

9. Fachberufe im Gesundheitswesen

Das Feld der Gesundheitsberufe umfasst neben den 18 gesetzlich und drei 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, die Entwicklungen zu beobachten und aktiv zu begleiten oder zu gestalten, wie bspw. im Berichtsjahr bei der Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten, der Akademisierung der Fachberufe, beim Europäischen Qualifikationsrahmen und der Entwicklung neuer Qualifizierungen in der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung. Dies geschieht häufig gemeinsam mit den Landesärztekammern bzw. diese unterstützend und koordinierend. Wichtiges Augenmerk in dem sich ständig weiter differenzierenden und spezialisierenden Feld der Berufe gilt den Schnitt- und Nahtstellen zum Arztberuf und der Identifikation von Zuständigkeiten, Überschneidungen, Qualifikationsbedarfen und Kooperationsmöglichkeiten. Damit sollen die Gefahren, die sich aus der weiter wachsenden – z. T. ökonomisch bedingten – Arbeitsteilung ergeben können, kompensiert 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 gebracht werden. Bereits das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz 2004 stieß – neben den bereits bestehenden Formen – ergänzende Kooperationsmöglichkeiten zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an, mit denen der Gesetzgeber glaubte, Grenzen zwischen den Professionen und Sektoren überwinden zu können; der Gesetzentwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2006 zielt auf eine stärkere Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung nach SGB XI (Pflegeversicherung) im Bereich der Integrierten Versorgung. Er eröffnet allerdings zugleich die Möglichkeit, genuin ärztliche Tätigkeiten wie z.B. das Case Management und die Versorgungssteuerung den Krankenkassen zuzuweisen. Dies könnte gewachsene, vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehungen und den Primat der medizinisch orientierten Betreuung gefährden. Die Entwicklung neuer Konzepte auf der Basis dieser strukturellen Möglichkeiten muss kritisch-konstruktiv begleitet werden, wobei hinsichtlich sektoren- und/oder berufsgruppenübergreifender Modelle absehbare Nachteile zu vermeiden sind und die Zusammenarbeit mit Anbietern von Leistungen, die die ärztliche Versorgung flankieren können, gesucht werden soll. Ein besonderes Augenmerk wird dabei zukünftig auf der medizinisch-pflegerischen Versorgung alter und/oder pflegebedürftiger Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen liegen müssen, um den großen Herausforderungen, die auf Grund der demografischen, medizinischen und ökonomischen Entwicklung auf alle westlichen Industriestaaten zu kommen, zu begegnen. – Unter www.bundesaerztekammer.de sind aktuelle Informationen zu diesem Arbeitsbereich eingestellt.

Tabelle 1: Fachberufe im Gesundheitswesen – Übersicht über die Tätigkeitsfelder

Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten	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 Ständiger Konferenz Medizinische Fachberufe • Neuordnungsverfahren Medizinische Fachangestellte; Begleitung der Umsetzung in den Landesärztekammern z.B. durch Erarbeitung einer Musterprüfungsordnung und eines Aufgabenpools für die Abschlussprüfung, Erstellung einer Imagebroschüre, Herausgabe einer erläuternden Broschüre zur Verordnung • Umsetzung des novellierten Berufsbildungsgesetzes, insbes. Neuregelung der Fachlichen Eignung zur Ausbildung • Konzeptionierung und Erarbeitung von Fortbildungscurricula • E-Learning Projekt LearnART(Geschäftsführung des Projektbeirates; Koordination der Kammern , Öffentlichkeitsarbeit) • Fortbildung zur Arztfachhelferin • Abstimmung mit BFB und KWB in Berufsbildungsfragen • Ausbildungsplatzsituation • 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 • Beobachtung des Projektes Familiengesundheitspfleger(in) • Beobachtung der Akademisierung/Bologna Prozess • Europäischer Qualifikationsrahmen (EQF) • Auskünfte und Beratung zu Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe • Beobachtung von Kooperationsformen, insb. nach GMC 2004 • Kooperation mit den Pflegeberufen, Projektentwicklung • Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung • Beobachtung und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung bei den Heilmittelbringern • Beobachtung der Heilmittelversorgung/ Indikationskataloge • Elektronische Berufeausweise 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der AAA • Geschäftsführung von Tarifverhandlungen (Gehalts-, Mantel-, Entgeltumwandlungstarifvertrag) • Veröffentlichung von Tarifverträgen • Auskünfte und Beratung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Steuerberatern, Anwälten und weiteren Stellen zu o.g. Tarifverträgen • Beobachtung der Entwicklung der Beschäftigungssituation in Arztpraxen/ im Gesundheitswesen teilweise im Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung <p>Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementierung und Promotion der Altersversorgung in Praxen • Begleitung des Beirates Pensionskasse

9.1 Aus- und Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten (Arzthelferin)

Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten gehört zu den z. Zt. rund 350 „anerkannten“ Ausbildungsberufen in Deutschland; hierfür wurde nach § 4 Berufsbildungsgesetz (BBiG) im Jahre 2006 eine neue Ausbildungsordnung erlassen, die die Ausbildung für Arzthelferinnen von 1985 abgelöst hat. Nach § 71 BBiG sind für die Berufsbildung der Gesundheitsdienstberufe die Ärztekammern jeweils für ihren Bereich „zuständige Stelle“. Sie haben demnach zahlreiche gesetzlich geregelte Aufgaben wahrzunehmen, die aus dieser originären Zuständigkeit erwachsen.

9.1.1 Ausbildungsplatzsituation

Zum Zwecke der Planung und Ordnung der Berufsbildung gemäß §§ 87 und 88 BBiG erfolgt alljährlich eine Umfrage des Statistischen Bundesamtes bei den zuständigen Stellen, die 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 nachfolgende Tabelle liefert Angaben über die Zahl der Auszubildenden, differenziert nach Ausbildungsjahren, neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen, ausländischen Auszubildenden und Teilnehmern an Abschlussprüfungen (Stichtag 31.12.2005).

Die Gesamtzahl der Ausbildungsverhältnisse ist nach einer Phase der Stabilität zwischen 1998 und 2003 in 2005 wie schon im Vorjahr bundesweit erneut zurückgegangen, u. z. um 3,5%, in den neuen Bundesländern um 4,2%. Ursächlich hierfür sind die rückläufigen Neuabschlüsse zum dritten Mal in Folge bundesweit: -6,8 in 2003, -4,3% in 2004 (Ost: -8,8%) und -1,1% in 2005 (Ost: -9,4%). Zum Vergleich: Über alle Wirtschaftsbereiche hinweg sank in 2005 die Gesamtzahl der Ausbildungsverhältnisse im Vergleich zu 2004 lediglich um 0,7%; die Zahl der Neuabschlüsse stieg um 2,3% an. Auch die aktuellste Ausbildungsstatistik vom 30.09.2006 zeigt gegenüber Herbst 2005 (damals rund 2,7% Rückgang) ein Minus von 4,6%.

Die Arzthelferin liegt trotzdem im Westen mit 7,9% Anteil an allen weiblichen Auszubildenden auf Rang 1 der zahlenmäßig bedeutsamsten Ausbildungsberufe für Frauen (neue Länder: Rang 11). Derzeit erlernen auch 319 junge Männer diesen Beruf.

Die Statistiken belegen, dass sich die schulische Vorbildung der Auszubildenden in den letzten Jahren wieder deutlich verbessert hat. Bei den in 2005 14.366 neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen hat sich die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 18% Hauptschülerinnen: 64% Realschülerinnen: 9,0% Abiturientinnen nochmals leicht (wie schon seit 1997 erkennbar) zu Gunsten des Anteils der Realschülerinnen verschoben und damit einen erfreulich hohen Stand erreicht hat (1993: 44%). 16 Jahre und jünger sind demgemäß nur 17% der Auszubildenden, rund 26% sind 17 Jahre alt, 42% sind

Tabelle 2: Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2005 nach Ländern im Ausbildungsberuf Arzthelferin (Stichtag 31.12.2005)

Landesärztekammer	Auszubildende						davon im Ausbildungsjahr			ausländische Auszubildende	neu abgeschlossene Ausbildungsverhältnisse	Teilnehmer an Abschlussprüfungen	
	insgesamt	weiblich	männlich	1. 2. 3.			insgesamt	davon bestanden					
				1.	2.	3.							
Baden-Württemberg	6.026	5.995	31	2.036	1.987	2.003	941	2.036	2.009	1.898			
Bayern	9.263	9.193	70	2.912	2.908	3.443	745	2.912	3.204	2.932			
Berlin (insg.)	1.572	1.535	37	515	499	558	109	568	676	607			
Bremen	472	470	2	159	155	158	53	159	218	200			
Hamburg	751	747	4	294	221	236	85	305	294	291			
Hessen	3.015	2.992	23	1.019	956	1.040	512	1.039	1.055	986			
Niedersachsen	4.182	4.163	19	1.411	1.315	1.456	214	1.411	1.469	1.371			
Nordrhein	5.460	5.440	20	1.951	1.775	1.734	515	1.951	2.053	1.848			
Rheinland-Pfalz	2.384	2.374	10	815	807	762	127	815	871	751			
Saarland	643	634	9	227	217	199	19	227	238	211			
Schleswig-Holstein	1.344	1.332	12	460	460	424	42	504	519	465			
Westfalen-Lippe	4.868	4.845	23	1.649	1.540	1.679	410	1.649	1.872	1.675			
total (West)	39.980	39.720	260	13.448	12.840	13.692	3.772	13.576	14.478	13.235			
Brandenburg	630	619	11	195	211	224	3	200	239	204			
Mecklenburg-Vorpommern	471	465	6	155	140	176	3	155	188	165			
Sachsen-Anhalt	459	452	7	151	165	143	0	151	151	145			
Sachsen	631	607	24	164	205	262	0	165	287	254			
Thüringen	366	355	11	119	109	138	0	119	137	135			
total (Ost)	2.557	2.498	59	784	830	943	6	790	1.002	903			
Bundesgebiet	42.537	42.218	319	14.232	13.670	14.635	3.778	14.366	15.480	14.138			

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Auszubildenden nachgewiesen, die am 31.12.2005 noch bestanden haben.

18-20 Jahre alt und knapp 15% noch älter. Nichtsdestotrotz häufen sich auch in der Ärzteschaft seit mehreren Jahren die Klagen über mangelnde Ausbildungsreife der Jugendlichen, womit im Wesentlichen ein Defizit in grundlegenden Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben, Rechnen, aber auch bei Konzentration und Verhalten gemeint sind. Häufig wird hierin mit ein Grund für das nachlassende Ausbildungsengagement insbesondere bei Freien Berufen gesehen (s. u.). Der Anteil der vorzeitigen Vertragslösungen ist bezogen auf die Neuabschlüsse mit knapp 19% gegenüber den Vorjahren nochmals um 2% zurückgegangen (alle Gesundheitsdienstberufe: 24,6%); ca. die Hälfte aller Vertragslösungen finden innerhalb des 1. Ausbildungsjahres, davon knapp zwei Drittel innerhalb der Probezeit statt. Mit 3.778 = 8,9% ist der Anteil der ausländischen Auszubildenden gegenüber dem Vorjahr in etwa gleich geblieben.

Die Budgetierungspolitik führte in den letzten Jahren verstärkt zu Rationalisierungen bei allen Freien Berufen auch im Personalbereich. Der Bundesverband Freier Berufe errechnete bei einem Zuwachs von selbständigen Freiberuflern von 31,6% zwischen 1992 und 2004 einen gleichzeitigen Rückgang an Ausbildungsplätzen in diesem Zeitraum von rund 26% über alle Ausbildungsberufe. Der Rückgang von auszubildenden Arzthelferinnen betrug in diesem Zeitraum rund 15%. Zwar stieg die Gesamtzahl aller Sozialversicherungspflichtigen in Arztpraxen zwischen März 2002 und März 2005 um 3,5% an; dies war jedoch gleichzeitig mit einem Zuwachs in Höhe von 12,8% bei den geringfügig entlohnten Beschäftigten (Mini-Jobs) verbunden. War die Arbeitslosigkeit bei Arzthelferinnen im März 2002 noch auf dem niedrigsten Stand seit September 1999 und mit 5,4% gegenüber der Gesamt-Arbeitslosenquote nur ca. halb so hoch, so stieg die Zahl der arbeitslosen Helferinnen zwischen Oktober 2002 und März 2005 bundesweit von 16.164 auf 23.524, also um rund 45%. Bis November 2006 hatte sich diese Zahl erfreulicher Weise wieder auf 19.444, also um 17,3% verringert. Ob sich hierin eine verstärkte Beschäftigung in Krankenhäusern oder Pflegediensten widerspiegelt, muss offen bleiben. Jedenfalls unterstreichen bundesweite Demonstrationen von niedergelassenen Ärzten und Arzthelferinnen seit 2005 die unsichere wirtschaftliche Situation der Praxen auf Grund der GKV-Gesetzgebung 2004 sowie des geplanten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Trotz allem stehen die Freien Berufe wegen des erneuten Rückgang der Ausbildungsplätze (-3,5% zum 30.09.2006) politisch unter Druck; der IHK- sowie der Handwerksbereich können Steigungen von rund 5% bzw. 3% vorweisen. Der Bundesverband der Freien Berufe hat deshalb im Juni des Berichtsjahres einen „Ausbildungsbericht 2006“ vorgelegt, um Anwürfen seitens der Politik und der Gewerkschaften differenzierter entgegen treten zu können. Von den niedergelassenen Freiberuflern wurden in der dem Bericht zu Grunde liegenden Direktumfrage als häufigste Ausbildungshemmnisse die schwierige konjunkturelle Lage sowie fehlende Übernahmemöglichkeiten nach der Ausbildung genannt. In einer Veranstaltung des BFB mit Bundesbildungsministerin Schavan am 10.10.2006 in Berlin wurde darüber hinaus seitens einiger Ärztekammern die generelle Tendenz zu komplexen Ausbildungsverordnungen sowie ressourcenintensive Bestimmungen bei der Durchführung von Abschlussprüfungen angeführt. – Vgl. hierzu: www.bundesaeztekammer.de/Arzthelferinnen/Ausbildungszahlen.

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

Fragen zur Berufsbildung und Berufsausübung der Fachberufe (Schwerpunkt: Medizinische Fachangestellte) 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 wurden Frau Dr. Ursula Auerswald, Präsidentin der Ärztekammer Bremen († 20.10.2004), als Stellvertretende Vorsitzende Frau Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, vom Vorstand bestätigt bzw. neu berufen. Der Vorstand hat am 17.12.2004 Frau Dr. Cornelia Goesmann als neue Vorsitzende berufen und Herrn Dr. Franz Gadowski, Präsident der Ärztekammer des Saarlandes, als stellv. Vorsitzenden benannt. Als langfristige zukünftige Arbeitsschwerpunkte will auch die neue Vorsitzende die Verbesserung der Kooperation mit den Fachberufen im Gesundheitswesen und die Verantwortung der Selbstverwaltung für eine Verbesserung der Strukturqualität (Aus- und Fortbildungsregelungen) im Bereich der Medizinischen Fachangestellten als direkter und vom Arzt abhängiger Mitarbeiterin in den Mittelpunkt stellen. Dem gemäß stand in der vierten Sitzung der Amtsperiode am 23.03.2006 die Umsetzung der neuen Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte im Mittelpunkt, insbesondere hinsichtlich einer Musterprüfungsordnung für die Abschlussprüfung, der Durchführung der Praktischen Prüfung (siehe S. 383ff.) sowie weitere Aktivitäten/Veröffentlichungen der Bundesärztekammer (siehe S. 383ff.). Ein zweiter Themenschwerpunkt war die Fortbildung (Curricula für die ambulante Versorgung, Überarbeitung der Arztfachhelferin, Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen – siehe S. 390ff.). Darüber hinaus wurde über Konsequenzen des in 2005 novellierten Berufsbildungsgesetzes (BBiG), z.B. hinsichtlich der Auszubildereignung für Freie Berufe (siehe S. 388f.) diskutiert.

Ein wichtiges Themenfeld sind seit 2005 Entwicklungen in der Bildung in Europa. Die Bundesärztekammer begleitet die fachlichen und politischen Entscheidungsprozesse im Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und im Kuratorium der Deutschen Wirtschaft für Berufsbildung (KWB) auf Bundesebene intensiv mit, die die Erarbeitung eines sog. European Qualification Frame (EQF) der Europäischen Union/Kommission betreffen. Durch den EQF soll die Vergleichbarkeit von Abschlüssen und Qualifikationen sowohl in der beruflichen Bildung als auch in der Hochschulbildung in allen Mitgliedstaaten ermöglicht werden. Parallel zum Bologna-Prozess (Schaffung eines europäischen Hochschulraumes) wurde bzw. wird im Kopenhagen-Brügge-Prozess seit 2002 ein transparenter, durchlässiger, mobilitätsfördernder, attraktiver und qualitätsgesicherter europäischer Raum der beruflichen Bildung angestrebt, um i. S. der Lissabon-Beschlüsse von 1997/2000 einen international wettbewerbsfähigen europäischen Arbeitsmarkt zu schaffen. Im EQF sollen in Form eines transparenten Bezugssystems Bologna- und Kopenhagen-Prozess zusammen geführt und ein einheitliches, zumindest kompatibles Leistungspunktesystem umsetzungsreif entwickelt sein.

In zahlreichen Ländern wurden bereits nationale Qualifikationsrahmen entwickelt, um diese in den EQF einzubringen. Denn obwohl der EQF nur „Empfehlungscharakter“ haben soll, sind doch erhebliche Weichenstellungen für die europäische Bildungsord-

nung zu erwarten, auf die es aus nationaler Perspektive Einfluss zu nehmen gilt. Von Experten der beruflichen wie der Hochschulbildung in Deutschland werden seit 2004 Konzepte und Instrumente für einen Nationalen Qualifikationsrahmen (NQF) ausgearbeitet, die Transparenz und Kompatibilität zwischen Bachelor, Master und Promotion einerseits und deutschem „dualen System“ einschließlich Aus-, Fort- und Weiterbildung andererseits herstellen, aber auch „informelle Kompetenzen“ berücksichtigen sollen, um vor diesem Hintergrund dann auch Vergleichbarkeit und Anrechnung ausländischer Qualifikationsnachweise zu ermöglichen. Dabei ist es übereinstimmendes Ziel, das einzigartige deutsche System der dualen beruflichen Bildung mit seinem „Berufesprinzip“ im Kern zu erhalten, es im internationalen Wettbewerb „lesbar“ zu machen und im Europäischen Leistungspunktesystem (ECVET) angemessen zu repräsentieren. Seitens des BFB wurde 2005 in einer Stellungnahme gegenüber dem Bundesbildungsministerium nachdrücklich gefordert, die durch die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen erfassten reglementierten Berufe, zu dem auch der Arzt gehört, nicht zu tangieren. Dies wurde in einer Stellungnahme der Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen der Europäischen Kommission vom Herbst 2006 ausdrücklich bestätigt. Die Europäische Kommission hat im Juli 2005 ein EQF-Modell in Form von 8 Qualifikationsstufen vorgelegt, in das alle nationalen Bildungssysteme abbildbar sein sollen. Dieses war Gegenstand der Beratungen der EU-Bildungsminister im März 2006 in Wien auf der Grundlage von nationalen Stellungnahmen der Bildungsministerien; im November 2006 erfolgte hierzu eine erste politische Einigung der Bildungsministerkonferenz in Brüssel. Zeitgleich wurde von der EU das Konsultationsverfahren über das europäische Leistungspunktesystem ECVET eröffnet, an dem auch die deutsche Wirtschaft und der BFB eingebunden sind. Die Ergebnisse des Verfahrens sollen unter deutscher Präsidentschaft im Sommer 2007 erörtert und der EQF beschlossen werden.

9.1.3 Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte und ihre Umsetzung

Am 5. Mai 2006 ist die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 im Bundesgesetzblatt I Nr. 22 veröffentlicht worden. Sie trat am 1. August 2006 in Kraft. Gleichzeitig trat die Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10. Dezember 1985 außer Kraft. (Detaillierte Darstellungen der Vorgeschichte der Verordnung mit allen Sitzungen der Fachberufsgremien und ihren jeweiligen Beschlüssen hierzu enthalten die Tätigkeitsberichte 1986, S. 326 ff und 1999, S. 430 ff.; eine ausführliche Darstellung des Novellierungsverfahrens seit 2004, insbesondere der Kontroverse zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite zur Dauer und Struktur der praktischen Prüfung und den Beschlüssen der Gremien und des Vorstandes der Bundesärztekammer hierzu siehe Tätigkeitsbericht 2005, S. 425 ff).

Die Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte ist eine Antwort auf die veränderten medizinischen, technischen, strukturellen und wirtschaftlichen Anforderungen in der medizinischen Versorgung: Das Krankheitsspektrum, die Patientenstruk-

tur und das Patientenverhalten haben sich verändert; es gibt mehr ältere, multimorbide, chronisch kranke Patienten und ein gestiegenes Informations- und Anspruchsniveau. EDV und Telematik durchdringen alle Anwendungsbereiche. Der medizinisch-technische Fortschritt verändert permanent die medizinische Behandlung. Medizinische Erfordernisse und wirtschaftliche Rahmenbedingungen erfordern neue Organisations- und Kooperationsformen; Arbeits- und Betriebsorganisation sowie Verwaltung werden mit den Instrumenten des Qualitätsmanagements modernisiert und effektiviert.

Die Medizinische Fachangestellte als kompetente Mitarbeiterin des Arztes in verschiedenen Betriebsformen ist ausführend und gestaltend in alle Behandlungs- und Verwaltungsprozesse eingebunden. Ihr Qualifikationsprofil war deshalb auf die gegenwärtigen wie zukünftigen Anforderungen in der Patientenversorgung auszurichten. Das bewährte Berufsbild mit gleichgewichtigen Ausbildungsanteilen in den Bereichen Behandlungsassistenz und Betriebsorganisation und -verwaltung wurde beibehalten, ebenso das Ziel einer Allround-Fachkraft, die in allen ärztlichen Fachgebieten einsetzbar ist. Folgende „Neuerungen“ sind darüber hinaus zu nennen:

- Die neue Berufsbezeichnung spiegelt das Selbstverständnis eines modernen Gesundheitsfachberufes und den gestiegenen Anspruch wider. Gleichzeitig kommt darin der stärkere Dienstleistungscharakter und das erweiterte Einsatzspektrum auch in stationären Bereich und in anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen zum Ausdruck (§ 1 AusbVO).
- Die Ausbildungsinhalte wurden in Umfang und Niveau an die Erfordernisse einer modernen, qualitativ hoch stehenden Patientenversorgung angepasst: Kommunikation mit Patienten und im Team, insbesondere der Umgang mit Konflikten, Beschwerden und Störungen sowie die Patientenbetreuung, -koordinierung und -beratung wurden deutlich ausgeweitet. Die Ausbildungsbereiche Praxismanagement, Verwaltung und Abrechnung, Dokumentation, Datenschutz und Datensicherheit sowie Informations- und Kommunikationstechnologien wurden modernisiert bzw. neu aufgenommen. Qualitätsmanagement, Zeit- und Selbstmanagement sowie Marketing sind ebenfalls völlig neue Inhalte. Im Bereich der Behandlungsassistenz bleibt die Medizinische Fachangestellte „rechte Hand“ des Arztes im bekannten Umfang: Sie assistiert bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie und führt vom Arzt angeordnete Maßnahmen durch. Sie begleitet den Patienten vor, während und nach der Behandlung und erläutert ärztliche Maßnahmen, Verordnungen und Verschreibungen. Handeln in Notfällen, Gesundheitsförderung und Prävention sind neue Schwerpunkte. Die Bereiche Hygiene und Arbeitsschutz wurden gemäß der gewachsenen Bedeutung neu akzentuiert (§ 4 AusbVO).
- Ziel der Ausbildung ist die berufliche Handlungsfähigkeit. Damit ist ein Handeln im betrieblichen Gesamtzusammenhang gemeint, das selbstständiges Planen, Durchführen und Kontrollieren/Bewerten umfasst. Es geht damit über die Beherrschung rein fachlicher Fertigkeiten und Kenntnisse hinaus. Dem entsprechend sind die Ausbildungsziele im Ausbildungsrahmenplan handlungsorientiert bzw. in der Form eines zu erreichenden Endverhaltens beschrieben (§ 3 AusbVO).
- Die Ausbildung ist nicht mehr durch Wochenrichtwerte, sondern durch die neue Zeitrahmenmethode zeitlich gegliedert. Dies ermöglicht eine flexible Anpassung auf die praxispezifischen Besonderheiten, z. B. das ärztliche Fachgebiet oder die Betriebsform (§ 5 AusbVO).

- Inhalt, Struktur, Niveau und Zeitumfang der Abschlussprüfung sowie die Bestehensregelung wurden den allgemeinen Standards in der beruflichen Bildung angepasst. Das Prinzip der handlungsorientierten Ausbildung hat Konsequenzen insbesondere für den praktischen Prüfungsteil, der neu strukturiert und aufgewertet wurde. Er ist wie die schriftliche Prüfung obligatorischer Prüfungsteil und umfasst bei höchstens 75 Minuten Dauer eine komplexe Prüfungsaufgabe inkl. eines höchstens 15-minütigen Fachgesprächs. Der Prüfling soll komplexe praxisbezogene Arbeitsabläufe simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren. Die Prüfungsaufgaben müssen in ihrer Konstruktion diesen Anforderungen Rechnung tragen. Die Bestehensregelung gem. Abs. 7 ist deutlich verschärft worden und folgt jetzt allgemeinen Standards in der beruflichen Bildung: Die neue Bestehensregelung bestimmt, dass sowohl der praktische als auch der schriftliche Teil mit „ausreichend“ bestanden sein müssen. Innerhalb des schriftlichen Teiles darf nur einer der drei Bereiche mit „mangelhaft“ bewertet sein. Der praktische Teil der Prüfung wird zukünftig zu 50% im Rahmen der Bestehensregelung gewichtet, im Gegensatz zur früheren 1/6-Regelung. Damit wird der praktische Teil indirekt zum „Sperrfach“ (§ 9 AusVO).

Die neuen Inhalte und Strukturelemente der Ausbildung werden allen Beteiligten (auszubildenden Ärzten und Medizinischen Fachangestellten, Auszubildenden, Kammern und Berufsschulen) verstärkte Anstrengungen abverlangen. Die Gestaltung des Übergangs in den nächsten Jahren muss von allen Beteiligten intensiv und verantwortlich begleitet werden, damit die Neuordnung die Ergebnisse zeigt, die von allen gewünscht werden.

Die Umsetzung der Verordnung wird auf Bundes- und Landesebene intensiv begleitet:

- Die Teilnehmer von Ausschuss und Ständiger Konferenz „Medizinische Fachberufe“ waren sich am 23.03.2006 darin einig, dass insbesondere die Neuorientierung im Berufsschulunterricht hin zu einer lernfeldorientierten Didaktik, wie sie sich im Rahmenlehrplan der Kultusministerkonferenz niederschlägt – zusätzlich zu den gestiegenen Anforderungen an die Ausbildung in den Arztpraxen – eine Erschwernis bei der Implementierung der neuen Ausbildungsverordnung darstellen könnte: Der Wegfall klassisch-curricularer Lerninhalte führt in der Konsequenz zu einer Auflösung des herkömmlichen fächerbezogenen Unterrichts, verlangt nach neuen Vermittlungs- und Unterrichtsformen und bedeutet letztlich die Gefahr einer Individualisierung der Inhalte auf Schul- bzw. sogar Lehrerebene, wenn keine sinnvolle „Gegensteuerung“ erfolgt. Die mit dem neuen Konzept verbundene Verunsicherung der Lehrerschaft und der Schulen sollte von den Ärztekammern im Sinne einer positiv gestalteten konstruktiven Zusammenarbeit und durch Schulung der ärztlichen Lehrer aufgegriffen werden.
- Eine Arbeitsgruppe aus Bundesärztekammer und Landesärztekammern hat am 08.12.2005 die Entwürfe einer Musterabschlussprüfungsordnung sowie von Regelungen zur Durchführung von Zwischenprüfungen vorbereitet, die von der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 23.03.2006 beschlossen und vom Vorstand der Bundesärztekammer am 27.04.2006 zur einheitlichen Anwendung empfohlen wurden.
- Die neuen Regelungen zur Praktischen Prüfung stellen die Prüfungsaufgabenerstellungsausschüsse, die Prüfungsausschüsse und die Kammern vor erhebliche organisatorische, personelle und finanzielle Herausforderungen. Insbesondere an den

- Ergebnissen der praktischen Prüfung wird sich sehr viel stärker als bisher die Qualität der Ausbildung in den Arztpraxen ablesen lassen. Eine rechtzeitige Abstimmung unter den Kammern im Zuge der Implementierung ist daher wünschenswert. Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ beschlossen am 23.03.2006 die Durchführung eines 2-tägigen Workshops zur Durchführung von Abschlussprüfungen, Schwerpunkt Praktischer Teil, einschließlich der konkreten Gestaltung von Prüfungsaufgaben, um gemeinsam Strategien, Vorgehensweisen und Musterlösungen zu erarbeiten. Dieser Workshop fand am 30./31.05.2006 mit ca. 45 Teilnehmern aus Kammern, Berufsbildungs- und Aufgabenerstellungsausschüssen in Berlin statt und hat hoch erfreuliche Ergebnisse erbracht: Die Teilnehmer erarbeiteten eine einheitliche Ausgangsbasis für die weiteren Umsetzungsschritte auf Basis der Bestimmungen der Verordnung, erzielten einen Konsens über eine Ablaufstruktur des Praktischen Teils sowie die inhaltliche und formale Gestaltung der Aufgaben und beschlossen den Aufbau eines gemeinsamen Aufgabenpools für die praktischen Aufgaben aufgrund einvernehmlich festgelegter medizinischer Themenstellungen.
- Der am 30./31.05.2006 vereinbarte Pool wurde durch die Bundesärztekammer auf der Basis der übermittelten Aufgaben zusammengestellt und allen Kammern am 15.12.2006 übermittelt; er wird weiter ergänzt werden. Damit steht aufgrund dieser erfreulichen Kooperation ein erster Fundus von Prüfungsaufgaben für ggf. bereits im Winter 2006/2007 durchzuführende Prüfungen zur Verfügung.
 - Die von der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 23.03.2006 beschlossene Imagebroschüre „Die Medizinische Fachangestellte“ für den Einsatz bei Schulabgängern, bei Ausbildungsmessen und -veranstaltungen wurde in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellt und in einer Auflage von 32.000 Stück vom Deutschen Ärzte-Verlag produziert; sie stand den Kammern einschließlich einer CD-ROM für Posterpräsentationen im Oktober 2006 zur Verfügung.
 - Die Bundesärztekammer publizierte als Herausgeber im November 2006 eine erläuternde Broschüre zur Ausbildungsverordnung, in der der Paragrafenteil, die Lernziele des Ausbildungsrahmenplanes und die Prüfungsbestimmungen kommentiert und konkretisiert werden. Damit steht den Ärzten eine Handreichung zur Verfügung, die auch mit Blick auf die gestiegenen (Prüfungs-) Anforderungen sowie die offenen Vorgaben des schulischen Rahmenlehrplanes von Nutzen sein dürfte.
 - Die Bundesärztekammer begleitete auch eine Publikation des Bundesinstituts für Berufsbildung gemeinsam mit Vertreter des Verbandes medizinischer Fachberufe, ver.dis und von Berufsschulseite.

Mit diesen Maßnahmen hat die Bundesärztekammer in hohem Maße zu einer zeitnahen und abgestimmten Vorgehensweise bei der Implementierung der Neuregelung beigetragen.

9.1.4 E-Learning-Projekt für Arzthelferinnen: LearnART

Zum 01.06.2004 genehmigte das Bundesministerium für Bildung und Forschung Fördermittel für das Projekt LearnART – „Multimediale Lerneinheiten zur Aktiven und Reaktiven Nutzung im Arzthelfer/innen-Training“ – aus dem Programm der Bundesre-

gierung „Neue Medien in der beruflichen Bildung“. Bis Mai 2007 werden internetbasierte Lernkonstellationen für die berufliche Aus-, Fort und Weiterbildung von Arzthelferinnen (seit 01.08.2006: Medizinische Fachangestellte) entwickelt und in Fortbildungskursen und Berufsschulen 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 als Teil des Aktionsprogramms „Innovation und Arbeitsplätze in der Informationsgesellschaft des 21. Jahrhunderts“ der Bundesregierung. Seit 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. Mit der konstituierenden Sitzung des Projektbeirates am 29. September 2004 in den Räumen der Ärztekammer Nordrhein wurde offiziell der Startschuss für das Projekt gegeben. Im Beirat (Geschäftsführung/Vorsitz: BÄK/Frau Dr. Goesmann) wirken alle Beteiligten zusammen, um die Entwicklung der Lerneinheiten zu begleiten, die Projektergebnisse zu verbreiten und damit zu einer langfristigen Verstetigung der Ergebnisse beizutragen. Projektbeteiligte sind die Ärztekammern Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen und Baden-Württemberg/Bezirksärztekammer Südwürttemberg, das Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (ZQ) der Ärztekammer Niedersachsen, das Barbara-von-Sell-Berufskolleg Köln, die Heidelberger Akademie für Gesundheitsberufe sowie das Bildungswerk für Gesundheitsberufe des Verbandes medizinischer Fachberufe, der 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 Bedeutung sind und in denen sich die ärztlichen Arbeitgeber eine verbesserte Wissensbasis und Handlungskompetenz bei ihren Mitarbeiterinnen wünschen, und zwar in den Bereichen der Anpassungs- und Aufstiegsfortbildung wie der Grundausbildung. Jede Lernkonstellation wird auf drei unterschiedlichen Kompetenzniveaus/Schwierigkeitsgraden konzipiert, so dass verschiedene Zielgruppen der Medizinischen Fachangestellten, aber auch andere Berufsgruppen und Mitarbeiter in den Praxen von LearnART profitieren dürften. Die Telelernphasen werden innerhalb der Lernplattform bzw. dem Lernmanagementsystem ILIAS realisiert (Integriertes Lern-, Informations-, Arbeits-, und Kooperationssystem), das in den 90er Jahren innerhalb des von der Euro-

päischen Union geförderten Virtus-Projektes an der Universität zu Köln entwickelt 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 weitere Kammern und Anwendungsbereiche einbezogen werden sollen. In den ersten Beiratssitzungen in 2004 und 2005 lag der Schwerpunkt auf konzeptionellen Überlegungen sowie den Präsentationen der Arbeitsergebnisse aus den einzelnen Autorentams. Es zeigte sich, dass die pädagogische und technische Umsetzung einer handlungsorientierten und situierten Didaktik durch acht verschiedene regionale Autorentams eine große Herausforderung sowohl für die Beteiligten „vor Ort“ wie auch für das Projektmanagement darstellt. (s. Artikel im Deutschen Ärzteblatt, Jg.102, Heft 7, 18.02.2005). In den beiden Projektbeiratssitzungen im Berichtsjahr (25.04.2006 in Münster und 14.11.2006 in Bad Nauheim) standen Fragen der Zertifizierung und der Nachhaltigkeit im Mittelpunkt. Zu Beginn des Berichtsjahres wurde das Projekt darüber hinaus in der innerärztlichen Öffentlichkeit und in Gremien der Bundesärztekammer vorgestellt, u. z. im Senat für Ärztliche Fortbildung am 11.01.2006 sowie in der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern am 27.01.2006. Dieser Prozess wird in 2007 fortgeführt und durch Workshops, z.B. am 10.01.2007 in Berlin, begleitet werden. Die beteiligten Kammern sind in intensive Gespräche über eine Verstetigung der Projektergebnisse ab Juni 2007 eingetreten. – Vgl. hierzu: www.learnart-online.de, www.bundesaerztekammer.de und www.uni-koeln.de/wiso-fak/wipaed.

9.1.5 Novellierung des Berufsbildungsgesetzes

Zum 01.04.2005 ist das novellierte Berufsbildungsgesetz vom 23.03.2005 nach Beschlussfassung im Bundestag am 18.02.2005 ohne Übergangsbestimmungen kurzfristig in Kraft getreten. Damit sind weitreichende Neuerungen, z. B. erweiterte Kompetenzen der Berufsschulen und Berufsbildungsausschüsse, die Anrechnung von schulischen Abschlüssen sowie die Errichtung regionaler Berufsbildungskonferenzen verbunden. Von besonderem Interesse für die Ärzteschaft ist die neue Systematik der Regelung der fachlichen Eignung der freien Berufe in § 30 BBiG, 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 tätig gewesen sein und Medizinische Fachangestellte und Angehörige weiterer Berufe können als Ausbilder fungieren, solange dies nicht durch o. g. Rechtsverordnung unterbunden wird.

Hierzu hatte der BFB unter Mitwirkung der Bundesärztekammer am 5.10.2004 und erneut am 09.11.2004 in Schreiben an den Verordnungsgeber sowie weitere Fachministerien die Veränderung des Status quo kritisiert, vor zusätzlichen Hürden bei der Ausbildung auf Kosten von Ausbildungsplätzen gewarnt und Formulierungsvorschläge unterbreitet, mit dem die bestehende Rechtssystematik beibehalten werden sollte. Die

Bundesministerien für Wirtschaft und Arbeit sowie für Bildung und Forschung haben am 19.10. und 22.10.2004 mit inhaltlich gleichlautenden Schreiben geantwortet und die Kritik als unbegründet zurück gewiesen. Am 31.01.2005 hat die Bundesärztekammer das BMGS als zuständiges Fachministerium zum Erlass einer Rechtsverordnung nach § 30 Abs. 4 BBiG n. F. aufgefordert. Dies hat das BMGS am 07.06.2005 abgelehnt mit der Begründung, dass ein Ausschluss von Berufen von der Ausbildungsreignung nicht wünschenswert sei. Nachdem jedoch zwischenzeitlich entsprechende Verordnungen für die Ausbildung von Fachangestellten in Rechtsanwalts- und Patentanwaltschaft, Notariat und bei Rechtsbeiständen sowie im Bereich der Steuerberatung und darüber hinaus bei Berufen in der Land- und Hauswirtschaft erlassen wurden, hat die Bundesärztekammer aufgrund eines Vorstandsbeschlusses vom 17.12.2005 am 22.12.2005 das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, aus Gründen der Gleichbehandlung eine Verordnung für die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten zu erlassen. Bundeszahnärzte- sowie Bundesapothekerkammer haben sich im Berichtsjahr mit gleichgerichteten Schreiben angeschlossen. Mit Schreiben vom 02.10.2006 hat das Bundesministerium für Gesundheit nunmehr einen Verordnungsentwurf zur Stellungnahme an alle betroffenen Berufe und Verbände sowie die obersten Landesbehörden übermittelt. In der Beratung des Hauptausschusses des Bundesinstitutes für Berufsbildung am 14.12.2006 wurde dem Verordnungsentwurf mit den Stimmen der Arbeitgeber, des Bundes und der Länder zugestimmt, während die Arbeitnehmerbank geschlossen dagegen stimmte. Es ist damit zu rechnen, dass das Bundesgesundheitsministerium in Kürze eine entsprechende Rechtsverordnung erlässt.

Das Gesetz enthält ebenfalls neue Bestimmungen (§§ 34, 35) für die „zuständigen Stellen“ zum Führen des Verzeichnisses der Berufsausbildungsverhältnisse sowie der Übermittlung ausgewählter Daten an die Bundesagentur für Arbeit. Mit Schreiben vom 05.12.2005 hat die Bundesärztekammer aufgrund des Beschlusses der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern vom 17./18.11.2005 die Bundesagentur für Arbeit mit einem Verfahrensvorschlag angeschrieben. Die Antwort vom 22.09.2006, mit der die Bundesagentur eine Datenlieferung an die Industrie- und Handelskammern und Handwerkskammern vorschlägt, wird jedoch von den Ärztekammern aus grundsätzlichen sowie datenschutzrechtlichen Überlegungen zurückgewiesen. Dies wurde der Bundesagentur von der Bundesärztekammer am 22.12.2006 mitgeteilt. Bundeszahnärztekammer, Bundesapothekerkammer und Bundessteuerberaterkammer haben sich dieser Auffassung angeschlossen.

9.1.6 Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik

Das novellierte Berufsbildungsgesetz, das zum 01.04.2005 in Kraft trat, enthält Neuregelungen zur Erfassung der Medizinischen Fachangestellten-Auszubildenden im Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse der zuständigen Stellen und für die Erstellung der Berufsbildungsstatistik. Im Rundschreiben der Bundesärztekammer vom 03.03.2005 sind diese dargelegt:

Zunächst sind ab dem 01.04.2005 gemäß §34 Abs. 2 (§ 31 a. F.) erstmals die wesentlichen Inhalte des Berufsausbildungsvertrages, die die zuständigen Stellen einzutragen haben, für jedes Ausbildungsverhältnis durch die Nummern 1-8 festgelegt. Die Regelung korrespondiert nunmehr mit den Vorschriften in § 88 (inhaltlich identisch mit Berufsbildungsförderungsgesetz § 5 a. F.) zur jährlichen Bundesstatistik. Die novellierte Fassung dient zunächst lediglich einer Klarstellung sowie Vereinheitlichung und schafft bei den meisten Ärztekammern keine zusätzlichen Erhebungstatbestände.

Gemäß Artikel 2a in Verbindung mit Artikel 8 des Berufsbildungsreformgesetzes werden §§ 34 und 88 zum 01.04.2007 mit ausgeweiteten Erhebungstatbeständen in Kraft gesetzt; zugleich wird die Erhebungsmodalität von bisher aggregierten Tabellen auf Individualdatenerhebung umgestellt. Die neuen Daten beziehen sich im Wesentlichen auf Auszubildende in berufsvorbereitenden Maßnahmen sowie auf Arten der Förderung bei überwiegend öffentlich geförderten Berufsausbildungsverhältnissen. Diese Daten werden bisher von den meisten Ärztekammern nicht erhoben.

Die Neukonzeption der Statistik war Gegenstand von bisher fünf Sitzungen des Arbeitskreises Berufsbildungsstatistik des Statistischen Bundesamtes am 23.09.2004 (bereits im Vorfeld der Reform), 26.04.2005, 22.06.2005, 22.06.2006 und 07.12.2006 in Wiesbaden. Hierbei ging es zunächst darum, mögliche Umsetzungsprobleme bei den zuständigen Stellen auf der Basis einer vom Statistischen Bundesamt vorbereiteten Problemanalyse systematisch zu bearbeiten und den Kammern ggf. Hilfen zur Verfügung zu stellen. Im Mittelpunkt der Beratungen standen Fragen zu Übertragungswegen, Schnittstellen und Datensicherheit. Durch Beratung in der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 25.05.2005 und durch Rundschreiben vom 21.06.2005 und 31.07.2006 sowie durch Information des Arbeitskreises „Ärztestatistik und Datenverarbeitung“ am 17.03. und 09.09.2005 wurden die Ärztekammern kontinuierlich und umfassend über den Fortgang der Arbeiten informiert. Das Statistische Bundesamt hat im Juli 2006 sein EDV-Konzept (Liefervereinbarung und Schnittstellenbeschreibung) vorgelegt. Ab Januar 2007 müssen auf dieser Basis die Programme der Landesärztekammern umgestellt werden und die Organisation der Erfassung der ergänzenden Merkmale abgeklärt sein, denn die erste Erhebung mit Individualdatensätzen und zusätzlichen Merkmalen findet zum 31.12.2007 statt, und zwar für die in 2007 neu begonnenen Ausbildungsverhältnisse. Erfreulich ist, dass ab 2009 die beiden Erhebungen zum 30.09. und 31.12. zum Stichtag 30.09. zusammengelegt werden. 2007 und 2008 gelten als Übergangs- und Erprobungszeitraum mit den bisherigen Lieferterminen, für die Statistik 30.09. auch nach bisherigem Verfahren. Das Statistische Bundesamt führte Schulungsworkshops für die Kammern im November 2006 und Januar 2007 durch.

9.1.7 Modellversuch „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“

Der Erfolg und die Nachfrage nach der Fortbildungsmaßnahme „Praxismanagerin“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein, zunächst als durch das Bundesinstitut für Berufsbildung gefördertes Modellprojekt von 2001 bis 2003, seit 2004 als Regelangebot, zeigt den

Bedarf in den Praxen nach hoch qualifizierten Mitarbeiter/-innen mit besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten im Managementbereich. Insbesondere die neuen Kooperationsstrukturen im ambulanten Bereich und die Vernetzung ambulant/stationär verlangen zunehmend nach Personal, das den Arzt bei organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben entlastet. Im zahnärztlichen Bereich zeichnet sich eine parallele Entwicklung ab. Medizinische Fachangestellte und Zahnmedizinische Fachangestellte sind auf Grund ihrer Kenntnis der realen Bedingungen im ambulanten Gesundheitswesen mindestens genauso gut wie vergleichbar fortgebildete Mitarbeiter/-innen aus überwiegend kaufmännischen/verwaltenden Fachdisziplinen für diese Funktionen geeignet. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit der Fortbildung zur Praxismanagerin wurde unter Federführung des Bundesinstituts für Berufsbildung gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe unter Beteiligung des Verbandes medizinischer Fachberufe auf der Basis des schleswig-holsteinischen Modells ein gemeinsames Weiterbildungskonzept mit der neuen Berufsbezeichnung „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“ für die drei dualen Fachangestelltenberufe entwickelt. Das neue Curriculum kommt im Rahmen der mittlerweile 8. Bildungsmaßnahme in Schleswig-Holstein seit April 2005 zur Anwendung; die 9. Maßnahme wird ab Januar 2007 durchgeführt. Die neue Prüfungsordnung „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“ wurde in Schleswig-Holstein durch den dortigen Berufsbildungsausschuss am 19.10.2005 und von der Kamerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein am 30.11.2005 beschlossen.

Seit Herbst 2005 sind die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe als Kooperationspartner an dem vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (BMBW) finanzierten Modellprojekt „Anrechnung beruflich erworbener Qualifikationen und Kompetenzen in Gesundheitsberufen“ auf den Bachelor-Studiengang „Pfleger und Gesundheit“ der Fachhochschule Bielefeld beteiligt. Damit soll eine neue Möglichkeit geschaffen werden, die Attraktivität der Gesundheitsberufe mit der späteren Durchlässigkeit zu einem Studium weiter zu optimieren. – Vgl. hierzu die Website der Ärztekammer Schleswig-Holstein: www.aeksh.de.

9.1.8 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 Beteiligung der betroffenen Fachkreise erarbeitet wurden:

- 1996: Curriculum „Arzthelferin in der Onkologie“ gemäß „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung“ [§ 4 (2)] (siehe Tätigkeitsbericht 1997, Seite 559-565)
- 1997: Curriculum „Ambulantes Operieren“ (siehe Tätigkeitsbericht 1998, Seite 653-666)
- 1999: Curriculum „Gastroenterologische Endoskopie“ [Federführung: Bayerische Landesärztekammer]. (siehe Tätigkeitsbericht 1999/2000, Seite 322)

- 2002: Curriculum „Pneumologie“ (siehe Tätigkeitsbericht 2002/2003, Seite 407)
- 2002: Curriculum „Dialyse“ einschl. begleitender „Umsetzungsempfehlungen“ (siehe Tätigkeitsbericht 2002/2003, Seite 407)
- 2004: Curriculum „Ambulantes Operieren in der Augenheilkunde“ (siehe Tätigkeitsbericht 2003/2004, 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 Personals 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. Nach der Neukonzeption der Arztfachhelferin im Jahr 2000 (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.

Der 107. und der 108. Deutsche Ärztetag 2004 bzw. 2005 hatten Anträge zur Entwicklung von Fortbildungscurricula für die Bereiche Prävention und hausärztliche Praxen in Modulform i. R. der Arztfachhelferin an den Vorstand zur Beratung überwiesen. Dieser hat am 23./24.03.2006 die Erarbeitung von Maßnahmen in der ambulanten Versorgung in Modulform mit den Bausteinen z.B. Ernährung, Prävention, Geriatrie/Palliativbereich und Patientenkoordinierung beschlossen. Angesichts veränderter Versorgungsbedarfe (Zunahme alter, pflegebedürftiger und chronisch kranker Patienten, Bedeutung ernährungsbedingter Erkrankungen) und neuer Versorgungsformen und -strukturen (Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme, Medizinische/Ärztliche Versorgungszentren) sollte die Position der Ärzteschaft in der ambulanten Versorgung durch eine Qualifizierung ihres Praxispersonals nachdrücklich gestärkt werden, um die auch in der Koalitionsvereinbarung von 2005 angedachte Einführung neuer Versorgungsebenen, Zuständigkeiten und Berufe bzw. Deprofessionalisierung zu verhindern. Fortbildungscurricula für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte mit den o.g. Inhalten sind für das Personal verschiedener Facharztgruppen wie z. B. Hausärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte, Internisten, Gynäkologen oder Chirurgen nutzbar. Sie sind gemäß den bereits vorliegenden Mustern der Bundesärztekammer zu konzipieren. Die Arbeiten hierzu wurden in Sitzungen am 28.09. und 05.12.2006 aufgenommen. Der Verband medizinischer Fachberufe, die Akademie für Allgemeinmedizin und der Hausärzteverband sind beteiligt.

9.1.9 Neugestaltung der Arztfachhelferin

Die Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ sah am 23.03.2006 die Notwendigkeit, nach Inkrafttreten der Ausbildungsverordnung Medizinische Fachangestellte zu gegebener Zeit auch den Aufstiegsberuf der Arztfachhelferin anzupassen und hierfür eine Konzept durch eine Arbeitsgruppe der Landesärztekammern erarbeiten zu lassen. Dabei sollten insbesondere auch Ergebnisse aus dem Blended-Learning-Projekt Learn-ART (siehe S. 386ff.) übernommen sowie die Schnittstellen zur „Betriebswirtin“ (siehe

S. 390f.) identifiziert werden. Am 04.07.2006 und 21.11.2006 fanden hierzu Sitzungen mit der an LearnART beteiligten bzw. weiteren interessierten Kammern statt. Es zeigte sich, dass es zunächst abweichende Vorstellungen hinsichtlich Struktur, Inhalte, Umfang der Module sowie der Bezeichnung gab. Übereinstimmung bestand in dem Ziel, die Rolle der Arztfachhelferin unter den geänderten Strukturbedingungen – Morbidität, Altersstruktur, Vernetzung, Arbeitsteilung und Entlastung für den Arzt, Effizienzsteigerung, Finanzierung – als Führungskraft mit Durchführungsverantwortung im Bereich Verwaltung zu stärken. Nach einer zwischenzeitlichen Konvergenz in einigen o. g. Aspekten müssen die Beratungen hierzu in 2007 fortgesetzt werden, um das Berufsbild und die Inhalte auszuarbeiten, bevor das Arbeitsgruppenergebnis der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe“ zur Beratung vorgelegt wird.

9.2 Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen

9.2.1 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 siehe www.bundesaerztekammer.de).

Die Teilnehmer der Konferenz haben sich immer wieder intensiv mit den jeweils geplanten Gesundheitsreformen und den in diesem Zusammenhang stets neu ins Gespräch gebrachten Varianten zur Kostendämpfung und der zunehmenden Rationierung beschäftigt. In der 18. Sitzung am 14.03.2006 standen die Auswirkungen des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes 2004 mit seinen weit reichenden Folgen für die (ärztliche) Selbstverwaltung und die Versorgungsstrukturen bei gleichzeitig immer enger werdenden finanziellen Rahmenbedingungen – auch für die Heilmittelbringer – im Mittelpunkt; zugleich wurde die angekündigte Gesundheitsreform der Großen Koalition thematisiert. Nach Auffassung der Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Dr.

h. c. Hoppe und Frau Dr. Goesmann, vollzieht sich ein Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen weg von der Therapiefreiheit und der Steuerung des Arzt-Patienten-Verhältnis auf der Mikroebene hin zur Versorgungssteuerung auf der Mesoebene mit primär ökonomischer Zielsetzung. – Im fachlichen Teil der Konferenz, die diesmal als eintägige Sitzung stattfand und erneut von einer interprofessionellen Planungsgruppe vorbereitet worden war, ging es um die Entwicklungen in der Berufsbildung in Europa; es wurde über den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQF) sowie über die Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/35/EG referiert. Ein weiteres Schwerpunktthema waren die Entwicklungen beim elektronischen Heilberufs- und Berufeausweis. Dargestellt wurden der Stand der Vorbereitungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und des elektronischen Arztausweises durch Dr. Stachwitz, Leiter des Projektbüros bei der Bundesärztekammer sowie ein Modell zur Einführung eines elektronische Heilberufs- und Berufeausweises für die Fachberufe (Gast: Dr. Jürgen Faltin, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz, zugleich Leiter der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Heilberufsausweis/Berufsausweis). Der 3. Themenschwerpunkt widmete sich der Darstellung verschiedener Modelle im Rahmen der Integrierten Versorgung unter Beteiligung von Ärzten und Fachberufen. Es wurden Projekte aus dem akutenpsychiatrischen Bereich, der hausärztlichen Versorgung (Genossenschaft Qualität und Effizienz) sowie das Modell der Tandempraxen von Ärzte- und Pflegeexperten vorgestellt.

Die Teilnehmer äußerten in ihrer Pressemitteilung die Sorge, dass sich das deutsche Gesundheitswesen mehr und mehr zu einem System der Mangelverwaltung auf Kosten der Gesundheit der Patienten und der Beschäftigten entwickle. Der permanente Kosten- und Wettbewerbsdruck habe zur Rationierung in der Patientenversorgung, zu einem Rückgang von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen in der Pflege und bei Medizinischen Fachangestellten, zu einer gefährdeten Versorgung im Heilmittelbereich und zu einer Überlastung von Pflegepersonal und Krankenhausärzten geführt. Sinnvoller sei es, auf dem Wege der ständigen Qualitätsverbesserung die Motivation der Beschäftigten und das interne Qualitätsmanagement zu fördern und das deutsche Gesundheitswesen auf der Grundlage der international anerkannten Stärken weiter zu entwickeln.

Die 19. Fachberufekonferenz wird am 13. März 2007 stattfinden. Die fachlichen Themenschwerpunkte werden Qualitätssicherung/ -management und Integrierte Versorgung sein. – Vgl. hierzu www.bundesaerztekammer.de.

9.2.2 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) belegen, dass die Gestaltung kooperativer Beziehungen seitens der Bundesärztekammer bewusst gesucht wird. Vor dem Hintergrund sich ändernder Bedarfe in Medizin und Pflege, z. B. nach SGB XI (Pflegeversicherung) sowie neuer Versorgungsstrukturen in Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 werden sich Zusammenarbeitsformen zukünftig verstärkt zwischen den

Professionen sowie sektorenübergreifend realisieren müssen und können. Hier kann man auf Gespräche mit dem Deutschen Pflegerat seit 2001 aufbauen und auf Impulse aus dem im Jahr 2004 begonnen Dialog des Vorstands der Bundesärztekammer mit Vertretern der Pflege aufbauen. In einem Gespräch am 02.04.2004 war man sich in der Einschätzung einig, dass die bisherige Zusammenarbeit auf verschiedenen Arbeitsfeldern erfolgreich verlaufe und in der bewährten Form fortzuführen bzw. zu intensivieren sei. Der Vorstand signalisierte Offenheit 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 würden und dass neben einem Ärztemangel ein Mangel an qualifizierten Pflegekräften konstatiert werden müsse. Hinsichtlich der von den Pflegeverbänden weiterhin kritisch gesehenen Koordinationsfunktion des Arztes wurde vom Vorstand deutlich gemacht, dass insbesondere im Bereich des Case-Managements 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. Auch die in einem Arbeitsgespräch am 31.01.2005 vereinbarten konkreten Zusammenarbeitsformen und Abstimmungsprozeduren in verschiedenen Qualitätssicherungsgremien auf Bundesebene haben sich im Berichtsjahr bewährt.

Gleichermaßen wurde die Tradition der sog. „Spitzengespräche“ am 27.06.2006 zwischen Vertretern des Deutschen Pflegerates und der Bundesärztekammer fortgeführt. Die Pflegeberufe vertraten folgende Auffassungen:

- Ein neuer Zuschnitt von Berufs- und Arbeitsfeldern in der Gesundheitsversorgung zur Sicherung des pflegerischen Nachwuchses sei dringend erforderlich. Angesichts geänderter demografischer, epidemiologischer, medizinischer und infrastruktureller Bedingungen wird hierfür eine akademische Erstausbildung angestrebt, um im Wettbewerb mit anderen Bildungsbereichen bestehen zu können.
- Keine Notwendigkeit bestehe hinsichtlich neuer Qualifizierungen im stationären Bereich, wie z.B. chirurgisch-technische Assistentin, Physician Assistant oder Anästhesieassistent, da keine Anbindung an nationale oder europäische Bildungsstrukturen gegeben sei.
- Ein Neuzuschnitt von Arbeitsfeldern vor allem im ambulanten Bereich sei in Anbetracht der im internationalen Vergleich hohen Arztdichte bei gleichzeitigen Versorgungsproblemen vor allem in der Fläche und bei Chronikern notwendig. Das Modell der Familiengesundheitsschwester (siehe Tätigkeitsbericht 2005, S. 437f.) sei zukunftsweisend. Die Pflege fordere mehr Autonomie in den Bereichen Medikamentengabe sowie Pflegeassessment mit Vorschlagsrecht und ein pflegerisches Case Management vor allem im Übergang ambulant-stationär. Angestrebt wird das Verordnungsrecht für häusliche Krankenpflege. Die Verordnungshoheit des Arztes in Deutschland ist aus Sicht der Pflege anachronistisch und mit Blick auf Europa überholt.

Seitens der Bundesärztekammer wurde der geforderten neuen Versorgungsebene und der Zuständigkeit für Case Management eine Absage erteilt. Hinsichtlich einer Zustän-

digkeit für Verordnungen und der Delegation ärztlicher Leistungen verwies die Bundesärztekammer auf die bestehende Rechtslage. Aufgabenveränderungen seien in Abgrenzung zur neu geordneten Medizinischen Fachangestellten und vor dem Hintergrund neuer Organisationsformen zu prüfen. Die Gesprächspartner vereinbarten, die zwischen der Bundesärztekammer und den Pflegeberufen im Jahre 1993 vereinbarte Papier zur Kooperation fortzuentwickeln. Ein weiteres Gespräch wird zu gegebener Zeit in 2007 stattfinden.

9.2.3 Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung

Die Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien vom November 2005 sieht vor, die stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte zu prüfen. An verschiedene Landesärztekammern ergingen hierzu gleichlautende Anfragen ihrer für Gesundheit zuständigen Landesministerien hinsichtlich des Neuzuschnitts von Tätigkeitsfeldern, um möglichen Problemen durch eine vorgeblich „dysfunktionale“ Verteilung des Gesundheitspersonals entgegen wirken zu können. Weitere Fragen beschäftigten sich mit dem möglichen Unter- bzw. Fehlangebot an Personal in Gesundheitsberufen sowie Möglichkeiten des Ausgleiches dieser personellen Engpässe, z. B. durch Veränderung der Zusammenarbeit der Berufe. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 16.-18.06.2006 in seiner Klausursitzung in Dresden hierzu beraten. Auf dieser Basis wurde der Fragenkatalog stellvertretend für die Landesärztekammern am 23.06.2006 durch die Bundesärztekammer beantwortet.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen hat beschlossen, sich in seinem Gutachten 2007 dieser Thematik zu widmen und veranstaltete hierzu eine Anhörung mit 12 Verbänden der Gesundheitsberufe, u. a. der Bundesärztekammer, am 24.08.2006 in Berlin; die Position der Bundesärztekammer wurde von Frau Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin und Vorsitzende der Fachberufegremien, vorgetragen. Die Bundesärztekammer hat sowohl hier als auch in der Beantwortung des o. g. Fragenkatalogs der Landesministerien deutlich gemacht, dass sie einer Übertragung ärztlicher Kompetenzen, wie z. B. der Indikationsstellung, Therapieplanung oder Überwachung einer Anästhesie in die eigenständige Verantwortung nichtärztlicher Berufsgruppen aus Gründen der Patientensicherheit und der Versorgungsqualität ablehnend gegenüber steht. Die in den Begründungen der Befürworter angeführten Versorgungsengpässe bei der ärztlichen Versorgung z. B. in Flächenstaaten oder in den östlichen Bundesländern könnten nicht einfach durch das Einziehen einer neuen Versorgungsebene abgebaut werden, da hiermit zwar ein Zusatzangebot geschaffen, jedoch nicht das eigentliche Problem der Unterversorgung mit ärztlichen oder pflegerischen Leistungen gelöst werde. Auch könne nicht davon ausgegangen werden, dass eine neue Versorgungsebene zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit führe. Die Bundesärztekammer forderte, der angeblich „dysfunktionalen“ Verteilung von Gesundheitspersonal durch eine Verbesserung der Rahmen- sowie der Vergütungsbedingungen entgegen zu wirken, um den Rückgang des ärztlichen und pflegerischen sowie des Personals in den Praxen niedergelassener Ärzte zu stoppen.

Allerdings machen auch aus Sicht der Bundesärztekammer Änderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung eine Anpassung von Strukturen sowie neue Versorgungskonzepte notwendig. Zu diesen Rahmenbedingungen gehören:

- der gesellschaftliche Wandel einschließlich traditioneller sozialer und familiärer Netze
- die demografische Entwicklung
- das geänderte Krankheitsspektrum
- das veränderte Selbstverständnis der Patienten
- die gestiegene Komplexität der medizinischen Versorgung
- die dauerhaft begrenzten finanziellen Ressourcen
- die sinkende Berufszufriedenheit bei Ärzten und Pflegepersonal
- die rückläufigen Arzt- und Pflegepersonal-Zahlen
- das gewandelte Selbstverständnis der Fachberufe
- der Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation
- Konvergenzprozesse auf EU-Ebene hinsichtlich Gesundheitsdienstleistungen.

Nur eine aufeinander abgestimmte Professionsentwicklung der Berufe im Gesundheitswesen, die die Gegebenheiten des gesellschaftlich akzeptierten deutschen Versorgungssystems ausreichend berücksichtigte, kann zur Bewältigung der anstehenden Fragen beitragen. Multiprofessionellen Teams kommt hierbei eine noch wichtigere Rolle als bisher zu. Vorrangig ist es, die Zusammenarbeit von Hausärzten, Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften unter Berücksichtigung der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen neu zu justieren. Dabei muss es um Kompetenzsteigerung, Schärfung von Profilen sowie Spezialisierung im Kontext von Kooperation gehen. Die Bundesärztekammer betont dabei, dass der Arzt Case Manager und Koordinator der Versorgung der Patienten bleiben muss. Gerade in Anbetracht der Komplexität und Multifaktorialität von Krankheitsursachen und -verläufen sowie moderner Diagnostik und Therapie und Kenntnisse der biografischen, sozialen Zusammenhänge der Patienten sollte an der Zuordnung der ärztlichen Steuerungsfunktion festgehalten werden.

Zugleich sollten Medizinische Fachangestellte – auf der Basis der neugestalteten Grundausbildung sowie ergänzender Fortbildungscurricula (siehe S. 383ff. und 391f.) – stärker für delegierbare, koordinierende Aufgaben eingesetzt werden, wie sie bei der Chroniker-Versorgung, innerhalb von Disease- Management-Programmen oder IV-Verträgen notwendig sind. Darüber hinaus könnten MFA verstärkt im Bereich der Patientenberatung und -schulung insbesondere im Rahmen von Gesundheitsförderung, Früherkennung, Prävention, Rehabilitation und Versorgung älterer Patienten mitwirken. Sie können auch bei der Versorgung Pflegebedürftiger den Arzt überall dort gezielt entlasten, wo im Vorfeld pflegerischer Versorgung ein Tätigwerden von Pflegediensten (noch) nicht notwendig ist.

Über die genannten Aspekte der Professionsentwicklung, die auch den Arztberuf selbst betreffen (Fort- und Weiterbildung der Ärzte, Weiterentwicklung der Kompetenzfelder Sozialkompetenz, Führung, Patientensouveränität, Patientensicherheit, Organisation sowie Qualitätsmanagement) sind auch ärztliche Kooperationsformen weiter zu entwickeln. Darüber hinaus ist die Ermöglichung größerer Spielräume im Bereich der Delegation denkbar. Dabei sollte die Anbindung pflegerischer Tätigkeiten an die ärztliche Verordnung im Rahmen medizinischer Behandlung unbedingt erhalten bleiben.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer müssen Veränderungen im Gesundheitswesen an den Kriterien Behandlungsqualität, Patientenzufriedenheit, Berufszufriedenheit

und Wirtschaftlichkeit und nicht an der Erreichung berufspolitischer Wunschvorstellungen verschiedener Berufsgruppen ausgerichtet werden. Vorliegende Studienergebnisse und Cochrane-Reviews z. B. zum Thema „Substitution of doctors by nurses in primary care“ lassen jedenfalls nicht die Schlussfolgerung zu, dass positive Auswirkungen einer Übertragung ärztlicher Aufgaben an Heilhilfsberufe belegt werden könnten. Der Commonwealth Fund hat in seinem 6-Länder-Vergleich der Qualität der Gesundheitsversorgung aus Patientensicht im April 2006 zum Aspekt „Stärken und Schwächen der Koordination der Versorgung“ bei chronisch kranken Menschen eine Überlegenheit des deutschen System attestiert. In Anbetracht dessen kann die logische Schlussfolgerung nur lauten, die Koordinierungsfunktion des Arztes durch Schaffung besserer Rahmenbedingungen weiter zu stärken und damit seiner (durch vielfältige Untersuchungen belegten) Vertrauensstellung bei deutschen Patienten Rechnung zu tragen.

9.3 Tarifangelegenheiten des Praxispersonals

Arbeitsgemeinschaft zu Regelungen der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA)

Im Jahre 1968 wurde die AAA als tariffähige Arbeitgebervereinigung gebildet. Seit dem 01.04.1969 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 30.03.2002 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. In der letzten Tarifrunde 2003/2004 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 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 Tarifabschluss in Höhe von 1%, mit dem die Arbeitgeber den Einsatz ihrer Mitarbeiterinnen in Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr würdigen wollten (Mindestlaufzeit bis 30.06.2005). Auch das Vergütungsniveau in den neuen Bundesländern wurde geringfügig auf 85,25% des Westniveaus angehoben. Die Veröffentlichung des neuen Gehaltstarifvertrages erfolgt am 25.06.2004 im Deutschen Ärzteblatt und wurde per Rundschreiben vom 02.08.2004 allen Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kenntnis gegeben. Er wurde bisher nicht

gekündigt und gilt bis zum Abschluss eines neuen Vertrages fort. Für 2007 sind Tarifgespräche mit dem Verband medizinischer Fachberufe (vormals Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen – BdA) vorgesehen.

Als Ordnungsfaktor bei den Arbeitsbedingungen ist die AAA vor 38 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 dem Jahr 2002, sondern auch der auch noch heute beachtliche Anteil tarifbasierter Arbeitsverhältnisse sowie die weitestgehende Orientierung an den manteltariflichen Rahmenbedingungen in den Arbeitsverträgen.

Das GMG 2004 schien einschneidende Veränderungen in der Personalstruktur vieler Arztpraxen auszulösen, die sich nicht nur in z. T. drastischen Pressemeldungen über massenhaften Stellenabbau bei Arzthelferinnen sowie den Kundgebungen von Ärzten und Arzthelferinnen in den Jahren 2005/2006, sondern auch in den offiziellen Arbeitslosenstatistiken der Bundesagentur für Arbeit niederschlagen (siehe S. 381). Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung hat deshalb auf Veranlassung der AAA im Herbst 2005 eine repräsentative Erhebung zur Personal- und Gehaltsstruktur in Arztpraxen im Rahmen seiner alljährlichen Kostenstrukturerhebung durchgeführt. Sie wurde in der Mitgliederversammlung der AAA am 19.09.2006 vorgestellt, ergänzt um aktuelle Daten des Statistischen Bundesamtes (Gesundheitspersonalrechnung), der Bundesagentur für Arbeit, des Bundesinstitutes für Berufsbildung sowie insbesondere der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Die differenzierten Erhebungsergebnisse wie z. B.

- quantitative Veränderungen im Beschäftigungspotential in Arztpraxen,
- stetiger Trend zur Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung,
- unterschiedliche Akzeptanz der tarifvertraglichen Regelungen in neuen und alten Bundesländern

werden in die anstehenden Tarifgespräche einfließen.

Auch unter den immer schwierigeren wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der letzten Jahre 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. Seitens des Verbandes medizinischer Fachberufe liegen bisher keine konkreten Forderungen zur Tarifgestaltung vor. Die AAA hat in ihrer o. g. Mitgliederversammlung – auch angesichts der wirtschaftlichen Situation in den Arztpraxen und den politisch diskutierten Finanzierungsoptionen der GKV, die wenig Spielraum für Tarifierhöhungen lassen – u. a. eine (steuerlich geförderte) Umwidmung von Gehaltsbestandteilen in die betriebliche Altersvorsorge ins Spiel gebracht. – Vgl. hierzu: www.bundesaerztekammer.de

9.4 Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe (Gesundheitsrente)

Nach Vorberatungen der Tarifpartner seit 2000 wurden 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 Durchführung der Altersversorgung ihrer Mitarbeiter zu bieten.

Mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung“ vom 23.01.2002, 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 01.01.2002 frei. Der Entgeltumwandlungstarifvertrag setzt die Vorgaben und Fördermöglichkeiten des Altersvermögensgesetzes in einer Form um, die sowohl den gesetzlichen Vorgaben genügt als auch den Bedingungen in den ärztlichen Praxen und den Bedürfnissen der Medizinischen Fachangestellten 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 Mitarbeiter 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 (Wegfall der Insolvenzversicherung und Steuerfreiheit für Arbeitgeberbeiträge) und der (steuerlichen) Vorteile und Fördermöglichkeiten für die Medizinischen Fachangestellten einvernehmlich getroffen. Gleichzeitig wurde die Schaffung einer eigenständigen Versorgungseinrichtung für Praxispersonal beschlossen. Diese bietet i. S. einer Gruppenversicherung alle wünschenswerten Vorteile hinsichtlich Rendite, Verwaltungskosten, Logistik und Beratung sowie Abaufleistung. 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 Zahnärzthelferinnen) – 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 27.09.2002 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.

Die Gründungsmitglieder begleiteten die Implementierung intensiv in Form eines Lenkungsausschusses und seit Oktober 2003 im Rahmen eines neu geschaffenen Beirates, in den durch die Mitgliederversammlung der AAA am 19.09.2006 für die Ärzteschaft San.-Rat Peter Sauermann, Veldenz, Dr. Klaus Uffelmann, Gemünden und Dipl.-Volksw. Franz Stobrawa, Bonn, wieder berufen wurden. Die Abschlusszahlen (bis September 2006 rund 4.600 Verträge) 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. Deshalb wurden auch in den beiden Beiratssitzungen am 24.04.2006 und 10.08.2006 Möglichkeiten der Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit, der Verbesserung der vertrieblichen Möglichkeiten und der Beratung, aber auch einer tarifvertraglichen Verankerung eingehend erörtert, nachdem die Einbindung von MLP, Heidelberg in den Vertrieb seit April 2005 nicht die erhofften Zuwächse erbracht hat. Seitens der AAA wurde in Schreiben und Gesprächen mit zahlreichen führenden Persönlichkeiten der ärztlichen Selbstverwaltung seit Oktober/November 2005 nochmals intensiv für eine Promotion der Gesundheitsrente in Medien, durch Informationsmaterial und KV- bzw. Kammerrundschreiben geworben (s. Artikel im Deutschen Ärzteblatt vom 4.11.2005, Jg. 102, Heft 44). Mit Wegfall der arbeitnehmergeförderten Entgeltumwandlung ab 2009 wird seitens der ärztlichen und zahnärztlichen Arbeitgebervertreter im Beirat Pensionskasse eine tarifvertragliche Komponente zur Förderung der Attraktivität der betrieblichen Altersversorgung favorisiert. Das Modell steht auch anderen Berufsgruppen und Institutionen/Arbeitgebern im Gesundheitsbereich offen; 18 weitere Organisationen sind bisher beigetreten. – Vgl. hierzu: www.bundesaerztekammer.de.

