

Konzeptionelle Implementierung von Physician Assistants

Klinik für Herz-, Thorax- und
Gefäßchirurgie

Inhaltsverzeichnis

Vorworte.....	3
1. Ziel	5
2. Prozessverantwortliche Person	6
3. Geltungsbereich/Zielgruppe	6
4. Theoretischer Hintergrund	6
4.1 Berufsbild.....	6
4.1.1 Entwicklung	6
4.1.2 Rechtliche Grundlagen.....	10
4.1.3 Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie.....	14
4.2 Deutsches Herzzentrum der Charité.....	18
4.2.1 Schnittstellenmanagement	18
4.2.2 Tarifliche Eingruppierung.....	19
4.2.3 Dienstfähigkeit	19
5. Konzeptionelle Implementierung	19
6. Modellvorhaben und Übertragbarkeit.....	28
7. Onboarding-Konzept.....	30
7.1 Einstellungsprozess	30
7.2 Einarbeitungsprozess	30
8. Rotationskonzept.....	34
9. Fortbildungskonzept	34
10. Weiterentwicklungskonzept.....	35
Literaturverzeichnis.....	36
Rechtsverzeichnis	40
Erstgespräch zur Einarbeitung als Physician Assistant in der HTG	41
Zwischengespräch zur Einarbeitung als Physician Assistant in der HTG.....	42
Abschlussgespräch zur Einarbeitung als Physician Assistant in der HTG.....	43

Vorworte

Die fortschreitende Spezialisierung und zunehmende Arbeitsverdichtung im deutschen Gesundheitswesen erfordern neue, nachhaltige Versorgungsmodelle. Der Einsatz von Physician Assistants (PAs) stellt hierbei eine vielversprechende Lösung dar, insbesondere in hochspezialisierten klinischen Bereichen wie der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Dieses Dokument zeigt, wie die Implementierung von PAs am Deutschen Herzzentrum der Charité (DHZC) nicht nur strukturell, sondern auch inhaltlich fundiert und systematisch vorgenommen wurde.

Im Zentrum steht ein innovatives Konzept, das auf aktuellen berufs- und gesundheitspolitischen Entwicklungen, empirisch belegten Herausforderungen und etablierten Management- sowie Implementierungstheorien basiert. Die konzeptionelle Herangehensweise wurde am DHZC unter enger interprofessioneller Zusammenarbeit entwickelt und ist auf eine übertragbare Modellbildung für andere Kliniken und Fachbereiche ausgelegt.

Dieses Papier soll Impulsgeber sein, Einblick in die praktischen Umsetzungsschritte geben und zur Weiterentwicklung eines klar definierten, rechtlich fundierten und berufsgruppenübergreifenden Einsatzes von Physician Assistants beitragen.

Prof. Dr. med. V. Falk

Deutsches Herzzentrum der Charité
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Ärztlicher Direktor des DHZC
Direktor der Klinik für Herz-, Thorax- und
Gefäßchirurgie
Vorsitzender des DHZC-Bereichsvorstands

Prof. Dr. med. C. Starck

Deutsches Herzzentrum der Charité
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Leitender Oberarzt
Ärztliche Leitung Physician Assistants DHZC

Physician Assistants (PAs) werden in Deutschland ohne klare Struktur und auf individueller Basis in das interprofessionelle Team aufgenommen – ein wissenschaftlich fundiertes, übergreifendes Konzept zur Implementierung des Berufsbilds in deutschen Gesundheitseinrichtungen existiert nicht, ebenso wenig wie ein solches im internationalen Austausch zur Integration der PAs in das interprofessionelle Team (Hunfeld, S. 22f., 2025).

Nachdem ich im Jahr 2019 ein Praktikum bei einer PA in Hanford, Kalifornien, USA absolvieren durfte, war schnell sehr klar, woran ich in den nächsten Jahren in Deutschland arbeiten möchte – an einer wissenschaftlich fundierten konzeptionellen Implementierungsstrategie von PAs an deutschen Gesundheitseinrichtungen und an der berufspolitischen Integration des Berufsbilds Physician Assistance in das deutsche Gesundheitssystem. Seither arbeite ich an genau diesen Zielen und bin seit 2021 Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e.V. und seit August 2024 die Leitung der PAs im DHZC.

Das vorliegende Dokument **„Konzeptionelle Implementierung von Physician Assistants“** beleuchtet modellhaft, wie die konzeptionelle Implementierung des Berufsbilds Physician Assistance in der Klinik der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie (HTG) des DHZC vorgenommen wurde und auf andere Gesundheitseinrichtungen übertragen werden kann. Initial wird das Berufsbild und die übergeordnete Entwicklung von Physician Assistance in Deutschland mit der Darstellung des rechtlichen Hintergrundes beschrieben. Zudem wird ein Einarbeitungs-, ein Rotations-, ein Fortbildungs- und ein Weiterentwicklungskonzept mit diesem Dokument vorgestellt. Komprimiert lässt sich dieser Beitrag auch im *Fachbuch Physician Assistants in Deutschland – Rahmenbedingungen, Studium, Implementierung* nachlesen (Hunfeld, S.22ff., 2025).

Die konkrete Darlegung der Tätigkeiten von PAs werden in dem Dokument **„Tätigkeitsrahmen von Physician Assistants“** der HTG des DHZC aufgeführt, welches auf Basis des neuen Positionspapiers der Bundesärztekammer „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ (2025) veröffentlicht wird. Jene Tätigkeitsbereiche werden aktuell für die Bereiche Ambulanz, Normalstationen und OP-Bereich beschrieben, wobei weitere Tätigkeitsfelder wie der Bereich der Echokardiographie (Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin, CBF), die Intermediate Care Unit des Structural Heart Intervention Programm, die Klinik für Chirurgie Angeborener Herzfehler – Kinderherzchirurgie und die Intensivmedizin in der Perspektive ergänzt werden sollen.

PAs arbeiten in enger Kooperation mit Ärzt:innen als Teil des ärztlichen Teams. Dies geschieht in der HTG des DHZC, ehemals Deutsches Herzzentrum Berlin (DHZB), seit 2005, sodass PAs keine sekundäre Versorgungsschiene darstellen. Es ist mir wichtig, meine Dankbarkeit gegenüber unserem Chef, Herrn Prof. Dr. Volkmar Falk als Vorstandsvorsitzenden, Ärztlichen Direktor des DHZC und Chefarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie des DHZC für sein entgegengebrachtes Vertrauen in das Berufsbild Physician Assistance deutlich zu machen sowie für seinen Mut zu danken, mit uns PAs neue Wege in der klinischen Personalstruktur zu beschreiten.

Ich möchte mich an dieser Stelle zudem ausdrücklich bei Ihnen, Herr Prof. Dr. Christoph Starck, für den Support und die Führung, die Sie mir in den vergangenen Jahren entgegengebracht haben, bedanken. Als einer der leitenden Oberärzte in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie des DHZC sowie als ärztlicher Leiter des PA-Programms am DHZC tragen Sie die Verantwortung für das Berufsbild Physician Assistance aus ärztlicher Perspektive. Ich schätze Ihre Guidance sowie Ihre Personalführung und -entwicklung durch die letzten Jahre sehr. Ein besonderer Dank geht neben den beiden oben genannten Personen auch an meinen ehemaligen Chef, Herrn PD Dr. med. Schneider, der Chefarzt der Medizinischen Klinik I am Klinikum Osnabrück GmbH, der mich bestärkt und bekräftigt hat, den Schritt an das DHZC zu gehen.

Daria Hunfeld, MBA

Deutsches Herzzentrum der Charité
Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Leitung Physician Assistants DHZC

1. Ziel

Das vorliegende Dokument „**Konzeptionelle Implementierung von Physician Assistants**“ nimmt verbindlich zu dem Berufsbild Physician Assistance für die Klinik der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie (HTG) des Deutschen Herzzentrums der Charité (DHZC) Stellung und beleuchtet inhaltlich folgende Bereiche explizit:

- **Theoretischer Hintergrund**
 - **Berufsbild**
 - **Entwicklung**
 - **Rechtliche Grundlagen**
 - **Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie (DGTHG)**
 - **Deutsches Herzzentrum der Charité**
 - **Schnittstellenmanagement**
 - **Dienstfähigkeit**
 - **Tarifliche Eingruppierung**
- **Konzeptionelle Implementierung**
- **Modellvorhaben und Übertragbarkeit**
- **Einarbeitungskonzept**
- **Rotationskonzept**
- **Fortbildungskonzept**
- **Weiterentwicklungskonzept**

Zusätzlich wird es durch das Dokument **Tätigkeitsrahmen von Physician Assistants. Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie** ergänzt, welches die folgenden Inhalte abbildet:

- **Hintergrund**
- **Rechtliche Aspekte**
- **Aufbau und Struktur**
- **Arbeitsbereichsunspezifische Tätigkeiten**
- **Arbeitsbereichsspezifische Tätigkeiten**
 - **Ambulanz**
 - **Normalpflegestationen**
 - **OP**

2. Prozessverantwortliche Person

Prozessverantwortliche Personen sind die berufsgruppeneigene Leitung der PAs des DHZC und die Ärztliche Leitung der PAs des DHZC. Diese Positionen sind primär prozessverantwortlich und bilden mit dem Klinikdirektor den Lenkungsreis für das Berufsbild Physician Assistance.

3. Geltungsbereich/Zielgruppe

Der Geltungsbereich des vorliegenden Konzepts bezieht sich auf die HTG des DHZC. Die Zielgruppe inkludiert alle Berufsgruppen, die als oder mit PAs arbeiten, sodass durch dieses Dokument einheitliche und wiederkehrende Prozesse rund um die Berufsgruppe der PAs beschrieben werden, um das interprofessionelle Verständnis gleichsam wie die Behandlungsqualität durch prozessuale Transparenz zu optimieren.

4. Theoretischer Hintergrund

4.1 Berufsbild

4.1.1 Entwicklung

Allgemeines

PAs gehören zum ärztlichen Dienst und arbeiten eng mit Ärzt:innen zusammen. Sie führen ärztliche Aufgaben im Rahmen der Delegation unter Supervision aus. Ihr Beitrag zur Patientenversorgung besteht in der kontinuierlichen und routinemäßigen Übernahme delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten, wobei der Grundsatz der einheitlichen Heilkundeausübung durch Ärzt:innen dabei gewahrt bleibt (Bundesärztekammer, S. 3, 2025).

Der akademische Gesundheitsfachberuf Physician Assistant ist in Deutschland eine relativ neue Entwicklung (Herrmann, 2022, S. 274). Diese Berufsgruppe ist nicht nur in den USA, sondern auch in Ländern wie den Niederlanden, Australien, dem Vereinigten Königreich, Kanada, Südafrika, Indien, Ghana, Saudi-Arabien tätig (Hooker u. Kuilman, 2011, S. 57). Die Wurzeln dieses Berufsbilds reichen bis ins 17. und 18. Jahrhundert zurück und finden sich in Ländern wie Russland, USA, Frankreich und Schweden. Die „Physician Assistant History Society (PAHx)“ weist darauf hin, dass nicht ärztliche Assistenzberufe damals insbesondere zur Versorgung der gesamten Bevölkerung und insbesondere für Menschen in ländlichen Gebieten sowie für Militärangehörige im Ausland benötigt wurden. In Deutschland wurden diese nicht ärztlichen Assistenten im Mittelalter als „Feldscher“ (Plural: „Feldschere“) bezeichnet und leisteten Unterstützung bei der militärischen Versorgung von verwundeten Soldaten (Tallot, 1933). Heutzutage unterstützen PAs hauptsächlich bei alltäglichen ärztlichen Routinetätigkeiten (Taheri, Wenzel u. Möller, S. 520, 2017). Sie übernehmen ärztliche Aufgaben im Rahmen der Delegation und werden hauptsächlich in Bezug auf patientennahe Tätigkeiten qualifiziert (Herrmann, 2022, S. 276). Im kürzlich veröffentlichten neuen Positionspapier der Bundesärztekammer (S. 3, 2025) wird in der Präambel auf die Wichtigkeit der einheitlichen Terminologie hingewiesen: Das Berufsbild und der Studiengang werden als „Physician Assistance“ bezeichnet. Die Berufsbezeichnung lautet „Physician Assistant (PA)“. PA ist eine international genutzte Bezeichnung für einen akademisch qualifizierten Gesundheitsberuf, wobei weltweit zunehmend der Begriff Physician Associates verwendet wird (Bundesärztekammer, S. 3, 2025). Auf die zeitweise gebräuchliche deutsche Übersetzung der Berufsbezeichnung sollte verzichtet werden (Hunfeld, S. 3, 2025).

Internationales

Das Berufsbild Physician Assistance entwickelte sich historisch im Jahr 1965, als an der Duke University in den USA die ersten Studierenden ihr PA-Programm begannen. Dies erfolgte 40 Jahre vor dem Auftakt der ersten deutschen PA-Studienkohorte an der Steinbeis Hochschule im Jahr 2005. Der amerikanische Berufsverband für PAs, die „American Academy of Physician Associates (AAPA)“ führt den Mangel an medizinischem Fachpersonal in den 1960er Jahren als Ursache für die Entstehung dieses Berufsbilds an (Kuilman et al., 2013, S. 38; American Academy of Physician Associates, 2023a).

Die grundlegenden Inhalte des Programms von 1965 wurden in den USA in Anlehnung an das Medizinstudium ausgebildet. PAs sollten damals vor allem in der hausärztlichen und/oder internistischen Versorgung unterstützen (Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V., 2015). Die Entwicklung von Physician Assistance in den USA war beeindruckend: Im Jahr 1995 gab es bereits 61 PA-Programme und 29.000 Absolvent:innen, im Jahr 2010 waren es 148 Programme und fast 87.000 PAs (American Academy of Physician Associates, 2010, S. 4 und S. 10). Im März 2023 aktualisierte die AAPA ihre Angaben zu den aktuellen PA-Absolvent:innen-Zahlen für die USA auf über 168.300 PAs (American Academy of Physician Associates, 2023b). Die American Medical Association (AMA), die größte Standesvertretung der Ärzt:innen und Medizinstudierenden in den Vereinigten Staaten, erkannte das Berufsbild Physician Assistance bereits im Jahr 1971 an, nur vier Jahre nach dem Abschluss der ersten PA-Absolventenkohorte. Im selben Jahr erließen sechs Bundesstaaten Gesetze, die die Ausübung des PA-Berufs erlaubten. Zwei Jahre später, im Jahr 1973, wurde die erste nationale PA-Zertifizierungsprüfung vom National Board of Medical Examiners (NBME), einer US-amerikanischen Organisation, die staatlich anerkannte Prüfungen unter anderem für Medizinstudierende durchführt, festgelegt. Im Jahr 2000, also 33 Jahre nach dem Abschluss der ersten PA-Absolventenkohorte, erlaubten schließlich alle 50 Bundesstaaten gesetzlich die Berufsausübung von PAs (American Academy of Physician Associates, 2023a).

Heute sind PAs nicht nur in den USA, sondern auch in Ländern wie Australien, den Niederlanden oder England fest im Gesundheitswesen etabliert (Meyer-Treschan et al., 2021, S. 16). Die Entstehung und Entwicklung von PAs in Deutschland wird im folgenden Abschnitt detailliert beschrieben.

Deutschland

Bedarf

Es ist erkennbar, dass sowohl im Pflegebereich als auch im ärztlichen Dienst ein Personalmangel besteht, der zunächst im ländlichen Bereich begann und sich nun auch in Metropolregionen ausbreitet. Trotz des stetigen Anstiegs der Zahl der Mediziner:innen in Deutschland, etwa um 2,1 % zwischen 2019 und 2020, reicht diese Entwicklung nicht aus, um den Ärztemangel auszugleichen (Herrmann, 2022, S. 270). Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft in Köln, die auf Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland beruhen, deuten darauf hin, dass sich der Pflegemangel im gesamten Pflegebereich bis zum Jahr 2035 auf bis zu 500.000 Pflegenden erhöhen könnte (Radtko, 2020). Daher erscheint es wenig realistisch, dass ärztliche Aufgaben in den Pflegebereich delegiert werden können, da die pflegerische Profession im Pflegebereich selbst benötigt wird (Herrmann, 2022, S. 272).

Die Ursachen für den Mangel an Ärzt:innen sind vielfältig: Neben einem erhöhten Bedarf an ärztlichem Personal spielen Faktoren wie der demographische Wandel, die erhöhte Anzahl an Ärzt:innen, die nach Abschluss des Studiums nicht in Deutschland arbeiten, und ein verändertes Arbeitszeitschutzgesetz eine Rolle (Hix & Fernandes, 2020, S. 42). Der demographische Wandel führt einerseits zu einer Zunahme von chronisch erkrankten Patient:innen und andererseits zum Ausscheiden der geburtsstarken Jahrgänge aus dem Berufsleben, obwohl die Zahl der berufstätigen Ärzt:innen in Deutschland stetig steigt (Lau u. Osterloh, 2022). Darüber hinaus zeigt sich eine zunehmend weibliche Personalstruktur unter den Mediziner:innen. So hat sich der Anteil der Frauen im ärztlichen Bereich von etwa 34% im Jahr 1991 auf fast 50% im Jahr 2021 erhöht. Hinzu kommt, dass im Jahr 2020 der Anteil der weiblichen Absolventinnen im Bereich der Humanmedizin bei 62% lag. Für Frauen spielt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine größere Rolle als für männliche Mediziner (Lundershausen, 2022).

Auch soziologische Entwicklungen beeinflussen den Bedarf. Die "Generation Y", also die nach 1980 Geborenen, hat veränderte Ansprüche an die Arbeit und zeigt ein gesteigertes Interesse an geregelten Arbeitszeiten und einer Tätigkeit im Team (Kaduszkiewicz et al., 2017). Eine Befragung von Kasch et al. (2015) unter 9079 Medizinstudierenden (10,7 % aller deutschen Medizinstudierenden) identifizierte fünf Faktoren, die zur Arbeitsplatzwahl und -zufriedenheit der "Generation Y" beitragen: Work-Life-Balance (z.B. Teilzeitarbeitsmöglichkeiten), Karriere (z.B. Aufstiegschancen), fachlicher Anspruch (z.B. Abwechslung bei der Arbeit), Betriebsklima (z.B. Wertschätzung von Leistung) und Prestige (z.B. Standort).

Trotz Entwicklungen in der digitalen Medizin und Robotik bleibt der Mensch in der Gesundheitsversorgung unentbehrlich, da ethische und empathische Bedenken eine entmenslichte Medizin verhindern, wodurch erhebliche Personaleinsparungen ausbleiben werden (Herrmann, 2022, S. 270).

Krankenhäuser befinden sich daher in einem Wettbewerb um ärztliches Fachpersonal und müssen weiche Pull-Faktoren hervorheben, die sie als Arbeitgeber attraktiv machen, um Personal zu gewinnen und langfristig zu binden (Kasch et al., 2015, S. 195). Die Etablierung der Tätigkeiten von PAs könnte, wie in diversen anderen Ländern, einen Teil dazu beitragen, das Missverhältnis zwischen dem Bedarf und der verfügbaren medizinischen Versorgung abzumildern (Kuilman et al., 2013, S. 39).

Entwicklung

Die Entwicklung der Physician Assistance in Deutschland wird im Folgenden beschrieben. Das Bachelorstudium wurde in Deutschland erstmals 2005 in einem privaten Studienmodell an der Steinbeis-Hochschule angeboten (Blum, 2016, S. 12). Als erste staatliche Hochschule bot die Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW) den Studiengang Physician Assistance im Jahr 2010 an (Buhlinger-Göpfarth et al., 2020, S. 414). Das Studium dauert mindestens sechs Semester und wird mit dem akademischen Grad „Bachelor of Science“ abgeschlossen. Als Studienvoraussetzung gilt die Zugangsberechtigung für Fachhochschulen, zudem wird an einigen Hochschulen eine Ausbildung im Gesundheitsbereich vorausgesetzt. Im Positionspapier „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild in Deutschland“ der Bundesärztekammer (2025) werden zudem einheitliche Zugangsvoraussetzungen beschrieben. Derzeit gibt es an den Hochschulen noch kein einheitliches verpflichtendes Curriculum (Meyer-Treschan, 2021, S. 16f). Zwischen 2005 und 2016 wuchs die Anzahl der Hochschulen mit Angeboten zu PA-Studiengängen kontinuierlich, seit 2017 sogar exponentiell (Buhlinger-Göpfarth et al., 2020, S. 414). Zum Wintersemester 2024/25 belief sich die Anzahl der Hochschulen auf 26 Hochschulen in Deutschland (Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V., 2025). Im Jahr 2019 belief sich die Zahl der PA-Absolvent:innen auf 571 PA (Meyer-Treschan et al., 2021, S. 16f). Nur zwei Jahre später, also 2021, waren es bereits über 1.000 PA-Absolvent:innen in Deutschland (Heistermann et al., 2022, S. 45). Die Zahl der PA-Absolvent:innen stieg im Jahr 2021/2022 auf 1.391 an (Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V., 2023, S., 11). Auch zum Wintersemester 2024/25 wuchs die Zahl der PA-Absolvent:innen erneut auf insgesamt 2.454 PAs und aktuell 5.081 PA-Studierenden (Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V., 2025). Auch die Zahl der Immatrikulationen wächst: So waren es zum Sommersemester und Wintersemester 2022/23 insgesamt 1319 Personen, die sich für einen Studiengang Physician Assistance immatrikulierten, wohingegen es zum Wintersemester 2024/25 2.231 Immatrikulationen gab (Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V., 2023, S., 11; Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V., 2025). PAs können in allen medizinischen Fachbereichen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, eingesetzt werden. Derzeit arbeiten PAs in Deutschland hauptsächlich in der stationären Versorgung (Heistermann et al., 2022, S. 47).

Das Forschungsinteresse zum Thema PA nimmt ebenfalls zu. Die Anzahl der deutschsprachigen Publikationen in der medizinischen Literatur-Datenbank Pubmed ist seit 2005 nur leicht gestiegen, während die Anzahl der nationalen und internationalen Publikationen sich seitdem versechsfacht hat. Eine Besonderheit bei der Entwicklung eines Studiengangs für PA in Deutschland war eine Machbarkeitsstudie des Westküstenklinikums Heide aus dem Jahr 2018. Vor dem Start des Bachelorstudiengangs für Physician Assistance am Studienzentrum Heide wurde eine Studie durchgeführt, um das Entlastungspotenzial des ärztlichen Personals durch die Arbeit von PAs zu ermitteln. Für die Studie wurden spezifische Aufgabenbereiche in den Funktionsbereichen und Stationen festgelegt, die von PAs im Rahmen der Delegation übernommen werden können. Daraus ergab sich eine Gesamtentlastung des ärztlichen Dienstes um insgesamt 9,16 Vollzeitkräfte. Diese Zahl von 9,16 ärztlichen Stellen bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass diese Arztstellen gestrichen und durch PAs ersetzt werden könnten. Vielmehr könnte in den freigewordenen ärztlichen Kapazitäten eine Möglichkeit zur Reduzierung der Unzufriedenheit des ärztlichen Weiterbildungspersonals gesehen werden, die beispielsweise in Umfragen des Marburger Bundes unter anderem auf einem Personal- und Zeitmangel zurückzuführen ist (Herrmann, S. 274f., 2022).

In Deutschland gibt es bisher keine berufsrechtliche Legitimation für den Beruf des PAs in Form eines Berufsgesetzes (Deutscher Hochschulverband Physician Assistants e.V., 2019). Das erste PA-spezifische Masterprogramm startete 2020 an der Fliebler Fachhochschule in Düsseldorf (Hix & Fernandes, 2020, S. 46). Die Gesamtzahl der spezifischen PA-Masterabsolvent:innen liegt aktuell bei 154 PAs (Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V., 2025). PAs sind in Deutschland dem ärztlichen Dienst unterstellt und übernehmen derzeit ärztliche Tätigkeiten auf der Grundlage des Delegationsprinzips, das im Sozialgesetzbuch V, §28, Abs. 1 verankert ist, um Ärzt:innen zu unterstützen. Dieses Delegationsprinzip sowie eine ausführliche Erläuterung des rechtlichen Hintergrunds der Arbeit von/mit PAs wird im Kapitel 5.1.2 näher erläutert.

Es gibt jedoch Initiativen wie die der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Europäischen Fachhochschule Rheine in Zusammenarbeit mit dem einzigen deutschen Berufsverband für PAs, der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (DGPA), die ein Modellprojekt zur Förderung des Einsatzes von PAs in der ambulanten Versorgung initiieren (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, 2023). Da PAs dem ärztlichen Dienst unterstellt sind und es das Berufsbild erst seit 2005 in Deutschland gibt und bislang weder ein einheitliches verpflichtendes Curriculum noch ein Berufsgesetz für Physician Assistance vorliegen, sind sowohl die Haltung der Ärzteschaft zu diesem Beruf als auch die Entwicklung der berufspolitischen Interessensvertretungen von PAs in Deutschland wichtig für das aktuelle und potenziell zukünftige Verständnis von PAs. Diese berufspolitische Ebene von PAs in Deutschland wird im folgenden Abschnitt skizziert.

Berufspolitik

Auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Jahr 2008 in Ulm sprach sich die deutsche Ärzteschaft in einem Grundsatzpapier für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team und für Aufgabenverteilung im Rahmen der Delegation aus (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008). Sechs Jahre später wurde auf dem 117. Deutschen Ärztetag im Jahr 2014 die gemeinsame Arbeitsgruppe "Akademisierte Gesundheitsfachberufe" von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung eingerichtet und mit der Ausarbeitung eines Konzepts für ein einheitliches Berufsbild Physician Assistance in Deutschland beauftragt (Bundesärztekammer, 2014). Das Positionspapier „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“ der Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde auf dem 120. Deutschen Ärztetag im Jahr 2017 verabschiedet. Jenes Positionspapier markiert einen Wendepunkt für das Berufsbild Physician Assistance in Deutschland und enthält neben den Aufgabenfeldern, einheitlichen Studieninhalten und praktischen Kompetenzen von PAs auch die gemeinsame Position der Bundesärztekammer und der Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Berufsbild Physician Assistance. Dieses Konsenspapier hat keine Rechtsverbindlichkeit, bietet aber beispielsweise eine Orientierungshilfe für Studieninhalte. Die Bundesärztekammer legt mit dem Positionspapier „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ im Jahr 2025 eine Novellierung des Positionspapiers aus 2017 vor. Hier werden einheitlich festgelegte Zugangsvoraussetzungen für das Studium beschrieben, es werden sowohl für primär- als auch für sekundärqualifizierende Studiengänge Impulse für einheitliche Curricula dargelegt sowie Fortbildungen und Masterstudiengänge thematisiert und ein Tätigkeitsrahmen für praktische Kompetenzen von PAs abgebildet (Bundesärztekammer, S. 3ff., 2025). Die Delegierten des 120. Deutschen Ärztetags sprachen sich deutlich gegen die Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch nicht ärztliche Gesundheitsberufe aus (Bundesärztekammer, 2017). Darüber hinaus wurde 2017 von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder ein *Aktionsplan zur Novellierung der Gesundheitsfachberufe* beschlossen, an dessen Erarbeitung auch das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt sein soll. Im Jahr 2018 forderte der 121. Deutsche Ärztetag eine Weiterentwicklung und Konkretisierung des Berufsbilds Physician Assistance, vorrangig im stationären Bereich und unter Beteiligung der ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände (Bundesärztekammer, 2018). Im März 2023 lud eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer den Vorstand des einzigen deutschen Berufsverbandes für PAs, die Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V., zu einem gemeinsamen Austausch nach Berlin ein (Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V., 2023). Der Berufsverband für PAs, die Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (DGPA), wurde 2008 gegründet und vertritt die berufspolitischen Interessen von PAs in Deutschland. Die übergeordneten Ziele der DGPA sind die nationale Anerkennung, Aus- und Weiterbildung und damit die Sicherung des fachlichen Standards sowie die bundesweite Etablierung des Berufsbilds Physician Assistance (Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V., 2016). Die zuletzt veröffentlichte Mitgliederzahl der DGPA von knapp 600 Mitgliedern wurde im Dezember 2022 bekanntgegeben (Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V., 2022). Anfang des Jahres 2025 beläuft sich die Mitgliederzahl der DGPA auf knapp 1.500 Mitglieder. Neben der DGPA wurde 2018 der Deutsche Hochschulverband Physician Assistants e.V. (DHPA) gegründet, ein Zusammenschluss von deutschen Hochschulen. Der DHPA strebt an, die enge Zusammenarbeit der Hochschulen mit PA-Studiengängen zu stärken und die bundesweite Anerkennung des Berufs durch Beratung von Politik, Verbänden und Gesellschaft zu unterstützen (Deutscher Hochschulverband Physician Assistants e.V., 2021). Wie zuvor erwähnt startete 2005 der erste PA-Bachelorstudiengang, sechzehn Jahre später, 2021, boten bereits 18 Hochschulen den Studiengang an (Heistermann et al., 2022, S. 45). Im anschließenden Unterkapitel werden die rechtlichen Grundlagen für die Tätigkeit von PA in Deutschland dargelegt.

4.1.2 Rechtliche Grundlagen

Das ärztliche Berufsbild ist insbesondere durch die freiberufliche Tätigkeit, die persönliche Leistungserbringung und die hierfür erforderliche Approbation oder Berufserlaubnis gekennzeichnet (Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017). Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) ist in § 613 festgelegt, dass ärztliche Leistungen, die im Rahmen des Behandlungsvertrags zwischen Ärzt:innen und Patient:innen bzw. Krankenhaus und Patient:innen erbracht werden, regelmäßig nicht auf Dritte übertragen werden dürfen (BGB, § 613, Satz 1).

Auf diese Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung wird auch im ärztlichen Berufsrecht (MBO-Ä, § 19, Abs. 1) und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV, § 32, Abs. 1) hingewiesen. Die Gesetzgebung lässt Ausnahmen von dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung im Bundesmantelvertrag – Ärzte und dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu. Ärzt:innen sind daher nicht verpflichtet, jede Leistung höchstpersönlich durchzuführen. Dies wird im Bundesmantelvertrag – Ärzte in § 15, Abs. 1 wie folgt festgeschrieben:

„Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten [...], soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können.“

(Bundesmantelvertrag der Ärzte, § 15, Abs. 1, Satz 1+2)

Die Vielzahl und Komplexität der Aufgaben im Gesundheitswesen können unmöglich ausschließlich von der Ärzteschaft bewältigt werden. Daher sichert die Delegation von ärztlichen Aufgaben an nicht ärztliches Personal grundsätzlich die medizinische Versorgung (Starck et al., 2022). In Deutschland gibt es derzeit noch keine spezifischen rechtlichen Rahmenbedingungen für PAs. Daher stellt das Delegationsprinzip, das im Sozialgesetzbuch V, § 28, Abs. 1 verankert ist, die Rechtsgrundlage für die Arbeit von nicht ärztlichem Personal, einschließlich PAs, dar (Hüttl & Heberer, 2021). Dort wird die Übertragung von Aufgaben an nicht ärztliches Personal wie folgt beschrieben:

„Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.“

(SGB V, § 28, Abs. 1, Satz 2)

Eine Substitution, also das eigenverantwortliche Erbringen von bestimmten Heilkundeleistungen von PAs, schließen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in dem bereits erwähnten Positionspapier „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen“ aus (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017). Nichtsdestotrotz gibt es Richtlinien und Gesetze, die den Delegationsrahmen definieren, der berücksichtigt werden muss, und Aufschluss darüber gibt, was im Rahmen der Delegation erlaubt ist. Eine dieser Richtlinien ist die des gemeinsamen Bundesausschusses über die häusliche Pflege für den hausärztlichen Dienst oder § 1 Abs. 5 Zahnheilkundengesetz (Hüttl & Heberer, 2021; Hüttl, S. 53, 2025). Aber auch im Anhang des Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V wird eine Auflistung delegierbarer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung abgebildet. Dabei bleibt der Grundsatz bestehen, dass nur Tätigkeiten delegationsfähig sind, welche aufgrund ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit oder der Unvorhersehbarkeit möglicher Reaktionen kein ärztliches Fachwissen erfordern und daher von der ärztlichen Person persönlich durchgeführt werden müssen (Ärztliche Vorbehaltsaufgaben). Hier ist es wichtig zu berücksichtigen, welche Tätigkeiten nur durch die Fähigkeiten und Kenntnisse der ärztlichen Person entsprechend dem ärztlichen Dienst vorbehalten sind. In diesem Zusammenhang hat der Bundesgerichtshof (BGH) bereits 1975 folgendes Prinzip festgelegt:

„Damit kann sich eine Pflicht des Arztes, solche Tätigkeiten im Einzelfall persönlich auszuüben, nicht schon aus der Schwere der Gefahren ergeben, die eine unsachgemäße Ausführung mit sich bringen kann. Ein persönliches Eingreifen des Arztes ist vielmehr grundsätzlich nur zu fordern, wo die betreffende Tätigkeit gerade dem Arzte eigene Kenntnisse und Kunstfertigkeiten voraussetzt.“

(BGH, NJW 1975, 2245 f.)

PAs arbeiten auf Basis des Delegationsprinzips (SGB V, § 28, Abs.1, Satz 2), dessen Grundsätze in der nachfolgenden Abbildung 1 visuell illustriert werden. Ärzt:innen haben eine Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht in Bezug auf die delegierbaren Tätigkeiten. Nach dem Delegationsprinzip bleibt die Verantwortung für die Anordnung und Anweisung bei der ärztlichen Person.

Die Qualifikation der PAs, an die die Tätigkeit delegiert werden soll, die Gefahrgeneignetheit der durchzuführenden Tätigkeit, die Schutzbedürftigkeit der Patient:innen sowie die Komplikationsdichte und mögliche Behandlungsprobleme sind hierbei zu berücksichtigen. Demzufolge sind die Ärzt:innen für ihre Wahl verantwortlich (Hüttl & Heberer, 2021; Hüttl, S. 54f., 2025). Das bedeutet, dass Ärzt:innen sicherstellen müssen, dass das nicht ärztliche Personal aufgrund seiner beruflichen Qualifikation und vorhandenen Kenntnisse für die Durchführung der delegierten Aufgabe geeignet ist (Auswahlpflicht). Sie sind außerdem verpflichtet, die Tätigkeit anzuleiten (Anleitungspflicht) und sie in regelmäßigen Abständen zu überprüfen (Überwachungspflicht). Sie müssen sich in unmittelbarer Nähe befinden. Letztendlich gilt der Grundsatz: „Je besser die Qualifikation, desto geringer die Kontrolle durch den Arzt“ (Krull, 2015). Danach übernehmen PAs die Verantwortung für die Übernahme und Durchführung. Das heißt, dass sie auch dafür verantwortlich sind, dass im Rahmen ihrer Leistung alles ordnungsgemäß durchgeführt wird, wenn sie eine ihnen übertragene Leistung übernehmen. Sind sie jedoch der Ansicht, dass sie die Leistung nicht erbringen können oder dürfen sind sie auch verpflichtet, diese zu remonstrieren und damit die Übernahme der Tätigkeit zurückzuweisen. Außerdem haben sie die Verpflichtung, bei Komplikationen sofort eine ärztliche Person hinzuzurufen. Somit sind PAs auch dem Risiko der persönlichen Haftung ausgesetzt. Das bedeutet, dass die Übernahme- und Durchführungsverantwortung der delegierten Tätigkeit von den PAs getragen wird und dementsprechend auch eine Remonstrationspflicht für die PAs besteht, wie es in Abbildung 1 gezeigt wird (Hüttl & Heberer, 2021).

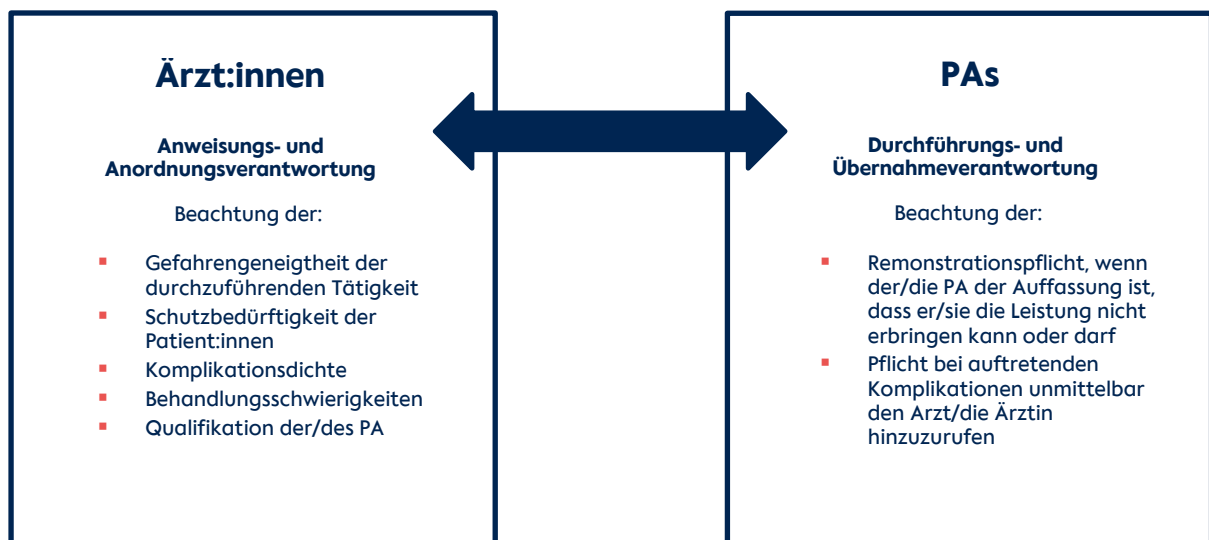


Abbildung 1. Grundsätze der Delegation im Verhältnis Arzt – Physician Assistant (eigene Darstellung nach Starck et al., 2022, S. 138)

Es muss vor der Übernahme von delegierbaren Tätigkeiten durch PAs sichergestellt werden, ob die Voraussetzungen für eine persönliche Delegierbarkeit der Tätigkeiten erfüllt werden. Mit den erteilten Unterschriften und der daraus resultierenden Freigabe der Tätigkeiten wird der Auswahl-, Anleitung- und Überwachungspflicht nachgekommen. Es ist darüber hinaus wichtig zu beachten, dass nur Tätigkeiten delegiert werden dürfen, die nicht mit den Fachkenntnissen und Erfahrungen von Ärzt:innen höchstpersönlich erbracht werden müssen, sogenannte ärztliche Vorbehaltsaufgaben, und die nicht zu den Tätigkeiten der persönlichen Leistungserbringung gezählt werden. Ärztliche Vorbehaltsaufgaben sind Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, der Gefahr für die zu behandelnde Person oder wegen der Bundesärztekammer möglicher Reaktionen nicht delegierbar sind (Hüttl & Heberer, 2021). Zusätzlich halten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Stellungnahme von 2008 „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ und ebenso in einem Papier der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2021 „Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung“ folgende Tätigkeiten (Tab. 1) für nicht (ärztliche Vorbehaltsaufgaben) oder nur vorbereitend (persönliche Leistungserbringung) delegierbar (Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008; Bundesärztekammer, 2021). Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung positionierte sich 2021 gemeinsam mit den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in dem Papier „KBV 2025 Strukturen

bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen – Ein Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021).

In der nachfolgenden Tabelle 1 werden die ärztlichen Vorbehaltsaufgaben (keine Delegation) und die Tätigkeiten der persönlichen Leistungserbringung (keine eigenverantwortliche Übernahme durch PAs, aber vorbereitend an PAs delegierbar) dargelegt.

Tabelle 1. Ärztliche Vorbehaltsaufgaben und Tätigkeiten der persönlichen Leistungserbringung (eigene Darstellung nach Hüttl & Heberer, 2021; Hüttl, S. 53ff., 2025; Bundesärztekammer u. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2008; Bundesärztekammer, 2021 und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021)

Ärztliche Vorbehaltsaufgaben	
Tätigkeit	Gesetzestext
Verabreichung und Verschreibung bestimmter Medikamente	§ 48 Arzneimittelgesetz (AMG) § 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)
Durchführung von Transfusionen	§ 7 Transfusionsgesetz (TransfG)
Anordnung und Anwendung von Röntgenstrahlen	§§ 83, 119 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)
Durchführung von künstlichen Befruchtungen	§ 9 Embryonenschutzgesetz (ESchG)
Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen	§§ 218 ff. Strafgesetzbuch (StGB)
Kastrationen	§ 2 Kastrationsgesetz (KastrG)
Fortpflanzungsmedizin	§§ 9, 11 Embryonenschutzgesetz (ESchG)
Organentnahme bei Organspendern	§§ 3, 4, 5, 8 Transplantationsgesetz (TPG)
Verschreibung bestimmter Medizinprodukte	§§ 1, 2 Medizinprodukte-Abgabeverordnung (MPAV)
Leistungen hinsichtlich bestimmter Infektionskrankheiten	§ 24 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
Behandlung von meldepflichtigen Erkrankungen	§ 30 Infektionsschutzgesetz (IfSG)
Aufklärung vor klinischen Prüfungen	§§ 40, 41, 49 Arzneimittelgesetz (AMG) § 41 Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG) § 81, 82, 83 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)
Persönliche Leistungserbringung	
Eigenverantwortliche Anamnese	Eigenverantwortliche Untersuchungen der Patient:innen sowie invasive diagnostische Leistungen
Eigenverantwortliche Indikations-, Diagnose- sowie Differenzialdiagnosestellung; Diagnose und Prognosemitteilung	Eigenverantwortliche Aufklärung, Beratung der Patient:innen bis zur gemeinsamen medizinischen Entscheidung
Eigenverantwortliche Entscheidung über das therapeutische und pharmakotherapeutische Vorgehen sowie Durchführung invasiver Therapie	Eigenverantwortliche Erbringung von Kernleistungen bei Operationen

Für die Delegation von Aufgaben an nicht ärztliches Personal sollte idealerweise eine schriftliche Weisung vorliegen. Sofern Tätigkeiten delegiert werden, muss sichergestellt sein, dass die Versorgung auf der Basis allgemein anerkannter fachlicher Standards stattfindet (fachärztlicher Standard). Eine Ausnahme davon gilt nur, wenn dies zuvor im Behandlungsvertrag vereinbart wurde (BGB, § 630a, Abs. 2). Zusätzlich ist die Information der Haftpflichtversicherung der entsprechenden Institution über den Einsatz von PAs wichtig (Starck et al., 2022).

Kommen Patient:innen durch Vorsatz oder Fahrlässigkeit zu Schaden, können sich PAs strafbar machen. Dies könnte zu einer zivilrechtlichen Haftung auf Schadensersatz führen und zu einem Regressanspruch innerhalb des Arbeitsverhältnisses. Ein Regress bedeutet, dass Arbeitgebende bei vorliegendem Fehlverhalten einen Teil der Schadensersatzforderung der geschädigten behandelten Person von der/dem Arbeitnehmenden zurückverlangt. Diese Haftungsfolgen bestehen auch für andere nicht ärztliche Berufsgruppen, daher besteht grundsätzlich die Notwendigkeit, einen persönlichen Versicherungsschutz abzuschließen, sofern dies nicht bereits durch die arbeitgebende Einrichtung abgedeckt ist (Meyer-Wyk, 2020).

Nach dem Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte sind folgende Tätigkeiten delegationsfähigen Leistungen (Hüttl & Heberer, 2021; Hüttl, S. 55, 2025):

- Standardisierte Anamneseerhebung, sofern eine spätere Kontrolle und falls nötig eine Abänderung/Erweiterung im Gespräch mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin erfolgt
- Hilfe bei der Weitergabe und Erklärung einheitlicher Infomaterialien zur Aufklärung, sofern eine nachträgliche Kontrolle und mögliche Ergänzung durch den Arzt / die Ärztin im direkten Patientengespräch stattfinden, Erfassung von Daten sowie Übermittlung von Befunden und Behandlungsergebnissen
- Mithilfe durch PAs bei der Anfertigung ärztlich schriftlicher Dokumente für Gutachten, etwa der Entwurf eines normierten Arztbriefes, sofern eine spätere Überprüfung durch den Arzt / die Ärztin erfolgt
- Labordiagnostik (beispielsweise grundlegende Labortätigkeiten, technische Verarbeitung und Einschätzung von Probenmaterial, Umsetzung humangenetischer/diagnostischer Tests)
- Unterstützung bei Diagnostikleistungen (zum Beispiel kapillare und venöse Blutabnahme, kontinuierliche Blutdruckmessung, EKG mit Langzeitaufzeichnung, Lungenfunktionsprüfung, Sauerstoffsättigungsbestimmung, Blutgasanalyse und Erfassung zusätzlicher Vitalwerte)

Hüttl und Heberer (2021) verweisen darüber hinaus auf weitere Patiententätigkeiten, die von PAs übernommen werden können, sofern das notwendige Fachwissen und die Qualifikation vorhanden ist, der Patient/die Patientin der delegierten Tätigkeit zustimmt und die ärztliche Person die entsprechenden Aufzeichnungen und Speicherungen anschließend bestätigt. Jene exemplarisch aufgeführten Tätigkeiten haben ihren Ursprung aus der Heilkundeübertragungsrichtlinie oder der Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte und können daher diskussionsbefreit delegiert werden. Jene weiteren delegationsfähigen Leistungen sind (Hüttl & Heberer, 2021):

- Standardisierte Untersuchungstechniken wie beispielsweise die Echokardiographie, Sonographie oder Karotisduplexsonographie
- Subkutane und intramuskuläre Injektionen, Blutentnahmen, Entfernen von Portnadeln, Pflege und Ziehen von Drainagen

Hinsichtlich der Wundversorgung können nachfolgende Tätigkeiten übernommen werden, sofern bei pathologischen Feststellungen oder Befundveränderungen Arzt/Ärztin informiert wird (Hüttl, S. XX, 2025):

- Erste Wundversorgung durch Arzt/Ärztin, im Anschluss daran können nach Rücksprache weitere Wundversorgung durch PAs durchgeführt werden
- Verbandwechseln oder Wundversorgung im Sinne von Debridements
- Monitoring und damit Umsetzung des Therapieplans zählen zu delegierbaren Tätigkeiten

Neben patientennahen Tätigkeiten können PAs auch administrative Tätigkeiten übernehmen, wenn eine ärztliche Expertise nicht ausdrücklich erforderlich ist, wie beispielsweise (Hüttl & Heberer, 2021):

- Vorbereitung von Entlassbriefen und Vorbereitung von standardisierten OP-Berichten, mit abschließender Prüfung und Freigabe durch Arzt/Ärztin
- Mitwirkung in wissenschaftlicher Forschung und akademischer Lehre
- Implementierung neuer OP-Techniken in der Organisation zum Beispiel als Verbindungsperson zwischen Herstellern, dem Einkauf und den Ärzt:innen
- Aufbau und Verwaltung von Datenbanken
- Sammeln von Daten und Dokumentationen sowie deren Auswirkungen auf ihre Relevanz wie Dokumentation des Verlaufs der Behandlung und die ärztlichen Anordnungen
- Visitenbegleitung
- Anmelden und Organisieren diagnostischer Untersuchungen sowie Konsilen und Therapien
- Steuerung des Entlassmanagements
- Erstellen von Anschlussheilbehandlungsanträgen
- Ansprechperson und Kontaktperson für Zuweisende, mitbehandelnde Ärzt:innen, Reha-Kliniken und Krankenkassen

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln sowohl die Entstehung und Entwicklung der Physician Assistance als auch der rechtliche Hintergrund des Berufs PA in Deutschland beschrieben wurde, folgt nun die Darstellung des Tätigkeitsrahmens und der Aufgabenprofile von PAs im Bereich der Herzchirurgie anhand des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) „Physician Assistants – Eine effektive und sinnvolle Erweiterung des herzchirurgischen Behandlungsteams“.

4.1.3 Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie

Im Unterkapitel 4.1.1 „Entstehung und Entwicklung der Physician Assistance“ wurde bereits herausgearbeitet, dass der 121. Deutsche Ärztetag ärztliche Fachgesellschaften und Berufsverbände aufforderte, das Berufsbild Physician Assistance zu konkretisieren und weiterzuentwickeln (Bundesärztekammer, 2018). Die DGTHG reagierte auf diesen Beschluss mit dem Positionspapier „Physician Assistants – Eine effektive und sinnvolle Erweiterung des herzchirurgischen Behandlungsteams“. Unter Beteiligung verschiedener deutschlandweit tätiger renommierter Herzchirurgen wie beispielsweise Herrn Prof. Michael A. Borger, Ärztlicher Direktor und Direktor für Herzchirurgie an der Universität Leipzig oder Herrn Prof. Dr. Volkmar Falk, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Herzzentrums der Charité, aber auch durch juristische Mitarbeit der Rechtsanwaltskanzlei Dr. Heberer & Kollegen wurde jenes Positionspapier 2022 veröffentlicht (Starck et al., 2022). Nach einer einleitenden Darstellung werden in dem Positionspapier rechtliche Grundlagen für das Berufsbild Physician Assistance dargelegt. Im Anschluss daran präsentieren die Autoren des Positionspapiers evidenzbasierte Erkenntnisse zu verschiedenen Parametern bei der Arbeit von und mit PAs auf Basis der internationalen Studienlage. Im folgenden Unterkapitel werden die Kernpunkte des Positionspapiers der DGTHG zusammengefasst:

Evidenzbasierte Erkenntnisse

Im Anschluss an die rechtlichen Grundlagen der Arbeit von PAs im deutschen Gesundheitswesen stellen die Autoren des Positionspapiers der DGTHG evidenzbasierte Erkenntnisse hinsichtlich unterschiedlicher Parameter durch die Arbeit von/mit PAs, aufgrund der internationaler Studienlage, vor. Jene Erkenntnisse gliedern sich thematisch wie folgt auf:

- Integration in chirurgische Behandlungsteams
- Klinische Outcome-Parameter
- Ökonomie
- Personalfuktuation
- Einfluss auf ärztliches Weiterbildungspersonal

In einer umfangreichen kanadischen Studie wurde festgestellt, dass PAs in 53,5 % der insgesamt 11.651 chirurgischen Patientenkontakte eingezogen waren. Die Autoren dieser Studie schlussfolgerten dementsprechend, dass durch die Integration von PAs in chirurgische Behandlungsteams ein konsistentes und effektives Behandlungs- und Entlassungsmanagement ermöglicht wird, was einen Mehrwert in der Patientenversorgung darstellt (Lack et al., 2019, S. 442).

Ranzenbach et al. veröffentlichten im Jahr 2012 eine US-amerikanische retrospektive Single-Center-Studie mit 956 Patient:innen, in der ein Vergleich des Einflusses der ersten Assistenz zwischen PAs im Vergleich zu Ärzt:innen auf das operative Ergebnis, wie zum Beispiel der perioperativen Komplikationsrate, sternaler Wundheilungsstörungen, aber auch die 30-Tage-Letalität vorgenommen wurde (Ranzenbach et al., 2012, S. 52). Hierbei zeigten sich hinsichtlich der genannten Outcome-Parameter keine signifikanten Unterschiede. In einer deutlich größeren ebenso US-amerikanisch fachübergreifenden chirurgischen Studie untersuchten die Forschenden eine Patientenkohorte von insgesamt 6282 Patient:innen, davon 407 herzchirurgische Patient:innen, in Hinblick auf den Einfluss der Einführung eines sogenannten Advanced-Practice-Providers-Programms (APP-Programm), bei dem sowohl Nurse Practitioners als auch PAs inkludiert waren, auf folgende klinische Outcome-Parameter: chirurgische Komplikationen, Rehospitalisierungsrate und Letalität. Hierbei zeigten sich im Einführungsjahr des Programms die Letalität unverändert, die Komplikationsraten signifikant niedriger und die 90-Tage-Rehospitalisierungsrate um 18 % niedriger (Hollenbeck et al., 2021).

Im darauffolgenden Abschnitt stellen die Autoren des Positionspapiers der DGTHG ökonomische Aspekte des Einflusses von Physician Assistance im herzchirurgischen Fachbereich dar: So zeigte sich in der bereits zuvor zitierten Studie von Hollenbeck et al. (2021) durch die Einführung eines APP-Programms ebenso ein ökonomischer Benefit, welcher durch eine signifikante Reduktion der 30-Tage-Behandlungskosten um 1294,73 US-Dollar ($p < 0.001$) belegt wird (Hollenbeck et al., 2021). Zudem lässt sich hinsichtlich jener ökonomischen Aspekte eine Kostenreduktion durch den Ersatz von assistenzärztlichem Personal durch PAs in drei US-amerikanischen Studien belegen (Starck et al., 2022). Darüber hinaus fügen Starck et al. (2022) die wirtschaftlich günstigen Auswirkungen durch den Einsatz von PAs aufgrund einer geringeren Personalfluktuation von PAs im Vergleich zu assistenzärztlichen Personen an. PAs befinden sich laut einer weiteren US-amerikanischen Studie im Vergleich zu assistenzärztlichem Personal in mittel- bis langfristigen Beschäftigungsverhältnissen, wodurch eine mit höheren Kosten verbundene Personalfluktuation verringert wird. Hierbei handelt es sich um eine Studie von Thourani und Miller, die im Jahr 2006 veröffentlicht wurde und einen Zeitraum von 30 Jahren hinsichtlich verschiedener Parameter in der Arbeit mit PAs in einer herzchirurgischen Abteilung evaluierte. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass es sich hier um die Betrachtung einer einzelnen herzchirurgischen Abteilung mit einer sehr kleinen Kohorte von nur 23 PAs im Jahr 2003 in Atlanta, Georgia, USA handelte (Thourani & Miller, 2006).

Bevor die Autoren des Positionspapiers der DGTHG zu den möglichen Einsatzbereichen und Tätigkeiten von PAs in herzchirurgischen Fachabteilungen Stellung nehmen, bilden sie in einem weiteren kleinen Abschnitt das Berufsbild Physician Assistance im Kontext der herzchirurgisch fachärztlichen Weiterbildung ab. Unter anderem in einer englischen Studie von Drennan et al. (2020) konnte ein positiver Einfluss in der Teilhabe von PAs im ärztlichen Team auf die Weiterbildungssituation der assistenzärztlichen Kolleg:innen zum Beispiel hinsichtlich der Einhaltung assistenzärztlicher Arbeitszeit belegt werden.

Die in der Studienlage dargestellten Arbeiten mit PAs in herzchirurgischen Fachabteilungen wurden nicht in Deutschland, sondern in anglo-amerikanischen Ländern wie den USA, England oder Kanada durchgeführt, in denen PAs bereits seit Jahrzehnten fest im Gesundheitssystem etabliert sind. Die Autoren des Positionspapiers leiten aus der vorgestellten Studienlage folgende Schlussfolgerungen über den Einfluss von PAs in herzchirurgischen Fachabteilungen ab: In herzchirurgischen Eingriffen kann der Einsatz von entsprechend qualifizierten PAs anstelle einer ärztlichen Person im ersten Assistenzdienst mindestens zu gleichwertigen Ergebnissen führen. Die ökonomische Effektivität eines PA-Systems zeigt sich in Form von mittel- bis langfristig effizienter Erledigung der delegierten Tätigkeit im Vergleich zu assistenzärztlichem Personal und niedrigeren Lohnkosten. Das stark belastete assistenzärztliche Personal kann durch klar definierte alltägliche Tätigkeiten, bei denen kein ärztlicher Vorbehalt vorliegt, deutlich entlastet werden, wodurch sie sich zum Beispiel intensiver auf fachärztliche Weiterbildung fokussieren können (Starck et al., 2022).

Die Autoren des Positionspapiers weisen auf die personellen Herausforderungen im assistenzärztlichen Bereich der Herzchirurgie in Deutschland hin und sehen den Einsatz von PAs als möglichen Lösungsweg. Insbesondere die Personalfluktuation aufgrund des Missverhältnisses zwischen dem Bedarf an tatsächlich benötigter Arbeitskraft und der gleichzeitig deutlich begrenzten Anzahl an fachärztlichen Weiterbildungsstellen stellt ein Problem dar. Die bisherigen Personalentscheidungen, diese assistenzärztlichen Stellen ohne fachärztliche Weiterbildungsperspektive in der entsprechenden herzchirurgischen Fachabteilung entweder durch assistenzärztliches Rotationspersonal oder durch nicht angemessen qualifiziertes Personal zu besetzen, führen hauptsächlich zu Frustration vieler beteiligter Personen. Die Folge ist eine Perspektivlosigkeit des assistenzärztlichen Personals und die oben genannte Fluktuation (Starck et al., 2022).

Jene soeben zusammengefassten Aussagen der Arbeitsgruppe, die für die Erstellung des Positionspapiers der DGTHG „Physician Assistants – Eine effektive und sinnvolle Erweiterung des herzchirurgischen Behandlungsteams“ verantwortlich waren und sich aus namenhaften deutschen Herzchirurgen zusammensetzte, verdeutlicht die Sinnhaftigkeit des Einsatzes von PAs im Bereich der Herzchirurgie. Dementsprechend stringent ist es, dass für diese Arbeit des konzeptionellen Ausbaus von Physician Assistance im Bereich der Herzchirurgie eines der deutschlandweit führenden Herzzentren, das Deutsche Herzzentrum der Charité, ausgewählt wurde.

Einsatzbereiche und Tätigkeitskatalog

Den Abschluss dieses Papiers bilden mögliche Einsatzbereiche und ein Tätigkeitskatalog, den die Autorenschaft des Positionspapiers unter der Benennung von delegationsfähigen Aufgaben von PAs im Fachbereich der Herzchirurgie vorlegt. Aufgrund des anhaltenden dynamischen Etablierungsprozesses von PAs in Deutschland ist eine solche Auflistung von Einsatzbereichen und Tätigkeiten von PAs in herzchirurgischen Fachbereichen als vorläufig zu betrachten und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sowohl die individuelle Qualifikation der PAs als auch die Struktur der jeweiligen herzchirurgischen Fachabteilung führen zu individuellen Entscheidungen.

Neben den klinischen Tätigkeiten von PAs im Fachbereich der Herzchirurgie am Patientenbett, die in Tabelle 2, 3 und 4 dargestellt sind, erwähnt die Autorenschaft des Positionspapiers als mögliche Einsatzbereiche die Tätigkeitsfelder Forschung und Lehre. In Tabelle 2 werden Tätigkeitsbereiche von PAs im herzchirurgischen OP dargestellt. Herzchirurgisch intensivmedizinische Aufgabengebiete von PAs werden in Tabelle 3 aufgezeigt. In Tabelle 4 werden Tätigkeiten von PAs auf einer peripheren herzchirurgischen Station abgebildet.

Tabelle 2. Einsatzbereiche und delegierbare ärztliche Tätigkeiten für PAs im herzchirurgischen OP-Bereich (eigene Darstellung nach Starck et al., 2022)

OP-Bereich
Vorbereitung der Operation/des Eingriffs (auf Grundlage der OP-Planung und nach Rücksprache mit der operierenden ärztlichen Person, ggf. Weiterleitung zusätzlicher Informationen an weitere Berufsgruppen)
Vorbereitung der bildgebenden Patientendaten (aktuelle Röntgenuntersuchung, Koronarangiographie, Computertomographie, Echokardiographie)
Fachgerechte Lagerung der Patient:innen
Abruf der operierenden Person
Desinfektion des Operationsfelds
Sterile Abdeckung der Patient:innen
Anschluss der zur OP benötigten Geräte (Hochfrequenzchirurgie, Cell Saver, Flimmerkabel, Defibrillator, etc.)
(Endoskopische) Entnahme der Vena saphena magna
(Endoskopische) Entnahme der Arteria radialis
Zweite und nach individueller Eignung erste Assistenz während der Operation
Ein- und mehrschichtiger Wundverschluss
Anlage der Wundverbände und Anschluss der Drainagesysteme (in Zusammenarbeit mit der OP-Pflege)
Nachbereitung der Operation (Mithilfe beim Abbau der OP-Materialien und Vorbereitung zum Transport der Patient:innen auf die Intensivstation oder in den Aufwachraum)
Umlagerung der Patient:innen (Mithilfe bei der Umbettung vom OP-Tisch in das Bett)

Tabelle 3. Einsatzbereiche und delegierbare ärztliche Tätigkeiten für PAs auf herzchirurgischen Intensivstationen (eigene Darstellung nach Starck et al., 2022)

Intensivstation
■ Innerklinische Transporte, welche keine ärztliche Begleitung erfordern
■ Blutentnahmen (peripher und aus zentralvenösen Kathetern)
■ Anlage von peripheren venösen Zugängen
■ Entfernen von Drainagen und externen Schrittmacherdrähten
■ Reanimationsmaßnahmen BLS
■ Assistenz bei Reanimationsmaßnahmen ACLS
■ EKG-Anfertigung
■ Assistenz bei der Anlage von Drainagen (Pleura, Perikard, etc.) und bei Einmalpunktionen
■ Assistenz von Dilatationstracheotomien
■ Vorbereitung/Wechsel kontinuierlicher Nierenersatzverfahren (wie z.B. Aufrüsten der Geräte, Assistenz bei der Anlage von Gefäßkathetern)
■ Assistenz bei der Anlage von zentralen Gefäßkathetern
■ Bronchoskopisch-assistiertes Sekretmanagement
■ Vorbereitung von Patientenaufnahmen (Anamnese, Status, Dokumentation, Aufklärung – ärztliche Kontrolle erforderlich)
■ Mitwirkung bei der Erstellung von Behandlungsplänen
■ Management von Konsilen
■ Vorbereitung von Arztbriefen inkl. Vervollständigung der Unterlagen
■ Anfertigung der Anforderungen von Röntgen, CT, Echo, Herzkatheter Untersuchungen (keine Indikationsstellung)
■ Übertragung der CT-/Echo-/mikrobiologischen Befunde ins EDV-System
■ Übernahme von Patient:innen aus dem OP mit Aufnahmezustand (ärztliche Kontrolle erforderlich)
■ Dokumentation: Erfassung von Qualitätssicherungsdaten, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen (DRG-Arbeitsplatz)

Tabelle 4. Einsatzbereiche und delegierbare ärztliche Tätigkeiten für PAs auf peripheren herzchirurgischen Stationen (eigene Darstellung nach Starck et al., 2022)

Periphere Station
■ Innerklinische Transporte, welche keine ärztliche Begleitung erfordern
■ Blutentnahmen (peripher und aus zentralvenösen Kathetern)
■ Anlage von peripheren venösen Zugängen
■ Entfernen von Drainagen und externen Schrittmacherdrähten
■ EKG-Anfertigung
■ Vorbereitung von Patientenaufnahmen (Anamnese, Status, Dokumentation, Aufklärung – ärztliche Kontrolle erforderlich)
■ Mitwirkung bei der Erstellung von Behandlungsplänen
■ Management von Konsilen

Tabelle 4. Einsatzbereiche und delegierbare ärztliche Tätigkeiten für PAs auf peripheren herzchirurgischen Stationen (eigene Darstellung nach Starck et al., 2022)

Periphere Station
▪ Vorbereitung von Arztbriefen
▪ Vorbereitung von Verlegungen/Vervollständigung der Verlegungsunterlagen
▪ Anfertigung der Anforderungen von Röntgen, CT, Echo, HK (keine Indikationsstellung)
▪ Übertragung der CT-/Echo-/mikrobiologischen Befunde ins EDV-System
▪ Übernahme von Patienten aus dem OP oder von der IPS mit Vorbereitung Aufnahmezustand (ärztliche Kontrolle erforderlich)
▪ Dokumentation: Erfassung von Qualitätssicherungsdaten, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen

Zusammengefasst sprechen sich die Autoren des Positionspapiers der DGTHG sowohl aus ökonomischer als auch aus medizinischer Einschätzung für die Einführung von PA im herzchirurgischen Fachbereich aus. Anhand einer verbesserten Personalkontinuität, die in einzelnen Studien im Einsatz mit PAs herausgearbeitet wurde, lässt sich nach aktueller Studienlage im Ausland keine Verschlechterung der medizinischen Behandlungsqualität ableiten, sondern eher von einer Verbesserung der selbigen. Zudem kann die fachärztliche Weiterbildung durch die Delegation von ärztlichen Aufgaben ohne Vorbehalt positiv beeinflusst werden, sodass assistenzärztliches Personal entlastet wird (Starck et al., 2022).

4.2 Deutsches Herzzentrum der Charité

4.2.1 Schnittstellenmanagement

Die Übernahme originär ärztlicher Tätigkeiten durch PAs erfolgt ausschließlich im Rahmen der Delegation (Bundesärztekammer u. Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2017; Bundesärztekammer, 2025). Das bedeutet wie bereits im Kapitel 5.1.2 beschrieben erfolgt die Übertragung (Anordnung) der Tätigkeiten nach Überzeugung der ärztlich vorgesetzten Person von der formellen und individuellen Qualifikation der PAs die jeweilig zu übertragende Tätigkeit im Sinne des Fachärztlichen Standards auszuführen. Jene Erfordernisse werden entsprechend überwacht beziehungsweise supervidiert.

Die Arbeit mit PAs in einem ärztlichen Behandlungsteam basiert auf einem engen Vertrauensverhältnis und einer unmittelbaren Kommunikation zwischen den ärztlichen Personen und PAs. Dementsprechend sind PAs zwingend dem ärztlichen Dienst unterstellt. Eine formale Unterstellung im pflegerischen Dienst ist in der HTG des DHZC unzulässig.

Aufgrund der gesetzlichen ärztlichen Vorbehaltsaufgaben stellt sich in der Arbeit mit PAs im klinischen Alltag die Notwendigkeit dar, die vorbereitende Mitwirkung am Therapieplan durch PAs prozessual zu fixieren. Dementsprechend wurde hierfür explizit eine Verfahrensanweisung konzipiert, sodass folgendes gilt: Die PAs im DHZC wirken an der Erstellung des Therapieplans vorbereitend mit. Das bedeutet konkret, dass Medikamente, die von PAs vorbereitet empfohlen wurden, von der Pflegefachkraft bis zur finalen Korrektur und/oder Anpassung und/oder daraufhin finaler Freigabe durch den Arztdienst nicht an die Patient:innen auszugeben sind.

Die übergeordnete vorgesetzte Person stellt Herr Prof. V. Falk als Klinikdirektor der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie dar. Herr Prof. Dr. C. Starck ist in der Funktion als Ärztlicher Leiter des PA-Programms und als leitender Oberarzt der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie genauso wie alle anderen Oberärzt:innen in den jeweiligen Bereichen den PAs vorgesetzt. Darüber hinaus gibt es seit August 2024 eine PA-Leitung. Eine fachliche Weisungsbefugnis besteht ausstehend von den PAs in der HTG des DHZC gegenüber den Mitarbeitenden der Stationspflege, der OP-Pflege, der Intensiv-Pflege, den Servicemitarbeitenden und den Mitarbeitenden des Patiententransportdienstes. Eine disziplinarische Weisungsbefugnis besteht ausdrücklich nicht.

4.2.2 Tarifliche Eingruppierung

Das Berufsbild Physician Assistance ist in Deutschland tarifrechtlich noch nicht geregelt. Die Vergütung wird häufig von öffentlichen Trägern, aber auch von den freigemeinnützigen und den privaten Trägern an den Tarif öffentlicher Dienst (TVöD) angelehnt. Dementsprechend werden PAs üblicherweise deutschlandweit anhand des Qualifikationsniveaus durch den akademischen Grad Bachelor of Science in die Entgeltgruppen E10-E12 eingruppiert.

4.2.3 Dienstfähigkeit

Die Dienstfähigkeit der PAs in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie muss individuell hinsichtlich der individuellen Fähigkeiten und Qualifikationen im OP-Bereich des DHZC evaluiert werden. Nach positiver Bewertung der Dienstfähigkeit dürfen PAs an den Assistenzrufdiensten, mit Ausnahme des 1. Assistenzrufdienstes, welcher einen Bereitschaftsdienst werktags darstellt, teilnehmen.

5. Konzeptionelle Implementierung

In diesem Kapitel wird das Vorhaben „Konzeptioneller Ausbau der Implementierung von Physician Assistance im Deutschen Herzzentrum der Charité im Bereich der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ beschrieben. Zum einen wird nachfolgend das konkrete Konzept vorgestellt, zum anderen soll anschließend die Modellhaftigkeit jener konzeptionellen Implementierung herausgestrichen werden, sodass die Übertragbarkeit auf weitere Kliniken verdeutlicht und ermöglicht wird.

Anm. der Verfasserin: Im Fachbuch „Physician Assistants in Deutschland – Rahmenbedingungen, Studium, Implementierung“ wird der Inhalt dieses Kapitel komprimiert abgebildet und veröffentlicht (Herrmann et al., 2025).

Wie unter 4.1.3 ausgeführt wurde 2022 das Positionspapier der DGTHG zum Einsatz von PAs in der Herzchirurgie veröffentlicht. Herr Prof. Dr. med. Starck, leitender Oberarzt und Leiter des PA-Programms sowie Herr Prof. Dr. med. Falk, Ärztlicher Direktor des DHZC und Direktor der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, waren die Erst- und Letztautoren dieses Positionspapiers. Dementsprechend wurde Frau Daria Hunfeld als PA und Leitung „Konzeptioneller Ausbau der Implementierung von PAs am Deutschen Herzzentrum der Charité (DHZC)“ im April 2023 eingestellt. Frau Hunfeld ist seit November 2022 Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (DGPA), selbst Physician Assistant (B. Sc.) und schrieb ihre Masterarbeit in dem berufsbegleitenden Masterstudiengang „Gesundheitsmanagement/Health Care Management“ (Master of Business Administration) über die Planung eines Implementierungskonzeptes am Deutschen Herzzentrum der Charité im Bereich der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Es wurde die gemeinsame Vision erarbeitet:

DER AUSBAU DER KONZEPTIONELLEN IMPLEMENTIERUNG VON PHYSICIAN ASSISTANCE IM DHZC ALS BUNDESWEITES LEUCHTTURMKONZEPT UNTER WISSENSCHAFTLICHER BETRACHTUNG.

Durch die Fusion des Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) und aller herzmedizinischen Einrichtungen der Charité zum 1. Januar 2023 zum Deutschen Herzzentrum der Charité (DHZC) soll das wichtigste und führende europäische Herzzentrum aufgebaut werden. Es wurden innerhalb des Lenkungskreises, der aus Herrn Prof. Dr. med. V. Falk, Herrn Prof. Dr. med. C. Starck und Frau D. Hunfeld besteht, die folgenden, langfristigen Ziele für den Zeitraum von fünf Jahren festgelegt:

- Strategischer und konzeptioneller Ausbau der Implementierung von Physician Assistance
- Wissenschaftliche Betrachtung von klinischen Outcome-Parametern
- Aufgabenumverteilung des ärztlichen Dienstes zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung
- Bundesweiter Modellcharakter und Pull-Faktor als Leuchtturm nach intern und extern

Trotz kontinuierlicher fachlicher und inhaltlicher Weiterentwicklung der Medizin bleiben die Strukturen der Einrichtungen, in denen sie angewandt wird, weitgehend traditionell und wenig fortschrittlich (Lohmann, 2019, S. V). Das Festhalten an etablierten Methoden hat insbesondere im Gesundheitswesen

eine lange Geschichte. In Krankenhäusern ist dies unter anderem auf die spezielle Zusammensetzung der Berufsgruppen zurückzuführen, die als Expertenkultur gilt und Veränderungen nur zögerlich annimmt. Verantwortlich dafür sind sowohl die Charaktere der dort tätigen Personen als auch die festen Strukturen, formellen und informellen Vorgaben sowie die traditionellen, wenig flexiblen Hierarchien (Beil et al., 2019, S. 2). Das Berufsbild Physician Assistance gibt es seit 20 Jahren in Deutschland. Abseits von dieser Klinik wird die derzeitige Implementierung von diesem neuen Berufsbild Physician Assistance derzeit nach einer „Try-and-Error-Strategie“ gelebt. Sowohl ein generalisiertes Implementierungskonzept zu Physician Assistance als auch deutschsprachige Forschungsinhalte zu Physician Assistance im Bereich der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie ließen sich in der Literatur nicht auffinden (Hunfeld, S. 24, 2025).

Dieser Tatsache soll durch eine konzeptionelle Implementierung von PAs auf Basis von traditionellen Management-Tools und der Anwendung des Implementierungsansatzes „*Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*“ am DHZC begegnet werden (Hunfeld, S. 24ff., 2025).

Der Ausdruck Implementierung wird oft überstrapaziert und nicht selten fehlerhaft genutzt. Er bezeichnet die Einführung und Realisierung neuer Ansätze anhand bewährter Konzepte und Methoden, die durch die Festlegung von Zielen und Maßnahmen verwirklicht werden sollen (Green et al., 2009, S. 152). Die Implementierungswissenschaft ist ein relativ neuer Bereich in der Gesundheitsversorgung und -forschung, der entstanden ist, um die Einführung evidenzbasierter Methoden in der Praxis zu fördern und dadurch ihre Wirkung auf die öffentliche Gesundheit zu steigern (Bauer & Kirchner, 2020, S. 3). Die verstärkte Forschung im Bereich der Implementierung wurde durch Rückmeldungen von klinischen Fachkräften angestoßen, die eine mangelnde Relevanz und Qualität der veröffentlichten Evidenz für den Praxisalltag bemängelten, sowie durch die Schwierigkeit, diese Forschungsergebnisse in die tägliche Arbeit zu integrieren (Green et al., 2009, S. 151). In der Fachliteratur wird dies als eine Kluft zwischen Forschung und Praxis beschrieben, die nicht nur in verschiedenen Berufen, sondern auch im Gesundheitswesen sichtbar ist (Olswang & Prelock, 2015, S. 1818). Diese beschriebene Lücke zwischen Forschung und Praxis beschreiben Green et al. als Leck in einer trichterförmigen Pipeline „The 17-year odyssey“ (2009, S. 154f).

Nach Green et al. (2009, S. 154f) dauert der Zeitraum zwischen dem Beginn der Forschung und ihrer praktischen Anwendung 17 Jahre, wobei nur 14 % der ursprünglichen Forschung in der Praxis ankommt (Olswang & Prelock, 2015, S. 1819). Dieses Defizit in der Umsetzung entsteht, weil Forschungsergebnisse oft nicht ausreichend an die spezifischen lokalen Bedürfnisse und Anforderungen angepasst werden, wodurch ihre Glaubwürdigkeit und Eignung für die jeweilige Organisation sinken (Green et al., 2009, S. 155).

Eines der bekanntesten Beispiele eines bestimmenden Implementierungsansatzes ist das sogenannte „*Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)*“. Für diese Arbeit zum Thema „Implementierung von Physician Assistance in der Herzchirurgie im DHZC“ wurde der Implementierungsansatz CFIR gewählt, da er eine umfassende und differenzierte Darstellung der Einflussfaktoren bietet, die den Implementierungsprozess prägen. Das CFIR konzentriert sich auf fünf Ebenen und 39 Konstrukte, die als Kontextfaktoren eines Implementierungsvorhabens betrachtet werden. Zahlreiche evidenzbasierte Implementierungsansätze scheiterten in der Praxis, weil diese Kontextfaktoren nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Diese Faktoren wurden systematisch aus 19 unterschiedlichen Implementierungsmodellen übernommen. Das CFIR stellt daher eine Sammlung von Elementen aus der bestehenden Literatur dar, die in einem Implementierungsprozess erkannt, analysiert und bewertet werden sollten. Die Integration dieser unterschiedlichen Ansätze im CFIR erweist sich als besonders hilfreich für das PA-Implementierungskonzept am DHZC, da es bisher keine vergleichbaren, allgemein anwendbaren konzeptionellen Prozesse für die PA-Implementierung in der Literatur gibt (Hunfeld, S. 24, 2025).

Für den Einsatz klassischer Management-Werkzeuge wurden ein Strukturplan und ein Meilensteinplan erstellt, die eine grundlegende Struktur und Planungsperspektive bieten, um gezielt arbeiten zu können. In der Grobplanungsphase soll der Strukturplan das Vorhaben klar, geordnet und in verschiedene Bereiche unterteilen, die wiederum aus spezifischen Arbeitspaketen bestehen. Die Zuständigkeiten für die einzelnen Teile und Arbeitspakete sind im Strukturplan auf einen Blick ersichtlich. Der Strukturplan (Abb. 2) stellt den top-down entwickelten Projektstrukturplan für den Ausbau der strategischen Implementierung von PAs im DHZC im Bereich der HTG dar. Die Bereiche Standardisierung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung und Qualitätssicherung sind hier in die Teilbereiche eins bis vier gegliedert. Der fünfte Bereich „Kommunikationskonzept“ läuft parallel zu den vier zuvor genannten, wobei durch die Arbeitspakete 5.1 und 5.2 verdeutlicht werden soll, dass sowohl ein internes als auch ein externes Konzept

für die jeweiligen Teilbereiche eins bis vier entwickelt wird. Die Verantwortlichkeiten sind momentan noch nicht im Strukturplan vermerkt, werden jedoch nach der Durchführung der Stakeholder-Analysen in den Plan aufgenommen. Der Strukturplan wurde objektorientiert gegliedert. Aufgrund der Komplexität und Dauer dieses Vorhabens werden die spezifischen Arbeitspakete im weiteren Verlauf formuliert, sind jedoch nicht Bestandteil dieser Arbeit.

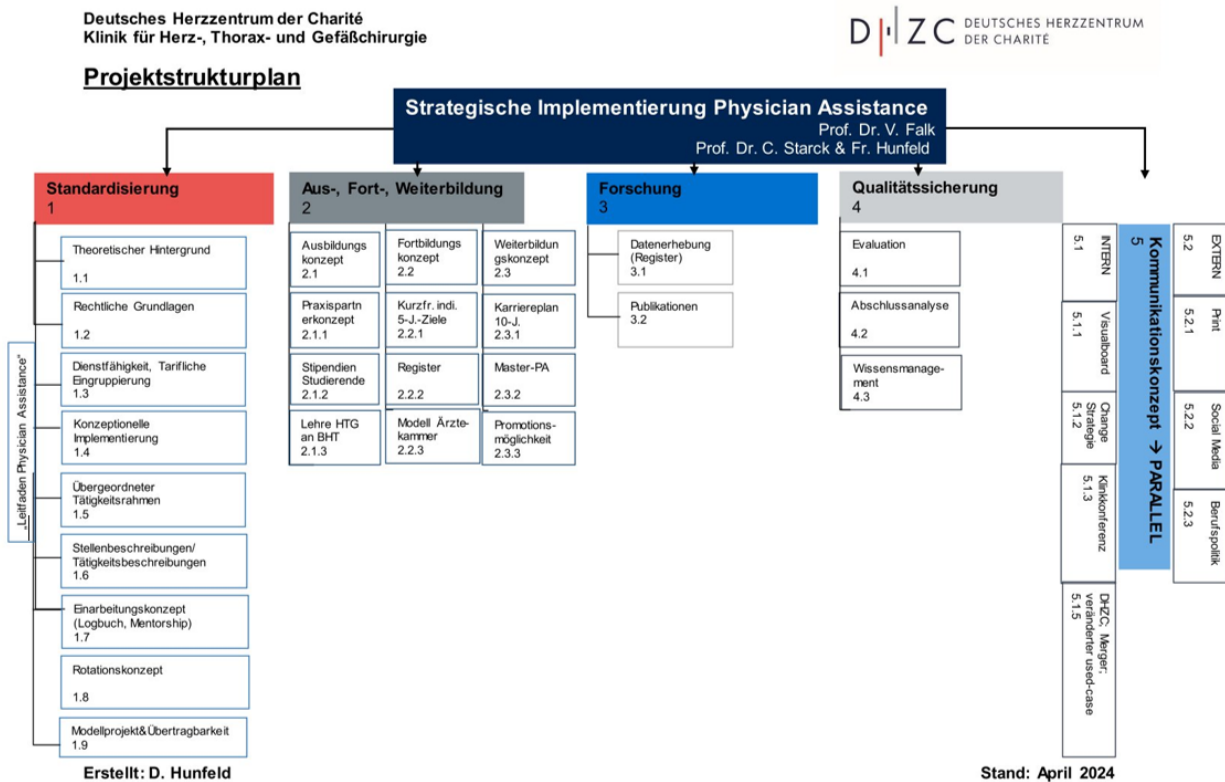


Abbildung 2. Strukturplan Physician Assistance im DHZC (eigene Darstellung)

Das Hauptziel der Meilensteinplanung besteht darin, das Konzept zunächst grob in Phasen zu unterteilen, eine erste Schätzung der Kosten und Zeitrahmen vorzunehmen und einen grundlegenden Überblick über das Vorhaben mit den zu erledigenden Aufgaben und verfügbaren Ressourcen zu bieten. Meilensteine sind entscheidende Ereignisse, die zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht sein müssen. Phasen stellen zeitlich abgegrenzte Abschnitte dar, die den groben Verlauf eines Vorhabens widerspiegeln (Timinger, 2017, S. 66f). Das gesamte Vorhaben erstreckt sich über die Jahre 2023 bis 2028. Ziel ist es, die strategische Implementierung von PAs im DHZC mit dem Umzug in den Neubau, der für 2028 vorgesehen ist, abzuschließen und zu finalisieren. Der entwickelte Meilensteinplan des Konzepts wird in Abbildung 3 dargestellt. Er zeigt die verschiedenen Phasen, die in Initialisierungs-, Definitions-, Planungs-, Steuerungs- und Abschlussphasen unterteilt sind. Außerdem werden die Meilensteine, die entsprechenden Aufgaben und die geschätzte Dauer angegeben.

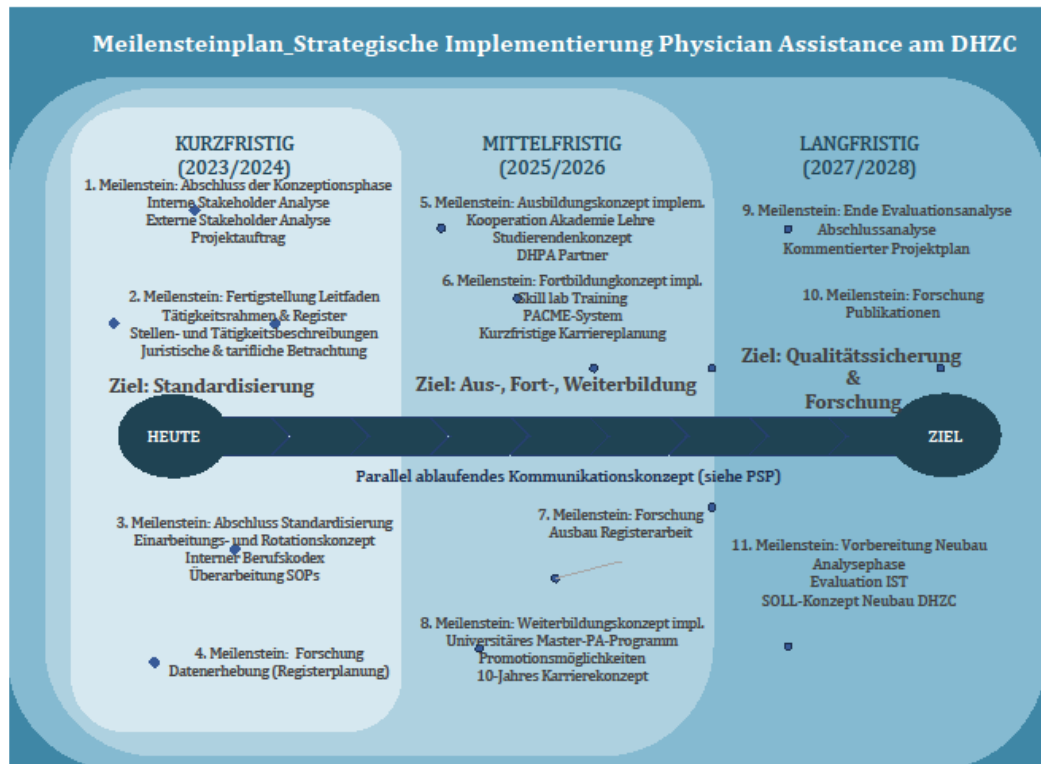


Abbildung 3. Meilensteinplan Physician Assistance im DHZC (eigene Darstellung)

Die klassischen Management-Werkzeuge wie Struktur- und Meilensteinpläne werden durch den bedeutenden Implementierungsansatz CFIR erweitert. Dieser Ansatz vereint 19 verschiedene Modelle und bildet fünf Ebenen (Abb. 4) sowie 39 Konstrukte, die wesentliche Einflussfaktoren zusammenfassen, deren mangelnde Beachtung zum Scheitern vieler evidenzbasierter Implementierungen führte (Damschroder et al., o. S., 2009a; Damschroder et al., S. 5, 2022). Im Folgenden werden die fünf Ebenen des CFIR – Innovation, externes Umfeld, internes Umfeld, Individuen und Implementierungsprozess – erläutert und auf das Vorhaben der „Konzeptionellen Implementierung von PAs in der HTG des DHZC“ angewendet. Die entsprechenden Maßnahmen werden in Tabelle 5 dargestellt. Von den 39 Konstrukten wurden 23 als relevant für dieses Vorhaben angesehen. In Abbildung 10 sind die Implementierungsmaßnahmen als Übersicht zusammengefasst.

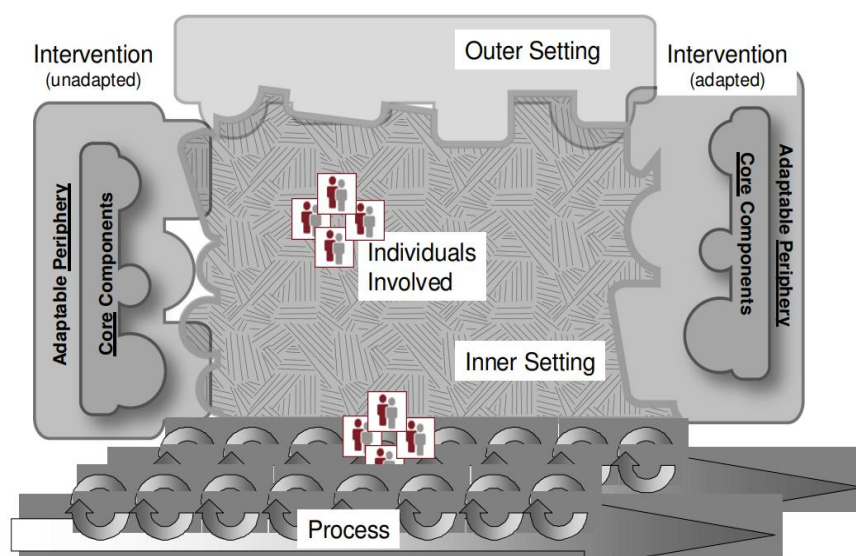


Abbildung 4. Major Domains of the CFIR (Damschroder et al., 2009b, S. 2)

Die erste Ebene des CFIR ist die Innovation. Vermeintlich nicht wissenschaftlich, aber praktisch gesprochen nach Curran (2020, S. 2) ist die Innovation kurz beschrieben das Ding, was eingeführt werden soll wie zum Beispiel ein neues klinisches Therapieverfahren. In diesem Vorhaben ist die Innovation die konzeptionelle Implementierung von PAs im DHZC im Bereich der HTG. Aus der ersten Ebene des CFIR, der Innovation, also hier der konzeptionellen Implementierung von PA im DHZC im Bereich der HTG, wurden folgende Konstrukte für das Konzept ausgewählt und als relevant bewertet: Quelle, Relativer Vorteil, Anpassungsfähigkeit, Erprobungsmöglichkeit, Komplexität, Design. Die Abbildung 5 zeigt darüber hinaus entsprechende Maßnahmenableitungen, die für das Vorgaben der „Konzeptionelle Implementierung von PAs in der HTG des DHZC“ getroffen wurden (Hunfeld, S. 27ff., 2025).

Die Erste Ebene des CFIR – Innovation

Quelle	Relativer Vorteil	Anpassungsfähigkeit	Erprobungsmöglichkeit	Komplexität	Design
- Interne Infoveranstaltungen/ Kick Off durch Lenkungskreis zur Vorstellung (1x jährlich Jour fixe) - Pflegerischer Dienst - Assistenzärztliches Personal - Oberärztliches Personal - Verwaltungstechnischer Dienst - Offene interne Veranstaltungen - Externe Infoveranstaltungen (Lenkungskreis) - Personalakquise - Patient:innen - Networking - Forschung	- Flyer - Forschung in domo PA - Infoecke (analog und digital) - Interne Infoveranstaltungen/ Kick Off - Social Media - PA Porträts - Videodreh "PAs in der HCH" "Wir sind das DHZC" - Studienlage kommunizieren	- Austausch im Lenkungskreis (1x/Monat) - PA Treffen (4x/Jahr) - PA + oberärztliche Treffen (2x/Jahr)	- Zielvereinbarungen von der HTG aufs DHZC - Perspektive Charité	- Interne Infoveranstaltungen/ Kick-Off zur Vorstellung (1x jährlich Jour fixe) - Pflegerischer Dienst - Assistenzärztliches Personal - Oberärztliches Personal - Verwaltungstechnischer Dienst - Offene, interne Veranstaltungen	- Visionboard (interprofessionell erarbeitet) - Social Media - PA Porträts - Videodreh "PAs in der Herzchirurgie" - Kampagne "Wir sind das DHZC" als multiprofessionelle Vorstellung der diversen Berufsgruppen - Infoecke zur multiprofessionellen Übersicht (analog und digital)/Poster zur "Vermenschlichung" des Personals - Flyer (interprofessionelle Identifikation nach intern und extern)

Abbildung 5. Spezifische Maßnahmenableitung in Verbindung mit der ersten Ebene und den ausgewählten Konstrukten des CFIR (eigene Darstellung ergänzt nach Hunfeld, S. 29, 2025)

Aus der zweiten Ebene des CFIR, dem externen Umfeld, hier dargestellt durch die Charité als Universitätsklinikum sowie weitere externe Faktoren, wurden die folgenden Konstrukte für das Konzept ausgewählt und als relevant eingestuft (Abb. 6): Partnerschaften und Verbindungen, Externer Druck (marktorientiert, leistungsorientiert).

Die Zweite Ebene des CFIR – das externe Umfeld

Partnerschaft und Verblindung	Marktorientierter Druck	Leistungsorientierter Druck
- Curriculumsinhalte PA in der HTG - Kooperationen mit: - Fachgesellschaften (DGTHG) - Berufsverbänden (DGPA) - IT-Abteilung des DHZC - Unternehmenskommunikation des DHZC - Sekretariat der HTG des DHZC - DHZZ-Akademie - Berliner Hochschule für Technik		- Interne Infoveranstaltungen/ Kick Off durch Lenkungskreis zur Vorstellung (1x jährlich Jour fixe) - Pflegerischer Dienst - Assistenzärztliches Personal - Oberärztliches Personal - Verwaltungstechnischer Dienst - Offene, interne Veranstaltungen

Abbildung 6. Spezifische Maßnahmenableitung in Verbindung mit der zweiten Ebene und den ausgewählten Konstrukten des CFIR (eigene Darstellung nach Hunfeld, S. 30, 2025)

Die Dritte Ebene des CFIR – das interne Umfeld

Die dritte Ebene des CFIR stellt das interne Umfeld dar, in diesem Fall die HTG des DHZC. Für dieses Konzept wurden die folgenden Konstrukte als relevant erachtet, ausgewählt und mit entsprechenden Maßnahmenableitungen versehen: Strukturelle Charakteristika (Arbeitsinfrastruktur), Zwischenmenschliche Beziehungen und Netzwerke, Kompatibilität, Unternehmensmission/-vision (Abb. 7).

Arbeitsinfrastruktur	Zwischenmenschliche Beziehungen und Netzwerke	Kompatibilität	Unternehmensmission/-vision
• Zuständigkeiten in der Konzeptionierung PA-Leitung und ärztliche Leitung PA • Zugehörigkeit zum ärztlichen Team • Klare Kommunikation der berufsrechtlichen Unterschiede zwischen ÄrztInnen und PAs • Teamleader:Innen PAs • Interprofessionelle Schnittstellen benennen z.B. durch Nutzung des HAPPI-Konzepts, Differenzierung und mögliche Spannungsfelder definieren • Einarbeitung in einem fortlaufenden fachärztlichen Supervisionsprozess (Erst-, Zwischen-, Abschlussgespräche)	• Detektion der Erfahrungsgrade und der Haltung des Interprofessionellen Teams gegenüber dem Berufsbild Physician Assistance • PA-Treffen (4x/Jahr) • PA- + Oberärztliche Treffen (2x/Jahr) • Teilnahme an Stationsbesprechungen (Pflege-PA) • Teilnahme an Treffen der Weiterbildungsassistent:Innen	• Externe Infoveranstaltungen (Lenkungsreis), bezüglich: • Personalakquise • Patient:Innen • Networking • Forschung • Meilensteine kommunizieren	• Externe Infoveranstaltungen (Lenkungsreis), bezüglich: • Personalakquise • Patient:Innen • Networking • Forschung • Interne Infoveranstaltungen/Kick Off durch Lenkungsreis zur Vorstellung (ix jährlich Jour fixe) • Pflegerischer Dienst • Assistenzärztliches Personal • Oberärztliches Personal • Verwaltungstechnischer Dienst • Offene, Interne Veranstaltungen • Meilensteine kommunizieren

Abbildung 7. Spezifische Maßnahmenableitung in Verbindung mit der dritten Ebene und den ausgewählten Konstrukten des CFIR (eigene Darstellung nach Hunfeld, S. 30, 2025)

Die Vierte Ebene des CFIR – die Individuen

Aus der vierten Ebene, die sich auf einzelne Personen bezieht – in diesem Fall die Mitarbeitenden innerhalb der HTG des DHZC –, wurden die folgenden Aspekte für dieses Vorhaben als bedeutend eingestuft und mit entsprechenden Maßnahmenableitungen versehen: Hochrangige Führungspersonen, Führungspersonen der mittleren Führungsebene, Meinungsführende Personen, Implementierungsführer:innen, Kooperierende Personen (Abb. 8).

Hochrangige Führungspersonen	Führungspersonen der mittleren Führungsebene	Meinungsführende Personen	Implementierungsführer:innen	Kooperierende Personen
• Hochrangige Führungspersonen durch Gespräche mit Lenkungsreis mitnehmen	• PA + Oberärztliche Treffen (2x/Jahr) • Pflegerische Bereichsleitungen Jour fixe mit PA-Leitung (2x/Jahr)	• Meinungsführende Personen werden durch PA-Leitung in Einzelgesprächen in das Vorhaben miteinbezogen, wichtige Informationen können beiderseitig gewonnen werden	• Implementierungsführende Personen werden nach intern und extern benannt und haben untereinander einen regelmäßigen Jour fixe Termin	• Kooperationen mit: • Fachgesellschaften (DGTHG) • Berufsverbänden (DGPA) • IT-Abteilung des DHZC • Unternehmenskommunikation des DHZC • Sekretariat der HCH des DHZC • DHZB-Akademie • Berliner Hochschule für Technik • Innovationsempfangende Personen wie ausgewählte Patient:innen, Pflegepersonal, PAs selbst, assistenz- und oberärztliches Personal werden von der PA-Leitung identifiziert und kooperierend eingesetzt • Innovationsüberbringende Mitarbeitende aus Pflege, PA, assistenzärztlichem und oberärztlichem Personal werden von der PA-Leitung identifiziert und kooperierend eingesetzt

Abbildung 8. Spezifische Maßnahmenableitung in Verbindung mit der vierten Ebene und den ausgewählten Konstrukten des CFIR (eigene Darstellung basierend auf Hunfeld, S. 31, 2025)

Die Fünfte Ebene des CFIR – der Implementierungsprozess

Aus der fünften Ebene des CFIR, dem Implementierungsprozess, angewendet auf das Konzept, das CFIR und den Einsatz klassischer Management-Werkzeuge, wurden die folgenden Konstrukte als relevant erachtet und mit entsprechenden Maßnahmenableitungen versehen: Teambuilding, Bedürfniseinschätzung, Kontextbeurteilung, Planung, Durchführung, Reflexion und Evaluation (Abb. 9).

Teambuilding	Bedürfniseinschätzung	Kontextbeurteilung	Planung	Durchführung	Reflexion und Evaluation
• PA + Oberärztliche Treffen (2x/Jahr) • Zuständigkeiten/Teamleader PAs • Teilnahme an Stationsbesprechungen (Pflege) • Teilnahme an Assistenzärztlichen Treffen • Get-together PAs • Bier/Wein mit Kolleg:innen interprofessionell (DHZC) • PA-Pat:innensystem	• Bedürfnis-Mindmap (interprofessionelle Erstellung)		• Ziele (kurz-, mittel-, langfristig) • Masterstudium PA (Kardiologie, Herzchirurgie)	• Berufskodex PA • Curriculumsinhalte PA in der HCH • Dokumentation durch einen Berichtsfaden • Einarbeitungskonzept • Fortbildungs- und Weiterentwicklungskonzept • Rotationskonzept • Stellenausschreibungen • Stipendienvergabe • Tätigkeitsrahmen	• Dokumentation durch einen Berichtsfaden • Evaluation des Konzeptes von PA-Leitung (4x/Jahr)

Abbildung 9. Spezifische Maßnahmenableitung in Verbindung mit der fünften Ebene und den ausgewählten Konstrukten des CFIR (eigene Darstellung ergänzt aber basierend auf Hunfeld, S. 32, 2025)

In der nachfolgenden Tabelle 5 werden jene spezifischen Maßnahmen (alphabetisch sortiert) übersichtlich in Verbindung mit der jeweiligen Ebene und dem Konstrukt visualisiert.

Tabelle 5. Maßnahmenableitung in Verbindung mit Ebenen und Konstrukten des CFIR (eigene Darstellung)	
Maßnahmen	Konstrukt (Ebene)
Austausch im Lenkungskreis (1x/Monat)	Anpassungsfähigkeit (1) Marktorientierter Druck (2)
Bedürfnis-Mindmap (interprofessionelle Erstellung)	Bedürfniseinschätzung (5)
Berufskodex PA	Durchführung (5)
Curriculumsinhalte PA in der HTG	Durchführung (5) Partnerschaften und Verbindungen (2)
Dokumentation durch einen Berichtleitfaden	Durchführung (5) Reflexion und Evaluation (5)
Einarbeitungskonzept mit Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräch	Durchführung (5) Arbeitsinfrastruktur (1)
Evaluation des Vorhabens von der PA-Leitung (4x/Jahr)	Reflexion und Evaluation (5)
Externe Infoveranstaltungen (Lenkungskreis), bezüglich: ▪ Personalakquise ▪ Patient:innen ▪ Networking ▪ Forschung	Kompatibilität (3) Quelle (1) Unternehmensvision/-mission (3)
Flyer (interprofessionelle Identifikation nach intern und extern)	Design (1) Relativer Vorteil (1)
Forschung – PA und HTG (in domo)	Relativer Vorteil (1)
Fortildungs- und Weiterentwicklungskonzept	Durchführung (5)
Hochrangige Führungspersonen durch Gespräche mit Lenkungskreis mitnehmen	Hochrangige Führungspersonen (4)
Kooperationen mit: ▪ Fachgesellschaften (DGTHG) ▪ Berufsverbänden (DGPA) ▪ IT-Abteilung/CIMO des DHZC ▪ Unternehmenskommunikation des DHZC ▪ Sekretariat der HTG des DHZC ▪ DHZB-Akademie ▪ Berliner Hochschule für Technik	Kooperierende Personen (4) Partnerschaften und Verbindungen (2)
Informationsecke zur multiprofessionellen Übersicht (analog und digital) / Poster zur "Vermenschlichung" des Personals	Design (1) Relativer Vorteil (1)
Innovationsempfangende Personen wie ausgewählte Patient:innen, Pflegepersonal, PAs selbst, assistenz- und oberärztliches Personal werden von der PA-Leitung identifiziert und kooperierend eingesetzt	Kooperierende Personen (4)
Innovationsüberbringende Mitarbeitende aus Pflege, PA, assistenzärztlichem und oberärztlichem Personal werden von der PA-Leitung identifiziert und kooperierend eingesetzt	Kooperierende Personen (4)
Interne Infoveranstaltungen/Kick Off durch Lenkungskreis zur Konzeptvorstellung (1x jährlich Jour fixe) ▪ Pflegerischer Dienst ▪ Assistenzärztliches Personal ▪ Oberärztliches Personal ▪ Verwaltungstechnischer Dienst ▪ Offene, interne Veranstaltungen	Komplexität (1) Leistungsorientierter Druck (2) Quelle (1), Relativer Vorteil (1) Unternehmensmission/-vision (3)
Implementierungsführende Personen werden nach intern und extern benannt und haben untereinander einen regelmäßigen Jour fixe Termin	Implementierungsführende Personen (4)
Masterstudium PA (Kardiologie, Herzchirurgie)	Planung (5)

Tabelle 5. Maßnahmenableitung in Verbindung mit Ebenen und Konstrukten des CFIR (eigene Darstellung)	
Maßnahmen	Konstrukt (Ebene)
Meilensteine kommunizieren	Kompatibilität (3), Marktorientierter Druck (2) Unternehmensvision/-mission (3)
Meinungsführende Personen werden durch PA-Leitung in Einzelgesprächen in das Vorhaben miteinbezogen, wichtige Informationen können beiderseitig gewonnen werden	Meinungsführende Personen (4)
PA-Teamtreffen (4x/Jahr) Haltung und Vorerfahrungen des interprofessionellen Teams	Anpassungsfähigkeit (1) Zwischenmenschliche Beziehungen und Netzwerke (3)
PA- + Oberärztliche Treffen (2x/Jahr)	Anpassungsfähigkeit (1) Führungspersonen der mittleren Führungsebene (4) Teambuilding (5) Zwischenmenschliche Beziehungen und Netzwerke (3)
Pflegerische Bereichsleitungen Jour fixe mit PA-Leitung (2x/Jahr)	Führungspersonen der mittleren Führungsebene (4)
Ziele (kurz-, mittel-, langfristig)	Planung (5)
Rotationskonzept	Durchführung (5)
Social Media - PA-Porträts - Videodreh „PAs in der HTG“ - Kampagne „Wir sind das DHZC“ als multiprofessionelle Vorstellung der diversen Berufsgruppen	Design (1) Relativer Vorteil (1)
Stakeholder-Analysen (intern, extern)	Kontextbeurteilung (5)
Stellenausschreibungen	Durchführung (5)
Stellenbeschreibungen	Durchführung (5)
Stipendienvergabe	Durchführung (5)
Studienlage kommunizieren	Relativer Vorteil (1)
Tätigkeitsrahmen	Durchführung (5)
Teilnahme an ärztlichen Fortbildungen, an assistenzärztlichen Treffen (regelmäßig)	Teambuilding (5) Zwischenmenschliche Beziehungen und Netzwerke (3)
Teilnahme an pflegerischen Stationsbesprechungen zur Aufdeckung transprofessionelle Hürden (1x/Jahr)	Teambuilding (5) Zwischenmenschliche Beziehungen und Netzwerke (3)
Visionboard (interprofessionell erarbeitet)	Design (1)
Zielvereinbarungen	Erprobungsmöglichkeit (1)
Zugehörigkeit zum ärztlichen Team mit Grenzen der Delegation; Interprofessionelle Schnittstellen	Arbeitsinfrastruktur (3)
Zuständigkeiten/Teamleader PAs PA-Patensystem	Arbeitsinfrastruktur (3) Teambuilding (5)

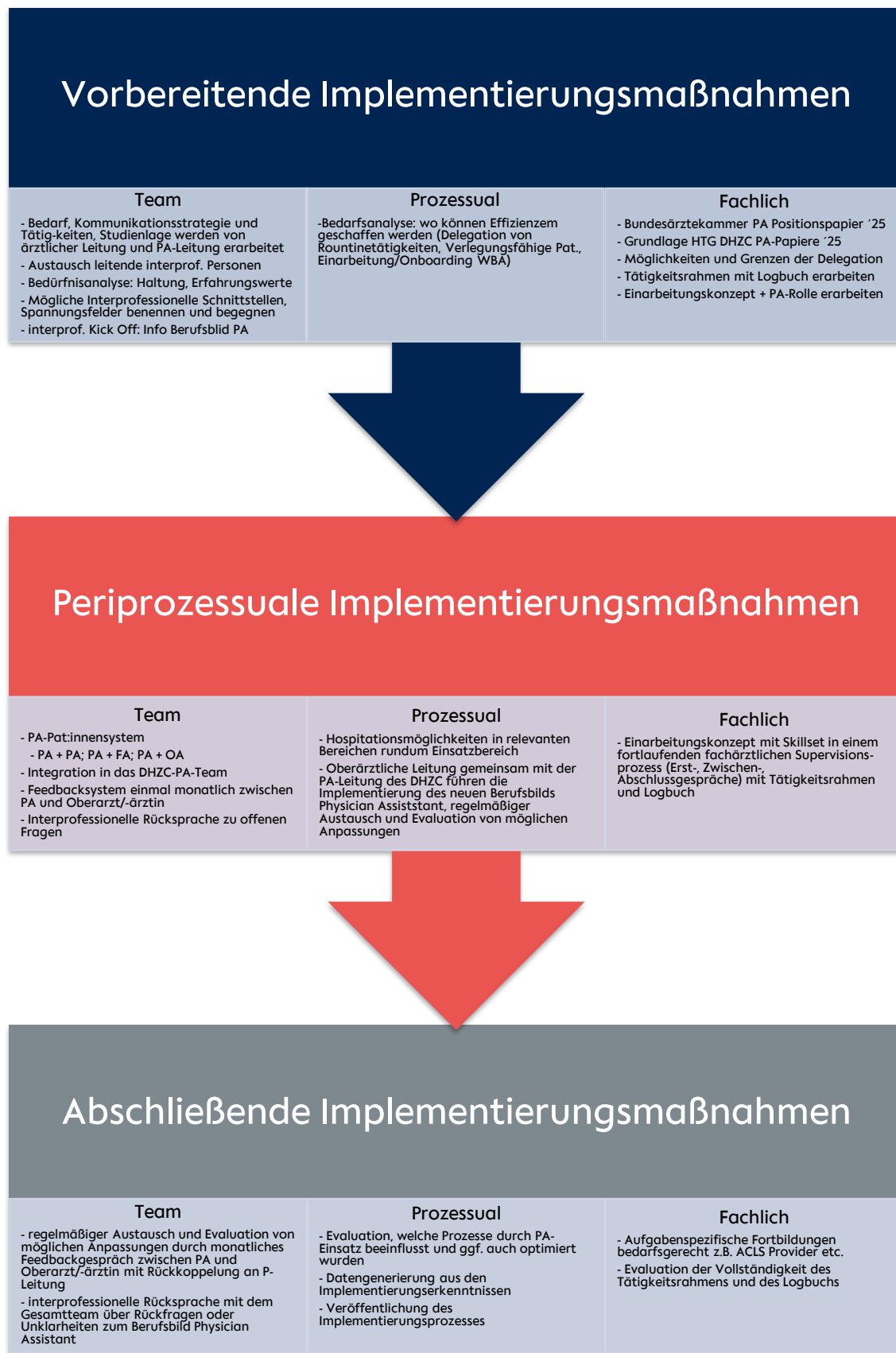
Kurzfassung Implementierungsvorhaben – Physician Assistance in der HTG des DHZC

Abbildung 10. Kurzfassung Implementierungsvorhaben Physician Assistance in der HTG des DHZC auf Basis des CFIRs mit entsprechender Konstruktableitung (eigene Darstellung)

6. Modellvorhaben und Übertragbarkeit

Die konzeptionelle Implementierung von Physician Assistants in der HTG des DHZC lässt sich von der praktischen Umsetzung in der HTG, wie in der folgenden Abbildung 10 gezeigt, auf allgemeinere Bereiche einer anderen Klinik übertragen, was in Abbildung 11 veranschaulicht wird.

Peripherie • Ärztliche Routinetätigkeiten in der Patient • enbetreuung wie Visiten, Statuserhebung, Briefschreibung, Anmeldung von Konsilen und Untersuchungen, Befundung der Routinelaborparameter, EKG und Röntgen-Thorax • Management von Drainagen und temporären Schrittmachern • Über- und Aufnahme von stabilen Patientenverlegungen	OP • Präoperative Vorbereitung (Lagerung, steriles Abdecken) • 2. Assistenz und je nach Eignung 1. Assistenz* • Konventionelle Venenentnahme sowie Arteria radialis* • Videoassistierte endoskopische Venenentnahme sowie der Arteria radialis* • Selbstständiger ein- und mehrschichtiger Wundverschluss	IMC/ITS • Aktuell nur IMC zusätzlich zu Tätigkeiten auf den peripheren Stationen: Pleurapunktionen*, Elektrokardioversion*, Anlage arterieller Katheter*, ZVK-Anlage*
Ambulanz • Präoperative ärztliche Routinetätigkeiten • Verlaufskontrolle bei Klappenvitien und Aortenpathologien ohne OP-Indikation bzw. ohne Pathologien im Ergebnis • Gering komplexe Aortenpatient:innen mit Aneurysma < 4,5 cm ohne weitere Risikofaktoren • Wundversorgung ohne Infektsymptomatik im Rahmen von Seromen, kleinen Wunddefekt-Dehiszenz, kleinen Abszessen	Funktionsbereiche • Aktuell in Planung: • Bildakquise durch PA; Supervision und Befundfreigabe durch ärztliche Person • Ausschluss Perikarderguss* • Postoperative Entlassungsechokardiographie* • Speziell: Prä- und postoperative Echokardiographien in Fällen ohne komplexe kardiale Vitien*	Spezielle Bereiche • Hochspezialisierte Intensivtransporte* (beispielsweise intubiert beatmete ECMO, Impella-Patient:innen) • Leitung PA*

* Jene Tätigkeiten setzen die individuelle Eignung der/des jeweiligen PAs voraus, welche von der ärztlichen Person evaluiert und unter Supervision der ärztlichen Person durchgeführt wird. Zu jenen Kompetenzen wird ein individuelles PA-Logbuch geführt, welches eine vorgegebene Mindestanzahl der gesehenen (G), angeleiteten (A) und selbstständig (S) unter Supervision durchgeführten Kompetenzen festlegt, die nach individueller Entscheidung einer ärztlichen Person hinsichtlich der Einschätzung der Ergebnisqualität der Kompetenzen des PAs individuell angepasst werden kann.

Abbildung 11. Einsatzbereiche und Tätigkeitsfelder von Physician Assistants in der HTG des DHZC (eigene Darstellung nach Hunfeld, S. 34, 2025)

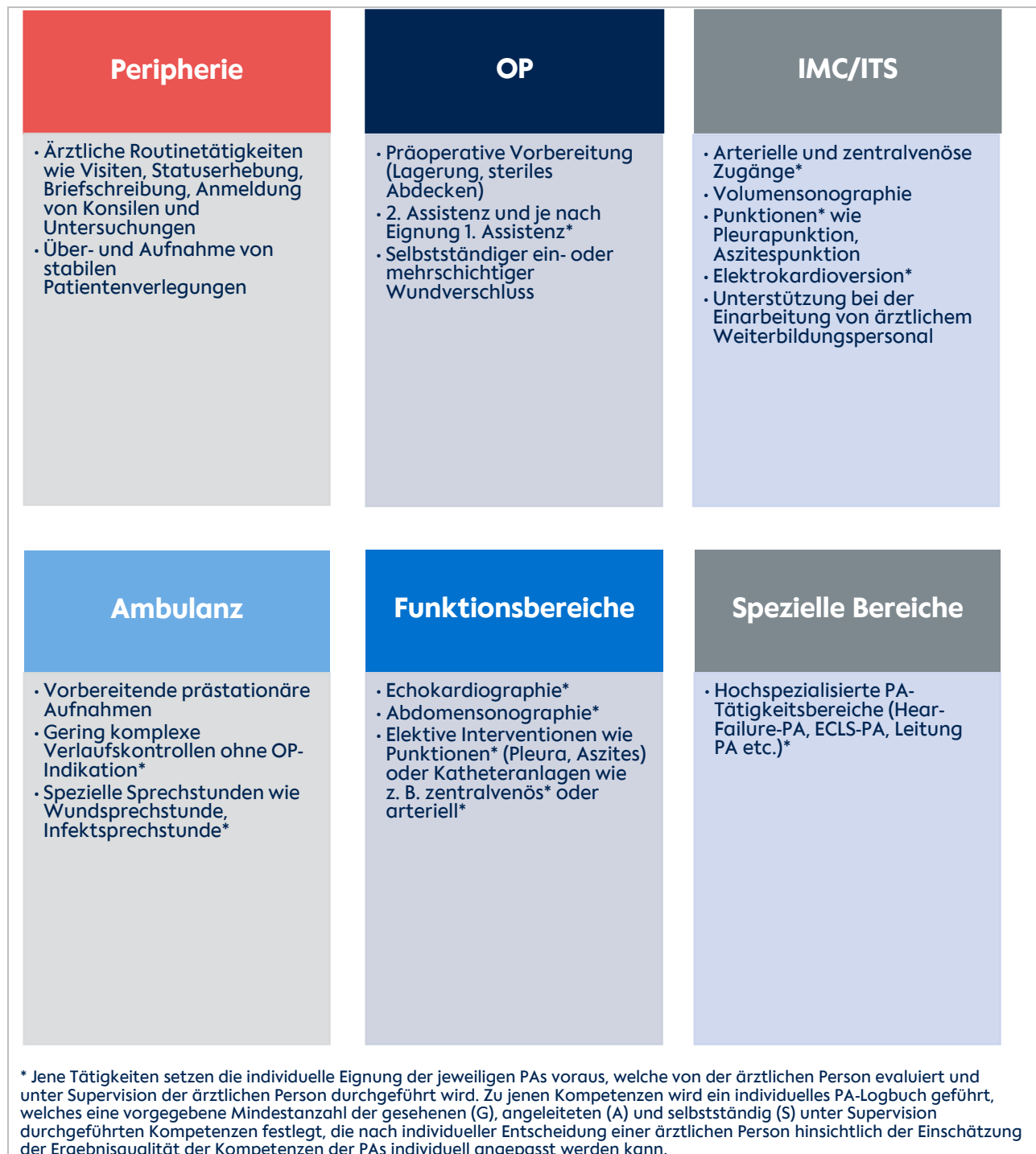


Abbildung 12. Modellhafter Einsatzbereich und Tätigkeitsfelder für Physician Assistants im stationären Setting (eigene Darstellung nach Hunfeld, S. 35, 2025)

Die Übertragbarkeit des praktischen Einsatzes von PAs in der HTG des DHZC auf andere Kliniken und Bereiche verdeutlicht die Modellhaftigkeit und Vorbildfunktion, die die konzeptionelle Implementierung von PAs in der HTG des DHZC innehat (Hunfeld, S. 22ff., 2025).

Der Tätigkeitsrahmen von den in der HTG tätigen PAs wird in einem separaten Dokument „**Tätigkeitsrahmen Physician Assistants**“ explizit dargestellt.

7. Onboarding-Konzept

Der Einstellungs- und Einarbeitungsprozess (Onboarding-Konzept) wird in diesem Kapitel thematisiert. Initial wird die Einstellungsphase beschrieben, im Anschluss daran wird der Einarbeitungsphase näher beleuchtet. Jener Einstellungs- und Einarbeitungsprozess wird in Abbildung 13 visualisiert.

7.1 Einstellungsprozess

Stellenausschreibung

Die Stellenausschreibungen sollen analytisch auf der Basis einer Bedarfsberechnung eruiert werden. Jene Berechnung wird an die Erhebung des PA-Bedarfs, welcher initial als Machbarkeitsstudie einer externen Unternehmensberatung am Westküstenklinikum Heide im Jahr 2018 durchgeführt wurde, angelehnt. Konkret sollte das Entlastungspotenzial des ärztlichen Personals durch die Arbeit von PAs ermittelt werden (Herrmann, S. 274f., 2022). Die Stellenausschreibung wird inhaltlich/fachlich durch die PA-Leitung und die ärztliche PA-Leitung erarbeitet und mit dem Team des Recruiting abgestimmt.

Bewerbungsphase

Der Bewerbungsprozess wird offiziell durch den Klinikdirektor und die ärztlichen PA-Leitung initialisiert und durch die PA-Leitung zusätzlich inhaltlich betreut. Das Ziel ist hierbei noch am selbigen Tag nach Eintreffen der Bewerbung der bewerbenden Person eine schriftliche Rückmeldung zu geben, sodass diese einen Zeitraum erhält wann sich das Recruiting Team hinsichtlich näherer Absprachen und als feste Ansprechperson, die durch den Bewerbungsprozess führt, zurückmeldet.

Im Vorstellungsgespräch werden die Positionen klar kommuniziert, sodass der bewerbenden Person klar ist, wer welche Rolle innehat und wer wann für eine Rückmeldung sorgt. Die Rückmeldung im Bewerbungsprozess über den aktuellen Stand (1x/Woche fest) wird durch das Recruiting Team koordiniert. Das Recruiting Team befindet sich bezüglich fachlicher Inhalte mit der PA-Leitung und ärztlicher PA-Leitung bezüglich Vertragsdetails mit der Personalabteilung des DHZC in stetiger Rücksprache.

Hospitation

Nach einem positiven Vorstellungsgespräch wird eine eintägige Hospitation vereinbart, die die bewerbenden PAs an der Seite von einer/einem in der HTG tätigen PA verbringt. Zu Beginn und zum Ende des Hospitationstages werden die Hospitant:innen, nachdem sie sich im Sekretariat der HTG angemeldet haben, von der PA-Leitung zu der/dem jeweiligen PA begleitet. In diesen Zeiten werden aufgetretene Fragen oder Unklarheiten der bewerbenden PAs zusätzlich beantwortet, sodass ein klarer und transparenter Bewerbungsprozess gewährleistet wird.

Bewerbungsbescheid

Die finale Entscheidungsüberbringung wird sowohl positiv, als auch negativ über das Recruiting Team oder die PA-Leitung übermittelt. Bei positiver Rückmeldung koordiniert das Recruiting Team den weiteren vertraglichen Bewerbungsprozess gemeinsam mit der Personalabteilung des DHZC.

7.2 Einarbeitungsprozess

Organisatorisches

Die organisatorische Einstellung wird vom Einstellungsteam HTG übernommen, was die Beantragung der Schlüssel(karte), der jeweiligen IT-Freischaltungen, des Vorhandenseins eines Umkleideschranks und eines abschließbaren Wertsachenfaches bei Dienstantritt und optional die Bereitstellung eines Telefons beinhaltet. Neben den organisatorischen Dingen wie der administrativen Freischaltung mündet ein abgeschlossener Onboarding-Prozess darüber hinaus in einer strukturierten sowohl formalen als auch fachlichen Einarbeitung.

Die ersten Tage

Am ersten Tag als PA in der HTG findet die Begrüßung im Sekretariat der HTG durch die PA-Leitung und die ärztliche PA-Leitung statt. Das Einstellungsteam HTG organisiert die ersten Stunden mit den PAs, die vorliegend administrative Prozesse betreffen. Im Anschluss daran führt die PA-Leitung die PAs auf die

jeweilige Station zu der entsprechenden oberärztlichen Person. Nach der ersten Woche nach Dienstantritt wird von der PA-Leitung kritisch geprüft, ob die jeweiligen Zugänge und Freischaltungen (Schlüssel(karte), die jeweiligen IT-Freischaltungen, das Vorhandensein eines Umkleideschranks und eines abschließbaren Wertsachenfaches und optional die Bereitstellung eines Telefons) für die neu eingestellten PAs vorliegen. Sollte dies nicht der Fall sein, wird Rücksprache mit dem Einstellungsteam der HTG hinsichtlich der Fehleranfälligkeit des Prozesses gehalten.

Entwicklungshandbuch ärztlicher Dienst (formale Einarbeitung)

Durch das *Entwicklungshandbuch Basismodul*, welches interprofessionell für alle Mitarbeitenden des DHZCs gilt, werden den neuen Mitarbeitenden wichtige grundlegende Informationen wie Lagepläne, Telefonlisten und Glossare zur Verfügung gestellt.

Tätigkeitsrahmen Physician Assistants (fachliche Einarbeitung)

In der HTG des DHZC wird die Einarbeitung durch das *Entwicklungshandbuch ärztlicher Dienst* abgebildet, welches auch PAs inkludiert. Darüber hinaus gibt auf der jeweiligen Station das *Stationsmodul ärztlicher Dienst*, welches über wichtige SOPs und Verfahrensweisen der spezifischen Station Auskunft gibt. Die fachliche Einarbeitung von PAs wird durch die Dokumente *Konzeptionelle Implementierung Physician Assistants (PA)* und *Tätigkeitsrahmen Physician Assistants (PA)* ergänzt. Die Dokumente *Konzeptionelle Implementierung Physician Assistants (PA)* und *Tätigkeitsrahmen Physician Assistants (PA)* bilden den PA spezifischen fachlichen Teil der Einarbeitung ab. Der *Tätigkeitsrahmen Physician Assistants (PA)* beinhaltet neben arbeitsbereichsunspezifischen Kompetenzen die arbeitsbereichsspezifischen Kompetenzen für den jeweiligen Bereich (Ambulanz, Normalpflegestationen, OP-Bereich) ab, sodass eine Einarbeitung von drei bis sechs Monaten realisiert werden kann. Durch die Einarbeitung mit jenen Dokumenten wird zeitgleich ein persönliches Logbuch erzeugt, welches die Arbeit mit PA strukturiert.

PA-Patenschaftsystem

Gleichzeitig gibt es in der Einarbeitung von neuen PA-Kolleg:innen eine fest zugewiesene Patenschaft, die jeweils von schon fest angestellten PAs übernommen wird und die idealerweise direkt in dem entsprechenden Bereich als PA tätig sind. Sollte dies zum derzeitigen Zeitpunkt nicht gegeben sein, wird ein:e andere:r PA, der/die in einem anderen Bereich der HTG arbeitet, für die neue PA-Kolleg:in benannt. Das Kennenlernen zwischen den beiden PAs findet initialisiert durch Frau Hunfeld während der ersten Arbeitswoche der neu eingestellten PA-Kolleg:innen statt. Im ersten Monat findet einmal wöchentlich ein Austausch mit dem/der festen Paten/Patin statt, danach wird die Frequenz in den ersten sechs Monaten auf einmal pro Monat ausgeweitet. Im Anschluss an die ersten sechs Monate wird der Kontakt nach beidseitigen individuellen Bedürfnissen der neu eingestellten PAs und der schon eingearbeiteten PAs gestaltet.

Für die Einarbeitung der neuen PA-Kolleg:innen übernehmen fest eingestellte PAs aus der HTG jeweils eine Patenschaft, idealerweise mit Tätigkeit im entsprechenden Bereich. Die Patenschaft wird fest zugewiesen. Das Kennenlernen findet, initiiert durch Frau Hunfeld, in der ersten Arbeitswoche nach Einstellung statt. Ein regelmäßiger Austausch findet im ersten Monat wöchentlich, in den folgenden 6 Monaten monatlich statt, danach nach beidseitigem individuellen Gesprächsbedürfnis.

Ärztliches Mentoring

In Bezug auf die Delegationsfähigkeit einhergehend mit der Supervisionspflicht in der Arbeit mit PAs im ärztlichen Team ist es unerlässlich, den Umfang der Delegation in einem Tätigkeitsrahmen und Logbuch festzuhalten (siehe dazu das Dokument „Tätigkeitsrahmen von Physician Assistants in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“). Hier werden sowohl die ärztlich zuständigen Personen benannt als auch die ärztlichen Mentor:innen zugewiesen. Dies ist nicht als ein umfangreich konzipiertes Mentoring-Programm zu verstehen wie es im DHZC unabhängig von Physician Assistance bereits gelebt wird.

Gespräche

Es erfolgt ein Erstgespräch mit den neu eingestellten PAs, ihren jeweiligen PA-Pat:innen, der jeweiligen oberärztlichen Person und der PA-Leitung innerhalb der ersten Woche nach Dienstantritt. Nach einem Monat erfolgt das Zwischengespräch, welches ebenso in dieser Besetzung durchgeführt wird. Zum Abschluss der Einarbeitung wird nach circa drei Monaten das Abschlussgespräch mit den neu eingestellten PAs, den jeweiligen PA-Pat:innenn, der jeweiligen oberärztlichen Person und der PA-Leitung geführt und protokolliert (Anlagen 1–3).

Inhaltlich soll es um die gegenseitige Erwartungshaltung und Wünsche bezüglich Einarbeitungsinhalten gehen, sodass in einer stetig anhaltenden reflektierenden Kommunikation eine beidseitig optimal gestaltete Einarbeitungskultur Einzug hält. Es finden zudem zweimal im Jahr Perspektiv- bzw. Rotationsgespräche mit den einzelnen PAs in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie statt. Das einmal jährliche Jahresgespräch mit dem Mitarbeitenden wird hiermit verbunden und wird durch die PA-Leitung und den ärztlichen Leiter des PA-Programms geführt.

Die nachfolgenden Dinge werden in den ersten Wochen zwecks der Einarbeitung besprochen beziehungsweise terminiert:

- Dokument „Entwicklungshandbuch Basismodul DHZC“
- Dokument „Konzeptionelle Implementierung von Physician Assistants“
- Dokument „Tätigkeitsrahmen für Physician Assistants“
- SOP „Präoperative Assessment“
- SOP „Thrombozytenaggregationshemmung und Antikoagulation prä- und postoperativ (Antithrombotische Therapie)“

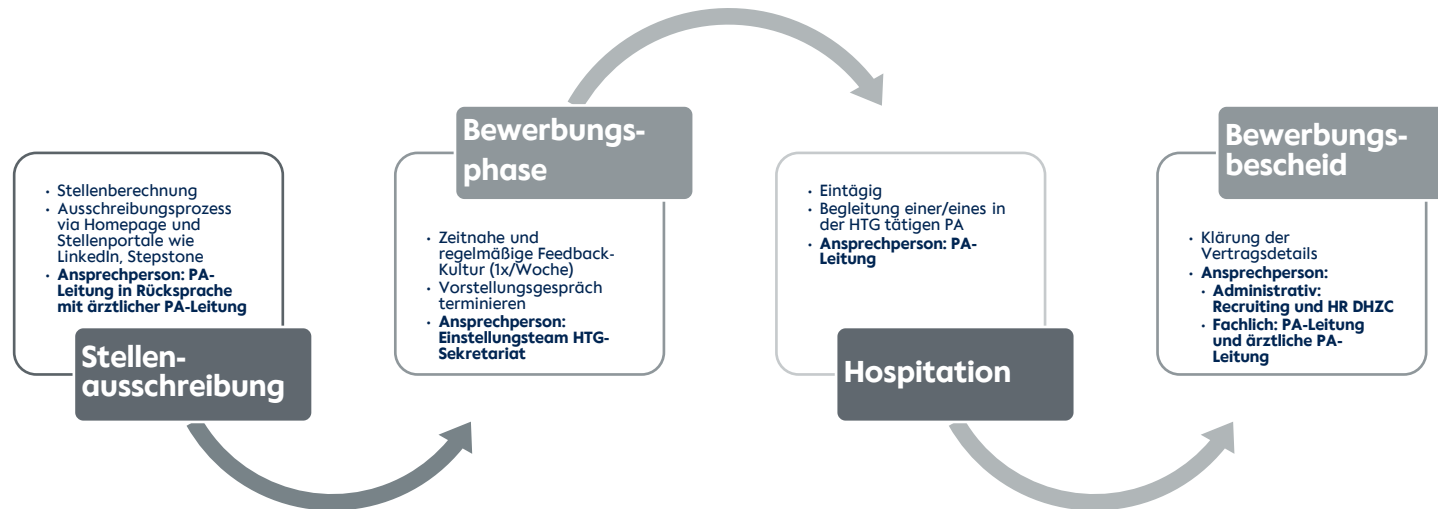
- Hausführung DHZC AP bzw. CVK/Stationsführung
- Kennenlernen Ärztliche Leitung PA-Programm DHZC
- Kennenlernen PA-Pate/Patin
- Frühdienst im Pflgeteam zwecks der Wichtigkeit des Interprofessionellen Verständnisses
- Vereinbaren Erstgespräch mit dem/der neueingestellten PA, der PA-Leitung, ggf. PA-Pate/Patin und den zuständigen oberärztlichen Personen vereinbaren
- Präoperative Strecke für die 2-3 Wochen im Anschluss daran Einarbeitung in die postoperative Patientenversorgung

Grundsätzlich werden zudem folgende administrativ-organisatorische Dinge in den ersten Wochen besprochen:

- Vorstellung des Intranets
 - Zugang zu den [Dienstvereinbarungen](#)
- Umgang mit E-Mails: Die persönlichen E-Mails mindestens einmal pro Woche aufrufen, um über aktuelle Änderungen und Informationen Bescheid zu wissen.
- Erläuterungen zum Dienstplan. Wünsche sind bis zum 15. des Vor-Vor-Monats an dem Dienstplanverantwortlichen zu kommunizieren. Die PEP-App wurde erläutert.
- Krankmeldung: die Krankmeldung erfolgt über das oberärztliche Leitungstelefon (2070), ggf. die voraussichtliche Dauer der krankheitsbedingten Abwesenheit nennen, Gesundmeldungen nach Krankheit sind gewünscht.
- Das Hinterlegen der Telefonnummer im ärztlichen Zimmer ist freiwillig.
- Fortbildungswünsche müssen frühzeitig mit der dienstplanverantwortlichen Person kommuniziert werden, ein entsprechender Dienstreiseantrag ist im HTG Sekretariat zu stellen.
- Pflichtfortbildungen wurden benannt, diese finden über das Onlineportal „VITA“ der Charité statt. Pflichtfortbildung gelten als Arbeitszeit.

Flussdiagramme zum Onboarding-Prozess von Physician Assistants in der HTG des DHZC

Einstellung



Einarbeitung

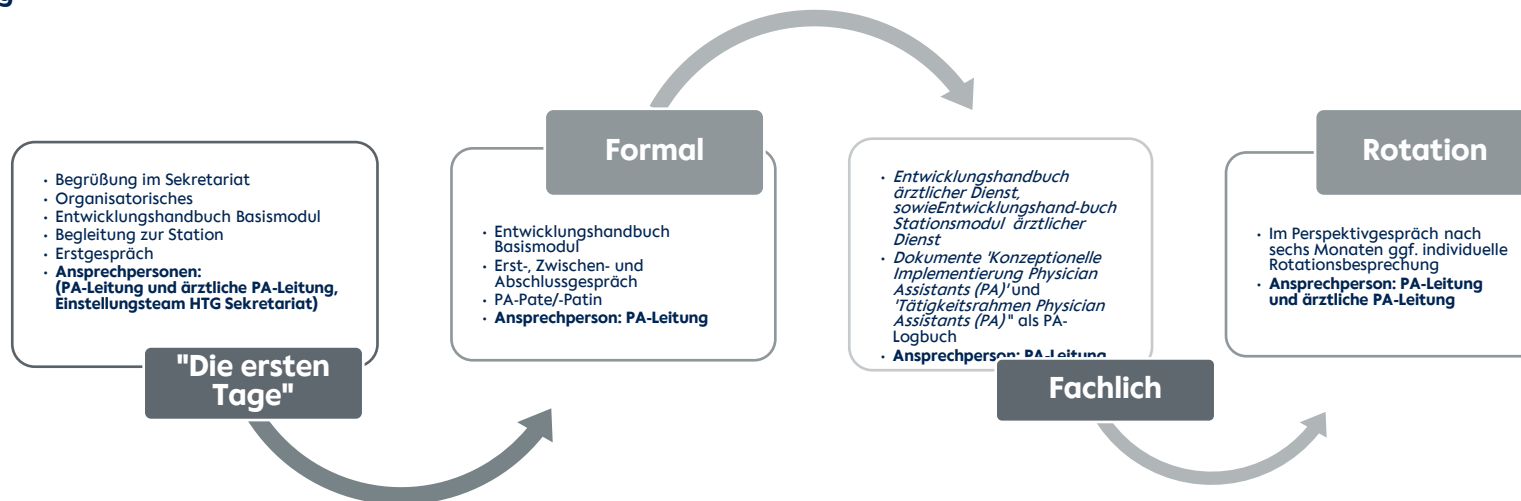


Abbildung 13. Flussdiagramme zum Onboarding-Prozess von Physician Assistants in der HTG des DHZC (eigene Darstellung)

8. Rotationskonzept

Grundsätzlich ist es wünschenswert, dass die in der HTG tätige PAs flexibel bereit sind in unterschiedlichen Arbeitsbereichen des DHZCs arbeiten können. Dementsprechend ist es grundlegend, dass Knotenpunkte der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie im DHZC von den dort tätigen PAs „verstanden“ und „erlebt“ werden. Diese Station bildet die WD2, als N+-station, ab.

Die Rotation erfolgt selbstverständlich nach individueller Beurteilung des/der PA. Hinsichtlich der Rotation des/der PA wird folgendes Rotationsschema anvisiert:

- Monat 1–12:
Einstieg auf einer der Normalpflegestationen.
- Monat 13–18:
Im Anschluss daran erfolgt die Rotation in den OP-Bereich für mindestens drei Monate. Aufgrund dessen, dass die PAs in der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie in einem chirurgischen Fach tätig sind, wird die Rotation in den OP für durchaus wichtig erachtet. Sollte der/die PA offensichtlich keine Affinität zum OP-Bereich haben, ist es mindestens zu gewährleisten, dass der/die PA die häufigsten OP-Verfahren begleitet.
- Ab Monat 19:
Wunsch- und bedarfsorientierte Rotation in den jeweils präferierten Tätigkeitsbereich

Bezüglich einer möglichen Rotation sind folgende jährliche Gespräche geplant:

- Jahresgespräch: 1x/Jahr mit PA-Leitung und ärztlicher PA-Leitung
- Perspektiv- bzw. Rotationsgespräch: 2x/Jahr Austausch mit PA-Leitung über berufliche Ziele

9. Fortbildungskonzept

Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es in Deutschland für PAs keine verpflichtende Regulation von Fortbildungen (Stand Februar 2025). Es ist angesichts der qualitativ hochwertigen Patient:innenversorgung, an denen PAs im Bereich der HTG des DHZC als Mitglied des ärztlichen Team beteiligt sind, maßgeblich, dass eine Fortbildungsregelung getroffen wird. Die Bundesärztekammer unterstützt und begrüßt die Einbindung von Physician Assistants in ärztliche Fortbildungen, die unter anderem von medizinischen Fachgesellschaften oder den zuständigen Ärztekammern organisiert werden (Bundesärztekammer, S. 13, 2025). Den PAs der HTG des DHZC ist es möglich an den internen ärztlichen Fortbildungen teilzunehmen. Der Lenkungskreis des PA-Programms in der HTG des DHZC hat sich für folgendes Prozedere entschieden, welches zukünftig anvisiert werden soll (vermutlich ab 2026):

a. Jahres- und Perspektivgespräche

Bezüglich der individuellen Fortbildungen und der grundsätzlichen Weiterentwicklung sind für die PAs der HTG folgende jährliche Gespräche gemeinsam geplant:

- Jahresgespräch: 1x/Jahr mit PA-Leitung DHZC und Ärztlicher Leitung PA DHZC
- Perspektiv- bzw. Rotationsgespräch: 1x/Jahr Austausch mit PA-Leitung DHZC über berufliche Ziele

b. Internes Register

Zunächst ist angedacht ab 2026 in einem internen PA-Fortbildungsregister die Möglichkeit zu schaffen, dass die PAs der HTG des DHZC ihre Fortbildungen intern verwalten können. Wichtig hierbei ist es, dass sich die PAs genau wie ärztliche Personen in die jeweilige Teilnehmenden-Liste der etwaigen Fortbildung eintragen und diese unterschreiben.

c. Umfang

Analog zu ärztlichen Personen ist es angedacht, dass PAs 250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren sammeln.

d. Struktur

Interne Fortbildungen

Dienstags- und Donnerstagsfortbildung der HTG

Jährlich 52 Wochen im Jahr, davon 6 Wochen Urlaub und 6 Wochen Sommerpause, 10 Wochen nicht anwesend/dienstabwesend

- Teilnahme an ca. 30 Wochen im Jahr a 1 h Fortbildung in der Woche möglich x 5 Jahre
→ 150 h in 5 Jahren über die Dienstags- und Donnerstagsfortbildung der HTG gewährleistet
- 100 h in 5 Jahren noch selbst zu organisieren, ergo 20 h Fortbildung im Jahr

Externe Fortbildungen

(Pro Jahr können fünf Tage Bildungsurlaub beantragt werden)

- Eine externe Fortbildungsveranstaltung wird pro Jahr als Dienstreise (Reise, Hotel) übernommen, sofern sowohl finanzielle als auch personelle Kapazitäten hergestellt werden können
- Ausnahme: Gesponserte Events, z. B. von der Firma Getinge, wird natürlich von den entsprechenden Veranstaltungsunternehmen übernommen

e. Zusammenarbeit mit der Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der Ärztekammer Berlin

Wie bereits zuvor erwähnt, unterstützt und befürwortet die Bundesärztekammer die Einbindung von Physician Assistants an ärztlichen Fortbildungen (Bundesärztekammer, S. 13, 2025). Dementsprechend wäre es wünschenswert, dass die Teilnahme von PAs an ärztlichen Fortbildungen über das Leuchtturm- und Modellvorhaben in der HTG des DHZC sowohl durch die jeweilige größte Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), als auch durch die Ärztekammer Berlin ermöglicht würde.

10. Weiterentwicklungskonzept

Grundsätzlich teilt sich das Weiterentwicklungskonzept der HTG des DHZC in ein dreistufiges Konzept aus:

1. 10-Jahre-Karriereplan

2. Master-PA

3. Promotionsmöglichkeiten

10-Jahre-Karriereplan

In den Jahresgesprächen wird mit den PAs kontinuierlich über den jeweiligen 10-Jahre-Karriereplan gesprochen. Es gilt hierbei kurz- und langfristige realistische Ziele festzulegen und jährlich zu evaluieren. Die gemeinsame Besprechung und schriftliche Festlegung dieser Ziele gilt es insbesondere hinsichtlich der Spezifizierung, der Messbarkeit, der Attraktivität, des Realismus und der Terminierung der individuellen Ziele zu begegnen.

Master-PA

Grundsätzlich lässt sich die Entwicklung, auch im interprofessionellen Vergleich, feststellen, dass auch in Deutschland gewisse Tätigkeiten perspektivisch an einen Masterabschluss geknüpft werden könnten. Hieraus ergibt sich die Prognose, dass zukünftig, wobei hier von Zeiträumen von 10-20 Jahren zu rechnen ist, höchstanspruchsvolle und hochspezialisierte Tätigkeiten, die in Delegation übernommen werden, leichter an PAs mit einem Masterabschluss delegiert werden können. Angesichts des überaus hohen qualitativen Anspruchs der PAs im DHZC wird die Weiterqualifizierung eines (PA-)Masterstudiums begrüßt.

Promotionsmöglichkeiten

Eine Promotion stellt die letzte und damit achte Stufe des 8-stufigen Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) dar. Das DHZC möchte als gemeinsames Zentrum der Charité und der Stiftung DHZB und somit als eine Organisationseinheit der Charité mit weitgehender strategischer und operativer Eigenständigkeit auch PAs nicht verwehren, diesen höchsten Bildungsgrad zu erreichen.

Literaturverzeichnis

American Academy of Physician Associates (2010): Milestones in PA History.

Verfügbar unter: https://www.A.org/wp-content/uploads/2017/01/History_Milestones.pdf

[Zugriff: 10.06.2023 um 10:45 Uhr].

American Academy of Physician Associates (2023a): History of AAPA and the PA Profession: PA

Milestones. Verfügbar unter: <https://www.aapa.org/about/history/>

[Zugriff: 27.05.2023 um 11:32].

American Academy of Physician Associates (2023b): About AAPA: Fact Sheet. Verfügbar unter:

<https://www.aapa.org/download/77924/?tmstv=1677793957>

[Zugriff: 27.05.2023 um 11:04].

Bauer M.S und Kirchner, J. (2020): Implementation science: What is it and why should I care? Psychiatry Research. 283: 112376. S. 1-6.

DOI: [10.1016/j.psychres.2019.04.025](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025)

Beil, E., Nolte, F., Oldhafer, M., Schmidt, C. und Schneider, S. (2019): Einleitung. In: Oldhafer, M., Schneider, S., Beil, E., Schmidt, C. und Nolte, F., Hrsg. Change Management in Gesundheitsunternehmen. Die geheime Macht der Emotionen in Veränderungsprozessen. Wiesbaden: Springer Gabler. S. 1-4.

Blum, K. (2016): Der Arztassistent (Physician Assistant). Evaluation einer neuen Qualifikation im deutschen Gesundheitswesen. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW). Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V. 2016. 170 S. Verfügbar unter:

https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/Evaluation_Studiengang_Physician_Assistant.pdf

Buhlinger-Göpfarth, N., Marschall, T., Difflipp-Eppele, M., Herbers, J., Glott, A. und Hoffmann, M. (2020): Die Modulentwicklung für einen allgemeinmedizinischen Kompetenzprofil für den Studiengang „Physician Assistant“. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 96(10). S. 414-421.

DOI: <https://doi.org/10.3238/zfa.2020.0414-0421>

Bundesärztekammer (2014): Beschlussprotokoll des 117. Deutscher Ärztetages vom 27. bis 30. Mai 2014. Düsseldorf.

Bundesärztekammer (2017): Beschlussprotokoll des 120. Deutscher Ärztetages vom 23. bis 26. Mai 2017. Freiburg.

Bundesärztekammer (2018): Beschlussprotokoll des 121. Deutscher Ärztetages vom 8. bis 11. Mai 2018. Erfurt.

Bundesärztekammer (2021): Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung. S. 1-30.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): Persönliche Leistungserbringung: Grenzen und Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen. S. 1-10.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Physician Assistant: Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. S. 1-23.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_2025.pdf

Bundesärztekammer (2025): Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen. S. 1-21.

Curran, G. M. (2020): Implementation science made too simple: a teaching tool. Implementation Science Communications. 1(20). S. 1-3.
DOI: <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00001-z>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., Lowery, J. C und Lowery, J. C. (2009a): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science. 4(50). S. 1-15.
DOI: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., Lowery, J. C und Lowery, J. C. (2009b): CFIR: Consolidated framework for advancing implementation research: Additional File 1: CFIR Figures and Explanatory Text. S. 1-6.

Damschroder, L. J., Reardon, C., M., Opra Wiederquist, M. A. und Lowery, J. (2022): The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implementation Science. 17(75). S. 1-16.

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (2015): Berufsbild PA: Geschichte des PA: Verfügbar unter: <https://www.pa-deutschland.de/berufsbild-pa> [Zugriff: 28.05.2023 um 12:04 Uhr].

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (2016): Über uns: Über die DGPA. Verfügbar unter: <https://www.pa-deutschland.de/ueber-uns> [Zugriff: 28.05.2023 um 10:43 Uhr].

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (2022): Neue Zahl der Mitglieder. Verfügbar unter: <https://www.pa-deutschland.de/post/neue-zahl-der-mitglieder> [Zugriff: 29.05.2023 um 12:10 Uhr].

Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e.V. (2023): DGPA-Vorstand trifft Bundesärztekammer! Verfügbar unter: <https://www.pa-deutschland.de/post/dgpa-vorstand-trifft-bundes%C3%A4rztekammer> [Zugriff: 28.05.2023 um 12:04 Uhr].

Deutscher Hochschulverband Physician Assistants e.V. (2019): Berufsbild: Stellungnahmen: Kommentar des Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistance (DHPA) zur Stellungnahme des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) zum ATA/OTA Gesetz. Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/stellungnahmen/> [Zugriff: 11.06.2023 um 15:41 Uhr].

Deutscher Hochschulverband Physician Assistants e.V. (2021): Über uns: Ansprechpersonen/Vorstand: Der Deutsche Hochschulverband Physician Assistant (DHPA). Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/ansprechpartner-vorstand/> [Zugriff: 11.06.2023 um 13:50 Uhr].

Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e.V. (2025): Grenzen des Wachstums der Studiengänge zum Physician Assistant?. Verfügbar unter: <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2025/02/Datenerhebung-DHPA-2024-07.02.2025.pdf> [Zugriff 13.03.2025 um 13:27 Uhr].

Drennan, V. M., Calestani, M., Taylor, F., Halter, M. und Levenson, R. (2020): Perceived impact on efficiency and safety of experienced American physician assistants/associates in acute hospital care in England: findings from a multi-site case organisational study. JRSO Open. 11(10). 2054270420969572.
DOI: [10.1177/2054270420969572](https://doi.org/10.1177/2054270420969572)

Green, L. W., Ottoson, J. M., García, C. und Hiatt, R. A. (2009): Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. Annual Review of Public Health. 30. S. 151-174.

Heistermann, P., Günther, H.-J., Heilmann, C., Meyer-Treschan, T., Sesselmann, S., Schneke, A., Mihatsch, L., Lang, T. und Mihatsch, W. (2022): A cross-sectional survey of German PA employment and workforce entry. JAAPA. 35(12). S. 45-49.
DOI: [10.1097/01.JAA.0000892728.78698.75](https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000892728.78698.75)

Herrmann, H. (2022). Vom Personalmangel zu neuer Aufgabenverteilung: Die Rolle des Physician Assistant im deutschen Gesundheitswesen. In: Krauss, S., Plugmann, P. (Hrsg.) Innovationen in der Wirtschaft. Wiesbaden: Springer Gabler. S. 269-280.

Herrman, H., Hunfeld, D., Bialojan, M., Fleischmann, T., Hrsg. Physicians Assistants in Deutschland. Rahmenbedingungen, Studium, Implementierung. 1. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2025. 272 S.

<https://www.mwv-berlin.de/produkte/!title/physician-assistants-in-deutschland/id/1040>

Hix, L. R., Fernandes, S. M. (2020): An initial Exploration of the Physician Assistant Role in Germany. Journal of Physician Assistant Education. 31(1). S. 42-47.

DOI: [10.1097/JPA.0000000000000292](https://doi.org/10.1097/JPA.0000000000000292)

Hollenbeck, B., Kaufman, S., Oerline, M., Modi, P., Caram, M., Shahinian, V. und Ellimoottil, C. (2021): Effects of Advanced Practice Providers on Single-specialty Surgical Practice. Annals of Surgery 277(1). e40-e45

Hooker, R. S., Kuilman, L. (2011): Physician assistant education: five countries. Journal of Physician Assistant Education. 22(1). 53-58.

Hunfeld, D. (2025): Konzeptionelle Implementierung von Physician Assistants – Beispiel Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie des DHZC. In: Herrmann, H., Hunfeld, D., Fleischmann, T., Bialojan, M., Hrsg. Physician Assistants in Deutschland: Rahmenbedingungen, Studium, Implementierung. 1. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 22-36.

Hüttl, P. (2025): Physician Assistants – Juristische Rahmenbedingungen. In: Herrmann, H., Hunfeld, D., Fleischmann, T., Bialojan, M. [Hrsg.]. Physician Assistants in Deutschland: Rahmenbedingungen, Studium, Implementierung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 52-58.

Hüttl, P. und Heberer, J. (2021): Physician Assistants – eine juristische Einschätzung. Verfügbar unter: <https://www.bdc.de/physician-assistants-eine-juristische-einschaetzung/> [Zugriff: 28.06.2023 um 12:27 Uhr].

Kaduszkiewicz, H., Teichert, U., Bussche, H. (2018): Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Bundesgesundheitsblatt. 61(2). S. 187–194. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-017-2671-1>

Kasch, R., Engelhardt, M., Förch, M., Merk, H., Walcher, F., Fröhlich, S. (2016): Ärztemangel: Was tun bevor Generation Y ausbleibt? Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentralblatt für Chirurgie. 141. S. 190-196.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): KBV 2025 Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen – Ein Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen. S. 1-15. https://www.kbv.de/html/konzept_kbv2025.php

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2023): Physician Assistant (PA): Stärken Sie mit der Anstellung eines PA Ihre Praxis! Verfügbar unter: <https://www.kvwl.de/themen-a-z/physician-assistant> [Zugriff: 28.05.2023 um 10:34 Uhr].

Kuilman L., Matthews, C. und Dierks, M. (2013): Physician Assistant Education in Germany. Journal of Physician Assistant Education. 24 (2). S. 38-41.

Krull, B. (2015): Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal: Möglichkeiten und Grenzen. Deutsches Ärzteblatt. 112 (3). S. 2-4.

- Lack, A., Saddik, M., Engels, P., Lethbridge, S. und Nenshi, R. (2019):** The emergence of the physician assistant role in a Canadian acute care surgery setting. Canadian Journal of Surgery. 63 (5). S. E442-E448.
DOI: [10.1503/cjs.002119](https://doi.org/10.1503/cjs.002119)
- Lau, T. und Osterloh, F. (2022):** Ärztemangel. Schlechte Aussichten. Deutsches Ärzteblatt. 119 (22-23). S. 1008-1010.
- Lohmann, H. (2019):** Gleitwort. In M. Oldhafer, S. Schneider, E. Beil, C. Schmidt, F. Nolte (Hrsg.), Change Management in Gesundheitsunternehmen: Die geheime Macht der Emotionen in Veränderungsprozessen. Wiesbaden: Springer Gabler. S. V-VI.
- Lundershausen, E. (2022):** Mangel an Ärztinnen und Ärzten: „Ärztlicher Versorgungsbedarf in einer Gesellschaft des langen Lebens“. TOP II des 126. DÄT 2022 in Bremen. Deutscher Ärztetag 2022. Vortrag (24.05.2022)
- Meyer-Treschan, T., Busch, D., Farhan, N., Führmann, B., Siegmüller, J., und Heistermann, P. (2021):** Welchen Beitrag können Physician Assistants zur Gesundheitsversorgung leisten? Eine Abgrenzung zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFG). 164. S. 15-22.
- Olswang, L. B. und Prelock, P., A (2015):** Bridging the Gap Between Research and Practice: Implementation Science. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 58. S. 1818-1826.
- Physician Assistant (2023):** PAs in Deutschland – Die Zahlen steigen weiter. Physician Assistant (1). S. 1-43.
- Radtke, R. (2020):** Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> [Zugriff: 15.07.2023 um 07:58].
- Ranzenbach, E., Poa, L., Puig-Palomar, M., Holtzman, M., Miller, S. und Mohr, M. (2012):** The safety and efficacy of physician assistants as first assistant surgeons in cardiac surgery. In: JAAPA. 25(8). S. 53-55.
- Starck, C., Beckmann A., Böning, A., Gummert, J., Lehmann, S., Hoffmann, M., Hüttl, P., Markewitz, A., Borger, M und Falk, V. (2022):** Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- Gefäßchirurgie zum Einsatz von Physician Assistants in der Herzchirurgie: Physician Assistants – Eine effektive und sinnvolle Erweiterung des herzchirurgischen Behandlungsteams. Thoracic and Cardiovascular Surgeon. 70. S. 136-142.
DOI: [10.1055/s-0041-1740534](https://doi.org/10.1055/s-0041-1740534)
- Taheri, P., Wenzel, L., & Möller, J. (2017):** „Arztassistent und Assistenzarzt“ – Personaloptimierung in der Klinik. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie. 155(5). S. 519-520.
- Tallot, L. (1933):** Willkommen im virtuellen Museum der Wissenschaft: Der Feldscherer: Ciba-Zeitschrift 1933. Verfügbar unter: <https://www.amuseum.de/medizin/CibaZeitung/nov33.htm> [Zugriff: 27.06.2023 um 13:58 Uhr].
- Thourani, V. H. und Miller, J. I. (2006):** Physicians Assistants in Cardiothoracic Surgery: A 30-Year Experience in a University Center. Annals of Thoracic Surgery. 81(1). S. 199-200.
DOI: [10.1016/j.athoracsur.2005.07.031](https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2005.07.031)
- Timinger, H. (2017):** Modernes Projektmanagement: Mit traditionellem, agilem und hybridem Vorgehen zum Erfolg. Weinheim: WILEY-VCH. 624 S.

Rechtsverzeichnis

AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln. In der Fassung vom B. v. 12.12.2005 BGBl. I S. 3394; zuletzt geändert durch Artikel 3 G. v. 27.09.2021 BGBl. I S. 4530, Geltung ab 01.01.1978; FNA: 2121-51-1-2.
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. In der Fassung vom V. v. 28.05.1957 BGBl. I S. 572, 608; zuletzt geändert durch Artikel 12 G. v. 11.07.2021 BGBl. I S. 2754, Geltung ab 01.01.1964; FNA: 8230-25.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch. In der Fassung vom B. v. 02.01.2002 BGBl. I S. 42, 2909; 2003, 738; zuletzt geändert durch Artikel 2 G. v. 21.12.2021 BGBl. I S. 5252, Geltung ab 01.01.1964; FNA: 400.
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte. In der Fassung vom 18.10.2023; Geltung ab 01.04.2024.
BtMG	Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln. In der Fassung vom B. v. 01.03.1994 BGBl. I S. 358; zuletzt geändert durch Artikel 1 V. v. 08.11.2021 BGBl. I S. 4791, Geltung ab 01.08.1981; FNA: 2121-6-24.
EschG	Embryonenschutzgesetz. In der Fassung vom G. v. 13.12.1990 BGBl. I S. 2746; zuletzt geändert durch Artikel 1 G. v. 21.11.2011 BGBl. I S. 2228, Geltung ab 01.01.1991; FNA: 453-19.
IfSG	Infektionsschutzgesetz. In der Fassung vom Artikel 1 G. v. 20.07.2000 BGBl. I S. 1045; zuletzt geändert durch Artikel 4 G. v. 18.03.2022 BGBl. I S. 473, Geltung ab 01.01.2001; FNA: 2126-13.
KastrG	Kastrationsgesetz. In der Fassung vom G. v. 15.08.1969 BGBl. I S. 1143; zuletzt geändert durch Artikel 2 Abs. 8 G. v. 04.11.2016 BGBl. I S. 2460, Geltung ab 18.02.1970; FNA: 453-16.
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. In der Fassung des Beschlusses des 128. Deutschen Ärztetages vom 9. Mai 2024 in Mainz; zuletzt geändert § 9 Abs. 3, 4 und § 12 Abs. 2. Rechtswirkung entfaltet die Berufsordnung, wenn sie durch die Kammerversammlungen der Ärztekammern als Satzung beschlossen und von den Aufsichtsbehörden genehmigt wurde.
MPAV	Verordnung über die Abgabe von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Abgabeverordnung – MPAV) vom 24. März 2021 (BGBl. I S. 566).
MPDG	Gesetz zur Durchführung der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (Medizinprodukte-Durchführungsgesetz – MPDG) vom 26. Mai 2021 (BGBl. I S. 2160).
SGB V	Sozialgesetzbuch V. In der Fassung vom Artikel 1 G. v. 20.12.1988 BGBl. I S. 2477, 2482; zuletzt geändert durch Artikel 2 G. v. 18.03.2022 BGBl. I S. 473, Geltung ab 01.01.1989; FNA: 860-5 Sozialgesetzbuch.
StGB	Strafgesetzbuch. In der Fassung vom B. v. 13.11.1998 BGBl. I S. 3322; zuletzt geändert durch Artikel 2 G. v. 22.11.2021 BGBl. I S. 4906, Geltung ab 01.01.1975; FNA: 450-2.
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung v. 29.11.2018 (BGBl. I S. 2034), zuletzt geändert durch V. v. 08.10.2021 (BGBl. I S. 4645).
TFG	Transfusionsgesetz. Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens. In der Fassung vom B. v. 28.08.2007 BGBl. I S. 2169; zuletzt geändert durch Artikel 11 G. v. 19.05.2020 BGBl. I S. 1018, Geltung ab 07.07.1998; FNA: 2121-52.
TPG	Transplantationsgesetz. In der Fassung vom B. v. 04.09.2007 BGBl. I S. 2206; zuletzt geändert durch Artikel 15d G. v. 11.07.2021 BGBl. I S. 2754, Geltung ab 01.12.1997; FNA: 212-2.

Erstgespräch zur Einarbeitung als Physician Assistant in der HTG

Name PA:

Oberärztliche Person: PA-Leitung:

PA-Pate/-Patin:

Zusätzlich teilnehmende Personen:

Datum:

Gesprächsziele

- Ermittlung der Vorerfahrungen
- Festlegung der Lernziele

Gesprächsinhalte

- Ermittlung der Vorerfahrung bis dato im Bereich
 - ☐ Arbeitserfahrung grundsätzlich in Monaten:
 - ☐ Arbeitserfahrung HTG in Monaten:
 - ☐ Patientenaufnahme/-übernahme/-verlegung
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
 - ☐ Betreuung von postoperativen Patient:innen
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
 - ☐ Umgang mit peripheren und zentralvenösen Blutentnahmen
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
 - ☐ Umgang mit Medikamenten zur vorbereitenden Empfehlung
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
 - ☐ Umgang mit Drainagen/Pace-Makern
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
 - ☐ Umgang mit Sonographien (Pleura, Volumen, eFAST, Abdomen, TTE)
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
 - ☐ Umgang mit Notfallsituationen
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
 - ☐ Assistenz bei Operationen
 - ☐ keine ☐ wenig Erfahrung ☐ Durchführung unter Supervision ☐ Selbstständig
- Festlegung von spezifischen Lernzielen:
 - ☐
 - ☐

Erwartungen, Wünsche, Kritik – Einzuarbeitende:r:

Erwartungen, Wünsche, Kritik – Station:

Nächster Gesprächstermin:

Datum Unterschrift einzuarbeitende:r PA ggf. Unterschrift PA-Pate/-Patin

Datum Unterschrift PA-Leitung Unterschrift Oberarzt/Oberärztin

Zwischengespräch zur Einarbeitung als Physician Assistant in der HTG

Name PA:

Oberärztliche Person: PA-Leitung:

PA-Pate/-Patin:

Zusätzlich teilnehmende Personen:

Datum:

Gesprächsziele

- Evaluation des Einarbeitungsstands anhand der erworbenen Kompetenzen durch zur Hilfenahme des PA-Logbuchs des arbeitsbereichsunspezifischen und -spezifischen Tätigkeitsrahmens
- Evaluation und Neusetzung der Lernziele

Gesprächsinhalte

▪ Evaluation des Einarbeitungsstands und Evaluation der Lernziele

☐ Arbeitsbereichsunspezifischer Tätigkeitsrahmen der HTG für Physician Assistants

☐ Nicht erfüllt ☐ In Teilen erfüllt ☐ Vollständig erfüllt

☐ Arbeitsbereichsspezifischer Tätigkeitsrahmen der HTG für Physician Assistants

☐ Nicht erfüllt ☐ In Teilen erfüllt ☐ Vollständig erfüllt

▪ Festlegung von weiteren fokussierten Lernzielfestlegung

☐ Arbeitsbereichsunspezifischer Tätigkeitsrahmen der HTG für Physician Assistants

-
-
-
-

☐ Arbeitsbereichsspezifischer Tätigkeitsrahmen der HTG für Physician Assistants

-
-
-
-

Aufgetretene Herausforderungen in Bezug auf Bereich/Team/Patient:in
(Aus Sicht des Einzuarbeitenden und der Einarbeitenden):

.....

Erwartungen, Wünsche, Kritik – Einzuarbeitende:r:

.....

Erwartungen, Wünsche, Kritik – Bereich HTG:

.....

Nächster Gesprächstermin:

.....

Datum

Unterschrift einzuarbeitender PA

ggf. Unterschrift PA-Pate/-Patin

.....

Datum

Unterschrift PA-Leitung

Unterschrift Oberarzt/-ärztin

Abschlussgespräch zur Einarbeitung als Physician Assistant in der HTG

Name PA:

Oberärztliche Person: PA-Leitung:

PA-Pate/-Patin:

Zusätzlich teilnehmende Personen:

Datum:

Gesprächsziele

- Vollständigkeit der Einarbeitungsunterlagen
- Evaluation der Einarbeitung als PA in der HTG des DHZC
- Festlegung der nächsten Schritte

Gesprächsinhalte

■ Vollständigkeit der Einarbeitungsunterlagen

- Formelle Einarbeitungscheckliste abgegeben am:
- Arbeitsbereichsunspezifische Tätigkeitsbeschreibung abgegeben am:
- Arbeitsbereichsspezifische Tätigkeitsbeschreibung abgegeben am:

■ Evaluation der Einarbeitung als PA in der HTG des DHZC

- Wünsche/Kritik an Einarbeitung (Aus Sicht des Einzuarbeitenden)
 -
 -
 -
- Wünsche/Kritik an Einarbeitung (Aus Sicht der Einarbeitenden)
 -
 -
 -

■ Festlegung der nächsten Schritte

-
-
-

Unterzeichnende Personen:

.....
Datum Unterschrift einzuarbeitender PA ggf. Unterschrift PA-Pate/-Patin

.....
Datum Unterschrift PA-Leitung Unterschrift Oberarzt/Oberärztin