

8. Fachberufe im Gesundheitswesen

Das Feld der Gesundheitsberufe umfasst neben den 18 gesetzlich und 3 durch Ausbildungsordnungen geregelten Berufen auch eine große Zahl von Qualifikationen auf der Ebene des Landesrechts und im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Hinzu kommen zunehmend Bildungsgänge des tertiären Sektors. Die vielen an den Übergängen zu Pädagogik, Sport, Handwerk, Technik, Hauswirtschaft, Wellness, Hygiene, Management und Körperpflege angesiedelten Qualifizierungsmöglichkeiten machen das Feld mittlerweile in hohem Maße unübersichtlich. Zu den Aufgaben der Bundesärztekammer gehört es deshalb, die Entwicklungen zu beobachten, aktiv zu begleiten oder zu gestalten, wie bspw. in den letzten Jahren bei den Pflegeberufen und im Berichtsjahr bei der Aus- und Fortbildung von Arzthelferinnen, der Novellierung des Berufsbildungsgesetzes, der Akademisierung der Fachberufe und der Entwicklung neuer Berufe in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Dies geschieht teilweise gemeinsam mit den Landesärztekammern bzw. unterstützend und koordinierend. Wichtiges Augenmerk ist es dabei stets, in dem sich ständig weiter differenzierenden und spezialisierenden Feld der Berufe die Schnitt- und Nahtstellen zum Arztberuf in den Blick zu nehmen und Zuständigkeiten, Überschneidungen, Qualifikationsbedarfe und Kooperationsmöglichkeiten zu identifizieren. Damit sollen die Gefahren, die sich aus der weiter wachsenden –z.T. ökonomisch bedingten– Arbeitsteilung ergeben können, kompensiert werden und zugleich die Erfordernisse einer zugleich komplex organisierten wie „ganzheitlichen“ Patientenversorgung, in der medizinische und pflegerische Versorgungsqualität „rund um den Patienten“ an erster Stelle stehen, angemessen zur Geltung zu bringen. Das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz 2004 stößt – neben bereits bestehenden Formen – ergänzende Kooperationsmöglichkeiten zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an, mit denen der Gesetzgeber glaubt, Grenzen zwischen den Professionen und Sektoren überwinden zu können bzw. diese zu vernetzen. Die Entwicklung neuer Konzepte auf der Basis dieser strukturellen Möglichkeiten muss kritisch-konstruktiv begleitet werden, wobei hinsichtlich sektoren- und/oder berufsgruppenübergreifender Modelle absehbare Nachteile vermieden und die Zusammenarbeit mit Anbietern von Leistungen, die die ärztliche Versorgung flankieren können, gesucht werden sollen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei zukünftig auf der medizinisch-pflegerischen Versorgung alter und/oder pflegebedürftiger Menschen liegen müssen, um den großen Herausforderungen, die auf Grund der demografischen, medizinischen und ökonomischen Entwicklung auf alle westlichen Industriestaaten zu kommen, zu begegnen. Die Bundesärztekammer initiiert und begleitet deshalb verschiedene Projekte, in denen speziell diese Versorgungsfragen im Mittelpunkt stehen.

8. Fachberufe im Gesundheitswesen - Übersicht über die Tätigkeitsfelder

Aus-, Fort- und Weiterbildung von Arzthelferinnen	Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen	Tarifangelegenheiten des Praxispersonals/ Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinierung der Ärztekammern in Berufsbildungsfragen • Geschäftsführung von Ausschuss und StÄKo Medizinische Fachberufe • Neuordnungsverfahren Medizinische Fachangestellte (Koordination der Sachverständigen; Teilnahme an Sitzungen beim BIBB + KMK; Abstimmung mit BFB und KWB; Öffentlichkeitsarbeit) • Novellierung des Berufsbildungsgesetzes • Erarbeitung von Fortbildungscurricula • E-Learning Projekt - Learn-ART (GF des Projektbeirates; Koordination der Kammern, Öffentlichkeitsarbeit) • Fortbildung zur Praxismanagerin • Abstimmung mit BFB und KWB in Berufsbildungsfragen • Ausbildungsplatzsituation • Weiterbildung zur Arztfachhelferin • Statistiken zur Berufsbildung/ Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen mit rund 40 Mitgliedsverbänden • Sitzungsorganisation und -gestaltung der jährlichen Fachberufekonferenz • Berufspolitische und fachliche Kontakte zu den Verbänden der Fachberufe/ Teilnahme an Veranstaltungen • Begleitung von Gesetzgebungsverfahren gem. Art. 74, 19 GG • Begleitung der Entwicklung des Projektes Familiengesundheitspfleger(in) • Beobachtung der Akademisierung/ Bologna Prozess • Auskünfte und Beratung zu Gesundheitsberufen • Beobachtung von Kooperationsformen, insb. nach GMG 2004 • Kooperation mit den Pflegeberufen, Projektentwicklung • Beobachtung und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung bei den Heilmittelerbringern • Beobachtung der Heilmittelversorgung/ Indikatorkataloge • Operationstechnischer Assistent/ Angestellter • Fachkraft für ambulante Pflegedienste 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der AAA • Geschäftsführung von Tarifverhandlungen (Gehalts-, Mantel-, Entgeltumwandlungstarifvertrag) • Veröffentlichung von Tarifverträgen • Auskünfte und Beratung von Arbeitgeber, Arbeitnehmern, Steuerberatern, Anwälten und weiteren Stellen zu o.g. Tarifverträgen • Beobachtung der Entwicklung der Beschäftigungssituation in Arztpraxen/ im Gesundheitswesen <hr/> <p>Altersversorgung/ Pensionskasse der Gesundheitsberufe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementierung der Altersversorgung in Praxen • Begleitung des Beirates Pensionskasse

Aus-, Fort- und Weiterbildung der Arzthelferin

Der Beruf der Arzthelferin gehört zu den „anerkannten“ Ausbildungsberufen, für den nach §25 Berufsbildungsgesetz (BBiG) im Jahre 1985 eine Ausbildungsordnung erlassen worden ist. Nach § 91 BBiG sind für die Berufsbildung der Arzthelferin die Ärztekammern jeweils für ihren Bereich „zuständige Stelle“. Sie haben demnach zahlreiche gesetzlich geregelte Aufgaben wahrzunehmen, die aus dieser originären Zuständigkeit erwachsen. Aufgrund einer Initiative der Bundesärztekammer im Herbst 2000 gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit sowie für Bildung und Forschung wurde durch die „Verordnung über die Anwendung des § 92 des Berufsbildungsgesetzes in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet“ vom 11.09.2002 die fachliche Eignung von Ärzten in den neuen Bundesländern zur Ausbildung endlich analog zur Rechtslage in den alten Bundesländern geregelt.

Ausbildungsplatzsituation

Zum Zwecke der Planung und Ordnung der Berufsbildung gemäß §§ 4 und 5 Berufsbildungsförderungsgesetz erfolgt alljährlich eine Umfrage des Statistischen Bundesamtes bei den zuständigen Stellen, die bereits seit 1982 dezentral durch die Statistischen Landesämter durchgeführt wird. Die Daten werden in der Bundesärztekammer ebenfalls zusammengeführt und liegen als Übersicht hier früher vor als in der amtlichen Berufsbildungsstatistik.

Die nachfolgenden Tabellen (Stichtag 31.12.2003) liefern Angaben über die Zahl der Auszubildenden, differenziert nach Ausbildungsjahren, neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen, ausländischen Auszubildenden und Teilnehmern an Abschlussprüfungen (Tabelle 1) sowie die Zahl der Ausbildungsberater und ihrer Verteilung hinsichtlich (Vor-)Bildung und Alter (Tabelle 2).

Die Gesamtzahl der Auszubildenden ist nach einer Stabilisierungsphase in den letzten vier Jahren auch 2003 nahezu gleichgeblieben. Sie liegt mit 46.405 im Dezember 2003 = -0,1% nur unwesentlich unter dem Vorjahresergebnis. (Über alle Wirtschaftsbereiche hinweg sank die Gesamtzahl der Auszubildenden im Vergleich zu 2002 um 2,5 %.) Der Rückgang in den neuen Bundesländern hat sich mit -0,7% nur noch abgeschwächt fortgesetzt. Allerdings sieht die Lage bei den Neuabschlüssen im Westen deutlich negativer aus: Fast alle Kammern verzeichnen Rückgänge, die sich auf durchschnittlich -7,4% bundesweit addieren. Im Osten liegen die Neuabschlüsse im Vergleich zum 31.12.2002 bei einem erfreulichen Plus von 1,6%, so dass auf das ganze Bundesgebiet gesehen ein Minus von 6,8 % zu Stande kommt. – Die aktuellste Ausbildungsstatistik vom 30.09.2004 zeigt gegenüber dem Herbst 2003 (damals rund 8% Rückgang) „nur“ ein Minus von -2,7%.

Die Arzthelferin ist in den alten Bundesländern mit 8,3% Anteil an allen weiblichen Auszubildenden immer noch der zahlenmäßig bedeutsamste Ausbildungsberuf für Frauen (im neuen Bundesgebiet einschl. Berlin: Rang 10, bundesweit über alle Berufe: Rang 5). Mittlerweile erlernen auch 110 junge Männer diesen Beruf.

Tabelle 1
 Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2003 nach Ländern (Stichtag 31.12.2003)
 im Ausbildungsberuf Arzthelferin

Landesärztekammer	insgesamt		Auszubildende			davon im Ausbildungsjahr			neue Abschluss- verhältnisse	Teilnehmer an Ab- schlussprüfungen	
	weiblich	männlich	ausländische Auszubildende			insgesamt	davon bestanden				
			1.	2.	3.						
Baden-Württemberg	6.385	6.365	20	2.165	2.206	2.014	1.053	2.165	2.009	1.960	
Bayern	9.690	9.643	47	3.053	3.067	3.570	815	3.053	2.982	2.692	
Berlin (insg.)	1.775	1.744	31	595	633	547	167	651	593	528	
Bremen	524	521	3	162	177	185	57	162	194	180	
Hamburg	848	844	4	273	307	268	111	295	263	215	
Hessen	3.165	3.149	16	1.050	1.064	1.051	430	1.053	1.149	1.053	
Niedersachsen	5.246	5.230	16	1.605	1.601	2.040	311	1.605	1.387	1.277	
Nordrhein	6.113	6.093	20	2.112	2.128	1.873	584	2.112	1.897	1.735	
Rheinland-Pfalz	2.478	2.472	6	809	852	817	130	809	867	755	
Saarland	682	678	4	220	216	246	26	220	249	232	
Schleswig-Holstein	1.397	1.387	10	481	451	465	38	564	483	429	
Westfalen-Lippe	5.312	5.296	16	1.617	1.787	1.908	493	1.617	1.882	1.651	
total (West)	43.615	43.422	193	14.142	14.489	14.984	4.215	14.306	13.955	12.707	
Brandenburg	657	650	7	209	194	254	7	256	195	174	
Mecklenburg-Vorpommern	474	472	2	160	164	150	1	160	172	154	
Sachsen-Anhalt	501	497	4	150	162	189	0	150	188	177	
Sachsen	744	730	14	247	241	256	0	247	257	234	
Thüringen	414	409	5	143	134	137	0	143	151	150	
total (Ost)	2.790	2.758	32	909	895	986	8	956	963	889	
Bundesgebiet	46.405	46.180	225	15.051	15.384	15.970	4.223	15.262	14.918	13.596	

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse nachgewiesen, die am 31.12.2003 noch bestanden haben.

Tabelle 2
 Ausbildungsberater 2003 nach beruflicher Vorbildung und Altersgruppen
 (Stichtag: 31.12.2003)

	Geschlecht	insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren					60 u. älter	o. Angabe
			unter 25	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59		
Abgeschlossene Berufsausbildung	männlich	4					3	1	
	weiblich	14	1		3	4	5	1	
	zusammen	18	1		3	4	8	2	
Abschluß einer Fachschule	männlich	1					1		
	weiblich	6			1	3	1	1	
	zusammen	7			1	4	1	1	
Fachhochschulabschluß	männlich	4						4	
	weiblich	2						2	
	zusammen	6						6	
Hochschulabschluß	männlich	76			2	21	30	23	
	weiblich	71			7	30	19	15	
	zusammen	147			9	51	49		
Sonstige berufliche Vorbildung	männlich	1							
	weiblich	1					1		
	zusammen	2						2	
Ohne Angabe	männlich	3			1				
	weiblich	5			1				
	zusammen	8			2				
Insgesamt	männlich	87			2	22	39	24	
	weiblich	97	1		12	38	28	17	
	insgesamt	184	1		14	60	67	41	

Die Statistiken belegen, dass sich die schulische Vorbildung der Auszubildenden seit Beginn der 90er Jahre deutlich verändert: Die Zahl der Auszubildenden mit Hauptschulabschluss hat sich zu Lasten des Anteils der Realschülerinnen und der Abiturientinnen verdoppelt. Die sich aus diesen Strukturdaten abzeichnenden Auswirkungen auf die Qualität der Ausbildung sowie auf die Ausbildungsergebnisse sind seit Jahren Diskussionsgegenstand der Fachberufsgremien. Bei den in 2003 rund 15.300 neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen ist die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 23,5% (Hauptschülerinnen): 60% (Realschülerinnen): 7,0% (Abiturientinnen) nahezu unverändert; sie hat sich aber erfreulicherweise seit 1997 wieder deutlich zu Gunsten des Anteils der Realschülerinnen verschoben und fast wieder den Stand wie 1988 (61%) erreicht (1993: 44%). 16 Jahre und jünger sind demgemäß nur knapp ein Fünftel der Auszubildenden; 55 % sind 18 Jahre und älter. - Der Anteil der vorzeitigen Vertragslösungen ist bezogen auf die Neuabschlüsse mit 23% gegenüber den Vorjahren um 2% zurückgegangen (alle Dienstleistungsberufe: 26,4%); rund 32 % aller Vertragslösungen finden innerhalb der Probezeit statt. - Mit 4.223 = 9,1% ist der Anteil der ausländischen Auszubildenden gegenüber dem Vorjahr (9,9%) leicht zurückgegangen. - Tabelle 2 weist mit 184 Ausbildungsberatern einen deutlichen Rückgang gegenüber 2002 (218) und 2001 (207) auf.

Die Budgetierungspolitik führte in den letzten Jahren verstärkt zu Rationalisierungen auch im Personalbereich. Der Bundesverband Freier Berufe errechnete bei einem Zuwachs selbständigen Freiberuflern von 31,6% seit 1992 einen gleichzeitigen Rückgang an Ausbildungsplätzen von rund 26%. Zwischenzeitlich gibt es - zumindest in den westdeutschen Praxen - einen Mangel an qualifiziertem Personal. Die Arbeitslosigkeit war bei den Arzthelferinnen im März 2002 auf dem niedrigsten Stand seit September 1999 und mit 5,4 % gegenüber der Gesamt-Arbeitslosenquote nur ca. halb so hoch. Die Zahl der arbeitslosen Helferinnen stieg allerdings zwischen Oktober 2002 und Oktober 2004 bundesweit um rund 34% an (West: 29%; Ost: 60%) an bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der offenen Stellen um 60%. Die unsichere wirtschaftliche Situation der Praxen auf Grund des GKV-Modernisierungsgesetzes dürften ursächlich hierfür sein. Hinzu kommen sicherlich die gesetzlich vorgeschriebene „Nullrunde“ bei den vertragsärztlichen Honoraren in 2003 und die minimale Steigerungsrate in 2004 (0,02% im Westen), die bei vielen Ärzten zu effektiven Umsatzrückgängen im vertragsärztlichen Bereich führen bzw. führen werden. Auch die im Jahr 2003 beschlossene Einführung einer Ausbildungsplatzabgabe dürfte zur Zurückhaltung vieler Ärzte bei Ausbildungsvertragsabschlüssen beigetragen haben.

[www.bundesaerztekammer.de/Themen A-Z/ Fachberufe](http://www.bundesaerztekammer.de/Themen-A-Z/Fachberufe)

Aus der Arbeit von Ausschuss und Ständiger Konferenz „Medizinische Fachberufe“

Fragen zur Berufsbildung und Berufsausübung der Fachberufe (Schwerpunkt: Arzthelferin) werden in den beiden Beratungsgremien „Ausschuss“ sowie „Ständige Konferenz“ koordiniert, die von Sachverständigen aus den Ärztekammern besetzt werden. Für die Wahlperiode 2003/2007 hatten sich die Gremien am 16.10.2003 neu konstituiert. Als Vorsitzende wurde Frau Dr. Ursula Auerswald, Präsidentin der Ärztekammer Bremen († 20.10.2004), als Stellvertretende Vorsitzende Frau Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Ärztekam-

mer Niedersachsen, vom Vorstand bestätigt bzw. neu berufen. Der Vorstand hat am 17.12.2004 Frau Dr. Goesmann als neue Vorsitzende berufen und Herrn Dr. med. Franz Gadowski erneut als stellv. Vorsitzenden benannt. Als langfristigen zukünftigen Arbeitsschwerpunkt hatte die Vorsitzende zu Beginn der letzten Amtsperiode die Verbesserung der Kooperation mit den Fachberufen im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt gestellt und im Bereich der Arzthelferinnen als direkter und vom Arzt abhängiger Mitarbeiterin insbesondere die Verantwortung der Selbstverwaltung für eine Verbesserung der Strukturqualität (Aus-, Fort- und Weiterbildungsregelungen) hervorgehoben. Dem gemäß stand in der zweiten Sitzung der Amtsperiode am 1.10.2004 die Vorstellung und Abstimmung der bisherigen Ergebnisse des Neuordnungsverfahrens der Ausbildungsverordnung für Arzthelferinnen im Mittelpunkt (s. Seiten 366f.). Darüber hinaus wurde über bundespolitisch bedeutsame Entwicklungen in der Berufsbildung wie: Novellierung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) und Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik (siehe Seiten 369ff.), neue Berufe bzw. Fortbildungen im Gesundheitswesen (Operationstechnische Angestellte, Fachkraft für ambulante Pflegedienste, Praxismanagerin, Prävention für Arzthelferinnen (siehe Seiten 371ff.) diskutiert. Die Bundesärztekammer begleitete die fachlichen und politischen Entscheidungsprozesse im Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und im Kuratorium der Deutschen Wirtschaft für Berufsbildung (KWB) auf Bundesebene intensiv mit. Darüber hinaus waren die Entwicklungen bei den Pflegeberufen und die Akademisierungstendenzen bei den Gesundheitsfachberufen wichtige Themen.

Die Gremien befassen sich eingehend mit der Situation auf dem Ausbildungsmarkt:

Zur Verbesserung der Ausbildungsplatzsituation und zum Abbau von Jugendarbeitslosigkeit hat die Bundesregierung in 2003 die Einführung von Qualifikationsbausteinen im Berufsbildungsgesetz §§ 50 ff. und – gemeinsam mit der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände und dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag – im Rahmen des „Ausbildungspaktes“ vom Juni 2004 die Entwicklung und Zertifizierung von sog. Einstiegsqualifikationen [EQs] beschlossen. Arbeitgeber, die auf der Basis von EQs Jugendliche einstellen, erhalten eine Förderung und Zuschüsse zu den Sozialabgaben. Qualifizierungsbausteine und EQs sind sozial- und arbeitsmarktpolitisch begründete Maßnahmen gegen den Nachfrageüberhang bei Ausbildungsplätzen und gegen Jugendarbeitslosigkeit. Sie sind im wesentlichen auf die Wirtschaftsbereiche Industrie, Handel und Handwerk ausgerichtet. Die Freien Berufe haben sich wegen ihrer überdurchschnittlichen Ausbildungsquote und wegen der bereits schon zahlreichen Aktionen auf Kammerebene am Ausbildungspakt nicht beteiligt. - In verschiedenen Landesärztekammern wurden bisher hierfür ggf. verwertbare sog. „Qualifizierungsbausteine“ nach §§ 50 ff. BBiG anerkannt. Die erfolgreiche Teilnahme an den Maßnahmen soll bei Abschluss eines späteren Ausbildungsvertrages ausbildungsverkürzend angerechnet werden.

Die Gremien waren der Auffassung, dass EQs im Regelfall für die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation bei niedergelassenen Ärzten, deren Qualifikationsbedarf (siehe Neuordnungsverfahren) und die gewünschte Zielgruppe bei Auszubildenden oder Beschäftigten keine geeignete Lösung darstellen. Auch der Rückgang bei den Neuabschlüssen (s. vorne) konnte die grundsätzlichen Bedenken nicht aufwiegen.

Die Erarbeitung bundeseinheitlicher Module wurde deshalb einstimmig abgelehnt, wobei im Einzelfall auf Landesebene praktizierten Lösungen nichts im Wege steht.

Neuordnung der Ausbildungsverordnung für Arzthelferinnen

Seit dem 01.08.1986 ist die „Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin“ vom 10.12.1985 in Kraft; sie löste die Berufsordnungsmittel des Bundesministeriums für Arbeit aus dem Jahre 1965 ab.

Schon früh zeigten sich die Bestehensregelung und die Gewichtung der Prüfungsfächer als revisionsbedürftig. Seit 1993 haben sich Landesärztekammern und die Fachberufegremien der Bundesärztekammer immer wieder unter diesem Aspekt mit dem Umfang einer evtl. Novellierung beschäftigt. (Detaillierte Darstellungen an der Entwicklung der Verordnung aller Sitzungen der Fachberufegremien mit ihren jeweiligen Beschlüssen hierzu enthalten die Tätigkeitsberichte 1986, S. 326 ff und 1999, S. 430 ff.)

Die Diskussion um eine Flexibilisierung und Differenzierung von Ausbildung sowie einer Anpassung des Berufsbildes an die veränderten fachlichen Anforderungen in einem dynamisch sich entwickelnden Gesundheitswesen führten ab September 1998 zu einer neuerlichen Befassung in den Gremien und ab April 1999 zu einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in der die Qualifikationsanforderungen von Arzthelferinnen untersucht wurden, um eine repräsentative, von niedergelassenen Ärzten/Arbeitgebern getragene Entscheidungsgrundlage für ein Novellierungsverfahren zu gewinnen. Eine Diskussion und Bewertung des Abschlussberichtes (s. Tätigkeitsbericht 2001/2002, Seite 352 ff) erfolgte am 21.02.2002. Gewünscht wurde danach eine inhaltliche Verschiebung des Berufsbildes hin zu einer stärkeren Betonung der Kompetenzen im Bereich der Verwaltung und der Kommunikation, eine Änderung der Bestehens- und Prüfungsbestimmungen und auch eine Vereinheitlichung und Neuausrichtung der Berufsschulinhalte. Mit großer Mehrheit wurde dem Vorstand der Bundesärztekammer empfohlen, beim Bundesministerium für Gesundheit eine Novellierung der Ausbildungsverordnung zu beantragen; ein entsprechender Beschluss des Vorstands erging am 22.03.2002. Dabei spielt auch eine Rolle, dass eine neue Verordnung zu einer Aufwertung des Berufsbildes und zu einer verstärkten Nachfrage, insbesondere von Schülerinnen mittlerer Bildungsabschlüsse, führen könnte.

Zwischen März und Juli 2003 wurden in drei Arbeitssitzungen mit dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen und ver.di die Eckdaten des künftigen Berufsbildes unter der neuen Berufsbezeichnung „Medizinische Fachangestellte“ erarbeitet. Die Bundesärztekammer stellte dabei ein Junktim zwischen Einleitung des Verfahrens und gemeinsamen Zielen hinsichtlich der Abschlussprüfung im Sinne einer Qualitätsverbesserung (Handlungsorientierung, Fächergewichtung und Bestehensregelung) her. Die Fachberufegremien stimmten am 16. Oktober 2003 dem Eckdatenvorschlag zu und akzeptierten die neue vorgesehene Berufsbezeichnung „Medizinische Fachangestellte“. Der gleichlautende Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer am 19.12.2003 führte zur Einleitung des Novellierungsverfahrens auf Grund eines entsprechenden Antrages der Bundesärztekammer beim Kuratorium der deutschen Wirtschaft für Berufsbildung (KWB). Dieses hat mit Schreiben vom 05.01.2004 beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eine Einleitung des Verfahrens beantragt.

Am 21.04.2004 fand beim BMGS unter Beteiligung der Sozialpartner (Bundesärztekammer, Bundesverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen und Vereinte Dienstlei-

stungsgesellschaft), der Dachorganisationen auf Arbeitgeberseite und Arbeitnehmerseite (KWB, Deutscher Gewerkschaftsbund), des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und des Bundesinstituts für Berufsbildung das sog. Antragsgespräch statt, mit dem das Verfahren offiziell auf Basis der Eckwerte beginnen konnte. In vier zweitägigen und einer eintägigen Sitzung zwischen Juni und November 2004 erarbeiteten die Sachverständigen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite (für die Bundesärztekammer: Frau Dr. Goesmann, Frau Ass. Hoerschelmann, Herr Erdt, Frau Nicklas-Faust, Frau Dipl.-Päd. Bristrup) die Inhalte des neuen Berufsbildes/ den Ausbildungsrahmenplan, die zeitliche Gliederung sowie die Prüfungsbestimmungen zur Zwischen- und Abschlussprüfung. Parallel wurde beim Rahmenlehrplanausschuss bei der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in Bonn unter Beteiligung von Vertretern der Berufsschulen der 16 Bundesländer der schulische Rahmenlehrplan auf der Basis des Lernfeldkonzeptes didaktisch konzipiert; an den drei zweitägigen Sitzungen zwischen August und Oktober nahmen Vertreter der Bundesärztekammer als Gast ebenfalls teil. - In der 4. und 5. Sitzung der Sachverständigen kam zu einer Kontroverse hinsichtlich der Struktur und der Dauer des praktischen Teiles in der Abschlussprüfung: Während die Sachverständigen der Bundesärztekammer von einer Beibehaltung des Status quo (45 Minuten) ausgingen, forderten die Arbeitnehmervertreterinnen eine Prüfungsdauer von 120 Minuten mit dem Argument, dass nur eine anspruchsvolle integrierte praktische Prüfung in angemessener Zeitdauer dem neuen Berufsbild und der Handlungsorientierung in der Prüfung Rechnung trage. - Sowohl die Ständige Konferenz Medizinische Fachberufe in ihrer Sitzung am 1.10.2004 als auch die Landesärztekammern in ihren Antworten auf die Rundfrage der Bundesärztekammer vom 14.10.2004 haben für eine Beibehaltung des Status quo votiert und dies sowohl mit fachlicher und zeitlicher Angemessenheit als auch mit den Sachzwängen für die organisatorischen, finanziellen und personellen Rahmenbedingungen begründet. Auch der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 29.10.2004 unter billiger Inkaufnahme eines Scheiterns des Verfahrens eine 60minütige Prüfungsdauer (als Kompromisslösung) für ausreichend angesehen. In der 5. Sitzung der Sachverständigen am 2.11.2004 näherten sich die Positionen zwar an (Bundesärztekammer: 60 Minuten; Arbeitnehmerseite: 90 Minuten), blieben in dieser Frage, die letztlich nicht fachlich entschieden werden kann, ohne gemeinsames Ergebnis, so dass das Verfahren unterbrochen wurde. Mit Schreiben vom 6.12.2004 hat das BMGS ein Spitzengespräch für Februar 2005 angeboten, in dem letztmals eine Einigung mit dem Ziel des Inkrafttretens der Verordnung in 2005 erzielt werden soll. Bis dahin sind die Arbeitnehmerseite wie auch die Bundesärztekammer aufgefordert; nochmals nach einer Kompromissmöglichkeit zu suchen. Sollte es zu keiner Einigung kommen, könnte das Verfahren wahrscheinlich erst in mehreren Jahren wieder neu aufgenommen werden. - Die Bundesärztekammer hat mit Rundschreiben vom 8.12.04 die Gründe für beide Positionen (unter Berücksichtigung zusätzlicher berufs- und bildungspolitischer Aspekte) den Kammern zur nochmaligen Prüfung umfassend dargelegt (s. hierzu den Artikel im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 48). Auch der Berufsverband der Arzthelferinnen so wie ver.di sind aufgefordert, zu überdenken, ob es Sinn macht, das Verfahren bzw. die neue „Medizinische Fachangestellte“ an der Frage der Prüfungszeit vorläufig scheitern zu lassen.

[www.bundesaerztekammer.de/ Fachberufe/Arzthelferinnen](http://www.bundesaerztekammer.de/Fachberufe/Arzthelferinnen)

E-Learning-Projekt für Arzthelferinnen: LearnART

Seit 2001 bemühte sich die Geschäftsführung mit Billigung des Vorstandes intensiv um Förderung eines E-Learning-Projektes für Arzthelferinnen durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung aus dem Programm der Bundesregierung „Neue Medien in der beruflichen Bildung“. Zum 1.6.2004 hat das BMBF entsprechende Mittel für das Projekt LearnART - „Multimediale Lerneinheiten zur Aktiven und Reaktiven Nutzung im Arzthelfer/innen-Training“- genehmigt. In den kommenden drei Jahren werden internetbasierte Lernkonstellationen für die berufliche Aus-, Fort und Weiterbildung von Arzthelferinnen entwickelt und in Berufsschulen und in Weiterbildungskursen erprobt. Die Bundesärztekammer will damit das E-Learning für die wichtigste Mitarbeiterin des Arztes im ambulanten Gesundheitswesen erschließen und ihr neue Flexibilisierungsmöglichkeiten des Lernens eröffnen. Als eines von wenigen Projekten in der beruflichen Bildung unterstützt das BMBF das Projekt mit Mitteln aus dem o.g. Programm, das Teil des Aktionsprogramms „Innovation und Arbeitsplätze in der Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts“ der Bundesregierung ist. Seit Anfang 2001 wird damit die Entwicklung multimedialer Lehr- und Lernangebote im Hochschulbereich, im allgemeinbildenden Sektor und im Bereich der beruflichen Bildung gefördert, mit dem Ziel, die Informations- und Kommunikationstechniken zum Basismedium aller Lernprozesse in allen Qualifikation- und Bildungsbereichen werden zu lassen. - Kofinanziert wird LearnART wegen der quantitativen Bedeutung der Berufsgruppe der Arzthelferin durch den Europäischen Sozialfonds.

Projektpartner der BÄK und zuständig für das Projektmanagement, die Entwicklung der Lerneinheiten, ihre Erprobung und Evaluierung ist das Institut für Berufs-, Wirtschafts- und Sozialpädagogik (IBW) an der Universität zu Köln. Nach langen Vorbereitungen der beiden Projektpartner wurde mit der konstituierenden Sitzung des Projektbeirates am 29. September 2004 in den Räumen der Ärztekammer Nordrhein offiziell der Startschuss für das Projekt gegeben. Im Beirat (Geschäftsführung/Vorsitz: BÄK/ Frau Dr. Goesmann) wirken alle Beteiligten zusammen, um die Entwicklung der Lerneinheiten kritisch beratend zu begleiten, die Projektergebnisse zu verbreiten und damit zu einer langfristige Verstetigung der Ergebnisse beizutragen. Projektbeteiligte sind die Ärztekammer Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen und Baden-Württemberg/Bezirksärztekammer Südwürttemberg, das Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (ZQ) der Ärztekammern Niedersachsen, das Kölner Berufskolleg für Arzthelferinnen, die Heidelberger Akademie für Gesundheitsberufe sowie das Bildungswerk für Gesundheitsberufe des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen, das im Projektbeirat ebenso mitwirkt wie das Bundesbildungsministerium, der Projektträger und weitere Experten aus Wissenschaft und Berufsbildung.

Im Projekt werden sog. Lernkonstellationen entwickelt, die sowohl Telelernphasen als auch Präsenzlernphasen beinhalten. Durch eine festgelegte curriculare Struktur und durch inhaltliche, methodische und mediale Verschränkungen werden die beiden Komponenten zu einer Gesamtkonzeption verbunden („blended learning“). Thematisch geht es in den neun Lernkonstellationen um Praxismanagement, Qualitätsmanagement und Kommunikation, Bereiche, die zukünftig in der ambulanten Versorgung von besonderer Priorität sind und in denen sich die ärztlichen Arbeitgeber eine verbesserte Wissensbasis und Handlungskompetenz bei ihren Mitarbeiterinnen wünschen, und zwar in den Bereichen der Anpassungs- wie der Aufstiegsfortbildung wie der Grundausbildung. Jede Lernkonstellationen wird auf drei unter-

schiedlichen Kompetenzniveaus/ Schwierigkeitsgraden konzipiert, so dass verschiedene Zielgruppen bei den Arzthelferinnen, aber auch andere Berufsgruppen und Mitarbeiter in den Praxen von LearnART profitieren dürften. - Die Telelernphasen werden innerhalb der Lernplattform bzw. dem Learnmanagementsystem ILIAS realisiert (Integriertes Lern-, Informations-, Arbeits-, und Kooperationssystem), das in den 90iger Jahren innerhalb des von der Europäischen Union geförderten Virtus-Projektes an der Universität zu Köln entwickelt wurde und mittlerweile als open-source-Projekt erfolgreich weiter ausgebaut wurde.

LearnART zielt über die Entwicklung und Anwendung in den genannten Kammern und den bisher beteiligten Partnern hinaus; es ist intendiert, dass spätestens nach der Evaluation aller Module eine Verbreitung und Verstetigung auch in andere Kammer- und Anwenderbereiche hinein erfolgen soll.

www.learnart-online.de, www.bundesaerztekammer.de und www.uni-koeln.de/wisofak/wipaed/

Novellierung des Berufsbildungsgesetzes

Die Ankündigung der Bundesregierung im Jahre 2003, das Berufsbildungsgesetz von 1965 novellieren zu wollen, veranlasste die im Kuratorium der deutschen Wirtschaft für Berufsbildung zusammengeschlossenen Spitzenverbände, ihre Wünsche zu einer Verschlanung und zeitgemäßen Weiterentwicklung des deutschen Berufsbildungswesens im Rahmen einer breit angelegten Arbeitsgruppe zusammen zu tragen. Die Bundesärztekammer erfragte Verbesserungsvorschläge der Landesärztekammern, die in der Sitzung der Fachberufegremien am 16.10.2003 beraten, in den wirtschaftsseitigen Konsentierungsprozess über den Bundesverband der Freien Berufe eingebracht in mehreren beratungsaufwendigen Runden abgestimmt, bevor diese dem Bundesbildungsministerium zugeleitet wurden. Im Entwurf des Berufsbildungsreformgesetzes vom September 2004 wurden die wirtschafts- und kammerseitig gewünschten Änderungen aber nur teilweise berücksichtigt. Hingegen sind weitreichende Neuerungen, z. B. erweiterte Kompetenzen der Berufsschulen und Berufsbildungsausschüsse, die Anrechnung von schulischen Abschlüssen sowie die Errichtung regionaler Berufsbildungskonferenzen vorgesehen. Die Stellungnahmen des KWB – wiederum mit Beteiligung des BFB und der Bundesärztekammer - wurde den Kammern mit verschiedenen Rundschreiben seit Juni 2004 übermittelt. - Von besonderem Interesse für die Ärzteschaft ist die neue Systematik der Regelung der fachlichen Eignung der freien Berufe, womit auch inhaltliche Konsequenzen verbunden sind: Der bisherige Sonderstatus der freien Berufe muss in einer parallelen Rechtsverordnung außerhalb des BBiG geregelt werden, Freiberufler müssen vor der Erlaubnis zur Ausbildung erst eine angemessene Zeit praktisch gewesen sein und Arzthelferinnen können als Ausbilder fungieren, solange dies nicht durch o.g. Rechtsverordnung unterbunden wird.

Der BFB hat unter Mitwirkung der Bundesärztekammer am 5.10.2004 in einem Schreiben an den Ordnungsgeber sowie weitere Fachministerien die Veränderung des Status quo kritisiert vor weiteren Hürden bei der Ausbildung auf Kosten von Ausbildungsplätzen gewarnt und einen Formulierungsvorschlag unterbreitet, mit dem die bestehende Rechtssystematik beibehalten werden soll. Die Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Wirtschaft und Arbeit haben am 22.10. und 19.10.2004 mit inhaltlich gleichlautenden Schreiben geant-

wortet und die Kritik als unbegründet zurück gewiesen. Der BFB hat danach am 9.11.2004 einen erneuten Vorschlag unterbreitet. Gefg. muss durch Begleitung des beim BMGS angesiedelten Erarbeitungsverfahrens der o.g. parallelen Rechtsverordnung dafür Sorge getragen werden, dass der jetzige Rechtszustand für Freiberufler materiell beibehalten wird.

Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik

Am 23. September 2004 fand in Wiesbaden eine Sitzung des Arbeitskreises Berufsbildungsstatistik des Statistischen Bundesamtes zu Zielen und näheren Modalitäten der geplanten Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik, die als gesetzliche Festlegung in die für 2005 geplante Novelle des Berufsbildungsgesetzes eingehen soll, statt. Danach ist wegen veralteter Software eine Umstellung der Statistik zum Jahre 2007 in Form einer Einzeldatenerhebung geplant; ab dann sollen auch zusätzliche Merkmale abgefragt werden, um die Statistik aussagefähiger zu machen. – Mit Rundschreiben vom 6.10.2004 hat die Bundesärztekammer die Landesärztekammern um Stellungnahme zu den vorgeschlagenen Änderungen gebeten und dem Statistischen Bundesamt am 20.12.2004 eine gemeinsame Auffassung übermittelt. Danach ergibt sich folgendes Bild:

I. Die geplante Umstellung der Erhebung von aggregierten Daten auf Einzeldaten wird von den zuständigen Stellen sehr kritisch gesehen. Befürchtet wird ein gegenwärtig noch nicht absehbarer Mehraufwand in personeller, finanzieller und zeitlicher Hinsicht, der auch dann gegeben ist, wenn seitens der Statistischen Landesämter Erhebungsmasken entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere dürfte der Anpassungsaufwand bei der erstmaligen Erfassung mit einem nicht unerheblichen Zeitfaktor verbunden sein.

Auch der Aufwand, der mit der Anonymisierung der Daten verbunden ist, wird als unangemessen eingeschätzt. Es wird vermisst, dass der Hinweis auf eine zukünftige Verarbeitung der Daten im Onlineverfahren nicht weiter konkretisiert wird, so dass eine Implementierung in bestehende Strukturen nicht beurteilbar ist; die Bereitstellung von Masken allein schafft noch keine Anwendung, mit der die Daten erfasst, verarbeitet und gespeichert werden können.

Für weitergehende individuelle Auswertungen soll der gesamte Datenbestand für einen nicht näher bestimmten Zeitraum von den Kammern vorgehalten werden. Die Vorhaltung eines sich regelmäßig massiv erhöhenden Datenvolumens für noch nicht absehbare individuelle Auswertungen ist kaum akzeptabel.

Eine Zustimmung zu der Umstellung kann deshalb nur erfolgen, wenn negative Konsequenzen für die Kammern noch weitergehend minimiert werden und die Erhebung zusätzlicher Merkmale im vertretbaren Rahmen erfolgt.

II. Die Einbeziehung neuer Merkmale ist mit einem vertretbaren Aufwand lediglich für die Gruppe der Auszubildenden und gegebenenfalls der „Sonstigen Prüfungsteilnehmer“ (hier allerdings nur der Umschüler) möglich. Welche Sinnhaftigkeit z. B. in der Erfassung der Vorbildung der externen Prüfungsteilnehmern und „Ausbilder/Ausbildungsberater“ liegen könnte, ist nicht ersichtlich, so dass ein angemessenes Verhältnis zwischen Aufwand für die Erhebung und möglicherweise daraus ableitbarer Aussagen nicht gegeben ist.

Die Erfassung von Teilnehmern an Berufsausbildungsvorbereitungsmaßnahmen wäre für die Kammern ein völlig neuer Erhebungstatbestand, dem nicht zugestimmt werden kann.

Diese Personengruppe wird ohnehin schon bei den Agenturen für Arbeit und hinsichtlich der Berufsschulpflichtigen auch in den Schulstatistiken erfasst, so dass hier eine sinnlose Doppelerhebung erfolgen würde.

Mit Blick auf die immensen Kosten für Dokumentation und Bürokratie im Gesundheitswesen und damit zusammenhängend die Erzeugung von „Datenfriedhöfen“ ohne erkennbaren Nutzen für die Betroffenen oder die erhebenden Stellen wird daher die Ausweitung von Daten für die Kategorien c und d abgelehnt.

III. Mit dem o.g. Argument befürwortet die BÄK deshalb eine Streichung der Statistik zum 30.09, da sie auf Grund der zahlreichen Zu- und Abgänge zwischen Ende September und Dezember eines Jahres der Realität nicht entspricht. Die Statistik zum 31.12. wird als ausreichend angesehen.

Modellversuch „Praxismanagerin“

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat den vom 1. Oktober 2000 bis 30. September 2003 mit Mitteln des Bundesinstitutes für Berufsbildung, Bonn, geförderten Modellversuch „Praxismanagerin“ einschließlich einer wissenschaftlichen Begleitung im Berichtszeitraum mit der abschließende Erstellung der Modellversuchsprodukte (z. B. Curriculum) am 31. März 2004 beendet. - Auf Grund seiner überregionalen Bedeutung, aber auch hinsichtlich weiterführender Fragen zur Eröffnung von Bildungswegen für Arzthelferinnen begleitete die Bundesärztekammer das Projekt beratend; die abschließende Projektbeiratssitzung fand am 12. August 2004 in Bad Segeberg statt.

Zielgruppe der Qualifizierungsmaßnahme sind Mitarbeiter/innen in größeren Arztpraxen, die Führungs- und Managementaufgaben übernehmen und die betriebswirtschaftlichen Ziele des Unternehmens Arztpraxis in enger Abstimmung mit dem Praxisinhaber realisieren helfen sollen. Das Konzept geht von 800 Weiterbildungsstunden aus, die sich aus einem theoretischen Teil von 640 Stunden mit den Modulen Ausbildung der Ausbilder, Qualitätsmanagement, Betriebswirtschaftliche Praxisführung, Betriebliches Rechnungs- und Finanzwesen, Personalmanagement und Informations- und Kommunikationstechnologie sowie einem Praktikum mit einer Abschlussarbeit von 160 Stunden zusammensetzen.

Die auf der Rechtsgrundlage des § 46 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz erarbeitete Prüfungsordnung für Praxismanagerinnen wurde nach Beschlussfassungen durch den Berufsbildungsausschuss und die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein am 8. Juli 2002 durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein genehmigt.

Insgesamt 48 Teilnehmerinnen der beiden Modell-Lehrgänge haben nach Absolvierung der 800 Weiterbildungsstunden ihre Prüfung zur Praxismanagerin vor dem Prüfungsausschuss der Ärztekammer Schleswig-Holstein im Februar 2003 und im Januar 2004 erfolgreich abgelegt. Seit April 2004 wird die Weiterbildung in Form einer berufsbegleitenden Seminarreihe angeboten; wegen der großen Nachfrage findet ab Frühjahr 2005 ein weiterer Kurs statt. Zur Zeit wird geprüft, ob das Modell in Kooperation mit der Fachhochschule Kiel und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe zur „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ weiter entwickelt werden kann.

www.aeksh.de

Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer

Als Beitrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität des Arzthelferinnenberufs durch spezialisierende Fortbildungen haben Fachberufegremien und Vorstand der Bundesärztekammer seit 1996 verschiedene Fortbildungscurricula beschlossen, die unter Federführung der Geschäftsführung unter Beteiligung der betroffenen Fachkreise erarbeitet wurden:

- 1996: Curriculum „Arzthelferin in der Onkologie“ gemäß „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung“ [§ 4 (2)] (s. Tätigkeitsbericht 1997, Seite 559-565);
- 1997: Curriculum „Ambulantes Operieren“ (s. Tätigkeitsbericht 1998, Seite 653-666);
- 1999: Curriculum „Gastroenterologische Endoskopie“ [Federführung: Bayerische Landesärztekammer]. (s. Tätigkeitsbericht 1999/2000, Seite 322).
- 2002: Curriculum „Pneumologie“ (Siehe Tätigkeitsbericht 2002/2003, Seite 407);
- 2002: Curriculum „Dialyse“ einschl. begleitender „Umsetzungsempfehlungen“ (s. Tätigkeitsbericht 2002/2003, Seite 407).
- 2004: Curriculum „Ambulantes Operieren in der Augenheilkunde“ (s. Tätigkeitsbericht 2003/4, S. 381)

Alle Curricula sind nicht als obligatorische Maßnahmen, sondern als sinnvolle und zweckmäßige Angebote zu verstehen, um mit bundesweiten Standards die erforderlichen Voraussetzungen für eine einheitliche Mindestqualifikation des Personal zu schaffen. Die Entwicklung bundesweit geltender Curricula – entweder durch die Bundesärztekammer oder dezentral durch eine Landesärztekammer – wird von den Kammern begrüßt und hat sich als zweckmäßiges und gut akzeptiertes Verfahren bewährt. Insbesondere nach der Neukonzeption der Arztfachhelferin (s. Tätigkeitsbericht 2000/2001, Seite 323 ff) können die Curricula als Module i. R. des Wahlteils „Medizin“ sinnvoll eingesetzt werden. - Die Curricula liegen in broschierter Form vor.

[www.bundesaerztekammer.de/Themen A-Z/Fachberufe](http://www.bundesaerztekammer.de/Themen-A-Z/Fachberufe)

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen hat den Antrag zur Entwicklung eines Fortbildungscurriculums „Prävention“ für Arzthelferinnen als Modul i. R. der Arztfachhelferin an den Vorstand zur Beratung überwiesen. Begründet wird der Antrag mit der notwendigen Unterstützung bei der vermehrten Beratungstätigkeit von Ärzten im Bereich Prävention. – Der Vorstand der Bundesärztekammer hat eine Beratung in den Fachberufegremien unter Beteiligung des Ausschusses Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation beschlossen.

Die Gremien haben am 1.10.2004 empfohlen, vor einer Entscheidung zunächst das Neuordnungsverfahren „Medizinische Fachangestellte“ abzuschließen, das verbesserte Qualifikationen in der Gesundheitsberatung vorsieht. Darüber hinaus sollten die Ergebnisse eines einschlägigen Modellprojekts „Fortbildung Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendarztpraxis“ des Netzwerks „Kindergesundheit und Umwelt“, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ausgewertet werden.

Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen

Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer gegründete Konferenz mit derzeit 38 Mitgliedsverbänden trat erstmals im April 1989 zusammen. Ziel dieser ständigen Einrichtung, die bisher einmal jährlich getagt hat, ist es, die gegenseitige Information zu verbessern, zur Klärung des Selbstverständnisses beizutragen und in dem sich auseinander entwickelnden Feld der Gesundheitsberufe im Interesse des Patienten die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern, die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern und die negativen Effekte der sog. Schnittstellen zu minimieren.

In ihrer Gründungssitzung 1989 wurden von der Konferenz „10 Thesen zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ beschlossen. In der Sitzung 1993 wurde eine Vereinbarung zwischen Bundesärztekammer und fünf Verbänden der Pflegeberufe zur „Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeberufen“ vorgestellt. Das Papier war Auslöser für ein weiteres Papier zur interprofessionellen Kooperation zum Thema „Kooperationsmodelle“, dem sich allerdings die Verbände der Pflegeberufe nicht anschlossen (alle Texte s. [www.bundesaerztekammer.de /Themen A-Z/ Fachberufe](http://www.bundesaerztekammer.de/Themen A-Z/ Fachberufe)).

Die Teilnehmer der Konferenz haben sich seit 1995 immer wieder intensiv mit den jeweils geplanten Gesundheitsreformen und den in diesem Zusammenhang stets neu ins Gespräch gebrachten Varianten zur Kostendämpfung beschäftigt. - Am 16./17.03.2004 stand das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz mit seinen weit reichenden Folgen für die (ärztliche) Selbstverwaltung und die Versorgungsstrukturen bei gleichzeitig immer enger werdenden finanziellen Rahmenbedingungen im Mittelpunkt. Der zum 1.1.2004 gegründete Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde durch seine Hauptgeschäftsführerin, Frau Dr. Dorothea Bronner, in seinen Aufgaben und Zielen und seiner Arbeitsstruktur in einem Grundsatzreferat dargestellt. Während seitens des Präsidenten durch diese Einrichtung die Gefahr eines Paradigmenwechsels hin zu einer stärker normierten Krankenbehandlung gesehen wurde, monierten die Pflegeverbände und die Verbände der Heilmittelerbringer die fehlende Einbeziehung bzw. Transparenz in die Entscheidungen. - Auch das Schwerpunktthema „Qualitätssicherung“ stand wieder auf der Tagesordnung. Feststellbar ist hier seit einigen Jahren die Tendenz zu verstärkter verbandsübergreifender Kooperation innerhalb und zwischen den Disziplinen. In der Dies jährigen Sitzung werden die Möglichkeiten einer gemeinsamen „Sprache“ durch Anwendung von interprofessionellen Klassifikationssystemen, insbesondere der „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ näher beleuchtet.

Weiteres Schwerpunktthema der Sitzung, auch diesmal zweitägig und inhaltlich geplant durch eine interprofessionelle Arbeitsgruppe, war - in Fortführung der Diskussion in 2003 die Akademisierung der Gesundheitsberufe mit zahlreichen Referenten aus Hochschule,

Berufsbildungsforschung, Verbänden und Wissenschaftsverwaltung. Es wurde deutlich, dass insbesondere die Verbände der gesetzlich geregelten Fachberufe den Bologna-Prozess in der deutschen Hochschullandschaft (Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen nach angloamerikanischem Vorbild) zukünftig verstärkt für eine Akademisierung nicht nur der Fort- und Weiterbildung, sondern auch der Ausbildungsstufe nutzen wollen. Hierbei spielten insbesondere der Status der Berufe im internationalen Vergleich, berufsstrukturelle Motive und die Ausrichtung auf Evidenzbasierung eine Rolle. Skeptische Einwände, etwa ob die Erfordernisse des Arbeitsmarktes Gesundheitswesens auf die Aufnahme einer größeren Zahl akademisch qualifizierter Berufsangehöriger ausgerichtet sind und dass vorrangig die (pädagogischen und strukturellen) Möglichkeiten der fachschulischen Ausbildung besser genutzt werden sollten, wurden von den Verfechtern einer Akademisierung als sekundär qualifiziert. – Die Fachberufekonferenz 2005 wird – ebenfalls zweitägig – die Möglichkeiten und Grenzen neuer Versorgungsstrukturen, die externe vergleichende Qualitätssicherung und Qualitätssicherungsmodelle verschiedener Fachberufe in den Mittelpunkt rücken.

Kooperation mit den Pflegeberufen

Im Verhältnis zu den Pflegeberufen lässt sich u. a. anhand des Anfang 2003 abgeschlossenen Modellprojekts "Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" [InterKiK] (siehe [www.bundesaerztekammer.de/Themen A-Z/ Fachberufe](http://www.bundesaerztekammer.de/Themen-A-Z/Fachberufe)) belegen, dass die Gestaltung kooperativer Beziehungen seitens der Bundesärztekammer bewusst gesucht wird. Vor dem Hintergrund sich ändernder Versorgungsstrukturen in Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 werden sich neue Zusammenarbeitsformen zukünftig verstärkt zwischen den Professionen sowie sektorenübergreifend realisieren. Hier kann man auf Gespräche mit dem Deutschen Pflegerat in den Jahren 2001 und 2002 aufbauen, in denen die sog. „Überleitung“ von Patienten zwischen den Versorgungsbereichen als ein wichtiges Feld der Zusammenarbeit identifiziert und hierzu ein Diskussionspapier erarbeitet wurde.

Leitend für die weitere Zusammenarbeit sind die Impulse aus dem im Jahr 2004 begonnenen Dialog des Vorstands der Bundesärztekammer mit Vertretern der Pflege, vorbereitet i. R. einer Klausurtagung im Juni 2003 zum Thema „Zusammenwirken mit der Pflege“. Auf der Basis eines strukturierenden Diskussionspapiers der Geschäftsführung hatte Frau Dr. Auerswald († 20.10.2004) als Berichterstatterin in die Thematik eingeführt und – ausgehend von den aktuellen Strukturproblemen des Gesundheitswesens und der erfolgreichen Professionalisierungspolitik der Pflegeberufe - neue (mögliche) Einsatzfelder der Pflege und die aus deren Bedeutungszuwachs resultierenden Konsequenzen für die Ärzteschaft und die Gesundheitsversorgung entwickelt. Zu nennen sind hier insbesondere eine bessere Vernetzung der Sektoren, der Anbieter und der Leistungen in der Pflege und in der hausärztlichen Versorgung, der Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung, Prävention und „aufsuchender,, Betreuung und die notwendige Abstimmung in der Qualitätssicherung - und dies vor dem Hintergrund eines mittlerweile (auch sozialrechtlich) eigenständigen Berufsbereiches (SGB X/Pflegeversicherung), woraus seitens der Pflegeberufe auch weitergehende Kompetenzen und Zuständigkeiten in der Versorgung bis hin zu einer eigenen Selbstverwaltung abgeleitet werden.

Vorstand und Pflegeverbände zeigten sich in dem Gespräch am 2.4.2004 in der Einschätzung einig, dass die bisherige Zusammenarbeit in den Bereichen Fachberufekonferenz, Bündnis Gesundheit, Projekt InterKiK, KTQ, Europäische Union, bei der Arbeitszeitrictlinie und bei den DRGs erfolgreich verläuft und in der bewährten Form fortzuführen bzw. zu intensivieren sei. Der Vorstand zeigte sich in der Diskussion offen für die Optionen, die sich aus einem neuen berufspolitischen, fachlichen und gesellschaftlichen Selbstverständnis der Pflege und ihrer zukünftigen Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung ergeben könnten. Die verbesserte Bildung der Pflegeberufe könne gleichzeitig zu einer stärkeren Ausdifferenzierung von Berufsfeldern, zur Spezialisierung aber auch zu Dequalifizierungstendenzen führen. Gemeinsam wurde kritisiert, dass die Ressourcen für die Ausbildung in der Pflege zunehmend verknappt werden und dass heute schon neben einem Ärztemangel ein Mangel an qualifizierten Pflegekräften konstatiert werden muss. Hinsichtlich der von den Pflegeverbänden weiterhin kritisch gesehenen Koordinationsfunktion des Arztes wurde vom Vorstand deutlich gemacht, dass insbesondere im Bereich des Casemanagements als einer komplexen integrierten medizinischen Behandlungsbegleitung die Verantwortung nur von einem Arzt übernommen werden könne. Unabhängig davon konstatierten beide Seiten, dass die Situation an der ärztlichen und pflegerischen Basis häufig in Form fruchtbarer Kooperation abläuft.

Pflegestandard Sturzprophylaxe

Seit dem Jahr 1999 entwickelt das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) an der Fachhochschule Osnabrück in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) im Rahmen zweier vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderter Projekte Pflege-Expertenstandards nach einem Konsentierungsverfahren analog desjenigen des Nationalen Instituts für Qualitätförderung im Gesundheitswesen der Niederlande, begleitet ihre Implementierung und evaluiert diese. Nach der Begleitung der Expertenstandards Dekubitusprophylaxe (2000), Entlassungsmanagement (2002) und Schmerzmanagement (2003) war die Bundesärztekammer im Berichtsjahr auch zur Teilnahme an der Konsensuskonferenz „Expertenstandard Sturzprophylaxe“ am 13. Oktober 2004 in Osnabrück eingeladen. Sie hat zum vorgelegten Standardentwurf in schriftlicher Form Stellung genommen und dabei weitere tangierte ärztliche Verbände und Fachgesellschaften aus verschiedenen Fachgebieten (Hausärzte, Orthopäden, Geriater, Chirurgen) einbezogen. Es besteht Konsens, dass mit diesem Standard ein medizinisch, pflegerisch und epidemiologisch hoch bedeutsames Feld der Prävention, Diagnostik und Therapie bearbeitet, und es ist zu wünschen, dass durch standardisierte und koordinierte Vorgehensweisen aller befassten Berufe und Einrichtungen wichtige und notwendige Verbesserungen in der Patientenversorgung und –beratung erreicht werden können. Allerdings regt die Bundesärztekammer an, eine breitere Einbeziehung ärztlicher, fachberuflicher und medizinisch-wissenschaftlicher Expertise schon innerhalb des Konsentierungsverfahrens aber auch begleitend sicher zu stellen, um den notwendigen interprofessionellen Kooperationen, Präventionen sowie der Akzeptanz und der Publizität des Standards innerhalb der Ärzteschaft und der anderen Heilberufe Rechnung zu tragen.

Familiengesundheitspflege

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist Projektträger einer vom Bundesgesundheitsministerium und der Robert-Bosch-Stiftung finanzierten Forschungsprojektes zur Implementierung der „Family Health Nurse“ (FHN) in Deutschland, als einem zentralen Element zur Erreichung der Strategie „Gesundheit 21“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die FHN soll Gesundheit fördern, Krankheit verhindern und bei Krankheit, Pflegebedürftige und im Sterben unterstützen und betreuen. Hierfür benötigt sie Spezialkenntnisse, die durch eine Fortbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger (-innen) und Hebammen erworben werden sollen.

In einer ersten Phase in 2004 wird mit Repräsentanten wichtiger Gruppen im Gesundheits- und Sozialwesen und weiteren Experten versucht, einen Konsens zur Machbarkeit eines Modellprojektes zu erzielen. In der 2. Phase ab 2005 wird das eigentliche Projekt (Entwicklung eines Curriculums für eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung auf der Grundlage des WHO-Curriculums für Pflegefachkräfte und Hebammen dessen Erprobung und Evaluation durchgeführt.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt am Lehrstuhl für familienorientierte- und gemeinde-nahe Pflege der Universität Witten-Herdecke. Die Bundesärztekammer ist durch die Benennung eines ärztlichen Experten aus dem hausärztlichen Bereich an der Konsensfindung beteiligt. In zwei eintägigen Workshops im Oktober und November des Berichtsjahres wurde auf der Basis von mehr oder weniger realistischen sog. „Szenarien“ die neue berufliche Rolle der Family Health Nurse (jetzt: Familiengesundheitspflegerin), ihre Zielgruppen und Leistungen, ihre Integration in bestehende Strukturen der deutschen Gesundheitsversorgung und der curriculare Anpassungsbedarf formuliert. Die Experten haben empfohlen, die Durchführbarkeit des Ansatzes bis zum Jahre 2008 zu erproben. In dieser Zeit wird sich zeigen, ob die Familiengesundheitspflegerin tatsächlich zu einer Verbesserung bei identifizierten Schwachstellen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland in den Bereichen Prävention, Vernetzung und Kooperation beitragen kann, ohne durch ihre Existenz selbst eine weitere unproduktive Schnittstelle zu schaffen. – Ein Abschlussbericht zu ersten Phase ist für 2005 angekündigt.

Fachkraft für ambulante Pflegedienste

Bereits 1995 wurde mit Blick auf das Pflegeversicherungsgesetz und aus arbeitsmarktpolitischen Erwägungen von Bundeskanzleramt und Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände die Schaffung eines neuen zweijährigen dualen Ausbildungsberufes in der ambulanten Pflege auf der Basis des Berufsbildungsgesetzes vorgeschlagen. Die Bundesärztekammer – wie auch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und das Bundesgesundheitsministerium – sprach sich auf der Basis eines Votums der Fachberufegremien 1996 insbesondere aus qualitativen Gründen sowie wegen der bestehenden berufsrechtlichen Systematik bei den Pflegeberufen dagegen aus.

Trotz weiterer ablehnender Voten von Pflege und Wohlfahrtsverbänden, Ländern und Gewerkschaften hat das Kuratorium der Deutschen Wirtschaft für Berufsbildung 1996 eine Neuordnung mit dem Titel „Fachkraft für ambulante Pflege und Betreuung“ beim Bundes-

ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beantragt, allerdings ohne Erfolg, da insbesondere der Bedarf und die Struktur von der Arbeitgeber- und der Gewerkschaftsseite unterschiedlich beurteilt wurde.

Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme gegenüber dem Bundesverband Freier Berufe im Dezember 2002 ihre Ablehnung in Abstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bekräftigt; sie hat dabei insbesondere auf die bewährte rechtssystematische Konstruktion der (nichtärztlichen) Heilberufe – die aus guten Gründe nach Artikel 74, 19 GG in Form von Berufsgesetzen und nicht dual geregelt sind – an der Schnittstelle zwischen schulischer und dualer Ausbildung hingewiesen. Ein für Frühjahr 2003 anberaumtes Spitzengespräch zwischen der Bundesärztekammer mit den Wirtschaftsorganisationen, an dem auch Vertreter der Pflegeverbände teilnehmen sollten kam leider nicht zu Stande.

Nunmehr zeichnet sich zwischen den Gewerkschaften und den Spitzenverbänden der Wirtschaft eine Annäherung hinsichtlich der Ausbildungsdauer von zwei Jahren ab. Darüber hinaus hat sich nach Auffassung der BDA wie auch des Bundeskanzleramtes die Bedarfs- und Qualifikationssituation in den letzten Jahren und für die Zukunft eher noch zugespitzt, weil zunehmend Personal aus dem östlichen Europa in die bestehende Versorgungslücke stoße und die Akademisierung der Pflegeberufe die desaströse Versorgungslage verschärfe. Es zeichnet sich ab, dass das Bundesfamilienministerium die Zuständigkeit für eine bundesgesetzliche Regelung übernehmen will. Überschneidungen mit den gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen sollen durch eine neue Ausrichtung des Berufsbildes auf den hauswirtschaftlichen Bereich einschließlich kaufmännisch-verwaltender und Abrechnungstätigkeiten umgangen und insbesondere dem Personalbedarf der ambulanten Pflegeeinrichtungen Rechnung getragen werden. Seitens der BDA wurde ein Gespräch mit der Bundesärztekammer angekündigt. In der Sitzung der Fachberufegremien am 1.10.2004 wurde darauf hingewiesen, dass es im Bereich der Altenpflege weniger ein Rekrutierungs- und Mengen- als vielmehr ein Finanzierungsproblem gebe. Dieses Problem sei aber mit bereits bestehenden Qualifizierungsmöglichkeiten (z. B. dem Krankenpflegehelferberuf) und nicht durch ein neues Berufsbild zu lösen.

Operationstechnischer Assistent/Angestellter (OTA)

Seit Juni 2004 besteht in Schleswig Holstein ein Ausbildungsgang zum Operationstechnischen Angestellten als Landesregelung nach Berufsbildungsgesetz. Die Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten nach Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) von 1996 ist zwar sehr erfolgreich, bisher aber formal rechtlich nicht bindend und beinhaltet keine staatliche Anerkennung. Aufgrund der Neuregelung der Finanzierung der stationären Einrichtungen nach Fallpauschalen könnte die ökonomische Basis dieser Regelung in Zukunft kritisch gesehen werden. Dass in Schleswig-Holstein mit der o.g. Verordnung der OTA/DKG gleichzeitig aufgehoben worden ist, stößt bei den dortigen Kliniken und bei der DKG insbesondere deshalb auf Kritik, weil sie für den neuen OTA nach BBiG weder vom Qualifikationsprofil noch von den Zugangsvoraussetzungen her einen Bedarf im Krankenhaus sehen. Hingegen werde ein Berufsgesetz auf Bundesebene für den OTA/DKG angestrebt.

Die Bundesärztekammer hat in Stellungnahmen 1999 und 2002 zur Einführung eines zusätzlichen „dualen“ OTAs wegen der beiden bestehenden Fortbildungen „Ambulantes Operieren“ und „Ambulantes Operieren in der Augenheilkunde“ für Arzthelferinnen, wegen nicht geklärten Bedarfs, aus rechtssystematischen Gründen und wegen der Gefahr der Inflationierung von Gesundheitsberufen bisher keine Notwendigkeit für diese Ausbildung gesehen. Da die Absolventen im Rahmen des dualen Ausbildungssystems einen staatlichen Abschluss gem. Berufsbildungsgesetz erreichen können (auch die sog. Externenprüfung ist zukünftig möglich) und auch die veränderten finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser eine Umfinanzierung (schulische Ausbildung im Rahmen des dualen Ausbildungssystems durch Länderfinanzierung) erforderlich machen dürften, wurde das Modell der Berufsausbildung zum OTA/BBiG in Schleswig-Holstein von Ausschuss und Ständiger Konferenz Medizinische Fachangestellte am 1.10.2004 als möglicherweise richtungweisend zur Kenntnis genommen. Die Entwicklung soll abgewartet werden. – Die Thematik war im übrigen Gegenstand einer Sitzung des OTA-Schulträgerverbandes gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 24. November 2004 in Düsseldorf, zu der die Bundesärztekammer eingeladen wurde.

Tarifangelegenheiten des Praxispersonals/Arbeitsgemeinschaft zu Regelungen der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA)

Im Jahre 1968 wurde die AAA als tariffähige Arbeitgebervereinigung gebildet. Seit dem 1.4.1969 wurden 31 Gehaltstarifverträge und 11 Manteltarifverträge mit dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen (BdA), dem Verband weiblicher Arbeitnehmer und der Deutschen Angestellten Gewerkschaft sowie seit 1992 (nach 16-jähriger Unterbrechung) auch wieder mit der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr bzw. nunmehr mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) abgeschlossen. (Der Verband weiblicher Arbeitnehmer hat sich zum 30.3.2002 aufgelöst.) Die Geschäftsstelle wurde wegen der überregionalen Bedeutung und der ordnungspolitischen Funktion bei der Bundesärztekammer angesiedelt.

Die Tarifwerke sind zwar nicht allgemeinverbindlich, haben aber eine hohe normierende Wirkung entfaltet. Für die Tarifrunde 2003 forderten die Arbeitnehmerinnen Erweiterungen der Gehaltstabelle hinsichtlich der Berufsjahre sowie der Tätigkeitsgruppen, u.a. wegen der inzwischen zahlreichen Fortbildungscurricula bzw. Zertifikate, darüber hinaus deutliche Lohnsteigerungen. In mehreren Tarifrunden bzw. Gesprächen in 2003/2004 haben die Arbeitgebervertreter mit Verweis auf die Folgen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die wirtschaftliche Situation der Praxen und die befürchteten Einbußen auf Grund des GKV-Modernisierungsgesetzes für das Jahr 2004 sowohl strukturelle Veränderungen als auch prozentuale Erhöhungen im Gehaltsgefüge abgelehnt. Erst im Juni 2004 kam es zu einem Tarif-

abschluss in Höhe von 1%, mit dem die Arbeitgeber den Einsatz ihrer Mitarbeiterinnen in Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr würdigen wollten. Auch das Vergütungsniveau in den neuen Bundesländern wurde geringfügig auf 85,25% des Westniveaus angehoben. Die Veröffentlichung des neuen Gehaltstarifvertrages erfolgt am 25.6.2004 im Deutschen Ärzteblatt und wurde per Rundschreiben vom 2.8.2004 allen Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kenntnis gegeben.

Als Ordnungsfaktor bei den Arbeitsbedingungen ist die AAA vor 36 Jahren mit dem Anspruch gegründet worden, den Mindeststandard in den Beschäftigungsbedingungen festzulegen und eine normierende Funktion im Gehaltsgefüge auszuüben. Diese Funktion hat die AAA rückblickend gesehen mit Erfolg wahrgenommen. Dass sie diese regulative Funktion immer noch erfüllt, zeigt nicht nur die Gestaltung der betrieblichen Altersvorsorge seit 2002, sondern auch der auch heute noch beachtliche Anteil von rund 50% tarifgebundenen Arbeitsverhältnissen sowie die weitestgehende Orientierung in den Arbeitsverträgen an den manteltariflichen Rahmenbedingungen (vgl. die ausführliche Darstellung der Ergebnisse von Erhebungen zur Personal- und Vergütungsstruktur in Arztpraxen im Tätigkeitsbericht 1997, S. 393 f). Auch unter den in 2003/2004 besonders schwierigen wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hat sich gezeigt, dass Vorstellungen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite immer noch konsensfähig sind. Die stabilisierende Wirkung von Tarifverträgen auf den Arbeits- und Betriebsfrieden sowie auf den innerärztlichen Wettbewerb um Arbeitskräfte ist nicht zu unterschätzen. Prozesse der Regionalisierung in anderen freiberuflichen Gesundheitsbereichen (z. B. bei den Zahnärzten) werden dort eher als nachteilig empfunden.

Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe (Gesundheitsrente)

Nach Vorberatungen der Tarifpartner seit 2000 und einer Informationsveranstaltung der AAA im März 2001 wurde im Januar 2002 die Eckwerte eines Entgeltumwandlungsvertrages auf der Basis der seit 2001 geltenden gesetzlichen Grundlagen (Altersvermögensgesetz und Gesetz zur betrieblichen Altersversorgung) festgelegt und die Einrichtung einer spezifischen Altersversorgungseinrichtung für Praxispersonal in Form einer Pensionskasse beschlossen, um den rund 110.000 Arztpraxen in Deutschland eine orientierende Entscheidungshilfe für die Altersversorgung ihrer Mitarbeiter zu bieten.

Mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung“ vom 23.1.2002, einer „Ergänzenden Vereinbarung“ der Tarifpartner sowie einem „Ergänzungstarifvertrag zum Mantel- und Gehaltstarifvertrag“, mit dem eine entsprechende rechtliche Verknüpfung zwischen den bestehenden Tarifwerken hergestellt wurde, war für alle tariflich orientierten Arbeitsverhältnisse formalrechtlich der Weg für die betriebliche Altersversorgung ab dem 1.1.2002 frei. Der Entgeltumwandlungstarifvertrag setzt die Vorgaben und Fördermöglichkeiten des Altersvermögensgesetzes in einer Form um, die sowohl den gesetzlichen Vorgaben genügt als auch den Bedingungen der ärztlichen Praxen und den Bedürfnissen der Arzthelferinnen Rechnung trägt. Die Modalitäten sollen gewährleisten, dass mit

einem Minimum an Zeit und organisatorischem und finanziellem Aufwand für den Arzt ein Maximum an Förder- und Versorgungsleistungen für die Arzthelferin erreicht wird. Die Altersversorgung ist rein arbeitnehmerfinanziert; die Beiträge sollen aus den bisherigen vermögenswirksamen Leistungen gespeist werden. Diese wurden begleitend – sozusagen als „Starthilfe“ der Arbeitgeber – durch einen zusätzlichen Änderungstarifvertrag ab 2002 leicht erhöht. Evtl. Zuschüsse des Arbeitgebers sind freiwillig, sind aber (z. B. durch Weitergabe der ersparten Sozialversicherungsbeiträge) nach den Vorstellungen der Arbeitsgemeinschaft wünschenswert. – Der Tarifvertrag wurde für den Bereich der zahnärztlichen Praxen komplett übernommen.

Der Tarifvertrag sieht als Durchführungsweg das Pensionskassenmodell vor. Diese Entscheidung wurde unter den Tarifvertragsparteien nach eingehender Prüfung, insbesondere hinsichtlich der Kosten für den Arbeitgeber (Entfall der Insolvenzversicherung und Steuerfreiheit für Arbeitgeberbeiträge) und der (steuerlichen) Vorteile und Fördermöglichkeiten für die Arzthelferin einvernehmlich getroffen. Gleichzeitig wurde die Schaffung einer eigenständigen Versorgungseinrichtung für Praxispersonal beschlossen. Dieses bietet i. S. einer Gruppenversicherung alle wünschenswerten Vorteile hinsichtlich Rendite, Verwaltungskosten, Logistik und Beratung sowie Ablaufleistung. Mit Unterstützung eines renommierten externen Beraters wurde auf der Basis eines Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zwischen April und Oktober 2002 der Träger dieser Versorgungseinrichtung ausgewählt; die Entscheidung fiel - gemeinsam und einvernehmlich mit dem Arzthelferinnenverband und der Zahnärzteschaft (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Zahnarzthelferinnen) - zu Gunsten der Deutschen Ärzteversicherung, Köln, gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf, aus. Die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung haben dies am 27.9.2002 zustimmend zur Kenntnis genommen.

Nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung im Oktober 2002 wurde der Geschäftsbetrieb unverzüglich aufgenommen. Die Deutsche Ärzteversicherung (mit ihrem speziell gegründeten Risikoträger Pro bAV) bot zunächst einen Vorsorgetarif in Form einer fondsgebundenen Rentenversicherung an, optional ergänzbar um eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Im Sommer 2003 kam als alternative Möglichkeit ein klassischer Rententarif mit Garantiezins hinzu. - Bis November 2004 wurden 2300 Verträge abgeschlossen. - Die Gründungsmitglieder begleiteten die Implementierung intensiv in Form eines Lenkungsausschusses und seit Oktober 2003 im Rahmen eines neu geschaffenen Beirates, in den in der Mitgliederversammlung der AAA am 26.02.2003 für die Ärzteschaft San.-Rat Peter Sauer mann, Velden, Dr. Klaus Uffelmann, Gemünden und Dipl.-Volksw. Franz Stobrawa, Bonn, berufen wurden. Die Abschlusszahlen bleiben bislang quantitativ hinter den anspruchsvollen Vorgaben zurück, was im wesentlichen auf die Zurückhaltung des Verbrauchers im Bereich „Altersversorgung“ aufgrund der wirtschaftlichen Gesamtsituation zurückzuführen ist; dies betrifft alle Anbieter in Deutschland gleichermaßen. Die neuen Regelungen des Alterseinkünftegesetzes ab 2005 könnten allerdings hier einen neuen Schub bringen. – In drei Beiratssitzungen am 17.3., 28.6. und 22.11.2004 sowie einem Workshop am 23.7.2004 wurden Möglichkeiten der Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit und der Verbesserung der vertrieblichen Möglichkeiten des Produktes „Gesundheitsrente“ eingehend erörtert. – Das Modell steht auch anderen Berufsgruppen und Institutionen/Arbeitgebern im Gesundheitsbereich offen; 18 weitere Organisationen sind bisher beigetreten.