvoller auf relevan-

te Entwicklungen eingegangen und, wo nötig, entgegengewirkt werden. Relevant für jeden Gesundheitsberuf ist seine möglichst selbstbestimmte, berufliche „Heimat“ und Zugehörigkeit in Form von Verbänden oder, sofern vom Gesetzgeber vorgesehen, von Standesorganisationen. Für PA als einem nicht im engeren, heilberuflichen Sinne regulierten Gesundheitsberuf, ist die Frage der eigenen Heilkunde von zentraler Bedeutung. Die enge Anbindung von PAs im berufsständischen Sinne an die Ärztekammern festigt nicht nur die professionelle Nähe von PA und Ärzteschaft, sondern macht auch nach außen hin deutlich, dass Ärzteschaft und PAs individuell und organisatorisch ein Team bilden. Diese professionelle Nähe könnte in gemeinsamen Fortbildungen, der Führung von Fortbildungskonten, in entsprechenden Beratungsgremien im Organisationsrahmen von Ärztekammern oder der PA-Registerführung konkretisiert werden. Die akademisierte Pflege hingegen konstituiert sich in eigenen Gremien sowohl auf Landes- wie Bundesebene und bringt viele PAs in Entscheidungsnot: Ein großer Teil der PAs stammt aus der Pflege und wird wahrscheinlich heilkundlich insbesondere seinem ursprünglichem und im Übrigen bundesweit regulierten Beruf zugeordnet, und dies auch mangels entsprechender Alternativen.

Bachelor oder Master?

Zu klären ist weiterhin die Frage, was das Standardniveau der PA-Ausbildung vor Aufnahme der Berufstätigkeit sein sollte: Bachelor oder Master. Im Unterschied zu den Herkunftsländern des PA-Berufs und hier insbesondere den USA, sind PAs in Deutschland schon mit dem Erwerb des Bachelors in Deutschland so weit ausgebildet, dass sie in die (heil-)berufliche Tätigkeit entlassen werden. In den USA ist der Master der erforderliche Abschluss für die Berufsaufnahme, was unter anderem auch in dem Grundaufbau der dortigen Bildungssysteme begründet ist, wo dem Erwerb

eines Bachelors eine andere Bedeutung beigemessen wird als in Deutschland. So gesehen, also im Sinne des Qualifikationsniveaus von Berufsanfängern, unterscheiden sich PAs in Deutschland nur vordergründig signifikant beispielsweise von denen in den USA. Weil PAs in Deutschland auf Bachelorniveau ausgebildet werden, ist aus ärztlicher Sicht die Direktausbildung von PAs auf diesem Niveau umstritten, also die Berufsausübung auf Bachelorniveau ohne vorausgehenden Erwerb einer nichtakademischen Ausbildung im Gesundheitswesen, z.B. als Pflegekraft oder Medizinische Fachangestellte. Schulabgänger ohne vorherige Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung können nach dreijähriger Bachelorausbildung notwendigerweise nicht über die gleiche Qualifikation verfügen wie berufserfahrene PA-Abgänger:innen. Das aktuelle Papier der Bundesärztekammer sieht daher für Bachelorstudiengänge ein gestuftes Modell für Studierende mit und ohne abgeschlossene Berufsausbildung vor (2).

Es gibt jedoch gute Gründe, das Masterniveau nicht als zwingende Voraussetzung für eine Tätigkeitsaufnahme zu definieren und die Übernahme von Aufgaben, die andernorts Masterniveau haben, an den Erwerb entsprechender Qualifikationen während der Berufsausübung zu binden. Gerade weil bislang ein großer Teil der PAs zuvor einen Gesundheitsberuf erlernt hat und die prinzipielle Sicherheit und Wirksamkeit der Berufsausübung im Gesundheitssystem jahrelang unter Beweis gestellt wurden, bedarf es nicht eines zwingenden Masterniveaus. Heute schon ist die Überregulierung von Ausbildungsgängen mit immer länger dauernden Ausbildungszyklen ein begünstigender Faktor für den Fachkräftemangel und dies ohne Nachweis, dass die Qualität der Versorgung durch die immer weitergehende Steigerung von Qualifikationsanforderungen dem Aufwand entsprechend in gleichem Maße gesteigert oder gesichert worden wäre. Auch würde ein verpflichtendes Masterniveau weitgehender Übergangsregelungen bedürfen,

damit die auf Bachelorniveau schon ausgebildeten PAs in ihrer bisherigen erfolgreichen Tätigkeit nicht beschnitten werden. Selbstverständlich ist diese Vorgehensweise der Ausbildung auf Bachelorniveau in ihren Auswirkungen zu beobachten und in Einklang mit dem Deutschen Qualifikationsrahmen zu bringen. Zu beachten ist auch der Vergleich mit der akademisierten Pflege, für die offensichtlich die Übernahme ärztlicher Aufgaben auf Masterniveau angestrebt wird. Sollten PAs dadurch ausbildungssystematisch ins Hintertreffen geraten, sind, idealerweise in der weiter oben beschriebenen Gemeinsamkeit, Anpassungen zu definieren.

Die Diskussion um die Bedeutung des Master-PA ist deshalb mitnichten abgeschlossen. Zu bewerten ist beispielsweise die Frage der direkten Aufnahme eines Masterstudiengangs durch langjährig berufserfahrene Mitglieder eines Heilberufs. Nach Bescheinigung des Bachelorniveaus, beispielsweise nach spezifischen Anerkennungsverfahren einschließlich Prüfungen, ist dies in manchen Hochschulordnungen schon heute potenziell möglich. Da zweifelsohne der Master weitergehende berufliche Möglichkeiten einschließlich besserer Vergütung wahrscheinlich macht, wird zu entscheiden sein, welche Bedeutung der Masterausbildung beizumessen sein wird. In Kombination mit einer dann möglichen Promotion entsteht eine ganz neue Nähe zum Arztberuf, die idealerweise, wie zuvor beschrieben, gemeinsam definiert und begleitet wird.

PA als kostensparende Alternative für Gesundheitssysteme?

Die Nähe zum Arztberuf birgt inhärent eine weitere Entwicklung in sich, die beispielsweise im National Health Service (NHS) England schließlich zu schwerwiegenden Auseinandersetzungen zwischen Ärzteschaft und PAs geführt hat (4). Obwohl immer wieder nicht als realistisches Szenario deklariert, wurde aus Sicht der dortigen Ärzteschaft

die immer befürchtete Substitution ärztlicher Tätigkeit Realität und macht beide Berufe zu unmittelbaren Konkurrenten in vielfacher Hinsicht, unter anderem bei Ausbildung und Vergütung.

Auch aus diesen Gründen ist im Interesse eines gemeinsamen Vorgehens die enge Verbindung von organisierter Ärzteschaft und PAs zu etablieren. Um nicht in Konkurrenz auseinanderdividiert zu werden, sind gemeinsame professionelle Entwicklung und ggf. Vertretung eine Möglichkeit, das Tandem Ärzteschaft und PA von Anfang an, und zwar insbesondere über die Bereiche Ausbildung und professionelle Anbindung bzw. Vertretung, miteinander zu verbinden.

Ambulante Berufsausübung

Die medizinische Aus- und Weiterbildung ist traditionell durch den Ort bestimmt, an dem viele Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten und in der Regel schwerer Erkrankte versorgt werden: dem Krankenhaus (5). Gleiches gilt für fast alle akademisierten Gesundheitsberufe mit Ausnahme vielleicht der Psychotherapie, die bislang überwiegend ambulant ausgeübt und im ambulanten Setting gelehrt wird. Ähnliches, nämlich die Ausbildung im stationären Umfeld, gilt auch für die PA-Ausbildung, die vorzugsweise an Krankenhäusern erfolgt und, von Ausnahmen abgesehen, den ambulanten Teil eher ausspart. Häufig wird auch die Auffassung vertreten, dass die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung weniger anspruchsvoll sei und nach einer kurzen Periode der Einarbeitung leicht aufgenommen werden könne. Dies unterschätzt die heutige und vor allem künftige Bedeutung der ambulanten Medizin: Immer mehr Versorgungsanteile werden ambulant erbracht und der technische Fortschritt hat häufig als Nebeneffekt die Ambulantisierung bislang stationärer Leistungen zur Folge, sodass die Zukunft der Versorgung, auch in komplexen Bereichen, in vielfacher Hinsicht insbesondere in der ambu-

lanten Leistungserbringung liegt. Schon heute ist die Zahl der in der ambulanten Versorgung behandelten Patientinnen und Patienten deutlich größer und wird prognostiziert in den nächsten Jahren weiter ansteigen (6). Insofern sind Anforderungen an die curriculäre Ausbildung von PAs so zu fassen, dass die ambulante Versorgung einen entsprechenden Anteil hat. Alternativ wäre auch denkbar, dass die ambulante Vertiefung der PA-Tätigkeit Gegenstand einer Masterausbildung sein könnte. Eine solche Masterausbildung könnte auch dadurch gerechtfertigt sein, dass die Tätigkeit im ambulanten Bereich zwar im kleineren persönlichen Team, möglicherweise aber auch in größerer Selbstständigkeit ausgeübt wird.

Unbenommen davon ist zunächst die Beschreibung und Definition der ambulanten Tätigkeit im ärztlichen Praxisumfeld Voraussetzung für Entscheidungen über curriculäre Inhalte oder Abschlussniveaus. Diese Anforderungen gemeinsam zu entwickeln, könnte eine konkrete Maßnahme der Zusammenarbeit von Hochschulverband und Ärzteschaft sein, die im ambulanten Bereich maßgeblich auch durch die kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Dachverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, organisiert ist. Unter Beachtung des Deutschen Qualifikationsrahmens können so ambulante Tätigkeitsfelder beschrieben und erschlossen werden, die auf dem Wege bundesweiter Vereinbarungen mit Kostenträgern zu einer vertraglichen Fixierung von Ausbildungs- und damit Anerkennungsniveaus führen. Es ist davon auszugehen, dass die bundesweit verbindliche, sozialrechtliche Definition der Tätigkeit akademisierter Gesundheitsberufe in der Arztpraxis eine harmonisierende Wirkung auf Ausbildungsgänge und -angebote entfalten wird, die über das Maß von Eckpunktepapieren oder Erklärungen hinausgehen wird. Mit der Beachtung dieser Ausbildungsanforderungen in den Curricula hochschulischer Einrichtungen werden die Aufnahme der späteren Berufstätigkeit erleichtert und damit die Berufs-

aussichten von Absolventinnen und Absolventen noch weiter verbessert.

Wie weiter?

20 Jahre hochschulische Ausbildung zum PA und sieben Jahre Hochschulverband PA haben gezeigt, dass auch in einer offenen, nicht angeordneten und nicht verpflichtenden Zusammenarbeit, heterogene Interessen gemeinsam vertreten und Übereinkünfte, die dem einheitlichen und geschlossenen Erscheinungsbild der PA dienen, entwickelt werden können. Solange der PA kein bundesweit regulierter Beruf ist, müssen Anstrengungen gemeinsam unternommen und intensiviert werden, um auf ein bundesweit wiedererkennbares, nutzenstiftendes und schließlich geachtetes Berufsbild PA hinzuwirken. Dies setzt vor allem auch die Geschlossenheit der zusammenarbeitenden Hochschulen im Hinblick auf die eingesetzten Curricula voraus. Ausscherende Einzelgänge zur Erzielung von möglichen Wettbewerbsvorteilen in der kompetitiven Hochschullandschaft können dabei Wahrnehmung, Ansehen und schließlich den Stellenwert von PAs in einer sich dynamisch entwickelnden Gesundheitsberufslandschaft einschl. der akademisierten Pflege gefährden. Der Hochschulverband ist deshalb in einer zentralen Position, diesen Ausgleichs- und Vermittlungsprozess zu gestalten. Es ist ihm dabei für das bisher Geleistete zu gratulieren und viel Erfolg für die Zukunft zu wünschen. Gleichzeitig ist eine Zusammenarbeit auf den Weg zu bringen, die es erlaubt, gemeinsam mit der Ärzteschaft das Ziel zu verwirklichen, dem beide Berufe, Ärzteschaft und PA, zuallererst verpflichtet sind: Ihre Patientinnen und Patienten gut zu versorgen.

Literatur

1. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. 2017, aufgerufen 14.7.2025 https://120daet.baek.de/attachments/1_lb-08_Physician_Assistant_Anlage_PA-Papier.pdf

2. Bundesärztekammer. Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen. 2025, aufgerufen am 14.7.2025 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_.2025_.pdf
3. Foucault, Michel. Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Taschenbuchverlag 1988, Frankfurt
4. McKee, M, Vauhan LK, Russo G. A contentious intervention to support the medical workforce: a case study of the policy of introducing physician associates in the United Kingdom. Human Resources for Health 2025,

23:4, aufgerufen 14.7.2025 <https://human-resources-health.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12960-024-00966-1.pdf>

5. Sachverständigenrat Gesundheit. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Kapitel 5.2.2: „Starke Krankenhausfixierung in der ärztlichen Weiterbildung“. Berlin 2018. Aufgerufen 14.7.2025 https://www.svr-Gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

6. Heuer J. Verlagerungseffekte zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Monitor Versorgungsforschung 2017; 6:67-73

Über den Autor

Dr. med. Bernhard Gibis, MPH, Leiter des Dezernates Sicherstellung und Versorgungsstruktur der KBV. Nach dem Abschluss der Facharztweiterbildung Gynäkologie und Geburtshilfe MPH-Abschluss in Hannover. Mehrjährige Auslandsaufenthalte zu Themen der evidenzbasierten Medizin (insb. HTA) und Versorgungsplanung als Mitarbeiter internationaler Forschungseinrichtungen in Kanada (u.a. Institute for Health Economics) und Dänemark (WHO, Regionalbüro Europa). Mitglied einschlägiger Fachgesellschaften, Reviewtätigkeit für nationale und internationale Zeitschriften, Sachverständigentätigkeit u.a. für WHO, OECD und EU-Kommission. Schwerpunktthemen sind derzeit kooperative Versorgungsformen, work force management und Versorgungssteuerung durch öffentlich-rechtliche Plattformen.



Physician Assistants in der ambulanten Versorgung – Chancen und Herausforderungen bei der Integration in die moderne Teampraxis

Volker Schrage

Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) 2019-2025

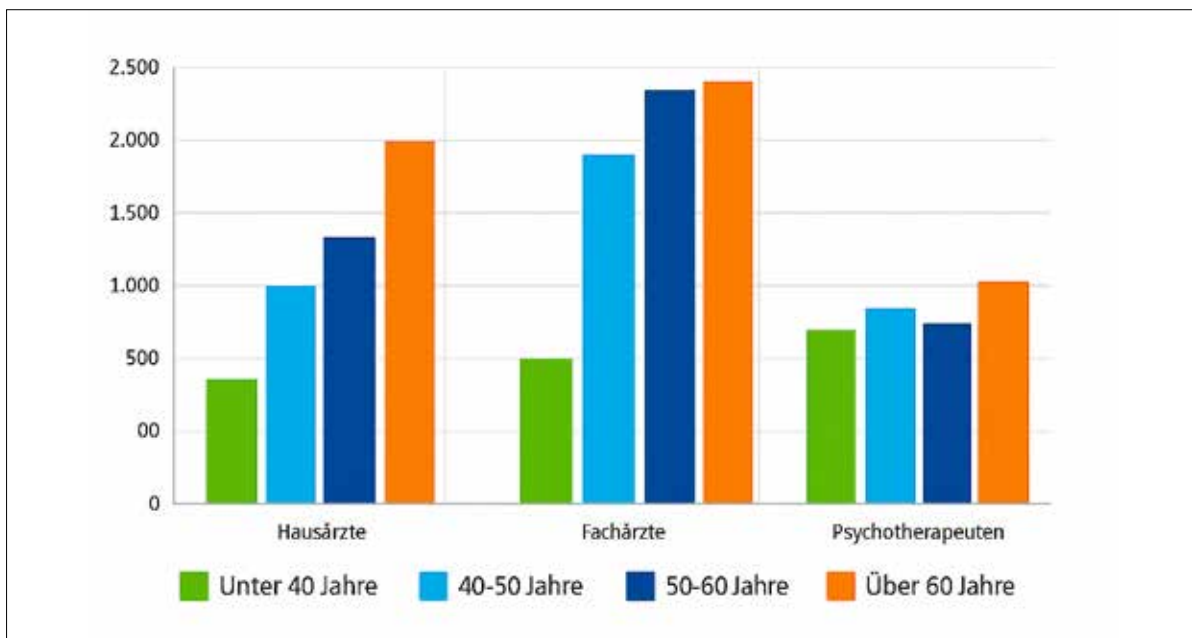
Der Beitrag beschreibt die Chancen und Herausforderungen der Integration von Physician Assistants (PA) in die ambulante Versorgung. Durch den demografischen Wandel und Fachkräftemangel wird die Teampraxis als Lösung gesehen. Das Modellprojekt in Westfalen-Lippe zeigt, dass PAs vielfältige Aufgaben übernehmen, Teamarbeit fördern sowie Ärztinnen und Ärzte entlasten. Erfolgreiche Delegation, klare Kommunikation und angemessene Finanzierung sind entscheidend für die nachhaltige Etablierung.

Einführung

Seit Jahrzehnten sind die Folgen des demographischen Wandels absehbar – schon heute ist jeder zweite Deutsche über 45 und jeder Fünfte älter als 66 Jahre alt. Medizinischer Fortschritt, zunehmende Prävention, der niedrigschwellige Zugang zu evidenzbasiertem Gesundheitswissen (Institutionen des Bundes und der Länder, Gesundheits-Apps, Online-Foren, gut vernetzte Selbsthilfe-Angebote etc.) sowie daraus resultierende Lebensstiländerungen sorgen dafür, dass die Zahl der Hochaltrigen ebenfalls kontinuierlich steigt. Zwar spricht man in statistischen Zusammenhängen nach wie vor von der „Alterspyramide“, allerdings hat das entsprechende Diagramm inzwischen eher die Form einer Glocke.

Diese Entwicklung macht auch vor dem deutschen Gesundheitssystem nicht Halt. Als Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) beschäftigen wir uns intensiv mit den Herausforderungen, die mit dem demographischen Wandel einhergehen. Ein Blick auf die Altersstruktur unserer Mitglieder zeigt, dass ein gutes Drittel das 60. Lebensjahr bereits überschritten hat (Abb. 1). Betrachtet man die Altersverteilung in den Fachgruppen, ist bei den Hausärzten mit 55 Jahren der höchste Altersdurchschnitt aller Facharztgruppen zu verzeichnen.

Grundsätzlich betrifft diese Entwicklung nicht nur den ambulanten Versorgungsbereich. Schwierigkeiten in der Nachwuchsgewinnung und steigender Fachkräftemangel in anderen medizini-



Altersstruktur der Mitglieder

schen Berufen verschärfen auch die Konkurrenzsituation im „Kampf um die besten Köpfe“ mit dem stationären Sektor.

Auf der anderen Seite sind älter werdende Patienten eben nicht nur „Best Ager“ oder Angehörige der „Generation Gold“, sondern bringen in ihrer Gesamtheit eine steigende Morbidität mit sich, die wiederum den Bedarf an medizinischer Versorgung steigen lässt.

Der ambulante Versorgungsbereich wird sich angesichts dieser einschneidenden Entwicklungen verändern und weiterentwickeln müssen. Ein „Weiter so“ kann es nicht geben. Andernfalls ist der aktuelle hohe Standard in der medizinischen Versorgung nicht mehr zu gewährleisten.

Der westfälisch-lippische Weg: Etablierung fortschrittlicher Teamstrukturen

Die KVWL begegnet der beschriebenen Entwicklung proaktiv mit einem Bündel unterschiedlicher Maßnahmen. Dazu zählen

- Frühwarnsysteme, die von Unterversorgung bedrohte Gebiete mithilfe eines Förderverzeichnisses in den Blick nehmen,
- eine groß angelegte Nachwuchskampagne, die unter dem Namen PRAXISSTART unterschiedliche Zielgruppen (Studenten, Weiterbildungsassistenten) adressiert,
- ein gut aufgestelltes Beratungsportfolio für (zukünftige) Mitglieder, u.a. mit einem Patenprogramm, das Neueinsteigern bis zu zwei Jahre einen Paten als persönlichen Ansprechpartner an die Seite stellt,
- ein intensiver, professionsübergreifender Austausch (z.B. mit der Pflege).

Ein besonderes Augenmerk legen wir jedoch ganz bewusst auf die Stärkung und Weiterentwicklung der Praxisteams. Gemeinsam mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe betreiben wir in Münster die Akademie für medizinische Fortbildung, die seit vielen Jahren sowohl für Ärzte als auch für das nichtärztliche Team eine Fülle an Fort- und Weiterbildungsangeboten bereithält. Mit der hausinternen Weiterqualifizierung zur

Digi-ManagerIn hat die KVWL zudem ein weiteres Angebot geschaffen, das unmittelbar und gezielt zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte beiträgt.

Solche strukturierten und anerkannten Qualifizierungsangebote bilden die Grundlage, um kurz- und mittelfristig ein wichtiges Ziel zu erreichen: Wir wollen die Möglichkeiten der Delegation und Kooperation in den niedergelassenen Arztpraxen möglichst umfangreich ausschöpfen.

Klassische Strukturen, in denen die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte alle Aufgaben in der Praxis eigenständig übernehmen, müssen neu gedacht und überwunden werden. An die Stelle der so nicht mehr funktionierenden Strukturen muss eine Teampraxis mit progressiver, effizienter und sachgerechter Arbeitsteilung treten. Eine große Chance liegt in der Einbindung akademisch ausgebildeter Arztassistenten (Physician Assistants, PA) in die ambulante Versorgung. Wenn wir mit dieser Festschrift „20 Jahre PA in Deutschland“ würdigen, so muss man feststellen, dass ein Großteil dieses runden Geburtstags sich auf die Tätigkeit in Kliniken bezieht. Aus unserer Sicht können akademisch ausgebildete PA jedoch auch die Praxisteams sehr gut ergänzen und die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen nachhaltig entlasten.

Delegation statt Substitution

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben in einem gemeinsamen Positionspapier „KBV 2025“ zu diesem Thema klar Stellung bezogen und begrüßen darin die Delegation ärztlicher Leistungen an andere medizinische Berufe. Nach diesen Maßstäben behalten Ärztinnen und Ärzte die gesamte Handlungsverantwortung für das Behandlungsgeschehen, delegieren aber geeignete Teilleistungen an qualifizierte Praxismitarbeitende. So findet im Praxisteam eine Kooperation auf Augenhöhe zwischen

den verschiedenen ärztlichen und medizinischen Berufen statt.

Die realen Gefahren, die mit der Substitution ärztlicher Leistungen einhergehen, sind hinlänglich bekannt. Daher wird eine Substitution durch andere Berufsgruppen weiterhin konsequent abgelehnt. Delegation und Kooperation sind somit als Gegenstücke zur Substitution zu verstehen.

Der Alltag in den Praxen wird für die meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durch verschiedenste Begleiterscheinungen erschwert. Die eigentlichen Kernaufgaben der ärztlichen Tätigkeit – Diagnosestellung und Behandlung – rücken angesichts der zahlreichen zu erfüllenden Aufgaben in den Hintergrund. Nicht nur überbordende Bürokratie und unzureichende Digitalisierung, sondern auch zahlreiche Koordinationsleistungen, die jeden Tag unentgeltlich erbracht werden, binden wertvolle Ressourcen, die letztlich im Behandlungsalltag fehlen.

Ehemalige Hilfsberufe emanzipieren sich

Bereits heute ist weiterqualifiziertes medizinisches Personal in den haus- und fachärztlichen Praxen im Einsatz, wie die erweiterte Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH) oder die nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA). Sie übernehmen dort vielfältige Tätigkeiten, seien es die klassische Blutabnahme, Impfungen oder die teilweise sehr zeitintensiven Hausbesuche. Die Zusammenarbeit mit diesen medizinischen Berufen funktioniert reibungslos, wird geschätzt und ist längst gelebte Realität.

Ergänzend zu den klassischen Weiterbildungsmöglichkeiten für die Medizinischen Fachangestellten etablieren sich auch neue medizinische Berufe, die in einer Teampraxis zum Einsatz kommen können. Neben den bereits erwähnten Physician

Assistants sind hier zum Beispiel Primary Care Manager (PMC) oder Advanced Practice Nurses (APN) zu nennen. Die englischen Bezeichnungen weisen auf den Ursprung dieser Berufsbilder hin. So ist das Berufsbild der PA in den USA bereits zu Beginn der 1960er Jahre eingeführt worden – um das knappe ärztliche Personal zu entlasten.

Das PA-Projekt in Westfalen-Lippe

Künftig stehen also auch dem ambulanten Bereich in Deutschland hochqualifizierte medizinische Berufe zur Verfügung. Diese Potenziale müssen wir nutzen. Im Rahmen eines zweijährigen Modellprojektes (4/2023 bis 4/2025) hat die KVWL daher gemeinsam mit der EUFH Hochschule für Gesundheit, Soziales und Pädagogik (Campus Rheine) den Einsatz von Physician Assistants in westfälisch-lippischen Praxen erprobt. In acht haus- und fachärztlichen Praxen arbeiteten fertig ausgebildete PA mit. Die KVWL hat diese Praxen mit ihren Praxismanagement-Teams eng begleitet. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung hat das Projekt schließlich in zwei Wellen evaluiert. Die Erfahrungen aus diesem Projekt sind in einen Praxisleitfaden eingeflossen („Workbook“), den man auf der Website der KVWL findet (<https://www.kvwl.de/themen-a-z/physician-assistant>).

Obwohl sich die teilnehmenden Praxen in Struktur, Größe und inhaltlicher Schwerpunktsetzung unterschieden, lässt sich das Tätigkeitsspektrum der PA wie folgt clustern:

Aufgaben und Tätigkeiten der PA in der Praxis

- › Aufklärung, Beratung, Information (Prävention)
- › Vorbereitende Anamnese und Diagnostik
- › Körperliche Untersuchung
- › Auswertung von EKG, Lungenfunktion, Langzeit-Blutdruckmessung, Blutwerten etc.
- › Erarbeitung von Behandlungsplänen



Dr. Volker Schrage bei KVWL im Dialog: Gemeinsam für die Teampraxis der Zukunft

- › Versorgung einfacher medizinischer Routinefälle (z. B. Wundversorgung, unauffällige Infektpatienten u. v. m.)
- › Haus- sowie Heimbesuche
- › Vorbereitung weiterer Untersuchungen, wie beispielsweise Sonographie

Damit Teamarbeit reibungslos funktioniert: Delegations- versus Übernahmeverantwortung

Eine erfolgreiche Delegation ärztlicher Tätigkeiten hängt von zwei wesentlichen Voraussetzungen ab: Zum einen muss die Aufgabe sowohl sachlich als auch persönlich delegierbar sein. Welche Leistungen sachlich delegierbar sind, ist rechtlich bisher nicht abschließend definiert. Nur wenn Leistungen unter einem Arztvorbehalt stehen, kann keine Delegation erfolgen.

Zum anderen muss auch die persönliche Delegationsübernahmefähigkeit gegeben sein.

Damit ist die Qualifikation gemeint, die die Zusatzausbildung PA sowie weiteren Berufsbil-

dern vermittelt. Damit ärztliche Delegation gelingen kann, müssen diese Rahmenbedingungen klar definiert sein und an alle Beteiligten kommuniziert werden. Grundsätzlich ist das Thema Delegationsverantwortung in der Delegationsvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geregelt, die in der Anlage 8 und 24 zum Bundesmantelvertrag Ärzte niedergelegt sind. (https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf). Diese wird derzeit aktualisiert und an die neuen akademisierten Gesundheitsberufe angepasst. Die Delegationsvereinbarung enthält auch einen (nicht abschließenden) Katalog von delegierbaren Tätigkeiten. Ohne die Vereinbarung hier in toto wiederzugeben, sei an dieser Stelle nur noch einmal auf die beiden gegensätzlichen „Pole“ der Delegation erinnert.

Die **Delegationsverantwortung** liegt bei dem Delegierenden, dieser muss sich von den Kenntnissen und Kompetenzen des Durchführenden überzeugen, auch muss er das Risiko der Durchführung der Maßnahme im Hinblick auf die Gefahrengeneignetheit durch Dritte adäquat einschätzen und beurteilen. Passiert dies nicht, ist der Arzt für die Sorgfaltspflichtverletzung (Anordnungsverantwortung) haftbar zu machen.

Ärztliche Anordnungen sind nicht automatisch mit delegierten Leistungen gleichzusetzen.

Die delegierten (ärztlichen) Tätigkeiten müssen dem Delegationsempfänger (hier: PA) möglich und zumutbar sein.

Die **Übernahmeverantwortung** liegt bei dem Delegationsempfänger, dieser kann delegierte Aufgaben ablehnen, wenn er die zur Durchführung nötigen medizinischen Kenntnisse nicht besitzt. Wird die delegierte Aufgabe trotzdem ausgeführt und nimmt der Patient Schaden bei der Durchführung durch Physician Assistants, ist dies strafrechtlich als Einlassungs- bzw. Übernahme-fahrlässigkeit zu bewerten und kann entsprechend strafrechtlich

geahndet werden. Wobei hierbei unter anderem zu prüfen ist, inwieweit dem Selbstbestimmungsrecht vs. dem Recht auf körperliche Unversehrtheit ein Vorrang zu gewähren ist.

Da das (tatsächliche oder vermutete) Haftungsrisiko bei allen Fragen rund um das Thema Delegation eine große Rolle spielt, hat die KVWL den am Projekt teilnehmenden Praxen eine ausführliche Dokumentation im Rahmen des internen Qualitätsmanagements empfohlen.

Denn im Falle einer Haftungsfrage kann ein gutes Praxis-QM Absicherung bieten.

Finanzierung der Physician Assistants in der Praxis: der Praxis-Patienten-Kontakt

Bisher sind Praxisinhaber – außerhalb einzelner Modellversuche – darauf angewiesen, die Gehälter der Praxismitarbeitenden aus dem ärztlichen Honorar zu finanzieren. Erste Modellrechnungen zum Einsatz von medizinischen Berufen in Teampraxen, die anhand von anonymen Abrechnungsdaten erstellt wurden, zeigen, dass der zeitliche Hinzugewinn zu einer Honorarsteigerung beitragen kann. Diese Tendenz wird auch durch unser westfälisch-lippisches Modellprojekt bestätigt: Ein PA kann durch eine Fallzahl- und/oder Fallwertsteigerung zu einer Honorarsteigerung beitragen.

Allerdings haben die Projektbeteiligten unmittelbar zu Beginn die Gefahr der Überschreitung zeitlicher Auffälligkeitskriterien erkannt, da PA-Leistungen wie alle anderen delegierten Aufgaben auch über die lebenslange Arztnummer des beschäftigten Arztes abgerechnet werden müssen (Stichwort „Plausibilitätsprüfung“). Damit Praxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sich dennoch von einem PA unterstützen lassen können, sorgt die KVWL mit einem Vorstandsbeschluss für mehr Pla-

nungssicherheit: Sollte es bei Praxen und MVZ, die einen PA beschäftigen, zu zeitlichen Auffälligkeiten kommen, kann im Rahmen der Einzelfallprüfung (soweit möglich ohne weitere Mitwirkung der Praxis) eine Entlastung im Umfang von bis zu 15 Prozent berücksichtigt werden – vorausgesetzt, der PA wurde der KVWL auf freiwilliger Basis gemeldet. Diese Regelung gilt für alle Praxen in Westfalen-Lippe auch über das Modellprojekt hinaus.

Grundsätzlich wird jedoch die auskömmliche Finanzierung derzeit noch als großes Hindernis bei der Einbindung weitergebildeter medizinischer Berufe wahrgenommen. Hier muss der Gesetzgeber tätig werden und unbedingt neben den qualitativen Tätigkeitsbeschreibungen auch die finanziellen Rahmenbedingungen in den Blick nehmen. Die KVWL hat dazu das Konzept der Vergütung des Praxis-Patienten-Kontakts bundesweit in die Diskussion eingebracht. So sollte anstelle des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes, der derzeit für die Abrechnung der Versichertenpauschale verpflichtend ist, der Praxis-Patienten-Kontakt implementiert werden. Diese Änderung in der Vergütungssystematik würde dazu beitragen, die eigentliche „Praxisleistung“ zu honorieren und nicht notwendige Arzt-Patienten-Kontakte zu reduzieren, da diese im Einzelfall auch von Praxismitarbeitenden, zum Beispiel PA, erbracht werden könnten.

Praxismanagement und Kommunikation

Zu Beginn stehen Praxisinhaber zunächst vor der Entscheidung, ob ein „fertig ausgebildeter“ PA eingestellt wird oder ob es im vorhandenen Team jemanden gibt, der sich entsprechend weiterbilden möchte. Da Praxiskonstellationen und auch die persönlichen Voraussetzungen der PA individuell sehr unterschiedlich sein können, folgen an dieser Stelle ein paar grundsätzliche Tipps und Überlegungen, die sich aus der Evaluation unseres Modellprojekts ergeben haben.

Eine (vielleicht die) wichtigste Bedingung für einen gelingenden Onboardingprozess ist Kommunikation. Dabei gibt es zwei wesentliche Zielgruppen: das bereits bestehende Praxisteam sowie die Patienten.

Die Integration ins Team beginnt mit den Überlegungen zur tariflichen Eingruppierung eines PA. Aktuell gibt es keinen Tarifvertrag für Physician Assistants, derzeit ist das Gehalt Verhandlungssache zwischen Arbeitgeber und PA. Der Berufsverband Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e. V. führt jedes Jahr eine Gehaltsstudie durch und veröffentlicht eine Stellungnahme für ein durchschnittliches Einstiegsgehalt. Diese kann zur Orientierung herangezogen werden.

Grundsätzlich erleichtern klare Strukturen und gut organisierte Abläufe die Integration neuer Teammitglieder. Wie schon erwähnt, kann ein bewährtes Qualitätsmanagementsystem, wie zum Beispiel KPQM, wertvolle Orientierung bieten. Das gilt natürlich auch für die Einstellung eines PA. Hinzu kommt in diesem Fall jedoch die Tatsache, dass es sich meist um eine Premiere in der Zusammenarbeit mit diesem neuen Berufsbild handelt. Daher sollte man auch die Hierarchie im Team sowie gruppenspezifische Prozesse in den Blick nehmen. Ein gut organisierter Praxisablauf bedeutet, dass alle Aufgaben einem bestimmten Arbeitsplatz zugeordnet sind und dass Mitarbeiter wissen, an welchem Arbeitsplatz sie an den jeweiligen Tagen tätig und für welche Aufgaben sie zuständig sind. Abläufe sollten effizient und effektiv gestaltet sein, hierzu kann die Nutzung digitaler Tools beitragen.

Eine gute Kommunikation mit den Mitarbeitern ist unerlässlich. Es ist wichtig, dass die Mitarbeiter zu jeder Zeit darüber informiert werden, welche Aufgaben an den PA delegiert werden. Bereits während der Einarbeitungsphase werden Sie die ein oder andere Aufgabe an Ihren PA delegieren, informieren Sie hierüber auch das MFA-Team. Sobald

mehr Aufgaben an den PA delegiert werden, müssen die MFA darüber in Kenntnis gesetzt werden. Planen Sie Ihre MFA-Ressourcen. Termine, die an einen PA delegiert werden, müssen von den MFA in den Terminkalendern geplant werden; es müssen vorbereitende Aufgaben übernommen und Pufferzeiten für Rücksprachen geplant werden. Der PA benötigt einen eigenen Raum, idealerweise unmittelbar in der Nähe eines ansprechbaren Arztes.

Wie reagieren die Patienten?

Erstaunlich gelassen. In den Modellpraxen herrscht der subjektive Eindruck vor, dass die meisten Patienten schlicht froh sind, wenn sich Wartezeiten verkürzen und sie vielleicht auch mal mehr Gesprächszeit bekommen. Berührungängste gab es kaum, Qualifikationen wurden selten hinterfragt und so mancher PA wurde schnell als „Herr/Frau Doktor“ geadelt. Trotzdem kann es nicht schaden, im Wartebereich einige Informationen zum (für die Patienten) neuen Berufsbild auszulegen. Die KVWL hat eigens Plakate und Patientenflyer entworfen, die sie auf ihrer Website zur Verfügung stellt (<https://www.kvwl.de/themen-a-z/physician-assistant>).

Fazit und Ausblick

Die ambulante Versorgung wird vielfältiger. Das gilt einerseits für die Möglichkeiten, die sich Ärztinnen und Ärzten bieten, um im ambulanten Bereich Patienten zu versorgen. Hier hat der Gesetzgeber – auch auf berufspolitischen Druck durch die KVen – die Regelungen immer weiter gelockert: Vollzeit oder Teilzeit, selbstständig oder angestellt, allein oder mit Partnern – der formelle Rahmen lässt einiges zu.

Auch die Praxisteams werden diverser; nicht im Sinne von Beliebigkeit, sondern von Spezialisierung. Dabei ist es gut und unterstützenswert, wenn sich auch die beteiligten Berufe emanzipieren. Die Arbeit

in einer Arztpraxis war schon immer Teamarbeit. Allerdings sind die Belastungen, besonders für das ärztliche Personal, stetig gestiegen. Wie kann man diese Entwicklung stoppen, die letztlich auf allen Seiten für Frust und Unzufriedenheit sorgt? Unsere Antwort lautet: Ausweitung der Delegation in einer echten Teampraxis! Physician Assistants sind akademisierte Fachkräfte, die bestehende Praxisteams sehr gut ergänzen können. Unser Projekt hat gezeigt, dass viele Befürchtungen und Vorurteile unbegründet sind. Die PA haben sich überwiegend reibungslos in vorhandene Hierarchien eingefügt. Sie werden schnell von den Patienten akzeptiert, was allerdings eine gute Kommunikation voraussetzt. Und, ganz wichtig: Sie sind eine echte Entlastung für Ärztinnen und Ärzte – auch im ambulanten Umfeld.

Um die Delegationsvereinbarung zukünftig weiter ergänzen zu können, wäre es wünschenswert, die Inhalte und auch die Rahmenbedingungen eines PA-Studiums weiter zu vereinheitlichen. Auch die Abschlüsse müssen vergleichbar sein, was eine Homogenisierung der Prüfungen voraussetzt. Gesetzgeber, Kostenträger und vor allem auch die Patienten müssen wissen, was sie erwarten können, wenn auf den Namensschildern in Zukunft häufiger „Physician Assistant“ zu lesen ist.

Über den Autor

Dr. med. Volker Schrage ist seit 1988 als Hausarzt in eigener Praxis niedergelassen und spezialisiert auf Geriatrie, Palliativ- und Ernährungsmedizin sowie Ärztliches Qualitätsmanagement. Von 2019 bis 2025 war er hauptamtlicher Vorstand der KVWL, zuvor Vorsitzender der Vertreterversammlung. Er engagiert sich berufspolitisch in zahlreichen Gremien und ist Mitgründer des Gesundheitsnetzes Westmünsterland.

Das Positionspapier der Bundesärztekammer zum Berufsbild „Physician Assistance“

Erik Bodendieck
Bundesärztekammer

Das Positionspapier „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ versteht sich als Beitrag zur weiteren Professionalisierung des Berufsbildes sowie zur Klärung der Rollenidentität von PAs in Deutschland. Daher werden ausgewählte Aspekte des Berufsbildes beschrieben und konkrete Vorschläge zur Ausgestaltung von Tätigkeitsrahmen formuliert. Aufgeführt werden zum einen exemplarische Tätigkeiten im Bereich der ambulanten und der stationären Versorgung, zum anderen werden wesentliche Studieninhalte und die zu vermittelnden Kompetenzen benannt. Das Positionspapier ist insgesamt als orientierender Stimulus zu betrachten – sowohl für die Hochschulen als auch für die Praxis in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung.

Ein Blick zurück

Die Diskussionen um die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung und zur Verteilung der Aufgaben zwischen der Ärzteschaft und den weiteren Gesundheitsfachberufen sind nicht neu. Der Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Einzug neuer Technologien in nahezu allen Versorgungsbereichen, soziodemografische und ökonomische Entwicklungen, neue Rollenerwartungen sowie nicht zuletzt wirtschaftliche Gründe erfordern eine systematische Anpassung der Gesundheitsversorgung. Eine nicht unwesentliche Triebkraft ist der sich immer weiter verschärfende Fachkräftebedarf, getriggert durch den

demographischen Wandel. Parallel steigt auch der Versorgungsbedarf kontinuierlich, speziell durch die Zunahme von Volkskrankheiten (Deutscher Ärztetag 2022). Aufgrund dieser Veränderungen bedürfen Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen regelmäßiger Überprüfungen und Abstimmungen. Dabei ist insbesondere die Stärkung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung unabdingbar für eine vertrauensvolle und zielführende Patientenversorgung. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund haben der 118. und der 119. Deutsche Ärztetag bereits in den Jahren 2015 und 2016 für ein bundeseinheitlich geregeltes, neu einzuführendes Berufsbild „Physician Assistance“ votiert.

Als „Starthilfe“ veröffentlichten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahr 2017 gemeinsam das Positionspapier „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“. Das Papier sollte helfen, das Berufsbild bekannter zu machen. Vor allem aber sollte es mit der Beschreibung des Tätigkeitsrahmens, verbindlicher Studieninhalte und der zu vermittelnden Kompetenzen zu einer Vereinheitlichung der Studiengänge beitragen und einen Rahmen für den neuen Beruf setzen.

Die Arbeit am Positionspapier 2025

Basierend auf diesem Positionspapier und der Notwendigkeit, die Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen immer wieder zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, beschäftigte sich eine im November 2022 vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzte Arbeitsgruppe mit der inhaltlichen Weiterentwicklung des Berufsbildes „Physician Assistant“. Aufbauend auf der bisherigen Positionierung zum „Physician Assistant“ sollte eine detaillierte Bestandsaufnahme dieses Berufsbildes erfolgen sowie die bisherige Positionierung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung überprüft werden. Die einbezogenen Expertinnen und Experten verstanden sich immer als eine Arbeitsgruppe, die den inhaltlichen Diskurs nicht scheut und stets gewillt war, das Berufsbild „Physician Assistance“ klug als ein Angebot sowohl für die Hochschulen als auch für die Praxis weiterzuentwickeln. Dabei wurden auch neue Fragen, wie beispielsweise die Teilnahme an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen oder danach, welche weiterführenden Tätigkeiten im Rahmen der ärztlichen Delegation von PAs durchgeführt werden dürfen, sorgsam diskutiert und in das Papier aufgenommen.

Bei allen Überlegungen war stets leitend, den Beitrag der PAs zur Gesundheitsversorgung in der

dauerhaften und routinierten Übernahme delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten zu beschreiben, wobei das Primat der Heilkundenausübung von Ärztinnen und Ärzten stets unberührt bleiben muss.

Thematisiert werden in dem Papier darüber hinaus unter anderem einheitlich festzulegende Zugangsvoraussetzungen für das Studium Physician Assistance, Lehrinhalte, Fortbildungen und Masterstudiengänge sowie Tätigkeitsrahmen für PAs in ambulanten und stationären Einrichtungen. Die Arbeitsgruppe war sich zudem einig, dass der Studiengang „Physician Assistance“ mit einer bundesweit einheitlichen Prüfung (neben einer Bachelorarbeit) abgeschlossen werden sollte. Auch deshalb ist eine bundeseinheitlich geregelte Ausbildungsordnung erforderlich. Die Prüfung soll sich in einen schriftlichen, einen mündlichen sowie einen praktischen Teil gliedern.

Das Berufsbild der Physician Assistance bietet Angehörigen nichtakademischer Gesundheitsberufe eine geeignete, an den tertiären Sektor anschlussfähige Berufsperspektive durch ein Weiterbildungsstudium an einer Hochschule mit Bachelor- und Masterniveau. Das Bachelorstudium zum PA qualifiziert für zahlreiche praktische Kompetenzen, welche die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten auf Basis der Delegation ermöglichen. Das Masterstudium weitet diese Perspektive für PAs und schafft so die fachliche Grundlage für weitere Delegations- beziehungsweise Spezialisierungsmöglichkeiten.

Letztlich sollte aber immer beachtet werden, dass der erfolgreiche Einsatz von PAs in Klinik und Praxis sowie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, wie Öffentlicher Gesundheitsdienst oder Arbeitsmedizin, immer davon abhängig ist, wie die Aufgabenteilung vor Ort beispielsweise in sogenannten SOPs (Standard Operating Procedure) geregelt ist. Die Grundlage der Aufgabenverteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen

andere Gesundheitsberufe stellt das durch den Vorstand der Bundesärztekammer 2021 verabschiedete Papier „Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung“ dar.

Ein Studium bedeutet aber auch lange Vorlaufzeiten. Um dem Fachkräftemangel schnell entgegensteuern zu können, ist es daher sehr wichtig, das Berufsbild Physician Assistance sowohl für den ambulanten als auch den klinischen Sektor weiterzuentwickeln. Zudem muss diskutiert werden, inwieweit für dieses Berufsbild ein entsprechendes Berufsgesetz notwendig ist und wie eine tarifliche Verortung aussehen könnte. Die Bundesärztekammer wird dazu ggf. in kommender Zeit weitere Vorschläge unterbreiten.

Conclusio

Die Veröffentlichung des Positionspapiers „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ durch die Bundesärztekammer im Mai 2025 dient der Beförderung des Berufsbildes „Physician Assistance“ und darf durchaus als Meilenstein sowohl in der fachlichen als auch in der berufspolitischen Weiterentwicklung des Berufsbildes gesehen werden.

Fast zehn Jahre nach dem Votum des Deutschen Ärztetages ist offensichtlich, dass die damalige Einschätzung bezüglich des Potentials des Berufsbildes „Physician Assistance“ zutreffend war. Die Anzahl der Studiengänge und der Studierenden steigt kontinuierlich an. Physician Assistants bieten sich gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Umso mehr kommt es darauf an, die Debatte um Definition und Rolle dieses neuen Berufsbildes in unserem Gesundheitswesen im Austausch aller Beteiligten konstruktiv weiterzuführen und zu guten Ergebnissen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu bringen. Dazu hat auch der Deutsche Hochschulverband Physician Assistant e.V. beigetragen, der

nunmehr auf eine bereits 7-jährige Geschichte blicken darf. Dazu herzlichen Glückwunsch verbunden mit dem Wunsch nach einer weiteren zielführenden und verlässlichen Zusammenarbeit, ganz im Sinne der Absolventinnen und Absolventen, aber auch im Hinblick auf die Patientinnen und Patienten, die einen Anspruch auf eine hochwertige und fachlich jederzeit gesicherte Versorgung haben.

Link zum Positionspapier:

https://bit.ly/PA_Papier



Über den Autor

Erik Bodendieck, geboren 1966 in Leipzig, ist seit 1998 als Facharzt für Allgemeinmedizin in eigener Praxis in Wurzen tätig. Neben seiner Spezialisierung als



Diabetologe und Palliativmediziner engagiert er sich seit Jahrzehnten berufspolitisch, unter anderem als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer. Dort leitet er mehrere Ausschüsse, unter anderem den Ausschuss „Medizinische Fachberufe“, zu Digitalisierung und Suchtmedizin. Zudem ist er in zahlreichen weiteren Gremien aktiv, etwa bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), dem Medizinischen Dienst Sachsen und der Dualen Hochschule Sachsen (bis 2024 Berufsakademie Sachsen). Sein Engagement umfasst auch ethische und berufsständische Themen.

Alte Grabenkämpfe und neue Perspektiven – Der Fachkräftemangel zwingt zur Zusammenarbeit

 **Stefanie Gehrlein**
Marburger Bund

Ein sehr tradierter und ein noch relativ neuer Berufsstand im deutschen Gesundheitswesen machen sich auf den – manchmal steinigen und dennoch notwendigen – Weg zu einem Miteinander in einer immer mehr von Fachkräftemangel gekennzeichneten ambulanten und stationären Versorgungslandschaft. Das Ziel ist klar, die beiderseitigen Vorstellungen über das „Wie“ manchmal noch unterschiedlich.

Seit 20 Jahren gibt es das „neue“ Berufsbild der Physician Assistance in Deutschland, ihm ist diese Festschrift gewidmet. Seit vielen Jahren wird es von berufspolitischen Diskussionen begleitet. Wenig überraschend finden diese vor allem innerhalb der Ärzteschaft statt, die aufgrund der inhaltlichen Nähe des Studiums der Physician Assistants (PA) zur eigenen Ausbildung den noch relativ jungen akademischen Beruf „Arztassistent:in“ in seiner Entwicklung begleiten möchte.

Haltung der verfassten Ärzteschaft

Die Bundesärztekammer (BÄK) beschäftigt sich bereits seit 2008 grundsätzlich mit dem Zusammenwirken der unterschiedlichen Gesundheitsberufe. Damals beschloss der 111. Deutsche Ärztetag (DÄT) das bis heute aktuelle „Ulmer Papier“, in dessen Grundsätzen er sich bei entsprechendem Versorgungsbedarf für arztunterstützende und arztentlastende Delegation, aber ganz klar gegen eine Substitution ärztlicher Leistungen durch die Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringergruppe aussprach, ohne jedoch den

Physician Assistant explizit zu nennen (1). Man konstatierte: „Demgegenüber würden mit der Einführung einer neuen, nichtärztlichen Leistungserbringergruppe im Primärversorgungsbereich konkurrierende Strukturen errichtet, die absehbar zu einer Potenzierung von Schnittstellenproblemen, Unwirtschaftlichkeit und fraglichen Auswirkungen auf Patientensicherheit und Versorgungsqualität führen werden.“

In den Folgejahren erfolgten weitere Positionierungen, in denen man sich explizit mit dem PA beschäftigte: das Konsenspapier „Physician Assis-

tant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“ von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), mehrheitlich verabschiedet auf dem 120. DÄT 2017 nach kontroverser Diskussion; die Positionen der BÄK zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung, beschlossen vom Vorstand der BÄK am 19./20.09.2021, und – ganz aktuell – von April 2025: “Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ (2).

Dieses neueste Positionspapier novelliert die Festlegungen aus 2017 und wurde von der BÄK unter Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (DGPA) erarbeitet. Es umfasst in den Teilen I–III eine Charakterisierung des Berufsbildes, exemplarische Tätigkeiten im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung sowie insbesondere Studieninhalte und zu vermittelnde Kompetenzen. Beide Verbände haben angesichts der rasanten Entwicklung des Berufsbildes des PA in den letzten Jahren und eines bisher fehlenden Berufsgesetzes die Notwendigkeit gesehen, einen Beitrag zur weiteren Professionalisierung zu leisten. Außerdem möchte man durch die Definition von Studieninhalten und Kompetenzprofilen im eigenen Sinne zur Klärung der Rollenidentität der PA beitragen. In der Präambel ist formuliert: „Ihr Beitrag zur Gesundheitsversorgung besteht in der dauerhaften und damit routinierten Übernahme delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten, wobei der Grundgedanke der Heilkundenausübung von Ärztinnen und Ärzten davon unberührt bleibt.“ Damit ist erneut klargestellt, dass eine Übernahme heilkundlicher Aufgaben im Sinne der Substitution zumindest von Seiten der Ärzteschaft nicht vorgesehen ist.

Haltung des Marburger Bundes

An all diesen Positionierungen war der Marburger Bund (MB) indirekt, sei es durch Abstimmung auf den Ärztetagen durch „seine“ Delegier-

ten, sei es durch Mitwirkung von Mitgliedern des Bundesvorstands an der Meinungsbildung der Bundesärztekammer, beteiligt. Eine eigene klare Positionierung gibt es bisher nicht. Dies mag auch daran liegen, dass es bei den im MB organisierten Ärzt:innen und damit auch innerhalb der Gremien unterschiedliche Haltungen, Besorgnisse und Befindlichkeiten im Zusammenhang mit PA gibt, die stark mit dem eigenen Erleben zusammenhängen.

Dies zeigen nicht nur die Zuschriften und Nachfragen von Verbandsmitgliedern, mit denen sie sich an das Hauptamt wenden, sondern auch Beschlüsse, respektive an den Vorstand überwiesene Anträge der Hauptversammlungen vergangener Jahre. Diese spiegeln die Unsicherheit der Ärzt:innen im Umgang mit dem aufstrebenden Berufsstand vor Ort.

Ganz praktisch geht es beispielsweise um die Einsetzbarkeit von Physician Assistants im klinischen Kontext und Haftungsfragen bei unklarer Abgrenzung zwischen Delegation und Substitution, aber auch um Ängste vor Konkurrenz bei begrenzten Ressourcen, wie der aktuelle Beschluss Nr. 21 der 145. Hauptversammlung des MB vom 24./25.05. 2025 mit dem Titel „Ärztliche Weiterbildung schützen – Berücksichtigung der Perspektiven und Belange von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung beim Einsatz von Physician Assistants“ zeigt (3). In dessen Begründung ist formuliert, dass der Marburger Bund zwar die Chancen der Entlastung durch Physician Assistants anerkennt, gleichwohl aber Politik, Ärztekammern und Arbeitgeber im Gesundheitswesen auffordert, Entlastungspotentiale durch Physician Assistants so zu nutzen, dass die Belange und Perspektiven von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung geschützt werden. Die Beschäftigung von Physician Assistants in Kliniken und Praxen dürfe die Qualität der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung nicht gefährden. Der zugrundeliegende Antrag entstammte einer Initiative der jungen Ärzt:innen.

MB-Monitor

In diesem Zusammenhang besonders interessant sind auch Umfrageergebnisse aus der Mitgliederbefragung MB-Monitor der Jahre 2019 und 2024. Regelmäßig, zumeist jährlich, führt die IQME GmbH im Auftrag des Marburger Bundes unter dessen Mitgliedern eine der größten Ärztebefragungen Deutschlands durch. Zuletzt beteiligten sich im Herbst 2024 rund 10.000 Mitglieder an der Umfrage. Die Erhebung dient im Wesentlichen dazu, Erkenntnisse über die Arbeitssituation von angestellten Ärzt:innen zu generieren und davon ausgehend notwendige Veränderungen deutlich zu machen.

Eine Detailanalyse der Frage „Sollten bestimmte, bisher den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten-

ne Aufgaben an entsprechend qualifizierte nicht-ärztliche Berufsangehörige übertragen werden?“ aus dem MB-Monitor 2019 zeigt die grundsätzlich positive Einstellung, insbesondere von Ärzt:innen in der Weiterbildung, gegenüber einer Aufgabenteilung mit entsprechend qualifizierten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. (Abb. 1). In Kombination mit dem aktuellen Hauptversammlungsbeschluss zeigt dies, dass eine Übertragungsbereitschaft bei ärztlichen Aufgaben besteht, wenn man sich Entlastung erhofft, nicht jedoch, wenn eine Konkurrenzsituation infolge begrenzter Ressourcen befürchtet wird.

Bemerkenswert sind auch die Antworten auf die Frage „Wie beurteilen Sie die personelle Besetzung im ärztlichen Dienst Ihrer Einrichtung?“ im MB-Monitor 2024. Insgesamt rund 60 Prozent

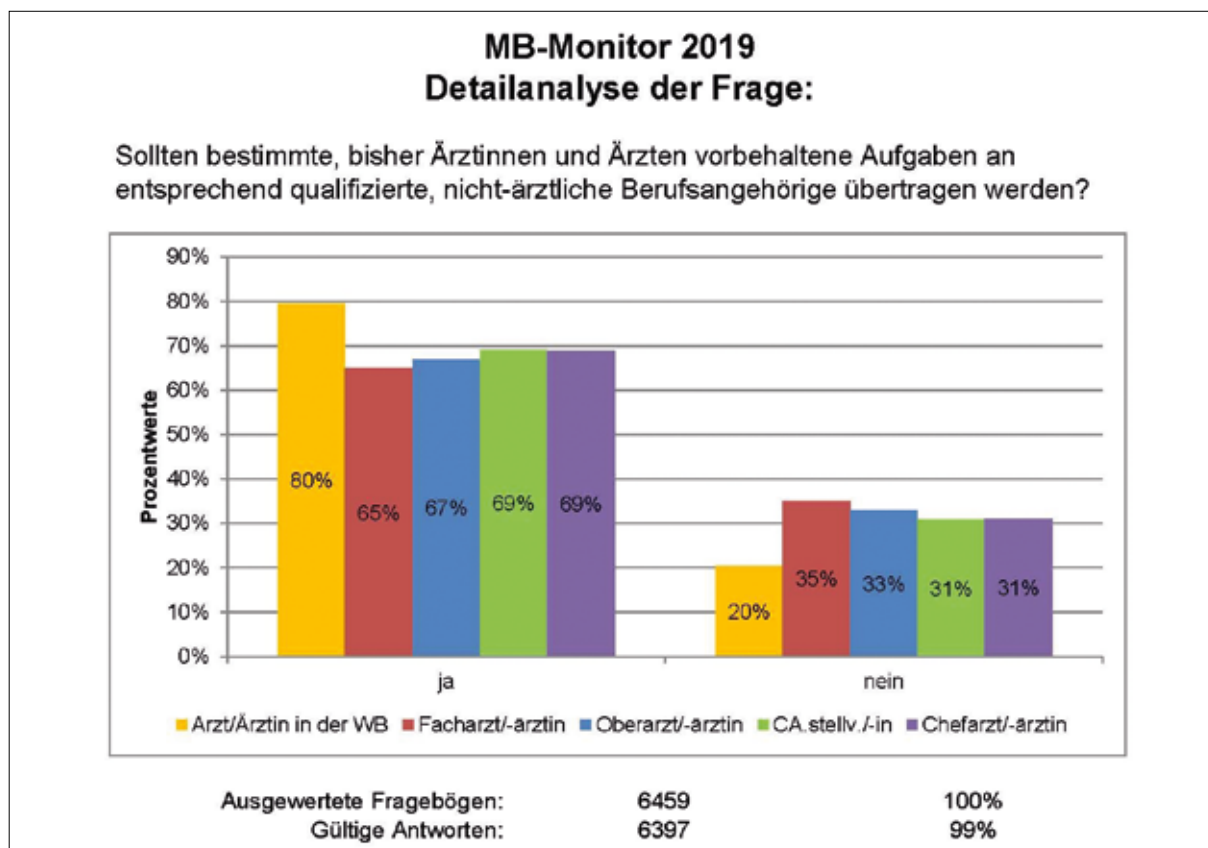


Abb. 1: MB-Monitor 2019 (IQME GmbH im Auftrag des Marburger Bundes)

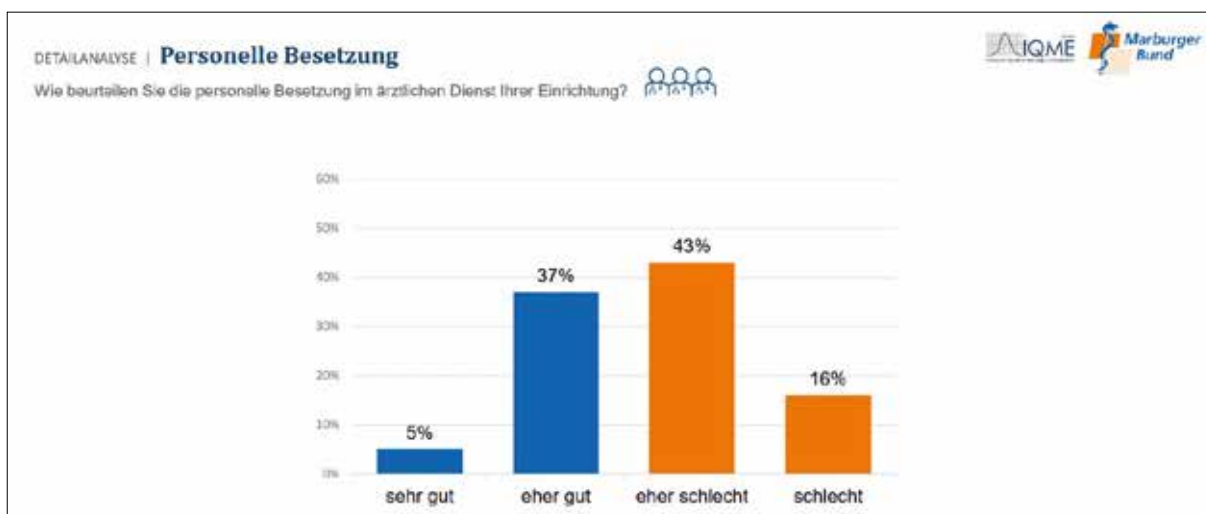


Abb. 2: Personelle Besetzung (IQME GmbH im Auftrag des Marburger Bundes)

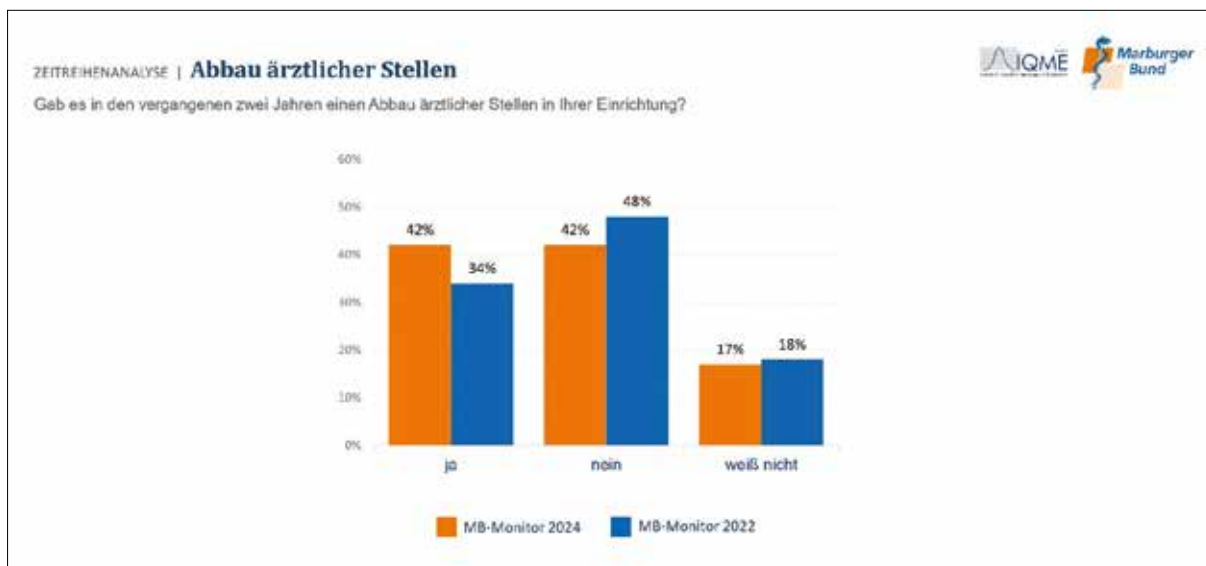


Abb. 3: Abbau ärztlicher Stellen (IQME GmbH im Auftrag des Marburger Bundes)

der Teilnehmenden beurteilt die ärztliche Personalsituation als eher schlecht (43 %) oder schlecht (16 %) (Abb. 2). Gleichzeitig steigt der Anteil derer, die einen Abbau ärztlicher Stellen in ihrer Einrichtung feststellen, wie ein Vergleich der Ergebnisse aus 2024 mit denen im MB-Monitor 2022 zeigt. Während im Jahr 2022 noch 34 Prozent einen Abbau ärztlicher Stellen in den zurückliegenden zwei Jahren konstatierten, waren es im Jahr 2024 bereits 42 Prozent. (Abb. 3) Die hierdurch dokumentierte

unzureichende und sich weiter verschlechternde ärztliche Personalausstattung – welche Ursachen der Abbau auch immer haben mag – könnte grundsätzlich geeignet sein, das Bedürfnis der Ärztinnen und Ärzte, aber auch der Arbeitgeber, nach „Abfederung“ durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe, insbesondere durch Physician Assistants, weiter zu steigern. Valide Aussagen zu einem solchen Zusammenhang gibt es bisher nicht, die Vermutung liegt jedoch nahe.

Zudem ist noch unklar, wie eine solche personelle Abfederung genau ausgestaltet werden soll. In der Politik ist zwar bereits seit der letzten Legislaturperiode ein Trend in Richtung gesetzlicher Absicherung von Aufgabenübertragung an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe erkennbar.

Im aktuellen Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode heißt es dazu: „Kurzfristig bringen wir Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einführung der „Advanced Practice Nurse“ auf den Weg und sichern den sogenannten „kleinen Versorgungsvertrag“ rechtlich ab. [...] Wir erhöhen die Wertschätzung und Attraktivität der Gesundheitsberufe. Wir ermöglichen den kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz und die eigenständige Heilkundenausübung.“ (4) Damit führt man an dieser Stelle die Linie der bisherigen Bundesregierung weitestgehend fort.

Allerdings schafft insbesondere der Referentenentwurf zum Pflegekompetenzgesetz (PKG) vom 23.06.2025 mit seinen letztlich – nicht nur aus Sicht des Marburger Bundes – unscharfen Festlegungen zur Kompetenzerweiterung von Pflegefachpersonen Unsicherheit auch für andere Gesundheitsfachberufe. Laut Zielsetzung des PKG sollen Pflegefachpersonen künftig neben Ärztinnen und Ärzten eigenverantwortlich weitergehende Leistungen als bisher und insbesondere – abgestuft nach der jeweils vorhandenen Qualifikation – bestimmte, bisher Ärztinnen und Ärzten vorbehalten Leistungen in der Versorgung erbringen können. Eine explizite Festlegung zu der entscheidenden Frage, ob der Gesetzgeber Delegation oder Substitution meint, bleibt der Referentenentwurf sowohl für den vertragsärztlichen wie auch für den stationären Bereich schuldig und lässt Spielraum für unterschiedliche Interpretationen, wie man an den Stellungnahmen unschwer erkennen kann. Der Begriff der „eigenständigen Heilkundenausübung“ taucht nicht auf.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass die Begrifflichkeit der Substitution im politischen Diskurs mittlerweile tunlichst vermieden und durch Alternativen wie „Poolverantwortung“ oder „qualifizierte Delegation“ umschrieben wird. Damit soll verdeutlicht werden, dass eine eigenverantwortliche Wahrnehmung heilkundlicher Aufgaben durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe nur bedeutet, dass diese neben und nicht anstelle der ärztlichen Leistungserbringung erfolgen soll.

Die Rolle des DHPA

Sehr viel klarer sind in dieser Sache die Vorstellungen und Wünsche des Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistant e.V. (DHPA), mit dem der Marburger Bund seit einem ersten Treffen 2018 in Kontakt steht und von dessen Expertise er bei der Beantwortung von Mitgliederanfragen zum Thema PA stets profitiert hat. An dieser Stelle großen Dank.

Im Auftrag des DHPA wurde ein in A und B geteiltes Rechtsgutachten zum Berufsbild PA erstellt, das auf dessen Homepage abrufbar ist (5). Aus den Formulierungen ergibt sich, dass man langfristig ein Berufsgesetz – also ähnlich dem neuen § 4a Pflegeberufegesetz im PKG – anstrebt, einschließlich Herauslösung aus dem Delegationsmodell hin zu einer eigenverantwortlichen Wahrnehmung bestimmter Aufgaben im Sinne einer Übernahme ärztlicher Tätigkeiten:

„Weiterhin sind die Absolventinnen und Absolventen befähigt, sich fortlaufend weiterzubilden und sich Tätigkeiten und Tätigkeitsfelder selbstständig zu erschließen. Die Qualifikation nach dem nachfolgendem Qualifikationsstandard befähigt daher ausdrücklich auch zur Vornahme von Tätigkeiten, deren selbständige Vornahme über den derzeit gemäß § 1 Heilpraktikergesetz zulässigen Tätigkeitsumfang hinausgeht. Daher setzen sich

der DHPA und die Hochschulen für eine gesetzliche Anerkennung dessen ein.“

Bis dieser Wunsch möglicherweise in Erfüllung geht, werden zunächst Delegationsmodelle in der vertragsärztlichen Versorgung erprobt, beispielsweise die vom Ersatzkassenverband vdek vorgestellten regionalen Versorgungszentren, bei denen neben PAs und auch nicht-ärztliche Praxisassistent:innen sowie Care und Case Manager eingesetzt werden. Vielleicht funktioniert das Miteinander in solchen Modellen so gut, dass die bisherigen Berührungspunkte zwischen den Berufsgruppen geringer werden.

Was bei der Delegation von bestimmten Aufgaben und ärztlicher Gesamtverantwortung noch praktikabel erscheint, wirft bei der Substitution jedoch offene Fragen auf. Denn Eigenständigkeit führt zwangsläufig zu mehr Verantwortung – auch in haftungsrechtlicher Hinsicht. Es ist der Ärzteschaft nicht zu verdenken, dass sie hier auf Klarheit besteht.

Literatur

BÄK, Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft, Ulmer Papier, Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages, 2008, https://www.bundesaerztekammer.de/arzt2008/media/Ulmer_Papier.pdf

BÄK und KBV, Physician Assistant – ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, Anlage zur Drs. Ib-08 des 120. DÄT, 2017, https://120daet.baek.de/attachments/1_lb-08_Physician_Assistant_Anlage_PA-Papier.pdf?t=1750657333

BÄK, Positionen der BÄK zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung, 2021, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Positionen_BAEK_zu_einer_interdisziplinaren_u._teamorientierten_Patientenversorgung_2023-12-20.pdf

BÄK, Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen, 2025, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025_.pdf

Marburger Bund, „Ärztliche Weiterbildung schützen – Berücksichtigung der Perspektiven und Belange von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung beim Einsatz von Physician Assistants“, Beschluss Nr. 21 der 145. Hauptversammlung des MB vom 24./25.05. 2025, https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2025-05/145.%20HV%2024._25.05.2025%20-%20Beschl%C3%BCsse_0.pdf

Bundesregierung, Koalitionsvertrag der 21. Legislaturperiode, <https://www.koalitionsvertrag2025.de/>

DHPA, Rechtsgutachten und Regelungsentwurf zum Berufsbild Physician Assistant, 2024, <https://www.hochschulverband-pa.de/rechtsstellung-von-physician-assistants/regelungsentwurf/>

Über die Autorin

Stefanie Gehrlein ist Justiziarin beim Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. Sie ist Volljuristin und seit vielen Jahren vorrangig im Gesundheitswesen tätig. Nach Beschäftigungen unter anderem bei Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung, dem Universitätsklinikum des Saarlandes und dem Hartmannbund ist sie seit Anfang 2009 Justiziarin des Marburger Bund Bundesverbandes. Verbandsrecht und gesundheitspolitische Fragestellungen gehören ebenso zu ihren Tätigkeitsfeldern wie die Bewertung von Gesetzesvorhaben und vieles mehr. Am 1. Juli 2024 wurde sie zudem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die Dauer von 5 Jahren als ehrenamtliche Richter:in beim Bundesarbeitsgericht berufen.



Die Studiengänge Physician Assistance aus Sicht der Akkreditierungsagentur AHPGS

Peter Heistermann

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

Prof. Dr. Peter Heistermann, Vorstandsvorsitzender des DHPA, spricht mit der Rechtsanwältin Eva Pietsch, Geschäftsführerin der Akkreditierungsagentur im Bereich Gesundheit und Soziales (AHPGS), über die Entwicklungen bei der Akkreditierung von PA-Studiengängen auf Bachelor- und Master-Niveau und die Bezüge zu anderen Qualifikationen.

Liebe Frau Pietsch, Sie sind seit vielen Jahren für die AHPGS tätig. Erzählen Sie uns kurz etwas über Ihre Person. Ich begleite die AHPGS seit 16 Jahren in verschiedenen Funktionen – zunächst als Referentin und Justiziarin, seit zwei Jahren als Geschäftsführerin. Im Bereich der Qualitätssicherung von Studiengängen interessieren mich insbesondere die europäische und internationale Perspektive der Akkreditierung sowie der Studiengänge selbst.

Wie sind Sie zum ersten Mal mit der Akkreditierung von PA-Studiengängen in Kontakt gekommen?

Im Jahr 2010 hat die Duale Hochschule Baden-Württemberg einen Bachelorstudiengang „Physician Assistant“ initiiert und gestartet. Damals wurde in der bundesweit ersten Weiterbildungsverordnung zur „Arztassistent:in“ des Landes Baden-Württemberg das Berufsbild rechtlich geregelt und der akademische Abschluss „Staatlich anerkannter:in Arztassistent:in (Physician Assistant)“ damit eingeführt. Als Weiterbildung war der Zugang examinierten

Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen sowie Altenpfleger:innen eröffnet. Durch diese Regelungen war die Employability der Absolvent:innen gesichert, sodass wir uns seitens der AHPGS gerne damit auseinandergesetzt, das Verfahren damals durchgeführt und den Studiengang akkreditiert haben.

Welche Chancen und Risiken für das Berufsbild haben Sie damals gesehen?

Ausgehend von dem später im Papier der Bundesärztekammer 2017 erwarteten abgeschlossenen Gesundheitsfachberuf setzten PA-Studiengänge zunächst auf entsprechende Ausbildungen auf und ermöglichten dieser Zielgruppe die Erweiterung ihrer Qualifikationen auf akademischem Niveau. Die Akademisierung trägt wesentlich zur Bildung einer Disziplin bzw. einer Berufsgruppe bei. Den Studiengängen hat von Beginn an die Zusammenarbeit mit renommierten Partnern im Krankenhaus- und Klinikbereich geholfen. Das war für das Land Baden-Württemberg und die Duale Hochschule Baden-Württemberg bei der Einführung des Studiengangs bedeutsam. Die Zahlen von 2024 mit einer Gesamtzahl von 5.000 PA-Studierenden

sprechen für sich. Die Einführung von PA-Studiengängen ist in Deutschland erfolgreich gelungen, ein entsprechender Bedarf besteht.

Herausfordernd ist und bleibt als nicht reglementierter Beruf die Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen, insbesondere Ärzt:innen und Pflegekräften, und die Frage nach der Berufsbefähigung.

An dieser Stelle großes Lob an den DHPA, der über Rechtsgutachten die Etablierung in Richtung geregelter Gesundheitsberuf vorantreibt.

Kommen wir zu den Master-Studiengängen. Welche besondere Rolle spielt aus Ihrer Sicht die Etablierung von Masterstudiengängen?

Masterstudiengänge sind für die Professionalisierung eines „Faches“ von Bedeutung. Sie stellen einen wesentlichen Schritt zur Generierung des wissenschaftlichen Nachwuchses dar und ein Abschluss ist zumeist Voraussetzung für den Zugang zu einer Promotion.

Wie war die Reaktion in der AHPGS?

Die AHPGS vertrat damals vehement die Ansicht, dass die Etablierung von PA-Masterstudiengängen in der deutschen Hochschullandschaft nur gelingen kann, wenn der Masterstudiengang formal und inhaltlich an einen abgeschlossenen spezifischen PA-Bachelorstudiengang anschließt.

Etwaige Überlegungen, vor allem aus dem Ausland, dass eine dreijährige Ausbildung in einem Gesundheitsberuf einem Bachelorabschluss gleichgestellt ist und entsprechend Zugang zum Master gewährt, haben wir damals aus formalen Gründen zurückgewiesen. Natürlich wurde dabei auch Einfluss insofern ausgeübt, dass in der AHPGS, vor allem von der Akkreditierungskommission, erhebliche Akzeptanzvorbehalte seitens der Ärzteschaft vermutet wurden. Eine weitere Überlegung bezog sich auf die Einbindung der

PA-Studiengänge in das gemeinsame Bemühen der Gesundheitsberufe um eine entsprechende Akademisierung. Die Überlegung war damals in der Tat bei einigen Personengruppen, dass PAs alle anderen überholen würden. Und schließlich ist die Kategorisierung der Masterabsolvent:innen „Physician Assistant“ als Hilfs- bzw. Assistenzberuf schwierig.

Können Sie uns das vor dem Hintergrund des Hochschulischen Qualifikationsrahmens HQR näher erläutern?

Die HQR-Ebene 2 setzt formal voraus, dass Ebene 1 in Form eines Bachelorstudiengangs abgeschlossen ist. Es kann nicht im Sinne der Akademisierung sein, dass dreijährige Ausbildungen in einem Gesundheitsfachberuf in Masterstudiengänge münden. Inhaltlich war es uns wichtig, dass explizit ein Physician-Assistant-Studiengang auf Bachelor-Ebene abgeschlossen worden ist.

Bezüglich der problematischen Kategorisierung der Masterabsolvent:innen „Physician Assistant“ als Hilfs- bzw. Assistenzberuf qualifiziert ein Masterabschluss u. a. für Führungs- und Leitungsaufgaben und eigenständige Tätigkeiten, die über die Qualifikationsziele eines Bachelorstudiengangs hinausgehen. Masterabsolvent:innen haben insgesamt ein fünfjähriges Studium absolviert und verfügen gegebenenfalls noch über eine vorangegangene einschlägige Ausbildung. Zu den Anforderungen an Masterabsolvent:innen passt nicht der Begriff, dass nach dem Masterabschluss ein Hilfs- oder Assistenzberuf ausgeübt werden soll.

Hat die Einstellung der Agenturen zu PA-Studiengängen in den letzten Jahren eine Entwicklung erfahren?

Aktuell finden sich in ELIAS, der Datenbank des Akkreditierungsrates, 27 akkreditierte BA und sechs MA zum Thema Physician Assistant. Die Studiengänge durchlaufen das geregelte Verfahren für die Begutachtung mit besonderem Blick

auf das Berufszielversprechen des konkreten Studiengangs. Ansonsten spiegeln PA-Studiengänge die im Gesundheitsbereich häufigen, teilweise komplexen Studienmodelle und -formate (dual, praxisintegrierend, Teilzeit, berufsbegleitend, weiterbildend, Kooperationen mit Gesundheitseinrichtungen, Online- bzw. Blended-Learning-Anteile) wider, die dem Bedarf der Zielgruppe entsprechen.

Dass die Akkreditierung erfolgreich verläuft, hat auch etwas mit der veränderten Einstellung der Anbieter zu tun, die sich an den rechtlichen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems orientieren müssen. Die Agenturen haben nicht behindert, sondern die Studiengänge auf realistische Füße gestellt. Die Entwicklung, dass Bachelorstudiengänge mittlerweile auch primärqualifizierend, d.h. ohne abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, studierbar sind, sehen wir in Bezug auf die Berufsbefähigung der Absolvent:innen weiterhin kritisch.

Was waren die Gründe für die Bedenken der AHPGS gegenüber primärqualifizierenden Studiengängen und hat sich die Einstellung bei der zunehmenden Anzahl primärqualifizierender Studiengänge, die ja häufig auch von der AHPGS akkreditiert wurden, geändert?

Das hatte vor allem auch rechtliche Gründe. Im Gesundheitswesen werden, vor allem, wenn es um kranke Menschen geht, Berufsgruppen in reglementierten Berufen tätig. Sämtliche Ausbildungen sind durch Ausbildungsgesetze, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen und Berufsgesetze geregelt. Auch die Studiengänge zur Pflegefachfrau/Pflegefachmann und zur Hebamme sind mittlerweile berufsgesetzlich reglementiert, insbesondere sind die Qualifikationsziele, aus denen sich die Tätigkeiten ableiten, definiert. Da stechen die PAs, die im Bereich zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Pflegefachkräften anzusiedeln sind, hervor. Das Papier der Bundesärztekammer vom

April 2025 gibt da wichtige Hinweise in Bezug auf mögliche Tätigkeiten, die von PAs übernommen werden können.

Wie beurteilen Sie die Verteilung von vertiefenden und spezialisierenden Master-Studiengängen?

Grundsätzlich ist auf Master-Ebene der Dreiklang Management – Lehre – Forschung als Richtschnur für Spezialisierungen empfehlenswert. Von sechs akkreditierten Masterstudiengängen sind zwei im Studiengangstitel durch Schwerpunkte (ambulante Versorgung und klinische Notfallmedizin) gekennzeichnet. Das erscheint als eine sinnvolle Verteilung von vertiefenden und spezialisierenden Masterstudiengängen und orientiert sich vermutlich am Bedarf.

Wie schätzen Sie die Bestrebungen der BÄK und des DHPA zur Etablierung von spezifischen Qualitätskriterien der Bachelor- und Masterstudiengänge über die Anforderungen des Akkreditierungsrates hinaus ein?

Diese Bestrebungen zielen auf eine Art „Fachqualifikationsrahmen“, die es vergleichbar in anderen Bereichen wie der Pflege oder auch Sozialer Arbeit bereits gibt. Festgelegte Kriterien bzw. ein festgelegter Rahmen sind eine Chance, sich in der Community auf Qualitätsaspekte zu einigen, z. B., wie vom DHPA gefordert, die Einführung kompetenzorientierter praktischer Prüfungen oder definierte Anforderungen an die Lehrenden. Von Bedeutung scheint mir, in solchen Qualitätskriterien auch die unterschiedlichen Qualifikationsziele von Bachelor- und Masterstudiengängen in den Blick zu nehmen. Solche Qualitätskriterien sind als Selbstverpflichtung zu verstehen, um ein Berufsbild bzw. die Profession zu etablieren oder dessen Entwicklung zu fördern. In der Begutachtung und Akkreditierung von Studiengängen werden sie nur dann zugrunde gelegt, wenn sie rechtlich verbindlich, z. B. in einem Berufsgesetz, fixiert sind.

Sehen Sie Parallelen in den Bemühungen zur Akademisierung der Therapie- und Pflegeberufe?

Insofern ja, als Bachelorstudiengänge und konsekutive Masterstudiengänge die Akademisierung und Professionalisierung vorantreiben. Die Entwicklung in anderen Gesundheitsberufen wird auf jeden Fall eine Rolle bei der Weiterentwicklung des Berufsbildes der PAs und der Studiengänge spielen, beispielsweise die primärqualifizierenden Pflegestudiengänge, die ab dem 01.01.2025 für heilkundliche Tätigkeiten qualifizieren. Aktuell ist die Situation von PA-Studiengängen mit gesetzlich geregelten Studiengängen bzw. Berufen nicht vergleichbar. Für die fortschreitende Akademisierung der Therapieberufe sind die Berufsgesetze, vergleichbar mit Pflegewissenschaft oder Hebammenwissenschaft, zu novellieren. Und letztendlich wird sich vermutlich ein Berufsgesetz für PAs an den im Gesundheitswesen bestehenden Berufsgesetzen orientieren.

Haben Vergleiche mit PA-Masterstudiengängen in anderen Ländern eine Rolle gespielt?

Hier hat man auch zu Beginn der Entwicklung von PA-Studiengängen in Deutschland ins nähere und fernere Ausland, z.B. Niederlande, USA, Großbritannien, geschaut. Bedeutsam waren vor allem die Unterschiede zu diesen genannten Ländern, in denen PAs bereits ein etablierter Beruf waren. PAs stellten in deren Gesundheitssystem eine feste Größe mit klarer Abgrenzung zu den anderen Berufen dar. Leitend war die Frage, wie PAs in unser System passen können.

Wie beurteilen Sie die aktuellen Möglichkeiten einer internationalen Akkreditierung durch US-amerikanische Akkreditierungsagenturen?

Werden die Studiengänge von deutschen Hochschulen angeboten, ist entsprechend den landesrechtlichen Vorgaben eine Akkreditierung durch den Akkreditierungsrat erforderlich. Darüber hi-

naus kann eine internationale Akkreditierung als Add-on sinnvoll sein, um bestimmte Qualitätskriterien nachzuweisen oder um sich Märkte und Zielgruppen zu erschließen. Internationale, insbesondere amerikanische Akkreditierungen, sind meist keine akademischen, sondern auf den Arbeitsmarkt fokussiert, so dass Absolvent:innen auf dem amerikanischen Arbeitsmarkt unterkommen können. Hier gelten unter Umständen ganz andere Voraussetzungen, erwartete Qualifikationsziele und Kompetenzen. Wenn der Zugang zum US-amerikanischen Arbeitsmarkt dadurch erleichtert oder gewährleistet wird, kann das ein sinnvolles, aber durchaus sehr teures Vorgehen sein. Die Verfahren national und international sind nicht verknüpfbar, es handelt sich dann definitiv um ein freiwilliges Verfahren, ein Add-on.

Wo sehen Sie den PA mit Masterabschluss in einigen Jahren?

Auch in Zukunft wird allein aufgrund des Bedarfs an Fachkräften im Gesundheitswesen die Erfolgsgeschichte der PAs weitergeschrieben werden. Eine rechtliche Ausgestaltung des Berufs wäre förderlich und ist abhängig vom Gesetzgeber. Dafür müssen wohl noch einige dicke Bretter gebohrt werden und die Mühlen mahlen langsam. Das aktuelle Papier der Bundesärztekammer geht in diese Richtung und greift in Bezug auf Masterstudiengänge die Themen Forschung, Lehre und Management sowie hochspezialisierte Versorgungssettings auf.

Gesprächspartnerin

RAin Eva Pietsch ist Geschäftsführerin der AHPGS Akkreditierung gGmbH in Freiburg.



Qualitätssicherung durch Akkreditierung von Studiengängen – Erfahrungen und Perspektiven

Simone Kroschel

AQAS e.V. - Agentur für Qualitätssicherung durch Akkreditierung von Studiengängen

Aufgezeigt wird, wie die Akkreditierung von Studiengängen in Deutschland als Maßnahme zur Qualitätssicherung geregelt ist. Exemplarisch werden Themen angeführt, die bei der Akkreditierung von Physician Assistant-Studiengängen oftmals eine Rolle spielen. Dabei wird auch darauf eingegangen, was die Akkreditierung leisten kann, wo es Grenzen gibt und was eine mögliche Reglementierung durch ein Berufsgesetz diesbezüglich bedeuten würde.

Das deutsche Akkreditierungssystem

Die „Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements für die Studiengänge“ (1) stellt ein zentrales Ziel des Deutschen Hochschulverbands Physician Assistant e.V. (DHPA) dar, das sich insbesondere in einer angestrebten und unter verschiedenen Aspekten bereits beschlossenen Selbstverpflichtung seiner Mitgliedshochschulen, in den „Physician Assistant“-Studiengängen (PA-Studiengängen) bestimmte Standards einzuhalten, widerspiegelt. Der entsprechende Regelungsentwurf sieht in § 9 auch die Akkreditierung der Studiengänge im Rahmen der Programm- oder der Systemakkreditierung vor (2).

Diese wurde in Deutschland im Zuge des Bologna-Prozesses mit dem Ziel eingeführt, „die Qualität der Bachelor- und Masterstudiengänge zu sichern, Transparenz hinsichtlich des differenzierten Studienangebots der Hochschulen herzustellen und na-

tionale sowie internationale Anerkennung der Abschlüsse zu gewährleisten“ (3 S. 18). Die Verfahren und die Kriterien sind auf der Basis eines Staatsvertrags in einer Musterrechtsverordnung (MRVO) (4) der Kultusministerkonferenz festgeschrieben, die die Bundesländer in der jeweils aktuellen Fassung weitgehend wortgleich in Rechtsverordnungen überführen. Unterschieden wird zwischen der Programmakkreditierung, bei der ein Studiengang an einer Hochschule oder Berufsakademie (im Folgenden subsumiert unter dem Begriff „Hochschule“) akkreditiert wird, und der Systemakkreditierung, bei der das Qualitätssicherungssystem einer Hochschule akkreditiert wird und diese damit das Recht erhält, ihre Studiengänge selbst zu akkreditieren. Die Entscheidung über die Akkreditierung trifft bei der Programm- sowie bei der Systemakkreditierung der Akkreditierungsrat als ein staatliches, durch die Länder eingerichtetes Gremium. Die Begutachtung, die einer Entscheidung vorausgeht, wird von einer Agentur durchgeführt, die auf

privatrechtlicher Basis in der Regel als gemeinnützige Einrichtung agiert und vom Akkreditierungsrat zugelassen sein muss.

Bei der Begutachtung wird zwischen formalen und fachlich-inhaltlichen Kriterien unterschieden. Die Überprüfung der formalen Kriterien erfolgt durch die Agentur. In Bezug auf die fachlich-inhaltlichen Kriterien wird ein Peer Review durchgeführt, bei dem Hochschullehrer:innen, Vertreter:innen der Berufspraxis und studentische Gutachter:innen sich im Rahmen einer Begehung der Hochschule ein Bild von der Umsetzung der Kriterien machen und die Ergebnisse in einem Gutachten dokumentieren. Die Akkreditierung kann mit Auflagen erfolgen, wobei der Akkreditierungsrat in seiner Entscheidung nicht an das Votum der Gutachter:innen und die von ihnen vorgeschlagenen Auflagen gebunden ist. Auskunft über seine Entscheidungspraxis und zentrale Auslegungsfragen zur MRVO gibt der Akkreditierungsrat auf seiner Homepage im Rahmen der FAQ (5).

Systemakkreditierte Hochschulen müssen bei der internen Akkreditierung ihrer Studiengänge ebenfalls die Einhaltung der Kriterien für die Akkreditierung von Studiengängen prüfen und für die fachlich-inhaltliche Begutachtung externe Expert:innen aus oben genannten Statusgruppen einbeziehen, sind aber in der Gestaltung des Begutachtungsprozesses freier als die Agenturen. Insbesondere treffen sie die Entscheidung über die Akkreditierung ihrer Studiengänge selbst.

„Fachliche Standards“ in der Akkreditierung

Die Kriterien für die Akkreditierung von Studiengängen sind grundsätzlich für alle Bachelor- und Masterstudiengänge unabhängig von ihrer fachlichen Ausrichtung gleich. Die formalen Kriterien umfassen Aspekte wie die Regelstudienzeit oder den Abschlussgrad. Die fachlich-inhaltlichen Kri-

terien folgen im Wesentlichen dem Grundsatz, dass die Hochschule für einen Studiengang Qualifikationsziele und Lernergebnisse definiert, um dann nachzuweisen, wie sie diese in Bezug auf Curriculum, Mobilität, personelle und sächliche Ressourcen, Prüfungssystem und Studierbarkeit umsetzt. Zudem müssen angemessene Konzepte zum Monitoring des Studienerfolgs und hinsichtlich Diversität, Geschlechtergerechtigkeit und Nachteilsausgleich vorliegen. Die Qualifikationsziele und Lernergebnisse müssen die Aspekte wissenschaftliche Befähigung, Persönlichkeitsentwicklung und Befähigung zur qualifizierten Erwerbstätigkeit umfassen und die Anforderungen in den verschiedenen Kompetenzdimensionen, die im „Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse“ (7) für das jeweilige Niveau genannt sind, erfüllen.

In erster Linie geht es bei der fachlich-inhaltlichen Begutachtung somit um die Frage, ob das, was die Hochschule den Studierenden und anderen Stakeholdern mit einem Studiengang in Aussicht stellt, in die Systematik gestufter Studiengänge passt und mit dem an der Hochschule praktizierten Konzepten und den vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden kann. Damit sind erst einmal keine bestimmten curricularen Inhalte vorgeschrieben, sondern es geht um die Stimmigkeit eines Studiengangskonzepts. Das hat den Vorteil, dass die Vorgaben für alle Studiengänge im Wesentlichen gleich und unabhängig von fachlich-inhaltlichen Entwicklungen sind.

In diesem Sinne haben die Beschlüsse und Empfehlungen von Fachgesellschaften wie des DHPA ebenso wie zum Beispiel auch das Papier der Bundesärztekammer zum Berufsbild Physician Assistance (8), auf das Hochschulen ebenfalls häufig Bezug nehmen, im Rahmen der Akkreditierung keinen verbindlichen Charakter. Allerdings wird unter dem Kriterium „Fachlich-inhaltliche Gestaltung der Studiengänge“ in § 13 Abs. 1 MRVO gefordert: „Die Aktualität und Adäquanz der fachlichen und

wissenschaftlichen Anforderungen ist gewährleistet. Die fachlich-inhaltliche Gestaltung und die methodisch-didaktischen Ansätze des Curriculums werden kontinuierlich überprüft und an fachliche und didaktische Weiterentwicklungen angepasst. Dazu erfolgt eine systematische Berücksichtigung des fachlichen Diskurses auf nationaler und gegebenenfalls internationaler Ebene.“ Das bedeutet, dass bei der Akkreditierung überprüft werden soll, ob es für einen Studiengang Prozesse und Zuständigkeiten gibt, um sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit aktueller Forschung sowie mit für den Studiengang einschlägigen Beschlüssen und Empfehlungen zum Beispiel von Fachgesellschaften, dem Wissenschaftsrat und anderen relevanten Stakeholdern stattfindet.

In der Praxis heißt dies unter anderem, dass eine Hochschule, die behauptet, die Empfehlungen bzw. Vorgaben aus einem bestimmten Papier einzuhalten, dies aber nicht tut, die Auflage erhalten kann, diese Diskrepanz aufzulösen. Auch muss eine Hochschule, die von entsprechenden Empfehlungen oder Vorgaben abweicht, damit rechnen, dass die Gutachter:innen eine Begründung dafür erwarten und wissen möchten, wie die Hochschule auf andere Weise eine vergleichbare Qualität sicherstellt.

In diesem Zusammenhang wird bei der Akkreditierung davon ausgegangen, dass die Gutachter:innen die Diskussion um fachliche Standards in die Begutachtungsverfahren tragen. So legt der für die Agenturen verbindliche Leitfaden der Hochschulrektorenkonferenz für die Benennung von Hochschullehrer:innen in Gutachtergruppen als Auswahlkriterium unter anderem fest, dass diese „aktiv in die „academic community“ ihres Faches eingebunden sind und daher fachliche Expertise auf dem Gebiet des zu akkreditierenden Studiengangs und möglichst auch angrenzender Fachgebiete besitzen“ (9 S. 4). Zur Gewinnung von Gutachter:innen wird angegeben, dass die Agenturen unter anderem bei

wissenschaftlichen Fachgesellschaften nach Hinweisen auf geeignete Personen fragen sollen (9 S. 4). Einige Fachgesellschaften veröffentlichen auch Listen mit namentlichen Vorschlägen.

Die Akkreditierung von PA-Studiengängen

Der Akkreditierungsrat verfügt über eine Datenbank ELIAS (10), in der alle akkreditierten Studiengänge in Deutschland mit dem Akkreditierungsergebnis einsehbar sind. Dort finden sich unter „Physician Assistant“ bzw. „Physician Assistance“ aktuell 33 Eintragungen. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse und insbesondere der bei der Akkreditierung erlassenen Auflagen wäre an dieser Stelle nur sehr bedingt aussagekräftig, was zum einen daran liegt, dass bei der Programmakkreditierung die Erwartung besteht, dass die Agenturen den Hochschulen die Möglichkeit geben, Defizite hinsichtlich der Erfüllung der Kriterien im Begutachtungsverfahren zu beheben, um eine Beauftragung durch den Akkreditierungsrat zu vermeiden. Daher sind in ELIAS nur die Auflagen zu finden, die entweder nicht im Voraus erfüllt oder zusätzlich vom Akkreditierungsrat erteilt wurden. Zum anderen enthält ELIAS auch die Ergebnisse aus internen Akkreditierungsverfahren systemakkreditierter Hochschulen, bei denen die Hochschule die Entscheidung trifft. Hinzu kommt, dass es sich bei den 33 Eintragungen teilweise um Bachelor- und teilweise um Masterstudiengänge handelt, einige Studiengänge primärqualifizierend sind und andere einen einschlägigen Berufsabschluss voraussetzen sowie manche Studiengänge als dual ausgewiesen sind und andere nicht, was zusätzlich die Vergleichbarkeit einschränkt.

Allerdings lassen sich aus den in ELIAS einsehbaren Dokumenten und den Erfahrungen mit Begutachtungsverfahren aus Agentursicht durchaus Themen identifizieren, die bei der Begutachtung von Studiengängen im Bereich „Physician Assistant“ wiederholt relevant sind.

Dazu gehört zum Beispiel das Thema der personellen Ausstattung. Da sich zahlreiche PA-Studiengänge im Aufbau befinden bzw. zum Zeitpunkt der Akkreditierung im Aufbau befunden haben, ist der Aufwuchs der personellen Ressourcen ein häufiger Diskussionspunkt, der sich auch in Auflagen zum Beispiel zur Vorlage einer Aufwuchsplanung oder zum Nachweis von Stellenausschreibungen niederschlägt. Zusätzlich zur Ausstattung mit Professuren kommt häufig auch die Frage auf, ob die weiteren Ressourcen – zum Beispiel zur Betreuung der Studierenden in den Praxisphasen – ausreichen und wie die entsprechenden Personen qualifiziert sind. Diese Beobachtung gilt jedoch auch für andere Studiengänge im Gesundheitsbereich, da hier aktuell zahlreiche Angebote entstehen, für die Personal aufzubauen ist und Erfahrungen mit Qualifizierungsanforderungen gesammelt werden müssen. Bei einer Auswertung von Auflagen nach Fächergruppen, die der Akkreditierungsrat durchgeführt hat, steht das Thema „Personelle Ressourcen“ hinsichtlich der Häufigkeit von Auflagen bei Studiengängen im Bereich „Medizin, Gesundheitswissenschaften“ an zweiter Stelle, zum Beispiel bei „Mathematik, Naturwissenschaften“ dagegen erst an siebter Stelle (12), was trotz der oben dargestellten Einschränkungen zur Aussagekraft derartiger Auswertungen darauf hinweist, dass der personellen Ausstattung bei der Begutachtung von Studiengängen im Gesundheitsbereich ein besonderer Stellenwert zukommt.

Ein weiteres häufiges Thema sind die Praxisphasen vor allem im Bachelorstudium. Hier gibt es für Studiengänge im Gesundheitsbereich häufig einen festen Kanon an Kompetenzen, die erlangt, und an inhaltlichen Bereichen, die abgedeckt werden müssen, wie er sich für PA-Studiengänge im Regelungsentwurf des DHPA (2) oder dem Papier der Bundesärztekammer (8) findet. Zudem werden die Praxisphasen in einem stark regulierten Umfeld absolviert, so dass der Status der Studierenden und ihrer Tätigkeiten in der Praxis geklärt und

festgeschrieben sein muss. Während Praxisphasen in anderen Fächergruppen oft das Ziel haben, dass Studierende individuell ein Projekt in einem Unternehmen durchführen oder sich ein Berufsfeld erschließen, und die Regelungen in den Prüfungsordnungen darauf ausgerichtet sind, die Gestaltungsfreiheit nicht unnötig einzuschränken, bedarf es bei den PA-Studiengängen aus den oben genannten Gründen eines engmaschigen Konzepts für die Praxisphasen, das unter anderem sicherstellt, dass die Studierenden für alle fachlichen Bereiche passende Plätze finden, dort ausreichend betreut werden und eine Qualitätssicherung der Praxisphasen gewährleistet ist. Hier kommt es bei der Begutachtung häufig zu Nachfragen und teilweise auch zu Auflagen, weil es in den Studiengängen zwar durchaus Konzepte für die Praxisphasen und die Kooperation mit Praxiseinrichtungen gibt, aber Präzisierungen oder klarere Festschreibungen für notwendig gehalten werden.

Ein weiteres Thema, das bei Begutachtungsverfahren für Studiengänge insgesamt regelmäßig eine Rolle spielt, bei Studiengängen im Gesundheitsbereich aber eine besondere Relevanz hat, ist das des Stellenwerts digitaler Lehr- und Lernformate. Insbesondere im Zuge der Covid-19-Pandemie dürften nahezu alle Hochschulen die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen haben, Lehrveranstaltungen als Online- oder hybride Veranstaltungen durchzuführen und das Selbststudium sowie die Kommunikation durch verschiedene Tools zu unterstützen. Seitdem wird auf verschiedenen Ebenen die Diskussion geführt, was davon dauerhaft in die einzelnen Studiengänge überführt werden und wie sich die Digitalisierung in Lehre und Studium weiterentwickeln soll. Der Wissenschaftsrat hat in seinen „Empfehlungen zur Digitalisierung in Lehre und Studium“ auf Chancen zum Beispiel durch die Flexibilisierung und Individualisierung des Studiums hingewiesen, aber auch Risiken und Grenzen deutlich gemacht, insbesondere was den Wert

persönlicher Begegnungen und den Erwerb sozialer Kompetenzen betrifft (12 S. 59-62). Konstatiert wird: „In welchem Umfang sich welche digitalen Elemente jeweils eignen, hängt ab von den Lernzielen (z. B. Wissensvermittlung oder Problemlösungskompetenz), der Art der Veranstaltung (z. B. Vorlesung, Seminar oder Laborübung), dem Fach (z. B. Rechtswissenschaften oder Schauspiel), der Studienphase (z. B. Bachelor oder Master) sowie von den digitalen Kompetenzen der Lehrenden und Studierenden. Der Einsatz digitaler Elemente sollte sich stets an diesen Gegebenheiten orientieren“ (12 S.68).

So stellt sich bei der Begutachtung insbesondere von denjenigen Studiengängen im Gesundheitsbereich, die auch auf praktische Kompetenzen zielen, zum einen die Frage, inwiefern die Lehre durch digitale Tools wie zum Beispiel durch Virtual Reality-Anwendungen bereichert werden kann, zum anderen muss in Fällen mit hohen Online-Anteilen aber auch diskutiert werden, wo eine persönliche Präsenz von Lehrenden und Lernenden zwingend notwendig ist und entsprechende Formate einzufordern sind, weil Kompetenzen im Umgang mit Patient:innen und der Zusammenarbeit mit anderen Akteur:innen entweder in einem Skills Lab oder in realen Situationen in Kliniken, Praxen oder anderen Einrichtungen durch praktische Übung erlangt werden müssen. Der Regelungsentwurf des DHPA geht von in der Regel mindestens 50 % Präsenzanteil der Kontaktzeit des hochschulischen Anteils und der Vermittlung von praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten in Präsenzveranstaltungen aus (2). Daraus ergibt sich im Sinne des Kriteriums „Fachlich-inhaltliche Gestaltung der Studiengänge“ ein Anhaltspunkt, zu dem sich betroffene Hochschulen positionieren sollten. Zudem stellt sich unter dem Aspekt der angestrebten praktischen Kompetenzen im Verhältnis zu den im Studiengang praktizierten Lehr- und Lernmethoden die Frage nach der Konsistenz.

Zu diesem Themenkomplex finden sich in den FAQ des Akkreditierungsrats (5) keine näheren Hinweise. Dass Konzepte im Einzelfall überprüft werden müssen, ist im Sinne der Vermeidung von Überregulierung auch grundsätzlich nachvollziehbar. Wenn man aber bedenkt, dass es zum Beispiel für das Profilmerkmal „dual“ sehr detaillierte Anforderungen gibt (5 16.1-2), könnte man darüber nachdenken, ob es angesichts der Zunahme von hybriden und online-Studiengängen nicht auch sinnvoll wäre, wenn der Akkreditierungsrat diesbezüglich Leitplanken für die Akkreditierung setzen würde, denn die Frage, wann zum Beispiel zur Erlangung praktischer und sozialer Kompetenzen oder zur Vermittlung sicherheitsrelevanter Aspekte Grenzen von digitalen Formaten erreicht sind, betrifft nicht nur Studiengänge im Gesundheitsbereich, sondern stellt sich – im Sinne der oben angegebenen Abwägung des Wissenschaftsrats – auch in anderen Fachrichtungen und hat eine erhebliche Auswirkung auf die Kompetenzentwicklung der Studierenden und das Qualifikationsprofil der Absolvent:innen.

Ein weiteres Thema, das bei der Begutachtung von PA- und anderen Studiengängen im Gesundheitsbereich regelmäßig eine Rolle spielt, ist das der Anschlussmöglichkeiten nach dem Bachelor- und dem Masterstudium. Das betrifft zum einen das Berufsfeld, wo sich typische Tätigkeitsfelder und mögliche Karrierewege für Bachelor- und für Masterabsolvent:innen vielfach erst entwickeln müssen, und zum anderen den akademischen Bereich, in dem Strukturen wie Fachbereiche noch im Aufbau begriffen sind und Disziplinen sich etablieren müssen. In den „Perspektiven zur Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe“ empfiehlt der Wissenschaftsrat (primär mit Blick auf Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften, aber durchaus auch übertragbar auf PA-Studiengänge), „berufliche Zielpositionen für hochschulisch qualifizierte Gesundheitsfachpersonen zu entwickeln und dadurch Karrierewege

in Versorgung und Wissenschaft aufzuzeigen“ (14 S. 46). Auch wenn es sich dabei um eine Forderung handelt, die in ihrer Tragweite über das hinausgeht, was eine Hochschule bezogen auf einen einzelnen Studiengang leisten kann, wird bei den Begutachtungsverfahren doch regelmäßig gefragt, welchen Beitrag ein Studiengang hier leistet und wie zum Beispiel auch die Hochschulleitung die Entwicklung unterstützt.

Reglementierung als Perspektive

Wie die beispielhaft geschilderten Eindrücke zeigen, lassen sich durchaus Diskussionspunkte benennen, die bei der Begutachtung von PA-Studiengängen regelmäßig eine Rolle spielen. Dies lässt sich allerdings nicht immer an Auflagen ablesen, da oftmals Hinweise der Gutachter:innen und der Agentur schon während des Verfahrens von der Hochschule aufgenommen und umgesetzt werden. Angesichts der Komplexität des deutschen Akkreditierungssystems mit der Unterteilung in Programm- und interne Akkreditierung systemakkreditierter Hochschulen sind der Vergleichbarkeit und der Möglichkeit, eine eindeutige und durchgängige Entscheidungspraxis zu identifizieren, ebenfalls Grenzen gesetzt.

Zu einer starken Standardisierung der PA-Studiengänge, die sich auch in der Akkreditierung abbildet, würde zweifellos die vom DHPA angestrebte Regulierung durch ein Berufsgesetz beitragen. Abgesehen von den anderen rechtlichen Implikationen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll, würde eine solche Reglementierung bedeuten, dass parallel zur Akkreditierung eine Prüfung des Studiengangs im Hinblick auf die berufszulassungsrechtliche Eignung durch eine zuständige staatliche Stelle erfolgt und der entsprechende Bescheid bei der Akkreditierung vorgelegt werden muss bzw. dessen Nachreichen zur Auflage gemacht wird. Denn wenn im Rahmen der Qualifikationsziele ein „Berufszielversprechen“

für einen reglementierten Beruf gegeben wird, muss für die Akkreditierung nachgewiesen werden, dass die berufsrechtliche Eignung des Studiengangs gegeben ist (5 17.2). Das Prüfverfahren kann organisatorisch mit der Akkreditierung verbunden werden, indem ein:e Vertreter:in der zuständigen staatlichen Stelle an der Begutachtung teilnimmt. Der Vorteil einer solchen Verbindung liegt vor allem darin, dass widersprüchliche Auflagen vermieden werden. Bei der Systemakkreditierung müssen die Hochschulen nachweisen, dass sie bei der internen Akkreditierung reglementierter Studiengänge ebenfalls eine angemessene Beteiligung der zuständigen staatlichen Stellen sicherstellen.

Nach den Erfahrungen mit anderen Studiengängen, die zu reglementierten Berufen führen, beinhaltet die Regulierung bei allen Vorteilen auch die Gefahr, dass die Gestaltungsfreiheit der Hochschulen mitunter stärker als vielleicht nötig eingeschränkt wird. Unter dem Aspekt von Lehre und Studium wäre daher zu wünschen, dass bei einer möglichen Regulierung die Ziele gestufter Studiengänge von Beginn an im Blick behalten werden. Dazu gehört, dass die gesetzlichen Vorgaben nicht dem Prinzip des studienbegleitenden modulbezogenen Prüfens entgegenstehen, also die Prüfungen, die für die Berufszulassung relevant sind, weder zusätzlich zu den Modulprüfungen erbracht werden müssen noch alle in der Abschlussphase des Studiums angesiedelt sind. Hilfreich wäre außerdem, wenn die Vorgaben inhaltlich nicht so starr wären, dass Wahlmöglichkeiten im Studium verhindert oder stark minimiert werden. Zudem sollten die studentische Mobilität mitgedacht werden und Lehrveranstaltungen und Praxisphasen im Ausland absolviert werden können, ohne dass es zu Kollisionen mit der Berufszulassung kommt, da es gerade im Gesundheitsbereich zu wünschen ist, dass die Studierenden auch die Gelegenheit haben, Ansätze in anderen Ländern kennenzulernen.

Fazit

Insgesamt stellen die PA-Studiengänge ebenso wie die anderen neuen Studienprogramme im Gesundheitsbereich, die in den letzten Jahren entstanden sind und aktuell entstehen, einen dynamischen Bereich dar, der von hoher gesellschaftlicher Relevanz ist. Maßgebend für die weitere Entwicklung der fachlich-inhaltlichen Standards und der rechtlichen Rahmenbedingungen sind die Akteur:innen auf fachlicher Ebene wie der DHPA sowie die politischen Entscheidungsträger:innen. Die Akkreditierung wird diese Entwicklung auch in Zukunft mit Interesse begleiten und in dem ihr gesetzlich gesetzten Rahmen ihren Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.

Literatur

1. Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V.: DHPA legt Regelungsentwurf zum Berufsbild Physician Assistant vor [Internet]. 2024 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/rechtsstellung-von-physician-assistants/regelungsentwurf/>
2. Huster S., Büscher A., Bidmon P.: Kurzfassung des Gutachtens zur Rechtsstellung von Physician Assistant [Internet]. 2023 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2024/04/Regelungsentwurf-Website-Online-07.04.2024.pdf>
3. Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V.: Qualitätsmanagement für Hochschulen. München: Carl Hanser Fachbuchverlag; 2014
4. Kultusministerkonferenz: Musterrechtsverordnung gemäß Artikel 4 Absätze 1 – 4 Studienakkreditierungsstaatsvertrag [Internet]. 2024 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2024/2024_11_21-Muster-rechtsverordnung.pdf
5. Stiftung Akkreditierungsrat: FAQ [Internet]. [Zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://www.akkreditierungsrat.de/de/faq>
6. Stiftung Akkreditierungsrat: Akkreditierungssystem [Internet]. [Zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://www.akkreditierungsrat.de/de/akkreditierungssystem/akkreditierungssystem>
7. Kultusministerkonferenz: Qualifikationsrahmen für deutsche Hochschulabschlüsse [Internet]. 2017 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2017/2017_02_16-Qualifikationsrahmen.pdf
8. Bundesärztekammer: Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen [Internet]. 2025 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025_.pdf
9. Hochschulrektorenkonferenz: Verbindlicher Leitfaden zur Benennung von Hochschullehrerinnen und Hochschullehrern für Gutachtergruppen gem. Art. 3 Abs. 3 Studienakkreditierungsstaatsvertrag [Internet]. 2018 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://akkreditierungsrat.de/de/media/65>
10. Stiftung Akkreditierungsrat: Zentrale Datenbank akkreditierter Studiengänge und Hochschulen [Internet]. [Zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://www.akkreditierungsrat.de/de/aktuelles-und-veroeffentlichungen/ar-datenanalyse/ar-datenanalyse>
11. Stiftung Akkreditierungsrat: AR-Datenanalyse [Internet]. [Zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2022/9848-22>
12. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Digitalisierung in Lehre und Studium [Internet]. 2022 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: Empfehlungen zur Digitalisierung in Lehre und Studium (Drs. 9848-22), Juli 2022
13. Wissenschaftsrat: Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe [Internet]. 2023 [zitiert 03.05.2025]. Verfügbar unter: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23>

Über die Autorin

Dr. Simone Kroschel studierte Lateinische und Griechische Philologie und Informationswissenschaft an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und promovierte in der Klassischen Philologie. Anschließend an ihr studentisches Engagement war sie in verschiedenen Funktionen auf dem Gebiet der Curriculumsentwicklung und Qualitätssicherung in Studium und Lehre tätig. Sie leitet aktuell den Bereich Programmakkreditierung bei AQAS e.V. in Köln.



Physician Associates in der Schweiz: Mit EPAs zu klaren Rollen und Verantwortlichkeiten

Sonia Barbosa, Joëlle Schneuwly
Foederatio Medicorum Helveticorum – FMH

Entrustable Professional Activities (EPAs) sind zu einem zentralen Bestandteil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in der Schweiz geworden. Bereits in den Lehrplan der Physician Associates (PAs) integriert, bieten sie einen strukturierenden Rahmen, der auch in der klinischen Lehre Anwendung finden sollte, um den PA-Beruf nachhaltig zu verankern.

Obwohl Physician Associates (PAs) international bereits etabliert sind, handelt es sich in der Schweiz noch um ein vergleichsweises neues Berufsbild. Zu den sogenannten Berufen der Advanced Practice gehörend, verändern sie die traditionellen Strukturen der klinischen Organisation. Grundlage dazu bildet ein Abschluss in einem Gesundheitsberuf, auf den eine Weiterbildung folgt, die den Erwerb erweiterter, traditionell Ärztinnen und Ärzten vorbehaltener Kompetenzen ermöglicht. (1)

Wie bei jedem Paradigmenwechsel weckt auch diese Entwicklung gleichermaßen Misstrauen, berechtigte Fragen – etwa im Hinblick auf die klinische Verantwortung – und Neugierde. Während die Integration des PA-Berufs oft auf konkreten Bedürfnissen der Praxis beruht, hängt seine Akzeptanz durch die Ärzteschaft stark von der Klarheit des Kompetenzbereichs und Selbständigkeitsgrads ab. Um diese Klarheit zu fördern, schlagen wir im Einklang mit einem von der FMH entwickel-

ten Konzept (2) vor, *Entrustable Professional Activities* (EPAs), auf Deutsch *Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten* (APT), als strukturierenden Bezugsrahmen heranzuziehen. Eine EPA bezeichnet eine berufsbezogene Handlungseinheit, die einer Person vollständig anvertraut werden kann, sobald diese die notwendigen Kompetenzen nachgewiesen hat, um die Tätigkeit selbständig auszuführen. (3)

Auch wenn EPAs häufig als pädagogische Abstraktion wahrgenommen werden, sind sie durch den nationalen Lernzielkatalog *PROFILES*, der 2017 erstellt und 2023 aktualisiert wurde, bereits fest im Schweizer Medizinstudium verankert. (4) Für die medizinischen Fachgesellschaften, die ihre Weiterbildungsprogramme unter Anwendung der EPA-Systematik anpassen müssen, sind sie inzwischen ebenfalls Realität. (5) Dieser Ansatz erlaubt es, klinische Tätigkeiten sowie den jeweils erforderlichen Selbständigkeitsgrad präzise zu definieren. Er ergänzt weitere formale Anforderungen – wie

fachspezifische Prüfungen oder Mindestfallzahlen, insbesondere in interventionellen oder bildgebenden Disziplinen, um einen Facharztstitel zu erlangen. EPAs rücken zudem vermehrt auch bei anderen Gesundheitsberufen in den Fokus.

Konzeptuelle Klärung

Was ist eine EPA – und was nicht?

Eine EPA ist auf die berufliche Praxis ausgerichtet und findet in einem spezifischen Umfeld statt. Sie ist unabhängig ausführbar und lässt sich sowohl zeitlich eingrenzen, als auch beobachten und bewerten. Zu ihrer Durchführung bedarf es adäquaten und klar definierten Wissens (*knowledge*), situationsgerechter Fertigkeiten (*skills*) und angemessenen Verhaltens (*attitude*). Obschon eine EPA eine oder mehrere konkrete Kompetenzen abbildet, ist sie kein Gradmesser für Professionalität, gilt nicht automatisch als Qualitätsmerkmal und ersetzt keine rechtlichen Vorgaben. Es ist auch wichtig zu verstehen, dass eine EPA nicht „besessen“ werden kann, sondern dass es vielmehr darum geht, sich für die EPA zu qualifizieren, indem man die entsprechenden Kompetenzen erwirbt. Ferner eignet

sich nicht jedes Lernziel dafür, als EPA definiert, vermittelt und bewertet zu werden. (6)

Entrustment-Supervision-Skala

Eine EPA wird stufenweise auf Basis der sogenannten Entrustment-Supervision-Skala anvertraut. Diese umfasst fünf Niveaus zunehmender Selbständigkeit – auch *Levels of Supervision* oder *Levels of Independence* –, die von reiner Beobachtung über die Ausführung der EPA unter Supervision bis hin zur eigenständigen Supervision anderer reichen (vgl. Tabelle 1). (7)

Wie eingangs erläutert, werden für die ärztliche Aus- und Weiterbildung Kataloge mit gezielt ausgewählten EPAs erstellt, die für den Erwerb eines bestimmten Abschlusses beziehungsweise Titels relevant sind. Für jede EPA ist festgelegt, auf welcher Selbständigkeitsstufe diese letztlich beherrscht werden muss. Diese Zielstufe kann je nach EPA variieren und entspricht nicht zwingend Stufe 5. Abbildung 1 veranschaulicht dies am Beispiel von EPAs im Bereich der Bildgebung, die für das Weiterbildungsprogramm in der Kardiologie entwickelt wurden. (8)

Tab. 1: Entrustment-Supervision-Skala

Selbständigkeitsstufe	Beschreibung
Stufe 1	Die Person beobachtet.
Stufe 2	Die Person arbeitet unter direkter Supervision. Die Supervisorin oder der Supervisor befinden sich dabei im selben Raum.
Stufe 3	Die Person arbeitet unter indirekter Supervision. Falls Unterstützung benötigt wird, stehen die Supervisorin oder der Supervisor in wenigen Minuten zur Verfügung.
Stufe 4	Die Person arbeitet unter Supervision aus der Ferne. Die Supervisorin oder der Supervisor sind innerhalb von 20–30 Minuten, telefonisch oder nachträglich, verfügbar.
Stufe 5	Die Person ist in der Lage, andere zu supervidieren.

EPA	Level of independence				
	1	2	3	4	5
2. Imaging					
2.1 Assess a patient using one or multiple imaging modalities					
2.2 Assess a patient using echocardiography					
2.3 Assess a patient using cardiac magnetic resonance					
2.4 Assess a patient using cardiac computed tomography					
2.5 Assess a patient using nuclear techniques					

Abb. 1: EPAs zur Bildgebung aus dem Weiterbildungsprogramm in der Kardiologie

Grenzen in der Praxis und wie man ihnen begegnet

Trotz des Mehrwerts, der mit EPAs einhergeht, ist ihre Verwendung in der Praxis mit gewissen Grenzen verbunden. Zum einen sind zwar Kriterien zur Bewertung vorhanden, wie jemand eine EPA durchführt, die Einschätzung bleibt allerdings immer ein Stück weit subjektiv und hängt vom konkreten Kontext sowie von der persönlichen Wahrnehmung der beurteilenden Person ab. Dem kann begegnet werden, indem viele verschiedene Bewertungen von unterschiedlichen Aus- respektive Weiterbildenden gesammelt werden, die zusammen ein Gesamtbild ergeben.

Zum anderen lässt sich das Vertrauen, das Aus- und Weiterbildende den Lernenden entgegenbringen müssen, damit diese ihre erworbenen Kompetenzen auch in neuen Situationen anwenden können, kaum quantifizieren oder standardisieren. Strukturierte, mehrdimensionale und über einen längeren Zeitraum erhobene Beobachtungen, die übersichtlich dokumentiert sind, sowie der regelmäßige Austausch zwischen Lehrenden und Lernenden können jedoch dazu beitragen, Vertrauensentscheide transparenter, nachvollziehbarer und konsistenter zu gestalten. (9,10)

Warum sind EPAs für PAs relevant?

EPAs schaffen eine gezielte Grundlage, um auf die Herausforderungen hinsichtlich Rechenschafts-

pflcht, klinischer Selbstständigkeit und Klarheit bei geteilten Verantwortlichkeiten zu reagieren. (11)

Ausbildung

EPAs ermöglichen eine konkrete Beschreibung dessen, was eine Absolventin oder ein Absolvent am ersten Arbeitstag nach der Ausbildung mit einem bestimmten Selbstständigkeitsgrad leisten können muss. Auf die PAs angewendet, würde ein solcher – idealerweise nationaler – Referenzrahmen klären, welche klinischen Tätigkeiten ihnen anvertraut werden können und inwieweit sie dabei supervidiert werden müssen. Ein derartiger Rahmen wäre für Arbeitgebende wertvoll, würde die klinische Integration erleichtern und eine Harmonisierung der Praxis unterstützen. Er könnte zudem an das Ausbildungsniveau (B.Sc. vs. M.Sc.), die berufliche Entwicklung und die Besonderheiten des Praxisbereichs angepasst werden.

Klinische Praxis

Analog zur ärztlichen Weiterbildung könnten EPAs auch die klinische Praxis von PAs in verschiedenen Fachgebieten strukturieren. Von den bereits für Ärztinnen und Ärzte definierten Kompetenzen innerhalb jeder Fachrichtung ließen sich für PAs spezifische EPAs mit angepassten Selbstständigkeitsgraden ableiten, die zwischen den beteiligten Berufsgruppen ausgehandelt werden. Dieses flexible, kontextbezogene und anerkannte Modell würde die Akzeptanz wesentlich fördern.

Digitale Tools und Dokumentation

Es existieren bereits Applikationen für die Dokumentation von EPAs. Sich an den klassischen Logbüchern orientierend, eröffnen diese tragbaren und interoperablen Tools die Möglichkeit, durchgeführte Handlungen und den jeweiligen Selbstständigkeitsgrad systematisch zu erfassen und auf diese Weise eine Art „dynamischen klinischen Lebenslauf“ zu erstellen. Dadurch tragen sie zur Transparenz und zur Anerkennung von Kompetenzen bei.

Mit dieser Methode wäre auch die Verfallbarkeit von EPAs denkbar. Wenn eine klinische Tätigkeit in einem bestimmten Fachgebiet über einen festgelegten Zeitraum hinweg nicht mehr ausgeübt wird, könnte die entsprechende EPA als „erloschen“ gelten. Dieser Mechanismus würde die Behandlungssicherheit stärken, indem er die Aktualität der angegebenen Kompetenzen über die Weiterbildungsverpflichtungen hinaus sicherstellt – unabhängig davon, ob diese reguliert sind oder nicht.

Klarheit und Rechtssicherheit

Auch wenn sich die klinische Praxis häufig einer starren Modellierung entzieht, würde die Einführung eines strukturierten Rahmens durch EPAs zur Klärung der Verantwortlichkeiten beitragen: Wer darf was, wann und unter welchem Supervisionsgrad tun? Insbesondere im Falle von Streitigkeiten stärkt dies die Sicherheit aller Beteiligten. Sind die Kompetenzen definiert und bekannt, lassen sich Zuständigkeiten besser verteilen. Es ist unerlässlich, dass die Berufsverbände – sowohl der PAs als auch der Ärzteschaft – diesen Ansatz verfolgen. Die Schaffung eines klaren, gemeinsam geteilten und zugleich dynamischen Bezugsrahmens ist eine grundlegende Voraussetzung für eine gegenseitige Anerkennung und eine sichere Berufsausübung.

Fazit

Die Einführung von EPAs zur Strukturierung der Ausbildung und Praxis von PAs ist keine pädagogische Modeerscheinung. Sie stellt eine konkrete Antwort auf strukturelle und klinische Herausforderungen dar. Die Verwendung einer gemeinsamen, kompetenzbasierten Sprache, die auf beobachtbaren und übertragbaren klinischen Tätigkeiten basiert, ermöglicht nicht nur die Strukturierung der Ausbildung, sondern auch den Aufbau einer Kultur des Vertrauens, der Interprofessionalität und der Klarheit in der Organisation der Versorgung.

Dies erfordert allerdings ein kollektives Engagement: Ausbildungsinstitutionen, klinische Ausbilderinnen und Ausbilder sowie die betroffenen Berufsverbände müssen sich zusammensetzen, um die Rahmenbedingungen der Praxis auszuhandeln, zu klären und festzulegen. Anzuerkennen, dass es sich um einen Paradigmenwechsel handelt, bedeutet auch zu akzeptieren, dass eine solche Wende von allen beteiligten Akteuren Anstrengungen verlangt. Denn letztlich sind es diese Bemühungen, die den Weg zu einer pragmatischen, nachhaltigen und harmonisierten Lösung für eine effektivere und effizientere klinische Zusammenarbeit ebnen.

Literatur

1. Barbosa, S., & Eggimann, P. [FMH]. (2025). Activités Professionnelles Confiables: Entrustable Professional Activities (EPA) – Utilisation dans le cadre de la reconnaissance des professions non médicales de pratique avancée. FMH.
2. ten Cate, O., Chen, H. C., Hoff, R. G., Peters, H., Bok, H., & van der Schaaf, M. (2015). Curriculum Development for the Workplace Using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Medical Teacher, 37(11), 983–1002.
3. SMIFK. (2017). Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland. https://www.profilesmed.ch/doc/Profiles_2017.pdf
4. SIWF. (2025). Übersicht Stand Entwicklung EPAs in den Fachgesellschaften. https://www.siwf.ch/files/pdf32/uebersicht-stand-entwicklung-epas-in-fg_hp_02.05.2025.pdf

5. SIWF. (2024). Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung, Entrustable Professional Activities (EPAs) und SIWF-Leitlinie zur Implementierung in die Weiterbildungsprogramme. https://www.siwf.ch/files/pdf30/epa_siwf_positionspapier_d.pdf

6. SIWF. (2024). Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung, Entrustable Professional Activities (EPAs) und SIWF-Leitlinie zur Implementierung in die Weiterbildungsprogramme. https://www.siwf.ch/files/pdf30/epa_siwf_positionspapier_d.pdf

7. SIWF. (2022). Fachärztin oder Facharzt für Kardiologie: Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2022. https://www.siwf.ch/files/pdf19/kardiologie_version_internet_d.pdf

8. Marty, A., Eisoldt, S., & Frick, S. (2022). Willkommene Neuerung oder alter Wein in neuen Schläuchen? Schweizerische Ärztezeitung, 103(21–22), 709–712.

9. Marty, A., Brodmann Maeder, M., & Huwendiek, S. (2022). Nur mit genügend Pixeln wird das Bild klar. Schweizerische Ärztezeitung, 103(35), 1073–1075.

10. Barbosa, S., & Eggimann, P. [FMH]. (2025). Activités Professionnelles Confiabiles: Entrustable Professional Activities (EPA) – Utilisation dans le cadre de la reconnaissance des professions non médicales de pratique avancée. FMH.

Über die Autorinnen

Sonia Barbosa hat einen Bachelorabschluss in Politikwissenschaften sowie einen Masterabschluss in Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie. Sie arbeitete 7,5 Jahre bei der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), wo sie die Abteilung Berufsentwicklung leitete, in der auch das Büro der Physician Associates angesiedelt war. Seit Mitte 2025 ist sie Leiterin der Geschäftsstelle des Schweizerischen Akkreditierungsrates und nicht mehr direkt in die Weiterentwicklung des Berufsfelds der Physician Associates in der Schweiz eingebunden.



Joëlle Schneuwly verfügt über einen Bachelorabschluss in Sozialwissenschaften und Wirtschaftsinformatik sowie über einen Masterabschluss in Schweizer und Vergleichender Politik. Seit 2023 arbeitet sie bei der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), wo sie sich als wissenschaftliche Mitarbeiterin mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen befasst. Parallel dazu ist sie in einem kleineren Pensum für Année Politique Suisse, einer Chronik der Schweizer Politik, tätig.



Prüfung mit Perspektive: Das Physician-Assistant-Examen als Wegbereiter für Qualität und Kompetenz

■ **Cornelia Hagl¹, Kerstin Lubik², Peter Heistermann¹**

¹ Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

² Institut für Kommunikations- und Prüfungsforschung GmbH

Seit 20 Jahren ist der Beruf des Physician Assistant ein zentraler Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Seitdem hat sich das Berufsbild rasant weiterentwickelt und seinen Einsatzbereich erheblich erweitert – von der stationären Versorgung hin zur ambulanten Praxis. Die Ausbildungsprogramme unterscheiden sich je nach Hochschule und Klinik. Die Bundesärztekammer hebt in ihrem Positionspapier die Notwendigkeit eines verpflichtenden Abschlussexamens hervor, um die Kompetenzen der Physician Assistants zu standardisieren und ihre Integration in die Patientenversorgung weiter zu stärken. Das bundesweite PA-Examen des DHPA markiert einen Meilenstein in der Professionalisierung des Berufs. Mit 120 Multiple-Choice-Fragen aus unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen setzt es klare Qualifikationsstandards und untermauert den Status des Physician Assistant als eigenständiger Gesundheitsberuf.

Einleitung

Seit der Einführung des Berufsbildes Physician Assistant (PA) vor 25 Jahren in Deutschland hat sich dieses zu einem unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems entwickelt (1). Inspiriert vom US-amerikanischen Modell, zielte man darauf ab, hochqualifizierte nicht-ärztliche Fachkräfte auszubilden, die die Versorgungsqualität sichern und die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen entlasten. In den Anfangsjahren lag der Fokus auf der Etablierung der ersten Studiengänge, der Entwicklung eines einheitlichen Curriculums und der Schaffung von Einsatzmöglichkeiten im klinischen Alltag. Die Ausbildungsprogramme variieren je nach Hochschule und ermöglichen den

Bachelorabschluss entweder als Vollzeitstudium oder berufsbegleitende Weiterbildung (2,3).

Berufsbild

Die Entwicklung des Berufsbildes PA in Deutschland ist in den letzten Jahren von einer bemerkenswerten Dynamik geprägt. Ursprünglich wurden PAs vor allem im stationären Bereich, insbesondere in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen, eingesetzt (4). Dort übernahmen sie vielfältige Aufgaben im Rahmen der ärztlichen Delegation, etwa bei der Unterstützung und Durchführung von Visiten, der Assistenz bei Operationen, der postoperativen Betreuung sowie der Erstellung von Arztbriefen und OP-Berichten (4,5). Ziel war es,

Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und die Versorgungsqualität durch die Übernahme delegierbarer Tätigkeiten zu sichern (5).

Mit dem anhaltenden Wandel im deutschen Gesundheitssystem und dem zunehmenden Fachkräftemangel hat sich das Einsatzspektrum der PAs jedoch deutlich erweitert (6,7). In den letzten Jahren werden sie verstärkt auch in der ambulanten und niedergelassenen Versorgung eingebunden. Beispiele hierfür sind Hausarztpraxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Reha-Einrichtungen (8). In diesen Settings übernehmen PAs unter ärztlicher Supervision Aufgaben wie die Durchführung vorbereitender Anamnesen, körperlicher Untersuchungen, die Betreuung chronisch Kranker im Rahmen von Disease-Management-Programmen sowie die Unterstützung bei Pflegeheimbesuchen und der Organisation des Praxisalltags (9,10). Modellprojekte und erste Praxiserfahrungen zeigen, dass der Einsatz von PAs in der ambulanten Versorgung nicht nur die Versorgungsqualität steigert, sondern auch die Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte spürbar reduziert (11).

Die Gründung von Fachgesellschaften, die Veröffentlichung von Positionspapieren und die zunehmende Akzeptanz in Kliniken und Praxen haben maßgeblich dazu beigetragen, dass Physician Assistants heute in zahlreichen medizinischen Fachgebieten als feste Mitglieder interprofessioneller Teams wahrgenommen und geschätzt werden (12,13).

Hochschulstudium

Obwohl das BÄK-Papier von 2017 Studieninhalte und Kompetenzen anregt, bleibt den Hochschulen ein gewisser Gestaltungsspielraum (14). Dieser ermöglicht es, auf regionale Bedarfe und aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen zu reagieren, führt jedoch zu Unterschieden in der Ausgestaltung der Curricula. Während das

Berufsbild vom Deutschen Hochschulverband für Physician Assistant (DHPA) definiert und weiterentwickelt wird, sind die Curricula der verschiedenen Hochschulen in Deutschland heterogen (2). Der Bachelorabschluss als Physician Assistant kann mit 180, 210 oder 240 ECTS erworben werden, wobei Praxisanteile, klinische Rotationen und Schwerpunkte je nach Standort variieren (3). Diese Diversität unterstreicht die Bedeutung eines einheitlichen Abschlussverfahrens, um die Qualität und Anerkennung des Berufsstandes nachhaltig zu sichern (15).

Bundeseinheitliche Prüfungen

Ein bedeutender Meilenstein in der Professionalisierung des Berufsstandes wurde mit der Einführung der bundesweiten PA-Examina erreicht (16). Seit 2023 führt der Deutsche Hochschulverband Physician Assistant (DHPA) ein bundeseinheitliches, zentrales Examen für Physician Assistants durch. Das zentrale Examen dient der Etablierung eines einheitlichen Qualifikationsstandards und soll die Vergleichbarkeit und Qualitätssicherung der PA-Ausbildung in Deutschland fördern. Die Teilnahme ist freiwillig und gebührenfrei; das Nichtbestehen hat keine prüfungsrechtlichen Konsequenzen, da es sich um ein Pilotprojekt handelt. Die Auswertung erfolgt zentral. Das DHPA-Examen wird als wichtiger Schritt für die Professionalisierung des Berufsbildes und als Grundlage für eine zukünftige gesetzliche Regelung angesehen. Langfristig wird eine flächendeckende, verbindliche Einführung des Examins an allen Hochschulen angestrebt, um die Anerkennung und Standardisierung des Berufs weiter zu stärken (17,18).

Dieses schriftliche Examen wurde als Pilotprojekt an zunächst zehn, später elf Hochschulstandorten zeitgleich durchgeführt und steht allen Absolvent:innen und Alumni offen. Das Physician-Assistent-Examen wurde vom DHPA in Kooperation mit dem Umbrella Consortium for Assess-

ment Networks (UCAN) entwickelt (19). UCAN ist der weltweit größte Verbund von Prüfungsverantwortlichen; das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) ist seit 2017 Partner dieses Netzwerks. Die Grundlagen für die Entwicklung des Examens bildeten der Kompetenzkatalog für Physician Assistants der Bundesärztekammer sowie der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin. Aus dem Item Management System (IMS) von UCAN wurden Prüfungsfragen der Kompetenzstufen zwei und drei (A und B) ausgewählt und ein Blueprint für das PA-Examen erstellt. Das IMS ist eine kollaborative Fragendatenbank, die es ermöglicht, Klausuren gemeinsam zu verfassen, zu verwalten und mithilfe adaptierbarer Review-Checklisten qualitätsgesichert für den Prüfungsverbund bereitzustellen (20). Prüfungsfragen, die auch im medizinischen Staatsexamen eingesetzt werden, können von Physician Assistants beantwortet werden und eignen sich daher für die Gestaltung der PA-Prüfung (21). Die Auswertung des Examens erfolgt automatisiert im UCAN-System und wird zusätzlich durch die teststatistische Auswertungssoftware Examinator zur Qualitätssicherung unterstützt.

Das PA-Examen wurde vom DHPA unabhängig, fair und objektiv durchgeführt. Die Prüfung bestand aus 120 Single-Choice-Fragen (Dauer: 180 Minuten) und deckte die Bereiche Innere Medizin (25 %), Chirurgie (25 %), Pharmakologie/Toxikologie (20 %), Patientensicherheit/Dokumentation (15 %), interprofessionelle Kompetenzen (8 %) und Good Clinical Practice (7 %) ab. Hilfsmittel waren nicht zugelassen.

Ergebnisse des ersten und zweiten bundesweiten PA-Examens

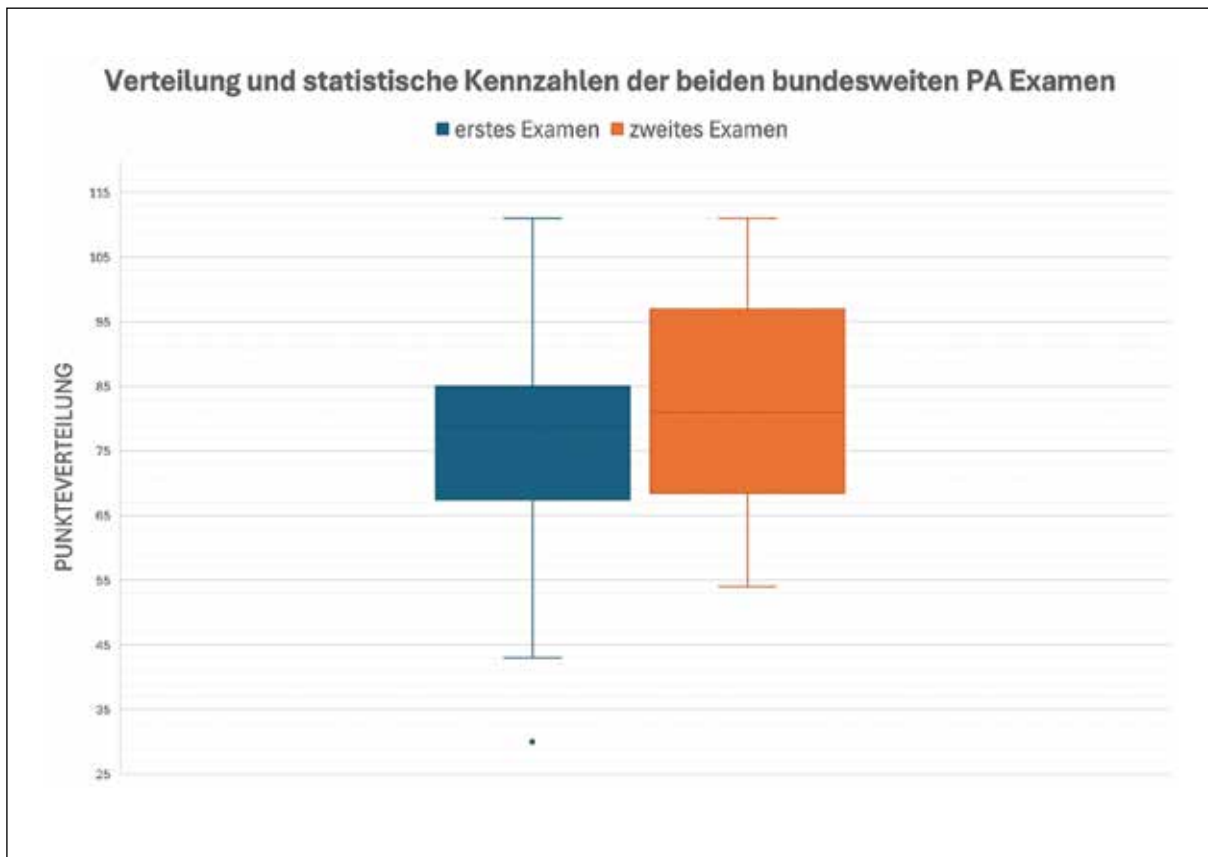
Im Rahmen der ersten beiden bundesweiten, zertifizierten Physician-Assistent-Examina wurden jeweils 120 Fragen gestellt. Beim ersten Examen lag die maximal erreichbare Punktzahl nach

Ausschluss von acht Fragen bei 118 Punkten, beim zweiten Examen konnten 120 Punkte erreicht werden. Die Spannweite der Ergebnisse reichte beim ersten Examen von 30 bis 111 Punkten (25,4–94,1 %) und beim zweiten Examen von 54 bis 111 Punkten (45,0–92,5 %).

Die Einführung des zentralen Examens hat sowohl bei Hochschulen als auch bei Studierenden zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufsbildes geführt (22-25). Diese Entwicklungen spiegeln sich nicht nur in der Vorbereitung auf den Prüfungsprozess wider, sondern zeigen auch die wachsende Bedeutung des Physician Assistant als unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Evaluierungsdaten und tiefgehende Analysen bieten wertvolle Einblicke in die Effektivität des Examens und ermöglichen eine fortlaufende Optimierung (16).

Das erste Examen wurde von 141 Teilnehmenden absolviert, von denen 123 (87,2 %) bestanden (16). Beim zweiten Examen nahmen 81 Personen teil, von denen 76 (93,8 %) die Prüfung erfolgreich bestanden. Die Bestehensgrenze wurde jeweils nach der 50 %-Regel festgelegt: beim ersten Examen bei 59 Punkten, beim zweiten bei 60 Punkten. Die interne Konsistenz der Prüfungen war mit Cronbachs Alpha von 0,93 (erstes Examen) und 0,94 (zweites Examen) sehr hoch, was auf eine ausgezeichnete Reliabilität der Prüfungen hindeutet. Im zweiten bundesweiten zertifizierten Physician-Assistent-Examen war die Zahl der Teilnehmenden zwar geringer als beim ersten Examen, dennoch konnten insgesamt bessere Ergebnisse erzielt werden. Die durchschnittliche Punktzahl stieg von 75,99 (64,4 %) im ersten Examen auf 82,84 (69,0 %) im zweiten Examen bei Standardabweichungen von 16,65 bzw. 17,5 Punkten. Auch die Bestehensquote erhöhte sich deutlich. (Abb. 1)

Diese Entwicklung deutet auf einen positiven Einfluss und eine gezieltere Vorbereitung der Ab-



Punktzahlen der beiden bundesweiten Physician-Assistent-Examina

Die Boxen zeigen den Bereich zwischen dem ersten und dritten Quartil (Interquartilsabstand). Der Median ist als Linie innerhalb der jeweiligen Box markiert. Die „Whisker“ (Ausläufer) geben die minimalen und maximalen Punktzahlen an. Ausreißer außerhalb dieses Bereichs werden als einzelne Punkte dargestellt

solventinnen und Absolventen hin. Bemerkenswert ist dies vor dem Hintergrund, dass bislang keine spezifischen Lernunterlagen oder offiziellen Vorbereitungsmaterialien für das Examen zur Verfügung standen. Die Verbesserung der Ergebnisse spricht somit für ein wachsendes Verantwortungsbewusstsein der Studierenden und der Hochschulen sowie für eine zunehmende Professionalisierung im Umgang mit den Anforderungen des Examins.

Die Verbesserung der Noten beim zweiten Examen trotz geringerer Teilnehmerzahl lässt sich nicht allein auf die kleinere Gruppe, sondern vermutlich auf mehrere Faktoren zurückführen (26).

Ein möglicher Grund ist, dass die verbleibenden Teilnehmenden gezielter und besser vorbereitet waren (27,28). Ohne spezifische Lernunterlagen für das Examen haben die Hochschulen und Studierenden offenbar aus den Erfahrungen des ersten Examens gelernt und die Vorbereitung intensiviert. Das spiegelt sich in einer höheren durchschnittlichen Punktzahl und einer gestiegenen Bestehensquote wider (16,28).

Darüber hinaus kann eine geringere Teilnehmerzahl dazu führen, dass sich die Gruppe stärker aus hochmotivierten und gut vorbereiteten Personen zusammensetzt, da sich möglicherweise

nur diejenigen zur Wiederholung oder Teilnahme anmelden, die sich ihrer Sache sicher sind oder gezielt auf das Examen hinarbeiten. Dieses Phänomen ist auch aus anderen Prüfungsbereichen bekannt: Wenn sich die Teilnehmenden bewusst auf die Prüfung vorbereiten und die Schwächeren möglicherweise nicht erneut antreten, steigt die durchschnittliche Leistung der verbleibenden Gruppe.

Zusammengefasst ist die bessere Notenentwicklung im zweiten Examen vor allem auf eine gezieltere Vorbereitung, die Möglichkeit des Lernens aus Erfahrungen und eine mögliche positive Selbstselektion der Teilnehmenden zurückzuführen und weniger auf die bloße Reduktion der Teilnehmerzahl.

Perspektiven im Lichte des aktuellen Ärztekammerpapiers

Das neue Positionspapier der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2025 markiert einen weiteren Schritt in der Entwicklung des Berufsbildes Physician Assistant. Besonders die stärkere Einbindung in die ambulante Versorgung, die Perspektive auf Spezialisierungen sowie die Forderung nach einheitlichen Zugangsvoraussetzungen und verbindlichen Lehrinhalten werden die Entwicklung des Berufs in den kommenden Jahren prägen (3,18). Die Examina sind in diesem Kontext ein zentrales Instrument, um die im Positionspapier geforderten Kompetenzen flächendeckend und überprüfbar zu verankern.

Bundesweite Umsetzung und Weiterentwicklung

Um diese Schwerpunkte bundesweit einheitlich umzusetzen, bedarf es eines abgestimmten Curriculums, das regelmäßig an die aktuellen Anforderungen des Gesundheitswesens angepasst wird. Die Selbstverpflichtung der Hochschulen im

Deutschen Hochschulverband Physician Assistant (DHPA) zu einheitlichen Qualifikationsstandards und die Orientierung an internationalen Modellen wie CanMEDS sind hierfür wichtige Voraussetzungen (17). Die Examina dienen als zentrales Steuerungsinstrument, um diese Standards zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Zukünftig könnten die Ergebnisse der Examina genutzt werden, um gezielt Weiterentwicklungsbedarfe in der Ausbildung zu identifizieren und die Curricula evidenzbasiert zu optimieren (29). Mit der fortschreitenden Digitalisierung (30), der Integration neuer Versorgungsmodelle und einer möglichen gesetzlichen Regelung des Berufsbildes (17,18) wird die Rolle der Examina als Instrument der Qualitätssicherung und Professionalisierung weiter an Bedeutung gewinnen.

Fazit

Die bundesweiten Examina des DHPA sind ein unverzichtbares Element für die nachhaltige Etablierung des Physician Assistant als eigenständiger akademischer Gesundheitsberuf in Deutschland. Sie setzen verbindliche Standards, fördern die Vergleichbarkeit der Ausbildung und sichern die Qualität der Patientenversorgung.

Literatur

1. Heistermann, P., Lang, T., Heilmann, C. & Meyer-Treschan, T. A brief introduction to PAs in Germany. JAAPA Off. J. Am. Acad. Physician Assist. 35, 52–55 (2022).
2. Lang, T., Berkowitz, O. & Heistermann, P. A Comparison of German and United States Physician Assistant Curricula. J. Physician Assist. Educ. Off. J. Physician Assist. Educ. Assoc. 33, 66–71 (2022).
3. Deutscher Hochschulverband Physician Assistant. Stellungnahme - Studienmodelle 'grundständig' und 'Zulassung nur mit Gesundheitsfachberuf'. <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2020/02/Berufspolitische-Situation-Position-DHPA-2019.08.28.pdf> (2018).
4. Schneider, S., Stengel, D., Seifert, J., Ekkernkamp, A. & Ludwig, J. [Perceived utility of the inclusion of physician assistants in the surgical process quality and continuing education in Germany : Results of an

- interprofessional online survey]. *Unfallchirurgie Heidelb. Ger.* 127, 457–468 (2024).
5. Meyer-Treschan, T. et al. Gesundheitsversorgung in Deutschland durch Mitarbeit von Physician Assistants im ärztlichen Team. *Gesundheitswesen* 85, 181–187 (2023).
 6. Greenhalgh, T. & McKee, M. Physician associates and anaesthetic associates in UK: rapid systematic review of recent UK based research. *BMJ* 388, e084613 (2025).
 7. Guest, B. N., Chandrakanthan, C., Bascombe, K. & Watkins, J. Preparing physician associates to prescribe: evidence, educational frameworks and pathways. *Future Healthc. J.* 9, 21–24 (2022).
 8. Schwill, S. et al. HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung in Deutschland. *Z. Für Allg.* 100, 142–149 (2024).
 9. Schillen, P. et al. [Physician assistants as a future model in primary care: Experiences, needs, potentials and barriers]. *Z. Evidenz Fortbild. Qual. Im Gesundheitswesen* 182–183, 44–52 (2023).
 10. Dini, L. et al. German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Fam. Pract.* 29, 448–454 (2012).
 11. Hagen, B., Bruder, S., Frings, S., Kretschmann, J. & Nieporte, J. Physician Assistants im ambulanten Bereich Modellprojekt der KVWL. https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Themen_A_bis_Z/PA_PA_Abschlussbericht_Zi_2025.pdf. (2025).
 12. Nyberg, S. M., Keuter, K. R., Berg, G. M., Helton, A. M. & Johnston, A. D. Acceptance of physician assistants and nurse practitioners in trauma centers. *JAAPA Off. J. Am. Acad. Physician Assist.* 23, 35–37, 41 (2010).
 13. Jedro, C. et al. The Acceptability of Task-Shifting from Doctors to Allied Health Professionals. *Dtsch. Arzteblatt Int.* 117, 583–590 (2020).
 14. Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. https://120daet.baek.de/attachments/1_lj-08_Physician_Assistant_Anlage_PA-Papier.pdf?t=1750657333 (2017).
 15. Rogalski, C. & Heilmann, C. Sicherstellung kompetenzorientierter praktischer Prüfungen für Studierende im Studiengang Physician Assistant die hochschullehre 6. DOI: 10.3278/HSL2028W (2020). Online unter: wbv.de/die-hochschullehre
 16. Hagl, C., Lubik, K. & Heistermann, P. Erstes bundesweites Physician-Assistent-Examen mit großem Erfolg durchgeführt. *Physician Assistant* 5 (1), 12–14 (2024).
 17. Huster, S., Büscher, A. & Bidmon, P. Kurzfassung des Gutachtens zur Rechtsstellung von Physician Assistant. <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2024/01/DHPA-Rechtsgutachten-Teil-A-online.pdf> (2024)
 18. Heistermann, P. DHPA legt Regelungsentwurf zum Berufsbild Physician Assistant vor. <https://www.hochschulverband-pa.de/rechtsstellung-von-physician-assistants/regelungsentwurf/> (2024).
 19. Thamburaj, A. J., Brass, K., Herrmann, M. & Jünger, J. 8th meeting of the medical assessment consortium UCAN: 'Collaborative Perspectives for Competency-based and Quality-assured Medical Assessment'. *GMS Z. Med. Ausbildung.* 32, Doc37 (2015).
 20. Hochlehnert, A. et al. Good exams made easy: the item management system for multiple examination formats. *BMC Med. Educ.* 12, 63 (2012). *Physician Assist.* 3 (2), 54–57 (2022).
 21. Jobst, I. et al. Prüfungen im Studiengang für Physician Assistants aus einem standardisierten Fragenpool für Medizinstudierende – ein Pilotprojekt. *Physician Assist.* 3 (2), 54–57 (2022).
 22. Deutschlandweit erstes Examen im Studiengang Physician Assistance. <https://www.oth-aw.de/hochschule/aktuelles/pressemeldungen/deutschlandweit-erstes-examen-im-studiengang-physician-assistance/> (2023).
 23. Schutschmann, V. DHPA führt zentrales Examen für Physician Assistants durch. DHPA führt zentrales Examen für Physician Assistants durch <https://pablog.de/bachelorstudium/dhpa-fuehrt-zentrales-examen-fuer-physician-assistants-durch/> (19.07.2023).
 24. Bolle, H. Zentrale Abschlussprüfungen: DHPA führt erstes schriftliche Physician-Assistent-Examen durch. Zentrale Abschlussprüfungen: DHPA führt erstes schriftliche Physician-Assistent-Examen durch <https://pablog.de/bachelorstudium/pa-hochschulen/zentrale-abschlusspruefungen-dhpa-fuehrt-erstes-schriftliche-physician-assistent-examen-durch/> (2023).
 25. Zentrales PA-Examen auch an der HSD. <https://www.hs-doeper.de/aktuelles/zentrales-pa-examen-auch-an-der-hsd> (2024).
 26. Opacic, D. A. The relationship between self-efficacy and student physician assistant clinical performance. *J. Allied Health* 32, 158–166 (2003).
 27. Hills, K. et al. Reimagining Physician Assistant Education. *J. Physician Assist. Educ. Off. J. Physician Assist. Educ. Assoc.* 31, 126–132 (2020).
 28. Sasek, C. A. Implications of Entrustable Professional Activities for Motivation and Learning. *J. Physician Assist. Educ. Off. J. Physician Assist. Educ. Assoc.* 34, 15–19 (2023).
 29. DHPA, Hagl, C. & Heistermann, P. DHPA-Kompetenzen-Curriculum-Praktika. In: <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2024/04/DHPA-Kompetenzen-Curriculum-Praktika-Online-07.04.2024.pdf> (2024).
 30. Deutscher Hochschulverband Physician Assistant. AG Digitales Logbuch des Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistance DHPA. <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2024/04/PA-Logbuch-2023-07-17-final.pdf>. (2024).

Über die Autor:innen

Prof. Dr. med. Cornelia Hagl ist habilitierte Fachärztin für Kinderchirurgie und Master of Medical Education. Nach ihrer langjährigen Tätigkeit an der Medizinischen Fakultät Mannheim ist sie seit 2018 Professorin und Studiengangsleitung für Physician Assistant an der Carl Remigius Medical School.



Kerstin Lubik ist geprüfte Managementassistentin und seit 2017 in der technischen Partnerbetreuung im Projekt „Umbrella Consortium for Assessment Network“ tätig, das vom Institut für Kommunikations- und Prüfungsforschung GmbH getragen wird. Zuvor war sie neun Jahre am Universitätsklinikum Heidelberg u. a. als Koordinatorin im Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin/Baden-Württemberg beschäftigt.



Prof. Dr. med. Peter Heistermann studierte Humanmedizin an der Universität zu Köln von 1978 bis 1984 und promovierte 1987 zum Dr. med. Seine Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie absolvierte er am Marienhospital in Herne, Klinik der Ruhr-Universität Bochum, an der er 2006 habilitierte. Er erwarb die Weiterbildungen zum Arzt für spezielle Viszeralchirurgie sowie Gefäßchirurgie und war in leitenden Funktionen tätig. Seit 2016 ist er Professor an der Fliebler Fachhochschule in Düsseldorf, Leiter des Studiengangs „Physician Assistance B.Sc.“, Gründungsvorsitzender des „Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V.“ mit Sitz in Köln, Mitbegründer des „European Network of PA-Educators“ und Vorstandsmitglied der „International Academy of Physician Associate Educators“ für Europa.



Curriculare Kartierung von Physician-Assistant-Studiengängen

Olaf Ahlers^{1,2}, Scott Smalley^{1,3}

¹ Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane,

² Charité – Universitätsmedizin Berlin

³ University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa

Physician-Assistant-Studiengänge stehen vor zwei großen Herausforderungen, mit denen auch andere gesundheitswissenschaftliche Studiengänge konfrontiert sind: 1. Starke formale und inhaltliche Regulierung, 2. Erschwerte interprofessionelle Ausbildung. In dieser Zusammenfassung wird dargestellt, wie curriculare Kartierung dabei hilft, diese Herausforderungen zu adressieren.

Studiengangsentwicklung im Spagat

Aktuelle und geplante formale Regulierungen wie beispielsweise ein Berufsgesetz sowie das Erreichen bundesweit vergleichbarer Kompetenzen der Absolvierenden, stellen die Physician-Assistant-Studiengänge vor die gleichen Herausforderungen, mit denen andere stark regulierte gesundheitswissenschaftliche Studiengänge wie die Human- oder Zahnmedizin bereits seit Längerem umgehen müssen: Es gilt, einen „erträglichen“ Spagat zwischen den genannten externen Vorgaben und der Freiheit der Lehre und Forschung an den einzelnen Fakultäten zu ermöglichen. Dabei sollte jede Fakultät die Freiheit haben, die gleichen inhaltlichen Ziele unter Einhaltung der formalen Bedingungen auf unterschiedlichen Wegen zu erreichen, weil wahrscheinlich niemand ein bundesweites „Einheitsbrei-Curriculum“ erstrebenswert findet. Letzteres wäre zudem aufgrund unterschiedlicher lokaler Rahmenbedingungen gar nicht umsetzbar – selbst wenn das gewünscht würde. In den Gesundheitswissenschaften hat sich daher in den letzten Jahrzehnten die so-

genannte curriculare Kartierung (international: „Curriculum Mapping“) etabliert, mit deren Hilfe sichergestellt wird, dass jedes Curriculum individuell bleibt und trotzdem alle inhaltlichen und formalen Vorgaben erfüllt werden (1, 2).

Ein Grundprinzip dieser Kartierung ist das Ausformulieren eigener, fakultätsspezifischer Lernziele, die entweder Lehrveranstaltungen oder auch dem Selbststudium und den Praxistagen zugeordnet werden, um genau zu definieren, welche (Teil-)Kompetenzen bis wann spätestens erworben werden sollen. Für diese Lernzielformulierung werden sogenannte Taxonomien eingesetzt, beispielsweise die modifizierte „Bloomsche Taxonomie“ für kognitive Inhalte (Wissen) (3) oder die „Miller-Pyramide“ für praktische Fertigkeiten (4). Auch werden zunehmend „Entrustable Professional Activities“ für den klinischen Alltag definiert (5), die dann beispielsweise individuell für jede:n Studierenden mit Hilfe eines digitalen Logbuchsdokumentiert werden können, dessen Etablierung für die Physician-Assistant-Studierenden verbindlich eingeführt werden soll (6).

Ein weiteres Grundprinzip der Kartierung ist die Zuordnung der nach den genannten Prinzipien erstellten fakultätsspezifischen Lernziele zu nationalen oder internationalen Rahmenwerken, wie beispielsweise dem „UHC Framework“ der WHO für Gesundheitsberufe (7) oder dem Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) (8). Diese Zuordnung stellt sicher, dass die Rahmenwerke inhaltlich abgedeckt werden und stellt auch dar, wie beziehungsweise wo dies geschieht.

Ein drittes Grundprinzip der Kartierung ist die Transparenz des geplanten Curriculums, das allen Stakeholdern (Curriculumsentwickelnden, Studierenden, Dozierenden, Prüfenden, Akkreditierenden, Mitarbeitenden der Aufsichtsbehörden, ...) niedrigschwellig zugänglich sein sollte. Diese Transparenz ist auch die Grundvoraussetzung dafür, dass das geplante Curriculum wirklich von den Dozierenden unterrichtet, von den Studierenden erlernt und von den Prüfenden geprüft wird (1).

Für die Umsetzung der genannten Grundprinzipien ist eine inhaltliche und technische Unterstützung erforderlich (9). Seit 2004 hat sich daher das internationale, nicht-kommerzielle „LOOOP Network for Research in Health Sciences Education“ (LOOOP-Netzwerk) etabliert, um Konzepte für die didaktische Umsetzung der Grundprinzipien zu erarbeiten und zu evaluieren, aber auch um technische Unterstützung zur Verfügung zu stellen. In diesem von der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane gemeinsam koordinierten Netzwerk werden mit Hilfe von Online-Plattformen aktuell ungefähr 250 gesundheitswissenschaftliche Studiengänge aus 51 Ländern kartiert (10). Im Rahmen der Curriculumsentwicklung nach dem „Kern-Zyklus“ (11) wird dabei eine eigene kombinierte Taxonomie („LOOOPsche Taxonomie“) genutzt, welche sowohl Elemente der modifizierten „Bloomschen Taxonomie“ als auch der „Miller-Pyramide“ enthält. Die LOOOPsche Taxo-

nomie wird sowohl zur Curriculumsentwicklung an den Fakultäten als auch zur Entwicklung von Rahmenwerken eingesetzt. Aktuell wird sie beispielsweise im Rahmen eines wissenschaftlichen Kooperationsprojektes mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) für die Weiterentwicklung des NKLM genutzt.

Herausforderung Interprofessionalität

Die zu erwartenden Herausforderungen bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik machen Physician Assistants nicht nur zu einem „integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung“ (6), sie erfordern auch dringend das kooperative Zusammenarbeiten in multiprofessionellen Teams. Darum möchte ich auf diesen Aspekt und auf seine speziellen Herausforderungen in einem eigenen Abschnitt eingehen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit sollte so gestaltet werden, dass die verschiedenen Professionen auf Augenhöhe miteinander über diagnostische und therapeutische Maßnahmen für Patient:innen diskutieren, damit jede Profession ihre berufsspezifischen Aspekte zum Wohle der Kranken einbringen kann. Während wir in der Bundesrepublik sowohl im Berufsalltag als auch im Studium beziehungsweise in der Ausbildung diese Augenhöhe aus meiner Sicht noch lange nicht erreicht haben, sind andere Länder zumindest im Studium schon deutlich weiter. Beispielsweise gibt es in Südafrika ein fakultätsübergreifend eingesetztes Rahmenwerk für Interprofessionelle Ausbildung, das in vielen gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen Berücksichtigung findet und dessen Umsetzung durch Kartierung im LOOOP-Netzwerk unterstützt wird (12). Ein wichtiger Aspekt dieses Rahmenwerks ist das Arbeiten in multiprofessionellen Teams. Auch im NKLM gibt es ein eigenes Kapitel zum interprofessionellen Arbeiten (8), das gerade im Rahmen der erwähnten Kooperation des LOOOP-Netzwerks mit dem MFT überarbeitet wird.

Für das Physician-Assistant-Studium wird zwar neben medizinischen Fachkompetenzen wie diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie klinischer Entscheidungsfindung auch das Erlernen des Arbeitens in interdisziplinären Teams gefordert, im Alltag wird sich dies aber unter Umständen schwierig gestalten. Dies liegt daran, dass es organisatorisch schwierig ist, Studierende und Auszubildende verschiedener Professionen in ungefähr gleicher Anzahl zur gleichen Zeit am gleichen Ort zu versammeln, um diese Zusammenarbeit zu trainieren. Für kognitive Inhalte sind auf einer LOOOP-Share-Plattform seit der Pandemie virtuelle Patient:innenfälle abrufbar, die von verschiedenen Professionen gemeinsam online bearbeitet werden können, um interprofessionell klinische Entscheidungsfindung auf Augenhöhe zu trainieren, ohne sich am gleichen Ort zu befinden (13). Dies löst aber nicht das Problem des interprofessionellen praktischen Trainings. Ein Lösungsansatz könnte für die Physician Assistants darin liegen, dass die Studierenden im sekundär qualifizierenden Studium gegebenenfalls wechselseitig sowohl ihre vorherige Rolle aus dem Ausbildungsberuf als auch ihre neue Rolle als Physician Assistant übernehmen könnten. Damit hätten die Physician-Assistant-Studierenden bzgl. des Trainings einen entscheidenden Vorteil gegenüber vielen anderen Studiengängen wie beispielsweise der Medizin, aber letztendlich hilft das im späteren Berufsalltag auch nichts, wenn die anderen Professionen die multiprofessionelle Zusammenarbeit vorher nicht praktisch trainieren konnten.

Aktuelle nationale und internationale Lösungsansätze im LOOOP-Netzwerk

Viele gesundheitswissenschaftliche Studiengänge haben in den letzten Jahren ihre Curricula gegen Rahmenwerke wie beispielsweise gegen den NKLM kartiert (14, 15). Auch international haben solche Kartierungen in großem Umfang stattgefunden und insbesondere die Akkreditierungsprozesse unterstützt (16, 17).

Physician-Assistant-Studiengänge nehmen hier eine ganz besondere Rolle ein, weil große Anstrengungen unternommen werden, diese weltweit systematisch zu erfassen (18). In einer eigenen fakultäts- und länderübergreifenden LOOOP-Exchange-Plattform werden dabei die verschiedenen Curricula gegen mehrere Rahmenwerke inklusive des UHC-Frameworks der WHO (7) kartiert, um weltweit Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede in den Studiengängen zu analysieren (19). Dies stellt eine große Chance für eine landesübergreifende Anerkennung der Abschlüsse dar und ermöglicht hoffentlich perspektivisch eine große Mobilität der Kolleg:innen.

Fazit

Die Physician-Assistant-Studiengänge in der Bundesrepublik stehen einigen Herausforderungen gegenüber, denen aber begegnet werden kann. Insbesondere bei der Curriculumsentwicklung besteht die Chance auf große Synergieeffekte, wenn sich verschiedene Fakultäten zusammentun und im Rahmen einer curricularen Kartierung den bundesweiten Erwerb der erforderlichen Kompetenzen in den Curricula sicherstellen. Dieser verlässliche Kompetenzerwerb ist eine Voraussetzung für die Akzeptanz des Berufs insbesondere durch Ärzt:innen, aber auch durch andere Professionen – und damit auch für eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Die Sicherstellung einer interprofessionellen praktischen Ausbildung bleibt schwierig. Hier müssen noch Lösungsansätze gefunden werden.

Literatur

1. Harden RM. AMEE Guide No. 21: Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Med. Teach.* 2001;23(2):123–137.
2. Willett TG. 2008. Current status of curriculum mapping in Canada and the UK. *Med. Educ.* 42(8):786–793.
3. Anderson LW. Objectives, evaluation, and the improvement of education. *Studies in Educational Evaluation.* 2005;31(2):102–113.
4. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine.* 1990;65(9):S63–7.

5. Ten Cate O, Schumacher DJ. Entrustable professional activities versus competencies and skills: Exploring why different concepts are often conflated. *Advances in Health Sciences Education*. 2022;27(2):491-499.
6. Haserück A. Physician Assistance: Weitere Professionalisierung angestrebt. *Deutsches Ärzteblatt*. 2025;122(11):A620-621
7. World Health Organization. Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage (2022), verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034662> (Link überprüft am 03.09.2025)
8. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (2021), verfügbar unter <https://nklm.de> (Link überprüft am 08.09.2025)
9. Allouch S, Ali RM, Al-Wattary N, Nomikos M, Abu-Hijleh MF. Tools for measuring curriculum integration in health professions" education: a systematic review. *BMC Medical Education*. 2024;24(1):635.
10. Balzer F, Hautz WE, Spies C, Bietenbeck A, Dittmar M, Sugiharto F, Lehmann L, Eisenmann D, Bubser F, Stieg M, Hanfler S, Georg W, Tekian A, Ahlers O. Development and alignment of undergraduate medical curricula in a web-based, dynamic Learning Opportunities, Objectives and Outcome Platform (LOOOP). *Med Teach*. 2016;38(4):369-77
11. Thomas PA, Kern DE, Hughes MT. Curriculum Development for Medical Education : A Six-Step Approach. Baltimore, UNITED STATES: Johns Hopkins University Press; 2022.
12. Pitout H, Barnard-Ashton P, Adams F, du Toit SHJ. Work Smarter Not Harder: Mapping Interprofessional Education Collaboration Core Competencies Across Curricula. *Med Sci Educ*. 2025 Mar 4;35(3):1489-1502
13. Jennebach J, Ahlers O, Simonsohn A, Adler M, Özkaya J, Raupach T, Fischer MR. Digital patient-centred learning in medical education: A national learning platform with virtual patients as part of the DigiPaL project. *GMS J Med Educ*. 2022 Sep 15;39(4):Doc47.
14. Mikuteit M, Just I, Steffens S. Evaluation of the National Competence Based Catalogue of Learning Objectives (NKLM 2.0) for undergraduate medical education at the Medical School Hannover. *GMS J Med Educ*. 2023;40(6):Doc68.
15. Theurich T, Holzhausen Y, Ahlers O, Peters H. Mapping the undergraduate medical curriculum of the Charité Berlin against the National Competence-Based Catalogue of Learning Objectives (NKLM 2.0). *GMS J Med Educ*. 2025;42(4):Doc46.
17. Treadwell I, Ahlers O, Botha G. Initiating curriculum mapping on the web-based, interactive learning opportunities, objectives and outcome platform (LOOOP). *Afr J Health Prof Educ*. 2019;11(1):27-31.
16. Ramklass-S, Matthews-M. Development of the MB ChB curriculum map at the University of KwaZulu-Natal. South Africa *Afr Med J* 2017;107(12):1049
18. Turkewitz AR, Sallen JP, Smith RM, Pitchford K, Lay K, Smalley S. The benefits and limitations of establishing the PA profession globally: A systematic review and mixed-methods study. *JAAPA*. 2024 Nov 1;37(11):1-51.
19. Smalley S, Bruza-Augatis M, Colletti T, Heistermann P, Mahmud A, Song D, Juarez L, Tshotetsi L, Fahringer D, Smith J, Ahlers O, Showstark M. Curricula Mapping of Physician Associate/Physician Assistant-Comparable Professions Worldwide Using the Learning Opportunities, Objectives, and Outcomes Platform. *J Physician Assist Educ*. 2024;35(1):108-115

Über die Autoren

Univ.-Prof. Dr. med. Olaf Ahlers, MME, leitet seit 2023 das Institut für Gesundheitswissenschaftliche Ausbildungsforschung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, einer gemeinsamen Fakultät der Universität Potsdam, der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane und der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg, deren Studiendekan er ist. An der Charité leitet er seit 2004 die dortige LOOOP-Arbeitsgruppe.

Mr Scott Smalley, PA-C (BSc, MScPAS, PGDHSE) is South African LOOOP National Coordinator, LOOOP Network, Institute of Research in Health Sciences Education, Faculty of Health Sciences Brandenburg, Brandenburg Medical School Theodor Fontane. He is Honorary Lecturer, Division of Clinical Associates, Department of Family Medicine and Primary Care, School of Clinical Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa, a registered clinical associate in South Africa and physician associate in United States.



Die wissenschaftliche Begleitung des Berufsbildes Physician Assistance: Aktivitäten der AG Evaluation des DHPA

**Kathrin Burgmaier¹, Aida Anetsberger², Hendrik Bollen³, Mathias Burgmaier^{1,4},
Matthias Feyrer⁵, Robert Hable⁶, Cornelia Hagl⁷, Claudia Heilmann⁸,
Antonia Hofmann¹, Katharina Larisch⁹, Tanja Meyer¹⁰, Marcus Plaschke¹¹,
Florian Schubert⁴, Peter Heistermann^{8,12}**

¹ Fakultät für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Technische Hochschule Deggendorf, Deggendorf; ² Fakultät Interdisziplinäre Studien, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Landshut, Landshut; ³ The PA Company GmbH, Essen; ⁴ Allgemeinmedizin Schubert und Kollegen, Deggendorf; ⁵ Fakultät Wirtschaftsingenieurwesen und Gesundheit, Ostbayerische Technische Hochschule Amberg-Weiden; ⁶ Fakultät Angewandte Informatik, Technische Hochschule Deggendorf, Deggendorf; ⁷ Carl Remigius Medical School München, München; ⁸ Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.; ⁹ CBS University of Applied Sciences Berlin, Berlin; ¹⁰ CBS University of Applied Sciences Köln, Köln; ¹¹ Kliniken am goldenen Steig, Freyung; ¹² Fliedner Fachhochschule Düsseldorf, Düsseldorf

Der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit, die Physician Assistants in der Patientenversorgung in Deutschland entfalten, ist ein elementarer Baustein bei der weiteren Etablierung des Berufsbildes im deutschen Gesundheitssystem. Die Arbeitsgruppe Evaluation des DHPA unterstützt dieses Ziel unter anderem mit einer Initiative zur Qualitätssicherung von PA-bezogenen Studien und mit einer Registerstudie zu Einsatz und Tätigkeiten von Physician Assistants.

Beim Berufsbild Physician Assistance handelt es sich um eine Profession, deren Etablierung im ambulanten wie auch stationären Setting im deutschen Gesundheitssystem noch besser gelingen kann. Im US-amerikanischen, niederländischen und auch britischen Gesundheitssystem wurden auf wissenschaftlicher Basis bereits Nachweise der medizinischen Qualität des Einsatzes von PA erbracht, gepaart mit Kosteneffizienz der Patientenversorgung (1–4).

Die Arbeitsgruppe (AG) Evaluation des DHPA hat sich zum Ziel gesetzt, den Nachweis der Vorteile des Einsatzes der Arbeit von Ärztin/Arzt-PA-Teams im deutschen Gesundheitssystem im Hinblick auf Qualität sowie Rentabilität nach Kräften voranzutreiben.

Hierauf zielen die Bemühungen seit Ende 2022 ab, sie sind im Wesentlichen in zwei Initiativen gebündelt.

Einreichungsprozess für Studienanliegen mit dem Ziel der Verteilung

Im Rahmen von wissenschaftlichen Projekten stellt sich häufig die Frage, ob die Forschungsfrage mittels einer Umfrage beantwortet und ob diese über die Email-Verteiler von Organisationseinheiten verteilt werden können. Das Ziel solcher Umfragen ist für gewöhnlich, die Erfahrungen von PAs und den mit PAs kooperierenden Berufsgruppen im klinischen Alltag abzubilden. Es ist also naheliegend, für entsprechende Verteiler die Organisationseinheiten Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (DGPA), PA Blog sowie den DHPA anzufragen, um eine möglichst hohe Reichweite für generierte Umfragelinks zu erreichen.

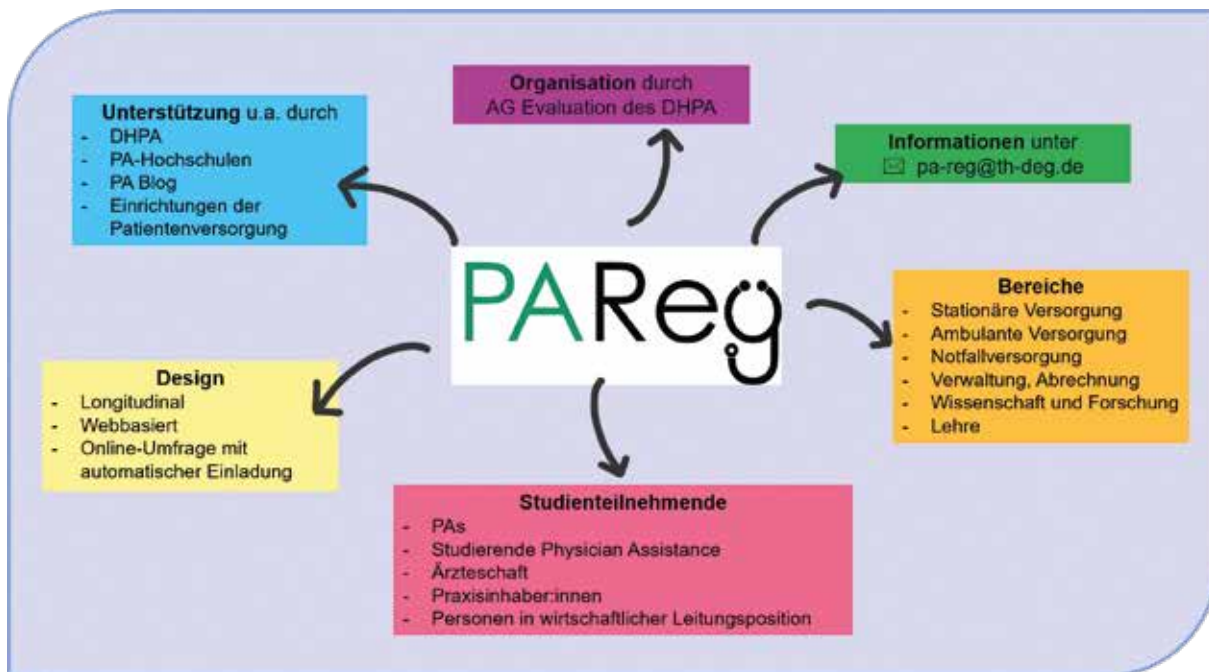
Bis 2023 erfolgten diese Anfragen individuell und uneinheitlich an eine oder mehrere Organisationseinheiten mit teilweise verschiedenen zeitlichen Staffellungen. Die Kriterien, nach denen ein Studienanliegen unterstützt und an die Mitglieder/User weitergeleitet wurden, differierten bei den Organisationen und waren nicht immer im longitudinalen Verlauf konsistent. In einer gemeinsamen Initiative gelang es 2023 den drei Organisationen DGPA, PA Blog und DHPA unter Federführung der AG Evaluation des DHPA einheitliche und objektive Bewertungskriterien für Studienanliegen zu erarbeiten und einen Review-Prozesses mit zwei begutachtenden Personen für jede Studie zu entwickeln. Zu den Bewertungskriterien zählen neben der Relevanz der Fragestellung und der Klarheit der Arbeitshypothese die wissenschaftliche Qualität des Vorhabens mit angemessenen Methoden und sinnvoller Eingrenzung, ein für die Fragestellung geeigneter Fragebogen sowie eine Bias- und Fallzahlschätzung für das Projekt. Ein datenschutzkonformes Vorgehen sowie eine Stellungnahme zur Notwendigkeit eines Ethik-Votums sind Voraussetzung für den Review. Ferner ist eine Sichtbarkeit für die unterstützenden Kooperationspartner zu gewährleisten. Nach einer

einheitlichen und konsistenten Punktebewertung erfolgt eine Gesamtbeurteilung mit den Optionen „Direkte Annahme der Anfrage“, „Minor revision – Bitte um kleine Überarbeitungen“, „Major revision – Bitte um größere Überarbeitungen“ und „Ablehnung der Anfrage“. Die Organisationen kommen in der Folge zu einem einheitlichen Vorgehen bezüglich der Unterstützung wissenschaftlicher Umfrageinitiativen. In begründeten Einzelfällen kann eine Organisationseinheit vom Votum des Reviews abweichen. Der skizzierte Prozess erlaubte ein gemeinsames und transparentes Vorgehen sowie den Mitgliedern gegenüber eine ausgewogene Balance zwischen der Anzahl der Kontaktaufnahmen mit der Bitte um Unterstützung von Projekten einerseits sowie dem Aufwand bei der Darlegung der wissenschaftlichen Qualität durch die Antragstellenden andererseits.

Der Link zur Einreichung von Studienanfragen mit der Bitte um Review und Verbreitung beim DHPA ist auf der Homepage zu finden (<https://www.hochschulverband-pa.de/kontakt/einreichung-von-studien/>).

Registerstudie PA-Reg zu Einsatz und Tätigkeiten von Physician Assistants im ambulanten und stationären Rahmen

Mit dem übergeordneten Ziel, eine wissenschaftliche Grundlage für die Implementierung des neuen Berufsbildes Physician Assistance in die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung zu legen, wird seit 2023 mit Unterstützung des DHPA sowie der Online-Plattform PA Blog eine nationale Registerstudie zu Einsatz und Tätigkeiten von Physician Assistants in Deutschland entwickelt. Es geht darum, Studierende und Alumni der Studiengänge Physician Assistance prospektiv longitudinal mit jährlichen Verlaufsdatensätzen im Hinblick auf ihre Ausbildung und berufliche Tätigkeit zu charakterisieren (Abb. 1). Um die Un-



Organisationsstruktur der deutschlandweiten Registerstudie PA-Reg

tersuchung interdisziplinär und interprofessionell breit aufzustellen sowie für die methodische Güte, die technische Umsetzung und die Gültigkeit für Patientenversorgung und Verwaltung im stationären und ambulanten Sektor zu garantieren, wurden neben den Mitgliedern der AG Evaluation eine Vielzahl von Akteuren aus Medizin, Ökonomie und Hochschulen in die Entwicklung der Studie eingebunden. Einerseits soll der Status quo des Tätigkeitskatalogs in verschiedensten Fachdisziplinen erfasst werden, andererseits ist besonders die Ausgestaltung von Anvertraubaren Tätigkeiten (entrustable professional activities, EPAs) und von Prozessen in der Patientenversorgung relevant. Neben Physician Assistants können auch delegierende Ärzt:innen, Praxisinhaber:innen und Mitarbeiter:innen der Verwaltungen von Gesundheitseinrichtungen ihre Einschätzung zum Einsatz von Physician Assistants abgeben, wodurch die Objektivität und Validität der Angaben weiter gesteigert werden. Die Datenerfassung ist geteilt in sogenannte Basisdaten (Ausbildung, Studium, Wei-

terbildung) und sich jährlich wiederholende Verlaufsdaten (u. a. Rahmenbedingungen der aktuellen Tätigkeit, Dienstplanung, Teamzusammensetzung, Tätigkeitskatalog mit Umfang der Supervision, Weiter- und Fortbildung, Teilnahme an Kongressen, Lehrtätigkeiten, Verdienst). Die Fragebögen sind dabei auf den Bereich der primär ausgeübten Tätigkeit (z. B. stationäre oder ambulante Versorgung, Notfallversorgung, Wissenschaft und Forschung, Lehre an Hochschulen, Verwaltung und Abrechnung) zugeschnitten und ermöglichen so ein differenziertes Bild.

Aktuell durchläuft die Studie zahlreiche Pretests und die technische Umsetzung auf sicheren Servern der Technischen Hochschule Deggen-dorf wird finalisiert. Die Studie ist webbasiert und beruht auf der Nutzung der Software REDCap (Research Electronic Data Capture), die weltweit in über 2,4 Millionen Projekten erfolgreich in der Umsetzung von Online-Surveys und bei der Organisation von Datenbanken eingesetzt wird. Die

Datenschutzbestimmungen entsprechend DSGVO werden eingehalten, die Gemeinsame Ethikkommission der Hochschulen Bayerns (GEHBa) hat ein positives Votum erteilt. Ein Studienstart ist für Herbst 2025 anvisiert. Interessierte Physician Assistants, Hochschulen und Akteure können sich unter <https://th-deg.de/pa-reg> informieren und registrieren oder per Mail bei pa-reg@th-deg.de.

Die Erhebung erlaubt den Nachweis von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung durch interprofessionelle Teams mit PAs und ist damit geeignet, die Implementierung und Etablierung des Berufsbildes Physician Assistance in Deutschland wissenschaftlich zu unterstützen.

Literatur

1. Drennan VM, Halter M, Joly L, Gage H, Grant RL, Gabe J et al. Physician associates and GPs in primary care: a comparison. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2015 May;65(634):e344-350.
2. Pany MJ, Chen L, Sheridan B, Huckman RS. Provider Teams Outperform Solo Providers In Managing Chronic Diseases And Could Improve The Value Of Care. *Health Aff Proj Hope.* 2021 Mar;40(3):435-44.
3. van den Brink GT, Kouwen AJ, Hooker RS, Vermeulen H, Laurant MG. PA and NP general practice employment in the Netherlands. *JAAPA Off J Am Acad Physician Assist.* 2023 Dec 1;36(12):30-6.
4. van den Brink GTWJ, Hooker RS, Van Vught AJ, Vermeulen H, Laurant MGH. The cost-effectiveness of physician assistants/associates: A systematic review of international evidence. *PloS One.* 2021;16(11):e0259183.

Über die Erstautorin

Frau Prof.in Dr.in med. habil. Kathrin Burgmaier lehrt seit 2022 als Professorin an der Technischen Hochschule Deggendorf im Studiengang Physician Assistance. In der Lehre liegt ein Fokus auf der Anwendbarkeit der praktischen Kompetenzen von PAs in der internistischen, pädiatrischen und notfallmedizinischen Versorgung im ambulanten Setting. Im Bereich der Forschung zur Berufsbildetablierung von Physician Assistants engagiert sie sich seit 2022 u.a. im Rahmen der nationalen Registerstudie PA-Reg.





Solingen 2024: 1. Physician Assistant Kongress der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e. V.

Berufsjubiläum – Die DGPA e.V. schreibt Erfolgsgeschichte mit Zukunft

Jennifer Frank, B. Sc.

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e. V. (DGPA)

Die DGPA wurde 2008 in Berlin von den ersten Absolvent:innen des Studiengangs gegründet und setzte sich von Anfang an für die Etablierung eines neuen Berufsbildes im Gesundheitssystem ein. Im Jahr 2021 wurden die strategische Ausrichtung und die Strukturen des Verbands neu gestaltet. Er ist heute in Medien präsent, hat ein Fachbuch veröffentlicht und wächst stetig – auf über 1.600 Mitglieder 2025. Insgesamt hat sich die DGPA zu einem modernen, einflussreichen Verband entwickelt, der die Zukunft des Berufsbildes aktiv mitgestaltet.

Zum 20-jährigen Bestehen der Physician Assistants in Deutschland zieht die DGPA e.V. Bilanz ihrer erfolgreichen Verbandsarbeit und richtet den Blick entschlossen nach vorn: auf Professionalisierung, politische Teilhabe und eine verlässliche Zukunftsgestaltung für über 1.600 Mitglieder (Stand 06/2025) (1).

Die Gründung der DGPA erfolgte 2008 durch die ersten Absolvent:innen des Studiengangs in Berlin. Die Anfänge waren geprägt von Pioniergeist: Die DGPA setzte sich unmittelbar nach ihrer Gründung dafür ein, dem neuen Berufsbild eine rechtliche, strukturelle und politische Heimat zu geben. Erste Meilensteine waren der Aufbau einer Mitgliedschaft

und die Sichtbarmachung des neuen Berufsstandes in einem bis dahin ärztlich geprägten Gesundheitssystem (2). Ein generationenübergreifender Führungswechsel im Jahr 2021 läutete die nächste Entwicklungsstufe ein: Mit Daria Hunfeld als Vorsitzende, Patrick Klein und Aike-Ludger Abeln als Stellvertretende Vorsitzende sowie Tobias Schmidt als Schatzmeister (seit 2024) wurde die strategische Ausrichtung des Verbandes neu aufgestellt. Der Verband professionalisierte seine Strukturen, schärfte sein politisches Profil und wuchs rasant (1).

Im Sommer 2022 fusionierte die DGPA mit dem BVPAD, dem Berufsverband für studierende Physician Assistants in Deutschland – beide Seiten erkannten die Notwendigkeit einer gemeinsamen Stimme, um die gleichen Ziele zu erreichen (2). In diesem Zuge wurden vier Ressorts besetzt: Berufsausübung, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätssicherung und Studium und Fortbildung (früher Ausbildung). Jedes Ressort erhielt eine eigene Leitung, die zum erweiterten Vorstand zählt, und verfolgt heute strategische Ziele – getragen von einem engagierten, wachsenden Team (1, 3).

Zudem entstand eine Sektionsstruktur, die Physician Assistants nach Fachbereichen bündelt. Derzeit gibt es sieben Sektionen: Ambulante Versorgung, Notfallmedizin, Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Intensivmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Pädiatrie und Neonatologie sowie Wissenschaft und Forschung (Stand 06/2025) (1). Über ihre Kongresspräsenz, Netzwerkarbeit und Kooperationen mit Fachgesellschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen und Forschungsinstituten verankerten die Sektionen das Berufsbild in relevanten Diskursen und sind als Expert:innen in gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskursen sichtbar. So wirkt etwa das Leitungsteam der Sektion Notfallmedizin als offizielle Sprecher:innen in der Arbeitsgruppe „Physician Assistant“ der Deutschen Gesellschaft für Notfallmedizin e.V. (4). Die Sektion Ambulante Versorgung engagiert sich im Innovationsprojekt

PAAM (Physician Assistants meet Allgemeinmedizin) am Universitätsklinikum Essen, beispielhaft für die wachsende Rolle der PAs im sektorenübergreifenden Gesundheitssystem (5).

Darüber hinaus war der Verband in verschiedenen medialen Formaten präsent: in Interviews, Podcasts, Fernsehsendungen und auf YouTube. 2025 erschien dann das erste zitierfähige Fachbuch zum Berufsbild mit Beiträgen vieler aktiver Mitglieder, mitherausgegeben von Daria Hunfeld (2).

Parallel zum Ausbau der Ressorts und Sektionen wurden vier Verwaltungsbereiche eingerichtet: Innen- und Außenkommunikation, IT, Mitgliederbindung und -akquise sowie Datenschutz (Stand 06/2025). Sie sichern die interne, administrative Struktur und Organisation des Vereins. Seit 2022 steht mit Prof. Dr. Hüttl zudem ein Justiziar zur Seite, der rechtliche Fragen klärt und Mitglieder in beruflichen Anliegen berät (1).

Die Zahlen sprechen für sich: 2021 zählte die DGPA 180 Mitglieder, heute sind es über 1.600 (1). Dieser Zuwachs ist nicht nur Ausdruck wachsender Bekanntheit – er zeigt vielmehr das Vertrauen der Berufsangehörigen in eine starke Interessenvertretung. Die DGPA ist heute der unangefochtene politische Ansprechpartner für alle Belange des Berufsstandes und positioniert das Berufsbild kontinuierlich in Gesprächen mit relevanten Akteur:innen, etwa der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Präsident:innen der Landesärztekammern Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Hessen.

Ein besonderer Meilenstein war die Mitwirkung am neuen und wegweisenden Positionspapier der Bundesärztekammer mit dem Titel: „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ (6). Zwei Jahre lang arbeitete die DGPA eng mit der Bundesärztekammer zusammen. Das Papier definiert unter anderem eine einheitli-

che Berufsbezeichnung, klare Zugangsvoraussetzungen zum Studium sowie praxisnahe Curricula für primär- und sekundärqualifizierende Studierende. Tätigkeiten wurden Kompetenzstufen zugeordnet und Masterprogramme als Weiterqualifikation formuliert. Zudem sprach sich die Bundesärztekammer klar für die Teilnahme von PAs an ärztlichen Fortbildungen aus. Reine Fernstudiengänge ohne verpflichtende Praxisanteile werden hingegen nicht anerkannt (6). Die Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer verlief wertschätzend und spürbar konstruktiv, sodass viele DGPA-Vorschläge einfließen. Die Mitgestaltung unterstreicht die wachsende Bedeutung des Verbandes und gibt Impulse für kommende Entwicklungen. Erste Inhalte und Ergebnisse des Positionspapiers werden auf dem 2. Physician Assistant-Kongress umfassend vorgestellt. Nachdem der erste PA-Kongress 2024 als Veranstaltung von PAs für PAs ein voller Erfolg war, folgt 2025 der nächste und dieses Mal zweitägige Kongress. Auch in diesem Jahr erwartet die Teilnehmenden ein vielfältiges Programm mit Fachvorträgen, praktischen Kursen und interaktiven Fallvorstellungen. Erwartet werden Ehrengäste wie Dr. Andreas Gassen, Erik Bodendieck, Dr. med. Ellen Lundershausen, Prof. Dr. med. Marcus Hoffmann, Prof. Dr. med. Buhlinger-Göpfarth, Prof. Dr. med. Christoph Starck und weitere Entscheidungsträger:innen – ein deutliches Zeichen für die zunehmende Relevanz des Berufsstandes. Wir freuen uns auf den 2. Physician Assistant Kongress am 13. und 14. November in Kassel und auf die Entwicklungen, die darauf folgen (1).

Die Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. hat sich in den vergangenen Jahren zu einem modernen, strukturell schlagkräftigen und politisch einflussreichen Verband entwickelt. Sie ist heute die berufspolitische Stimme aller Physician Assistants in Deutschland.

Auch künftig wird die DGPA eine zentrale Rolle in der Weiterentwicklung des Berufsbildes spielen: politisch aktiv, stets im Dialog mit Berufspraxis und

Gesundheitspolitik und sichtbar. Mit Engagement, Kompetenz und festen Zielen gestaltet der Verband die Zukunft des Berufsbildes maßgeblich mit und setzt sich weiterhin für Anerkennung, Qualität und berufspolitische Teilhabe ein, damit Physician Assistants dauerhaft und professionell im deutschen Gesundheitswesen verankert sind!

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. [Internet]. o.D. [zitiert 25. Juni 2025]. Verfügbar unter: www.pa-deutschland.de
2. H. Herrmann, D. Hunfeld, M. Bialojan, T. Fleischmann. Physician Assistants in Deutschland. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2025.
3. J. Frank, DGPA-Organigramm [Internet]. 14. April 2024 [zitiert 25. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.pa-deutschland.de/post/dgpa-organigramm>
4. Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin e.V. [Internet]. o.D. [zitiert 25. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.dgina.de/arbeitsgruppen/ag-der-aeltere-patient-in-der-notfallmedizin-aelpa-no>
5. Universitätsklinikum Essen, Physician Assistants meet Allgemeinmedizin [Internet]. o.D. [zitiert 25. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://paam-projekt.de>
6. Bundesärztekammer, Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen [Internet]. April 2025 [zitiert 25. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025_.pdf

Über die Autorin

Jennifer Frank
Physician Assistant,
B.Sc., ist Vorstands-
mitglied und Ressort-
leiterin Öffentlich-
keitsarbeit und
Kongresspräsidium der
Deutschen Gesellschaft
für Physician Assistants e.V.
Jennifer.frank@pa-deutschland.de



20 Jahre Physician Assistant in Deutschland – und wie ihr Einsatz in Gronau-Epe zur Erfolgsgeschichte wurde

Sebastian Gesenhues

Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner

In der ländlichen Region Westmünsterland zeigt die Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner, wie der gezielte Einsatz von PAs die hausärztliche Versorgung stabilisiert und verbessert. Ein Modell mit großer Akzeptanz bei Patient:innen und Team – aber auch mit strukturellen Herausforderungen in Ausbildung, Recht und Finanzierung.

Einleitung: Die Zeit für neue Lösungen ist jetzt

Seit Jahren steht das deutsche Gesundheitssystem unter Druck. Besonders in hausärztlich unterversorgten Regionen wird die medizinische Grundversorgung zunehmend zur Herausforderung. Demografie, Urbanisierung und Fachkräftemangel belasten vor allem ländliche Gebiete. Die Frage ist nicht mehr, ob wir neue Versorgungsmodelle brauchen – sondern wie sie konkret aussehen können.

Ein vielversprechender Ansatz ist die Integration des Berufsbildes „Physician Assistant“ (PA) in den hausärztlichen Versorgungsalltag. In der Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner in Gronau-Epe wurde im Rahmen eines Förderprojekts der Ersatzkassen eindrucksvoll gezeigt, dass durch den gezielten und strukturierten Einsatz von PAs die medizinische Versorgung gesichert und sogar qualitativ gesteigert werden kann – trotz geringer zusätzlicher Aufwendung ärztlicher Ressourcen.

Das Modell: Delegation mit System – die Teampraxis als Zukunftsform

Der zentrale Gedanke hinter dem Einsatz von PAs in der Gemeinschaftspraxis: kluge Delegation. Das bedeutet nicht weniger Verantwortung für Ärztinnen und Ärzte, sondern effizientere Verteilung von Aufgaben innerhalb eines multi-professionellen Teams. Die medizinische Entscheidungshoheit bleibt selbstverständlich in der Hand der Fachärzte für Allgemeinmedizin.

In der Satellitenpraxis in Gronau-Epe ist PA Jule Hörmann zur ersten Ansprechpartnerin für viele Patientinnen und Patienten geworden. Sie koordiniert die Sprechstunde, übernimmt eigenständig wichtige Aufgaben wie Triage bei Infektpatient:innen, Anamneseerhebungen nach Hausarztwechsel, Sichtung und Interpretation von Altbefunden, Impfstatuskontrolle, Planung von Vorsorgeuntersuchungen, Verlaufskontrollen nach Therapieumstellungen sowie Versorgung akuter und chronischer Wunden.



Das PA-Team der Praxis Gesenhues und Partner

Diese Aufgaben erledigt sie zunehmend eigenverantwortlich – natürlich unter ärztlicher Supervision, wie es das Berufsbild vorsieht. Doch die Erfahrung zeigt: Mit wachsender Berufserfahrung sinkt der Aufwand für die ärztliche Begleitung spürbar, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Ergebnisse: Stabilisierung, Entlastung, Verbesserung

Die Ergebnisse des Modellprojekts sprechen für sich. Patient:innen profitieren spürbar:

- Kürzere Wartezeiten
- Längere Gesprächszeiten
- Bessere Kontinuität in der Betreuung
- Höhere Zufriedenheit

Besonders ältere und chronisch kranke Menschen erfahren durch die intensivere Zuwendung eine Verbesserung der Lebensqualität – medizinisch und menschlich. Auch das Team profitiert:

Ärztinnen und Ärzte werden von delegierbaren Aufgaben entlastet, die Arbeitszufriedenheit steigt. Die Akzeptanz des Teampraxis-Konzepts ist im gesamten Team sowie bei den Patient:innen überdurchschnittlich hoch.

Herausforderungen: Ausbildung, Integration und Ökonomie

Trotz aller positiven Erfahrungen ist die Implementierung von PAs kein Selbstläufer. Vor allem der hohe Einarbeitungsaufwand zu Beginn ist nicht zu unterschätzen – insbesondere, weil die aktuelle PA-Ausbildung stark auf die stationäre Versorgung ausgerichtet ist. Für den ambulanten Sektor, insbesondere die hausärztliche Versorgung, braucht es dringend eine curriculare Weiterentwicklung.

Hinzu kommt ein wirtschaftlicher Aspekt: Die Gehaltsvorstellungen von PAs sind – zu Recht – nicht niedrig. Für viele Praxen stellt dies eine

Hürde dar, zumal Einsparungen im stationären Bereich aktuell nicht an die ambulante Ebene rückgekoppelt werden. Der Kostendruck auf hausärztliche Einrichtungen wird dadurch nicht nennenswert gesenkt.

Perspektive: Rechtssicherheit schaffen, Finanzierung sichern

Für eine flächendeckende Implementierung des PA-Berufs in die hausärztliche Regelversorgung sind zwei Dinge unerlässlich:

1. Klare rechtliche Grundlagen:

Die bestehenden Delegationsrichtlinien stammen aus einer Zeit, in der neue Gesundheitsberufe wie der PA noch keine Rolle spielten. Für die sichere Integration braucht es eine überarbeitete, praxisnahe Regelung, die Rechtsklarheit für alle Beteiligten schafft.

2. Nachhaltige Finanzierung:

Wenn der Einsatz von PAs zu einer spürbaren Entlastung des stationären Bereichs führt – was sich in sinkenden Krankenhausaufenthalten und besserer Primärversorgung zeigt – sollten diese Einsparungen anteilig zur Finanzierung der ambulanten Strukturen beitragen. Nur so lässt sich ein attraktives und nachhaltiges Berufsfeld entwickeln.

Fazit: Teampraxis ist mehr als ein Konzept – sie ist gelebte Realität

In der Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner ist die Integration des PA-Berufs mehr als ein Projekt – sie ist eine Erfolgsgeschichte. Neben der bereits examinierten PA sind aktuell vier weitere Studierende im Einsatz, die gezielt an die besonderen Anforderungen der hausärztlichen Versorgung herangeführt werden. Die Teampraxis funktioniert – weil Verantwortung geteilt, Kompetenzen anerkannt und Prozesse klar definiert sind.



Alltag in der Team-Praxis: PA und Arzt im fachlichen Austausch

Gleichzeitig ist der Weg noch nicht zu Ende. Es braucht politische Weichenstellungen, curriculare Anpassungen und ein gemeinsames Verständnis darüber, wie multiprofessionelle Versorgung im 21. Jahrhundert aussehen soll. Der Beruf des Physician Assistant bietet enormes Potenzial – wenn wir bereit sind, Strukturen, Ausbildung und Finanzierung entsprechend weiterzuentwickeln.

Über den Autor

Dr. med. Sebastian Gesenhues ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Mitinhaber der Gemeinschaftspraxis Gesenhues & Partner. Die Praxis betreut mit einem Team aus acht Ärztinnen und Ärzten sowie ca. 60 nichtärztlichen Mitarbeiterinnen unterschiedlicher Professionen circa 10.000 Patient:innen an zwei Standorten im Westmünsterland und versteht sich als Vorreiterin einer modernen, teamorientierten hausärztlichen Versorgung.



Physician Assistants als Teil des ärztlichen Teams – wo man sie (noch) nicht erwartet

Katharina Larisch und Susanne Arendt

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

CBS University of Applied Sciences

Mit ihren umfangreichen Kompetenzen haben sich Physician Assistants (PA) mittlerweile nahezu alle medizinischen Bereiche erschlossen. In den folgenden Interviews berichten Physician Assistants sowie Ärztinnen und Ärzte über ihren beruflichen Alltag in der Arbeitsmedizin, im Giftinformationszentrum, in der Hausarztpraxis, im Justizvollzug, in der Psychiatrie, in einer Rehabilitationsklinik und als wissenschaftlicher Mitarbeiter einer Hochschule. Die Fragen stellen Katharina Larisch und Susanne Arendt.

In den ersten Jahren nach Einführung des Berufsbildes in Deutschland haben PA nach dem Studium vor allem im stationären Bereich gearbeitet, da sich eine Leistungsvergütung im ambulanten Bereich als rechtlich schwierig darstellte. 2023 startete die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) ein zweijähriges Pilotprojekt zu PA im ambulanten Bereich (1). Der Evaluationsbericht belegt den Nutzen von PA in der ambulanten Versorgung und zeigt, dass PA beispielsweise innerhalb weniger Monate bis zu 30 Prozent der Patientenkontakte übernommen haben (2). Dieses Pilotprojekt sowie das vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte „PAAM – Physician Assistants in der Allgemeinmedizin“ Projekt (Start

2025) haben den Weg für die PA in die ambulante Versorgung geebnet (3). Die Bedeutung und Wertschätzung der Arbeit von PA im ambulanten Bereich werden inzwischen auch in Positionspapieren formuliert und gefordert, wie z.B. in dem kürzlich publizierten Papier des Berufsverbandes der Nephrologinnen und Nephrologen (4).

Dennoch gibt es Fachgebiete, in denen der Einsatz von PA noch schwierig ist. Dazu zählen beispielsweise die Psychiatrie oder die Rehabilitative Medizin, da hier der PA-Beruf bisher nicht in den Vorgaben zur Strukturqualität enthalten ist. Trotzdem leisten PA auch in diesen Bereichen sehr wertvolle Arbeit, wie Larisch et al. zeigen konnten (5).

PA in der Arbeitsmedizin

Katharina Larisch spricht mit Matthias Prey, PA, und Dr. Ines Boenigk, Operative Leitung Medizin, beide ASZ GmbH & Co. KG.

Lieber Herr Prey, wie haben Sie vom Berufsbild PA erfahren?

Ich wollte mich beruflich weiterentwickeln, was in meiner vorherigen Position als Fachkrankenpfleger schwierig war. 2013 schrieb mein damaliger Arbeitgeber zwei Stipendien aus, auf die ich mich erfolgreich bewarb. Das PA-Studium sah ich als Chance, meine Karriere im medizinischen Bereich voranzubringen und meine Kompetenzen zu erweitern.

Beschreiben Sie uns kurz Ihren Alltag als PA in der Arbeitsmedizin.

Als PA arbeite ich Vollzeit in einem Familienunternehmen in der Arbeitsmedizin. Wir sind ein überbetrieblicher Dienstleister im Bereich Arbeitsschutz und betreuen über 6.500 Kunden aller Branchen von der Pizzeria bis zu sehr großen Unternehmen, z. B. in der Lebensmittelindustrie. Mein Arbeitsalltag ist sehr abwechslungsreich. Ich bin sowohl in unseren eigenen Praxen, im Außendienst als auch in Sprechstunden vor Ort bei unseren Kunden tätig. Dieses umfasst die Beratung von Kleinstbetrieben zum Thema Arbeitsschutz und Begehungen in verschiedenen Betrieben.

Meine Aufgaben beinhalten die Unterstützung des ärztlichen Personals bei Vorsorge- und Eig-



PA Matthias Prey, B. Sc.



Ärztin Dr. Ines Boenigk

nungsuntersuchungen, bei der Anamnese, der klinischen Untersuchung, der apparativen Diagnostik, der Labordiagnostik und der Beratung. Ich habe vorher als PA in einer kardiologischen Klinik gearbeitet, ich freue mich daher immer, besonders wenn ich meine Erfahrung im Bereich EKG und Ergometrie im neuen Arbeitsalltag einbringen kann, zum Beispiel im Rahmen von Eignungsuntersuchungen von Feuerwehrleuten.

Zusätzlich bin ich an Sprechstunden in den betreuten Firmen beteiligt und unterstütze bei Beratungen und Arbeitsplatzbegehungen. Mein Arbeitgeber ermöglicht mir, viermal monatlich eine Sprechstunde in einer unserer Praxen durchzuführen. Dabei ist stets ärztliches Personal vor Ort oder über Telemedizin als Ansprech-

partner verfügbar, da ich als PA nur unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung tätig sein darf.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für PA in Ihrem Alltag?

Eine Herausforderung besteht darin, das Vertrauen der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu gewinnen und unsere Kompetenzen zu demonstrieren. Sobald dies gelingt, ist die Akzeptanz in der Regel kein Problem mehr. Eine weitere Herausforderung ist die rechtliche Unsicherheit, da es bisher keine spezifische gesetzliche Regelung für die Tätigkeiten von PAs gibt. Daher ist der Tätig-

keitsbereich stark von den Vorgaben des jeweiligen Arbeitgebers und den allgemeinen Richtlinien zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten abhängig.

Werden Ihre Erwartungen in Ihrem Arbeitsalltag als PA erfüllt?

Meine Erwartungen werden mehr als erfüllt. Mein Arbeitgeber unterstützt und fördert mich sehr gut, was es mir ermöglicht, meine Fähigkeiten optimal einzusetzen. Die positive Resonanz der betreuten Kunden bestärkt mich in meiner Arbeit.

Was wünschen Sie sich zukünftig als PA?

Ich hoffe, dass der PA-Beruf in Deutschland weiter an Bedeutung gewinnt, ähnlich wie in den USA oder den Niederlanden. Angesichts des demografischen Wandels und des Mangels an ärztlichem Personal könnte ein Zukunftskonzept darin bestehen, PAs verstärkt zur Unterstützung in der medizinischen Versorgung einzusetzen, insbesondere in ländlichen Regionen.

Wichtig wäre auch, die politische und gesellschaftliche Akzeptanz des Berufsbildes zu fördern und eine klarere rechtliche Regelung zu schaffen. Dies würde dazu beitragen, das Potenzial von PAs zur Entlastung des Gesundheitssystems besser zu nutzen, ohne dabei die ärztliche Verantwortung und Aufsicht zu ersetzen.

Liebe Frau Boenigk, wo sehen Sie den größten Benefit durch die PA speziell auch in der Arbeitsmedizin?

Ich glaube, wir können da viel von anderen Ländern lernen, in denen die PAs bereits seit Jahrzehnten ein fester Bestandteil des Gesundheitswesens sind. Dafür müssen wir nur in unser Nachbarland – die Niederlande – schauen. Als Ärztin sehe ich dabei nur Vorteile und zwar nicht nur für die Arbeitsmedizin!

PAs sind eine hervorragende Ergänzung in unserem Gesundheitssystem. Sie nehmen dem ärztlichen Personal nichts weg, sondern unterstützen es vielmehr bei delegierbaren Aufgaben. Dies ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, sich stärker auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren.

Durch ihre Unterstützung bei Anamnesen, körperlichen Untersuchungen und Gesprächen mit Patientinnen und Patienten tragen PAs dazu bei, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Verfügbarkeit medizinischer Ansprechpersonen zu erhöhen.

Als Bindeglied zwischen verschiedenen Fachbereichen verbessern PAs die Kommunikation und Zusammenarbeit im Gesundheitsteam. In der Arbeitsmedizin ist diese Vernetzung besonders wertvoll.

PAs bieten eine echte Chance, dem zunehmenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten, besonders in ländlichen Gebieten, zu begegnen. In der Arbeitsmedizin können sie im Rahmen von arbeitsmedizinischen Sprechstunden Betriebsbegehungen und der Betreuung von Unternehmen wertvolle Unterstützung leisten. Der Einsatz von PAs ermöglicht es unsere ärztlichen Ressourcen effizienter zu nutzen und gleichzeitig die Qualität der Patientenversorgung zu steigern.

Besonders in der Arbeitsmedizin, mit ihrer Vielfalt an betreuten Unternehmen und den damit verbundenen vielseitigen Aufgaben, erweisen sich PAs als bedeutende Bereicherung. In unserem Unternehmen sind PAs bereits seit Jahren ein unverzichtbarer Bestandteil des medizinischen Teams. Ihre Expertise und ihr Engagement haben unsere Arbeitsabläufe bereichert. Die erfolgreiche Integration von PAs in unsere Teams unterstreicht ihr enormes Potenzial für die gesamte Branche der Arbeitsmedizin.

PA im Giftinformationszentrum

Susanne Arendt spricht mit Christian Lakotta, PA, und Dr. David Steindl, Internist, Nephrologe, Leitender Klinischer Toxikologe GfKT. Beide arbeiten in dem Giftinformationszentrum der Charité.

Lieber Herr Lakotta, wie haben Sie vom Berufsbild PA erfahren?

Ich habe schon 2015 von dem Berufsbild erfahren, als ich mich danach umgeschaut hatte, welche Möglichkeiten es gibt, sich weiter zu qualifizieren. Damals wurde mir von meiner ehemaligen Pflegedienstleitung davon abgeraten, da das Berufsbild keine Zukunft habe. 2020 habe ich mich erneut mit dem Berufsbild befasst und Zuspruch von Kollegen und Freunden bekommen, sodass ich mich für das Studium entschieden habe.

Beschreiben Sie uns kurz Ihren Alltag als PA im Giftinformationszentrum.

Meine Aufgabe besteht hauptsächlich in der Beratung von Laien und Fachpersonal zu Vergiftungen. Dabei reicht der Umfang von akzidentellen Aufnahmen bis hin zu suizidalen Überdosierungen mit Medikamenten. Im Nachtdienst arbeite ich selbstständig und habe einen Rufdienst, den ich im Bedarfsfall kontaktieren kann, wenn ich mich zu einem Fall rückbesprechen möchte.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für PA in Ihrem Alltag?

In meinem Bereich wird das Berufsbild von den Kollegen und Kolleginnen sehr gut angenommen. Die Anrufer, gerade die Laien, kennen das Berufsbild im Regelfall nicht, aber sobald man sagt, dass es ein Studium erfordert, reicht es eigentlich auch schon.

Werden Ihre Erwartungen in Ihrem Arbeitsalltag als PA erfüllt?

Ich konnte nach dem Studium meinen Beratungsumfang erweitern und bei komplexeren und schwereren Vergiftungen beraten, das war mein Ziel. Zudem besteht seit dem Studium für mich die Möglichkeit, auch im Nachtdienst tätig zu sein, was mir persönlich sehr gefällt und mir in den letzten Jahren gefehlt hat.

Was wünschen Sie sich zukünftig als PA?

Dass die möglichen Tätigkeiten rechtlich definiert werden, sodass es für Arbeitgeber und PA selbst zu Sicherheit im Alltag kommt, was wirklich gemacht werden darf. In einem gewissen Rahmen wäre Substitution ärztlicher Tätigkeiten auch sinnvoll, gerade, wenn es um Abrechnung geht und damit Anreize geschaffen werden, auch PAs einzustellen.

Lieber Herr Steindl, wo sehen Sie den größten Benefit durch die PA?

Die akademische Ausbildung der Physician Assistants ist eine attraktive Möglichkeit, um auf die Aufgaben und Anforderungen des heutigen Gesundheitssystems reagieren zu können. Die kategorische Unterscheidung in pflegerische und ärztliche Patientenversorgung wird so sinnvoll erweitert und ergänzt das Spektrum der "Health Care Professionals". Ich schätze die fundierte berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeit, die Perspektiven eröffnet und eine Zuständigkeit für bisher undefinierte Bereiche zwischen den bisherigen Berufsgruppen schaffen kann.

PA in der Hausarztpraxis

Katharina Larisch spricht mit Julia Fleckenstein, PA mit Masterabschluss in der hausärztlichen Versorgung, und Florian Rau, Facharzt für Viszeralchirurgie und Allgemeinmedizin und Hausarzt im ländlichen Niedersachsen.



PA Julia Fleckenstein, M. Sc.

Liebe Frau Fleckenstein, wie haben Sie vom Berufsbild PA erfahren?

Nach meiner Ausbildung zur MTL habe ich festgestellt, dass ich mir mehr direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten in meinem Arbeitsalltag wünsche. Gleichzeitig wollte ich mein medizinisches Wissen erweitern und vertiefen. Während meiner Recherche nach Weiterbildungsmöglichkeiten bin ich auf das Berufsbild des PAs gestoßen, welches perfekt zu meinen beruflichen und persönlichen Zielen gepasst hat.

Beschreiben Sie uns kurz Ihren Alltag als PA in einer Hausarztpraxis.

Mein Arbeitsalltag ist geprägt von einem engen Austausch mit meinem Chef, dem Praxisinhaber, und den Patientinnen und Patienten. Dank meiner eigenen Terminliste kann ich mich gezielt auf die Sprechstunde vorbereiten. Ich führe Anamnesegespräche, unterstütze bei den körperlichen Untersuchungen und begleite diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Zudem betreue ich Patientinnen und Patienten, die an Disease-Management-Programmen teilnehmen, und übernehme die Wundversorgung sowie die Wundkontrolle. In Absprache mit meinem Chef führe ich vorbereitende Sonographien durch und mache Heimbesuche.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für PA in Ihrem Alltag?

Eine Herausforderung besteht darin, dass unser Berufsbild noch nicht überall bekannt ist. Die Balance zwischen eigenverantwortlichem Arbeiten und der Delegation ärztlicher Aufgaben ist daher eine interessante und oft anspruchsvolle Aufgabe, die eine klare Kommunikation erfordert. In meinem Arbeitsalltag funktioniert die Zusammenarbeit durch eine effiziente Delegation und auf der Basis von gegenseitigem Vertrauen sehr gut. Gleichzeitig erfordert der Beruf ein hohes Maß an Eigeninitiative, was ich wiederum als Chance sehe, um den Beruf aktiv mitzugestalten.

Werden Ihre Erwartungen in Ihrem Arbeitsalltag als PA erfüllt?

Grundsätzlich bin ich sehr zufrieden, weil viele meiner Erwartungen, wie eigenverantwortliches Arbeiten, die Zusammenarbeit im Team und der enge Kontakt zu Patientinnen und Patienten erfüllt werden und einen abwechslungsreichen Arbeitsalltag abbilden.

Was wünschen Sie sich zukünftig als PA?

Ich wünsche mir, dass der Beruf des PA in der Öffentlichkeit und im Gesundheitssystem noch mehr Anerkennung findet und dass unser Beitrag zur Patientenversorgung stärker hervorgehoben wird. Zudem wäre es wünschenswert, wenn das Angebot an Fort- und Weiterbildungen weiter ausgebaut wird, damit wir uns gezielt weiterentwickeln können.

Lieber Herr Rau, wo sehen Sie den größten Benefit durch die PA?

Der größte Benefit beinhaltet zwei Punkte:

Zum einen ist es durch eine PA möglich, eine weitaus größere Zahl an Patientinnen und Patienten zu versorgen. Schon zeigt sich das große Problem des demographischen Wandels, sowohl in der Bevölkerung als auch unter den ärztlichen Kollegen und dem medizinischen Personal insgesamt.

Zum anderen – und das sehe ich als den wesentlich wichtigeren Punkt – ist es durch einen PA möglich, mehr Zeit für komplexe Patientinnen und Patienten und deren Krankheitsbilder zu haben, was die Behandlungsqualität und somit auch die Patientenzufriedenheit deutlich steigert.



Arzt Florian Rau

PA im Justizvollzug

Katharina Larisch spricht mit Yvonne Zöllner, PA, und Inger-Lise Knoke, Fachärztin für Innere Medizin. Beide arbeiten im Justizvollzug.

Liebe Frau Zöllner, wie haben Sie vom Berufsbild PA erfahren?

Mein Chef berichtete eines Tages von dem neuen Berufsbild und einem Campus, den er sich diesbezüglich schon angesehen hatte. Als gelernte Kinderkrankenschwester sah ich eine gute Möglichkeit einer neuen beruflichen Herausforderung. Knapp ein Jahr später rief das Justizministerium das Pilotprojekt ins Leben, PA im Justizvollzug zu implementieren. So startete ich im Oktober 2022 das Studium.

Beschreiben Sie uns kurz Ihren Alltag als PA.

Der medizinische Dienst einer Justizvollzugsanstalt lässt sich am ehesten vergleichen mit einer hausärztlichen Praxis – vielleicht ein wenig mehr. Wir versuchen, möglichst viele Krankheiten abschließend zu diagnostizieren und zu behandeln, um möglichst wenige Inhaftierte zu externen



PA Yvonne Zöllner, B. Sc., und Ärztin Inger-Lise Knoke

Fachärzten zu überweisen. Nach dem morgendlichen Anlegen der persönlichen Schutzausrüstung wie Personennoträt und natürlich dem Schlüssel, muss ich mich zunächst durch acht Türen schließen, bis ich an meinem Arbeitsplatz ankomme. Zu meinen Aufgaben gehört z.B. die Zugangsuntersuchung der Inhaftierten, wobei ein Ganzkörperstatus erhoben wird. Außerdem kümmere ich mich um die Akuterkrankten sowie um die wenigen chronisch Erkrankten. Ich unterstütze die Ärzte in der Diagnostik mit z.B. Sonographie oder EKG. Auch Notfallbehandlungen stehen bei uns auf der Tagesordnung z.B. nach Sport- und Arbeitsunfällen oder Schlägereien und Selbstverletzungen. Einen weiteren großen Teil meiner Arbeit macht die Betriebsmedizin aus. Hier unterstütze ich unsere Betriebsärztin sowohl bei dem Vorsorgen der Inhaftierten als auch bei den Bediensteten.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für PA in Ihrem Alltag?

Medizinisch gesehen liegt die größte Herausforderung darin, unter den überwiegend gesunden jungen Inhaftierten, das Alter liegt zwischen 14 und 24 Jahren, die wirklich behandlungsbedürftigen Kranken herauszufiltern. Persönlich liegt die größte Herausforderung aktuell noch darin, den Beruf des PA im Justizvollzug und im Beamtentum zu integrieren. Die Rolle des PA ist leider über den medizinischen Dienst hinaus noch sehr unbekannt und wenig anerkannt, so fällt es mir im Alltag schwer, meine persönliche Rolle als PA auszuführen.

Werden Ihre Erwartungen in Ihrem Arbeitsalltag als PA erfüllt?

Ein ganz klares JA! Durch die tolle Unterstützung unserer Ärzte kann ich die Studieninhalte und mein erlerntes Wissen anwenden, üben und ausbauen. Mir wird sehr viel Vertrauen entgegengebracht, sodass ich sehr viel eigenständig arbeiten kann, immer in enger Kommunikation mit den Ärzten.

Was wünschen Sie sich zukünftig als PA?

Ich würde mir einen festgelegten Aufgabenbereich und einen Tätigkeitskatalog entsprechend der Studieninhalte wünschen. Leider verschwimmen hier aktuell noch oft die Grenzen zwischen PA und Pflege. Dies könnte dann auch zu mehr Akzeptanz des PA in anderen Berufsgruppen des Justizvollzugs führen. Ein weiterer bisher unerfüllter Wunsch ist die Implementierung des PA in einer Laufbahn im Beamtentum inklusive der Besoldung. Hier gibt es aktuell noch keine Regelung, wie der PA nach Abschluss des Studiums eingruppiert wird.

Liebe Frau Knoke, wo sehen Sie den größten Benefit durch die PA?

Ein großer Benefit ist natürlich die Entlastung durch die vom PA übernommenen Aufgaben. Am meisten schätze ich allerdings die gute Kommunikation auf Augenhöhe und die Kombination aus Medizin und Vollzug. Hier können die jeweiligen Erfahrungen aus beiden Gebieten gut kombiniert werden.

PA als Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Katharina Larisch spricht mit Kevin Fernandes da Cunha, PA und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Studiengang Physician Assistant und berichtet über ihre eigene Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Herrn da Cunha an der Hochschule.

Lieber Herr da Cunha, wie haben Sie vom Berufsbild PA erfahren?

Ich hatte die ersten Berührungspunkte mit dem Berufsbild des Physician Assistant im klinischen Setting. Durch deren aktive Zusammenarbeit im medizinischen Bereich konnte ich einen ersten Einblick in ihre Aufgaben und Tätigkeitsfelder gewinnen.



PA Kevin Fernandes da Cunha, B. Sc.

Werden Ihre Erwartungen in Ihrem Arbeitsalltag als PA erfüllt?

Auf jeden Fall! In meiner Position wird die Flexibilität deren möglicher Einsatzgebiete deutlich und bestärkt auch die möglichen Entwicklungsmöglichkeiten jedes einzelnen PA.

Was wünschen Sie sich zukünftig als PA?

Ich wünsche mir eine klarere rechtliche Grundlage und Akzeptanz. Der PA nimmt sowohl im ambulanten als auch in der stationären Versorgung eine entscheidende Rolle ein. Diese Chance sollten wir nutzen!

Wo sehe ich in meiner Rolle als Professorin und langjährige Studiengangsleiterin den größten Benefit durch die PA?

Kevin ist ein wichtiges und vollwertiges Mitglied des Lehrkörpers. Vor allem in der praktischen Lehre ist es wichtig, den Studierenden sowohl die ärztliche Sichtweise als auch die PA-Sicht- und Arbeitsweise darzustellen – hier ergänzen wir uns ideal. Zudem kann Kevin den Studierenden auch eine Tätigkeit jenseits der Klinik aufzeigen. Ich hoffe, dass wir in den nächsten Jahren die ersten PA-Promovenden erleben werden, so dass Professuren auch mit PA besetzt werden können.

Beschreiben Sie uns kurz Ihren Alltag als PA.

Mein Alltag als PA ist vielfältig und zugleich abwechslungsreich. In meiner Tätigkeit führe ich sowohl Lehrtätigkeiten am Campus als auch online für den Studiengang Physician Assistance aus. Zugleich bin ich in unterschiedlichen Projekten, u. a. dem KVWL-Projekt, tätig, um das Berufsfeld auf ambulanter Ebene voranzutreiben und gestalten aktiv auf Hochschulebene das Curriculum mit.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für PA in Ihrem Alltag?

Die größten Herausforderungen für Physician Assistants im Alltag liegen in der Abgrenzung und Akzeptanz innerhalb des interdisziplinären Teams, da ihre Rolle in vielen Versorgungsbereichen noch nicht klar definiert ist. Zudem bestehen noch keine festen rechtlichen Bedingungen hinsichtlich ihrer Befugnisse und Delegationsgrenzen, sodass ein gewisser ‚Interpretationsspielraum‘ vorhanden bleibt.

PA in der Psychiatrie

Katharina Larisch spricht mit Julia Renz, PA, und Caroline Alsbach-Löhr, Chefärztin Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Marienhaus-Klinikum.

Liebe Frau Renz, wie haben Sie vom Berufsbild PA erfahren?

Auf der Suche nach einer beruflichen Veränderung habe ich verschiedene Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten recherchiert. Mein Fokus lag auf einer beruflichen Herausforderung, die mir mehr Verantwortung, erweiterte Kompetenzen und zusätzliche Möglichkeiten bietet, über meine therapeutische Vorausbildung hinaus Menschen individuell in ihren Lebenslagen zu unterstützen.

Das Berufsbild des Physician Assistant hat mich sofort begeistert. Der Beruf ermöglicht es mir, meine Fähigkeiten nicht nur einzubringen, sondern diese auch kontinuierlich weiterzuentwickeln. Der interdisziplinäre Ansatz und die Möglichkeit, in einem ärztlichen Team eine entlastende Rolle zu übernehmen, haben mich hierbei besonders angesprochen.

Beschreiben Sie uns kurz Ihren Alltag als PA in der Psychiatrie.

Mein Alltag als Physician Assistant beginnt mit der Übergabe von Schicht zu Schicht auf unserer Station. Während dieser Übergabe werden alle relevanten Informationen zu den Patientinnen und Patienten des jeweiligen Teams besprochen. Hierzu gehören aktuelle Befunde, Veränderungen zum Zustand der Patientinnen und Patienten sowie geplante Behandlungen oder diagnostische Maßnahmen.



PA Julia Renz, B. Sc.

Im Anschluss folgt die stationsübergreifende Frühbesprechung, in der das gesamte interdisziplinäre Team die Geschehnisse der Nacht sowie spezifische Aufgaben und Prioritäten bespricht. Diese Besprechung stellt sicher, dass alle auf dem gleichen Stand sind und sich auf die bevorstehenden Aufgaben konzentrieren können.

Danach folgt meist eine Patientenaufnahme. Dabei wird die Patientin oder der Patient zunächst detailliert befragt und untersucht. Ich erfasse alle medizinischen Informationen, die für die Behandlung relevant sind, und führe erste diagnostische Maßnahmen durch.

Im Verlauf assistiere ich bei spezifischer Zusatzdiagnostik, wie Lumbalpunktionen oder erstelle Sonographien des Abdomens und der Schilddrüse.

Ein großer Teil meines Arbeitsalltags umfasst die organisatorische und administrative Hintergrundarbeit auf Station. Hierzu zählen neben der Durchführung von Visiten auch deren Dokumentation und Ausarbeitung, wie beispielsweise die externen Befundanforderungen, das Anmelden von Funktionstherapien oder die Beauftragung von Konsilen zur weiteren Fachbehandlung. Die in den Stationsvisiten mit den Patientinnen und Patienten besprochenen Behandlungs- und Therapieschritte können so nahtlos umgesetzt werden. Zu meiner täglichen Routine zählen darüber hinaus die vorbereitende Auswertung von EKG

und Laborparametern sowie das Erstellen von vorbereitenden Entlassbriefen.

In regelmäßigen Abständen führe ich Gespräche mit den Angehörigen der Patientinnen und Patienten. Dieser Austausch ist wichtig, um Informationen zum Gesundheitszustand zu teilen, Fragen zu beantworten und gegebenenfalls betreuende Personen in die Behandlungsentscheidungen einzubeziehen. Zum Ende des Tages übernimmt dann der Arzt vom Dienst.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für PA in Ihrem Alltag?

Eine große Herausforderung sind oft die fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen und die genaue Abgrenzung der Zuständigkeiten. Oft müssen wir uns an den Delegationsregeln orientieren, die nicht immer eindeutig sind. Darüber hinaus stellt die unzureichende Berücksichtigung in der Personalausstattung ein erhebliches Hindernis für die Anstellung des Physician Assistants im Bereich der Psychiatrie dar. Die DGPPN, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, hat bereits eine Integration von Physician Assistants für die Richtlinie der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses, des G-BA, gefordert. Ein entsprechendes Handeln seitens des GBA wäre wünschenswert, bleibt jedoch bislang aus.

Werden Ihre Erwartungen in Ihrem Arbeitsalltag als PA erfüllt?

Ja, auf jeden Fall. Die Psychiatrie ist der ideale Einsatzort für Physician Assistants, die sich eine herausfordernde somatische Arbeit wünschen, sich aber auch die therapeutische psychiatrische Behandlung von Patientinnen und Patienten vorstellen können. Ich fühle mich in meiner Rolle als unterstützende Kraft im Team anerkannt und

schätze die vielfältigen Aufgaben, die ich übernehme. Die Kombination aus medizinischen Aufgaben und administrativer Arbeit entspricht voll und ganz meinen Interessen und Qualifikationen. Diese Vielseitigkeit meiner Arbeit bereitet mir große Freude.

Was wünschen Sie sich zukünftig als PA?

Ich wünsche mir mehr Klarheit bezüglich der rechtlichen und organisatorischen Regelungen, besonders in Bezug auf die Delegation ärztlicher Aufgaben. Es wäre hilfreich, wenn die Rolle des Physician Assistants noch stärker anerkannt und die Aufgabenbereiche präziser definiert würden. Zudem sind aktuell die Fortbildungsmöglichkeiten für Physician Assistants noch sehr eingeschränkt. Eine generelle Zulassung von Physician Assistants zu den Weiterbildungsangeboten der Ärzteschaft wäre wünschenswert.

Liebe Frau Alsbach-Löhr, wo sehen Sie den größten Benefit durch die PA?

Der größte Benefit durch die Physician Assistants liegt in der Entlastung unseres ärztlichen Teams. Insbesondere bei der Durchführung von Routineuntersuchungen, der Patientenaufnahme und der Dokumentation sparen wir viel Zeit, die wir für komplexere medizinische Aufgaben nutzen können. Physician Assistants übernehmen Aufgaben, die fachlich anspruchsvoll sind, aber nicht immer ärztlicher Expertise bedürfen, und tragen so maßgeblich zur Effizienz in der Patientenversorgung bei. Darüber hinaus verbessern sie die Patientenzufriedenheit, da sie durch den engen Schulterschluss zwischen ärztlichem Bereich, Sozialarbeit und therapeutischem Setting die Kommunikations- und Informationsweitergabe fördern.

PA in der onkologischen Rehabilitation

Katharina Larisch spricht mit Katja Kallmeyer, PA, und Dr. Christian Lotze, Chefarzt Onkologie des onkologischen Rehabilitations-Zentrum Lübben.

Liebe Frau Kallmeyer, wie haben Sie vom Berufsbild PA erfahren?

Eine Arbeitskollegin, die denselben Studiengang belegt hatte, berichtete mir von ihren Erfahrungen.

Beschreiben Sie uns kurz Ihren Alltag als PA in einer Reha-Klinik.

Im Rehazentrum bin ich etwa den Assistenzärzten gleichgestellt und übernehme auch zu großen Teilen dieselben Aufgabe, wie Patientinnen und Patienten aufnehmen, Entlassungsuntersuchungen, Diagnostik, Sprechstunden und Patientinnen und Patienten betreuen. Jederzeit kann ich die Befunde und die Planung der Therapien mit Oberarzt oder Chefarzt besprechen. Dazu kommen tägliche Teambesprechungen und wöchentliche ärztliche Weiterbildungen. Als PA muss ich keine Dienste übernehmen, habe jedoch denselben Tagesablauf wie die Assistenzärzte.

Wo sehen Sie die größten Herausforderungen für PA in Ihrem Alltag?

Mein Ziel ist es, den Patientenanforderungen gerecht zu werden und die Patientinnen und Patienten mit oder nach einer Krebserkrankung sowohl menschlich wie auch fachlich gut betreuen zu können.

Werden Ihre Erwartungen in Ihrem Arbeitsalltag als PA erfüllt?

Ja. Ich hatte wenige Erwartungen an und Vorstellungen vom Job als PA. Ich finde es jedoch



PA Katja Kallmeyer, B. Sc., und Arzt Dr. Christian Lotze

sehr gut, da die Arbeit in der Rehaklinik interessant ist, ich weitestgehend selbständig arbeiten kann und im ärztlichen Team voll integriert bin.

Was wünschen Sie sich zukünftig als PA?

Eine umfassende und flächendeckende Aufklärung der Ärztinnen und Ärzte über das Berufsbild des PA wäre wünschenswert. So werde ich oft mit Fragen konfrontiert, die das Tätigkeitsgebiet von PA betreffen. Dabei ist bemerkbar, dass PA nicht als Unterstützung, sondern eher als Bedrohung empfunden werden. Junge Ärztinnen und Ärzte nehmen die Unterstützung eher an als erfahrene Kolleginnen und Kollegen.

Lieber Herr Lotze, wo sehen Sie den größten Benefit durch die PA?

Gut qualifizierte PAs sind eine maximale Bereicherung und Entlastung des ärztlichen Teams bei der Vielfalt der ärztlichen Tätigkeiten im Alltag

einer onkologischen Rehabilitation. Auch gibt es viele Möglichkeiten für PAs, sich hier weiterzuentwickeln oder verschiedene internistische Diagnostik, wie Sonografie, Spirometrien und Ergometrien u.a., durchzuführen.

Zudem schätzen ich und besonders die Patientinnen und Patienten die Konstanz der Anwesenheit von PAs im Team, da die Berufsgruppe keine Nachtdienste übernimmt und zu dem, anders als junge ÄrztInnen und Ärzte, nicht alle 6 bis 12 Monate in eine andere Abteilung oder Klinik zur Facharztausbildung wechseln muss.

Literatur

1. KVVWL (2025) Physician Assistants in der ambulanten Versorgung: Ein Leitfaden zur Integration in die Teampraxis. Workbook https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Medien/Sonderbroschueren/Physician_Assistants_in_der_ambulanten_Versorgung_Leitfaden.pdf
2. ZI (2025) Physician Assistants im ambulanten Bereich: Modellprojekt der KVVWL. Abschlussbericht https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/PAWL-Abschlussbericht_20-03-25.pdf
3. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (2025) PAAM – Physician Assistants in der Allgemeinmedizin. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/paam.638>
4. Martin H, Arendt S, Dragnova D, Hohenstein B (2025) Physician Assistants in der Nephrologie: praktische Erfahrungen mit einem neueren Berufsbild. Die Nephrologie 20 (4) 280-4
5. Larisch K, Busch D, Renz J (2024) Helfende Hände für Ärzte und Patienten. f&w Psych 13.11.2024

Über die Autorinnen

Prof. Dr. med. Katharina Larisch ist Fachärztin für Arbeitsmedizin und Master of Health Business Administration. Nach langjähriger klinischer Tätigkeit sowie Stationen in Unternehmensberatungen und Start-ups ist sie seit 2021 Professorin für Physician Assistance und Mitglied des Vorstands des DHPA.



Prof. Dr. med. Susanne Arendt ist Internistin und hat mehr als 20 Jahre eine internistische Gemeinschaftspraxis mit den Schwerpunkten Nephrologie und Diabetologie geleitet. Zunächst als Dozentin für Physician Assistance tätig, ist sie seit 2024 Professorin für Physician Assistance und seit 06/25 Studiengangsleiterin.



Celebrating 20 Years of Physician Assistants in Germany – A contribution from the Royal College of Surgeons in Ireland on behalf of the Irish Society of Physician Associates (ISPA)

Lisa Mustone Alexander, Pauline Joyce

Irish Society for Physician Associates, RCSI School of Medicine

The Physician Associate (PA) profession in Ireland admires the progress made by PAs in Germany, on the occasion of their 20th anniversary. In the Republic of Ireland, the first Physician Associate programme was launched in 2016. Today, PAs are valuable members of the healthcare system who collaborate with the entire multidisciplinary team. More of them are to be integrated into primary, secondary, and tertiary care systems.

The Royal College of Surgeons in Ireland (RCSI) launched the Republic of Ireland's first Physician Associate programme in 2016. This followed a pilot project with the Irish Department of Health from 2015 to 2017, when four North American-trained PAs were recruited into four designated surgical services at a large teaching hospital in Dublin (1). As part of the evaluation of the pilot with Beaumont Hospital, a number of projects took place, and all showed positive outcomes for the introduction of the role into Ireland (1-4). The Master of Science in Physician Associate Studies was developed simultaneously with the pilot project.

Healthcare in Ireland is a two-tiered system of public and private services. Government funded public hospitals are owned and run by the Health Service Executive (HSE) or are voluntary public

hospitals, which may be privately operated but funded by the government. There are some 50 public hospitals whose funding largely comes from public sources, and there are 19 private hospitals funded mostly by private health insurance (5-6). The Irish government's 10-year strategic plan (the Sláintecare report) recommends a move away from professional silos toward integrated workforce planning, with an emphasis on developing appropriate skill mixes across professions (7).

Education

The first (and only) PA programme in the country is offered at the RCSI, based in Dublin. All PA students must have completed a Level 8 health science or science-related degree with a minimum classification 2.1 award or equivalent. Many stu-

dents have a degree in nursing however others have degrees in basic medical science such as physiology, anatomy, and pharmacology. The graduate-degree (MSc) programme is a competency-based curriculum with a focus on evidence-based practice in the Irish healthcare system. The primary domains that form the pillars of the didactic and clinical curricula are medical knowledge and skills; interpersonal skills; professionalism and professional identity; and practice improvement and lifelong learning. The first 8 months of the course involve delivery and assessment of medical knowledge and skills via integrated modules on the basic sciences (anatomy, physiology, and pharmacology); clinical assessment; general medical and surgical topics; and clinical therapeutics. Assessment of knowledge, skills, and overall preparedness for the clinical phase of training occurs at the end of these 8 months. Students must demonstrate competency in skills related to eliciting an appropriate patient history, performing the targeted physical exam, and strong communication skills that facilitate the provision of patient education and clinical management. Additional training is provided in critiquing the medical literature and application of this knowledge to clinical practice. Finally, the role of the PA within various global health systems is introduced and content related to professional identity, ethics, and professionalism are included across the didactic and clinical experiences. Students examine gaps in practice standards that could benefit from intervention; and how to engage with, and understand, the roles of other healthcare providers on the interdisciplinary healthcare team through multiple interprofessional education activities. At the conclusion of the didactic phase, students spend the next 16 months in the clinical setting on clinical placements with periodic call-back days for learning activities and knowledge and skills assessments.

Interest in the PA programme continues to grow, with rising numbers of applicants with each successive admissions cycle. In 2023 the program-

me introduced the opportunity for candidates to participate in the programme as a hybrid student. All on-campus classes are live-streamed, and hybrid students are fully engaged learners who attend campus twice a month, for more intense in-person educational sessions. All clinical experiences for these students are offered at hospitals in their home communities. The goal of the programme is to promote the PA role outside of Dublin, addressing health workforce recruitment challenges in smaller, less urban, communities. Research into this model is limited due to the small number of graduates thus far, however learning outcomes appear to be similar for both hybrid and on-campus graduates.

Deployment

To date, the PA numbers are small in Ireland, with 86 Irish trained PAs (approximately 75% are currently employed as PAs), and an additional four PAs who were trained in the UK or US. In January 2025, the HSE decided to undertake an independent review of the PA role in Ireland, similar to the review undertaken in the UK. Once it is complete, the HSE plans to lift the current pause on recruitment that was established in August 2024.

Many Irish doctors and surgeons carry out their specialty training in North America and return to Ireland with an appetite to introduce the PA role to the Irish health system, knowing the benefits PAs can bring to the continuity of care for patients (8-9). Large-scale team changeovers of resident doctors occur in January and July each year in Ireland challenge the health system's continuity of care. In addition, the general physician shortages, with many physicians emigrating out of Ireland, have made PAs an attractive solution for the medical workforce (10). During the pilot project, PAs demonstrated that, in addition to building clinical capacity in teams, they can improve patient access to care (1).

The PAs have a flexible scope of practice but are challenged with the lack of regulation of the role in Ireland. Until PAs are regulated, they cannot prescribe medication or order any ionizing radiation. In Ireland, the Department of Health decides on which professions will be regulated, and by which regulatory body. The Irish Medical Council seems the best fit for PAs at this time, but a change in legislation will be required to make this possible. As the profession continues to grow, a professional association that advocates for their members is critical. Established in 2019, the Irish Society of PAs (ISPA) instituted a managed voluntary register (MVR), along with other membership requirements. To receive an MVR number, PAs must meet all the following criteria:

- Graduate from a PA programme in Ireland, the UK, Canada or the United States.
- Successfully pass the national licensing examination in the country where they received their degree.
- Successfully pass the Irish PA National Exam every 6 years.
- Maintain ISPA membership.
- Maintain 50 continuous professional development or CME points annually.

For the PA role to expand, it needs to be at the forefront for policy makers and included in workforce planning strategies such as the government's most recent service plan for the health system (11).

Future

The RCSI PA programme will participate in an international pilot project for the Accreditation Review Commission for PA Programmes (ARC-PA). This body is based in America and has indicated a willingness to pilot the accreditation process with international programmes. If successful, RCSI graduates would be eligible to take the American PA National Certifying Exam sponsored by the National Commission on Certification of PAs (NCCPA). Successful completion of this exam would enable

RCSI graduates to pursue further training and possible employment in America.

Naturally, each country molds the profession to meet its own workforce needs and the same is true for Ireland (12). Future growth will require close collaboration between PAs and governmental, policy, and regulatory partners. The aging population continues to burden all aspects of the healthcare system, beginning with general practitioners and extending to all medical specialties. As medical care becomes more sophisticated and technology-driven, the skill sets of PAs will adapt to these system changes, as they have throughout their history. During the pandemic, the need for a flexible, nimble, and adaptive clinical workforce was met by numerous PAs who were able to quickly fill new roles in the healthcare system to support unprecedented demand for services. As the world slowly emerges from the 2020 pandemic, the system will need to respond appropriately to the large backlog of patients who voluntarily or involuntarily deferred care. PAs will undoubtedly be part of the team of healthcare providers who increase access to needed services.

Conclusion

The Irish PA profession is a collective of mature and enthusiastic healthcare professionals who are committed to transforming healthcare in a positive and proactive way. The healthcare system has already benefited from their contributions and is eager to continue to integrate more PAs into primary, secondary, and tertiary care systems. Although hurdles exist, they are not insurmountable. PAs will continue to do what they do best—collaborate with the entire multidisciplinary team and become valuable members who put patients at the centre of care.

References

1. Joyce P, Hooker RS, Woodmansee D, Hill A. Introducing the physician associate role in Ireland: evaluation of a hospital-based pilot project. *J Hosp Adm.* 2019;8(3):50.

2. Joyce P. Patient satisfaction with care as managed by the physician associate or the doctor as part of a pilot project in Ireland. *J Health Med Sci.* 2019; 2(2).
3. Joyce P, Arnett R, Hill A, Hooker RS. Patient willingness to be seen by a physician associate in Ireland. *Int J Healthcare.* 2018;4(2):41.
4. Meehan D, Balhareth A, Gnanamoorthy M, et al. Efficacy of physician associate delivered virtual outpatient clinic. *Int J Health Care Qual Assur.* 2019;32(7):1072-1080.
5. Mercille J. Privatization in the Irish hospital sector since 1980. *J Public Health (Oxf).* 2018;40(4):863-870.
6. Raidió Teilifís Éireann. 2.2 million Irish people have private health insurance. www.rte.ie/news/business/2019/0808/1067614-2-2-million-irish-people-have-private-health-insurance. Accessed July 31 2025.
7. Committee on the Future of Healthcare. Sláintecare implementation strategy and action plan, 2021-2023. <https://www.gov.ie/en/depart-ment-of-health/publications/sl%c3%a1ntecare-implementation-strategy-and-action-plan-2021-2023/>. Accessed July 31, 2025
8. Hix LR, Fernandes SM, Joyce P. Experience of the Irish physician associate role: PA and supervising consultant perspectives. *Int J Healthcare.* 2021;7(1):18.
9. Nason GJ. Expanding the role of a physician's associate in the Irish health service [letter]. *Irish Med J.* 2020;113(10):225-226.
10. Royal College of Surgeons in Ireland. Retaining our doctors medical workforce evidence, 2013-18. https://repository.rcsi.com/articles/report/Retaining_our_Doctors_Medical_Workforce_Evidence_2013-18_Summary/10776587?file=19289360 Accessed July 31, 2025.
11. HSE National Service Plan 2025. <https://about.hse.ie/publications/hse-national-service-plan-2025/>. Accessed July 31, 2025.
12. Malone R. The role of the physician associate: an overview. *Ir J Med Sci.* 2021;191(3):1277-1283.

About the authors

Prof Lisa Mustone Alexander is the current RCSI PA Studies Faculty Representative to sit on the Board of Directors. Prof Alexander assumed the role of Director of the RCSI PA programme in September 2020 and has played a vital role in advocating for the expansion of the PA profession in Ireland. Prof Alexander has over 40 years of experience of which the majority has been dedicated to PA education. She holds post-graduate training in public health and completed doctoral research on 'Mapping the Identity of the PA Profession'. Serving as a Fulbright Scholar in Rwanda, she contributed to the development of the Clinical Officer program at the University of Rwanda. Previous roles include Director of the George Washington University PA Programme and Assistant Dean for Community-Based Partnerships.



Dr. Pauline Joyce, EdD, MSc, BNS, RNT, RM, RGN, currently serves as Director of Quality & Clinical Engagement at the RCSI School of Medicine. She holds a Doctorate in Education (Leadership) and a Master's in Education and Training Management from Dublin City University. Dr. Joyce has held several academic leadership roles, including Academic Director of the MSc in Physician Associate Studies (2015–2021), and Senior Lecturer and Director of Academic Affairs at the RCSI Graduate School of Healthcare Management (2006–2015).



Physician Associates in the UK: Evolution, Challenges and Future

Jeannie Watkins, Karen Roberts

Physician Associate Schools Council (PASC)

Physician Associates (PAs) have been part of the UK National Health Service (NHS) workforce for over two decades. They have provided support to medical teams delivering care to patients. Despite their established role, the profession has recently encountered substantial challenges. This article provides information on the development of the profession, education, working practices and challenges faced.

Introduction

Physician Associates (PAs) are healthcare professionals trained to support doctors in the diagnosis and management of patients. The PA role was adapted from the US model and introduced into the UK healthcare system in the early 2000s to address workforce shortages and increase capacity and accessibility to care to meet the needs of the population. (1,2) Since then, PAs have been incorporated into multidisciplinary teams (MDTs) across primary and secondary care settings, contributing to improved patient access and service efficiency. (3,4)

Despite national educational standards, governance structures and evidence of their proven utility, the profession has faced recent controversies and significant scrutiny (unparallel to any other healthcare professional group in the NHS), fuelled by concerns about role clarity, patient safety, education standards and the impact of PAs on medical training and employment. (5,6,7) This scrutiny (in spite of little evidence to substantiate claims), cul-

minated in the dissolution of the Faculty of Physician Associates at the Royal College of Physicians in late 2024 (8) and the commissioning of a government review to evaluate the safety and effectiveness of PAs in the NHS. (9)

Development of the Physician Associate Profession in the UK

The PA profession was introduced to the UK in 2003 with the arrival of the first American-trained PAs. (10) Several 'pilot' trials of working PAs were run 2003-2008. (1,11) During that time, parallel developments were in progress in the UK: healthcare practitioners (2002-2004) and subsequently Medical, Surgical and Anaesthetic care practitioners (2005 onwards) led by the National Practitioner Programme. (12)

Education, Training and National Assessment of Physician Associates

To develop 'home-grown' PAs, three pilot PA training programmes were established between

2004 and 2006. From 2008, formal PA programmes opened with small numbers of students, although this expanded over time. A steering group led by doctors and other stakeholders developed a national Competence and Curriculum Framework (CCF) for the Physician Assistant (12), which was the PA title at that time. The CCF was published in 2006 following national consultation, coordinated by the Department of Health alongside the Royal College of Physicians and the Royal College of General Practitioners. It was updated in 2012 and most recently in 2023. (13) The curriculum mandates a broad medical knowledge base, clinical competencies and professional attitudes and behaviours.

In addition to the UK national PA education curriculum, a national competency and safety examination was established in 2007 to ensure that graduates met a consistent national standard before entering the workforce. The exam is separate from and in addition to the university examinations. It was first sat by graduates of the pilot programmes in 2007. (14)

Currently there are over 30 Higher Education Institutions (HEIs) in the UK delivering Physician Associate education. Most of these programmes are in England, with one programme in Scotland, one in Northern Ireland and two in Wales. These programmes are primarily postgraduate of 24–27 months duration, however there are some undergraduate and apprenticeship routes available. (15) Admission criteria typically require a biomedical or healthcare-related degree with stipulated academic standards, though some flexibility exists for non-science backgrounds contingent upon relevant healthcare experience. (16)

Graduates typically receive a Master's level qualification (Level 7), including degree awards such as MSc Physician Associate Studies, Masters of Physician Associate Studies (MPAS) or postgraduate di-

plomas. Despite this robust educational framework, PA training programmes have historically been underfunded relative to medical training programmes, impacting resource availability and potentially educational quality. (17) However, with the regulation of the profession, PA programmes must now be approved by the General Medical Council (GMC). Programmes must provide evidence that they meet the required educational standards as stipulated by the GMC. At present most courses have achieved full approval. (18)

A national examination for PA graduates has existed since 2007. All students who have successfully completed their university programme must pass this assessment to practise as a qualified PA. The PA Registration Assessment (PARA) is a dual-component examination comprising 200 single best answer (SBA) questions and a 14-station Objective Structured Clinical Examination (OSCE). This is a safety and competency-based assessment providing a national qualifying standard. Candidates may attempt each component up to four times and must pass the second component within 18 months of passing the first component. (19)

Educational and Professional Organisations

The UK and Ireland Universities Board for PA Education (now Physician Associate Schools Council (PASC)) was formed to oversee education quality and curricular development. (20) The professional body, the UK Association of Physician Assistants (UKAPA), was founded in 2005, transitioning to the Faculty of Physician Associates (FPA) within the Royal College of Physicians in 2015. (21,22) Following the dissolution of the FPA in 2004, the current recognised professional body is now the College of Medical Associate Professionals (CMAPs), which represents both PAs and Anaesthesia Associates (AAs). (23)

Statutory Regulation

A critical issue for the PA profession had been the absence of statutory regulation, resulting in reliance on the Managed Voluntary Register (MVR), established in 2010, to oversee professional standards and public protection. (24) The MVR was structured like statutory registers but lacked legal enforcement powers.

After many years of the PA profession and stakeholders advocating for statutory regulation, the UK government approved this in 2018. It was another five years before legislation was laid in parliament and a further year for a register to open. (25,26,27) Physician Associates in the UK are now regulated by the General Medical Council (GMC). The register for PAs opened on 16 December 2024 with a 2-year transition period for PAs to join the register. PAs must join the register by December 2026 if they wish to continue to practise in the UK.

Scope of Practice and Clinical Role

As of December 2024, there are thought to be approximately 5,000 qualified Physician Associates in the UK (28), with an estimated 1,000 new graduates annually. (29) PAs work across more than 30 specialties in both primary and secondary care, with growing recognition of their role in alleviating clinical workload pressures. (30)

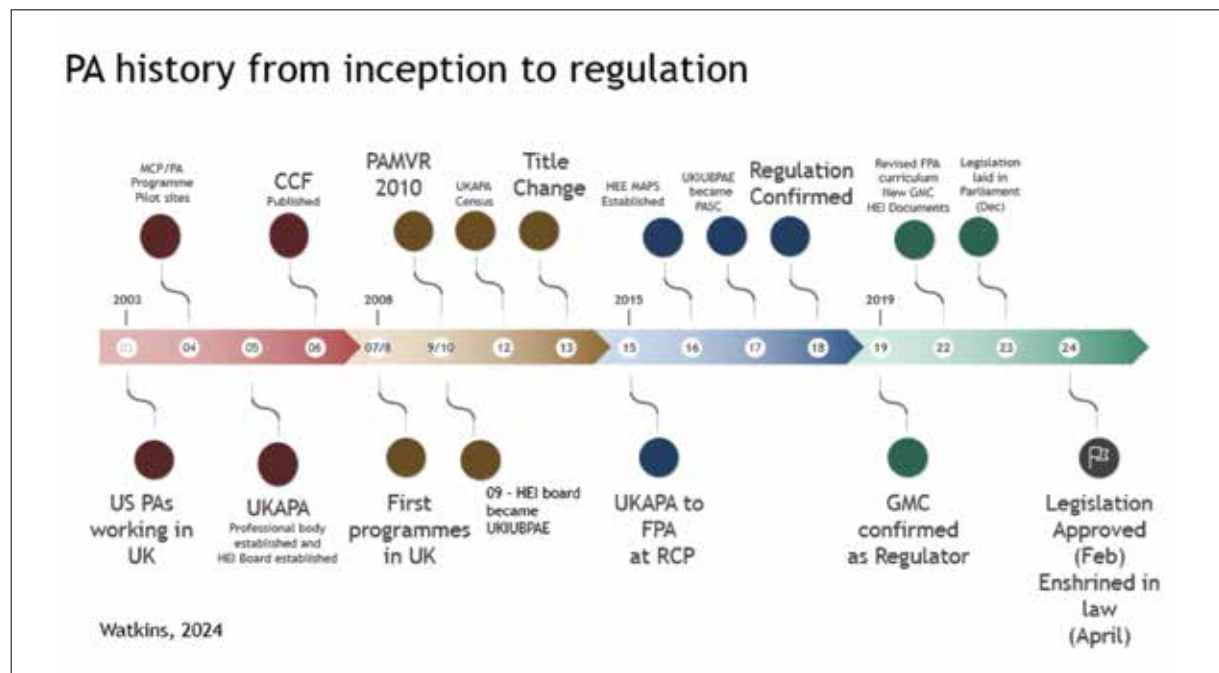
Physician Associates have a clearly defined level of practice that they are expected to meet, as determined by the GMC at the point of qualification. (31) Their clinical activities include taking medical histories, performing physical examinations, formulating differential diagnoses, developing management plans, performing diagnostic and therapeutic procedures, ordering and interpreting investigations, and providing health promotion advice. (32)

Physician associates work in collaboration with and under the supervision of a named doctor to support the work of the medical team across multiple clinical settings. The GMC have advised that PAs have a named educational supervisor who will have overall responsibility for the PA, their annual appraisal and professional development. In addition, they also advise that PAs have a clinical supervisor that they work with daily. (33) As PAs progress through their career, they should operate within a defined scope of practice aligned with their demonstrated competencies and capabilities, agreed with their named educational and or clinical supervisor and informed by the needs of the service. This should be clearly documented, available and updated as required. Unfortunately, this is not standard practice across the UK but is strongly encouraged as part of good governance structures.

PAs cannot prescribe medications due to a lack of legislation to permit this. Legislative reforms are anticipated to allow prescribing rights, but this will require due process including a national consultation and it may take a significant amount of time before PAs gain prescribing rights.

Physician associates can request non-ionising radiation investigations with appropriate training and locally agreed arrangements in place. Ionising Radiation (Medical Exposure) Regulations (IR(ME)R) generally permit regulated healthcare professionals to request investigations using ionising radiation, x-rays etc. (34) However, despite physician associates being regulated by the GMC and now meeting the eligibility criteria required for a referrer, they are still currently not permitted to request ionising radiation. This will require further discussion.

The PA role is designed to enhance service delivery, improve patient throughput, and mitigate workforce shortages, especially in areas facing



PA history in UK

medical staffing crises. (35) However, role ambiguity and inconsistent implementation across organisations and regions remain challenges. (36)

Challenges and Controversies

Recent years have seen an unprecedented level of scrutiny on the PA profession in the UK, involving negative portrayals in the national media, social media debates, and workplace conflicts. Whilst valid and important concerns and questions have been raised regarding confusion about PA titles, impact on resident doctors training, lack of national leadership, supervision and governance, salaries and working conditions, opportunities to discuss and resolve these issues in a reasonable manner have been lost in the toxicity and ferocity of the debate. (37,38,39,40) This toxicity has had multiple implications.

As noted above, the FPA, formed to support professional development and advocacy, was disbanded in December 2024 after withdrawal of support from the Royal College of Physicians, reflecting

tensions within the medical establishment and challenges in establishing professional identity.

The British Medical Association (BMA) and some Royal Colleges have produced restricted scopes of practice for PAs without inclusive national consultation, exacerbating divisions. (41) This has led to confusion for employers as to which guidance to follow, personal criticisms, undermining of PAs' contributions, hostile working environments marked by bullying and discrimination and many job losses. (42)

Such challenges have had tangible impacts on workforce morale, recruitment, and retention, which is particularly concerning given the NHS's chronic staffing shortages and growing demand for healthcare services. (43)

The Leng Review: Government Assessment

In response to escalating concerns, the UK government commissioned Professor Gillian Leng to

lead an objective review in 2024, aiming to assess the safety, effectiveness, and deployment of Physician Associates and Anaesthesia Associates. (44)

The Leng Review found limited but generally positive evidence supporting the safe and effective use of PAs and AAs within the multidisciplinary team. The review made 18 recommendations to provide the necessary changes required to ensure safe and effective deployment of the roles, bring clarity where required and provide an opportunity to reset and move forward. (45) The PA specific recommendations can be grouped into several categories.

Clarity of the role

- Change of name from Physician Associate to Physician Assistant
- National uniform, standardised name badges or lanyards
- Accessible information for patients on the role

Working Practices

- Named supervising doctor
- PAs cannot see undifferentiated or untriaged patients
- Formal credentialing programme and facilitation of prescribing
- 2 years post qualification working in secondary care for all newly qualified PAs prior to going into general practice or mental health specialty areas.
- Career development to 'advanced' PA status

Professional Standards

- Establishment of a faculty

There were also several recommendations for anaesthetic associates (AAs) and stakeholder organisations.

Unfortunately, the review failed to acknowledge existing education frameworks and governance mechanisms already supporting safe PA practice,

with some of the recommendations proposed already in existence.

The UK government in England have accepted the recommendations in full and have attempted to implement two of the recommendations with immediate effect (name change and restriction of PAs seeing undifferentiated and untriaged patients). This has been chaotic and is currently being legally challenged by the United Medical Associate Professions (UMAPs) Trade Union. At the time of writing this piece the devolved nations have yet to decide or declare their stance on the recommendations.

Conclusion

Physician Associates have contributed significantly to the UK healthcare system over the past two decades, supporting medical teams and improving patient care. Despite being in uncertain times and facing substantial challenges related to professional recognition, governance, and workplace integration, there is a place for the profession in the NHS to help address ongoing NHS workforce pressures.

Whilst the Leng Review may have provided recommendations to try and draw a line under the issues and move forward, there is still much work to be undertaken by the stakeholder organisations to provide national leadership, consult with the appropriate parties, fully understand what these recommendations will mean in practice and the actual execution of them. Implementing these changes thoughtfully and inclusively will be crucial to ensuring patient safety, partnership working, understanding and professional respect, workforce sustainability and the continued evolution of the PA profession in the UK. Continued collaboration among PAs, medical professionals, regulatory bodies and government agencies will be essential to realise the full potential of the PA profession in the NHS.

References

1. Woodin J, McLeod H, McManus R, et al. Evaluation of US-trained Physician Assistants to Primary Care and Accident and Emergency Departments in Sandwell and Birmingham: Final Report. 2005.
2. Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant, 2006. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4139319.pdf. Accessed 31.07.2025.
3. Wang, H., English, M., Chakma, S. et al. The roles of physician associates and advanced nurse practitioners in the National Health Service in the UK: a scoping review and narrative synthesis. *Hum Resour Health* 20, 69 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00766-5>.
4. Ross N, Parle J, Begg P, Kuhns D. The case for the physician assistant. *Clin Med (Lond)*. 2012 Jun;12(3):200-6. doi: 10.7861/clinmedicine.12-3-200. PMID: 22783768; PMCID: PMC4953479.
5. BMA position statement on physician associates and anaesthesia associates. 2023. <https://www.bma.org.uk/news-and-opinion/bma-position-statement-on-physician-associates-and-anaesthesia-associates>. Accessed 02 Aug 2025.
6. Sorting out scope of practice of physician associates in the UK: the clock is ticking. British Medical Association. *BMJ* 2024;387:q2445. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.q2445>.
7. Royal College of General Practitioners. RCGP Physician Associates Guidance. <https://www.rcgp.org.uk/representing-you/policy-areas/physician-associates>. Accessed 02 Aug 2025.
8. Royal College of Physicians. Faculty of Physician Associates closure announcement. RCP; 2024. <https://www.rcp.ac.uk/news-and-media/news-and-opinion/faculty-of-physician-associates-to-close-in-december-2024>. Accessed 02 Aug 2025.
9. Independent Review of the Physician and Anaesthesia Associate Professions. UK Parliament 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-11-20/debates/24112029000010/IndependentReviewOfThePhysicianAndAnaesthesiaAssociateProfessions>. Accessed 02 Aug 2025.
10. The introduction of US-trained Physician Assistants in primary care in Tipton: first impressions. / Woodin, Juliet; McLeod, Hugh; McManus, Richard. University of Birmingham, 2004. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=63322546f984b53a-275ce67ee9c4b500b3d37ab3>. Accessed 02 Aug 2025.
11. Farmer J, Currie M, West C, Hyman J, Arnott N. Evaluation of physician assistants to NHS Scotland. UHI Millennium Institute: Inverness. 2009.
12. Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant, 2006. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4139319.pdf. Accessed 31 July 2025.
13. <https://pasc.ac.uk/wp-content/uploads/2025/02/FPA-Curriculum-September-2023.pdf>.
14. European Network of PA Educators. Short History of the PA profession in the UK. <https://enpae.org/enpae/united-kingdom/>. Accessed 02.08.2025.
15. European Network of PA Educators. Education. <https://enpae.org/enpae/united-kingdom/>. Accessed 02.08.2025.
16. NHS Roles - Physician Associate. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/medical-associate-professions/roles-medical-associate-professions/physician-associate>. Accessed 02.08.2025.
17. NHS Education Funding Guide. 2020-21. <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/NHS%20Education%20Funding%20Guide%202020-21%20FV.pdf>. Accessed 02 Aug 2025.
18. GMC approves 36 PA and AA courses in landmark regulatory milestone. <https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/gmc-ap-proves-36-pa-and-aa-courses-in-landmark-regulatory-milestone#:~:text=Anglia%20Ruskin%20University%20PA%20course,University%20of%20London%20PA%20course>. Accessed 02.08.25.
19. Royal College of Physicians. Physician Associate Registration Assessment – information for candidates. <https://www.rcp.ac.uk/events-and-education/education-and-learning/exams-and-assessment/physician-associate-registration-assessment-para/pa-information-for-candidates/>. RCP; 2025.
20. Physician Associate Schools Council Mission Statement. Physician Associate Schools Council. Accessed 02.08.25.
21. United Kingdom Physician Associates. Straughton K, Chase A. *Social Innovations Journal*. 8, (Jul. 2021). <https://socialinnovations-journal.com/index.php/sij/article/view/990>. Accessed 02 Aug 2025.
22. Physician associates – background to the profession. <https://www.rcp.ac.uk/news-and-media/news-and-opinion/physician-associates-background-to-the-profession/>. Accessed 02 Aug 2025.
23. College of Medical Associate Professionals. <https://cmaps.org.uk>. 2025.
24. Support, Development & Educational Requirements of a Physician Associate: An Employers Handbook. UK Association of Physician Associates. <https://www.transformationpartners.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/Physician-Associate-Employers-Handbook-2014.pdf>. Accessed 02 Aug 2025.
25. The regulation of physician associates (PAs) and anaesthesia associates (AAs). UK Parliament - Written questions, answers and statements. <https://questions-statements.parliament.uk/written-statements/detail/2019-07-18/HCWS1741#:~:text=The%20response%20confirmed%20the%20decision,NHS%20People%20Plan%20in%20England>. Accessed 02 Aug 2025.
26. The Anaesthesia Associates and Physician Associates Order 2024. [legislation.gov.uk. https://www.legislation.gov.uk/uksi/2024/374/contents/made](https://www.legislation.gov.uk/uksi/2024/374/contents/made). Accessed 02 Aug 2025.
27. Regulation of physician associates and anaesthesia associates begins. General Medical Council. 2024. <https://www.gmc-uk.org/news/news-archive/regulation-of-physician-associates-and-anaesthesia-associates-begins#:~:text=The%20rules,%20standards%20and%20guidance%20for%20how%20we%E2%80%99ll,and%20>

training,%20registration,%20standards,%20and%20fitness%20to%20practise.

28. GMC regulation of physician associates and anaesthetic associates to begin. General Medical Council. 2024. <https://www.gmc-uk.org/news/new-archive/gmc-regulation-of-physician-associates-and-anaesthetic-associates-to-begin>. Accessed 4 Aug 2025.

29. More than 1,000 physician associates could enter NHS workforce each year. <https://independent.co.uk/news/uk/home-news/nhs-general-medical-council-gp-surgeries-employers-british-medical-association-b27-41899.html>. Accessed 4 Aug 2025.

30. Straughton K, Roberts K, Watkins J, Drennan V, Halter M. Journal of the Academy of American Physician Assistants (2022) Physician associates in the UK: Development, status, and future. Vol 35, No.3 (March).

31. PA and AA generic and shared learning outcomes. General Medical Council. (2022). <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/pa-and-aa-generic-and-shared-learning-outcomes#:~:text=The%20document%20describes%20the%20generic%20and%20shared%20professional,2022%20to%20give%20course%20providers%20time%20to%20prepare>. Accessed 02 Aug 2025.

32. Supervision of physician associates and anaesthesia associates. General Medical Council. <https://www.gmc-uk.org/professional-standards/ethical-hub/supervision-of-physician-associates-and-anaesthesia-associates>. Accessed 02 Aug 2025.

33. Supervision of physician associates and anaesthesia associates. Day to day supervision. General Medical Council. <https://www.gmc-uk.org/professional-standards/ethical-hub/supervision-of-physician-associates-and-anaesthesia-associates#Day-to-day%20supervision>. Accessed 02 Aug 2025.

34. Ionising Radiation (Medical Exposure) Regulations (2017) www.legislation.gov.uk/uksi/2017/1322/contents/made (accessed 4 Aug 2025).

35. NHS Long Term Workforce Plan. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/nhs-long-term-workforce-plan-2/>. Accessed 02 Aug 2025.

36. Howard Wilsher S, Gibbs A, Reed J, et al. Nursing Open (2023) Patient care, integration and collaboration of physician associates in multiprofessional teams: A mixed methods study. Feb 20;10(6):3962–3972. doi: 10.1002/nop2.1655

37. An Alarming Crisis Unveiled: Physician Associate and Anaesthesia Associate Students Facing Severe Bullying and Mental Health Impact.

UMAPS. <https://umaps.org.uk/an-alarming-crisis-unveiled-physician-associate-and-anaesthesia-associate-students-facing-severe-bullying-and-mental-health-impact/#:~:text=The%20widespread%20negative%20environment%20and,crucial%20role%20in%20patient%20care>. Accessed 02 Aug 2025.

38. The fractious debate over physician associates in the NHS. Oliver D. BMJ 2023; 383 :p2449 doi:10.1136/bmj.p2449. <https://www.bmj.com/content/383/bmj.p2449>. Accessed 02 Aug 2025.

39. Physician associates in the UK and the role of the doctor. Bagenal, J. The Lancet, Volume 404, Issue 10448, 102 – 104. 2024.

40. RCP Trainees Committee publishes updated position statement on the role of physician associates. Royal College of Physicians. <https://www.rcp.ac.uk/news-and-media/news-and-opinion/rcp-trainees-committee-publishes-updated-position-statement-on-the-role-of-physician-associates/#:~:text=10%20June%202024-,RCP%20Trainees%20Committee%20publishes%20updated%20position%20statement%20on%20the%20role,of%20the%20RCP%20TC%20said>. Accessed 02 Aug 2025.

41. Safe scope of practice for Medical Associate Professionals (MAPs). British Medical Association. <https://www.bma.org.uk/media/tkcosjt1/maps-scope-of-practice2024-web.pdf>. Accessed 02 Aug 2025.

42. The medical staff harassed, bullied and threatened – by doctors. The Times. 17 Jan 2025. <https://www.thetimes.com/uk/healthcare/article/the-medical-staff-harassed-bullied-and-threatened-by-doctors-59vpcks0r#:~:text=Bethell%2C%20who%20was%20a%20health,professional%20institutions%2C%E2%80%9D%20he%20said.&text=Bethell%20said%20he%20had%20been,ad%20hominem%20attacks%20on%20individuals.%E2%80%9D>.

43. A toxic staffing row is splitting the NHS. BBC News. 23 Nov 2024. <https://www.bbc.co.uk/news/articles/c2dly5ldrxjo>. Accessed 02 Aug 2025.

44. Independent Review of the Physician and Anaesthesia Associate Professions. UK Parliament 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-11-20/debates/24112029000010/IndependentReviewOfThePhysicianAndAnaesthesiaAssociateProfessions>. Accessed 02 Aug 2025.

45. Independent review of the physician associate and anaesthesia associate roles: final report. Department of Health and Social Care. 16 July 2025. <https://www.gov.uk/government/publications/independent-review-of-the-physician-associate-and-anaesthesia-associate-roles-final-report>. Accessed 02 Aug 2025.

About the authors

Jeannie Watkins is one of the first UK trained Physician Associates (PA) qualifying in 2007 from the pilot projects. She has worked as a PA in acute medicine, primary care and education. Jeannie is currently Programme Director and Professional Lead on the Masters in Physician Associate Studies programme (MPAS) at Swansea University, Wales. She has also been recently appointed by Health Education and Improvement Wales (HEIW) as Associate Dean for Medical Associate Professions. Jeannie was actively involved in the establishment and expansion of the PA role across the 4 Countries of the UK and the formation of the PA Managed Voluntary Register, which was the precursor to statutory regulation. Jeannie has represented PAs locally, nationally and internationally advising and advocating for the profession. She is a former President of the Faculty of Physician Associates at the Royal College of Physicians (2016-2019) and Immediate Past Chair of the Physician Associate Schools Council (PASC).



Karen Roberts, MSc, PA-C Emeritus trained as a PA in the US, graduating from the highly respected University of Colorado PA programme. She worked in the UK 2007-2024, in both General Practice and PA education. She was PA course lead for two UK PA programmes and was chief examiner/ examination lead for the PA National Exam 2014-2018. She was a member of the PA education organisations (UKIUBPAE and PASC) 2010-2024. She retired from PA education in 2024. Karen's career focus was on development and delivery of high-quality PA education, emphasising patient-centred care and patient safety. She is especially interested in assessment, both SBAs and OSCEs. Karen currently manages the on-line assessment platform for the PA Schools' Council and delivers ad hoc teaching, facilitating or interviewing for various UK PA programmes, as requested.



Activities of The National Commission on Certification of Physician Assistants (NCCPA)

■ On behalf of the NCCPA Board of Directors and staff

This contribution reports on current developments in international collaboration and on PA certification programs of the NCCPA.



The National Commission on Certification of Physician Assistants (NCCPA) celebrates the development and successes of the PA profession in Germany over the past 20 years and is honored to contribute to this University Association's commemorative publication. NCCPA's commitment to high-quality certification is a core organizational value, and engagement with our international colleagues is longstanding.

2025 International PA Summit in Atlanta

On March 21-22, 2025, leaders of the PA and PA equivalent professions from around the world and from the U.S. including American Academy of Physician Associates (AAPA), the Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant (ARC-PA), NCCPA, and the PA Educators Association (PAEA) convened for the 2025 International PA Summit. The event, with over 50 in-person and virtual participants, was sponsored by the four U.S. PA organizations and hosted by NCCPA at its headquarters in Johns Creek, Georgia and included representatives from Canada, Germany, Ghana, India, Ireland, Israel, Kenya,

Netherlands, New Zealand, Puerto Rico, South Africa, United Kingdom, and the U.S. The purpose of the meeting was to engage leaders from around the world in discussions on the global growth and development of the PA profession, including successes and challenges.

Participants provided reports on the state of the PA and PA-equivalent professions in their area, and staff leaders from the AAPA, ARC-PA, NCCPA, and PAEA presented information on each of the U.S. national organizations' purposes and current key initiatives. Presentations were also provided on the AAPA's advocacy efforts to address state licensure of individuals who have not been educated or certified as PAs, as well as on the structure of the Royal College of Surgeons' Ireland PA Program and how it aligns with the standards of U.S.-based programs.

A portion of the Summit's discussions focused on the challenges and benefits of accreditation and standardization of educational programs, recognizing that all programs – even those within the same country – may take unique approaches to address their program's mission and local health-



International PA Summit 2025 in Atlanta

care needs. Some representatives from around the globe expressed interest in their graduates gaining eligibility to apply for the Physician Assistant National Certifying Examination (PANCE) and how obtaining NCCPA certification may help elevate the profession's reputation in their countries, given the longstanding success and growth of the PA profession in the U.S. The current PANCE eligibility requirements include graduation from an ARC-PA-accredited PA program. Summit participants also discussed the potential benefits and value of obtaining ARC-PA accreditation, as well as the challenges that may exist.

Key outcomes from the Summit include:

- Participation in the Summit helped to increase awareness of the international landscape of the PA and PA equivalent professions and education.

- The ARC-PA will likely implement a pilot program with a small number of international PA or PA equivalent programs that are interested in pursuing ARC-PA accreditation.
- There was agreement on the value of continuing informed and thoughtful discussions with the worldwide PA and PA equivalent professions.
- Following the Summit, the four U.S. national PA organizations continue to collaborate on efforts to monitor the international landscape of the profession, with each organization addressing any initiatives, if needed, related to their organization's mission and strategic direction.

Updates on PA Certification in the U.S.

NCCPA was incorporated in 1974 and issued its first Board certification to PAs in 1975. As

of December 31, 2024, NCCPA has certified over 219,000 PAs, with 189,907 currently certified. In the U.S. PAs are educated, Board Certified, and recertified in general medicine; however, PAs practice in a wide range of medical and surgical specialties, with the top three areas being primary care (22%), surgical subspecialties (18.5%), and emergency medicine (10.5%). PAs have a significant impact on U.S. healthcare, treating an estimated 11.4 million patients per week. (1)

Through the launch of its PA Professional Profile, a data gathering instrument presented to Board-certified PAs through a secure portal within NCCPA's website, NCCPA has developed the most robust database of information on the U.S. PA profession, collecting information on topics such as specialty and practice settings, patient panels, clinical practice, continued professional education and development, leadership roles, compensation, retirement plans, burnout and job satisfaction etc. Data collected supports NCCPA's research initiatives and the publication of four unique annual reports that are available on NCCPA's website, as well as provides the opportunity to collaborate with others on research projects. NCCPA frequently presents data on the PA profession at international medical, academic, and credential conferences. Continuing dialogue and fostering collaborations throughout the world is important in advancing awareness of the PA profession and its contributions to global healthcare.

In response to credentialing needs for PAs working in certain specialty areas, NCCPA developed a Certificate of Added Qualifications program that provides the opportunity for Board certified PAs with experience in a specialty to earn an added credential in a specialty discipline by participating in specialty continuing education activities and passing an examination developed specifically for the respective specialty. The program launched with five specialties in 2011 and now includes eleven specialties, with a twelfth one launching in 2026.

Launching a longitudinal assessment alternative for the recertifying exam is one of NCCPA's most recent evolutions in its certification maintenance processes. After a multi-year investigation, the new exam format was launched in 2023. Performance data and feedback from PAs provides evidence that this exam format assists PAs in identifying and closing knowledge gaps, reduces stress and anxiety for exam-takers, and provides a meaningful assessment process.

On behalf of NCCPA, congratulations of the 20-year celebration of the PA profession in Germany and best wishes for ongoing success and future achievements in health care access.

Reference

National Commission on Certification of Physician Assistants, Inc. (2025, April). 2024 Statistical Profile of Board Certified PAs, Annual Report, Retrieved Date, www.nccpa.net/resources/nccpa-research/

IMPRESSUM

Alle Rechte vorbehalten.
© 2025 by Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V., Köln.
Printed in Germany.
ISBN 978-3-7950-1944-0



Herausgeber:

Deutscher Hochschulverband
Physician Assistant e. V.
Oststr. 11-13
50996 Köln

E-Mail:

kontakt@hochschulverband-pa.de



www.hochschulverband-pa.de

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Gesamtherstellung:

Max Schmidt-Römhild
GmbH & Co. KG
Konrad-Adenauer-Str. 4
23558 Lübeck

E-Mail:

info@schmidt-roemhild.de

Gestaltung:

Grafikstudio Schmidt-Römhild,
Marc Schulz

Bibliographische

Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek
verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen National-
bibliografie; detaillierte biblio-
grafische Daten sind im Internet
über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Vor 20 Jahren, im Herbst 2005, startete der erste Studien-
gang Physician Assistant, kurz PA, in Deutschland. Das ist
ein Grund zum Feiern! Erfahren Sie in dieser Festschrift des
Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistant e. V.
(DHPA) Interessantes und oft Unbekanntes über die Ge-
schichte des Hochschulstudiums PA und des DHPA, über
die rechtlichen Rahmenbedingungen des Berufsbildes, über
die Perspektive der Hochschulen und Aktuelles zur Tätigkeit
von PAs in Deutschland und international.

