

# Netzwerke interdisziplinärer und interprofessioneller Wundbehandlung: personelle Ergänzung durch den Studiengang Physician Assistance B. Sc. \*

Wolfgang Tigges, Thomas Karbe

## Einleitung

Die interdisziplinäre und interprofessionelle Wundbehandlung, d. h. die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden und dem Diabetischen Fußsyndrom, ist innerhalb von Netzwerkstrukturen mit einer besseren Ergebnisqualität nachweisbar als beispielsweise in der Regelversorgung. Dieses belegen u. a. Publikationen [1, 2, 3, 4], in denen nachgewiesen werden konnte, dass innerhalb dieser Strukturen die Versorgung mit einem besseren Ergebnis in Bezug auf Lebensqualität, Abheilung der Wunden und Vermeidung einer Majoramputation einhergeht.

Was zeichnet derartige Netzwerke aus? Der Versuch, alle Parameter einer optimierten Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden aufzuzeigen, gleicht Koordinaten, entlang derer man sich bewegen muss, vergleichbar einer guten Schiffsführung, um den geplanten Zielhafen sicher erreichen zu können. Die Koordinaten für eine optimale Wundbehandlung verdeutlicht die Abbildung 1.

Jeder dieser aufgezeigten Koordinaten kann einer Institution zugeordnet werden, die über Zuordnung von Aufgaben die Grundlage dafür schaffen sollte, dass eine gemeinsame Umsetzung einer optimierten Behandlung von Wundpatienten mit dem Ziel verbunden ist, die Lebensqualität der Patienten mit chronischen Wunden zu verbessern, eine zügige Abheilung der Wunden zu erreichen oder eine Majoramputation zu vermeiden.

Durch diese Koordinaten gilt es, den Patienten zum jeweiligen Zeitpunkt in die zuvor festgelegten Behandlungsabläufe im Sinne eines Casemanagements zu vermitteln und regelhaft Behandlungspläne mit dem Istzustand abzugleichen.

\*Dieser Artikel wurde zuerst als Eröffnungsvortrag beim 3. Wunddialog des BVMed am 6.12.2017 in Berlin gehalten

In diesem Zusammenhang soll ein weitgehend neuer Studiengang vorgestellt werden, der u. a. ein derartiges Aufgabenspektrum übernehmen könnte: Der Physician Assistant (PA).

Bei dem Physician Assistant handelt es sich um einen Bachelor Studiengang (B.Sc.), der an einigen Hochschulen in Deutschland mit unterschiedlichen Schwerpunkten angeboten wird, u. a. auch die Vertiefung „Wundmanagement“ beinhaltet. Die ärztliche Betreuung des Patienten wird hierbei nicht ersetzt, sondern vielmehr unterstützt. Beispielsweise könnte durch einen Physician Assistant (PA), z. B. als Leiter eines Wundzentrums, die ärztliche Tätigkeit unterstützt und entsprechend umgesetzt werden. Eine solche unterstützende Tätigkeit wird umso wichtiger, je komplexer das Netzwerk aufgestellt ist. Die Ausbildung zum PA und die determinierenden Bedingungen einer Wundbehandlung soll im Folgenden näher erläutert werden.

## Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Die Parteienlandschaft verbindet mit der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden eine Vielzahl unterschiedlicher Einschätzungen, die konträrer nicht sein könnten. Für die Erar-

beitung rechtsverbindlicher Umsetzungen von Verbesserungen in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden könnte der Gemeinsame Bundeszuschuss (GBA) eine zentrale Rolle einnehmen. Der GBA sieht auf der Basis eines qualitätsorientierten Strukturwandels Lösungsansätze und fordert eine neue Qualitätskultur, die eine Voraussetzung für eine auf den Patientennutzen ausgerichtete Versorgungssteuerung ist.

Möglichkeiten, auf der Basis einer Antragstellung das Thema „Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Pat. mit chronischen Wunden“ erarbeiten und konkretisieren zu lassen, bietet sich in dem Antragsrecht der Patientenvertretung des GBA, dem eine besondere Aufmerksamkeit innerhalb der Strukturen des GBA zugeordnet wird. Dieses Antragsrecht ist bislang nicht mit dem Ziel einer verbesserten Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden genutzt worden.

## Struktur

Strukturen können durch Fachgesellschaften vorgegeben werden, die über entsprechende Zertifizierungen in den einzelnen Therapieeinheiten umgesetzt werden können. Federführend hierfür steht die Deutsche Diabetes Ge-

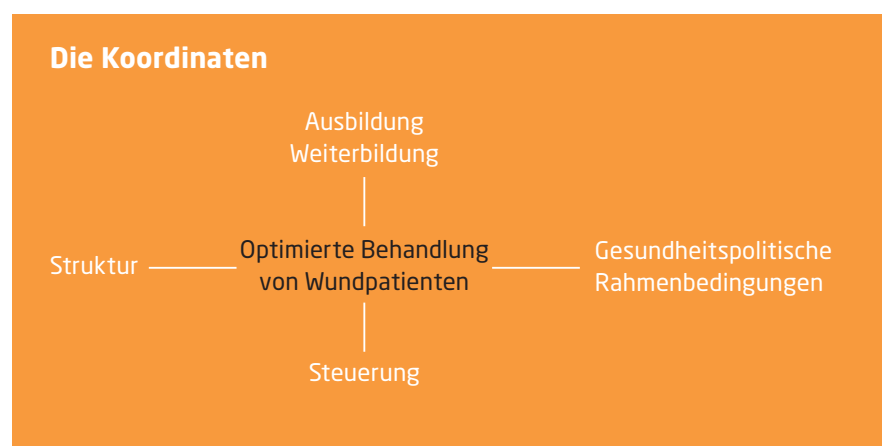


Abbildung 1 Koordinaten einer optimierten Behandlung von Wundpatienten

sellschaft, die seit 2003 Zertifizierungen von Fußbehandlungseinrichtungen für eine professionelle Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom vorgibt. Auch bietet seit einigen Jahren die „Initiative Chronische Wunde eV.“ (ICW) eine Zertifizierung von Wundzentren in verschiedenen Organisationsbereichen von ambulanten und stationären Einrichtungen.

Diese beiden Hinweise seien nur beispielhaft für Zertifizierungen genannt, die über Strukturen und Prozesse eine Verbesserung von Wundbehandlung garantieren können und interdisziplinäre und interprofessionelle Beteiligung in der Wundbehandlung einfordern. Leider ist die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden nicht an derartige Strukturen und Prozesse gebunden, sondern allorts auch singular auszuführen – Qualitätsmerkmale, die zur Behandlung zu erfüllen sind, existieren nicht; Kooperationen in Partnerschaften werden nicht eingefordert. Gesetzgeber und Kostenträger haben bislang die Erfüllung solcher Rahmenbedingungen von Struktur- und Prozessmerkmalen nicht als Voraussetzung einer kompetenten Wundbehandlung eingefordert.

### Steuerung

Die Steuerung von Patienten in derart zertifizierte Einrichtungen könnte über die Kostenträger und die Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. Sie ist notwendig, solange keine flächendeckende Umsetzung derartiger Merkmale oder Kooperationen für alle Therapieeinrichtungen gefordert wird. Beispiele dafür lassen sich durch das Disease Management Programm (DMP) realisieren, das seit 2002 die Lenkung der Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in diabetologisch zertifizierte Schwerpunktpraxen steuert.

Die durch das GKV Mordernisierungsgesetz 2004 eingeführte Möglichkeit, durch integrierte Versorgungsverträge einer an Struktur und Prozessen orientierten Wundbehandlung zu realisieren, zeigte jedoch trotz der erfolgreichen Ergebnisse, das nur ein Bruchteil der Patienten von derartigen Verträgen profitieren oder profitiert haben [5, 6]. In einer Therapieeinrichtung ist der einmal zugeführte Patient nach den individuellen interprofessionell und interdisziplinär erstellten Diagnostik und

Therapiekriterien nach einem streng vorgegebenen Zeitplan zu führen. Proaktive Kontrolle des Behandlungsfortschritts und eingehende Dokumentation wie Erfassung des Heilverlaufes in ggfs. bestehenden Registern könnte hierbei durch eine besondere Berufsgruppe (Physician Assistant) umgesetzt werden.

### Ausbildung, Weiterbildung

In den USA stellen die Tätigkeitsmerkmale des Physician Assistants (PA) einen wichtigen Stellenwert innerhalb des amerikanischen Gesundheitssystems bereits seit den frühen 60er Jahren dar. Gegenwärtig gibt es in den USA über 170 akkreditierte PA-Ausbildungsprogramme und mehr als 105.000 zertifizierte PAs.

In Deutschland wurde 2005 erstmalig der Bachelorstudiengang zum PA an der Steinbeis Hochschule Berlin (SHB) angeboten. Seitdem hat dieses Studium hier zu Lande an mehreren Hochschulen seinen Einzug gehalten.

Das PA-Studium mit Bachelorabschluss beinhaltet die eigenständige, von ärztlicher Seite delegierte und überwachte Durchführung von Tätigkeiten in unterschiedlichen klinischen Bereichen, die u. a. den Bereich des Wundmanagements einschließen. Der PA ist kein Arzt, d. h. Diagnosestellung und Therapieverfahren obliegt allein dem approbierten Arzt. Der PA kann und darf rechtlich den Arzt nicht ersetzen, aber unterstützend tätig werden. Der PA erwirbt im Studium die formalen Voraussetzungen, um weisungsgebunden delegierbare Tätigkeiten an Patienten selbständig unter Berücksichtigung ethischer und betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte auszuüben.

Ziel des PA-Studienganges ist es, die fachspezifische und patientenorientierte Versorgung auszubauen, um damit die Effizienz des Personaleinsatzes durch Verringerung der Assistenzleistung seitens ärztlichen Personals zu steigern. Der Studiengang ist anwendungs- und handlungsorientiert. Er vermittelt medizinisch-naturwissenschaftliches Wissen dahingehend, dass die Absolventen zu ärztlichem Handeln (im Rahmen der Delegation) befähigt werden, ohne jedoch die Heilkunde auszuüben. Dieses Konzept soll zu einer patientenfreundlicheren Behandlung, und einer zielorientierten Assis-

tenz der Ärzte führen. Zudem sollen Mitarbeitern aus medizinischen Assistenzberufen (Pflegerkräfte, OTA, MFA, etc.) Möglichkeiten einer neuen beruflichen Perspektive eröffnet werden.

Lange Zeit bestanden innerhalb der medizinischen Fachgesellschaften erhebliche Widerstände sowie ein kontroverses Meinungsbild zum Physician Assistant. So wurde dieser häufig mit dem „Arzt light“ gleichgesetzt. Hier hat jedoch in den letzten drei Jahren ein Umdenken stattgefunden, mit dem Ergebnis, dass auf dem Deutschen Ärztetag 2017, in Einklang mit Bundesärztekammer BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung KBV, die Beschlussfassung zur Berufsausübung und -ausbildung des Physician Assistant erfolgte. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hochschulverband Physician Assistance wurde ebenfalls ein entsprechender Ausbildungskatalog verabschiedet.

Die gegenwärtigen Einsatz- und Tätigkeitsbereiche für PAs umfassen die meisten klinischen Fachdisziplinen. Ob in der Unfallchirurgie oder Orthopädie, ob in der Notfallaufnahme, der Funktionsdiagnostik, der Wund- und Gefäßmedizin, der Herz- und Viszeralchirurgie, der Transplantationsmedizin oder sogar in der Rechtsmedizin können zukünftig PAs erfolgreich unterstützen, bzw. sind bereits tätig und entlasten Ärzte bei Routinearbeiten. Aufgrund der ärztlichen Versorgungslage in ländlichen Gebieten wäre es darüber hinaus wünschenswert, wenn PAs gleichermaßen die Patientenversorgung in Delegation übernehmen dürften.

Das Studium zum Physician Assistant B.Sc. basiert auf einer ausgeprägten, breitangelegten praxisorientierten Ausbildung in unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten und ist **kein alternatives Medizinstudium „light“**, d. h. es kann, soll und darf das originäre Medizinstudium nicht ersetzen. Der Physician Assistant stellt eine Schnittstelle zwischen Arzt und medizinischem Fachpersonal dar. Er ist aufgrund seines Aufgabenspektrums dem ärztlichen Stellenpool zugeordnet. Der Studiengang wird derzeit von sieben unterschiedlichen staatlichen und privaten Hochschulen in Deutschland angeboten wird. Dadurch können Ausbildungsstruktur (dual oder berufsbegleitend), Zugangsvoraussetzungen, Studien- und Prüfungsordnungen ent-

sprechend der Curricula u. U. variieren. Die Studienmodule beinhalten die im Ausbildungskatalog von Bundesärztekammer BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung KBV festgelegten Ausbildungsschwerpunkte. Das Studium erfolgt an den meisten Hochschulen berufsbegleitend über 6 Semester. Es umfasst Grundlagen- und Vertiefungsphasen mit ausgedehnten Transferanteilen und Selbstlernphasen (180 ECTS, d. h. 5.400 Stunden in drei Jahren) und erfüllt damit die „Bologna“- Kriterien eines Bachelorstudiums. Die Anzahl Studierender und Absolventen, der Zuwachs von PA-Programmen an deutschen Hochschulen sowie die Etablierung künftiger Masterprogramme und ggf. die Promotionsmöglichkeit zeigen eine eindeutig positive Entwicklung.

Der ärztliche Bereich, der die letztendliche Verantwortung für die Diagnostik und Therapie bei Patienten mit chronischen Wunden trägt, ist bezüglich der Aus- oder Weiterbildung mit inhaltlicher Vermittlung eines Wundmanagements während des Studiums oder in einer Facharztweiterbildung kaum strukturiert. Lediglich in der Weiterbildung zum Facharzt für Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung „Diabetologie“ des Facharztes für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin werden Inhalte wie die Wundbehandlung des diabetischen Fußsyndroms vermittelt.

Fachgesellschaften und die Selbstverwaltungsorgane sind daher gefordert, auch für andere Facharztgruppen wie Chirurgen, Gefäßchirurgen und Dermatologen adäquate Möglichkeiten zu schaffen, eine Zusatzbezeichnung „Wundarzt“ zu erwerben, der nicht nur selektive Behandlung einzelner Krankheitsbilder abbildet, sondern die Gesamtheit der chronischen Wundbehandlung inhaltlich vermittelt.

Die nichtärztlichen Berufsgruppen sind in der Ausbildung sehr viel umfangreicher organisiert, wie aus den Zertifizierungsinhalten der DGfW und der ICW zu ersehen ist.

Ein umfangreiches Fortbildungsangebot der Fachgesellschaften wird bislang auf ärztlicher wie auf nicht ärztlicher Seite in unterschiedlichem Ausmaß angeboten, allerdings auf freiwillige Initiative entsprechender Berufsgruppe. Diese Qualifizierungsinitiative ist ohne erkennbare ökonomische Vorteile, da keine Ansätze seitens des Kostenträgers erkennbar sind, Unterschiede in der Qualität der Versorgung auch differenziert zu vergüten.

### Zusammenfassung

Strukturen und Prozesse einer optimierten Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden liegen vor und sind unter Mitwirkung oder Federführung von einigen Fachgesellschaften bereits erarbeitet worden. Wenngleich die Studienlage von lokalen Wundbehandlungsprodukten und -maßnahmen immer noch unzureichend ist, kann doch durch einige Publikationen auf die Verbesserung der Ergebnisse von Wundbehandlung in entsprechenden Strukturen hingewiesen werden. In diese Strukturen muss der Patient überführt werden und es darf nicht dem Zufall oder der Zufälligkeit seines Wohnortes überlassen sein, ob er in der Nachbarschaft oder im Einzugsgebiet derartiger Strukturen lebt.

Durch das Engagement von Wundtherapeuten aus der Pflege und der Ärzteschaft besteht eine zum Teil in Fachgesellschaften organisierte Gruppe von Experten, die über entsprechende Ausbildungsmöglichkeiten insbesondere im Pflegebereich und gemeinsamen Fortbildungen die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden auf ein standardisiertes Qualitätsniveau geführt haben. Auch der Studiengang Physician Assistant (PA) steht hierbei für die Vermittlung derartiger Lerninhalte.

Bedauerlicherweise ist im ärztlichen Bereich durch fehlende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeit eine solche Entwicklung bis dato nicht erkennbar.

### Literatur

1. **Heyer K. et al.:** Versorgungsepidemiologie des Ulcus cruris in Deutschland. Erkrankungshäufigkeit, Versorgungsqualität und Prädiktoren der Wundheilung. Wiesbaden: Springer Medizin 2016.
2. **Malyar NM, Freisinger E, Meyborg M, Lüders F, Gebauer K, Reinecke H, Lawal H:** Amputations and mortality in in-hospital treated patients with peripheral artery disease and diabetic foot syndrome. „<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27118161>“ \o „Journal of diabetes and its complications.“ J Diabetes Complications. 2016 Aug;30(6):1117–22. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.03.033. Epub 2016 Apr 4.
3. **Malyar N:** Versorgungsrealität der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und arteriellen Durchblutungsstörungen. WundManagement 2018; 12 (1): 11–16
4. **A. Risse, D. Hochlenert:** Integrierte Versorgung – Neue (?) Versorgungsformen am Beispiel des diabetischen Fußsyndroms Diabetologie 2010; 6: 100-107 DOI 10.1007/s11428-009-0480-3.
5. **Goepel L, Heyer K, Herberger K, et al.:** Selektivverträge zu chronischen Wunden – aktueller Stand in Deutschland. Gefäßchirurgie 2015; 20: 18–24.
6. **G. Engels, D. Hochlenert:** Netzwerke Diabetischer Fuß – die Entwicklung in zehn Jahren mit Selektivverträgen 2016, Allgemeinchirurgie.

#### Dr. med. Wolfgang Tigges

Chefarzt der Klinik für Gefäßmedizin  
Agaplesion Diakonie Klinikum Hamburg  
E-Mail: wolfgang.tigges@d-k-h.de

#### Prof. Dr. rer. medic. Thomas Karbe

Lehrstuhl für Physician Assistance  
Steinbeis Hochschule Berlin  
Akademie für Bildung und Karriere  
Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf  
E-Mail: t.karbe@uke.de