

Arbeitgeber-Konzeptpapier

Schrittweise Einsatzentwicklung als Pflegefachkraft / angehender Physician Assistant

Dokument	Struktur-, Einsatz- und Einarbeitungskonzept
Profil	Dominik Allwardt - Pflegefachkraft / angehender Physician Assistant
Schwerpunkt	Akutmedizin, ambulante Versorgung, Palliativversorgung, Patientensicherheit und Delegationsmodelle
Zielgruppe	Praxen, Kliniken, Notaufnahmen, ärztliche Leitungen und Personalverantwortliche

Einordnung

Diese Unterlage ist als interne Entscheidungshilfe für potenzielle Arbeitgeber gedacht. Sie beschreibt ein mögliches strukturiertes Entwicklungsmodell; konkrete arbeits-, delegations-, abrechnungs- und förderrechtliche Fragen müssen im Einzelfall geprüft werden.

Kontakt: dominik-allwardt@outlook.de

Stand: Mai 2026

1. Ausgangsprofil und Zielrolle

Dieses Konzept beschreibt eine strukturierte Rollenentwicklung auf Basis vorhandener Fachkraftkompetenz und des berufsintegrierenden PA-Studiums.

Ausgangsprofil

Dominik Allwardt ist examinierter Pflegefachmann mit Erfahrung in Akutversorgung, Kardiologie, Herz-/Thoraxchirurgie, Langzeitversorgung, Palliativversorgung, Schmerzmanagement, Pflegeberatung, Praxisanleitung und organisatorischen Versorgungsstrukturen.

- Sofortige Einsetzbarkeit im bestehenden Qualifikationsrahmen als Pflegefachkraft.
- Schrittweise Erweiterung delegierbarer Tätigkeiten mit fortschreitendem PA-Studium.
- Starker Bezug zu Patientensicherheit, strukturierter Dokumentation und interprofessioneller Kommunikation.

Zielrolle

Die Zielrolle ist keine unklare Zwischenfunktion, sondern eine fachlich kontrollierte Entwicklung hin zu einem Physician Assistant im ärztlich verantworteten Team.

- ärztliche Supervision und klare Rücksprachewege
- SOP-gestützte Aufgabenbereiche
- qualifikationsgerechte Delegation
- regelmäßige Fallreflexion und Evaluation
- langfristige Integration in Praxis- oder Klinikstrukturen

Studienbezug

Der Arbeitgeber stellt den Studierenden laut ISBA-Arbeitgeberinformation als Fachkraft an und benennt eine approbierte ärztliche Ansprechperson. Die praktischen Kompetenzen werden im Logbuch aufgebaut und bestätigt.

2. Grundprinzipien der Zusammenarbeit

Damit die Rolle sicher funktioniert, müssen Aufgaben, Verantwortung und Kommunikation vorab geregelt werden.

Patientensicherheit Klinische Risiken werden durch Red Flags, Rücksprachekriterien und Supervision abgesichert. • keine unklare Delegation • Eskalationskriterien • ärztliche Verantwortung	Struktur Wiederkehrende Abläufe werden in SOPs, Checklisten und Dokumentationsstandards abgebildet. • QM-Anbindung • Terminstruktur • Rücksprachezeiten
Teamkommunikation MFA, Pflege, ärztliches Team und Patienten müssen wissen, welche Rolle der angehende PA hat. • Teambriefing • Patienteninformation • einheitliche Sprache	Evaluation Der Nutzen wird nicht behauptet, sondern über Kennzahlen überprüft. • PA-Kontakte • Wartezeiten • Überstunden • Teamzufriedenheit

Rollenabgrenzung

- Diagnosestellung und Therapieentscheidung verbleiben bei Ärztinnen und Ärzten.
- Der angehende PA unterstützt durch Vorbereitung, Verlaufserhebung, Dokumentation, Kommunikation und definierte delegierbare Tätigkeiten.
- Übernahme von Aufgaben erfolgt nur bei ausreichender Qualifikation, Einweisung und Supervision.
- Bei Unsicherheit oder klinischer Verschlechterung erfolgt ärztliche Rücksprache.

3. Einsatzbereiche in hausärztlich-internistischen Praxen

Diese Bereiche passen besonders gut zu Praxen mit Chronikern, Pflegeheimversorgung, Hausbesuchen und palliativen Verläufen.

Chroniker- und DMP-Verläufe • Hypertonie • Diabetes mellitus • COPD/Asthma • Herzinsuffizienz • KHK und multimorbide Verläufe	Haus- und Heimbesuche • Verlaufserhebung • Wund- und Schmerzverläufe • Medikationsabgleich • Rückmeldung an ärztliches Team
Palliativversorgung • Symptomassessments • Schmerzverläufe • Angehörigenkommunikation • SAPV-/Hospizschnittstelle	Dokumentation und Befunde • Vorbefundsichtung • Arztbrief- und Berichtsvorbereitung • Labor- und Entlassbriefstruktur • Schnittstellenkommunikation

Praxisnutzen

- ärztliche Zeit wird für komplexe Behandlungsentscheidungen frei
- Pflegeheim- und Angehörigenkommunikation wird gebündelt
- Chronikertermine werden planbarer
- DMP-, Check-up- und Verlaufskontrollen können strukturierter umgesetzt werden
- palliative Krisen werden früher sichtbar und besser vorbereitet

4. Einsatzbereiche in Klinik und Notaufnahme

In akutmedizinischen Bereichen liegt der Nutzen vor allem in strukturierter Aufnahme, Diagnostikvorbereitung, Dokumentation und Fallkommunikation.

Patientenaufnahme • strukturierte Anamnese • Vitalparameter • Leitsymptome • Red Flags • Medikations- und Risikoinformationen	Diagnostikvorbereitung • EKG • BGA-Workflow • Labor • Monitoring • Verlaufswerte
Dokumentation • Verlaufsdokumentation • Berichtsvorbereitung • Vorbefunde • Übergaben nach SBAR	Fallreflexion und Schulung • interprofessionelle Fallreflexion • Einarbeitung • Notfallmanagement • SOP- und Checklistenentwicklung

Kliniknutzen

- Aufnahme- und Dokumentationsprozesse werden entlastet
- klinische Veränderungen werden strukturiert weitergegeben
- ärztliche Entscheidungen werden durch bessere Informationslage vorbereitet
- Akut-, geriatrische und palliative Situationen werden ganzheitlicher erfasst

5. Einarbeitungsplan 0-12 Monate

Der Einarbeitungsplan sollte in Praxis oder Klinik angepasst und im QM beziehungsweise in der Personalentwicklung hinterlegt werden.

Zeitraum	Schwerpunkt	Konkrete Schritte
Monat 1-3	Orientierung	Abläufe, PVS/KIS, Dokumentation, Teamstruktur, Hospitation in Sprechstunden/Visiten, Rücksprachewege, Studienplanung.
Monat 3-6	Supervidierte Aufgaben	Vorbereitende Anamnese, Vitalparameter, Chronikerverläufe, Medikationsabgleich, Pflegeheim- oder Stationskommunikation, Wund- und Palliativverläufe.
Monat 6-9	SOP-gestützte Erweiterung	Eigene Terminfenster, SOPs für definierte Anlässe, regelmäßige Fallbesprechungen, Berichtsvorbereitung, Logbuchkompetenzen.
Monat 9-12	Rollenprofil stabilisieren	Evaluation der Kennzahlen, Anpassung Aufgabenprofil, Teamfeedback, Studienfortschritt, Entscheidung über weitere Studienunterstützung.

Bezug zur Teampraxis

Die KVWL empfiehlt in der PA-Integration unter anderem Einarbeitungsplan, Teamaufklärung, SOPs, Rücksprachezeiten, eigene Terminstruktur und kontinuierliche Anpassung der Aufgaben. Genau diese Logik wird hier übernommen.

6. Aufgabenmatrix - ambulante Versorgung

Die Matrix zeigt beispielhaft, welche Aufgaben sofort anschlussfähig sind und welche im Verlauf des Studiums erweitert werden können.

Bereich	Tätigkeit	Start	Erweiterung	Supervision / Eskalation
Chroniker	RR-, Gewicht-, Symptom- und Adhärenzverlauf erfassen	ja	PA-Verlaufstermine	Rücksprache bei Entgleisung, Dyspnoe, Synkope, Ödemen
Diabetes	BZ-/HbA1c-Verlauf, Fuß-/Risiko-Hinweise, Edukation	ja	DMP-Vorbereitung	Rücksprache bei Hypo-/Hyperglykämie, Infekt, Wunden
COPD/Asthma	Symptome, Sättigung, Inhalationstechnik	ja	SOP-Verlauf	Rücksprache bei Dyspnoe, Sättigungsabfall, Exazerbation
Pflegeheim	Zustandsveränderung, Vitalwerte, Pflegeinfos bündeln	ja	Heimbesuchsstruktur	Rücksprache bei Delir, Fieber, Sturz, AZ-Abfall
Palliativ	Schmerz- und Symptomassessment	ja	Krisenplan vorbereiten	enge ärztliche Rücksprache bei Symptomkrise
Dokumentation	Vorbefunde, Arztbriefe, Formulare vorbereiten	ja	Berichtsvorbereitung	ärztliche Freigabe erforderlich

7. Aufgabenmatrix - Klinik / Notaufnahme

Die Matrix kann als Gesprächsgrundlage mit ärztlicher Leitung und Pflege-/Stationsleitung genutzt werden.

Bereich	Tätigkeit	Start	Erweiterung	Supervision / Eskalation
Aufnahme	Leitsymptom, Anamnese, Vitalparameter, Risiken	ja	PA-Aufnahmestruktur	enge Rücksprache bei Red Flags
Diagnostik	EKG, BGA-Workflow, Labor-/Monitoringvorbereitung	ja	definierte Diagnostikpfade	ärztliche Bewertung aller Befunde
Verlauf	Symptome, Schmerz, Delirhinweise, Monitoringverlauf	ja	klinische Verlaufskontrolle	Sofort eskalation bei Verschlechterung
Dokumentation	Aufnahme- und Verlaufsdokumentation vorbereiten	ja	Berichtsvorbereitung	ärztliche Freigabe
Kommunikation	Angehörige, Pflegeheim, Rettungsdienstinformationen bündeln	ja	Schnittstellenkoordination	Rücksprache bei unklaren oder kritischen Informationen
Qualität	Fallreflexion, Schulungen, SOPs	ja	QM-/Schulungskonzept	ärztliche und pflegerische Leitung einbinden

8. Supervision, Delegation und QM

Die Sicherheit der Rolle hängt weniger am Titel als an klaren Strukturen.

Delegationsstruktur

- ärztliche Person entscheidet, ob und an wen eine Tätigkeit delegiert wird
- Qualifikation, Einarbeitung und aktueller Kompetenzstand werden berücksichtigt
- der angehende PA übernimmt nur Aufgaben, die möglich, zumutbar und beherrschbar sind
- bei Unsicherheit besteht Pflicht zur Rücksprache
- SOPs und Checklisten werden im QM hinterlegt

Rücksprachemodell

- zu Beginn feste Rücksprachezeiten, zum Beispiel nach jeder Sprechstunde oder täglich
- zusätzlich Sofort-Rücksprache bei Red Flags oder klinischer Verschlechterung
- Rücksprachekriterien je SOP definieren
- Fallbesprechung mindestens wöchentlich in der Aufbauphase
- Dokumentation mit Namenskürzel und klarer ärztlicher Freigabe bei Berichten

Grundsatz

Gute Delegation ist kein Vertrauenssprung, sondern ein nachvollziehbarer Prozess: Auswahl, Anleitung, Überwachung, Dokumentation und Reflexion.

9. Team- und Patientenkommunikation

Viele Integrationsprobleme entstehen nicht durch fehlende Fachlichkeit, sondern durch unklare Kommunikation.

Kommunikation im Team

- PA-Rolle vor Start im Team erklären
- MFA-/Pflegeaufgaben und PA-Aufgaben klar abgrenzen
- keine dauerhafte Nutzung als Lückenfüller für andere Rollen
- Termin- und Raumplanung gemeinsam abstimmen
- Teamfeedback regelmäßig einholen

Kommunikation mit Patienten

Patientinnen und Patienten sollten kurz verstehen, warum sie zunächst vom angehenden PA gesehen werden und dass die ärztliche Verantwortung bestehen bleibt.

- einheitliche Formulierung an Anmeldung und Telefon
- Vorstellung auf Website oder Praxisaushang möglich
- klare Information: ärztliche Rücksprache erfolgt bei Bedarf oder nach festgelegten Kriterien
- bei sensiblen Situationen ärztliche Kommunikation priorisieren

Mögliche Patientenformulierung

Beispiel: 'Herr Allwardt unterstützt unser ärztliches Team als Pflegefachkraft und angehender Physician Assistant. Er erhebt und dokumentiert Befunde und Verläufe strukturiert; die ärztliche Entscheidung bleibt bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt.'

10. Evaluation und Kennzahlen

Der Nutzen der Rolle sollte regelmäßig überprüft werden. Das schützt Arbeitgeber und Arbeitnehmer vor Erwartungsnebel.

Kennzahl	Ziel / Nutzen	Messintervall
PA-Kontakte	Entwicklung der Rolle sichtbar machen	monatlich / quartalsweise
Chroniker- oder DMP-Termine	strukturierte Versorgung messen	quartalsweise
Haus- und Heimbefuche	Entlastung und Kontinuität abbilden	quartalsweise
Rücksprachezeiten	Supervisionsbedarf realistisch planen	monatlich
Wartezeiten / Terminoptionen	Patientenfluss beurteilen	quartalsweise
Überstunden im Team	Team-Entlastung objektivieren	halbjährlich
Teamfeedback	Integration und Akzeptanz prüfen	nach 3, 6, 12 Monaten
Patientenfeedback	Verständnis und Akzeptanz der Rolle prüfen	optional halbjährlich

Evaluationsfragen

- Welche Aufgaben entlasten tatsächlich?
- Wo entstehen Rückfragen oder Doppelarbeit?
- Welche SOPs fehlen?
- Welche Kompetenzen wurden im Logbuch aufgebaut?
- Welche Studieninhalte lassen sich in den Alltag übertragen?
- Ist eine Studienfinanzierung oder Erweiterung sinnvoll?

11. Implementierungsplan

Diese Schritte machen aus einer Idee eine umsetzbare Arbeitgeberentscheidung.

Schritt	Inhalt	Verantwortlich
1. Bedarf klären	Welche Aufgaben sollen entlastet werden? Praxis/Klinik, Station/ZNA, Hausbesuche, Dokumentation?	ärztliche Leitung / Arbeitgeber
2. Rolle definieren	Stellenbezeichnung, Stundenumfang, Aufgabenstart, Grenzen, Supervision.	Arbeitgeber + Dominik Allwardt
3. Studienstruktur prüfen	ISBA-Unterlagen, Studientage, Logbuch, ärztliche Ansprechperson.	Arbeitgeber + ISBA
4. Finanzierung entscheiden	keine, anteilige, volle oder stufenweise Studienkostenübernahme; ggf. Förderprüfung.	Arbeitgeber / Verwaltung
5. Team informieren	MFA/Pflege/ärztliches Team über Rolle, Aufgaben und Nutzen informieren.	Leitung
6. Einarbeitung starten	0-12-Monatsplan, Rücksprachezeiten, erste Aufgaben, Evaluation.	Leitung + Dominik Allwardt

Nächster sinnvoller Schritt

Empfohlen wird ein erstes Strukturgespräch mit ärztlicher Leitung, Praxis-/Klinikmanagement und Dominik Allwardt. Ziel: Bedarf, Rolle, Stundenumfang, Studienfähigkeit und Finanzierungsmöglichkeiten in 30-45 Minuten klären.

12. Quellen und fachliche Grundlage

Die Inhalte sind praxisbezogene Ableitungen aus offiziellen Arbeitgeberinformationen und Leitfäden.

Grundlagen

- ISBA Informationsblatt für Arbeitgeber: Fachkraft-Anstellung, Studententage, Logbuch, ärztliche Ansprechperson und Studiengebühroptionen.
- ISBA Factsheet Physician Assistant: berufsintegrierendes Studienmodell, B.Sc., 210 CP, 5 Semester, Studiengebühren.
- ISBA Logbuch: praktische Kompetenzen in Anamnese, Untersuchung, Diagnostik, Notfallversorgung, Dokumentation, Kommunikation und Qualitätsmanagement.
- KVWL-Leitfaden PA in der ambulanten Versorgung: Teampraxis, Einarbeitung, Aufgaben, Delegation, Best-Practice- und Worst-Practice-Hinweise.
- Bundesagentur für Arbeit: Hinweise zu Eingliederungszuschuss und Beschäftigtenqualifizierung.

Abgrenzung

Diese Unterlage ersetzt keine individuelle arbeitsrechtliche, abrechnungsrechtliche, steuerliche oder förderrechtliche Beratung. Alle Umsetzungen sind durch den jeweiligen Arbeitgeber zu prüfen.