

PA-Evaluation in der KV WL

Zwischenbericht

Tobias Nieporte
Dr. Bernd Hagen
Jens Kretschmann
Dr. Sandra Mangiapane

Berlin, 11.03.2024

Korrespondenz an:

Tobias Nieporte
+49 30 2200 56 120
tnieporte@zi.de

Zusammenfassung

In der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland gehört das Berufsbild der Physician Assistant (PA) zu den neuen Delegationskonzepten. Mit den vorliegenden Interviewergebnissen werden die Hintergründe der Entscheidung zum PA-Studium sowie der Entscheidung zur Anstellung einer PA in einer vertragsärztlichen Praxis vorgestellt. Das Zusammenspiel mit den anderen Professionen und den Veränderungen in den Praxisabläufen wird beschrieben. Letztlich wird auf die Zufriedenheit aus verschiedenen Perspektiven des Praxisteam und der Patientinnen und Patienten sowie auf die erlebten Herausforderungen eingegangen.

Die interviewten Physician Assistants haben sich aus verschiedensten Gründen für die Absolvierung des Studiums interessiert. Hervorgehoben wurde ein ausgeprägtes Interesse an Medizin. Dabei machten sie ebenso deutlich, dass das PA-Studium insbesondere ansprechend war, weil es keine vergleichbaren Zulassungsvoraussetzungen und einen geringeren Umfang als das der Humanmedizin habe. Zudem sehen sie im Studium eine willkommene Weiterbildungsmöglichkeit bzw. Aufstiegschance und erwarten mit Abschluss der Qualifikation eigenständiger und näher an den Patientinnen und Patienten arbeiten zu können. Die Entscheidung für die Arbeit in einer Vertragsarztpraxis fiel u.a. aufgrund besserer Arbeitsbedingungen im Vergleich zum Krankenhaus (kein Schichtdienst, keine Wochenendarbeit etc.), einer familiären Arbeitsatmosphäre, einer besseren Verfügbarkeit von Ansprechpersonen und um das Berufsbild allgemein im ambulanten Sektor zu stärken.

Die interviewten Ärztinnen und Ärzte verbinden mit der Anstellung die Hoffnung auf Entlastung im Versorgungsalltag. Sie versprechen sich, mehr Zeit für komplexere Fälle zu haben, eine Verbesserung der Versorgungssituation und dass durch die Unterstützung das hohe Patientenaufkommen bewältigt oder die Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten sogar erhöht werden kann.

Beide Interviewgruppen beschreiben aktuelle und zukünftige Tätigkeitsfelder, die von der PA übernommen werden (können). Die direkte Patientenbetreuung mit Vor- und Nachbereitung (Diagnostik und Therapie) macht den Kern der Arbeit aus. Die PA übernehmen Akut- und Infektsprechstunden, erheben die Anamnese und führen Sonographie-Untersuchungen durch. Oftmals werden auch Tätigkeiten übernommen, die originär bei Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. MFA mit Zusatzausbildung verortet werden, wie bspw. Hausbesuche, Dokumentation und Organisation oder Wundversorgung. Die Delegation psychischer und onkologischer Krankheitsbilder an die PA wird eher ausgeschlossen.

Zwischen der PA und der Ärztin bzw. dem Arzt wird eine enge Zusammenarbeit, maßgeblich aufgrund der Arbeit in Delegation, aber auch insbesondere während der Einarbeitung beschrieben. Die PA begleiten die Ärztinnen und Ärzte in der Einarbeitungsphase, um sich Herangehensweisen und Untersuchungstechniken abzuschauen und die eigenen Fähigkeiten vorzustellen. Über alle Interviews hinweg wurde dargestellt, dass die ärztliche Seite zur Klärung von Unsicherheiten, bei auffälligen Befunden und zur allgemeinen Rücksprache einbezogen wird. Dabei können die Ärztinnen und Ärzte regelmäßig in Visiten eingebunden sein oder in besonderen Situationen hinzugezogen werden. Zeichnen sich schwere Erkrankungsverläufe oder Notfälle ab oder wird eine Wissens- bzw. Verantwortungsgrenze der PA erreicht, werde stets der Arzt oder die Ärztin einbezogen.

Die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer haben die Rolle der PA im Vergleich zu anderen Professionen der Praxis eingeordnet. Gemeinsamkeiten der PA zu den MFA zeichnen sich tlw. in der Einarbeitung und Aufgabenübernahme in diesem Bereich aus. Einige PA berichten allerdings auch, dass sie für MFA-Aufgaben überhaupt nicht (mehr) eingesetzt werden. Der maßgebliche Unterschied zwischen einer MFA und PA besteht in der Ausübung diagnostischer Verfahren, der eigenständigen Durchführung von Sprechstunden und der Therapie (Mit-)Entscheidung. Im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten bestehen die Gemeinsamkeiten im Wesentlichen in der Ausübung delegierter ärztlicher Tätigkeiten. Der Unterschied liegt jedoch darin, dass die PA ihre Therapieempfehlungen mit den Ärztinnen und Ärzten absprechen. Von Seiten der PA wird beschrieben, dass sich ein Unterschied auch

darin zeige, dass sie mehr Zeit für die Versorgung aufbringen könnten, als dies manchmal dem Arzt oder der Ärztin möglich sei.

In den Interviews mit den Physician Assistants wurde gefragt, welche Rolle sie in einer Vertragsarztpraxis einnehmen. Die PA sehen ihre Rolle in der Entlastung des gesamten Praxisteam, insbesondere aber der Ärztinnen und Ärzte. Sie beschreiben sich oftmals als Bindeglied zwischen Arzt oder Ärztin und MFA und sind zusätzliche Ansprechperson.

Die Ärztinnen und Ärzte beschreiben die Auswirkungen der PA auf den Praxisablauf und auf ihre ärztliche Rolle und bestätigen vielfach bereits beschriebene Aspekte. Die PA bedeutet Zeitersparnis und Arbeitsentlastung und fügt sich als Schnittstelle in das Praxisgefüge ein. Sie wird dennoch zum ärztlichen Bereich der Praxis gezählt. Die Arztrolle hat sich bei einigen insofern verändert, dass mit der Einstellung nun die Strukturierung der PA-Einsätze, Zuweisung geeigneter Patientinnen und Patienten und Formulierung von Standardprozeduren (SOPs) erfolgt. Darüber hinaus erfolgt eine stärkere Konzentration auf die Therapieentscheidung und -einleitung. Dass die Arztrolle durch die Physician Assistants ersetzt werden könnte, wird in mehreren ärztlichen Interviews für abwegig gehalten.

Sowohl das Praxisteam als auch die Patientinnen und Patienten haben, entsprechend den Aussagen in den Interviews, überwiegend positiv auf die neue Rolle der PA reagiert. Einzelne skeptische Reaktionen von Kolleginnen und Kollegen seien aufgrund von ungenau definierten Einsatzgebieten entstanden. Auch gibt es gelegentlich Patientinnen und Patienten, die auf eine Behandlung durch den Arzt oder die Ärztin bestehen. Dieser Wunsch wird übereinstimmend respektiert.

Es werden ebenfalls hauptsächlich positive Rückmeldungen von den PA zur Zufriedenheit mit der Berufswahl und von den Ärztinnen und Ärzten zur Entscheidung über die Einstellung vermeldet. Von ärztlicher Seite wird dargestellt, dass sich einige PA schon nach kurzer Zeit bewiesen haben. Werden negativ auszulegende Aspekte beschrieben, dann beziehen sich diese auf anfängliche Über- oder Unterforderung aus Sicht der PA. Ärztliche Vorbehalte zur Einstellungsentscheidung betreffen u.a. die Frage nach der Kosten-Nutzen-Relation, die erst nach Ende des Projekts beantwortet werden könne.

Als etwas provokativ aufgestellte These wurden die Interviewpartnerinnen und -partner damit konfrontiert, ob sie durch die Abwanderung von medizinischen Fachangestellten zur neuen PA-Rolle eine Verschärfung des Mangels an MFA erwarten würden. Es herrschte in beiden Interviewgruppen überwiegend Einigkeit, dass die Existenz des Berufsbilds PA hierbei nicht der entscheidende Faktor sei. Personen mit Weiterbildungsambitionen würden dies ohnehin tun, während andere zufrieden mit ihrer aktuellen Position seien. Der Wunsch nach Wissenserweiterung werde vielmehr als Bereicherung gesehen. Einige Ärztinnen und Ärzte sehen die Ursachen für einen MFA-Mangel eher an anderer Stelle, wie z.B. eine schwindende Berufsattraktivität, die Abwerbung durch Krankenhäuser etc. In beiden Interviewgruppen wird die Fortbildung zur PA als Chance beschrieben, den Beruf der MFA wieder attraktiver zu machen. Haben sich Ärztinnen und Ärzte oder PA eher zustimmend zur Verschärfung des MFA-Mangels geäußert, wird dies u.a. damit begründet, dass eine Praxis weiterhin hohen, wenn nicht sogar wachsenden Bedarf an MFA habe, insbesondere wenn die PA ebenfalls Bedarf an Zuarbeiten haben.

Beide Interviewgruppen nannten Herausforderungen im Zusammenhang mit der Einführung und der Etablierung der Rolle in der vertragsärztlichen Praxis. Die PA sehen ein Problem in der fehlenden Bekanntheit des Berufsbildes und damit zusammenhängend eine geringere Akzeptanz. Weiterhin bestehen Sorgen, sich nicht ausreichend von den MFA-Tätigkeiten abgrenzen zu können und äußern Bedenken, mit anderem Praxispersonal zu konkurrieren. Beide Gruppen äußerten Unklarheiten in Bezug auf Abrechnungsmodalitäten und fürchten bei Überführung in die Regelversorgung eine ungleiche Vergütung der Krankenkassen trotz gleichwertiger (Praxis-)Leistung.

In einigen PA-Interviews wurden Optimierungspotenziale und Empfehlungen formuliert. So wird betont, dass eine gute Einarbeitung und gutes Mentoring für die PA essenziell sind. Die Definition von Tätigkeitsbereichen bzw. die Ausformulierung von SOPs wird ebenfalls als wichtig erachtet, um die

Übergabe ärztlicher Aufgaben zu strukturieren. Letztlich sollten die PA aber auch viel Eigeninitiative zeigen, um ihre Fähigkeiten und ihr Wissen unter Beweis zu stellen.

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	8
2	Methodik	9
2.1	Leitfaden	9
2.2	Transkription und Analyse	10
3	Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse.....	11
3.1	Entscheidungsgründe für das PA-Studium (PA-Kategorie)	12
3.1.1	Medizinisches Interesse (inkl.: PA-Studium ≠ Medizinstudium).....	12
3.1.2	Weiterbildungsmöglichkeit / Aufstiegschance	12
3.1.3	Patientennahe Tätigkeit & mehr Eigenverantwortlichkeit.....	12
3.1.4	Kenntnis über das Studium.....	13
3.1.5	Familienfreundlichkeit & finanzieller Aspekt.....	13
3.2	Entscheidungsgründe für die Vertragsarztpraxis (PA-Kategorie).....	14
3.2.1	Bessere Arbeitsbedingungen.....	14
3.2.2	Berufsbild stärker etablieren	14
3.2.3	Mehr medizinisch agieren	14
3.2.4	Verfügbarkeit von Ansprechpersonen	15
3.2.5	Familiäres Arbeitsverhältnis & Interesse am ambulanten Bereich allgemein.....	15
3.3	Erwartungen an die eigene Entwicklung (PA-Kategorie)	16
3.3.1	Zunehmend selbständiger Arbeiten	16
3.3.2	Fachwissen und Erfahrung ausbauen	16
3.4	Einstellungsgrund und Erwartungen an die Anstellung (Ä.-Kategorie)	17
3.4.1	Entlastung / Delegationsmöglichkeit.....	17
3.4.2	Milderung des Mangels an ärztlichen Kräften.....	17
3.4.3	Zeit für komplexere Fälle / den ärztlichen Alltag.....	18
3.4.4	Verbesserung der Versorgungssituation.....	18
3.4.5	Patientenaufkommen gerecht werden / erhöhen.....	18
3.4.6	Keine Erwartungen an die Anstellung	18
3.4.7	Weiterbildungsangebot machen	18
3.4.8	Erhöhung ärztlicher Produktivität	18
3.5	Tätigkeitsfelder der PA (aktuell, vorstellbar & [Ausschluss]) (PA + Ä.-Kategorie)	19
3.5.1	Allgemeine Patientenvorbereitung / -versorgung / -nachbereitung (Diagnostik / Behandlung)	20
3.5.2	Betreuung von Akut- / Infektpatienten / Sprechstunde	20
3.5.3	Anamnese	20
3.5.4	Labor	20
3.5.5	Dokumentation / Organisation / Besetzung.....	21
3.5.6	Wundversorgung	21
3.5.7	Sonographie oder EKG	21
3.5.8	Hausbesuche	21
3.5.9	Gesundheitsvorsorge / Check-Ups	21

3.5.10	Injektionen / Impfungen / Hyposensibilisierungen	22
3.5.11	Studienbetreuung.....	22
3.5.12	DMP-Versorgung.....	22
3.5.13	OP-Assistenz	22
3.5.14	Palliativversorgung	22
3.5.15	– Ausschluss-Tätigkeitsfeld	22
3.6	Zusammenarbeit im Praxisteam (PA + Ä.-Kategorie).....	23
3.6.1	Allgemeine Zusammenarbeit	23
3.6.2	Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten	24
3.6.3	Interaktion zwischen MFA und PA (Ä.-Subkategorie)	25
3.7	Vergleich PA mit anderen Professionen der Praxis (PA + Ä.-Kategorie).....	26
3.7.1	Medizinische Fachangestellte.....	26
3.7.2	Ärztinnen und Ärzte.....	27
3.7.3	Assistenzärztinnen und -ärzte	27
3.8	Rolle der PA in der Praxis (PA-Kategorie)	28
3.8.1	Entlastung / Zeitersparnis für Ärztinnen und Ärzte und MFA	28
3.8.2	Bindeglied / ergänzende Ansprechperson.....	28
3.8.3	Verbesserung / Sicherstellung der Patientenversorgung	28
3.9	Auswirkungen der PA auf den Praxisablauf / auf die ärztliche Rolle (Ä.-Kategorie).....	30
3.9.1	PA bedeutet Zeitersparnis / Arbeitsentlastung	30
3.9.2	PA ist Bindeglied	30
3.9.3	PA wird zum ärztlichen Bereich gezählt.....	31
3.9.4	PA übernimmt Aufgaben, die unerledigt bleiben würden.....	31
3.9.5	Arzt-Rolle: Strukturierung der PA-Tage / Patienten / SOP-Formulierung	31
3.9.6	Arzt-Rolle: Ärztliche Tätigkeit wird durch PA nicht ersetzt	31
3.9.7	Arzt-Rolle: (Noch) keine Rollen-Veränderung wahrgenommen	31
3.9.8	Arzt-Rolle: Konzentrierung auf Therapieeinleitung / -entscheidung.....	32
3.9.9	Arzt-Rolle: Lernen zu delegieren / supervidieren.....	32
3.10	Reaktion der Kolleginnen und Kollegen auf die PA-Rolle (PA + Ä.-Kategorie).....	33
3.10.1	Positive Reaktion	33
3.10.2	Skeptische Reaktion / Bedenken der Ärztinnen und Ärzte.....	33
3.11	Patientensicht auf die PA (PA + Ä.-Kategorie).....	35
3.11.1	Begrüßend	35
3.11.2	Ablehnend	35
3.11.3	Neutral / PA ist nicht explizit als "PA" bekannt.....	36
3.12	Zufriedenheit mit der Berufswahl (PA-Kategorie)	37
3.12.1	Positiv	37
3.12.2	Negativ.....	37
3.13	Bewertung der Einstellungsentscheidung der PA (Ä.-Kategorie).....	38
3.13.1	Zufriedenheit	38
3.13.2	Vorbehalte	38
3.14	Verschärfung des MFA-Mangels durch Umorientierung zur PA (PA + Ä.-Kategorie)	39
3.14.1	Zurückweisung der These / andere Ursachen	39

3.14.2	Teilweise Zustimmung zur These	40
3.15	Herausforderungen (PA + Ä.-Kategorie).....	41
3.15.1	Akzeptanz / Anerkennung / Bekanntheit	41
3.15.2	Unklarheiten bei Finanzierung und Abrechnung.....	41
3.15.3	Abgrenzung zu MFA-Tätigkeiten	42
3.15.4	Konkurrenzsituationen	42
3.15.5	Balance zwischen Über- und Unterforderung / Grenzen der PA.....	42
3.15.6	Studiengebühren	43
3.15.7	Abhängigkeit von ärztlicher Unterstützung.....	43
3.15.8	Behandlung nach Krankheitsbildern.....	43
3.15.9	Rechtliche Unklarheiten	43
3.15.10	Unterschiedliche Schwerpunkte an Hochschulen	44
3.15.11	Sorge vor Abwerbung durch Krankenhäuser	44
3.16	Ratschläge / Empfehlungen / Optimierungsmöglichkeiten (PA-Kategorie).....	45
3.16.1	Mentoring / Einarbeitung.....	45
3.16.2	Aufklärung leisten.....	45
3.16.3	Tätigkeitsbereich / SOPs definieren	45
3.16.4	Eigeninitiative zeigen	46
4	Diskussion.....	47
5	Stärken und Limitationen	51
6	Tabellenverzeichnis.....	52
7	Abbildungsverzeichnis	52
8	Literaturverzeichnis	53
9	Anhang	55
9.1	Leitfadenfragen Ärztinnen und Ärzte	55
9.2	Leitfadenfragen Physician Assistants.....	56
9.3	Einwilligungs- und Datenschutzerklärung	57

1 Hintergrund

Seit knapp 20 Jahren existiert in Deutschland der Studiengang Physician Assistance, was sich mit „Arztassistent“ übersetzen lässt und die Funktion implizit deutlich macht [1]. In der ambulanten Gesundheitsversorgung ist dieses Berufsbild bislang jedoch kaum anzutreffen [2, 3]. Ursachen werden u.a. in Unsicherheiten bei den Vergütungs- und Abrechnungsvoraussetzungen von Physician Assistants (PA) gesehen [3]. Eine Chance liegt laut Bundesärztekammer BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung KBV in der Übertragung ärztlich delegierbarer Tätigkeiten an PA zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte [4]. Die Notwendigkeit einer ärztlichen Entlastung resultiert u. a. aus einer steigenden Anzahl von Behandlungsfällen durch mehr ältere, chronische oder multimorbide Patientinnen und Patienten, bei gleichzeitiger Verringerung verfügbarer ärztlicher Kräfte, zum Beispiel durch Renteneintritt, Wunsch nach Teilzeit etc. [5, 6]. Gleichzeitig wächst die Zahl unbesetzter Arztsitze. Hiervon gab es am 31. Dezember 2022 bundesweit 5.760, 84 % davon in der hausärztlichen Versorgung [7]. Die Unterstützung durch nichtärztliche Gesundheitsfachberufe – neben den PA kommen noch weitere in Frage wie beispielsweise VERAH, NÄPA, APN oder CHN^[1] – wird als ein Baustein zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Deutschland diskutiert [8, 9, 10, 11]. Fehlt allerdings die Anbindung an die Arztpraxis, wie dies bei CHN der Fall sein könnte, schwindet die Akzeptanz für eine solche Tätigkeitsverlagerung [11].

In der hierzu vorliegenden Literatur wurden einige positive Ergebnisse zum Einsatz von PA in der medizinischen Versorgung berichtet. An dieser Stelle kann aus Platzgründen exemplarisch dazu nur kurz auf drei Studien eingegangen werden. Alle drei stammen aus dem Bereich der chirurgischen Versorgung. Nach einer kanadischen Arbeit, in der insgesamt 11.651 Arzt-Patienten-Kontakte untersucht wurden, waren PA in 53,5 % davon miteinbezogen und in etwa 95 % bis 96 % der Fälle in die multidisziplinären Teamtreffen oder die Patientenversorgung integriert [12]. In einer Studie aus den Vereinigten Staaten wurden Hinweise darauf gefunden, dass der Einsatz von PA bei der chirurgischen Versorgung zu einem deutlichen Rückgang von extrakorporalen Bypässen beitrug und tendenziell eine geringere Komplikationsrate zur Folge hatte [13]. Zudem konnte in einer weiteren US-amerikanischen Studie gezeigt werden, dass sich durch den PA-Einsatz auch die Zahl der Wiedereinweisungen und die Behandlungsdauer reduzieren ließen [14]. In einem Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie wurde die Schlussfolgerung gezogen, „dass mit einem PA-System eine hochwertige medizinische Behandlungsqualität nicht nur stabilisiert, sondern potenziell sogar verbessert werden kann“ [15].

Beim Einsatz von PA in der ambulanten Versorgung mangelt es bislang an grundlegenden Erfahrungen [3, 16]. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe KVWL hat im Jahr 2023 deshalb ein Modellprojekt gestartet, um den Einsatz und die Tätigkeiten von PA in vertragsärztlichen Praxen zu evaluieren [17]. Die Auswertung der Projektergebnisse erfolgt durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Ein zentrales Ziel des zweijährigen Projektes ist es, die unterschiedliche Motivation und die Erwartungen im Zusammenhang mit der PA-Rolle in einer Vertragsarztpraxis zu beschreiben. Es soll geklärt werden, wie sich die neue Funktion in die Praxis integriert, welche Tätigkeitsbereiche übernommen werden und wie sich die Einstellung auf die Zufriedenheit der Praxismitglieder auswirkt. Darüber hinaus sollen in den Tätigkeiten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu anderen beteiligten Akteuren identifiziert werden.

^[1] VERAH = Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis; NÄPA = Nichtärztliche Praxisassistentin; ANP = Advanced Nurse Practitioner (auch Advanced Practice Nurse, APN); CHN = Community Health Nurse

2 Methodik

Basis der Evaluation von Physician Assistants in vertragsärztlichen Praxen der KVWL ist eine ausführliche Befragung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie der Physician Assistants. Das explorative, qualitative Forschungsdesign wurde gewählt, um die subjektiven Sichtweisen und das Alltagswissen zur Rolle von PA in der ambulanten Versorgung zu untersuchen [18]. Die mündliche Interviewsituation erzeugt gegenüber einer schriftlichen Befragung außerdem ausführlichere und tiefgründigere Informationen und gibt den Beteiligten die Möglichkeit Rückfragen zu stellen [19].

Im Mai und im August 2023 wurden insgesamt 18 teilstrukturierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Der teilstrukturierte Leitfaden systematisiert den Interviewablauf, erlaubt jedoch in Abhängigkeit von der Interviewsituation Anpassungen wie z. B. Rückfragen, Überspringen etc. [19, 20]. 16 Interviews wurden telefonisch durchgeführt und zwei, als Bedingung für das Stattfinden des Interviews, persönlich in der Praxis. Die telefonische Interviewmethode wurde den persönlichen Interviews aus forschungsökonomischen Gründen vorgezogen. Dies hatte sowohl für die Interviewten als auch für die Interviewenden den Vorteil einer größtmöglichen Flexibilität bei der Wahl des Interviewzeitpunktes sowie einer ortsunabhängigen Interviewdurchführung [19]. Die Interviewten nahmen am Interview entweder in der Praxis in einem separaten Raum oder im eigenen Zuhause teil.

Jeweils neun Interviews wurden mit den PA und neun mit den einstellenden Ärztinnen und Ärzten geführt. Die Gruppe der Physician Assistants wurde primär vom Erstautor interviewt und die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte primär durch den Co-Autor. Diese Aufteilung wurde vorgenommen, um durch ein ähnliches Alter und einen vergleichbaren Status (Fachbereichsleitung / Praxisleitung bzw. angestellter wissenschaftlicher Mitarbeiter / angestellte PA) eine möglichst geringe Distanz zwischen Interviewenden und Interviewten zu erzielen [19]. In jeweils einem Fall wurde ein Interview der anderen Gruppe ersatzweise übernommen. Alle Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden gezielt von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe für das zu evaluierende Modellprojekt und damit gleichermaßen für die Interviews ausgewählt. Aufgrund desselben beruflichen Hintergrunds und des ambulant-ärztlichen Einsatzortes handelt es sich um eine gezielte, homogene Stichprobe („purposive homogenous sample“) [21]. Zu den Auswahlkriterien zählte die Teilnahme am Bewerbungsverfahren zum Modellprojekt unter Angabe des potenziellen Einsatzgebietes der PA in der Praxis, das primär nicht administrativ sein sollte, sowie eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage für die Beschäftigung der PA in der Praxis.

Von der Analyse ausgeschlossen wurden zwei Interviews derselben Praxis. Zu einem fehlte, trotz vorab erteilter mündlicher Einwilligung, das schriftliche Einverständnis zur Verwendung des Interviews. Bei dem anderen konnte eine handschriftliche Beantwortung der Interviewfragen aufgrund ungenügender Qualität nicht in die Auswertung einfließen. Gründe für den Widerruf der mündlichen Einwilligung und die Verweigerung des telefonischen Interviews in Gänze wurden auch auf mehrmaliges Nachfragen nicht genannt.

Die Durchführung der Interviews und Erstellung des Ergebnisberichts erfolgte gemäß den COREQ¹-Kriterien für qualitative Forschung [22].

2.1 Leitfaden

Für beide Interviewgruppen wurden Leitfadenfragen anhand der Zielsetzungen im Evaluationsprojekt entwickelt und innerhalb des Projektteams abgestimmt. Der Leitfaden für die Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten umfasste 11 Fragen und der für die Interviews mit den PA 12 Fragen. Die PA wurden zusätzlich nach Wechselgründen aus dem stationären in den ambulanten Versorgungsbereich gefragt, sofern sie zuvor klinisch tätig waren. Vereinzelt wurden während des Interviews Zusatzfragen ergänzt, z. B. zur Versorgung von DMP-Patientinnen und -Patienten. Bei der Konzeption der Fragen

¹ Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

wurde darauf geachtet, offene Fragen zu stellen, um Gesprächsanreize zu setzen [20]. Eine sensitive, „heikle“ Frage wurde gezielt erst gegen Ende des Interviews gestellt [19]. Eine Pilotierung der Leitfäden erfolgte nicht, da die Zugangsmöglichkeiten zu geeigneten Interviewpersonen auf das Evaluationsprojekt beschränkt waren und eine doppelte Befragung im Sinne eines Pretests und offiziellem Interview nicht zielführend erschien. Die Leitfäden wurden gemeinsam mit der Einladung zum Interview und der Einverständniserklärung übermittelt. Eine Vorabmitteilung der Leitfadenfragen kann sich vertrauensbildend auswirken und gibt Zeit zur Vorbereitung [23]. Biografische und demografische Angaben wurden zu Beginn der Interviews erhoben und werden zusammenfassend im folgenden Kapitel 3 vorgestellt. Die Leitfadenfragen sind im Anhang dargestellt (Anhang 9.1 und 9.2).

2.2 Transkription und Analyse

Die Interviews wurden vollständig als Audioaufnahme aufgezeichnet und in Anlehnung an die inhaltlich-semantiche Transkription nach Dresing und Pehl (2018) durch den Erst- und Zweitautor transkribiert [24]. Die verfassten Transkripte wurden den Teilnehmenden mit der Option zur Kommentierung / Korrektur wiedervorgelegt. Änderungshinweise wurden hierbei nicht angegeben.

Die Auswertung der Transkripte erfolgte anhand der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädicker (2022), sie wurde deduktiv-induktiv, d. h. anhand des strukturierenden Interviewleitfadens und während der Befassung mit dem Textmaterial, durchgeführt [25]. Dem Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse wurde dabei iterativ gefolgt (Abb. 1). Da bereits bei Anfertigung der Transkripte eine intensive Auseinandersetzung mit dem Material stattfand, wurde der erste Schritt (Memos, Fallzusammenfassungen) nur ansatzweise befolgt. Die Entwicklung des Kategoriensystems mit den zugehörigen Haupt- und Subkategorien erfolgte vorwiegend durch den Erstautor, strittige Kodierungen bzw. Unsicherheiten wurden konsensorientiert mit dem Co-Autor gelöst. Zur Analyse wurde die Software MAXQDA (VERBI GmbH, Berlin) in der Version 22.7.0 eingesetzt.

Die zusammengefassten Auswertungsergebnisse wurden den Interviewteilnehmenden zur Kommentierung ebenfalls übermittelt und keine Beanstandungen zurückgespielt.

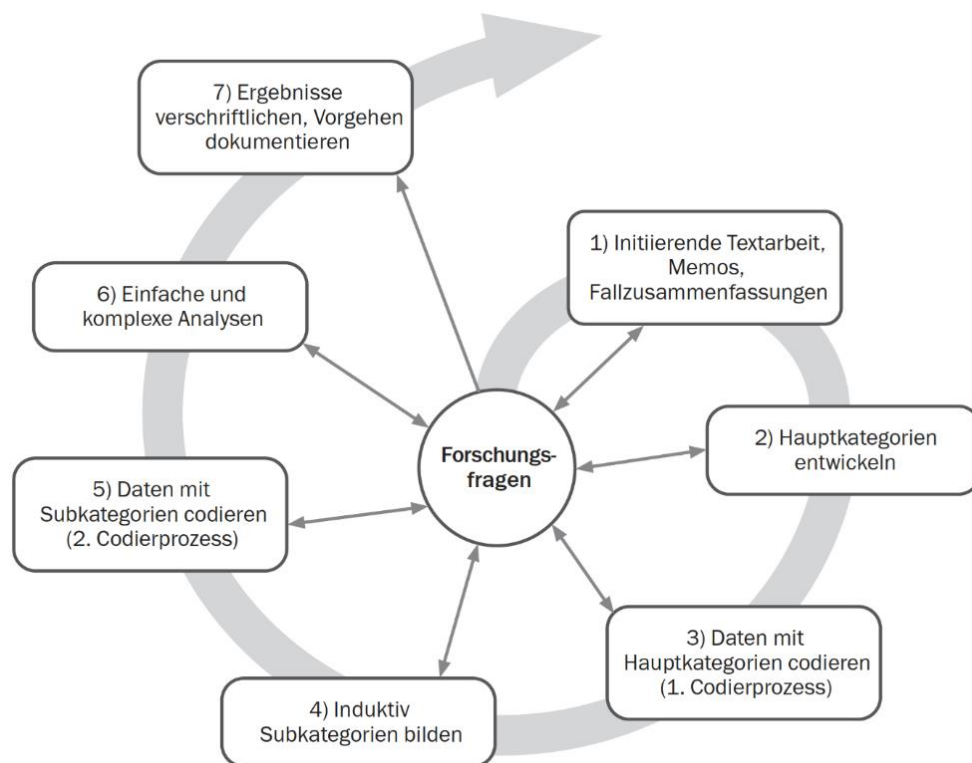


Abbildung 1 – Die 7 Phasen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädicker (2022) [25:132]

3 Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse von neun Physician Assistant-(PA) Interviews sowie neun Interviews mit den Praxisinhaberinnen und -inhabern aus dem Jahr 2023 vorgestellt. Die Interviews mit den PA dauerten im Mittel 20 Minuten (13–24 Minuten) und die mit den Ärztinnen und Ärzten 16 Minuten (9–25 Minuten).

Von den interviewten Praxen verorteten sich sieben im ländlichen und zwei im städtischen Raum. Alle Praxen abgesehen von einer beschrieben ihren Versorgungsbereich als hausärztlich. Das mittlere Alter der interviewten PA lag bei 27 Jahren (Spanne 22–39 Jahre), dasjenige der Ärztinnen und Ärzte lag bei 48 Jahren (39–62 Jahre). Alle interviewten PA waren Frauen², unter den interviewten Ärzten und Ärztinnen waren sieben Männer und zwei Frauen. Als Zeitdauer ihrer beruflichen Tätigkeit gaben die PA im Mittel 6 Jahre an (0–16 Jahre), die Ärztinnen und Ärzte 21 Jahre (12–34 Jahre). Letztere nannten eine durchschnittliche Zeit von 12 Jahren (2–20 Jahre) für die berufliche Tätigkeit in ihrer Praxis. Sechs von neun PA weisen einen beruflichen Hintergrund als Medizinische Fachangestellte (MFA) auf. Die Arbeit als PA wurde von sieben Personen im Laufe des Jahres 2023 aufgenommen, zwei Interviewteilnehmerinnen arbeiteten bereits seit 2022 bzw. 2021 als PA in der Praxis. Eine PA hat die Praxis in der Probezeit verlassen.

Anhand des Materials der PA-Interviews wurden induktiv 13 Hauptkategorien sowie zugehörige Subkategorien entwickelt. Die Auswertung der Ärzte- bzw. Ärztinnen-Interviews mündete in 10 Hauptkategorien, die ebenso mehrere Subkategorien aufweisen und induktiv entwickelt wurden. Die Codesysteme wurden in der Reihenfolge mit den PA-Interviews beginnend und Ärzte-/ Ärztinnen-Interviews folgend entwickelt. Obwohl beide Codesysteme separat entwickelt wurden, führten gleich bzw. ähnlich gestellte Fragen zu verwandten Hauptkategorien und werden folglich Interviewgruppen übergreifend präsentiert. Dies betrifft sieben Hauptkategorien, die mit dem Zusatz „PA + Ä.-Kategorie“ versehen sind. Alle anderen Hauptkategorien entstammen einer einzelnen Interviewgruppe. Die Haupt- und Subkategorien werden in Form kompakter Übersichtstabellen am Anfang jeder Hauptkategorie dargestellt.

² Wird nicht im Plural von „PA“ geschrieben, wird im Singular oftmals die weibliche Anrede genutzt.

3.1 Entscheidungsgründe für das PA-Studium (PA-Kategorie)

In dieser Hauptkategorie führen die Interviewpartnerinnen Gründe an, weshalb sie sich für das Studium Physician Assistant entschieden haben. Es wurden insgesamt sieben Subkategorien identifiziert, die bei der Entscheidung eine Rolle gespielt haben. Zwei Subkategorien werden aufgrund ihrer Kürze mit anderen Subkategorien gemeinsam vorgestellt.

Tabelle 1 – Entscheidungsgründe für das PA-Studium

3.1 Entscheidungsgründe für das PA-Studium
3.1.1 Medizinisches Interesse
3.1.1.1 PA-Studium ≠ Medizinstudium
3.1.2 Weiterbildungsmöglichkeit / Aufstiegschance
3.1.3 Patientennahe Tätigkeit
3.1.4 Mehr Eigenverantwortlichkeit
3.1.5 Kenntnis über das Studium
3.1.6 Familienfreundlichkeit
3.1.7 Finanzieller Aspekt

3.1.1 Medizinisches Interesse (inkl.: PA-Studium ≠ Medizinstudium)

Ausnahmslos alle Befragten haben geantwortet, dass sie das Studium begonnen hätten, weil sie ein ausgeprägtes Interesse an Medizin haben und ihr (tlw.) aus vorheriger Ausbildung erlerntes medizinisches Fachwissen vertiefen wollten. Gleichzeitig wurde betont, dass das PA-Studium im Vergleich zum Medizinstudium insbesondere aufgrund der kürzeren Studiendauer und den niedrigeren Zulassungsvoraussetzungen attraktiv sei.

„Und vorher wusste ich auch noch gar nichts von dem Beruf und hab mich dann entschieden, dass das vielleicht sogar noch besser zu mir und meinen Plänen passt, eben Physician Assistant zu studieren, anstatt Medizin, was ja auch zeitlich doch ein anderer Aufwand ist.“ (PA14: 5)

3.1.2 Weiterbildungsmöglichkeit / Aufstiegschance

Ebenfalls wurde häufiger als Grund genannt, dass in dem PA-Studium eine Chance zur Weiterbildung und Aufstiegsmöglichkeit gesehen werde. Es bestand vielfach der Wunsch nach abgeschlossener MFA-Ausbildung weiter zu lernen. Die reine MFA-Tätigkeit sei für einige, mit Blick auf die Erbringung der Tätigkeit über mehrere Jahre, nicht in ausreichendem Maße erfüllend. Zudem gäbe es keine vergleichbaren Weiterentwicklungsmöglichkeiten für MFA, die sich auf die medizinisch-fachliche Fortbildung bzw. Fortbildung in der direkten Patientenbetreuung bezögen.

3.1.3 Patientennahe Tätigkeit & mehr Eigenverantwortlichkeit

Der Reiz des Studiums liege in der zukünftigen Ausübung patientennaher Tätigkeiten und einer größeren Eigenverantwortung, als dies vorher möglich gewesen sei.

„Ich habe zu Beginn die VERAH gemacht, den Versorgungsassistenten und den Wundmanager, was mir aber noch nicht eigenständig genug war. Ich wollte gerne näher in die Patientenbetreuung und weg von dem Administrativen. [...] Und gerade das eigenverantwortliche Arbeiten und primär nur in der Patientenbetreuung hat mir besonders viel Spaß gemacht oder war besonders interessant für mich.“ (PA11: 4)

3.1.4 Kenntnis über das Studium

Als ein einfacher Aspekt wird die grundsätzliche Kenntnis über das Studium erwähnt. Durch eigene Recherchen, Vorträge in der Schule, Teilnahme an Infoabenden oder durch Hinweise von Bekannten seien die Interviewten auf den Studiengang aufmerksam geworden und hätten daraufhin ihr Interesse entwickelt.

3.1.5 Familienfreundlichkeit & finanzieller Aspekt

Zuletzt wurde in Einzelnennungen angesprochen, dass die Aussicht auf familienfreundlichere Arbeitsbedingungen sowie die finanziellen Anreize die Entscheidung zum Studium mitbeeinflusst hätten.

3.2 Entscheidungsgründe für die Vertragsarztpraxis (PA-Kategorie)

In der Hauptkategorie „Entscheidungsgrund für die Vertragsarztpraxis“ ist zusammengefasst, weshalb sich die PA für die Arbeit in der ambulanten Versorgung entschieden haben. Diese Kategorie enthält insgesamt sechs Subkategorien, wobei die letzten beiden Subkategorien übersichtlicher im Text zusammengefasst wurden.

Tabelle 2 – Entscheidungsgründe für die Vertragsarztpraxis

3.2 Entscheidungsgründe für die Vertragsarztpraxis
3.2.1 Bessere Arbeitsbedingungen
3.2.2 Bekanntheit des Berufsbildes erhöhen/ Etablierung
3.2.3 Mehr medizinisch agieren
3.2.4 Verfügbarkeit von Ansprechpersonen
3.2.5 Familiäres Arbeitsverhältnis
3.2.6 Allgemeines Interesse am ambulanten Bereich

3.2.1 Bessere Arbeitsbedingungen

Einige PA hätten die Vertragsarztpraxis als Arbeitsstätte gewählt, weil sie dort geregelte Arbeitszeiten vorfinden und keine Wochenend- oder Feiertagsdienste absolvieren müssten (bessere Arbeitsbedingungen). Zudem hätten die gehaltlichen Konditionen im Krankenhaus nicht den eigenen Vorstellungen entsprochen. Die Praxis sei überdies strukturierter und stressärmer.

3.2.2 Berufsbild stärker etablieren

Weiterhin werde das Ziel geäußert, mit der Teilnahme am Modellprojekt bzw. der Anstellung im ambulanten Bereich den Berufszweig zu stärken und sichtbarer zu machen. Dies werde auch verbunden mit der Hoffnung, dass sich der Beruf im gesamten Gesundheitssystem (stationär und ambulant) etabliere.

„und ich glaube halt auch, dass dieses Berufsbild ja auch in dem ambulanten Bereich irgendwie vorangebracht werden muss, sag ich mal. Weil es ja doch immer eher so ein bisschen klinisch aufgelegt ist, das Berufsbild.“
(PA03: 17)

3.2.3 Mehr medizinisch agieren

Es wird beschrieben, dass für einige Personen das Anwenden medizinischen Wissens in der ambulanten Versorgung aufgrund der Vielfalt der Krankheitsbilder interessant sei und dazu beigetragen habe, dort tätig werden zu wollen.

„Mir ist so ein bisschen aufgefallen, dass das in einer Praxis teilweise mir so vorkommt, als wäre das nochmal mehr Medizin, als jetzt zum Beispiel, wenn ich mir vorstelle, ich wäre in einer Unfallchirurgie im OP ganz viel tätig, weil man da doch eben sehr viel nur Haken hält und das ist ja dann doch nicht so medizinisch fordernd für einen. Und hier gibt's eben ganz viele Krankheitsbilder, wo man einen ganzheitlichen Blick haben muss, was hat der Patient, wohin muss ich ihn verweisen, ist der akut krank, muss er ins Krankenhaus, kann man warten. Und es hat mir nochmal einen ganz anderen Blickwinkel gegeben.“ (PA14: 60)

3.2.4 Verfügbarkeit von Ansprechpersonen

Die Verfügbarkeit von Ansprechpersonen sei im Krankenhaus nicht immer gegeben und würde in der Vertragsarztpraxis prinzipiell besser funktionieren. Dies habe einige PA ebenfalls dazu bewogen, die Vertragsarztpraxis der Klinik vorzuziehen.

„Also wie man weiß, natürlich haben wir überall Personalmangel, aber da war es schon extrem. Also häufig waren halt keine Assistenzärzte da und dann ja, stand man quasi alleine dann da. Und das war so ein großer Punkt, der mich da dann halt gestört hat.“ (PA09: 49)

3.2.5 Familiäres Arbeitsverhältnis & Interesse am ambulanten Bereich allgemein

Das familiäre Arbeitsklima in einer Arztpraxis scheint ebenfalls für einige Interviewpartnerinnen ansprechend gewesen zu sein. Zudem werde ein allgemeines Interesse am ambulanten Bereich geäußert.

„Also, was ich wirklich schätze an der Hausarztpraxis: man hat dieses Wir-Gefühl, man kennt sich.“ (PA11: 8)

3.3 Erwartungen an die eigene Entwicklung (PA-Kategorie)

An die Entscheidung für das Studium und die Vertragsarztpraxis knüpfen sich Erwartungen an die persönliche Entwicklung in diesem Feld. In der Hauptkategorie „Erwartungen an die eigene Entwicklung“ werden diesbezügliche Vorstellungen und Wünsche abgebildet. Dieser Kategorie wurden drei Subkategorien zugeordnet.

Tabelle 3 – Erwartungen an die eigene Entwicklung

3.3 Erwartungen an die eigene Entwicklung

3.3.1 Zunehmend selbständiger Arbeiten

3.3.2 Fachwissen und Erfahrung ausbauen

3.3.1 Zunehmend selbständiger Arbeiten

Die Interviewpartnerinnen beschreiben die Erwartung, dass mit fortgeschrittener Dauer (insb. nach der Einarbeitungsphase) zunehmend selbständig mit den Patientinnen und Patienten gearbeitet werden könne. Perspektivisch zeichne sich dann auch eine Verringerung in der Unterstützungshäufigkeit bzw. Hilfe durch die Ärztinnen und Ärzte ab.

„Ich glaube aber tatsächlich, später, wenn ich eingearbeitet bin, dass [ich] alles auch alleine machen kann. Das ich den Arzt oder die Ärztin auch einfach viel seltener dazu hole, weil ich dann einfach schon diese Routine habe. Ich habe dann schon die Erfahrung und ich kann das schon selber abschätzen, ist das jetzt was für den Arzt oder kann ich das auch selber regeln.“ (PA12: 61)

3.3.2 Fachwissen und Erfahrung ausbauen

Ein mehrfach geäußertes Anliegen sei das fortwährende Erlernen neuer Krankheitsbilder (Wissen erweitern). Einerseits um die Versorgung auch dieser Patientinnen und Patienten übernehmen zu können und andererseits, um einer Eintönigkeit („Langeweile“ PA11: 32) vorzubeugen. Obendrein führe eine steigende Berufserfahrung schlussendlich zu mehr Sicherheit bei der Ausübung der Tätigkeiten.

3.4 Einstellungsgrund und Erwartungen an die Anstellung (Ä.-Kategorie)

Die Ärztinnen und Ärzte wurden gefragt, weshalb sie sich für die Einstellung einer PA entschieden haben und welche Erwartung sie mit der Anstellung verbanden. Da beide Fragen ähnliche Antwortmuster aufwiesen, wurden sie in einer Hauptkategorie zusammengefasst. Es wurden insgesamt acht Subkategorien gebildet.

Tabelle 4 – Einstellungsgrund und Erwartungen an die Anstellung

3.4 Einstellungsgrund und Erwartungen an die Anstellung
3.4.1 Entlastung / Delegationsmöglichkeit
3.4.2 Milderung des Mangels an ärztlichen Kräften
3.4.3 Zeit für komplexere Fälle / den ärztlichen Alltag
3.4.4 Verbesserung der Versorgungssituation
3.4.5 Patientenaufkommen gerecht werden / erhöhen
3.4.6 Keine Erwartungen an die Anstellung
3.4.7 Weiterbildungsangebot machen
3.4.8 Erhöhung ärztlicher Produktivität

3.4.1 Entlastung / Delegationsmöglichkeit

Für die Ärztinnen und Ärzte bedeute die Anstellung einer PA primär die Entlastung der eigenen Person bzw. der ärztlichen Kräfte durch die Möglichkeit zur Delegation. Allerdings auch die Entlastung für die MFA (z.B. als weitere Ansprechperson). Die Delegation habe oftmals bereits vor der PA eine große Bedeutung im Praxisalltag gehabt, sodass dieses neue Berufsbild eine Ausweitung der bestehenden Verhältnisse darstelle. Zudem werde auf die Vielzahl delegierbarer Tätigkeiten und einfacherer Konsultationsanlässe im Alltag hingewiesen, die eben nicht zwingend durch den Arzt/die Ärztin erfolgen müssen.

„[...] schlussendlich auch die ärztliche Belastung so weit runterzufahren, dass man sagen kann, dass dieser Job wieder ein vernünftiger Job ist. Denn man muss ganz ehrlich sagen, wir sprechen aktuell so von ja 60 bis 70 Stunden in der Woche und auf Dauer ist das nicht mehr zu machen, für alle Beteiligten. Und von daher einfach eine zusätzliche Entlastung auch für das gesamte Team. So sehe ich sie.“ (M05: 10)

3.4.2 Milderung des Mangels an ärztlichen Kräften

Vielfach gehöre der sich abzeichnende Mangel an ärztlichen Kräften, der ländliche Bereich wurde vereinzelt nochmal besonders betont, zu den Auslösern, die Einstellung einer PA zu forcieren. Sowohl die Suche nach Ärztinnen und Ärzten im partnerschaftlichen Bereich als auch die Unterstützung mit Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten gestaltete sich zunehmend schwierig. Die PA biete das Potenzial, im Rahmen ihrer delegierten Aufgaben, diesen Notstand auszugleichen.

„Ja, aufgrund des Ärztemangels. Also wir kriegen ja auch anderweitig keine weiteren, zumindest war das damals so, keine Weiterbildungsassistenten, keine Assistenzärzte, keine angestellten Fachärzte. Nicht zu kriegen. Keine Bewerbung kam irgendwann. Dieses Angebot / dieses Projekt / im KV-Telegramm wurde das vorgestellt. Und ja, dann haben wir gesagt, wenn wir jetzt auf ärztlicher Ebene niemanden kriegen, kann man sich ja mal öffnen und andere Sachen ausprobieren.“ (M07: 4)

3.4.3 Zeit für komplexere Fälle / den ärztlichen Alltag

Ein weiteres Ziel, das mit der Einstellung einer PA verbunden gewesen sei, ist mehr Zeit für komplexere Patientinnen und Patienten sowie für die alltäglichen Aufgaben eines Praxisinhabers/einer Praxisinhaberin zu haben. Dieser Aspekt wurde in einigen Interviews explizit genannt, weshalb diese Subkategorie parallel zur Subkategorie Entlastung gebildet wurde.

3.4.4 Verbesserung der Versorgungssituation

Einige Ärztinnen und Ärzte erwarten zudem, mit der PA eine Verbesserung der Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten zu erreichen und mögliche Versorgungslücken zu schließen. Wie das speziell aussehen könnte, wurde in zwei Interviews zu einem späteren Zeitpunkt, abseits der Erwartungen und Gründe für die Einstellung beschrieben. Zum einen könne die zusätzliche Kraft Untersuchungen ausgiebiger durchführen, die aufgrund der schieren Patientenmasse zuvor ggf. nur in reduzierter Form durchführbar waren. Zum anderen gäbe es PA, die sich dermaßen auf die Erbringung bestimmter Leistungen spezialisiert hätten, dass sie diese in einer Qualität erbringen können, die von einigen Ärztinnen und Ärzten anerkennend geschätzt werde.

„[...] und ich mag mich jetzt ein bisschen aus dem Fenster lehnen, aber ich glaube, es gibt PA die besser einen Ultraschall und eine Echokardiographie machen können als ich. [...] Und ein Kollege hat zum Beispiel ein paar PA angestellt und die eine macht nur Echokardiographien, die macht nur Echokardiographien. Die kann das besser, besser als ich und als ich es jemals lernen kann überhaupt. Weil ich überhaupt gar nicht die Zeit dafür habe.“
(M05: 20)

3.4.5 Patientenaufkommen gerecht werden / erhöhen

Die hohe Anzahl zu versorgender Patientinnen und Patienten, aktuell und aufgrund des demographischen Wandels in naher Zukunft, führte in einigen Praxen ebenfalls dazu, das Team um eine PA verstärken zu wollen. In gewissem Gegensatz dazu wurde jedoch auch die Erhöhung der zu versorgenden Patientenzahl als Zielvorstellung formuliert.

3.4.6 Keine Erwartungen an die Anstellung

In den Interviews wurde allerdings auch erwähnt, dass einige Ärztinnen und Ärzte zwar Gründe für die Anstellung hatten, allerdings nicht verbunden mit spezifischen Erwartungen. Es wird beschrieben, dass der Einsatz einer PA ausprobiert werde und es sich irgendwann zeige, ob sich dieses Konzept bewähre oder nicht. Im Besonderen waren die Erwartungen bei praxisferner Vorausbildung niedrig.

3.4.7 Weiterbildungsangebot machen

Für einige Ärztinnen und Ärzte war die Einstellung der PA damit verbunden, die Möglichkeit für ein weiteres Fortbildungsangebot im Portfolio zu schaffen. Dies bot zum einen die Chance eine vormals externe Fachkraft für die eigene Praxis zu gewinnen, aber auch um einer bereits bestehenden MFA die Möglichkeit für diese Qualifikation zu geben.

3.4.8 Erhöhung ärztlicher Produktivität

Letztlich wurde mit der Einstellung der PA auch die Erwartung geäußert, die Produktivität auf ärztlicher Seite zu erhöhen.

3.5 Tätigkeitsfelder der PA (aktuell, vorstellbar & [Ausschluss])

(PA + Ä.-Kategorie)

In dieser Hauptkategorie werden aktuell übernommene und perspektivisch vorstellbare Tätigkeitsfelder der PA in der Arztpraxis vorgestellt. Die Beantwortung der zugehörigen Frage erfolgte gleichermaßen durch PA und Ärztinnen und Ärzte, weshalb diese Kategorie interviewübergreifend³ präsentiert wird. In einigen Ärztinnen- und Ärzte-Interviews wurden explizit ausgeschlossene Tätigkeitsfelder genannt, die in einer ergänzenden Subkategorie mündete.

Grundsätzlich sind die Tätigkeitsprofile der PA aufgrund von Vorausbildungen, Erfahrungen und den spezifischen Bedarfen in der Praxis sehr individuell geprägt. Aufgaben, die sich eine PA für die Zukunft vorstellen kann, gehören bei einer anderen ggf. schon zum Alltag. Außerdem sind einige erwähnte spezifische Tätigkeiten nicht klar abgrenzbar von allgemein formulierten Tätigkeiten (Bsp.: „Allgemeine Patientenversorgung“ vs. „Wundversorgung“). Die spezifisch formulierten Aufgaben bieten allerdings die Chance, den Blick auf potenzielle Einsatzmöglichkeiten zu schärfen und wurden aus diesem Grund möglichst gesondert präsentiert. Eine allgemein gehaltene Subkategorie diente vorrangig als „Sammelkategorie“ für eine unspezifisch formulierte Patientenversorgung. Es wurden insgesamt 12 Subkategorien aus den PA-Interviews zusammengetragen, die überwiegend auch von den Ärztinnen und Ärzten genannt wurden. Die 3 letzten Subkategorien bildeten sich ergänzend aus den ärztlichen Interviews.

Tabelle 5 – Tätigkeitsfelder der PA (aktuell und vorstellbar & [Ausschluss])

3.5 Tätigkeitsfelder der PA (aktuell und vorstellbar & [Ausschluss])
3.5.1 Allgemeine Patientenvorbereitung / -versorgung / -nachbereitung (Diagnostik / Behandlung)
3.5.2 Betreuung von Akut- oder Infektpatienten / Sprechstunde
3.5.3 Anamnese
3.5.4 Labor (Blutentnahmen / Beauftragung / Beurteilung)
3.5.5 Dokumentation / Organisation / Besetzung
3.5.6 Wundversorgung
3.5.7 Sonographie oder EKG
3.5.8 Hausbesuche
3.5.9 Gesundheitsvorsorge / Check-Ups
3.5.10 Injektionen / Impfungen / Desensibilisierungen
3.5.11 Studienbetreuung
3.5.12 DMP-Versorgung
3.5.13 OP-Assistenz
3.5.14 Palliativversorgung
3.5.15 - Ausschluss - Tätigkeitsfeld

³ D.h.: Die Ergebnisse sind eine Zusammenfassung aus Ärztinnen-/Arzt- sowie PA-Interviews. Bei einigen nachfolgenden Kategorien wird ähnlich verfahren.

3.5.1 Allgemeine Patientenvorbereitung / -versorgung / -nachbereitung (Diagnostik / Behandlung)

Von einigen PA sowie den Ärztinnen und Ärzten wird die Patientenversorgung universell beschrieben. Dabei gehen sie darauf ein, dass die PA klinische Untersuchungen (Diagnostik) übernehmen oder sich erste Gedanken über Therapiekonzepte machen. Ihre Aufgabe bestünde entweder in der Vorbereitung der Patientinnen und Patienten für die Weiterbehandlung durch den Arzt/die Ärztin oder die Patientenversorgung werde (fast) vollständig alleine übernommen.

„Ich habe auch schon einige Patienten, die ich selbst betreue. Mit einfachen Fällen, also Erkältungen und sowas. Das mache ich immer erstmal alleine und sehe die Patienten alleine und bespreche das dann mit XXX.“ (PA10: 32)

„Oder halt auch zum Beispiel Verlaufskontrollen nach OPs. Dass man das mit dem Arzt zusammen bespricht. Und, dass die Patienten dann aber zum Fäden ziehen oder was dann nach OPs noch so ansteht, zu mir kommen, statt zu dem Arzt quasi.“ (PA03: 25)

„Letztlich haben wir / macht sie ein Untersuchungszimmer komplett alleine [...]“ (M19: 20)

3.5.2 Betreuung von Akut- / Infektpatienten / Sprechstunde

In den Interviews wurde berichtet, dass die PA eigene Sprechstunden durchführen oder dies in Planung sei. Dabei handele es sich um spezielle Wundsprechstunden, DMP- oder Diabetes Sprechstunden oder die Infekt- bzw. Akutsprechstunde. Somit falle die Versorgung vermeintlich leichterer Behandlungsfälle und wiederkehrende Patientinnen und Patienten in den Zuständigkeitsbereich einer PA. Zudem wurde erwähnt, dass auch die Durchführung von Videosprechstunden überlegt werde, mit dem Ziel, dass die PA eine Vorfilterung („Triage“) dringend / weniger dringend ärztlich zu versorgender Patientinnen und Patienten übernehme.

„Ab dem späten Vormittag gibt es dann bei uns Infekt-Sprechstunde, die ist auch abgekoppelt von dem restlichen Trubel in der Praxis. Genau, die führe ich eigentlich auch recht selbstständig durch. Also von Anamnese, körperlicher Untersuchung, Diagnosestellung, Therapie in Anführungszeichen, das lasse ich dann natürlich immer noch von dem Arzt absegnen, also einmal die Rezepte, die AU und so weiter unterschreiben, aber ich bereite das eigentlich komplett eigenständig vor. Und führe das auch eigenständig durch. Genau, und bei Fragen kommt dann halt nochmal jemand dazu und schaut sich den Patienten an, aber sonst geht der Patient auch ohne einen Arzt gesehen zu haben wieder aus der Praxis“ (PA15: 49)

3.5.3 Anamnese

Eine grundlegende Tätigkeit umfasse die Durchführung von Anamnesegesprächen (Klärung des Besuchsanlasses, Erfassung von Komorbiditäten, Familien- und/oder Medikamentenanamnese etc.). Die Ergebnisse werden dann in komprimierter Form nochmal dem Arzt oder der Ärztin vorgestellt.

„[...] aber auch der vorbereitenden Gespräche mit den Patienten, Anamnese-Aufnahme, Dokumentation. Dokumentation nimmt ja einen immer größeren Platz ein und wird immer wichtiger. Und diese Dinge zu dokumentieren im Vorgespräch, also Langzeitanamnese, Familienanamnese, also all die Daten, die für uns von Bedeutung sind und die auch wichtig sind zu dokumentieren, bei neuen Patienten Erstanamnesen durchzuführen, Medikamentenanamnesen, den Impfplan durchzusprechen, zu gucken, welche Schutzimpfungen bestehen.“ (M13: 06)

3.5.4 Labor

Die PA berichten ebenfalls, dass sie Leistungen rund um das Thema Labor vollbringen oder dies für die Zukunft erwägen. Dazu zählen die Beauftragung von Blutbildern, die Beurteilung von Befunden/Laborwerten und die Absprache über diesbezügliche Therapiemöglichkeiten mit ärztlicher Seite. Teilweise gehöre auch die Blutabnahme zum alltäglichen Repertoire, insbesondere dann, wenn keine MFA verfügbar seien oder bei Hausbesuchen.

3.5.5 Dokumentation / Organisation / Besetzung

Weiterhin könne die Erledigung administrativer Tätigkeiten zum Aufgabenspektrum der PA zählen. So wurde genannt, dass Gutachten geschrieben, Versicherungsanfragen geklärt und Fax-Mitteilungen bearbeitet würden. Das Sichten von Befunden, die Dokumentation von Visiten sowie das Verfassen von Arztbriefen zähle ebenfalls dazu. Auch die Terminorganisation (potenziell „eigener“ Patientinnen und Patienten) oder die Besetzung des Empfangstresens würde während der Einarbeitung oder bei akutem Personalbedarf im MFA-Team in den Aufgabenbereich der PA fallen. Somit kann die Erfüllung originärer MFA-Aufgaben weiterhin bei den PA landen.

„Genau, es ist jetzt aktuell so, dass ich zuständig bin für die ganzen Befunde, die eingehen. Das heißt, die ganzen Krankenhausberichte von den Patienten, kardiologische Vorstellungen ecetera. Das heißt, ich sichte die Befunde, kümmere mich darum, dass die Diagnosen ordnungsgemäß auch eingetragen werden in der Patientenakte. Genau, mach nochmal eine kurze Zusammenfassung für die Kollegen, damit die direkt Bescheid wissen, wenn das nächste Mal der Patient bei denen vor der Nase sitzt. Dass sie schon mal einen guten Überblick haben. Kümmere mich dann halt auch darum, dass die Medikamentenpläne nochmal ergänzt werden oder auch kontrolliert werden, ob das alles noch PA ist. Und schau aber auch direkt danach, sind noch irgendwelche Untersuchungen geplant für die nächste Zeit und trag es dann auch quasi schon im Recall ein, so damit der Patient halt auch gut versorgt ist.“ (PA09: 73)

„Ich habe jetzt auch gerade sozusagen den Stundenplan von Frau XX hier vorliegen, der sich natürlich auch ein Stück weit anpasst, wie die Besetzung durch die anderen Mitarbeiterinnen ist. So kann ich aber auch auf die MFA-Tätigkeit von Frau XX nicht gänzlich darauf verzichten.“ (M13: 8)

3.5.6 Wundversorgung

Das Wundmanagement (Kontrolle, Dokumentation und Verbandswechsel etc.) gehöre bei einigen PA ebenfalls zum Alltag, insbesondere wenn zuvor bereits eine Weiterbildung in diesem Bereich absolviert wurde.

3.5.7 Sonographie oder EKG

Die sonographische Diagnostik zähle bei vielen PA zu den Aufgaben, die zum aktuellen Zeitpunkt eher seltener bzw. noch gemeinsam übernommen würden, die aber perspektivisch in den erweiterten Aufgabenbereich fallen könnten. Im Umgang mit diagnostischen Geräten wurde auch die Auswertung von EKG-Befunden als künftig vorstellbare Aufgabe genannt.

3.5.8 Hausbesuche

Hausbesuche zählten ebenfalls zu den Tätigkeiten, die von einer PA übernommen werden könnten. Es sei zwar bereits möglich, diese an MFA mit einer NÄPA/VERAH-Fortbildung abzugeben, dennoch werden auch einige PA hierfür abbestellt. In ärztlichen Interviews wurde noch ergänzt, dass die PA auch leitend gegenüber den VERAHs in diesem Bereich tätig werden können, um die Einsätze auch zu strukturieren.

„Also aktuell sieht ein typischer Alltag für mich so aus, dass ich meistens morgens Hausbesuche mache, zum einen auch Blutentnahmen oder reguläre Hausbesuche, wenn zum Beispiel einer angefragt wurde und die Ärzte sagen, das ist etwas, wo ich hingehen kann. Zum Beispiel zur Wund-Dokumentation, dann mache ich das. Danach bespreche ich dann die Hausbesuche, wenn nötig mit den Ärzten, und dokumentiere das.“ (PA14: 13)

3.5.9 Gesundheitsvorsorge / Check-Ups

Ebenfalls versorgen einige PA Patientinnen und Patienten, die zu Gesundheits-Check-Ups eingeladen werden. Dies erfolge als weitere niedrigschwellige Aufgabe ebenso, wie die Versorgung jener, bei denen eher selten gravierende Probleme aufträten.

3.5.10 Injektionen / Impfungen / Hyposensibilisierungen

Sofern die ärztliche Aufklärung erfolgt sei, könne auch die Durchführung von Gelenkinjektionen, Impfungen oder Hyposensibilisierungen (Desensibilisierung) von der PA übernommen werden.

3.5.11 Studienbetreuung

Nicht zuletzt wurde erwähnt, dass die Betreuung von Studienpatientinnen und -patienten in das Aufgabenspektrum einer PA falle.

3.5.12 DMP-Versorgung

Die Versorgung von DMP-Patientinnen und -Patienten wird in beiden Interviewgruppen ebenfalls zum Aufgabengebiet der PA gezählt. Dies wurde in mehreren ärztlichen Interviews auf Nachfrage bestätigt. Eine solche Versorgung werde „quasi komplett“ (M07: 16) oder „federführend“ (M17: 10) oder „primär“ (M13: 12) von der PA übernommen. Manchmal ist die Versorgung dieser speziellen Patientengruppe aber auch noch in Planung oder erfolgt nur in Ausnahmefällen.

3.5.13 OP-Assistenz

Es wurde von ärztlicher Seite auch erwähnt, dass ein Einsatzbereich der PA die Unterstützung im OP sei. Dort könne der Wundverschluss von der PA übernommen werden.

3.5.14 Palliativversorgung

Zu den vorstellbaren Aufgabenbereichen zähle auch die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten. Hierbei wären spezifische Aufgaben die Abfrage von Schmerzskaleten oder andere anamnestische Erhebungen.

3.5.15 – Ausschluss-Tätigkeitsfeld

Als abschließende Subkategorie des Hauptthemas „Tätigkeitsfelder der PA“ werden von einigen Ärztinnen und Ärzten explizit ausgeschlossene Tätigkeiten genannt. Thematisch kommt es zu Überschneidungen mit einer nachfolgenden Kategorie (1.7.1.2), die sich mit den Unterschieden zwischen Ärztinnen und Ärzten und PA beschäftigt. Die Explizitheit genannter Tätigkeiten, die nicht von der PA übernommen werden, machte die Bildung dieser Subkategorie in Ergänzung notwendig.

Zum Patientenkontext, das entsprechend der Aussagen einiger Praxisinhaberinnen und -inhabern nicht durch PA versorgt würde, zählten psychisch Erkrankte oder auch onkologische Patientinnen und Patienten. Dies habe auch mit dem Vertrauensaufbau zu diesen Patientengruppen zu tun, welches nicht durch wechselnde Behandelnde erschüttert werden dürfe. Darüber hinaus werde die Versorgung schwerkranker Patientinnen und Patienten ausgeschlossen, bspw. denjenigen mit COPD und Infektion oder ein Abhalten von Akutsprechstunden mit Personen, die möglicherweise mit Herzinfarkten kämen. Zuletzt wurde auch die Übernahme von Check-Ups, wie die Krebsvorsorge und Durchführung von Hautkrebscreenings, abgelehnt.

Interessanterweise zeigen sich an dieser Stelle Unterschiede des Einsatzes von PA in den einzelnen Praxen. Letztgenannte Tätigkeiten (Check-Ups, Akutsprechstunde) werden in einigen Praxen von den PA erfüllt, bei anderen scheinen diese Einsatzbereiche undenkbar. Grund für den wahrgenommenen Unterschied können jedoch auch Feinheiten in der Aufgabenbeschreibung sein. So gäbe es Praxen, die Infekt- und Akutsprechstunde klar trennen und letztere im Zuständigkeitsbereich von Ärztinnen und Ärzten lägen. Diese explizite Trennung bestünde in anderen Praxen zwar nicht, die PA übernehme entsprechend dort das Durchführen von Akutsprechstunden, bekäme allerdings dann „nur“ die leichteren Infektpatientinnen und -patienten zugewiesen. Ähnlich verhält es sich mit der Subkategorie „Check-Up“, die sowohl die Gesundheitsvorsorge in Form einer Krebsvorsorge als auch die Gesundheitsuntersuchung bei 18- bis 34-Jährigen bedeuten kann.

3.6 Zusammenarbeit im Praxisteam (PA + Ä.-Kategorie)

Die Hauptkategorie „Zusammenarbeit im Praxisteam“ umfasst Bereiche, in denen im Praxisalltag zusammengearbeitet werde und die Vorstellungen, die in Bezug auf die Teamarbeit bestehen. Die Kategorie untergliedert sich in die Subkategorien „Allgemeine Zusammenarbeit“ und spezifisch in die „Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten“. Diese beiden Subkategorien haben jeweils drei weitere Subkategorien, mit einer weiteren Untergliederung bei Therapieeinleitung. Von ärztlicher Seite wird spezifisch auf die „Interaktion zwischen MFA und PA“ eingegangen, die somit die dritte Subkategorie ausmacht.

Tabelle 6 – Zusammenarbeit im Praxisteam

3.6 Zusammenarbeit im Praxisteam
3.6.1 Allgemeine Zusammenarbeit (PA-Subkategorie)
3.6.1.1 Gutes Teamwork
3.6.1.2 Akzeptanz für das neue Berufsbild
3.6.1.3 Ablaufpläne / Konzepte für PA erstellen
3.6.2 Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten
3.6.2.1 Zur Einarbeitung / Begleitung der Ärztinnen und Ärzte
3.6.2.2 Zur Therapieeinleitung
3.6.2.2.1 Bei Rückfragen / Unsicherheiten / auffälligen Befunden
3.6.2.2.2 Zur Absegnung und Rezept- / AU-Ausstellung
3.6.2.3 Auf Patientenwunsch
3.6.3. Interaktion zwischen MFA und PA (Ä.-Subkategorie)

3.6.1 Allgemeine Zusammenarbeit

In der Subkategorie „allgemeine Zusammenarbeit“ nimmt „gutes Teamwork“ einen besonderen Stellenwert ein. Vielfach wird in den PA-Interviews erwähnt, dass erlebt bzw. erwartet werde, dass sich das Praxisteam gegenseitig unterstützt und hilft. Dies könne bspw. zu Anfang die Einarbeitung in die Praxisverwaltungssoftware sein oder später die Selektion und Vorbereitung von Patientinnen und Patienten durch die MFA für die PA. Die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten basiere im Kern auf der stetigen Verfügbarkeit einer (ggf. festen) Ansprechperson bei Rückfragen (siehe Kap. 3.6.2.). Darüber hinaus sei es vorteilhaft, wenn die Ärztinnen und Ärzte erklärten, welche Erwartungen sie an die PA hätten und dazu anleiten, was bei bestimmten Untersuchungen erwartet werde. Zudem äußern einige PA den Wunsch, dass delegierbare Tätigkeiten tatsächlich abgegeben würden.

„[...] also meine Kollegen wissen mittlerweile auch, was ich kann und was ich darf. Die fragen die Patienten, was deren Anliegen ist und sortieren schon vieles so gesehen für mich ein. Das nimmt halt schon für mich viel Last weg.“ (PA06: 70)

Ein erfolgreiches Teamwork hängt selbstverständlich auch von der Akzeptanz des neuen Berufsbilds ab. Die PA äußern daher die Hoffnung, dass das Berufsbild sowohl von den Kolleginnen und Kollegen als auch von den Patientinnen und Patienten angenommen werde und bei den Ärztinnen und Ärzten

ausreichend Rückhalt finde. Dies wiederum bedürfe einer möglichst klaren Rollenbeschreibung. Einige der Interviewten berichteten über die Erarbeitung von Standardprozeduren (bzw. Ablaufplänen/Konzepten; siehe auch Kap. 3.9.5). Dies diene primär einer Orientierung. Generell seien viele Abläufe in der Praxis allerdings auch „learning by doing“ (PA11: 18).

„In welchem Fall sie wie handeln und genau, da ist es halt auch so geplant, dass wir verschiedene Ablaufpläne praktisch erstellen, in welchen Fällen was gemacht wird. Ich meine, das kann man nicht immer pauschalisieren, aber ebenso grundsätzlich sollte das zukünftig erfolgen und dann hat man halt auch was in der Hand, worauf man sich beziehen kann. Und genau weiß, dass DARF ich machen, das KANN ich und die Ärzte das einem guten Gewissens überlassen können. (PA15: 81)

3.6.2 Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten

Die PA stehen aufgrund ihrer Arbeit in Delegation in besonders enger Kooperationsbeziehung mit den Ärztinnen und Ärzten. In der zweiten Subkategorie „Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten“ werden Situationen beschrieben, in denen die PA mit der ärztlichen Seite zusammenarbeitet.

Da viele interviewte PA erst damit begonnen haben in den Praxen zu arbeiten (oder beginnen werden), wird insbesondere in der Einarbeitungsphase ein enger Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten beschrieben. Alle PA gaben an, während der Einarbeitung oder, wenn sie selbst gerade wenig zu tun hätten, die Ärztinnen und Ärzte bei ihren Patientensuchen zu begleiten. Auf diese Weise könne die Herangehensweise der Ärztinnen und Ärzte beobachtet, Untersuchungstechniken gefestigt oder vorgeführt werden. Auf der anderen Seite können sich die Ärztinnen und Ärzte von den Fähigkeiten überzeugen und insofern an die direkte Patientenversorgung heranführen, sodass die PA perspektivisch selbständiger arbeiten, komplexere Fälle übernehmen und breiter eingesetzt werden kann.

„Da würde ich auf jeden Fall den Arzt mit einbeziehen. Und natürlich auch in der Einarbeitungsphase. Ich finde, der Arzt muss einfach selber sehen, dass ich das alles KANN und das ich das draufhabe. Und dass ich das auch so mache, wie der Arzt es gerne möchte, wie er es mir auch gezeigt hat. Und ich nicht einfach irgendwas anderes mache.“ (PA12: 61)

„Wir wussten, dass es auch ein bisschen stocken wird, hier und da, vielleicht mal. Und dass man sich vielleicht mal eine Minute Zeit mehr nehmen muss, damit sie versteht, wie die Untersuchungsgänge sind. Aber nur wenn man da Zeit investiert, profitiert man da nachher davon.“ (M19: 54)

„Aber die Herangehensweise war eigentlich, dass wir da denjenigen nicht ins kalte Wasser schmeißen wollten, sondern den langsam einarbeiten wollten. Und natürlich gucken, was derjenige kann. [...] Und deshalb wollten wir mal gucken und die einfach mal mitlaufen lassen, je nachdem, was sich so ergibt.“ (M07: 8)

Zusätzlich wurde die Therapieeinleitung als ein Faktor für die Hinzuziehung von Ärztinnen und Ärzten genannt. In jedem der insgesamt 18 Interviews wurde angegeben, dass zur Klärung von Unsicherheiten, bei auffälligen Befunden und bei (allgemeinen) Rückfragen / zur Rücksprache Ärztinnen und Ärzte hinzugezogen werden. Dabei könne der Arzt/die Ärztin regelhaft in die Visiten der PA eingebunden sein oder in spezifischen Situationen hinzugeholt werden.

Eine regelhafte Rücksprache wurde so beschrieben, dass die PA den Patienten/die Patientin mit dem Anliegen, den Untersuchungsbefunden und ggf. einem vorgesehenen Therapieplan dem Arzt/der Ärztin vorstelle. Diese/r kläre mögliche weitere Fragen und untersuche auch ggf. nochmal nach. Schließlich werde die Therapieempfehlung der PA angenommen oder es wird eine angepasste Therapieentscheidung getroffen. Eine solche Form des „Absegnens“ von Therapien wird in den Interviews mehrfach beschrieben. Vor allem sei laut den PA die Absprache dann relevant, wenn von einer zuvor vereinbarten Therapieentscheidung wieder abgewichen werden müsse. Dies betreffe bspw. nicht ordnungsgemäß schließende Wunden oder Medikamentenumstellungen. Die Rücksprachen können zu festen Intervallen („kurz vor der Mittagspause“ [PA06: 33]) oder häufig auch im Anschluss an die Termine bzw. in Ad-hoc-Konsultationen erfolgen. Die Entscheidung, ob eine Patientin/ ein Patient noch einmal beim Arzt vorstellig werden sollte oder, ob diese/r nach dem Termin bei der PA die Praxis wieder verlassen kann, liege manchmal auch im Ermessen der PA.

„Und dann kommt der Arzt irgendwann dazu. Ich stelle ganz kurz und knapp ihm den Patienten vor, die wichtigsten Untersuchungsbefunde und dann, wenn irgendwelche Fragen sind oder ein bisschen was unklar ist, untersucht der Arzt nochmal nach. Und dann sprechen wir auch über das Therapiekonzept und er sagt dann entweder: Ja machen wir so oder nee, machen wir doch anders.“ (PA04: 21)

Auf jeden Fall würden Ärztinnen und Ärzte einbezogen, wenn sich schwere Erkrankungen oder Verläufe („red flags“ [PA11: 18]), also Notfälle, andeuteten und sich die PA bewusstwerde, dass für sie eine Wissens- bzw. Verantwortungsgrenze erreicht sei. Dies treffe ebenso auf die Versorgung von, für die PA seltenen oder komplexen Erkrankungen zu. Zusätzlich bei Personen, die zwar bei einer Routineuntersuchung vorstellig werden, aber noch fachfremde Probleme auffallen. Zusammenfassend werden Ärztinnen und Ärzte in die Patientenversorgung eingebunden, wenn die PA auf Situationen treffen, die für sie nicht alltäglich sind und für die sie nicht ausreichend qualifiziert bzw. vorbereitet sind.

„Wenn jemand zum DMP Diabetes kommt, dem aber das Knie noch weh tut. Etwas komplett Fremdes dann eigentlich, Fachfremdes, in dem Rest gerade. Nur da will ich noch einmal darüber sprechen. Oder ob man nicht mal wieder eine Reha einleiten kann oder so etwas. Solche Sachen kommen dann. Aber nicht wegen des Diabetes. Es sei denn, ich möchte sie sprechen, weil die Werte so schlecht sind.“ (M16: 20)

„Dann hatten wir wiederum aber auch einen Patienten, der mit einem Ulkus da war, wo ich gesagt habe, bis hierhin und nicht weiter. Mache ich nicht. Ich bin raus mit der Verantwortung. Ich habe dem Patienten schon mal gesagt, wir müssen wahrscheinlich ein Antibiotikum starten. Der Arzt ist dazugekommen, er hat es gesehen. Er war vielleicht zwei Minuten drin, hat das Rezept fertiggemacht und ist wieder gegangen. Das sind wirklich so diese Red Flags, wo wir sagen, wir holen den Arzt dazu.“ (PA11: 18)

„Oder es sind wirklich Befunde, wo sie der Meinung ist, das traue ich mir nicht zu, zu entscheiden, ob der jetzt ein Antibiotikum braucht oder nicht. Dann kommt sie zu uns. Wir lassen dann alles stehen und liegen und gehen einmal kurz mit hin. Es ist ja auch so, dass man dann nicht noch ewig aufgehalten wird bei dem Patienten. Man kommt mit einer konkreten Fragestellung herein: Können Sie noch einmal hier bitte auf die Lunge hören? Ich habe da rechts unten etwas gehört. Und dass ist dann relativ unkompliziert.“ (M07: 12)

Neben diesen, aus PA-Sicht selbstbestimmten Gründen Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen, werden auch zwei obligatorische Anlässe genannt. Die Einholung von Unterschriften zur Rezept- oder AU-Ausstellung stellt dabei einen offensichtlichen Aspekt dar, bei dem die ärztliche Verantwortung gefragt sei. Ärzteseitig werde ebenfalls betont, dass die (medikamentöse) Therapieeinleitung bzw. Therapieentscheidung „grundsätzlich[er]“ (M17: 18) Anlass für die Einbeziehung durch die PA sei.

Der andere Aspekt betrifft den expliziten Wunsch der Patientinnen und Patienten, wenn diese nach einer persönlichen, ärztlichen Behandlung verlangten. Die PA könne ggf. die medizinische Vorbereitung übernehmen oder übergebe den Patienten/die Patientin direkt in ärztliche Versorgung. Als Gründe für den Patientenwunsch nach ärztlicher Visite wurde in einigen Interviews angegeben, dass die „Adhärenz“ (M01: 22) zu den Ärztinnen und Ärzten (noch) zu Beginn größer sei oder die PA bei patientenseitiger Verunsicherung ein solches Angebot vorgeschlagen hätten.

3.6.3 Interaktion zwischen MFA und PA (Ä.-Subkategorie)

In den ärztlichen Interviews wurde besonders auf das Zusammenspiel in der Praxis zwischen MFA und PA eingegangen, weshalb diese Subkategorie an dieser Stelle ergänzend aufgeführt wird. In einigen ärztlichen Interviews wird beschrieben, dass die Nähe zum ärztlichen Berufsfeld auch für die PA eine Unterstützung durch die MFA notwendig mache. So arbeiten die MFA den PA ebenfalls zu, begleiten oder übernehmen die Terminorganisation. Umgekehrt bedeute die PA für die MFA eine zusätzlich verfügbare Ansprechperson (siehe auch 3.8.2). Letztlich kann es auch vorkommen, dass die PA zurück in die Rolle der MFA „schlüpfen“ müsse, z.B. wenn dies durch Personalengpässe notwendig werde.

„Aber im Grunde genommen haben die MFAs die volle Option hier drei Ärzte plus PA zu fragen, wenn sie eine medizinische Frage haben. Und das ist schon ein gewaltiger Unterschied, was die Kompetenz angeht. Dadurch, dass sie jung ist, auch technisch fit ist mit einem Computer, ist sie quasi wie ein eigenständiger Arzt hier.“ (M07: 14)

3.7 Vergleich PA mit anderen Professionen der Praxis (PA + Ä.-Kategorie)

Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden zu einer Einordnung der PA-Tätigkeiten im Kontext zu anderen (wesentlichen) Professionen der Vertragsarztpraxis gefragt. Diese Hauptkategorie stellt daher in drei Subkategorien sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede dar.

Tabelle 7 – Vergleich mit anderen Professionen der Praxis

3.7 Vergleich PA mit anderen Professionen der Praxis
3.7.1 Medizinische Fachangestellte
3.7.1.1 Gemeinsamkeiten
3.7.1.2 Unterschiede
3.7.2 Ärztinnen und Ärzte
3.7.2.1 Gemeinsamkeiten
3.7.2.2 Unterschiede
3.7.3 Assistenzärztinnen und -ärzte
3.6.3.1 Gemeinsamkeiten
3.6.3.2 Unterschiede

3.7.1 Medizinische Fachangestellte

Die Einarbeitung erfolgte bei einigen PA zunächst auf Tätigkeitsfeldern, die normalerweise MFA zugeordnet sind. Die Gemeinsamkeiten begründen sich insofern in der Erledigung von Aufgaben, die in den Zuständigkeitsbereich von MFA fallen können, wie u.a. Wundversorgung, Blutentnahme, Impfungen, aber auch die Besetzung des Empfangstresens. Dies haben allerdings nicht alle Praxen gemein.

„Und zu den MFAs, also ich mache jetzt im Moment noch Blutentnahmen auch, das ist eigentlich eine Aufgabe der MFAs, soll aber jetzt für mich so ein bisschen sein, um die Hausbesuchs-Patienten kennenzulernen, damit die mich schon mal kennenlernen, ich lerne die kennen, dann sieht man ja auch zum Beispiel, wenn sich der Patient jetzt verschlechtert. Das wird ja auch nicht immer angekündigt, aber man sieht das den Patienten ja dann manchmal an, wenn man die schon kennt. Das ist dann noch sowas, was sich überschneidet mit den MFAs“ (PA14: 32)

Eine Person äußerte, dass sie sich „auf die gleiche Stufe“ (PA06: 94), wie ihre Kolleginnen stellen würde und, sich nicht als „was Höheres oder was Besseres“ (PA06: 94) sehe. Diese Aussage weicht von der Meinung mehrerer anderer PA ab, die strukturelle bzw. hierarchische Unterschiede sowie andere Tätigkeitsschwerpunkte zu den MFA anmerken. Es werde zudem betont, dass beide Berufe nicht vergleichbar seien und dass einige PA in der Praxis, in der sie tätig sind, keine MFA-Tätigkeiten (Terminvereinbarung, Verwaltung etc.) ausübten. Der Hauptunterschied zeige sich in der direkten Patientenbetreuung, z.B. durch Anwendung diagnostischer Verfahren (körperliche Untersuchung, Sonographie etc.), eigenständig durchgeführte Sprechstunden und die (Mit-)Entscheidung über die Therapie. Darüber hinaus gestehe der umfangreichere rechtliche Rahmen den PA grundsätzlich mehr Befugnisse in der Patientenversorgung zu, als dies bei MFA der Fall wäre.

„Ja von den MFA bin ich eigentlich komplett abgekoppelt. Es wurde auch anfangs gesagt, dass ich zum ärztlichen Team gehöre und dann übernehme ich halt auch keine anderen MFA-Tätigkeiten. Es kann schon mal sein, dass ich Blutabnahmen durchführe, wenn die gerade gestresst sind und ich einen Patienten habe, der Blut abgenommen bekommen soll, dass ich das dann einmal selbst mache. Genau, aber sonst überschneidet sich das eher weniger tatsächlich ja.“ (PA15: 69)

3.7.2 Ärztinnen und Ärzte

Die Tätigkeiten der PA würden sich in vielen Aspekten mit denen der Ärztinnen und Ärzte überschneiden. So werden von beiden Patientengespräche und Untersuchungen durchgeführt sowie Therapiepläne (tlw. gemeinsam) erstellt. Zudem wurde angegeben, dass sich die PA stark an der Herangehensweise der ärztlichen Vorgesetzten orientierten, um eine möglichst ähnliche Art und Weise in der Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Zugehörigkeit zum ärztlichen Team in vielen Praxen stelle darüber hinaus einen weiteren Aspekt der Gemeinsamkeit dar.

Der Unterschied in der Arbeit zu den Ärztinnen und Ärzten begründe sich vor allem darin, dass die PA (Therapie-)Entscheidungen in Rücksprache trafen, die endgültige Entscheidung liege jedoch in ärztlicher Hand und der Arzt oder die Ärztin eigenverantwortlich seien. Die Versorgung von Erkältungen verlagere sich außerdem zunehmend in Richtung PA. Das Ausstellen von Rezepten, AU, Einweisungen und ähnlichem liege ebenfalls in ausschließlicher Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte. Im Hinblick auf die (differentialdiagnostische) Erfahrung seien zusätzlich offensichtliche Unterschiede zu vermerken.

Einige PA äußern allerdings, dass sie im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten tlw. mehr Zeit für die Versorgung aufbringen könnten und ggf. auch auf niedrigrschwelliger Ebene mit den (weiblichen) Patientinnen oder Patienten kommunizieren könnten.

„Und wo ich auch einen großen Vorteil sehe, das sehe ich insgesamt auch bei den Patientinnen, wenn man hingehet und bei den Älteren vor allem auch, die haben immer nochmal so dieser Gott in Weiß. Der Gott in Weiß kommt mit seinem Kittel ins Sprechzimmer oder auf Hausbesuch und, nein, ich habe keine Schmerzen, nein mir tut das alles nicht weh. Und mir erzählen die dann doch noch mal eher, was los ist, wo man ein Schraubchen drehen kann. Genau das, also dieser Respekt ist bei den Ärzten ja doch noch mal mit der Distanz, das sehe ich noch mal als Unterschied“ (PA11: 14)

3.7.3 Assistenzärztinnen und -ärzte

Da die Assistenzärztinnen und -ärzte kaum Gesprächsthema in den Interviews waren, gab es hierzu auch nur wenige Äußerungen. Dennoch wurde vereinzelt auf diese Assistenzstellen eingegangen. In den PA-Interviews wurde beschrieben, dass ein Unterschied darin bestehe, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte ihre eigenen Vorgehensweisen entwickelten, während die PA eher der Arbeitsweise der Ärztinnen und Ärzte folgen. Zudem wurde deutlich gemacht, dass es selbstverständlich Unterschiede im medizinischen Niveau zwischen den PA und den Assistenzärztinnen und -ärzten gäbe und sich diesbezüglich auch verschiedene Einsatzmöglichkeiten ergeben.

„Den Unterschied sehe ich ganz klar daran, dass ich quasi das Sprachrohr der Ärzte bin. Man sieht jetzt im Vergleich zum Beispiel zu den Assistenzärzten, dass die Assistenzärzte ja auch in gewisser Hinsicht ihre eigene Meinung entwickeln. Und dadurch, dass ich so geprägt bin von meinen Ärzten, versuche ich möglichst aus deren Sichtwinkel oder Entscheidungswinkel zu entscheiden.“ (PA11: 14)

„Wir sind in dieser Zeit aber schon so weit, dass sie hier mehr oder weniger voll eingesetzt wird. In der letzten Woche war es so, dass ich hier komplett allein war. [...] Und dann hatten wir noch zusätzlich hier vor Ort die anderen Praxen am Brückentag zu in der vergangenen Woche. Da habe ich mit ihr wie mit einer vollwertigen Kollegin hier zusammengearbeitet. Wir haben zu zweit das komplett weggeschaufelt. Also für mich macht das keinen wirklichen Unterschied, ob das jetzt ein Assistenzarzt ist oder eine PA. Außer, dass ich immer der Unterschreiber und Absegner bin, die Supervision sozusagen. (M07: 18)

3.8 Rolle der PA in der Praxis (PA-Kategorie)

Die PA wurden in den Interviews nach Ihrer Einschätzung zu ihrer „Rolle in der Vertragsarztpraxis“ gefragt. Diese Hauptkategorie unterteilt sich in drei Subkategorien.

Tabelle 8 – Rolle der PA in der Praxis

3.8 Rolle der PA in der Praxis

3.8.1 Entlastung / Zeitersparnis für Ärztinnen und Ärzte und MFA

3.8.2 Bindeglied / ergänzende Ansprechperson

3.8.3 Verbesserung / Sicherstellung der Versorgung

3.8.1 Entlastung / Zeitersparnis für Ärztinnen und Ärzte und MFA

Alle interviewten PA äußerten, dass ihre Rolle die (zeitliche) Entlastung der Ärztinnen und Ärzte sei. Diese Zeitersparnis könne sich durch Erledigung von Vorarbeiten an den Patientinnen und Patienten auszeichnen oder sich durch den Abschluss der ärztlichen Visite ergeben. So können bspw. Anamneseerhebungen und diagnostische Verfahren ohne den Arzt/die Ärztin erfolgen und diese/r erst anschließend zur Behandlung und Therapie hinzugezogen werden. Umgekehrt könne im Anschluss an eine ärztliche Therapieentscheidung die Durchführung der Intervention durch die PA erfolgen, sodass der Arzt/die Ärztin freier werde, um sich den nächsten Patientinnen und Patienten zu widmen. Einige PA ergänzen, dass sie auch für die MFA eine Entlastung darstellten, bspw. wenn Patientinnen und Patienten im Praxisalltag anders eingeplant werden können.

„Ja so erstmal mal ganz klar, dass ich den Arzt entlasten kann, aber auch dass ich die MFAs in der Praxis entlasten kann. Durch die mehr Verantwortung, die ich dadurch habe, habe ich natürlich auch die Möglichkeiten ein bisschen mehr am Patienten zu arbeiten und den Arzt ein bisschen mehr zuvorzukommen mit meinen Aufgaben und dadurch das dann mehr Patienten versorgt werden können, durch MICH, statt immer nur durch den Arzt, können natürlich auch die MFAs ein bisschen weniger Stress haben dadurch. Weil dann das Wartezimmer nicht mehr so voll ist, und sie auch die Patienten besser einplanen können und auch mehr Patienten einplanen können.“ (PA12: 9)

3.8.2 Bindeglied / ergänzende Ansprechperson

In acht der neun Interviews haben die PA beschrieben, dass sie als ein Bindeglied bzw. eine Schnittstelle zwischen Arzt/Ärztin und MFA fungieren (wollen). Zum Beispiel könne sich eine MFA bei Rückfragen zu Patientinnen und Patienten auch bei der PA erkundigen und es muss nicht mehr zwingend die Ärztin oder der Arzt zu Rate gezogen werden. Die Rolle der PA werde darüber hinaus als Ergänzung zu den bestehenden Funktionen in der Praxis verstanden.

„Ansonsten auch für die MFAs bin ich manchmal so ein Bindeglied. Also die fragen mich auch manchmal Sachen, wenn zum Beispiel gerade kein Arzt zu sprechen ist. Fragen mich, ob ich weiß, wie irgendwas geht oder was man da machen muss. Ja und ich denke, so als PA fühle ich mich hier in der Praxis so, als könnte ich die Lücken füllen.“ (PA14: 48)“

3.8.3 Verbesserung / Sicherstellung der Patientenversorgung

Schließlich werde die Verbesserung und Sicherstellung der Patientenversorgung als weiterer Aspekt der Rolle ‚PA‘ genannt. Es wird angegeben, sich mehr Zeit bei der Versorgung nehmen zu wollen, als dies manchmal den Ärztinnen und Ärzten möglich sei. Der zeitliche Mehraufwand solle schlussendlich die Qualität in der Versorgung positiv beeinflussen. Einige PA gehen in ihrer Erwartung an die Rolle so weit, dass sie eine Chance darin sehen, die Auswirkungen des sich abzeichnenden Ärztemangels zu lindern und begreifen sich als einen zusätzlichen Strang in der Sicherstellung der Patientenversorgung.

„Ja, und zwar meine ich zum Beispiel damit, dass / oder was ich jetzt auch hier im Praxisalltag schon gemerkt habe, dass man bestimmte Behandlungsmaßnahmen halt noch besser optimieren kann. Woran dann halt der Patient auch profitieren kann. Das heißt, ich werde mich zunächst auch speziell um die Diabetiker kümmern, dass die einfach nochmal besser versorgt werden. Also gerade im Hinblick auf Folgeerkrankungen. [...] Genau, also es wird dann zum Beispiel für diese Patienten eine spezielle Diabetes-Sprechstunde geben.“ (PA09: 16-18)

3.9 Auswirkungen der PA auf den Praxisablauf / auf die ärztliche Rolle (Ä.-Kategorie)

Diese Hauptkategorie speist sich aus den Fragen zur Veränderung der ärztlichen Rolle seit Anstellung der PA und fasst weitere Auswirkungen auf den Praxisablauf zusammen. Es wurden 9 Subkategorien zugeordnet.

Tabelle 9 – Auswirkungen der PA auf den Praxisablauf / auf die ärztliche Rolle

3.9 Auswirkungen der PA auf den Praxisablauf / auf die ärztliche Rolle
3.9.1 PA bedeutet Zeitersparnis / Arbeitsentlastung
3.9.2 PA ist Bindeglied
3.9.3 PA gehört zum ärztlichen Bereich
3.9.4 PA übernimmt Aufgaben, die unerledigt bleiben würden
3.9.5 Arzt-Rolle: Strukturierung der PA-Tage / Patienten / SOP-Formulierung
3.9.6 Arzt-Rolle: Ärztliche Tätigkeit wird durch PA nicht ersetzt
3.9.7 Arzt-Rolle: (Noch) keine Rollen-Veränderung wahrgenommen
3.9.8 Arzt-Rolle: Konzentrierung auf Therapieeinleitung / -entscheidung
3.9.9 Arzt-Rolle: Lernen zu delegieren / supervidieren

3.9.1 PA bedeutet Zeitersparnis / Arbeitsentlastung

Mehrere Ärztinnen und Ärzte berichten in den Interviews über eine Beschleunigung von Abläufen z.B. bei Nachkontrollen o.ä., ebenso wie über die Möglichkeit mehr und schneller Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden versorgen zu können. Dies resultiere schlussendlich in einer spürbaren Entlastung insbesondere der Ärztinnen und Ärzte („wahnsinnige Erleichterung“ [M16: 18]), aber auch der MFA. Dieser Aspekt deutet daher an, dass die zuvor geäußerten Erwartungen erfüllt und die Einstellungsgründe vielfach bestätigt würden.

„Weil wir mehr oder weniger mit einem Monat Versatz unsere Weiterbildungsassistentin und die PA dazu wieder zurückbekommen haben. Somit hat sich – wenn man jetzt Frau YYY mit dazu zählt – unsere ärztliche Arbeitszeit schlagartig verdoppelt, weil wir von zwei auf vier Personen aufgestockt sind. Es ist total ungewöhnlich, jetzt mal pünktlich fertig zu werden und nach Hause zu kommen. Man hat noch ein schlechtes Gefühl dabei. Eigentlich ist es ein gutes Gefühl. Aber man denkt auch gleichzeitig: jahrelang hat man 130, 140 Prozent immer gemacht und Vollgas gegeben. Und jetzt macht man vielleicht 100 Prozent, so wie es eigentlich gedacht war. Und hat das Gefühl, man ist faul und geht zu früh nach Hause. Ich habe immer die Einstellung: ich bin der erste, der kommt, und ich bin der letzte, der geht. Und jetzt ist es so: es ist nichts mehr zu tun, ja, super, dann kann ich ja mal um 18:00 Uhr nach Hause gehen. Und daran muss man sich noch gewöhnen. Es ist schon ungewöhnlich, muss ich sagen. Aber das ist ja eigentlich das Ziel. Wir wollen nicht mehr Geld verdienen durch Frau YYY, das ist mir völlig wurscht. Und wenn wir da Minus machen, ist mir das auch egal. Es geht um die Arbeitsentlastung. Wir haben XX Kinder, ich sehe die nicht wirklich oft. Und das wird jetzt besser.“ (M07: 20)

3.9.2 PA ist Bindeglied

Einige Ärztinnen und Ärzte beschreiben die Rolle der PA, wie auch einige PA sich selbst (siehe auch 3.8.2.), als Bindeglied im Praxisgefüge, die sowohl den MFA-Bereich kennen als auch im ärztlichen Tätigkeitsspektrum unterstützen können.

„Und, ja, sie wird so eine Weltenwanderin, so eine Schnittstelle im Inneren sein, zwischen den Dingen, die Ärzte tun und denen, die im MFA-Bereich getan werden.“ (M08: 10)

3.9.3 PA wird zum ärztlichen Bereich gezählt

Trotz der Funktion als „Schnittstelle“ zwischen dem ärztlichen Bereich und den MFA wird die PA von einigen ärztlichen Gesprächspersonen auch klar dem ärztlichen Team zugeordnet. In einigen Praxen habe die PA, wie ärztliche Kolleginnen und Kollegen auch, eine eigene Kalenderspalte im Praxisverwaltungssystem, um Patientinnen und Patienten zugeteilt bekommen zu können. In manchen Praxen trügen sie ähnlich den Ärztinnen und Ärzten einen Kittel.

„Wichtig ist dennoch, dass man, glaube ich, das Ganze nicht als MFA / denn häufig sagen (unv.) ja, das ist ja nur eine MFA-light oder ein Arzt-light oder sowas, sondern dass man wirklich sagt, dass man sie zum ärztlichen Team rechnet. Das ist für mich, glaube ich, ganz wichtig. Denn ansonsten wird das irgendwie aufbrechen, ja, sie ist zwar ein Bindeglied, aber gehört schon zum ärztlichen Team. Das wäre mir persönlich wichtig.“ (M05: 52)

3.9.4 PA übernimmt Aufgaben, die unerledigt bleiben würden

In den Gesprächen wurde ebenfalls angedeutet, dass den PA Aufgaben zugewiesen würden, um die sich unter Umständen, aufgrund der hohen Anzahl der zu versorgenden Patientinnen und Patienten, nicht adäquat gekümmert werden könne. Das betreffe zum einen die Gründlichkeit bei bestimmten Routineuntersuchungen und zum anderen die Sichtung von Dokumenten.

3.9.5 Arzt-Rolle: Strukturierung der PA-Tage / Patienten / SOP-Formulierung

Die am häufigsten genannte Veränderung für die einstellenden Ärztinnen und Ärzten bestand zumindest in der Anfangsphase der PA darin, dem Arbeitstag der PA eine Struktur zu geben. Es werde überlegt, welche Patientinnen und Patienten potenziell dazu geeignet wären, von der PA versorgt zu werden (tendenziell leichtere Krankheitsfälle, Jüngere etc.). Zur Patientengruppierung existiere auch ein Ampelsystem, das zwischen grünen (geplanten) und roten (dringenden) Patientinnen und Patienten unterscheide. Daneben werden auch Standardprozeduren (tlw. gemeinsam) erarbeitet, die die Übertragung der Aufgaben systematisieren und eine selbständige Erbringung durch die PA ermöglichen sollen.

„Also es ist zum Beispiel auch so, dass wir morgens an dem Tag, also wenn sie einen großen Assistenzblock oder den PA-Block an dem Tag hat, dass wir den Kalender schon durchgehen. Wir sind eine Terminpraxis, also die meisten Patienten haben schon einen festen Termin. Wir wissen auch schon, wenn die Patienten sich anmelden, wird der Konsultationsanlass erfragt, so dass das schon grob bekannt ist, warum die kommen. Wir gehen diesen Tag durch und schauen, wo kann die PA sozusagen den Patienten schon voruntersuchen oder sogar auch komplett untersuchen. Und dann wird er in diesen PA-Block reingesetzt. Oder wenn wir die ganzen Wundpatienten sehen, die sind uns dann auch bekannt, und dann wissen wir, wie sieht der PA-Versorgungsblock aus und wo müssen wir da mitgucken.“ (M13: 14)

3.9.6 Arzt-Rolle: Ärztliche Tätigkeit wird durch PA nicht ersetzt

In den Interviews wurde mehrfach betont, dass eine PA die ärztliche Rolle nicht ersetzen könne und vielmehr als Ergänzung im Praxisalltag gesehen werde. Möglichen Sorgen, dass der ärztliche Berufsstand mit Etablierung dieser Assistenzkraft gefährdet sei, werde somit entgegengetreten.

„Und, ja, dass man letztendlich die ärztlichen Kollegen aus meiner Sicht beruhigen kann, dass die in ihrer ärztlichen Tätigkeit nicht gefährdet sind. Mal abgesehen davon, dass die Köpfe immer weniger werden. Erstaunlicherweise, wo ja eigentlich genug ausgebildet werden. Aber da sehe ich jetzt überhaupt gar keine Konkurrenz. Im Gegenteil, da sehe ich ein gedeihliches Miteinander, wo alle sehr zufrieden arbeiten können und profitieren können. Also ich persönlich, wie gesagt, sehe da eigentlich keine Gefahr.“ (M01: 28)

3.9.7 Arzt-Rolle: (Noch) keine Rollen-Veränderung wahrgenommen

Einige Ärztinnen und Ärzte antworten in den Interviews auf die Frage zur Wahrnehmung einer Veränderung in der eigenen Rolle, dass dies bisher nicht der Fall sei. Es wird auch ergänzt, dass eine Verbesserung der Work-Life-Balance noch nicht eingetreten sei und dass die Leitung und Verantwortung in der Praxis unverändert bei den Chefinnen und Chefs liege.

3.9.8 Arzt-Rolle: Konzentrierung auf Therapieeinleitung / -entscheidung

Es werde allerdings auch beobachtet, dass die Arzt-Rolle sich insofern ändere, dass eine Konzentration auf Therapieeinleitung und Therapieentscheidung erfolge. Die Vorarbeiten einer Patientensuche sei oftmals bereits geschehen.

3.9.9 Arzt-Rolle: Lernen zu delegieren / supervidieren

Schlussendlich sei eine Anpassung in der ärztlichen Rolle auch dahingehend feststellbar, dass manchmal noch gelernt werden müsse, wie Tätigkeiten zu delegieren sind und Vertrauen in die PA gesetzt werden müsse. Auch die Supervision der PA durch Erklärung von Befunden oder der Besprechung von Krankheitsbildern gehöre neuerdings in den Aufgabenbereich. Zwar kenne man dies von Weiterbildungsassistentinnen- und assistenten, mit den PA habe man dennoch einen anderen Erfahrungsstand bzw. ein anderes medizinisches Niveau zu berücksichtigen.

3.10 Reaktion der Kolleginnen und Kollegen auf die PA-Rolle

(PA + Ä.-Kategorie)

In dieser Hauptkategorie werden Beschreibungen zusammengetragen, wie die neue PA-Rolle von den Kolleginnen und Kollegen in der Praxis aufgenommen wurde. Sie ist unterteilt in die Subkategorien „Positive Reaktion“ und „Skeptische Reaktion / Bedenken der Ärztinnen und Ärzte“. Es kann bereits an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass die befragten PA sowie Ärztinnen und Ärzte überwiegend positiv auf die Einführung reagiert haben.

Tabelle 10 – Reaktion der Kolleginnen und Kollegen auf die PA-Rolle

3.10 Reaktion der Kolleginnen und Kollegen auf die PA-Rolle

3.10.1 Positive Reaktion

3.10.2 Skeptische Reaktion / Bedenken der Ärztinnen und Ärzte

3.10.1 Positive Reaktion

Acht von neun PA, die sich zu dieser Frage äußerten, machten deutlich, dass die Einführung der neuen Rolle positiv im Praxisteam aufgenommen werde und sie den Eindruck hätten, dass alle sich über die neue / zusätzliche Kraft im ärztlichen Bereich freuten. Eine Person gab an, sich diesbezüglich noch nicht äußern zu können, da sie noch zu neu in der Praxis sei. Bei den Ärztinnen und Ärzten wurde die Reaktion des Praxisteams ebenfalls sehr positiv wahrgenommen und in sieben der neun Interviews betont.

„Tatsächlich sehr positiv muss ich sagen. Die wurden dahingehend auch vorab, also vor meiner Einstellung eigentlich schon informiert, was das Berufsbild überhaupt ist, was ich darf, wofür ich da bin, dass ich zum ÄRZTLICHEN Team gehöre und genau, das läuft eigentlich sehr gut. Es ist ein super Verhältnis und da kann man eigentlich überhaupt nicht klagen.“ (PA15: 93)

„Die Kolleginnen sind tatsächlich alle sehr froh, dass sie da ist. Ich habe das Gefühl, sie ist sehr gut angenommen worden und die Kontakte sind eigentlich sehr gut. Man kannte sich auch schon vorher, da Frau YYY hier auch ihre Ausbildung gemacht hat, vor vielen Jahren. Und einige der Arzthelferinnen von damals sind noch hier, das funktioniert super.“ (M08: 22)

3.10.2 Skeptische Reaktion / Bedenken der Ärztinnen und Ärzte

Vereinzelt gab es in den Interviews auch Rückmeldungen, dass sich die Kolleginnen und Kollegen zunächst mit der neuen Position in der Praxis vertraut machen mussten. So habe es Unklarheiten bei den Zuständigkeiten, den Kompetenzen und grundsätzlich der Rolle einer PA gegeben. Es wurde angedeutet, dass manche ältere Kolleginnen und Kollegen eher skeptisch reagiert hätten. Von ärztlicher Seite wurden zudem anfängliche Bedenken geäußert, dass die PA durch die MFA „vereinnahmt“ (M07: 22) werden könne. So werde, trotz flacher Hierarchien, auf das Siezen in der Praxis bestanden, um zwischen ärztlichem Team (zu dem die PA gezählt werde) und dem Praxispersonal eine Abgrenzung zu schaffen.

„Zu Beginn war das ein bisschen schwierig, weil das von den Kollegen her, ja, es wurde so ein bisschen unter den Tisch gekehrt. Also sie macht das da und mal gucken, aber die ist ja kein Arzt. Und wir haben daraus gelernt, man muss ganz viel reden. Man muss ganz viel arbeiten.“ (PA11: 6)

„Ja, anfangs war es halt so ein bisschen schwierig. Auch so, was ich darf und was ich nicht darf. Wo meine Kompetenzen dann halt auch liegen und das den anderen dann auch zu erklären. Auch zu zeigen, dass das halt in Ordnung ist, dass ich nicht Medizin studiert habe, aber trotzdem Dinge entscheiden darf.“ (PA04: 65)

„Ich würde sagen, dass es sicherlich am Anfang komisch war. Denn als Frau XXX im Studium war, war sie natürlich dann zu den Vorlesungszeiten nicht präsent in der Praxis, dann war sie ja im Studium. Und wenn sie

dann bei uns in der Praxis war, war sie sozusagen MFA. Jetzt ist es anders. Jetzt ist sie als MFA und PA angestellt und dann war es für die Kolleginnen sicherlich schwierig erst einmal einzuschätzen, ja, wie viel Tätigkeit als MFA nimmt sie denn jetzt noch ein und was macht sie denn dann eigentlich noch bei uns in der Praxis. Und wo nimmt sie sich raus und ist dann als PA tätig und kann sie delegieren, kann sie uns sozusagen als Mitarbeiterinnen sagen, jetzt macht mal bitte dieses oder jenes. Und das ist natürlich schwierig, wenn eine Mitarbeiterin sozusagen aus der Praxis herausgewachsen ist, früher einmal, in Anführungsstrichen, die kleine Auszubildende war und sich jetzt durch ihre Qualifikation natürlich auch eine besondere Position erarbeitet hat.“ (M13: 24)

3.11 Patientensicht auf die PA (PA + Ä.-Kategorie)

Die Hauptkategorie „Patientensicht auf die PA“ war nicht Bestandteil des Leitfadenfragebogens und hat sich aus eher beiläufigen Erwähnungen in den PA-Interviews ergeben. In den Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten wurde dieser Aspekt als ergänzende Frage gestellt, wenngleich diese ebenfalls nicht im Leitfadenfragebogen festgeschrieben war. Aus diesem Grund hat ein Teil der PA und Ärztinnen und Ärzte dieses Thema unerwähnt gelassen. Nichtsdestotrotz wurden diesem Aspekt drei Subkategorien zugeordnet.

Tabelle 11 – Patientensicht auf die PA

3.11 Patientensicht auf die PA

3.11.1 Begrüßend

3.11.2 Ablehnend

3.11.3 Neutral / PA nicht explizit als "PA" bekannt

3.11.1 Begrüßend

Die PA seien manchen Patientinnen und Patienten bereits aus ihrer Zeit als MFA bekannt. Mit ihnen bestehe z.T. bereits vor Beginn der neuen Tätigkeit als PA ein Vertrauensverhältnis, sodass sie auch der medizinischen Betreuung durch die PA aufgeschlossen gegenüberstünden. Daneben werde auch allgemein von positiver Rückmeldung durch die Patientinnen und Patienten gesprochen. Die Ärztinnen und Ärzten kommentieren, dass sich die Patientinnen und Patienten über kürzere Wartezeiten freuen würden und dass sie wüssten, dass bei Problemen der Arzt/die Ärztin dazu geholt werde bzw. ihr Fall generell noch mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen würde.

„Man bekommt auch viel von den Patienten positive Resonanz.“ (PA14: 60)

„Man kriegt natürlich auch die Resonanz von den Patienten. Also neulich sagte mir eine Patientin, Liebes, an Ihnen ist aber auch ein Arzt vorbeigegangen. Wo ich erst dachte, ja, eigentlich vielleicht doch noch mal Humanmedizin studieren. Aber dann habe ich gedacht, nein, eigentlich ist genau das das Richtige. Die Patienten in der Praxis, auch wenn die den Chef nicht sehen, immer zu haben, ach, wenn die kommt, ist auch die Welt in Ordnung.“ (PA11: 30)

3.11.2 Ablehnend

Es werden allerdings auch Situationen beschrieben, in denen die Patientinnen oder Patienten die Versorgung durch eine PA ablehnten. Um eine solche Einstellung zu prüfen, würden viele Patientinnen und Patienten im Vorhinein gefragt, ob eine Assistenzstelle die Betreuung übernehmen dürfe. Aus Sicht einiger Ärztinnen und Ärzte spiele die Bindung bei der Ablehnung eine entscheidende Rolle, weshalb der persönliche Kontakt dann vorgezogen würde.

„Und dann ist der Vorteil, dass wenn man auf dem Land wohnt, da kennt man auch einige Patienten oder weiß halt so, wie sie sind. Sie sind halt auch manchmal etwas schwieriger als so im klinischen Alltag. Manche wollen halt nur die Ärztin haben und das ist auch vollkommen in Ordnung. Die sagen das dann auch.“ (PA06: 70)

„Und was eben noch da ist, ist eine relativ große Zurückhaltung. Also wenn man ihnen zum Beispiel anbietet, wenn sie zu den DMP-Untersuchungen gehen, da können sie zu Frau XXX gehen. Ne, da möchte ich doch lieber bei Herrn XXX bleiben, da ist halt eine große Adhärenz bei mir. Das wird sich noch einspielen mit der Zeit. Also da gibt es, wenn Sie so wollen, gewisse Vorbehalte seitens der Patienten.“ (M01: 22)

3.11.3 Neutral / PA ist nicht explizit als "PA" bekannt

Neben den Patientinnen oder Patienten, die die Versorgung durch eine PA begrüßen bzw. ablehnen, kristallisierte sich noch eine weitere Gruppe heraus. Jene, die der Versorgung neutral gegenüberstünden. Hierzu zählten Neuaufnahmen in der Praxis. Von ärztlicher Seite werde ergänzt, dass es Patientinnen und Patienten gäbe, denen nicht unbedingt klar werde, dass es sich bei der PA nicht um eine Ärztin handle.

„Bei den Patienten, die wirklich / also die, ich sag mal, unbekannt für unsere Praxis sind, denen ist das egal, wer das macht.“ (PA11: 26)

„Wobei ich ziemlich sicher bin, dass 80 Prozent der Patienten nicht schnallen, dass sie keine Ärztin ist.“
(M07: 12)

3.12 Zufriedenheit mit der Berufswahl (PA-Kategorie)

Die PA wurden nach ihrer „Zufriedenheit mit der Berufswahl“ gefragt. Diese Hauptkategorie untergliedert sich in die Subkategorien „positiv“ und „negativ“. In den Interviews wurde sehr deutlich, dass die Entscheidung zu dieser Berufswahl sehr positiv bewertet wurde. Diese Einschätzung überwiegt im Vergleich zu den negativen Eindrücken, die aufgrund von Überlastung, aber auch Unterforderung beschrieben wurden. Grundsätzlich haben alle Personen, die über negative Eindrücke berichteten, zusätzlich immer auch große Zufriedenheit geäußert.

Tabelle 12 – Zufriedenheit mit der Berufswahl

3.12 Zufriedenheit mit der Berufswahl

3.12.1 Positiv

3.12.2 Negativ

3.12.1 Positiv

Alle Interviewpartnerinnen gaben an, dass sie sich in ihrer Rolle und der Anwendung des Berufs in der Vertragsarztpraxis wohlfühlten. Sie begrüßen es, in der Einarbeitungsphase immer mehr ausprobieren zu dürfen und freuten sich über die Beobachtung eigener Fortschritte. Außerdem bedeutete die Ergreifung des Berufs eine Erweiterung des persönlichen Horizonts. Es zeichneten sich viele Bedarfe in der Arztpraxis ab, in denen sie gebraucht würden.

„Ja. Sehr zufrieden. Also ich merke auch jetzt, wo wir halt so ein paar Sachen schon ausprobieren und ich schon ein paar Sachen machen darf, dass ich da richtig drin aufgehe und mir das um einiges mehr Spaß macht als die reine Tätigkeit als MFA.“ (PA04: 69)

„Ja also allgemein bin ich sehr zufrieden hier in der Arztpraxis arbeiten zu dürfen, weil ich halt eben sehe, dass es sehr viele Tätigkeiten gibt, die man hier als PA ja übernehmen kann. Also da ist der Bedarf auf jeden Fall da, dass sich das ja auch rentiert, sag ich mal.“ (PA09: 160)

3.12.2 Negativ

Es werden Erfahrungen berichtet, die sich in der Anfangsphase der Arbeit als PA negativ auf die Zufriedenheit ausgewirkt haben. Einerseits wird beschrieben, dass die Arbeitslast zu Beginn sehr hoch war und sich die PA erst einmal an den neuen Aufgabenbereich gewöhnen müssten. Insbesondere die Doppelbelastung durch Studium und Einarbeitung in MFA-Tätigkeitsbereiche wurden bei einer fachfremden PA als „stressig“ beschrieben. Andererseits berichtete eine PA von anfänglicher Unterforderung, äußerte aber Verständnis, dass sie sich zu Anfang noch gedulden müsse und noch nicht „von heute auf morgen alles machen“ (PA09: 160) dürfe.

„Ganz zu Beginn war ich von der Stimmung her nicht so gut drauf. Weil es waren 46, 48 Wochenstunden. Weil einfach so viel auf einen eingepresselt ist, dass man erst einmal sortieren musste. Und man steht ja in einem ganz anderen Feld. Auch wenn man das jetzt eher eingearbeitet hat.“ (PA11: 38)

3.13 Bewertung der Einstellungsentscheidung der PA (Ä.-Kategorie)

Die Hauptkategorie „Bewertung der Einstellungsentscheidung einer PA“ wurde anhand der Ärztinnen- und Ärzte-Interviews gebildet und unterteilt sich in die Subkategorien „Zufrieden“ und „Vorbehalte“. Unzufriedenheit über die Entscheidung zur Einstellung wurde in keinem Interview geäußert.

Tabelle 13 – Bewertung der Einstellungsentscheidung einer PA

3.13. Bewertung der Einstellungsentscheidung einer PA
3.13.1 Zufriedenheit
3.13.2 Vorbehalte

3.13.1 Zufriedenheit

Die Ärztinnen und Ärzte bewerteten die Anstellung der PA mit sehr großer Zufriedenheit. Fachlich hätten sich einige PA schon in kurzer Zeit bewiesen und kämen schneller mit ihren Tätigkeitsfeldern voran, als anfänglich erwartet wurde. Es seien Entlastung und eine positive Entwicklung zu spüren.

„Ganz kurz kann ich sagen: das war super. Ich war echt wirklich die ganze Zeit etwas skeptisch. Im ersten Monat ist sie mehr oder weniger nur mitgelaufen. Und da habe ich mir gedacht: okay, das kann man ja machen, ist ja auch richtig, so soll es auch sein. Aber dafür ist das schon recht viel Geld, nur für das Mitlaufen. Aber das hat sich jetzt innerhalb von vier bis sechs Wochen komplett gewandelt, in Eigenständigkeit. Es ist auch so, wenn sie mal keinen Patienten hat, läuft sie bei einem unserer ärztlichen Kollegen mit, guckt sich das an und erweitert sozusagen permanent ihren Horizont. Sie setzt sich dann also nicht hin und daddelt am Handy, deswegen bin ich auch voll zufrieden.“ (M07: 24)

„Aber wir müssen noch Langzeit-EKGs und Sonos, das üben wir alles noch auch zusammen. Aber die wird sie dann auch irgendwann machen können. Also das wird eine immer größere Entlastung. Ich will sie auch nie wieder abgeben.“ (M16: 22)

3.13.2 Vorbehalte

Über die Entscheidung zur Anstellung einer PA wurde zu keinem Zeitpunkt Unzufriedenheit geäußert. Eine abschließende Bewertung sei jedoch unter dem Vorbehalt der Kosten-Nutzen-Relation noch abzuwarten. Daneben sei eine Bewertung schwierig, wenn die PA lediglich einen Tag in der Woche eingesetzt werde. Auch stellte sich anfangs die Frage, wie sich die PA-Arbeit zu derjenigen der Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten verteile. Letztlich erwähnten einigen Ärztinnen und Ärzte, dass ihnen bewusst war, dass die Einarbeitung zusätzlichen Zeitaufwand bedeute, sich dieser Zeitaufwand allerdings am Ende auch auszahle.

„Also hinsichtlich der Unterstützung, der Entlastung sehr zufrieden. Betriebswirtschaftlich muss ich da letztendlich ein bisschen vorsichtig sein, da kann ich noch keine Aussagen darüber treffen.“ (M17: 34)

3.14 Verschärfung des MFA-Mangels durch Umorientierung zur PA

(PA + Ä.-Kategorie)

Im Leitfadenfragebogen wurden die PA und Ärztinnen und Ärzte etwas provokativ gefragt, ob aus ihrer Sicht eine Verschärfung des MFA-Mangels durch mögliche Abwanderung von MFA zur neuen Physician-Assistant-Tätigkeit drohen könnte. Die Einschätzungen wurden in die Subkategorien „Zurückweisung der These“ mit einer zusätzlichen Subkategorie „Berufsbild MFA wird attraktiver“ und „Teilweise Zustimmung zur These“ gegliedert.

Tabelle 14 – Verschärfung des MFA-Mangels durch Umorientierung zur PA

3.14 Verschärfung des MFA-Mangels durch Umorientierung zur PA

3.14.1 Zurückweisung der These / andere Ursachen

3.14.1.1 Berufsbild MFA wird attraktiver

3.14.2 Teilweise Zustimmung zur These

3.14.1 Zurückweisung der These / andere Ursachen

Eine Verschärfung des MFA-Mangels in den Arztpraxen durch Abwanderung zum Beruf Physician Assistant halten die interviewten PA mehrheitlich für unrealistisch. Personen, die sich fort- und weiterbilden wollten, täten es ohnehin und diejenigen, die mit ihrem Beruf zufrieden seien, würden dabeibleiben. Vielmehr sei es bereichernd, wenn sich Personen weiterbilden wollten und sich somit einen größeren Wissenstand aneigneten. Es sei auch kein Beruf für jede/n, da viel Selbstvertrauen dafür erforderlich sei und viele eigenständige Entscheidungen getroffen werden müssten. Zudem werde darauf verwiesen, dass der Beruf noch sehr jung sei und mit einigen Unsicherheiten einhergehe, weshalb sich keine Bedenken ergäben.

„Also, ich glaub nicht, dass sich das so sehr verschärfen könnte, weil die MFAs, die weiter lernen möchten, ob / die machen es eh, ob als Physician Assistant oder in andere Bereiche dann gehen. Die machen es sowieso. Und es gibt ja immer Leute, die wollen halt weiter lernen und andere sind halt zufrieden, da wo sie sind. Und halt auch super zufrieden mit dem Job als MFA und die bleiben dann ja auch und deswegen denke ich nicht, dass da so eine riesen Kluft kommt.“ (PA04: 77)

Ärzteseitig werde ergänzt, dass es auch ohne das neue Berufsbild schon schwierig genug sei MFA zu finden und die Ursachen eher woanders lägen. So scheine der Beruf der MFA allgemein an Attraktivität verloren zu haben, der „Dauerstress“ (M07:26) würde zu sehr belasten und ungehaltene Patientinnen und Patienten würden dazu beitragen, dass MFA die Praxen verlassen. Überdies würden MFA durch Krankenhäuser abgeworben. Die hohen Studiengebühren des PA-Studiums könnten obendrein eher abschreckend wirken. Es wurde auch gesagt, dass man sich glücklich schätzen könne, wenn eine MFA die Bereitschaft zu einer Fortbildung zeige, dies sei nicht immer gegeben. Aus Sicht der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers stelle sich auch die Frage, ob man sich die Anstellung einer PA überhaupt leisten könne, da diese gegenüber MFA auch höher honoriert werden.

Von einigen PA und Ärztinnen und Ärzten wird die These nicht nur abgelehnt, sondern im Gegenteil, sehen sie mit dieser zusätzlichen Weiterbildungsperspektive für MFA eine Chance, die Attraktivität des Berufs aufzuwerten. Dies liege insbesondere am medizinischen Fokus des Studiums, welcher in dieser Breite (verschiedene Krankheitsbilder, verschiedene Einsatzorte, etc.) bei keiner anderen Fortbildung für MFA zu finden sei. Generell werben einige Ärztinnen und Ärzte bereits in Einstellungsgesprächen mit zusätzlichen Qualifikationen, um Personal zu gewinnen. Durch die PA-Tätigkeit würden karrieremäßig neue Türen für MFA aufgestoßen.

„Ich glaube gar nicht mal, dass die MFA irgendwie abwandern, sondern wer generell abwandern möchte, wandert sowieso ab und nicht aufgrund eines Studiums, sondern eher das medizinische Fachangestellte in diesem Bereich bleiben. Dadurch, dass sie sich weiterqualifizieren können. Es gibt so tolle, hoch qualifizierte, vom Wissen her, gute medizinische Fachangestellte, die auch gerne in ihrem Potenzial irgendwie weiterkommen wollen. Und dann gibt es ja, gibt es auch in der Praxis Praxis-Manager und Qualitätsmanager. Sowas alles, aber die wollen auch im MEDIZINISCHEN Bereich einfach weiterkommen. Und dann ist das auch, auch für die medizinischen Fachangestellten, natürlich auch die, die besonders Qualifizierten ein tolles Studium.“ (PA06: 114)

Da habe ich keine Sorge. Ja, erst einmal wollen es ja auch nicht alle machen, zweitens können es auch nicht alle machen, weil denen vielleicht auch die Leidenschaft fürs Lernen fehlt. Also ich bin da entspannt. Ich glaube nicht, dass wir eine Verschärfung der Personalsituation im Bereich der MFAs haben, nur weil sich da jetzt ein paar Leute positionieren. Ich glaube, das kann das Berufsbild im Gegenteil noch attraktiver machen, weil man in der Lage ist, sich noch einmal selbst weiterzuentwickeln. Und auch nochmal Karrierechancen eröffnen, wo früher vielleicht die Arzthelferin wirklich ein Dead End war, karrieremäßig. Aber so kann man noch in unterschiedliche zusätzliche Versorgungsformen reinschnuppern und sich da entsprechend entwickeln. (M08: 26)

3.14.2 Teilweise Zustimmung zur These

Der gestellten Frage respektive These stimmen einige PA in Teilen zu und stellen bspw. ein wachsendes Interesse im Kolleginnen- und Kollegenkreis fest. Diese Kolleginnen oder Kollegen könnten potenziell mit dem Studium beginnen und daher aus der Praxis ausscheiden und sich ggf. eine neue Arbeitsstätte (neue Praxis oder Klinik) suchen. Sie könnten aber natürlich auch als studierte PA zu ihrer vorherigen Praxis zurückkehren. Darüber hinaus wurde die hypothetische Frage gestellt, wer den Empfang, das Telefon oder die Blutdruckmessungen übernehmen würde, wenn die Praxis nur aus Ärztinnen und Ärzten und PA bestünde. Eine Praxis brauche auch Personen, die weiterhin MFA-Aufgaben übernehmen oder laut ärztlichem Interview wenigstens eine kluge Digitalisierung. Manche Ärztinnen und Ärzte sehen das Problem nicht nur darin, dass MFA mit der Fortbildung zur PA aus der MFA-Tätigkeit herauswachsen und in diesem Bereich verloren gingen, sondern auch, dass eigentlich zusätzliche MFA gebraucht würden, damit auch den eher im ärztlichen Bereich verorteten PA zugearbeitet werden könne. Ein Potenzial zur Abwanderung in den Bereich der PA-Tätigkeit werde insbesondere bei den klugen MFA gesehen.

„Ich habe auch schon gehört, dass viele sagen, dass sie den Beruf total interessant finden und sich das auch vorstellen könnten, das nochmal zu studieren. Und das dann da vielleicht ein paar MFAs noch abwandern und nochmal studieren und dann entweder hierhin zurückkommen oder in eine andere Praxis, das denke ich schon, dass das kommt. Gerade wenn der Beruf halt nochmal so etwas populärer wird.“ (PA14: 72)

3.15 Herausforderungen (PA + Ä.-Kategorie)

Während der Interviews gehen einige PA und die Ärztinnen und Ärzte auf Herausforderungen ein, die mit der Rolle als PA in Verbindung stehen. Elf Subkategorien wurden gebildet. Zum Teil wurden Problemlagen in beiden Interviewgruppen gleichermaßen erwähnt.

Tabelle 15 – Herausforderungen aus Sicht der PA & der Ärztinnen und Ärzte

3.15 Herausforderungen aus Sicht der PA & der Ärztinnen und Ärzte
3.15.1 Akzeptanz / Anerkennung / Bekanntheit
3.15.2 Unklarheiten bei Finanzierung und Abrechnung
3.15.3 Abgrenzung zu MFA-Tätigkeiten
3.15.4 Konkurrenzsituationen
3.15.5 Balance zwischen Über- und Unterforderung / Grenzen der PA
3.15.6 Studiengebühren
3.15.7 Abhängigkeit von ärztlicher Unterstützung
3.15.8 Behandlung nach Krankheitsbildern
3.15.9 Rechtliche Unklarheiten
3.15.10 Unterschiedliche Schwerpunkte an Hochschulen
3.15.11 Sorge vor Abwerbung durch Krankenhäuser

3.15.1 Akzeptanz / Anerkennung / Bekanntheit

Eine Herausforderung stelle die geringe Bekanntheit des Berufs, insbesondere in der ambulanten Versorgung, dar. So gebe es anfangs Unklarheiten, wie die Übernahme von PA durch die Praxisinhabenden erfolgen könne. Zudem würde dem Beruf weniger Akzeptanz gegenüber gebracht, weil er noch weitestgehend unbekannt sei. Eine Verbesserung der Akzeptanz im eigenen Praxisteam könne erreicht werden, wenn die Zuständigkeiten aller Professionen klar geregelt seien und das Praxisteam zunehmend mehr Erfahrungen mit der Physician Assistant sammeln konnte.

3.15.2 Unklarheiten bei Finanzierung und Abrechnung

Bezogen auf finanzielle Aspekte wurde in den Interviews angesprochen, dass für die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber zum einen die Finanzierung der PA eine Herausforderung darstellen könne und zum anderen Unsicherheiten bei den Abrechnungsmodalitäten erbrachter PA-Leistungen bestünden (bspw. keine eigenen Abrechnungsziffern). Die Abrechnung sei insbesondere bei Überführung des Projekts in die Regelversorgung klärungsbedürftig. Einige Ärztinnen und Ärzte bekräftigten diese Aspekte und äußerten bezogen auf die Abrechnung delegierter Leistungen die Sorge, dass Krankenkassen auf die Idee kommen könnten, Leistungen nicht in gleicher Höhe zu vergüten, wenn diese durch eine PA erfolgt seien. Allgemein müsse zur Etablierung neuer Versorgungsformen, wie bspw. der Physician Assistants, die ambulante medizinische Versorgung besser vergütet werden. Zudem mache eine Ausweitung ärztlicher Leistungen wirtschaftlich erst dann Sinn, wenn diese entsprechend vergütet würden.

„Und wenn Sie einen Maler bestellen und der Maler hat sich überzeugt, dass sein Lehrling das vernünftig machen kann und der Lehrling streicht Ihnen die Wand, dann ist das so. Und dann kriegen Sie in Deutschland eine Rechnung über die erbrachte Leistung. Bei uns im Kassensystem ist das ja tatsächlich so, dass Sie

theoretisch nur einen Ultraschall abrechnen dürfen, wenn Sie selber das gemacht haben. Ich habe natürlich auch keine Arzthelferin, die jetzt einen Ultraschall machen kann, aber nichtsdestotrotz, wenn die Leistung erbracht wurde, ob das jetzt eine PA ist oder ob das ein Arzt ist, finde ich, wenn die qualitativ gleichwertig sind [...] Dann sollte man das doch auch wirklich gleichsetzen und das finde ich / genau honorieren, absolut. [...]

Aber wenn es dann um den weiteren Schritt geht, um die Diagnostik und um das, was man eigentlich noch persönliche Leistungserbringung nennt, dass man DAS, diesen Schwachsinn aus den Köpfen und aus dem Papier streicht. Und tatsächlich daraus sagt: Bitte nicht persönliche Leistungserbringung, sondern Leistungserbringung durch die PRAXIS. Die Verantwortlichkeit liegt ja trotzdem in der Praxis.“ (M05: 20)

3.15.3 Abgrenzung zu MFA-Tätigkeiten

Einige PA äußern die Sorge, sich nicht richtig von den Tätigkeitsfeldern der MFA lösen zu können und weiterhin für Aufgaben eingesetzt zu werden, die nicht mehr ihrer Qualifizierung entsprechen.

„Dass natürlich / also ich hatte erst sag ich mal ein bisschen Angst, dass man dann quasi direkt wieder so als MFA [...] Ja, abgestempelt wird, sag ich mal. Dass man halt schnell dann in diese Tätigkeiten rutscht, aber so, was ich mitbekommen hab, ist das bisher nicht der Fall.“ (PA09: 138 - 140)

3.15.4 Konkurrenzsituationen

Einige PA hatten Bedenken, wie das Praxisteam auf das neue Berufsbild reagieren würde. Es wurde die Sorge geäußert, dass ein Konkurrenzgefühl zu Kolleginnen und Kollegen in VERAH-Fortbildung entstehen könnte. Diese Sorge, begründet auf einer spezifischen Erfahrung, habe sich allerdings schnell als unbegründet herausgestellt. Eine ähnliche Situation ergäbe sich aus sich überschneidenden Aufgaben von Assistenzärztinnen und -ärzten, denen die PA die Versorgung einiger Krankheitsbilder „nicht wegnehmen“ [PA11: 20] wolle. In ärztlichem Interview wurde angegeben, dass auch die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten ausreichend Arbeit haben müssten.

„Ich dachte erst bei einer Kollegin, die hat damals die VERAH-Ausbildung gemacht zu dem Zeitpunkt und da hatte ich bisschen Bedenken, nicht dass die denkt, ich nehme ihr etwas weg. Das waren so MEINE persönlichen Bedenken. Einfach, dass ich ihr etwas wegnehme, aber das hat sich unheimlich schnell zerschlagen wieder. Weil wir uns einfach supergut ergänzen, auch mit der VERAH zusammen.“ (PA06: 102)

3.15.5 Balance zwischen Über- und Unterforderung / Grenzen der PA

Einige PA formulieren das Ziel, eine Balance zwischen Unter- und Überforderung finden zu wollen. So werde es begrüßt, wenn ihnen viele Tätigkeiten zugetraut würden, sie aber weiterhin die Möglichkeit hätten, sich bei Unsicherheiten an den Arzt / die Ärztin wenden zu können. Zudem werde die Erwartung geäußert, dass ihre Fähigkeiten nicht im Sinne eines Arztes / einer Ärztin überschätzt werden sollten, aber auch nicht, dass sie vom Wissen her, wie eine MFA eingeordnet werden. Auch die Ärztinnen und Ärzte sehen eine Herausforderung im Abwägen der fachlichen Grenzen einer PA. Beide Seiten müssten sich bewusstwerden, welche Aufgaben bzw. Krankheitsbilder eine PA ggf. überfordern könnten und wo ärztlicher Rat gefragt sei. Die Ärztinnen und Ärzte sollten sich davon überzeugen, welche Tätigkeiten übertragen werden können. Und die PA sollte rechtzeitig Bescheid geben, wenn sie ärztliche Unterstützung benötige.

„Ich glaube generell, dass ich nicht ÜBERFORDERT werde. Also dann in Richtung, als Arzt direkt angesehen werde. Gerade halt im Studium. Einfach losgelassen werde und ja aber genauso, dass ich auch nicht UNTERFORDERT werde und klein gehalten, in Führungsstrichen, als medizinische Fachangestellte, sondern halt schon auf der Position arbeiten kann, was ich lerne und studiere natürlich.“ (PA06: 13)

„Und ich glaube man muss tatsächlich / Man muss sich persönlich davon überzeugt haben, dass die Qualität einfach stimmt und dass die Dinge einfach so gesehen werden, wie sie sind. Und wenn man fünf PA hat, hat man wahrscheinlich auch fünf verschiedene Qualitätsstufen. Deswegen glaube ich, individuell einfach schauen und natürlich kann man ihr dann mehr Freiraum geben. Und man sollte aber dennoch irgendwie eine gewisse Grenze haben, wo man sagt: DAS solltest du machen und DAS solltest du nicht machen. Dann hat man ein Spielfeld und auf dem kann man sich dann bewegen. Und dann ist es für alle einfacher. Denn ich glaube, nichts ist schwieriger, als regellos da in irgendwas reinzulaufen. Dann kennt sie ihre Grenzen nicht, man selbst kennt

sie nicht und die MFAs, die übrigens da auch noch sitzen, irgendwo dazwischen, die wissen dann auch nicht, wann können sie sie rufen wann können sie sie nicht rufen.“ (M05: 44)

3.15.6 Studiengebühren

Für PA, die nicht durch ihren Arbeitgeber bei der Finanzierung des Studiums unterstützt werden, stellen die selbstgetragenen Studiengebühren eine finanzielle Belastung dar. Auch ärztseitig werde kommentiert, dass die Möglichkeiten der Mitfinanzierung des Studiums überlegt werden sollten, da sich einige MFA das Studium ansonsten nicht leisten könnten.

3.15.7 Abhängigkeit von ärztlicher Unterstützung

Eine weitere Herausforderung bestehe in der Abhängigkeit von ärztlicher Unterstützung aufgrund der Arbeit in Delegation. Bei Zeit- und Ressourcenknappheit von betreuenden Ärztinnen und Ärzten könnten Stagnationsängste bezogen auf die persönliche Entwicklung und Sorgen im Hinblick auf fehlende Unterstützung entstehen.

„Doktor [XXX] hat aber so viel Arbeit, dass ich jetzt Angst habe, dass ich so ein bisschen auf der Strecke bleibe. Weil es ist ja nun mal so, dass ist ein Beruf, der nach Delegation arbeitet. Und hat man nicht einen, der sich da reinhängt und guckt und macht und tut, habe ich Sorge, dass dieses Berufsbild dann verlangsamt oder auch andere PA dadurch, ja, nicht das bekommen, was sie wollen.“ (PA11: 38)

3.15.8 Behandlung nach Krankheitsbildern

Als ein weiterer herausfordernder Aspekt wird die Vorgabe erwähnt, nach Krankheitsbildern zu behandeln. Hier bestehe die Schwierigkeit, dass anhand von Symptomen nicht sofort eindeutig sei, ob die Erkrankung in jedem Fall von dem Arzt / der Ärztin behandelt werden müsse oder die Visite von der PA übernommen werden könne.

„Wobei ich da einen Kritikpunkt auch äußern muss, an die KV. Die sagen immer so leicht, ja, die PA soll nach Krankheitsbildern behandeln. Aber wenn ein Patient kommt mit Kopfschmerzen, dann wissen wir nicht, was da rauskommt. Wir hatten einen Patienten, der hat gesagt, er hat einen Pickel am Bein, wo wir gesagt haben, ok, können wir uns angucken. Der hatte hinterher ein Ulkus von 10 Zentimetern. Das war mehr als ein Pickel. Und da sehe ich die Schwierigkeit wirklich. Und das Telefon klingelt in einer Tour. Man kann nicht eine große Anamnese am Telefon machen, um zu gucken, ist das jetzt PA oder ist das Arzt? Also da muss man so ein bisschen dran arbeiten und das einfach für die Praxis noch etablieren.“ (PA11: 32)

3.15.9 Rechtliche Unklarheiten

In ärztlichen Interviews werden Unklarheiten beschrieben, welche Leistungen sicher zu den delegierbaren Leistungen zählen und welche Leistungen unabdingbar durch Ärztinnen und Ärzte erbracht werden müssen. Das Thema Berufshaftpflicht schaffe ebenfalls Verunsicherungen sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten als auch bei den Versicherungen. Eigentlich dürfe es sich aber nicht um komplettes Neuland handeln, da PA schon etwas länger in Krankenhäusern tätig seien und es sich lediglich um eine Überführung in den ambulanten Sektor handele.

„Ich habe immer so ein bisschen das Problem, wie weit kann / dürfte ich sie einsetzen. Jetzt auch vom Gesetz her. Das ist mir noch so ein bisschen alles etwas suspekt. Wie weit kann ich gehen. Sie hatte mich zum Beispiel neulich auch gefragt, wie ist das, wenn ich einen Hausbesuch mache, darf ich impfen? Im Prinzip konnte ich da jetzt noch nicht so ganz so viel zu sagen. Weil ich weiß zum Beispiel nicht, wie das gesehen wird, vom Gesetz her auch. Was ist, wenn da jetzt einer einen anaphylaktischen Schock bekommt oder so? Wo sind da unsere Grenzen? Das fehlt mir noch. Das geht von der Abrechnung angefangen bis hin – es gibt ja zum Beispiel im Ausland, da ist es auch so, dass solche PA, oder wie immer die sich dann da nennen, auch Sonos und so machen. Ich glaube, bei ihr ist eher so beschränkt, dass man sie anleitet, auf einem Bauchaortenaneurysma zu sonografieren oder so. Was ist zum Beispiel mit der Schilddrüse? Da braucht ja sogar ein Arzt eine Sondergenehmigung für, eine Fortbildung oder eine Bescheinigung. Wo stehen wir da? Das ist so das, was uns noch so ein bisschen umtreibt.“ (M02: 26)

„Und ich habe da die Befürchtung, dass dann wieder irgendwer auf die Idee kommt, bloß nicht Entlastung für die Ärzte, dann kürzen wir denen [PA] mal was, und das dürfen sie nicht und das dürfen sie nicht. Was ich im Moment so super daran finde, ist, dass es so unbürokratisch ist. Also ich mache da jetzt kein großes Tamtam daraus, ob das jetzt ein Arzt oder ein PA ist. Aber rechtlich gesehen weiß ich nicht. Es ist immer so, wenn einer anfängt irgendwelche Haare in der Suppe zu suchen, der wird etwas finden. Und das ist so meine Sorge für die Zukunft.“ (M07: 28)

3.15.10 Unterschiedliche Schwerpunkte an Hochschulen

Hinsichtlich der Spezialisierung / Universalität des PA-Studiums waren einige Ärztinnen und Ärzte geteilter Meinung über die Optimierungsmöglichkeiten. Sie waren sich allerdings einig, dass manche schwerpunktmäßig ausgebildete PA nicht optimal in die hausärztliche Praxis passe. Zum einen wurde vorgeschlagen, die Studiengänge zu vereinheitlichen, damit prinzipiell jede PA auch im hausärztlichen Bereich eingesetzt werden könne. Zum anderen werde betont, dass PA angepasst an die jeweilige Fachdisziplin weitergebildet und ausschließlich entsprechend dieser Spezialisierung integrierbar sein sollten.

3.15.11 Sorge vor Abwerbung durch Krankenhäuser

Einige Ärztinnen und Ärzte äußern die Sorge, dass sie ihre PA an finanzkräftigere Krankenhäuser verlieren könnten. Um die PA auf langfristige Sicht zu binden, wurden deshalb auch Gehaltsanreize gesetzt.

3.16 Ratschläge / Empfehlungen / Optimierungsmöglichkeiten

(PA-Kategorie)

In der 16. und damit letzten Hauptkategorie werden Hinweise zusammengetragen, die sich in Form von Ratschlägen, Empfehlungen oder Optimierungsmöglichkeiten an andere PA richten oder Lösungsmöglichkeiten für zuvor beschriebene Herausforderungen darstellen können. Vier Subkategorien wurden identifiziert.

Tabelle 16 – Ratschläge / Empfehlungen / Optimierungsmöglichkeiten

3.16 Ratschläge / Empfehlungen / Optimierungsmöglichkeiten

3.16.1 Mentoring / Einarbeitung

3.16.2 Aufklärung leisten

3.16.3 Tätigkeitsbereiche / SOPs definieren

3.16.4 Eigeninitiative zeigen

3.16.1 Mentoring / Einarbeitung

Einige PA betonen die hohe Relevanz einer guten Einarbeitung durch die Ärztinnen und Ärzte und die Verfügbarkeit von Mentoren. Die Mentorin oder der Mentor sollten ein Auge darauf haben, ob die PA in ihrem Lernfortschritt weiterkomme. Weiterhin werde vorgeschlagen, ein schriftliches Einarbeitungsprogramm („Katalog“ [PA14:76]) für die Arbeit in der akuten Medizin der vertragsärztlichen Praxis zu entwerfen.

„Also was man noch sagen könnte, ist, dass die Einarbeitung von PA in Zusammenarbeit mit den Ärzten halt superwichtig ist. Und man da nicht sagen kann, die sind nach zwei Monaten komplett einsatzfähig. Im Studium ist halt alles auf ganz viele Fachbereiche aufgeteilt. Wir schneiden jede Fachabteilung einmal kurz an und da kann man halt nicht alles wissen. Und wenn man dann halt in eine Facharztpraxis oder zum Hausarzt kommt, muss der Arzt sich halt Zeit nehmen und die PA gut einarbeiten. Dass die dann halt auch ein Feingefühl dafür entwickelt. Das ist halt nicht mit zwei Monaten getan, sondern braucht schon bisschen länger. Ein Facharzt braucht ja auch lange, bis er wirklich alleine tätig sein kann. Und das ist beim PA halt auch nicht anders.“
(PA04: 81)

3.16.2 Aufklärung leisten

In den Interviews wird an einigen Stellen beschrieben, wie wichtig die Aufklärung über die Rolle der PA in der Praxis sei. Dies betreffe sowohl die Aufklärung gegenüber dem Praxisteam als auch die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten. Letztere könnten bereits am Telefon über die Versorgung durch eine Assistenzstelle informiert und ihre Haltung hierzu abgefragt werden. Das Praxisteam könne bereits vor Arbeitsbeginn der PA über die neue Funktion unterrichtet werden.

„Die wurden dahingehend auch vorab, also vor meiner Einstellung eigentlich schon informiert, was das Berufsbild überhaupt ist, was ich darf, wofür ich da bin, dass ich zum ÄRZTLICHEN Team gehöre und genau, das läuft eigentlich sehr gut.“ (PA15: 93)

3.16.3 Tätigkeitsbereich / SOPs definieren

Als weitere Optimierungsmöglichkeit wurde beschrieben, dass die Aufgabenbereiche der verschiedenen Berufsbilder in der Vertragsarztpraxis klar definiert und (die Aufgabenbereiche der PA) in Kompetenzkatalogen festgehalten werden sollten. Dies schaffe dann Struktur bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch die PA.

„Ja also allgemein ist das natürlich so, dass der Beruf echt noch sehr neu ist. Gerade auch noch so im akuten Bereich. Und da würde man sich vielleicht nochmal wünschen, also wahrscheinlich nicht nur ich, sondern auch die Ärzte die allgemein mit PA arbeiten, dass es dann natürlich nochmal genauere Sachen gibt, wie zum Beispiel was genau darf der PA jetzt. Diesen Kompetenzkatalog irgendwie ein bisschen, ja, klarer zu definieren.“
(PA14: 76)

3.16.4 Eigeninitiative zeigen

Zum Abschluss an diese Hauptkategorie wird ein Appell aufgeführt, der sich an andere PA in Vertragsarztpraxen richtet. Darin wird betont, dass die PA viel Eigeninitiative aufbringen müssten, damit die Ärztinnen und Ärzten über die einzelnen Fähigkeiten und Wissensstände aufgeklärt werden und entsprechend delegierbare Tätigkeiten übernommen werden können.

„Aber zu den PA muss man noch sagen, die müssen ganz viel Eigeninitiative zeigen. Weil ich habe auch oft gesagt, he, ich kann das auch, oder soll ich das mal machen? Und bei den Ärzten, die wissen das oft nicht. Die wissen ja gar nicht, was man in der Uni gelernt hat. Das ist nicht so wie eine MFA, so, die ist fertig ausgebildet, das kann man der zutrauen. Wir müssen aktiv zeigen, was haben wir gelernt, was können wir und man muss natürlich auch viel zu Hause nochmal nachlernen und nachgucken. Das würde ich mir einfach auch wünschen, dass das in anderen Praxen umgesetzt wird.“ (PA11: 38)

4 Diskussion

Die interviewten Physician Assistants möchten patientennah und eigenverantwortlich arbeiten und begreifen das Studium als Aufstiegschance mit medizinisch-anwendungsorientiertem Schwerpunkt. Die Vertragsarztpraxis wurde dem Krankenhaus u.a. deshalb als Arbeitsort vorgezogen, weil dort geregelte Arbeitszeiten, kein Wochenend-, Feiertags- oder Schichtdienst, abwechslungsreiche Krankheitsbilder und kleine, familiäre Strukturen vorzufinden seien. Im Wettbewerb um Fachkräfte sollten sich KVen und Praxen auf diese Stärken besinnen, um einerseits neues Personal für den ambulanten Versorgungsbereich zu gewinnen und andererseits durch neue Perspektiven motivierte Fachkräfte zu binden. Die interviewten Ärztinnen und Ärzte versprechen sich von der Anstellung vorrangig Entlastung, einen zeitlichen Zugewinn für komplexe Fälle bzw. den ärztlichen Alltag sowie eine Abmilderung des Defizits an ärztlichen Kräften. Neben der vielfältigen Vor- und Nachbereitung der Patientinnen und Patienten gehören die Übernahme von Sprechstunden einschließlich der Anamneseerhebung und die Durchführung diagnostischer Maßnahmen zum Repertoire der PA. MFA-Tätigkeiten werden zum Teil ebenfalls übernommen. Die ärztliche Expertise wird u. a. bei Unsicherheiten, auffälligen Befunden und zum „Absegnen“ von Therapievorhaben hinzugezogen. Besteht patientenseitig der Wunsch nach ärztlicher Behandlung wird diesem selbstverständlich stattgegeben. Mit der Einstellung der PA berichten einige Ärztinnen und Ärzte bereits in der Anfangszeit über tatsächlich wahrnehmbare Entlastung und die Fokussierung ihrer Tätigkeit auf die Therapieentscheidung und -einleitung. Im Praxisgefüge reiht sich die PA als Bindeglied und ergänzende Ansprechperson für MFA und Ärztinnen und Ärzte ein, sie wird jedoch oftmals der ärztlichen Ebene zugeordnet. Mit der Auswahl der Vertragsarztpraxis aus Sicht der PA und mit der Entscheidung für die Anstellung einer PA aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte sowie mit der Arbeitsweise in der Anfangsphase sind alle Beteiligten zufrieden.

Für eine gelungene Implementierung von PA in Vertragsarztpraxen kristallisieren sich in den Interviews mehrere Einflussfaktoren heraus. Eine frühzeitige Aufklärung des eigenen Teams über das neue Berufsbild scheint wesentlich und kann bereits vor Arbeitsantritt der PA erfolgen. Das Rollenverständnis, mit der Beschreibung von Aufgabenüberschneidungen und Unterschieden zu weiteren Akteuren der Praxis, sollte auch vor dem Hintergrund berichteter Sorgen vor möglichem Konkurrenzdenken bspw. gegenüber VERAH oder Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung geklärt werden. Trotz unterschiedlicher Tätigkeitsprofile zwischen MFA (primär Administration) und PA (primär direkte Patientenversorgung), die in den Interviews deutlich gemacht wurden, können Konflikte zwischen diesen Beschäftigtengruppen auftreten. Insbesondere dann, wenn die oftmals jüngeren PA auf Zuarbeiten von erfahreneren MFA angewiesen sind. Eine solche fehlende Unterstützung und Akzeptanz durch das Praxisteam sowie die unzureichende Kommunikation der neuen Rolle wurden u.a. als Gründe für die Kündigung einer PA in der Probezeit genannt und unterstreichen deren Wichtigkeit. Diese Informationen stammen aus nachträglichen Gesprächen der PA und der Praxis mit der Projektbegleitung der KVWL, sie wurden dem Evaluationsteam mitgeteilt. Eine ausführliche Aufklärung über das neue Berufsbild wird zudem bereits in anderen Publikationen empfohlen [3, 26].

Eine weitere mögliche Konkurrenzsituation, für die eine klare Kommunikationsstrategie benötigt wird, ergibt sich vor allem aus dem Vergleich mit den Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (WBÄ). Deren Tätigkeitsspektrum weist deutliche Überschneidungen zu dem der PA auf, abhängig vom Qualifikations- und Erfahrungsniveau. Eine Abgrenzung beider Akteure erweist sich vor allem dann als schwierig, wenn sich die Einarbeitung der PA an dem Einarbeitungsmuster von WBÄ orientiert [3, 16]. Unterschiede werden lediglich aufgrund umfangreicherer Befugnisse der WBÄ im Vergleich mit den PA deutlich. Hierzu zählen die Übernahme von Tätigkeiten mit Arztvorbehalt oder ärztlichen Kernaufgaben im Gegensatz zu der Begrenzung der PA-Tätigkeiten auf Vorbereitung und Unterstützung [16]. Eine Einschränkung oder gar das Entfallen von Versorgungsmöglichkeiten bei WBÄ durch die Einstellung von PA dürfe aus Sicht der Ärzteverbände nicht geschehen [4]. Den Aussagen in einigen Interviews zufolge

zielt die Beschäftigung von PA ausdrücklich nicht auf das Wegnehmen von Arbeit für WBÄ ab. Die sinnvolle Arbeitsteilung und Aufsicht obliegt den Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern.

Beide Interviewgruppen betonten gleichermaßen die Relevanz einer Zuordnung der neuen Rolle zum ärztlichen Team. Dies entspricht auch der Charakterisierung des Berufsbilds durch BÄK und KBV [4]. Damit verbunden sind nach Aussagen in den Interviews auch wirtschaftliche Überlegungen, da aufgrund höherer Lohnkosten für PA der Kostendruck für die Praxis steigt, sollten PA vermehrt MFA-Tätigkeiten ausüben. Für die ärztlich zugeordneten PA fallen daher oftmals keine MFA-Tätigkeiten mehr an. Eine solche Freistellung von MFA-Aufgaben wird jedoch nicht aus jeder Praxis berichtet. Im Gegenteil, es wird erwähnt, dass die Übernahme von MFA-Aufgaben durch die PA manchmal ebenso notwendig sei. Ein Grund hierfür ist die personelle Unterbesetzung durch MFA. In diesem Fall scheint eine Flexibilität der PA erforderlich, trotz ihres eigentlich eindeutig ärztlich definierten Einsatzbereichs.

Die gründliche Einarbeitung und ein begleitendes Mentoring (Supervision) sind aus Sicht beider Interviewgruppen ebenfalls von Bedeutung. Dies deckt sich erneut mit anderen Veröffentlichungen zu fördernden und hemmenden Faktoren der Integration von PA in die Primärversorgung [3, 26, 27]. Durch das Begleiten der Ärztinnen und Ärzte können sich die PA mit Untersuchungstechniken und ggf. individuellen ärztlichen Vorgehensweisen vertraut machen und die eigenen Fähigkeiten unter Beweis stellen. Der Bedarf einer gezielten Einarbeitung in das ambulante Praxisgeschehen ist auch der Tatsache geschuldet, dass das PA-Studium breit gefächert ist und sich oftmals erst mit Tätigkeitsbeginn auf ein Fachgebiet wie z. B. die Allgemeinmedizin kondensiert. Eine Ausnahme stellt dabei der Studienschwerpunkt „hausärztlich-ambulante Medizin“ an der Hochschule Sachsen-Anhalt dar [16]. Eine derartige Ausrichtung des häufig klinisch ausgelegten PA-Studiums durch das Vertiefen ambulant-medizinischer Ausbildungsinhalte erscheint grundsätzlich ausbaufähig.

Die Interviews verdeutlichen, dass die an die PA delegierten Aufgaben stark von deren spezifischem Wissen, der Vorausbildung, dem Bedarf in der Praxis und dem Einarbeitungsstand abhängen. Folglich lässt sich nicht pauschal sagen, dass alle PA in den Vertragsarztpraxen die gleichen Tätigkeiten ausüben. Gleichwohl stimmen die anhand bestehender Konzeptpapiere vorgesehenen Einsatzbereiche mit den tatsächlichen Einsatzbereichen für PA weitestgehend überein [4]. Im Versorgungsalltag kommt es den Interviewten zufolge aber auch zu Unklarheiten in Bezug auf die Grenzen der Delegation. Unter anderem wurde die Übernahme von Impfungen während Hausbesuchen angesprochen. In einem Manuskript von BÄK und KBV aus dem Jahr 2008 werden die Möglichkeiten und Grenzen der Delegation an nichtärztliches Personal definiert [28]. Hinsichtlich Impfungen wird dort beschrieben, dass deren Durchführung delegierbar ist, jedoch die Erhebung der Impfanamnese und die Aufklärung zu den höchstpersönlichen Leistungen der Ärztin oder des Arztes zählen und damit nicht delegierbar sind. Da die PA im häuslichen Umfeld auch ohne die Ärztin oder den Arzt tätig sind, wäre eine Erbringung der Leistung nur denkbar, wenn die Aufklärung vorab stattfand oder während des Besuchs ein digitales Tool oder ein Telefon zu Hilfe genommen wird. Generell zählt auch die Anamneseerhebung zur höchstpersönlich zu erbringenden ärztlichen Leistung und darf nur als vorbereitende Tätigkeit an nichtärztliches Personal delegiert werden [28]. Für den Einsatz von PA in der Praxis stellt sich die Frage, ob jede Patientin und jeder Patient, die von einer PA anamnestisch befragt werden, tatsächlich noch einmal die Ärztin oder den Arzt konsultieren müssen oder ob dieses Verfahren unpraktikabel ist. Der Kompetenzkatalog von BÄK und KBV bietet Orientierung, welche Tätigkeiten selbständig durchgeführt werden dürfen und welche bei Delegation überwacht werden müssen [4]. Auf dieser Basis lässt sich ein individueller Kompetenzkatalog für die PA – oder ein SOP-Katalog, wie in den Interviews beschrieben und gewünscht – je nach Fachwissen, Fähigkeiten und Bedarf in den einzelnen Praxen erstellen.

Um eine Verstetigung der Tätigkeit von PA in vertragsärztlichen Praxen zu erreichen, sind gemäß der Meinung der Interviewten, ebenso wie aufgrund der Forschungsliteratur, auch eine weitere Klärung von Finanzierung und Abrechnung erforderlich [3, 16, 26]. Ein Vorschlag aus den Interviews in diesem Zusammenhang war, nicht mehr die persönliche Leistungserbringung der Ärztin oder des Arztes zur Abrechnungsvoraussetzung zu machen, sondern die Leistungserbringung durch die Praxis allgemein. Hierzu sei erneut auf das Zitat auf S. 41 f. verwiesen. Die Andeutung einer Abstufung lässt sich auch im bereits erwähnten Konzeptpapier zu PA wahrnehmen. Dort heißt es, dass die persönliche Leistungserbringung ein wesentliches Merkmal der ärztlichen Tätigkeit sei, allerdings nicht jede Leistung höchstpersönlich erbracht werden müsse [4].

Die vorliegenden Interviews haben subjektive Realitäten erfasst, weshalb voneinander abweichende, sich widersprechende Meinungsäußerungen auftreten können [20]. Nachfolgend werden beobachtete Widersprüche diskutiert. An den vorherigen Absatz anknüpfend, ließen sich Unterschiede in der Tätigkeitsübertragung feststellen. Von einigen Interviewteilnehmenden wurden delegierte Tätigkeiten beschrieben, die von anderen kategorisch ausgeschlossen wurden (Check-Ups, Akutsprechstunde). Dies kann in unterschiedlichem Verständnis dieser Tätigkeiten begründet sein, es kann allerdings auch Handlungsbedarf bei der Präzisierung des Kompetenzkatalogs aufzeigen.

Mit der Einführung der PA-Rolle in die vertragsärztliche Praxis ist oftmals die Entstehung einer weiteren Hierarchieebene zwischen Arzt/Ärztin und MFA verbunden (PA = „Bindeglied“). Diese Abgrenzung zu den MFA wird nicht von allen, allerdings von einer Mehrheit der PA unterstützt. Für die zukünftige Forschung wäre es interessant zu untersuchen, wie sich die Eingliederung der PA auf die Stimmung des Praxisteamns insbesondere aus Sicht der MFA auswirkt.

Ungewollt führte die Interpretation einer Frage⁴ des Interviewleitfadens zu Überlegungen, ob die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Praxispersonal den eigenen Berufsstand gefährde. Dieselben ärztlichen Interviewpartner, die diese Befürchtung äußerten, lehnten sie auch entschieden ab. Sie hielten es für abwegig, dass PA Ärztinnen oder Ärzte ersetzen, solange die Letztverantwortung für Diagnose und Therapie in ärztlicher Hand bleibt. Vielmehr wird beschrieben, dass die Tätigkeiten der PA eine Ergänzung darstellen, von der die gesamte Praxis profitiert. Initiale Skepsis und ärztliche Vorbehalte wurden auch in englischen Fokusgruppen, mit Personen der ärztlichen Primärversorgung, denen die Rolle der PA unbekannt war, beobachtet. Sie wichen aber einer Anerkennung für den Mehrwert, den die Rolle mit sich bringt [27].

In den ärztlichen Interviews werden verschiedene Ziele mit der Einstellung einer PA verbunden. Dabei werden auch zwei gegensätzliche Ziele genannt. Zum einen, dass mit Hilfe der PA das hohe Patientenaufkommen bewältigt und die Ärzteschaft entlastet werden soll. Zum anderen, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten weiter erhöht und mehr Krankheitsfälle behandelt werden sollen. Die Gründe für den Einsatz von PA scheinen daher vielfältig und abhängig vom praxisindividuellen Nutzen. Beide Ziele müssen sich aber nicht zwingend widersprechen. Eine qualitative Studie aus den Niederlanden, die die Gründe von Ärztinnen und Ärzten für die Anstellung von PA in allgemeinärztlichen Praxen untersucht hat, weist ebenfalls auf Entlastungsmöglichkeiten und die Leistungsausweitung hin. Die Auslagerung leichterer Fälle an die PA und Erhöhung der Versorgungsqualität decken sich u.a. mit den hier vorgestellten Ergebnissen [29].

Bezogen auf die PA-Studiengänge sind einige ärztliche Teilnehmende der Meinung, dass nicht jede schwerpunktmäßig ausgebildete PA optimal in eine hausärztliche Praxis passt. Uneinigkeit herrscht jedoch bei den möglichen Lösungsansätzen. Einerseits wird vorgeschlagen, eine an die jeweilige Fachdisziplin weitergebildete PA ausschließlich entsprechend dieser Spezialisierung für die Integration in die jeweiligen Praxen vorzusehen. Andererseits wird erwogen, Studiengänge so zu vereinheitlichen, dass PA unabhängig ihres Abschlusses an einer bestimmten Hochschule in jeder Hausarztpraxis

⁴ „Wie sehen oder verstehen Sie Ihre Rolle in der Praxis, nachdem Sie nun eine/n Physician Assistant angestellt haben?“

eingesetzt werden können. Eine Vereinheitlichung der Curricula wird auch an anderer Stelle gefordert [16].

Dass sich aufgrund des neuen Berufsbilds der Mangel an MFA verschärft, wird in den Interviews mehrheitlich als unzutreffend eingeschätzt. Im Gegenteil wird eher vermutet, dass die dann weitergebildeten MFA dem ambulanten Versorgungssystem nicht verloren gehen, sondern an anderer Stelle mit direkter arztendlastender Funktion weiter eingesetzt werden können. Durch die Perspektive auf ein Studium lasse sich die Attraktivität zur Ausbildung als MFA möglicherweise sogar erhöhen.

5 Stärken und Limitationen

Die vorliegende Studie untersucht unseres Wissens erstmals in Deutschland den Einsatz von Physician Assistants in vertragsärztlichen Praxen. Die qualitative Forschungsmethodik mittels telefonischem Leitfadenterview ist gut geeignet, um einen tiefgehenden, ersten Einblick während der Einführungsphase des neuen Berufsbilds in die ambulante Versorgung zu erhalten und damit verbundene persönliche Erfahrungen und Sichtweisen zu extrahieren [18]. Durch die mündliche Befragung anstelle einer schriftlichen lassen sich zu einzelnen Fragen mehr Informationen in kürzerer Zeit generieren [19].

Die Teilnahme am Interview wurde von einer ärztlichen Person ohne bekannte Gründe abgelehnt und das bereits durchgeführte Interview mit einer PA aufgrund einer fehlenden schriftlichen Einverständniserklärung von der Analyse ausgeschlossen. Insofern sind zwei Drop-Outs bei der Evaluation zu verzeichnen, die auch auf mehrmaliges Nachfragen hin nicht begründet wurden.

Weil die Anzahl der durchzuführenden Interviews aufgrund der begrenzten Teilnehmendenzahl im Projekt festgelegt war, wurde nicht explizit auf das Erreichen einer theoretischen Sättigung abgezielt. Während der Datenanalyse erweckte die Anzahl redundanter bzw. konsistenter Antworten und beständiger Haupt- und Subkategorien allerdings den Eindruck, dass eine inhaltliche Sättigung erreicht werden konnte. Die Interviewergebnisse sind allerdings auf wirtschaftlich gut aufgestellte Praxen beschränkt.

Bei einzelnen Fragen, wie z. B. zur Zufriedenheit mit der Arbeit, lassen sich Verzerrungen durch die Interviewsituation nicht auszuschließen. Telefonische Befragungen gelten im Vergleich zu persönlich-mündlichen Befragungen durch soziale Erwünschtheit und das Vermeiden einzelner Angaben eher als verzerrt [30]. Telefoninterviews bieten allerdings eine größere Anonymität als das persönliche Interview und sind forschungsökonomisch vorteilhaft, durch einen geringeren zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand sowie die geografische Flexibilität [19]. Zudem kann sich das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Praxisinhaber / Praxisinhaberin und Angestellter / Angestelltem oder der KV als Projektpartnerin und Finanziererin trotz unabhängig voneinander durchgeführten Interviews auf das Antwortverhalten ausgewirkt haben. Nichtsdestotrotz wird in der methodischen Forschungsliteratur beschrieben, dass nicht davon auszugehen ist, dass in Interviewsituationen bewusst gelogen wird [20]. Im spezifischen Erzählaugenblick werden subjektive Wahrheiten beschrieben, bei denen Inhalte ausgeschmückt oder weggelassen, zugespitzt oder abgemildert werden [20].

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Entscheidungsgründe für das PA-Studium	12
Tabelle 2 – Entscheidungsgründe für die Vertragsarztpraxis	14
Tabelle 3 – Erwartungen an die eigene Entwicklung.....	16
Tabelle 4 – Einstellungsgrund und Erwartungen an die Anstellung	17
Tabelle 5 – Tätigkeitsfelder der PA (aktuell und vorstellbar & [Ausschluss]).....	19
Tabelle 6 – Zusammenarbeit im Praxisteam.....	23
Tabelle 7 – Vergleich mit anderen Professionen der Praxis.....	26
Tabelle 8 – Rolle der PA in der Praxis.....	28
Tabelle 9 – Auswirkungen der PA auf den Praxisablauf / auf die ärztliche Rolle.....	30
Tabelle 10 – Reaktion der Kolleginnen und Kollegen auf die PA-Rolle	33
Tabelle 11 – Patientensicht auf die PA.....	35
Tabelle 12 – Zufriedenheit mit der Berufswahl	37
Tabelle 13 – Bewertung der Einstellungsentscheidung einer PA	38
Tabelle 14 – Verschärfung des MFA-Mangels durch Umorientierung zur PA.....	39
Tabelle 15 – Herausforderungen aus Sicht der PA & der Ärztinnen und Ärzte	41
Tabelle 16 – Ratschläge / Empfehlungen / Optimierungsmöglichkeiten	45

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Die 7 Phasen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädicker (2022)	10
---	----

8 Literaturverzeichnis

1. Merkle F, Ritsema TS, Bauer S, Kuilman L. The physician assistant: Shifting the Paradigm of European medical practice? *HSR Proc Intensive Care Cardiovasc Anesth* 2011; 3: 255–262
2. Heistermann P, Günther H-J, Heilmann C et al. A cross-sectional survey of German PA employment and workforce entry. *JAAPA* 2022; 35: 45–49
3. Hunfeld D, Busch D, Kurscheid C, Meyer T. Implementierung von Physician Assistants in deutsche Gesundheitseinrichtungen. *Phys Assist* 2023; 4: 68–73
4. Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Physician Assistant - Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen. 2017.
5. Robert Koch-Institut. Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? 2015;
6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. 2014.
7. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Gesundheitsdaten - Niederlassungsmöglichkeiten bestehen vor allem für Hausärzte. 2022. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17017.php> (letzter Zugriff am 27.02.2024)
8. Günther H-J, Bader C, Erlenberg RM et al. Von AGnES bis PA — Arztassistentenberufe in Deutschland: Wer hat noch den Überblick? *MMW - Fortschritte Med* 2019; 161: 21–30
9. Lübking U. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. *Gesundh- Sozialpolitik* 2020; 74: 8–15
10. Van Den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2019; 62: 1129–1137
11. Mußnug T, Mangiapane S, Czihal T. Perspektiven einer hausärztlichen Fokusgruppe auf die Einführung von Community Health Nurses. *ZFA Online* 2022;
12. Lack A, Saddik M, Engels P, Lethbridge S, Nenshi R. The emergence of the physician assistant role in a Canadian acute care surgery setting. *Can J Surg* 2020; 63: E442–E448
13. Ranzenbach EA, Poa L, Puig-Palomar M et al. The safety and efficacy of physician assistants as first assistant surgeons in cardiac surgery: *J Am Acad Physician Assist* 2012; 25: 52
14. Hollenbeck BK, Kaufman SR, Oerline M et al. Effects of Advanced Practice Providers on Single-specialty Surgical Practice. *Ann Surg* 2023; 277: e40–e45
15. Starck C, Beckmann A, Böning A et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie zum Einsatz von Physician Assistants in der Herzchirurgie. *Thorac Cardiovasc Surg* 2022; 70: 136–142
16. Meyer-Treschan T, Busch D, Farhan N et al. Welchen Beitrag können Physician Assistants zur Gesundheitsversorgung leisten? Eine Abgrenzung zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 2021; 164: 15–22
17. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KV WL). Physician Assistant (PA). 2023. <https://www.kvwl.de/themen-a-z/physician-assistant> (letzter Zugriff am 23.02.2024)
18. Flick U. Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2019: 473–488

19. Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollst. überarb. Aufl Berlin: Springer, 2016
20. Helfferich C. Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2019: 669–686
21. Etikan I. Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. Am J Theor Appl Stat 2016; 5: 1
22. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007; 19: 349–357
23. Bogner A, Littig B, Menz W. Interviews mit Experten: eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS, 2014
24. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage Marburg: Eigenverlag, 2018
25. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage Weinheim Basel: Beltz Juventa, 2022
26. Schillen P, Dehnen A, In Der Schmitt J et al. Physician Assistants als Zukunftsmodell in der hausärztlichen Versorgung – Erfahrungen, Bedarfe, Potenziale und Hürden. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen 2023; 182–183: 44–52
27. Jackson B, Marshall M, Schofield S. Barriers and facilitators to integration of physician associates into the general practice workforce: a grounded theory approach. Br J Gen Pract 2017; 67: e785–e791
28. Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Persönliche Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. 2008. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Empfehlungen_Persoenliche_Leistungserbringung.pdf (letzter Zugriff am 29.02.2024)
29. Van Der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract 2017; 18: 16
30. Hufken V. Telefonische Befragung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2019: 757–768

9 Anhang

9.1 Leitfadenfragen Ärztinnen und Ärzte

1. Weshalb haben Sie sich dazu entschieden, eine/n Physician Assistant anzustellen?
2. Welche Erwartungen haben Sie an die PA? Konkrete Aufgabenfelder müssen hierbei nicht benannt werden.
3. Wie sieht aktuell ein typischer Arbeitstag für den/die Physician Assistant aus?
4. Welche Aufgabenfelder sehen Sie darüber hinaus für die PA und
 - a. wie unterscheiden sich diese von Ärztinnen und Ärzten?
 - b. wie unterscheiden sich diese von anderem Praxispersonal (MFA etc.)?
5. Gibt es Situationen, in denen Sie als Arzt/Ärztin von dem/der PA in die Untersuchungen der Patientinnen und Patienten einbezogen werden?
 - a. Wenn ja, aus welchen Gründen?
 - b. *Falls noch nicht genannt / noch nicht darauf bezogen:*
Sehen Sie hierbei einen Unterschied zwischen der Anfangsphase (Supervision) und perspektivisch in einigen Monaten?
6. Wie sehen oder verstehen Sie Ihre Rolle in der Praxis, nachdem Sie nun eine/n Physician Assistant angestellt haben? (*ggf. vorher/nachher*)
7. Wie verstehen Sie die Rolle des/der PA in der Praxis vor allem im Zusammenspiel mit den anderen Mitarbeitenden und Ihnen als Praxisinhaber:in? (*Unterschiede/Gemeinsamkeiten*)
8. Wie wird die neue Rolle des/der PA in der Praxis von den Kolleginnen und Kollegen angenommen?
9. Wie zufrieden sind Sie aktuell
 - a. mit der Entscheidung eine/n PA angestellt zu haben?
 - b. mit der Arbeit der/des PA in der Anfangsphase?
10. Wie stehen Sie zu dem Gedanken, dass sich die Suche nach MFA durch mögliche Abwanderung von MFA in Richtung des neuen Berufsfeldes Physician Assistant verschärfen könnte?
11. Gibt es abschließend noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

9.2 Leitfadenfragen Physician Assistants

1. Weshalb haben Sie sich für das Studium ‚Physician Assistant‘ entschieden?
2. Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Tätigkeit in einer Vertragsarztpraxis? Konkrete Aufgabenfelder müssen hierbei nicht benannt werden.
3. Haben Sie vorher im klinischen Bereich gearbeitet? Wenn dies so war, weshalb haben Sie in die vertragsärztliche Praxis / den ambulanten Bereich gewechselt?
4. Wie sieht aktuell ein typischer Arbeitstag für Sie aus?
5. Welche Aufgabenfelder sehen Sie darüber hinaus für sich in der Praxis und
 - a. wie unterscheiden sich diese von Ärztinnen und Ärzten?
 - b. wie unterscheiden sich diese von anderem Praxispersonal (MFA etc.)?
6. Gibt es Situationen, in denen Sie den Arzt/die Ärztin in die Untersuchungen der Patientinnen und Patienten einbeziehen?
 - a. Wenn ja, aus welchen Gründen?
 - b. *Falls noch nicht genannt / noch nicht darauf bezogen:*
Sehen Sie hierbei einen Unterschied zwischen der Anfangsphase (Supervision) und perspektivisch in einigen Monaten?
7. Wie sehen oder verstehen Sie Ihre Rolle in der Praxis?
8. Wie verstehen Sie Ihre Rolle in der Praxis vor allem im Zusammenspiel mit den anderen Mitarbeitenden und der/dem Praxisinhaber:in? (*Unterschiede/Gemeinsamkeiten*)
9. Wie wird Ihre neue Rolle in der Praxis von den Kolleginnen und Kollegen angenommen?
10. Wie zufrieden sind Sie aktuell
 - a. mit der Entscheidung als PA zu arbeiten?
 - b. mit Ihrer Arbeit in der Anfangsphase?
11. Wie stehen Sie zu dem Gedanken, dass sich die Suche nach MFA durch mögliche Abwanderung von MFA in Richtung des neuen Berufsfeldes Physician Assistant verschärfen könnte?
12. Gibt es abschließend noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

9.3 Einwilligungs- und Datenschutzerklärung

Einwilligung zum Leitfadeninterview und Datenschutzerklärung

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) damit beauftragt, die Einführung des neuen Berufsfeldes ‚Physician Assistant‘ in vertragsärztlichen Praxen zu evaluieren. Ausgehend von Ihrem spezifischen Hintergrund- und Erfahrungswissen möchten wir diese Einführung untersuchen. Aus den Ergebnissen sollen Handlungsempfehlungen im Hinblick auf eine Überführung der PA-Tätigkeit in die Regelversorgung abgeleitet werden. Die beiden Hauptziele der Untersuchung sind (1) die Identifikation von Erwartungen, Tätigkeitsbereichen und Veränderungen bei Praxisabläufen nach Einführung des Berufs ‚Physician Assistant‘ sowie (2) die Erörterung der Rolle von ‚Physician Assistants‘ in vertragsärztlichen Praxen sowie deren Unterschiede/Gemeinsamkeiten zu anderem Praxispersonal.

Ein Einzelinterview dauert etwa 20–30 Minuten. Alle Angaben sind streng vertraulich. Alle entstandenen Informationen und Daten werden anonymisiert und lassen keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu. Die Verarbeitung und Auswertung der Daten findet ausschließlich auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und nur im Rahmen dieses Evaluationsprojekts statt.

Bei Einverständnis mit einer Tonaufnahme des Gesprächs wird diese nach Ende des Forschungsprojekts spätestens zum 31. Dezember 2026 gelöscht. Transkribierte Texte können zur Wiedervorlage angefordert werden. Erhobene, personenbezogene Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die anonymisierten Transkripte können nur durch Mitarbeitende des Zi eingesehen werden. Ihre Angaben sind freiwillig und Sie können das Gespräch zu jedem Zeitpunkt beenden. Durch die Nichtteilnahme oder einen Widerruf der Einwilligung bzw. den Abbruch der Teilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Einwilligungserklärung – bitte an das Zi zurücksenden

Ich wurde über Ziele, Inhalte und Verlauf der Erhebung mündlich und schriftlich informiert (u.a.: Datenweitergabe, Anonymisierung, Löschung der Tonaufnahme, Löschung von Namen und Orten). Weitere Fragen ergeben sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen dieser Forschungsarbeit genutzt werden können. Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben. Ich bin damit einverstanden, dass es mit einem Aufnahmegerät aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

ja nein

Vor- und Nachname bitte in Druckschrift

Ort, Datum / Unterschrift