

10. Fachberufe im Gesundheitswesen

Einführung und Ausblick

Das Feld der Gesundheitsberufe umfasst neben den 18 gesetzlich und vier durch Ausbildungsordnungen geregelten Berufen auch eine große Zahl von Qualifikationen auf der Ebene des Landesrechts, vor allem im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Hinzu kommen zunehmend Bildungsgänge des tertiären Sektors, insbesondere in der Pflege und in den Berufen im Heilmittelbereich, sowie von verschiedensten Bildungsträgern häufig unkoordiniert entwickelte Fortbildungen im Krankenhaus. Zusätzlich machen die vielen an den Übergängen zu Pädagogik, Sport, Handwerk, Technik, Hauswirtschaft, Wellness, Hygiene, Management und Körperpflege angesiedelten Qualifizierungsmöglichkeiten 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 Deutschen Qualifikationsrahmen und der Entwicklung neuer Qualifizierungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Dies geschieht häufig gemeinsam mit den Landesärztekammern bzw. diese unterstützend und koordinierend und/oder in Kooperation mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens oder des Bildungssektors.

Wichtiges Augenmerk in dem sich ständig weiter differenzierenden und spezialisierenden Feld der Berufe gilt den Schnitt- und Nahtstellen zum Arztberuf sowie 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 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 (GMG) 2004 stieß ergänzende Kooperationsmöglichkeiten zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an, mit denen der Gesetzgeber glaubte, Grenzen zwischen den Professionen und Sektoren überwinden zu können. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2006 sowie das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 zielen auf eine stärkere Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung nach SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Bereich der Integrierten Versorgung sowie durch die Einführung einer zusätzlichen Verwaltungs- und Beratungsebene in Form von Pflegestützpunkten und Pflegeberatern. Zugleich wird die Möglichkeit eröffnet, Tätigkeiten wie z. B. das Case Management und die Versorgungssteuerung den Krankenkassen oder anderen Gesundheitsberufen bzw. heilkundliche Tätigkeiten Pflegekräften zuzuweisen. Dies könnte gewachsene, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen, den Primat der medizinisch orientierten Betreuung und die Qualität der medizinischen Versorgung nach Facharztstandard gefährden.

Die Bundesärztekammer hat in diesem Sinne in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum von nur vier Jahren mit der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte (2006), mit fünf Fortbildungscurricula für Medizinische Fachangestellte (2007), mit dem neuen Aufstiegsberuf „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“

Tabelle 1: Fachberufe im Gesundheitswesen – Übersicht über die Tätigkeitsfelder bei der Bundesärztekammer

Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten	Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen	Tarifangelegenheiten des Praxispersonals
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinierung der Ärztekammern in Berufsbildungsfragen • Geschäftsführung von Ausschuss und Ständiger Konferenz Medizinische Fachberufe • Ausbildungsverordnung Medizinische Fachangestellte: Begleitung der Umsetzung in den Landesärztekammern (Musterprüfungsordnung, Aufgabenpool, Broschüren, Erfahrungsaustausch) • Konzeptionierung und Erarbeitung von Curricula zur Fortbildung • Aufstiegsfortbildungen zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung und zur Betriebs-/Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen • Gemeinsamer Aufgabenpool von Ärztekammern für die Abschlussprüfung • E-Learning in der Ausbildung • Abstimmung mit dem Bundesverband der Freien Berufe und anderen Spitzenorganisationen in Berufsbildungsfragen • Ausbildungsplatzsituation/ Rekrutierung von Auszubildenden • Statistiken zur Berufsbildung/ Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik • Nationaler Ausbildungsakt 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen mit 40 Mitgliedsverbänden einschließlich diverser Arbeitsgruppen zur Verbesserung der Kooperation • Sitzungsorganisation und -gestaltung der jährlichen Fachberufekonferenz • Berufspolitische und fachliche Kontakte zu den Verbänden der Fachberufe/Teilnahme an Veranstaltungen • Begleitung von Gesetzgebungsverfahren gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG • Beobachtung der Akademisierung/ Bologna-Prozess • Europäische Entwicklungen in der Bildung • Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) • Auskünfte und Beratung zu Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe • Beobachtung von Kooperationsformen • Kooperation mit den Pflegeberufen • Projektentwicklung zur Kooperationsverbesserung • Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung • Beobachtung und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung bei den Heilmittelbringern • Beobachtung der Heilmittelversorgung • Direktzugang für Physiotherapeuten • Elektronische Berufeausweise/Beruferegister • AG zu § 63 (3c) SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der AAA (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten) • Geschäftsführung von Tarifverhandlungen • Gehalts-, Manteltarifvertrag, Tarifvertrag betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung • Veröffentlichung von Tarifverträgen • Auskünfte und Beratung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Steuerberatern, Anwälten und weiteren Stellen zu Tarifverträgen • Beobachtung der Entwicklung der Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Altersversorgung/ Pensionskasse der Gesundheitsberufe</div> <ul style="list-style-type: none"> • Implementierung und Promotion der betrieblichen Altersversorgung in Praxen • Begleitung des Beirats Pensionskasse

(2009) und fünf weiteren Musterfortbildungscurricula im Berichtsjahr wichtige Beiträge zur Stärkung der ambulanten Versorgung geleistet. Flankiert wurde dies durch Entwicklungen im Tarifbereich und bei der Altersversorgung.

Parallel hierzu ist die Entwicklung neuer Konzepte und Modellversuche im Nachgang zum Sachverständigenratsgutachten 2007 zur „Stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte“ kritisch-konstruktiv zu begleiten. Hinsichtlich sektoren- und/oder berufsgruppenübergreifender Modelle sind absehbare Nachteile zu vermeiden und die Zusammenarbeit mit Anbietern von Leistungen, die die ärztliche Versorgung flankieren können, zu suchen. Dazu hat die Bundesärztekammer aktuell durch die Veröffentlichung bzw. Vergabe von Gutachten zum Case Management und zur Delegation in der stationären Versorgung sowie von Projekten im Rahmen der „Förderinitiative Versorgungsforschung“ wichtige Beiträge geleistet. In zwei Arbeitsgruppen der

Fachberufekonferenz wurde im Berichtsjahr auch verstärkt professionsübergreifend an praktischen Verbesserungsmöglichkeiten der Kommunikation und der Prozessqualität in der Versorgung weitergearbeitet. Mit einem Projektpartner wurde intensiv die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums zum Case Management vorbereitet. Seit Mai 2009 bzw. Juni 2010 arbeitet die Bundesärztekammer in zwei Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den Themen „Neue Aufgaben im Pflegebereich“ und „Weiterentwicklung der Heilberufe“ mit.

Ein besonderes Augenmerk muss auch zukünftig auf der vernetzten medizinisch-pflegerischen Versorgung alter und/oder pflegebedürftiger Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen liegen, um den großen Herausforderungen zu begegnen, die aufgrund der demografischen, medizinischen und ökonomischen Entwicklung einschließlich des prognostizierten Fachkräftemangels auf alle westlichen Industriestaaten zukommen.

10.1 Entwicklungen in der beruflichen Bildung

10.1.1 Modernisierung des Berufsbildungssystems

Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und die Ärztekammern beteiligen sich an dem im Oktober 2010 erneut verlängerten „Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland (2010–2014)“. Damit bringen die freien Berufe zum Ausdruck, dass sie sich in die Diskussion um bildungspolitische Entwicklungen einschalten und angesichts des demografischen Wandels, der in den nächsten Jahren zu einem Rückgang der Schulabgängerzahlen führen wird, verstärkt um die Fachkräftesicherung kümmern wollen. Qualitativ orientierte Förderungsmaßnahmen sollen jetzt im Vordergrund stehen. Der BFB steuert und koordiniert die Beteiligung der freien Berufe am Pakt direkt. Für die Ärzteschaft ist Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin und Vorsitzende der Fachberufegremien der Bundesärztekammer, Mitglied im Paktbeirat.

In der Vergangenheit ist es in den freien Berufen gelungen – trotz weiterhin schwieriger Rahmenbedingungen –, das hohe Niveau an Ausbildungsplätzen zu halten. Laut alljährlicher Statistik zum 30. September (Berufsbildungsbericht der Bundesregierung) wurden in den freien Berufen in 2010 insgesamt 42.589 neu abgeschlossene Ausbildungsverträge registriert. Das bedeutet insgesamt ein leichtes Plus von 0,2 Prozent. Die Statistik weist bei den Medizinischen Fachangestellten einen Zuwachs von knapp 4 Prozent aus (nach einem Rückgang um 4,5 Prozent in 2009).

Die Spitzenorganisationen der deutschen Wirtschaft, die Bundesregierung und Bundesländer sowie die Gewerkschaften befassen sich derzeit mit der notwendigen Modernisierung des deutschen dualen Berufsbildungssystems in Anbetracht demografischer, wirtschaftlicher, technologischer und internationaler Entwicklungen. Vorgeschlagen werden zahlreiche qualitative und quantitative Maßnahmen, um das duale deutsche Berufsbildungssystem und das ihn tragende Berufeprinzip im europäischen Wettbewerb weiterzuentwickeln (siehe hierzu ausführlich Tätigkeitsbericht 2008, S. 340).

Mit der Nationalen Qualifizierungsoffensive „Aufstieg durch Bildung“ hat die Bundesregierung seit 2008 Qualifizierung und Bildung zu einem neuen Themen- und Programm-

schwerpunkt gemacht, um Deutschland als Wirtschaftsnation in Zeiten der Globalisierung besser zu positionieren. Bildung und Qualifizierung sollen als Kernelemente von Zukunftsvorsorge begriffen und das deutsche Aus- und Weiterbildungssystem in Qualität und Wirkungsbreite grundlegend verbessert werden. Die Koalitionsvereinbarung vom Oktober 2009 hebt insbesondere für die duale Berufsbildung die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger Flexibilisierung und Modularisierung hervor. Das Berufsprinzip soll allerdings gewahrt werden. Durch vergleichende Kompetenzmessung soll die Ausrichtung auf den internationalen Wettbewerb unterstützt werden. (Weitere Informationen unter www.freie-berufe.de/Ausbildungspakt bzw. www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

10.1.2 Deutscher Qualifikationsrahmen

Seit 2005 stellen die europäischen Entwicklungen im Bildungsbereich ein wichtiges Themenfeld dar, das die Bundesärztekammer, teilweise gemeinsam mit dem Bundesverband der Freien Berufe, intensiv begleitet. Im Mittelpunkt stand zunächst der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR), der durch die Empfehlung der Europäischen Kommission vom April 2008 abschließend beraten wurde. Der EQR soll im Sinne eines Metarahmens für nationale Qualifikationsrahmen die Vergleichbarkeit von Abschlüssen und Qualifikationen in der allgemeinen, der hochschulischen sowie der beruflichen Bildung in allen Mitgliedstaaten ermöglichen. In Deutschland wurde im Januar 2007 auf Bundesebene – unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Kultusministerkonferenz (KMK) und der Sozialpartner – mit der Erarbeitung eines Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) auf Basis des EQR begonnen. Er stellt eine nationale bildungsübergreifende Matrix zur Einordnung von Qualifikationen anhand von Lernergebnissen dar und dient als Instrument zur Vergleichbarkeit von Qualifikationen sowie zur Verbesserung der Durchlässigkeit von allgemeiner und beruflicher Bildung.

In der ersten Phase erfolgte auf der Grundlage konsentierter Ziele und Leitlinien, übergeordneter Kompetenzkategorien, Terminologien und Niveaustufen zunächst bis Februar 2009 die Erarbeitung eines achtstufigen Modells für den DQR mit Beschreibung der Lernergebnisse (Outcome) für die einzelnen Niveaustufen in vier „Säulen“: Fachkompetenz, untergliedert nach Wissen und Fertigkeiten, Personale Kompetenz, untergliedert nach Sozialkompetenz und Selbstkompetenz. Der DQR beschränkt sich zunächst auf die formalen Qualifikationen; erst zu einem späteren Zeitpunkt sollen auch Ergebnisse des informellen Lernens berücksichtigt werden.

In der zweiten Phase des DQR-Prozesses (2009/2010) wurde in vier Arbeitsgruppen die Praktikabilität und Passung der vorgegebenen Niveaustufen mit den Systemen der schulischen, der allgemeinen, der beruflichen und der Hochschulausbildung geprüft sowie eine exemplarische Zuordnung bestehender Abschlüsse in die Niveaustufen vorgenommen. Die vier Arbeitsgruppen deckten die Bereiche Handel, Metall/Elektro, IT und Gesundheit ab. Neben der Überprüfung der Handhabbarkeit der DQR-Matrix und ggf. ihrer Weiterentwicklung war bzw. ist die Erarbeitung eines Handbuchs intendiert. Die Arbeitsgruppen waren mit von BMBF und KMK persönlich benannten Sachverständigen besetzt. In der Arbeitsgruppe Gesundheit waren u. a. Vertreter verschiedener Länderministerien, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Vereinten Dienstleistungsge-

werkschaft, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Marburger Bundes, der Bundesärztekammer, der Heilmittelberufe sowie weiterer Bildungsinstitutionen vertreten. Es fanden vier ganztägige Sitzungen der Arbeitsgruppe zwischen Mai 2009 und Januar 2010 sowie mehrere Zusammenkünfte einer Begleitgruppe des Bundesverbandes der Freien Berufe statt. Dabei wurden zwölf repräsentative Qualifikationen eingehend untersucht und zugeordnet, mehrheitlich allerdings ohne Konsens. In der Diskussion spielten die Fachhochschulreife und die allgemeine Hochschulreife eine große Rolle, die nach Auffassung der AG durch die KMK nicht höher als ein dualer Berufsabschluss eingeordnet werden sollten. Darüber hinaus muss unbedingt die eigenständige Geltung der Berufsanerkenntnisrichtlinie 2005/36/EG gewährleistet bleiben. Die AG kam zu der Einschätzung, dass der DQR weitgehend anwendbar ist. Probleme ergäben sich in erster Linie aus derzeit noch unzulänglich an Handlungskompetenzen ausgerichteten Ordnungsmitteln und Berufsgesetzen. Einzelne Deskriptoren müssten noch weiter entwickelt werden, um Kompetenzen in den Gesundheitsberufen abzubilden.

In der dritten Phase des DQR bis Ende 2011 werden nun die Vorschläge der Arbeitsgruppen geprüft, und es erfolgen weitere politische Entscheidungen über seine Umsetzung. Alle bestehenden Abschlüsse sollen in der Breite des deutschen Bildungssystems den Niveaustufen des DQR möglichst vollständig zugeordnet werden, unter Berücksichtigung der Empfehlungen der vier Arbeitsgruppen, und es soll der Abgleich zwischen EQR und DQR hergestellt werden. Bis Ende 2012 sollen alle neuen Qualifikationsnachweise der „zuständigen Stellen“ den Verweis auf das EQR-Niveau enthalten. (Weitere Informationen unter www.deutscherqualifikationsrahmen.de.)

10.2 Medizinische Fachangestellte

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

10.2.1 Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation

Zum Zwecke der Planung und Ordnung der Berufsbildung gemäß §§ 87 und 88 BBiG erfolgt alljährlich eine Umfrage des Statistischen Bundesamtes bei den zuständigen Stellen. Das aktuelle Berichtsjahr 2009 war das dritte Berichtsjahr nach der Umstellung der Berufsbildungsstatistik auf Individualdaten (siehe Kapitel 10.2.8, S. 397). Die auf diesen Auswertungen beruhende nachfolgende Tabelle 2 liefert Angaben über die Zahl der Auszubildenden, differenziert nach Ausbildungsjahren, neu abgeschlossenen Auszubildenden, ausländischen Auszubildenden und Teilnehmern an Abschlussprüfungen zum Stichtag 31.12.2009.

Die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze zum 31.12.2009 beträgt über alle Ausbildungsjahre bundesweit 41.130 und hat sich damit im Vergleich zum Vorjahresniveau um

2,8 Prozent erhöht. In den neuen Bundesländern ist ein leichter Rückgang um 0,86 Prozent zu verzeichnen. Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse in 2009 ist in den alten Bundesländern um 6,4 Prozent und in den neuen Bundesländern um 0,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr gesunken.

Insgesamt sind die Ausbildungszahlen zwischen 1992 und 2009 um 20,3 Prozent zurückgegangen. Allerdings liegt die Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin mit 6,5 Prozent Anteil an allen weiblichen Auszubildenden bundesweit immer noch auf Rang 3 der zahlenmäßig bedeutsamsten Ausbildungsberufe für Frauen. Derzeit erlernen auch 417 junge Männer diesen Beruf.

Tabelle 2: Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2009 nach Ländern (Stichtag 31.12.2009)

Landesärztekammer	Auszubildende						ausländische Auszubildende	neu abgeschlossene Ausbildungsverhältnisse	Teilnehmer an Abschlussprüfungen	
	insgesamt	weiblich	männlich	davon im Ausbildungsjahr					insgesamt	davon bestanden
				1.	2.	3.				
Baden-Württemberg	6.105	6.069	36	1.890	2.183	2.032	787	1.874	1.927	1.881
Bayern	8.385	8.313	72	2.664	2.847	2.874	596	2.735	2.818	2.575
Berlin	1.552	1.508	44	518	523	511	163	543	505	483
Bremen	468	465	3	139	151	178	55	139	138	136
Hamburg	899	887	12	327	321	251	101	358	259	258
Hessen	2.921	2.888	33	982	1.012	927	424	987	790	684
Niedersachsen	4.388	4.346	42	1.518	1.512	1.358	263	1.538	1.262	1.253
Nordrhein	5.169	5.121	48	1.717	1.851	1.601	543	1.806	1.542	1.524
Rheinland-Pfalz	2.186	2.175	11	707	746	733	158	751	632	590
Saarland	564	561	3	194	206	164	47	197	138	129
Schleswig-Holstein	1.348	1.336	12	450	439	459	45	493	435	406
Westfalen-Lippe	4.707	4.678	29	1.574	1.604	1.529	403	1.568	1.497	1.358
Summe (West)	38.692	38.347	345	12.680	13.395	12.617	3.585	12.989	11.943	11.277
Brandenburg	575	560	15	184	180	211	3	190	191	187
Mecklenburg-Vorpommern	394	386	8	128	133	133	9	134	118	108
Sachsen-Anhalt	447	432	15	153	132	162	9	154	136	125
Sachsen	648	635	13	198	204	246	3	198	215	163
Thüringen	374	353	21	135	103	136	2	137	123	118
Summe (Ost)	2.438	2.366	72	798	752	888	26	813	783	701
Bundesgebiet	41.130	40.713	417	13.478	14.147	13.505	3.611	13.802	12.726	11.978

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse nachgewiesen, die am 31.12.2009 noch bestanden haben.

Die Statistiken belegen, dass die schulische Vorbildung der Auszubildenden in den letzten Jahren stabil geblieben ist. Bei den in 2009 13.802 neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen ist die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 17,6 Prozent Hauptschülerinnen, 68 Prozent Realschülerinnen und 11,6 Prozent Abiturientinnen – wie schon seit 1997 erkennbar – zugunsten des Anteils der Realschülerinnen nahezu unverändert und hat damit einen erfreulich hohen Stand erreicht (1993: 44 Prozent). 16 Jahre und jünger sind demgemäß nur rund 14 Prozent der Auszubildenden, rund 22 Prozent sind 17 Jahre alt, 46 Prozent sind 18 bis 20 Jahre alt und rund 19 Prozent noch älter. Nichtsdestotrotz wird auch in der Ärzteschaft seit mehreren Jahren über mangelnde Ausbildungsreife der Jugendlichen geklagt, 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 teilweise nachlassendes Ausbildungsengagement gesehen. Der Anteil der vorzeitigen Vertragslösungen ist bezogen auf die Neuabschlüsse mit 22,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen; etwa die Hälfte aller Vertragslösungen findet innerhalb des ersten Ausbildungsjahres statt, davon ca. die Hälfte innerhalb der Probezeit. Mit 3.611 (8,7 Prozent) ist der Anteil der ausländischen Auszubildenden gegenüber dem Vorjahr annähernd gleich geblieben.

Der Anteil der Ausbildungsverhältnisse der freien Berufe an den Gesamtausbildungsverhältnissen in Deutschland ist mit 7,5 Prozent zum 31.12.2009 gegenüber dem Vorjahr etwas gestiegen. Noch im Jahr 1992 betrug der Anteil allerdings 10,6 Prozent, und dies bei einer deutlich niedrigeren Zahl von selbstständigen Freiberuflern (Zuwachs zwischen 1992 und 2009 um knapp 90 Prozent). Die Zahl der arbeitslosen Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen hat sich zwischen Juli 2009 und Juli 2010 bundesweit von 13.849 (West: 11.156, Ost: 2.693) auf 12.639 (West: 10.163, Ost: 2.476) und damit um 9 Prozent verringert. Die Zahl der offenen Stellen ist in diesem Zeitraum bundesweit um 5 Prozent gestiegen.

Seit 2004 beteiligen sich die Ärztekammern zunehmend am Programm „Geförderte Einstiegsqualifizierungen für Jugendliche“ – EQ J (seit 1. Oktober 2007 EQ und Fortführung als Maßnahme des § 235b SGB III Arbeitsförderung). EQ ist ein betriebliches Langzeitpraktikum von mindestens sechs bis maximal zwölf Monaten und dient als Brücke in die Berufsausbildung. Mit einer Übergangsquote in die betriebliche Berufsausbildung von über 60 Prozent haben sich betriebliche Einstiegsqualifizierungen in den vergangenen Jahren auch bei den freien Berufen als ein erfolgreiches Instrument zur beruflichen Integration junger Menschen und zur Stabilisierung und Ausweitung betrieblicher Berufsausbildung erwiesen. Es gilt nicht nur für Jugendliche, die noch nicht im vollen Umfang ausbildungsreif sind, sondern auch für bis zum 30.09. als unversorgt geltende Jugendliche sowie solche unter 25 Jahren, die nicht mehr der allgemeinbildenden Schulpflicht unterliegen. Seit 2004 wurden von mittlerweile 16 Ärztekammern insgesamt 295 EQ-Verträge registriert (Stand: 12.01.2010). Die Resultate werden von den teilnehmenden Kammern positiv beurteilt. (Weitere Informationen unter www.destatis.de sowie www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/ Fortbildung > Ausbildungszahlen.)

10.2.2 Rekrutierung von Auszubildenden

Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben sich am 18.12.2009 angesichts der absehbaren personellen und strukturellen Entwicklungen im Gesundheitswesen mit den Personalressourcen in der ambulanten medizinischen Versorgung unter dem Aspekt der Rekrutierung und Qualifizierung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten (MFA) beschäftigt. Es zeichnet sich ab, dass wegen des prognostizierten Rückgangs der Schulabgängerzahlen bei gleichzeitig veränderten Versorgungsbedarfen eine zunehmende Konkurrenz um geeignete Bewerber/innen für den Beruf des/der MFA entsteht. Die Ärztekammern als für die Aus- und Fortbildung von MFA „zuständige Stellen“ nach dem Berufsbildungsgesetz setzen sich daher rechtzeitig mit dieser Entwicklung auseinander und suchen nach Lösungsmöglichkeiten, wie eine Umfrage der Bundesärztekammer in 2009 zeigte. Die Umfrageergebnisse sind in einem umfassenden Diskussionspapier unter dem Titel „Rekrutierung, Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung“ dokumentiert. Das Papier enthält weiterführende Daten und Analysen zum Arbeitskräftebedarf, zur Morbiditätsentwicklung, zu Kosten-Nutzen-Argumenten der Ausbildung und zum Berufsbild der MFA sowie eine Übersicht über Finanzierungsmöglichkeiten von Rekrutierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.

Die Gremien verabschiedeten zugleich umfassende Handlungsempfehlungen für vorausschauende, die niedergelassenen Ärzte unterstützende Maßnahmen zur Rekrutierung von Personal, gegliedert nach unterschiedlichen Ansatzpunkten und Handlungsfeldern seitens der Landesärztekammern sowie der Bundesärztekammer. Hierzu gehören Maßnahmen zur Erhöhung der Ausbildungsqualität, zur Verbesserung der externen und der internen Öffentlichkeitsarbeit sowie von Serviceleistungen, zur Steigerung der Akzeptanz des Berufsbildes MFA und zur Beteiligung an Projekten/Maßnahmen/Förderprogrammen auf Landesebene.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat das Papier im Januar 2010 beschlossen. Die Bundesärztekammer wird die Maßnahmen begleiten, koordinieren und unterstützen. Eine Präsentation für den Einsatz in Informations- und Werbeveranstaltungen für niedergelassene Ärzte wurde den Kammern zur Verfügung gestellt. Die Entschließung (Drucksache V-11) des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden verpflichtet die zuständigen Stellen „... angesichts des absehbaren Fachkräftemangels im Gesundheitswesen verstärkt Maßnahmen einzuleiten, mit denen eine ausreichende Zahl von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten (MFA) und qualifizierten Mitarbeiter/innen gewonnen werden kann sowie eine weiterhin hochstehende Ausbildungs- und Fortbildungsqualität sichergestellt wird“.

10.2.3 Ausbildungsverordnung und ihre Umsetzung

Am 05.05.2006 ist die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26.04.2006 im Bundesgesetzblatt I Nr. 22 veröffentlicht worden. Sie trat am 01.08.2006 in Kraft. Gleichzeitig trat die Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10.12.1985 außer Kraft. (Detaillierte Darstellungen der Vorgeschichte der Verordnung mit allen Sitzungen der Fachberufsgremien und ihren jeweiligen Beschlüssen hierzu enthalten die Tätig-

keitsberichte 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 die Beschlüsse der Gremien und des Vorstandes der Bundesärztekammer hierzu siehe Tätigkeitsbericht 2005, S. 425 ff.).

Die ersten „Generationen“ von Medizinischen Fachangestellten haben seit Sommer 2009 die Abschlussprüfung abgelegt; von 9.509 Prüflingen haben in 2009 8.940 bestanden (94 Prozent). Im Berichtsjahr haben von 12.173 Prüflingen 11.509 (94,5 Prozent) die Prüfung bestanden. Die neue Berufsbezeichnung bzw. die veränderten Inhalte spiegeln die zukünftigen medizinischen, technischen, strukturellen und wirtschaftlichen Anforderungen in der medizinischen Versorgung wider: Das Krankheitsspektrum, die Patientenstruktur 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 effektiert.

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 inhaltlich auf die gegenwärtigen wie zukünftigen Anforderungen in der Patientenversorgung auszurichten und aktuellen berufspädagogischen Entwicklungen zufolge auf Handlungs- und Kompetenzorientierung hin auszurichten. Das bewährte Berufsbild mit gleichgewichtigen Ausbildungsanteilen in den Bereichen Behandlungsassistentz und Betriebsorganisation und -verwaltung wurde beibehalten, ebenso das Ziel einer Allround-Fachkraft, die in allen ärztlichen Fachgebieten einsetzbar ist. Neue Schwerpunkte bzw. Inhalte sind Kommunikation mit Patienten und im Team, insbesondere der Umgang mit Konflikten, Beschwerden und Störungen, Patientenbetreuung, -koordinierung und -beratung, Qualitätsmanagement, Zeit- und Selbstmanagement, Marketing, Handeln in Notfällen, Gesundheitsförderung und Prävention, Dokumentation, Datenschutz und Datensicherheit sowie Informations- und Kommunikationstechnologien. Außerdem wurden Inhalt, Struktur, Niveau und Zeitumfang der Abschlussprüfung sowie die Bestehensregelung den allgemeinen Standards in der beruflichen Bildung angepasst. Das Prinzip der handlungsorientierten Ausbildung hat Konsequenzen insbesondere für den praktischen Prüfungsteil, der inhaltlich und zeitlich deutlich aufgewertet wurde.

Die neuen Inhalte und Strukturelemente der Ausbildung verlangen allen Beteiligten (ausbildenden Ärzten und Medizinischen Fachangestellten, Auszubildenden, Kammern und Berufsschulen) auch vier Jahre nach Inkrafttreten immer noch große Anstrengungen ab, auch wenn der Übergang bisher erfolgreich gestaltet wurde. Dies zeigte sich deutlich in der Durchführung der ersten Sommerabschlussprüfungen in 2009 und 2010. In den nächsten Jahren muss die Umsetzung auch weiterhin intensiv und verantwortlich begleitet werden, damit die Neuordnung die Ergebnisse hervorbringt, die von allen gewünscht werden. Bundesärztekammer und Landesärztekammern haben dazu bereits zahlreiche Umsetzungsaktivitäten durchgeführt, z. B. die Entwicklung einer Musterprü-

fungsordnung, Herausgabe erläuternder Broschüren und die Durchführung von Informationsveranstaltungen und Erfahrungsaustauschen. (Siehe hierzu ausführlich die Tätigkeitsberichte 2007, S. 375 ff., 2008, S. 347 ff. und 2009, S. 345 ff. sowie Kapitel 10.2.2, 10.2.4 und 10.2.9 im vorliegenden Band). Insbesondere die neuen Regelungen zur praktischen Prüfung stellen die Prüfungsaufgabenerstellungsausschüsse, die Prüfungsausschüsse und die Kammern vor erhebliche organisatorische, personelle und finanzielle Herausforderungen. Gerade an den Prüfungsergebnissen wird sich sehr viel stärker als bisher die Qualität der Ausbildung in den Arztpraxen ablesen lassen.

Im Rahmen verschiedener Veranstaltungen im Berichtsjahr hat sich deutlich gezeigt, dass Medizinische Fachangestellte als Mitarbeiterinnen des Arztes zu dessen Unterstützung und Entlastung zunehmend Beachtung und Anerkennung als wichtige Säule des Gesundheitswesens erfahren. Das Qualifizierungs- und Kooperationskonzept der Bundesärztekammer zur Stärkung der ambulanten Versorgung im Sinne des ambulanten therapeutischen Teams wird im politischen und fachlichen Umfeld zunehmend deutlicher wahrgenommen, z. B. beim Sachverständigenrat, in Bundes- und Landesministerien und bei den Krankenkassen. Hierzu trägt sicher auch die Information der Bundesärztekammer, z. B. hinsichtlich neu entwickelter Qualifizierungen in 2010 bei.

10.2.4 Fortbildungscurricula für die ambulante Versorgung und Förderung der Fortbildung

Als Beitrag zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität des Berufs haben Fachberufegremien und Vorstand der Bundesärztekammer zwischen 1996 und 2009 insgesamt 14 spezialisierende Fortbildungscurricula (einschließlich Nichtärztliche Praxisassistenten, siehe Kapitel 10.2.5, S. 394 ff.) für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte beschlossen, die unter Beteiligung der betroffenen Fachkreise erarbeitet bzw. novelliert wurden. (Eine Auflistung der Curricula mit Entstehungsdaten enthält z. B. der Tätigkeitsbericht 2008, S. 349 f.)

Allein im Berichtsjahr hat der Vorstand der Bundesärztekammer vier weitere Curricula beschlossen und zur Umsetzung empfohlen:

- Onkologie (gemäß Onkologievereinbarung vom Juli 2009) (120 Std.):
Die MFA erwirbt Handlungskompetenzen für die Unterstützung bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung onkologischer und palliativmedizinischer Maßnahmen, insbesondere der intravasalen Immun-/Chemotherapie, der Versorgung der Patienten nach ärztlicher Weisung hinsichtlich Symptom- und Schmerzkontrolle, Ernährung und Stoffwechselkontrolle, der situationsgerechten Kommunikation mit Patienten und Angehörigen während des Aufenthalts in der Praxis und bei Hausbesuchen sowie der psychosozialen Betreuung des Patienten und der Angehörigen.
- Palliativversorgung (120 Std.):
Die MFA erwirbt Handlungskompetenzen für die Unterstützung des Arztes bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung palliativmedizinischer Maßnahmen, insbesondere der Symptomkontrolle, bei der Durchführung delegierbarer Leistungen und der psychosozialen Betreuung des Patienten und der Angehörigen sowie der Organisation des internen und externen Kommunikationsflusses.

- Elektronische Praxiskommunikation und Telemedizin (80 Std.):
Die MFA erwirbt Handlungskompetenzen für die Entlastung und Unterstützung des Arztes bei der Koordination und Organisation der elektronisch gestützten Betriebsorganisation und Patientenbetreuung, der internen und externen Kommunikation durch sicheren und effizienten Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien sowie bei telemedizinischen Anwendungen in der Häuslichkeit des Patienten.
- Augenheilkundlich-technische Assistenz (120 Std.):
Die MFA erwirbt Handlungskompetenzen zur Unterstützung des Facharztes für Augenheilkunde bei Diagnostik und Therapie wichtiger ophthalmologischer Krankheitsbilder, insbesondere für die Durchführung delegierbarer Leistungen im Rahmen technischer Untersuchungen.

Alle Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer im Umfang von 40 bis 271 Stunden sind modular aufgebaut und gegenseitig anrechenbar. Sie zielen auf Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten in wichtigen medizinischen Versorgungsbereichen. Die Ziele sind in Form von komplexen Handlungskompetenzen formuliert und – wo möglich – handlungs- und kompetenzorientiert und auf Arbeits- und Geschäftsprozesse hin ausgerichtet.

Die Curricula sind nicht als obligatorische Maßnahmen, sondern als sinnvolle und zweckmäßige Angebote zu verstehen, um mit bundesweiten Standards die erforderlichen Voraussetzungen für einheitliche Qualifikationen des Personals zu schaffen. Sie können im medizinischen Wahlteil oder im Pflichtteil des Aufstiegsberufs „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ eingesetzt werden und tragen zu einer Aufwertung und Berufsbildentwicklung maßgeblich bei.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben am 17.12.2009 nachdrücklich empfohlen, das systematische modulare Bildungskonzept der Bundesärztekammer für die MFA mit den Spezialisierungs- bzw. Aufstiegsfortbildungen nach Mustercurricula (einschließlich Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung) durch eine Öffentlichkeitskampagne stärker bekannt zu machen, um so zu seiner Verbreitung und Umsetzung angesichts der demografischen und medizinischen Entwicklung sowie der anhaltenden Diskussion über eine neue Aufgabenverteilung zwischen den Berufen im Gesundheitswesen beizutragen. Darüber hinaus wird die Orientierung von Ärzten und MFA wegen der zunehmenden Unübersichtlichkeit durch mehrere neu entwickelte Qualifizierungen verschiedener Anbieter mit unterschiedlichen Bezeichnungen erschwert. Diese berücksichtigen die seit 2007 erarbeiteten Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer in unterschiedlicher Weise. Angesichts der Notwendigkeit einer stärkeren Entlastung von Ärzten ist sowohl aus versorgungs- wie berufspolitischen Gründen die Förderung der Nachfrage nach Fortbildung des Praxispersonals eine wichtige Zielsetzung. Durch ein gemeinsames, übergreifendes PR-Konzept auf Bundesebene soll vor allem den Ärztekammern und ihren Fortbildungseinrichtungen die Öffentlichkeitsarbeit erleichtert werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die Geschäftsführung am 18.12.2009 mit der Entwicklung und Prüfung eines PR-Konzeptes beauftragt.

In einer Arbeitsgruppe des Dezernats 3 und der Pressestelle der Bundesärztekammer sowie Vertretern von Ärztekammern und des Verbandes medizinischer Fachberufe wurden zwischen Juni und Oktober 2010 kurz-, mittel- und langfristige Ziele eines Kommunikati-

onskonzeptes sowie Zielgruppen, Inhalte und Maßnahmen, elektronische und Printmedien sowie Verbreitungswege im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit festgelegt. Im Mittelpunkt soll eine Broschüre mit vielfältig hieraus generierbaren Medien und Bausteinen in Form eines Medienpools stehen. Am 18.11.2010 haben zunächst Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ und am 10.12.2010 der Vorstand der Bundesärztekammer dem Konzept zugestimmt, so dass nunmehr in 2011 eine Realisierung der Vorgaben möglichst bis zum 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel erfolgen kann.

10.2.5 „Nichtärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V

In der Entschließung V-15 des 113. Deutschen Ärztetages 2010 („Kooperation der Gesundheitsberufe rechtssicher weiterentwickeln“) wird die Nichtärztliche Praxisassistentin als gute Möglichkeit herausgestellt, die Betreuung von Patienten in ihrer Häuslichkeit bei klar vorgegebenen Bedingungen, Kompetenzen und Qualifikationen zu unterstützen. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Mai 2008 ermöglicht gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V „... ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen ... in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes ...“. Zum 01.04.2009 haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen über die Gebührenordnungsposition sowie über eine Vereinbarung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistung in der Häuslichkeit (sog. Delegationsvereinbarung) geeinigt. Als Qualifikationsvoraussetzung sieht die Vereinbarung einen qualifizierten Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin oder nach dem Krankenpflegegesetz, eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis sowie eine Zusatzqualifikation vor. Die Nachweise über die Berufserfahrung und die Zusatzqualifikation sind durch ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen.

Die Zusatzqualifikation umfasst eine theoretische Fortbildung, eine praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen und eine Fortbildung im Notfallmanagement. Ihr Stundenumfang richtet sich nach der Dauer der bisherigen Berufstätigkeit und beträgt 190 bis 270 Stunden. Qualifizierungen durch Fortbildungsmaßnahmen nach den Curricula der Bundesärztekammer oder aus Modellvorhaben wie z. B. AGnES werden angerechnet.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 18.12.2009 auf Empfehlung der Fachberufsgremien vom 17.12.2009 ein 271-stündiges Curriculum beschlossen und allen Landesärztekammern zur Anwendung empfohlen. Es umfasst die Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer in Gänze oder in Teilen sowie zusätzliche neue Elemente. Die anrechnungsfähigen Elemente der BÄK-Curricula machen ca. zwei Drittel aus. Dabei sind die beiden Musterfortbildungscurricula „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ und „Patientenbegleitung und -koordination“ mit 84 Stunden komplett enthalten. Die Qualifizierungskonzepte EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) in Nordrhein und Westfalen-Lippe und HELVER (Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung) in Schleswig-Holstein sind mit dem Curriculum kompatibel. Diese werden mit guter Resonanz als freiwilliges Angebot auch in nicht unterversorgten Regionen angeboten. Für die Zukunft wird darauf gesetzt, dass die Praxisassistentin auch für die Regelversorgung als Modell dient. Für die Förderung von Fortbildungsmaßnahmen könnten die Kammern verstärkt auf Mittel des europäischen Sozialfonds (ESF) sowie die Agenda

2020 mit den Maßnahmebündeln zu „New Skills for New Jobs“ und „Youth on the Move“ zugreifen. Umso wichtiger ist es, dass bei zunehmender Verbreitung eine Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Maßnahmen – z. B. auch von der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) und der Praxisassistentin – besteht, um Mobilität und Anrechenbarkeit zu gewährleisten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beabsichtigt Verhandlungen zur Ausweitung der Delegationsvereinbarung. Mit dem Spitzenverband Bund ist vereinbart, dass die Auswirkungen der Einführung dieser Hilfeleistung bis zum 31.12.2011 fortlaufend analysiert und geprüft werden, um die Leistungen zu ändern oder zu verbessern, ggf. auch auf weitere Fachgebiete, insbesondere in der Kinderheilkunde, zu erweitern. (Siehe hierzu www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

10.2.6 Aufstiegsfortbildung nach § 54 BBiG „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Nach Inkrafttreten der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte 2006 wurde auch der Aufstiegsberuf der Arztfachhelferin in einem mehrjährigen Abstimmungs- und Erarbeitungsprozess angepasst (siehe ausführlich hierzu z. B. Tätigkeitsbericht 2009, S. 349 f.). Das neue Konzept der Fachwirtin sieht vor, diese unter den geänderten Strukturbedingungen (Morbidität, Altersstruktur, Vernetzung, Arbeitsteilung, Entlastung für den Arzt, Effizienzsteigerung, Finanzierung) sowohl als Führungskraft in kleinen und mittleren Betrieben mit Durchführungsverantwortung im Bereich Verwaltung zu stärken als auch im medizinischen Bereich zu profilieren.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die Aufstiegsfortbildung am 27.03.2009 einschließlich einer Musterprüfungsordnung beschlossen und sie allen Kammern zur einheitlichen Anwendung empfohlen. Die Maßnahme wurde mittels einer Broschüre der Bundesärztekammer einem größeren politisch-fachlichen Kreis zur Kenntnis gegeben, um den Stellenwert der Medizinischen Fachangestellten in der Gesundheitsversorgung zu untermauern. Sie wird seit 2009/2010 von zehn Kammern angeboten. Mit dem Berichtsjahr 2010 erfolgt auch eine entsprechende Erfassung der Prüfungen beim Statistischen Bundesamt im Rahmen der jährlichen Berufsbildungsstatistik mit einer eigenen Kennziffer, nachdem zum Sommer 2010 die ersten Kammerprüfungen erfolgreich durchgeführt wurden.

Das Konzept besteht aus

- einem Einleitungsteil mit Vorbemerkung, Funktions- und Aufgabenbeschreibung (Berufsbild), Durchführungs- und didaktischen Hinweisen;
- einem Rahmencurriculum für den Pflichtteil mit acht Handlungs- und Kompetenzfeldern (ein Modul à 20 Stunden und sieben Module à 40 Stunden) im Gesamtumfang von 300 Stunden,
- einem Richtlinien- und Prüfungsordnungsteil zur Durchführung und Prüfung von Fortbildungen.

Die Gesamtdauer beträgt 420 Stunden. Der Pflichtteil ist durch einen 120-Stunden-Wahlteil zu ergänzen, dessen medizinischen Inhalte frei wählbar sind.

Mit der neuen Bezeichnung wird die übliche Begrifflichkeit im Industrie- und Handelskammerbereich übernommen. Gleichzeitig wird damit die Kompatibilität mit Blick auf eine zukünftige Einordnung in einen deutschen Qualifikationsrahmen vorbereitet und die Zuständigkeit der Ärztekammern für anspruchsvolle Fortbildungen unterstrichen. Eine besondere Attraktivität des Profils besteht auch in der spezifischen Kombination unterschiedlicher Qualifikationen, die erforderlichenfalls jeweils einzeln erworben bzw. nachgewiesen werden müssen, nämlich in den Bereichen Datenschutz, Qualitätsmanagement, Ausbildung und Medizinproduktegesetz.

Durch die Fachwirtin ist ein weiterer systematischer „Baustein“ der Berufsentwicklung der Medizinischen Fachangestellten seit 2006 grundlegend modernisiert und zukunfts-fest ausgestaltet worden. Nach Beschluss der KMK in 2009 wird mit erfolgreicher Fachwirts-Prüfung die Fachhochschulzugangsberechtigung erworben. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

Bundesärztekammer und Landesärztekammern haben sich im Berichtsjahr intensiv darum bemüht, mit dem Deutschen Hausärzterverband bzw. seinem Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) einen Konsens zum Umfang der Anerkennung von VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) (200 Std.) auf den medizinischen Wahlteil der Fachwirtin (120 Std.) zu finden. Ein Kompromiss scheiterte bislang an den unvereinbaren Ansichten über die in VERAH eingesetzten selbstbestätigenden Kompetenzbescheinigungen des Arbeitgebers. Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben deshalb am 18.11.2010 den Ärztekammern empfohlen, VERAH mit 80 Std. auf den medizinischen Wahlteil der Fachwirtin anzurechnen. Sollten zukünftig die Präsenzveranstaltungen durch das IhF ausgeweitet werden, stehe einer vollen Anerkennung von VERAH nichts mehr im Wege.

10.2.7 Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen

Es besteht ein wachsender Bedarf in den Praxen nach hoch qualifizierten Mitarbeitern/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 und Zahnmedizinische Fachangestellte sind aufgrund ihrer Kenntnis der realen Bedingungen im ambulanten Gesundheitswesen mindestens genauso gut für diese Funktionen geeignet wie vergleichbar fortgebildete Mitarbeiter/innen aus überwiegend kaufmännischen/verwaltenden Disziplinen. Der Erfolg und die Nachfrage der Fortbildungsmaßnahme „Praxismanagerin“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein, gestartet in 2001, belegt dies. Deshalb wurde hieraus unter Federführung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) eine moderne kompetenzorientierte Fortbildung „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“ entwickelt und bis heute als Landesregelung mit sehr großem Erfolg in drei Kammerbereichen durchgeführt. Seit 2001 haben 237 Teilnehmer die Abschlussprüfung bestanden.

In 2008 beantragte der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) beim Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Bundesverordnung für einen Aufstiegsberuf nach § 53 BBiG zum/zur Fachwirt/in im Sozial- und Gesundheitswesen. Dadurch sollen die ca. 50 unterschiedlichen IHK-Regelungen vereinheitlicht werden. Wegen der Überschneidungen zu den o. g. Betriebswirte-Fortbildungen der Ärztekammern Schleswig-Holstein und Hamburg und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe machten die (Zahn-)Ärzeschaft und der Bundesverband der Freien Berufe zunächst den Anspruch der Ärztekammern auf eine Beteiligung am Verfahren geltend. Es zeigte sich jedoch, dass der berufsfeldspezifische Zuschnitt für die ambulante medizinische Versorgung durch einen breiter angelegten Fachwirt verloren gehen könnte. Außerdem drohte die „Marke“ Betriebswirtin aufgrund der abweichenden Systematik im Industrie- und Handelskammerbereich unterzugehen. Die Kammern haben deshalb beschlossen, sich am Ordnungsverfahren, das im Jahr 2010 unter Mitwirkung der Sozialpartner, des BMBF und des DIHK beim Bundesinstitut für Berufsbildung durchgeführt wurde, derzeit nicht zu beteiligen; sie präferierten den Erhalt einer eigenständigen Fortbildung. Es ist ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erneut über die Integration in einem Gesamtkonzept zu beraten. (Weitere Informationen auf den Homepages der Ärztekammer Schleswig-Holstein, www.aeksh.de, und der Fachhochschule Bielefeld, www.fh-bielefeld.de.)

10.2.8 Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik

Das novellierte Berufsbildungsgesetz von 2005 enthält Neuregelungen zur Erfassung von Auszubildenden im Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse der „zuständigen Stellen“ und für die Erstellung der Berufsbildungsstatistik (siehe ausführlich hierzu Tätigkeitsbericht 2008, S. 355 ff.).

Die Neukonzeption der Statistik und ihre Umsetzung gemeinsam mit den Kammern war ab September 2004 Gegenstand zahlreicher Sitzungen des Arbeitskreises „Berufsbildungsstatistik“ des Statistischen Bundesamtes, zuletzt im Oktober 2010. Dabei ging es darum, mögliche Umsetzungsprobleme bei den Kammern systematisch zu bearbeiten, ggf. Hilfen zur Verfügung zu stellen und die Erhebung zu optimieren. Im Mittelpunkt standen Fragen zu Übertragungswegen, Schnittstellen und Datensicherheit. Die erste Erhebung mit Individualdatensätzen und zusätzlichen Merkmalen auf Basis des EDV-Konzepts des Statistischen Bundesamtes fand zum 31.12.2007 statt. Durch Teilnahme an den Sitzungen, vertreten durch die Landesärztekammer Hessen, durch Beratung in der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe“, durch Rundschreiben sowie durch Information des Arbeitskreises „Informationstechnologie“ der Bundesärztekammer seit 2005 wurden die Ärztekammern kontinuierlich und umfassend über den Fortgang der Arbeiten informiert. Für das Berichtsjahr 2010 entfallen die Übergangsregelungen, so dass die Kammern für die Aufnahme der neuen Daten (Probezeit, Teilzeitausbildung, Förderung, sonstige Prüfungsteilnehmer, Teilnehmer an Fortbildungs- und Umschulungsprüfungen) bereits im Berichtsjahr Sorge zu tragen hatten. Die einzelnen „zuständigen Stellen“ mussten die Datenpflege und -lieferung im eigenen Interesse weiter vervollständigen und verbessern, denn die Statistischen Landesämter müssen die erforderliche Datenqualität sicherstellen, was ggf. zu aufwändigen Rückfragen nach erfolgter Datenlieferung und damit erheblichem Mehraufwand führen könnte.

10.2.9 Zentraler Aufgabenpool für Prüfungen

Auf Vorschlag einiger Landesärztekammern wurde seit 2006 die Einrichtung eines zentralen Aufgabenpools für die schriftliche Prüfung der MFA als gemeinsames Projekt vorangetrieben, da durch die neue Ausbildungsverordnung für alle Kammern die Erarbeitung und Verfügbarkeit komplexer handlungsorientierter schriftlicher Prüfungsaufgaben notwendig wurde. Nach Beratungen der Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 12.09.2007 wurden am 04.12.2007 in einer Informationsveranstaltung bei der Bundesärztekammer unter Beteiligung von rund 28 Vertretern aus 14 Kammern die pädagogisch-didaktischen, (edv)-organisatorischen und finanziellen Aspekte dieses Projektes erörtert.

In 2008 kam es unter Federführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu einer vertraglich geregelten Kooperation der elf beteiligten Kammern, und es wurde mit dem Aufbau des Pools begonnen. In einem Abstimmungsgespräch am 18.09.2008 bei der Bundesärztekammer wurden das weitere Vorgehen hinsichtlich der Katalogisierung der Prüfungsfragen für die drei schriftlichen Prüfungsbereiche sowie die technischen Regelungen für den Datenbankzugang konsentiert. Darüber hinaus wurden weitere Festlegungen zur Weiterentwicklung ab 2009 getroffen. Dazu gehörten im Wesentlichen die Bildung von Expertenteams aus benannten Sachverständigen aller Kammerbereiche zur Begutachtung und Weiterentwicklung der eingereichten Fragen für die Prüfungsbereiche gemäß Prüfungsordnung sowie die Festlegung, dass zukünftig auch Aufgaben der praktischen Prüfung Bestandteil des Aufgabenpools werden sollten. In 2009 wurden die Expertenteams und Aufgabenautoren der Kammern in mehreren dezentralen Veranstaltungen professionell geschult. Der Aufgabenpool wird mit Prüfungsaufgaben früherer Prüfungen gespeist.

Wegen personeller Veränderungen im Berichtsjahr übernahm die Ärztekammer Westfalen-Lippe das Projektmanagement, die EDV-technische Betreuung des web-basierten Aufgabenpools verbleibt bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Im zweiten und dritten Quartal 2010 hat die Steuerungsgruppe die exakten Anforderungen an Prüfungsaufgaben bzw. an den Prüfungssatz definiert und sich auf Qualitätsmerkmale verständigt, die bereits für die Abschlussprüfung Winter 2010/11 umgesetzt wurden. Etabliert sind zudem ein einheitlicher Bewertungsschlüssel und eine Musterpraxis. Die Qualitätssicherung der ab Winter 2010/11 eingespeisten Aufgaben beginnt ab 2011. Als Nebenprojekt ist eine erste kammerübergreifende, einheitliche Abschlussprüfung zum Termin Winter 2011/2012 geplant, die von zunächst vier Kammern erprobt wird.

Der Aufgabenpool wird in den nächsten zwei Jahren durch intensive Programmierung gemäß erstelltem Pflichtenheft weiterentwickelt und optimiert.

10.3 Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen

10.3.1 Kooperation mit den Fachberufen im Gesundheitswesen

Der Dialog mit den Gesundheitsfachberufen wird u. a. in der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ regelmäßig geführt. Gemäß dem Ziel der im Jahr 1989 gegründeten Konferenz, die interprofessionelle Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu verbessern, wurden bereits in der Anfangsphase „10 Thesen zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ beschlossen (1989) und Vereinbarungen zwischen Bundesärztekammer und fünf Verbänden der Pflegeberufe zur „Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeberufen“ (1993) sowie zum Thema „Kooperationsmodelle“ erarbeitet (1994). In jeder Sitzung hatte sich die Konferenz bisher mit den jeweils geplanten Gesundheitsreformen und den in diesem Zusammenhang stets neu ins Gespräch gebrachten Varianten zur Kostendämpfung und der zunehmenden Rationierung zu beschäftigen. Das 20-jährige Bestehen in 2009 wurde mit einem Festakt und einer Ansprache des langjährigen Vorsitzenden, Prof. Dr. Dr. h. c. Karsten Vilmar, begangen. Professor Vilmar hob insbesondere den in Deutschland einzigartigen Status der Einrichtung in ihrer Überprofessionalität mit 40 Mitgliedsverbänden hervor.

Seit 2008 sind die möglichen Konsequenzen der Empfehlungen des Gutachtens „Kooperation und Verantwortung“ des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen vom Juni 2007 sowie die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 vorgesehenen Kompetenzerweiterungen bei der Pflege und den Physiotherapeuten wichtige Themen. Während nach Auffassung der Vorsitzenden, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe und Dr. Cornelia Goesmann, im Kontext einer geforderten neuen Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe eine erweiterte Delegation sowie haftungsrechtliche und budgetäre Fragen eine wichtige Rolle spielen, begrüßen die Fachberufvertreter die Öffnung zu mehr Eigenständigkeit der Leistungserbringung durch die neuen Bestimmungen in § 63 Abs. 3b und c SGB V und fordern neue Modelle der Zusammenarbeit. Als Ergebnis einer zusätzlichen Klausurtagung zum Thema „Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ am 3. und 4. März 2009 beschloss die Versammlung am 18.03.2009 die Weiterbearbeitung der Thematik in drei Themenfeldern bzw. in drei interprofessionellen Arbeitsgruppen: AG Prozessverbesserung, AG Versorgungsverbesserung und AG Kommunikationsverbesserung. Deren Ergebnisse wurden in der Fachberufekonferenz 2010 präsentiert. Während die Fortführung der AG Versorgungsverbesserung zwischenzeitlich ausgesetzt worden war, konnten die beiden anderen Arbeitsgruppen beachtliche Zwischenergebnisse vorweisen:

Die Arbeitsgruppe 1 legte den Entwurf des Papiers „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ vor, in dem es um die Schnittstellenverbesserung mit Hilfe einer exemplarischen Beschreibung eines Patientendurchlaufs durch die Sektoren ambulant/stationär unter Koordinationsaspekten geht. Die leitende Frage ist: Wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses? Die Darstellung ist in Form von Grafiken zusätzlich visualisiert. In einem „Ausblick“ werden strukturelle, rechtliche und finanzielle Probleme identifiziert, die weiterführend bearbeitet werden müssen. In der Fachberufekonferenz wurde kritisiert, dass das Papier die Hoffnung auf neue Lösungen in der Aufgabenverteilung nicht erfülle, sondern zu stark am Status quo orientiert sei. Dem wurde

entgegen gehalten, dass in der Beschreibung der gegenwärtigen Verbesserungsmöglichkeiten ein hohes Potenzial stecke. Erst wenn die Ressourcen einer verbesserten Vernetzung unter den gegebenen Möglichkeiten ausgeschöpft seien, gehe es um eine systemische Weiterentwicklung. Bereits heute könnten gemeinsame und geteilte Verantwortlichkeiten besser ausgefüllt und zielführend optimiert werden. Im Versorgungsprozess sei dabei die Verantwortung für die Steuerung des Patienten die zentrale Frage. Die beteiligten Gesundheitsberufe müssten sich auch jetzt schon durch gegenseitige Information, auch durch das zur Verfügung stellen von Unterlagen, im Koordinierungsprozess unterstützen. Allen Verbänden der Fachberufekonferenz wurde Gelegenheit zur Stellungnahme und zu Verbesserungsvorschlägen gegeben. Die zahlreichen Änderungsvorschläge wurden in einer abschließenden AG-Sitzung im Juli 2010 eingehend diskutiert und weitestgehend berücksichtigt. Es konnte ein Konsens über die abschließende Version des Papiers hergestellt werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im August 2010 dem Konzeptpapier einstimmig ohne Enthaltungen zugestimmt und eine öffentlichkeitswirksame Präsentation empfohlen. Eine abschließende Zustimmung der Fachberufekonferenz erfolgte ebenfalls ohne Enthaltungen zum 30.11.2010. Zu Beginn des Jahres 2011 ist eine Präsentation und eine Veröffentlichung in Form einer Broschüre geplant.

Die Arbeitsgruppe AG 3 hatte sich darauf verständigt, vorrangig die tabellarische Darstellung der Berufe im Rahmen des Internetauftritts der Bundesärztekammer, basierend auf der 2002/2003 durchgeführten Umfrage „Berufsanalyse“, zu überarbeiten. Der Handlungsbedarf zielte auf eine Aktualisierung der Daten, eine benutzerfreundlichere Darstellung, eine Verbesserung der Abfrage- und Suchfunktionen sowie auf eine Verlinkung mit den Homepages der Berufsverbände ab. Die von der AG vorgeschlagene Vorgehensweise wurde von der Fachberufekonferenz am 10.03.2010 bestätigt; der Vorstand der Bundesärztekammer stimmte der Finanzierung zu. In den folgenden Monaten erfolgte zunächst die Programmierung einer entsprechenden Datenbank sowie anschließend die Eingabe der zu den Berufen erhobenen Daten. Nachdem diese Arbeiten größtenteils abgeschlossen waren, kam die Arbeitsgruppe zu einer weiteren Sitzung am 16.11.2010 zusammen. Zielsetzung ist es, das fertige Produkt der Fachberufekonferenz im Jahr 2011 zu präsentieren und die Daten nach Freigabe durch die Berufsverbände der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Ein weiterer Programmpunkt der Fachberufekonferenz 2010 war der demografische Wandel und die medizinische Versorgung in Deutschland. Das Thema wurde in zwei Perspektiven beleuchtet: Einmal trug Dr. Markus Heckmann (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung [IAB] der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg, Forschungsbereich A2, Prognosen- und Strukturanalysen) „Prognosen zum Arbeitskräftepotential und zum Arbeitskräftebedarf“ vor, die sich auf die Betriebsbefragung des IAB und auf weitere statistische Erhebungen stützten. Hieraus lassen sich mittelfristig steigende Bedarfe an Arbeitskräften ableiten. Der Gesamtdienstleistungssektor steigert demnach die Zahl der Erwerbstätigen voraussichtlich bis 2025 deutlich. Allerdings sei ab 2020 mit einem Einbruch bei verfügbarem Nachwuchs zu rechnen. Deswegen sei dem zu erwartenden Rückgang an Erwerbspersonen ab sofort durch entsprechende Bildungsmaßnahmen zu begegnen, um erwartbare Konsequenzen abzufedern: ältere Erwerbstätige halten und qualifizieren, lebenslanges Lernen fördern, die Gesundheitsförderung voranbringen, Bildungsexpansion, insbesondere akademische Bildung, steigern.

Die Perspektive aus medizinischer Sicht stellte Prof. Dr. Bärbel-Maria Kurth (Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut Berlin) unter dem Thema „Prognosen der Morbiditätsentwicklung und Anforderung der Gesundheitsversorgung“ vor. Prof. Kurth ging am Beispiel der Krebserkrankungen exemplarisch auf die Anforderungen der zukünftigen Versorgung auf Basis der Daten des Bundeskrebsregisters beim Robert Koch-Institut ein. Die Daten zeigten eine Zunahme von Patienten, eine rückläufige Mortalität und damit aufgrund der Bevölkerungsstrukturdaten eine absolute Zunahme des Versorgungsbedarfes. Hinzuzuziehen sei der Rückgang der Geburtenrate bei gleichzeitiger Verlängerung der Lebenszeit. Nach Prof. Kurth wird es wegen des Alterungsprozesses zwar nicht zu einem proportionalen Anstieg der Krankheits- und Behinderungslast kommen, wohl aber zu einer strukturellen Veränderung bei den Anforderungen an das Gesundheitswesen und zu einem vermehrten Bedarf an Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

Gemeinsam mit Verbänden aus der Fachberufekonferenz entwickelte die Bundesärztekammer seit Dezember 2009 das Konzept einer interprofessionellen Fortbildung, in Fortsetzung des Interdisziplinären Zentralkongresses für die Fachberufe im Gesundheitswesen (IZFG), der seit 1971 in Augsburg durchgeführt wurde (siehe Kapitel 2.3.3, S. 65). Die Veranstaltung wurde zum Thema „Schlaganfallpatienten“ erfolgreich am 24.04.2010 in den Räumen der Bundesärztekammer durchgeführt. Die nächste Fachberufekonferenz findet am 23.03.2011 statt. (Weitere Informationen unter www.bundesaeztekammer.de > Institutionen > Gremien > Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen.)

10.3.2 Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung

Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm hat sich sowohl in den gesundheitspolitischen Leitsätzen (Ulmer Papier) als auch in einem eigenen Tagesordnungspunkt „Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen“ mit einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung befasst. Dies stellte auch im Berichtsjahr die Grundlage der Arbeit in der Bundesärztekammer dar. Durch die Entschließung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden „Kooperation der Gesundheitsberufe rechtssicher weiterentwickeln“ wurde insbesondere der Weg der Fortentwicklung des Delegationsprinzips unterstrichen.

Das Ulmer Papier stellt fest:

- *„Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen.*
- *Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.*
- *Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die deutsche Ärzteschaft eigene Vorschläge für arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen sowie Positionen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen entwickelt.“*

Die Bundesärztekammer hat unter diesen Prämissen Empfehlungen des Gutachtens des Sachverständigenrats zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe kritisch-konstruktiv aufgegriffen. Prüfkriterien für neue Formen des Zusammenwirkens sind Qualifikation, Qualität und Sicherheit der Versorgung, Haftungsrecht, Zufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. In mehrfachen Stellungnahmen, z. B. gegenüber den Gesundheitsministerien der Länder und dem Sachverständigenrat, zu Gesetzentwürfen und in zahlreichen Veranstaltungen seit 2006 und im Berichtsjahr wurde zunächst eine Folgenabschätzung vor allem in medizinischer, ökonomischer und rechtlicher Hinsicht gefordert, insbesondere im Hinblick auf die Einführung weiterer Versorgungsebenen (siehe auch AG des G-BA zu § 63 (3c) SGB V, S. 384).

Unbestritten machen Änderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung, wie z. B. der gesellschaftliche Wandel, die Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netze, die demografische Entwicklung, das geänderte Krankheitspektrum, die gestiegene Komplexität der medizinischen Versorgung, die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen und das geänderte Selbstverständnis der Berufsangehörigen und der Patienten, eine Anpassung von Strukturen sowie neue Versorgungskonzepte notwendig. Allerdings darf dabei eine Übertragung ärztlicher Kompetenzen, wie z. B. Diagnose, Indikation, Therapieentscheidung und -planung, nicht zur Disposition stehen.

Nur eine aufeinander abgestimmte Professionsentwicklung der Berufe im Gesundheitswesen, die die Gegebenheiten des gesellschaftlich akzeptierten deutschen Versorgungssystems ausreichend berücksichtigt, kann zur Bewältigung der anstehenden Fragen beitragen. In diesem Zusammenhang müssen Strukturen und Prozesse an geänderte Bedarfe angepasst werden: Behandlungs- bzw. Betreuungskonzepte sind auf Langfristigkeit auszurichten, Prävention, Rehabilitation, Palliativversorgung gewinnen gegenüber der akutmedizinischen Versorgung an Bedeutung, psychosoziale Hilfen und Pflege sind zu integrieren und zu regionalisieren, die sektorenübergreifende Versorgung, die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen, die Organisation von Prozessen sowie die Aufgabenverteilung und die Delegation ärztlicher Leistungen sind zu optimieren. Von möglichen Entlastungseffekten könnte auch die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, profitieren.

Multiprofessionellen Teams in der ambulanten Versorgung kommt hierbei eine noch wichtigere Rolle als bisher zu. Vorrangig ist es, die Zusammenarbeit von Hausärzten in ihrer umfassenden Aufgabenstellung nach § 73 Abs. 1 SGB V mit 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. Zur Arztunterstützung und -entlastung bei der Durchführung komplexer Aufgaben soll die MFA stärker für delegierbare und koordinierende Aufgaben eingesetzt werden (siehe Kapitel 10.2.3 bis 10.2.7, S. 390 ff.). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt in seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Interpretation – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ konkrete Hinweise auf in diesem Sinne erweiterte Funktionen und Kompetenzen der MFA im (haus-)ärztlichen Team.

Für den Bereich der stationären Versorgung hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Ergebnisse einer Studie zur Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Berufe in der stationären Versorgung im Februar und Juni 2010 beraten. Die Autoren haben

zehn repräsentative praxisnahe Prozedurvorschläge zu einzelnen Indikationen für eine multiprofessionelle Kooperation/Delegation im Behandlungsablauf entwickelt, die den Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Drucksache III-04) „Delegation ja – Substitution nein“ sowie die Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung „Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ vom August 2008 (Dtsch Ablatt 2008; 105(41): A 2173-7) beachten. Die Szenarien (erstellt mit Hilfe des Blueprint-Verfahrens) ergaben, dass es regelhafte, prozessorientierte Delegationsmöglichkeiten gibt, die geltendes (Haftungs-)Recht berücksichtigen und zugleich von hoher Relevanz für den Versorgungstag im Sinne der Arztentlastung im Krankenhaus sind.

Die Bundesärztekammer plant auf Basis von Gesprächen mit möglichen Projektpartnern in 2010 die Umsetzung der Ärztetagsentschließung (Drucksache III-03) aus 2008 zur stärkeren Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management. Für das Jahr 2011 ist die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums auf Basis des Deutschen Qualifikationsrahmens ins Auge gefasst. Grundlage hierfür ist das 2008 veröffentlichte gleichnamige wissenschaftliche Gutachten, das die Bundesärztekammer 2007 in Auftrag gegeben hatte. Danach ist eine verstärkte sektoren- und berufsübergreifende Koordination und Integration diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern bzw. bestimmten Patientengruppen notwendig und wünschenswert, wobei dem Case Management oder Versorgungsmanagement im Sinne eines effektiven, einzelfallorientierten Prozessmanagements ein immer höherer Stellenwert zukommt. Der Ärztetag plädierte hinsichtlich der Frage, wer zum Case Manager prädestiniert ist, für eine genaue Analyse der Case-Management-Funktionen und differenzierte dabei zwischen zwei Arbeitsbereichen, nämlich dem medizinisch-therapeutischen Bereich und dem Management- bzw. Koordinierungsbereich: Der medizinisch-therapeutische Arbeitsbereich, der die Initiierung, die Steuerung und die Übernahme der Therapie- und Ergebnisverantwortung umfasst, sei genuine Aufgabe des Arztes, insbesondere des Hausarztes; bei der Durchführung und Steuerung des Case-Management-Prozesses werde der Arzt im Sinne einer professionsübergreifenden Versorgung im Delegationsverfahren von zusätzlich qualifizierten Gesundheitsfachberufen wie der MFA, aber auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und -pflegern sowie psychosozialen Berufen unterstützt. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ärzte > Ambulante Versorgung > Delegation ärztlicher Leistungen > Gutachten.)

Die Bundesärztekammer ist Mitglied in der Arbeitsgruppe „Modellversuche nach § 63 Abs. 3c SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die zwischen November 2009 und Oktober 2010 zu sieben Sitzungen zusammenkam. § 63 Abs. 3c SGB V regelt, dass „Modellvorhaben ... eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen können“. Der G-BA hat den gesetzlichen Auftrag erhalten, in Richtlinien festzulegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von selbstständigen Heilkundetätigkeiten auf die Angehörigen von Kranken-/Altenpflegeberufen im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. In der Arbeitsgruppe hat sich die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dafür eingesetzt, sowohl im Paragrafenteil der Richtlinie als auch bei den vorgesehenen Katalogen der übertragbaren Tätigkeiten im ambulanten und sta-

tionären Bereich als unverzichtbare Eckdaten die ärztliche Diagnose, Indikation und Gesamtverantwortung bzw. den jeweiligen Umfang der Verantwortung von Pflegeberufen rechtssicher festzuschreiben. Dies ist leider aus Sicht von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bisher nicht zufrieden stellend gelungen. Die bisherigen – dissidenten – Arbeitsergebnisse wurden im zuständigen Unterausschuss „Qualitätssicherung“ des G-BA zweimal im Berichtsjahr ohne Ergebnis beraten.

10.3.3 Beteiligung in Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Bundesärztekammer ist im Fachbeirat „Weiterentwicklung der Heilberufe“ vertreten, der am 01.06. und 16.11.2010 getagt hat. Mitglieder des Beirates sind Vertreter der Ärzteschaft, der Verbände der Fachberufe, der Gewerkschaften und der Gesundheitsministerien der Länder. Die Zielsetzung des Beirats ist umfassend angelegt: Es sollen angesichts veränderter Versorgungsbedarfe und -bedingungen Empfehlungen zu beruflichen Strukturen, Kompetenzen und Professionen erarbeitet werden und dabei Fragen der horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit, der Zusammenführung, Vereinfachung und Vereinheitlichung von Berufsgesetzen und Ausbildungsregelungen diskutiert werden. Die bisherigen Sitzungen dienten der Erörterung der Aufgabenstellung und der Themenpriorisierung.

Die Bundesärztekammer ist auch im Beirat „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ vertreten, dessen Geschäftsführung bei der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) liegt. Der Beirat ist aus dem zweiten Pflegegipfel des Bundesministeriums für Gesundheit im April 2009 hervorgegangen; er kam seit September 2009 sechsmal zusammen. Mitglieder sind Vertreter der Pflege, der Ärzteschaft und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft. Zielsetzung ist die Entwicklung einer Internetplattform zur Darstellung und Verbreitung wegweisender Modelle zur Aufgabenneuordnung im Krankenhaus, zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie für ein lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege.

10.3.4 Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen

Als Ergebnis mehrerer Gesprächsrunden zwischen der Bundesärztekammer und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) liegt seit November 2009 das Papier „Kooperation in der heimärztlichen Versorgung – Eckpunkte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimen“ vor, das vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.11.2009 beschlossen wurde. Mit rund 6.100 Mitgliedern ist der bpa der größte deutsche bzw. europäische Arbeitgeberverband mit je hälftiger Mitgliedschaft aus dem ambulanten und dem stationären Pflegesektor. Auch mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Freier Wohlfahrtspflege (BAG-FW) wurden in einem Spitzengespräch im März 2010 gemeinsame Berührungspunkte an der Schnittstelle ärztlicher und pflegerischer Versorgung identifiziert.

Es besteht Einigkeit darüber, dass es notwendig ist, das in der Öffentlichkeit intensiv diskutierte Thema der Optimierung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Heimen aus politischen und strukturellen Gründen gemeinsam aufzugreifen. Dabei ist

festzuhalten, dass es keine generelle ärztliche Unterversorgung von Heimpatienten in Deutschland gibt. Allerdings muss die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen bei der Versorgung von Heimpatienten verbessert werden. Die Vereinbarung, die in weiten Teilen der vom 112. Deutschen Ärztetag im Mai 2009 gefassten Entschließung „Optimierung der heimärztlichen Versorgung“ (Drucksache VIII-85) entspricht, könnte für diese Verträge als Richtschnur gelten. Sie wurde durch eine Pressemitteilung, Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt und mit Rundschreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung/Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Dezember 2009 und Januar 2010 bekannt gegeben. (Pressemitteilung siehe <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.6895.7917.7942.>)

10.3.5 Direktzugang zur Versorgung durch Physiotherapeuten

In der Heilmittelerbringung obliegen (Differenzial-)Diagnose, Indikation und Verordnung sowie die Gesamtverantwortung dem Arzt, dem Heilmittelerbringer obliegen in diesem Rahmen die eigenverantwortliche Befunderhebung, die Maßnahmenauswahl für die Therapie sowie die Durchführungs- und Haftungsverantwortung. Die deutschen Physiotherapieverbände fordern gegenüber der Bundesärztekammer und dem Bundesgesetzgeber eine Erweiterung ihrer Kompetenzen, und zwar durch

- eine Änderung des Heilkundebegriffs bzw. den Wegfall des Arztvorbehalts einschließlich einer Abschaffung des Heilpraktikergesetzes;
- einen Abbau von „Doppelstrukturen“ im Bereich der Diagnostik;
- „freiere“ Vergütungsformen und eine andere Basis der selbstständigen Leistungserbringung.

Zur Begründung verweisen die Physiotherapieverbände auf Versorgungsstrukturen nach dem Modell des „First Contact Practitioner“ in den Niederlanden und in Australien – hier beschränkt auf privatversicherte Selbstzahler –, sowie auf die Ergebnisse schottischer Studien zur verbesserten Versorgung und höheren Patientenzufriedenheit bei Direktzugang. Sie fühlen sich in ihrem Drängen nach einer neuen Aufgabenverteilung, die den Direktzugang von Patienten zur Physiotherapie auch in Deutschland ermöglichen soll, ermutigt durch vereinzelte Rechtsprechung zu einer Segmentzulassung von Physiotherapeuten/Heilpraktikern seit 2007 sowie durch das Sachverständigenratsgutachten 2007. Durch den Direktzugang sollen auch die Schnittstellen und die Kooperation mit dem Arzt neu geregelt werden, und es soll in Folge zu einer Aufwertung des Physiotherapeutenstatus im internationalen Vergleich kommen. Hierfür benötige der First Contact Practitioner eine „erweiterte“ Zulassung durch eine staatliche Abschlussprüfung (auch für akademisch ausgebildete Physiotherapeuten). Darüber wird eine Beschränkung der Indikationsbereiche für den Direktzugang auf den Bereich von Muskel- und Skeletterkrankungen für notwendig erachtet.

Die neuen Vorschriften des § 63 Abs. 3b SGB V nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Mai 2008 ermöglichen Modellvorhaben, in denen Physiotherapeuten „... die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.“ Dies ist aus Sicht der Bundesärztekammer der erste Schritt in die

von den Physiotherapeutenverbänden angestrebte Aufgabenerweiterung. Die Regelungen sind am 01.07.2008 in Kraft getreten. Modellversuche zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern finden ohne Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung statt. Erste Verträge unter Beteiligung des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten (IFK), des Zentralverbandes der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) und der gesetzlichen Krankenkasse BIG direkt gesund liegen vor.

Die Bundesärztekammer lehnt den von den Physiotherapeuten und in Folge auch von anderen Heilmittelerbringern geforderten Direktzugang ohne ärztliche (Differenzial-) Diagnostik und Indikation ab. Direct Access unterläuft nach ihrer Auffassung die im SGB V vorgesehene Steuerungsfunktion des Arztes für nachfolgende Behandlungen bzw. kehrt sie zumindest in den von den Physiotherapeuten vorgesehenen Indikationsbereichen um. Durch die Umkehr der Reihenfolge werden unmittelbar der Arztvorbehalt für diagnostische Entscheidungen und die Indikationsstellung berührt bzw. die bisherige Differenzierung von Diagnostik durch den Arzt und Befunderhebung durch den Physiotherapeuten aufgelöst.

Die Konsequenzen für die bisher bei den Ärzten liegende Budgetverantwortung sind völlig offen. Die derzeitige klare Aufgabenstellung: (Differenzial-)Diagnostik/Indikationsstellung für Heilmittel (z. B. Physiotherapie) durch den Arzt, Befunderhebung und Therapie durch den Heilmittelerbringer (z. B. Physiotherapeuten) stellt keine überflüssige oder kostenträchtige Doppelstruktur dar, sondern ist eine notwendige und nur partielle Überschneidung beider Arbeitsfelder, wie sie sich bei einer arbeitsteiligen Vorgehensweise am Patienten zwangsläufig ergibt. Die Übertragbarkeit z. B. schottischer Studien auf das deutsche Gesundheitswesen mit seinem hohen Ausgangsversorgungsniveau ist zu bezweifeln. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.08.2009 zur Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten. Zwar wurde darin die Möglichkeit der Erteilung einer auf den Bereich der Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis bejaht, ein ausgebildeter Physiotherapeut müsse sich allerdings zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer eingeschränkten Überprüfung seiner Kenntnisse und Fertigkeiten unterziehen. Eine dem Arzt gleichgestellte Kompetenz zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde und Erstdiagnose wurde gleichwohl ausdrücklich verneint. Physiotherapeuten könnten qua Berufsgesetz nur auf ärztliche Indikation, Anordnung und Verordnung tätig werden.

Für die Zukunft ist zu überlegen, wie der zweifellos hohen professionellen Kompetenz der Heilmittelerbringer durch adäquate Kooperationsstrukturen evtl. stärker Rechnung getragen werden kann, z. B. um eine raschere Versorgung mit Anschlussheilbehandlungen zu ermöglichen. Die Bundesärztekammer wird den Dialog sowohl mit den Physiotherapieverbänden als auch mit den ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden fortführen.

10.3.6 Operationstechnische Assistenz

Der Bundesrat möchte die Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten bundeseinheitlich regeln und zugleich ihre Finanzierung sichern. In einem am 12.02.2010 beschlossenen Gesetzentwurf verweist er auf den voranschreitenden Fachkräftemangel in den Kliniken und die Notwendigkeit, dieses Berufsbild aufzuwerten.

Die Bundesärztekammer wirkte bereits in 2008 in einer Expertengruppe beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung einer Bundesratsinitiative für die gesetzliche Regelung einer Ausbildung zur operationstechnischen Assistenz (OTA) als Gesundheitsberuf nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz mit, der Vertreter der Länder, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des OTA-Schulträgerverbandes angehörten.

Zwar hält die Bundesärztekammer die Überführung dieser Ausbildung in die duale Ausbildungsform nach Berufsbildungsgesetz für wünschenswert und sinnvoll, so wie dies derzeit auf Landesebene in Schleswig-Holstein geregelt ist. Die duale Ausbildung ist insbesondere im berufsschulischen Bereich qualitativ hochstehend, bietet die gewünschten Arbeitsmarktchancen für die Jugendlichen und ist vor allem unter Finanzierungsaspekten (Finanzierung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung) angesichts neuer Entgeltformen im Krankenhaus die bessere Lösung.

Allerdings boten die politischen Mehrheitsverhältnisse der letzten Legislaturperiode keine Chancen für eine Realisierung dieser Option. Darüber hinaus wurden ausschließlich positive Erfahrungen mit der bisherigen Ausbildung zum OTA nach DKG-Richtlinie gemacht, insbesondere wegen des hohen Bildungsstandards der Bewerber. Deshalb formulierte die Bundesärztekammer folgende Konditionen, denen in der Entwurfsfassung Rechnung getragen wurde:

- Saubere Schnittstellenlösung zum Arzt in Bezug auf delegierbare Leistungen; der bisherige Aufgabenbereich des OTA nach DKG-Richtlinie ist beizubehalten.
- Die Finanzierungsfrage darf nicht zulasten der Ärzteschaft gelöst werden (etwa durch Beeinträchtigung der Aus- und Weiterbildung, Reduzierung von Stellen oder Gehältern); im Zweifelsfalle ist die Erhöhung des Budgets zu fordern.
- Die Qualität der Ausbildung (schulische/praktische Rahmenbedingungen) muss gesichert sein.
- Die Beschäftigung von OTAs darf nicht zur Absenkung des Facharztstandards führen.

Der Bundesrat hatte in seiner 856. Sitzung am 06.03.2009 beschlossen, auf der Basis dieses Entwurfs einen Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 (1) Grundgesetz beim Deutschen Bundestag einzubringen. In ihrer Stellungnahme vom 05.06.2009 wies die Bundesregierung darauf hin, dass das Gesetzgebungsverfahren nicht mehr in der laufenden Legislaturperiode abgeschlossen werden könne. Zudem sei grundsätzlich die Frage der Einsatzbreite von OTAs und der Stellenwert des Berufs im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Weiterentwicklung der nichtärztlichen Heilberufe zu ventilieren. Das Thema ist neuerdings auch Gegenstand der Beratungen des Beirates „Weiterentwicklung der Heilberufe“ beim Bundesministerium für Gesundheit (siehe Kapitel 10.3.3, S. 404).

Die Bundesärztekammer weist auch Bestrebungen zurück, durch Fortbildungskonzepte wie den Chirurgischen Operationsassistenten (COA) systematisch in den heilkundlichen Bereich übergreifen. Sie fordert demgegenüber anstelle einer kurzfristigen Kompensation von Chirurgenstellen aus betriebswirtschaftlich-ökonomischen Interessen heraus eine langfristig ausgerichtete, nachhaltige Förderung des ärztlichen Nachwuchses und dessen Weiterbildungsmöglichkeiten.

10.4 Tarifangelegenheiten des Praxispersonals

Im Jahre 1968 wurde die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) als tariffähige Arbeitgebervereinigung gebildet. Seit dem 01.04.1969 wurden 34 Gehaltstarifverträge, 13 Manteltarifverträge und zwei Tarifverträge zur Altersversorgung und Entgeltumwandlung mit dem Verband medizinischer Fachberufe und teilweise weiteren Gewerkschaften abgeschlossen. Die Geschäftsstelle wurde wegen der überregionalen Bedeutung und der ordnungspolitischen Funktion bei der Bundesärztekammer angesiedelt.

Seit dem Jahr 2007 ist die Vorsitzende der AAA Dr. Cornelia Goesmann, Hannover; die Stellvertreter sind Dr. Gunter Hauptmann, Saarbrücken, und Dr. Max Kaplan, Pfaffenhausen. Die Mitgliederversammlung am 09.12.2010 fand gemeinsam mit dem Tarifbeirat statt und diente der intensiven Vorbereitung der Tarifverhandlungen am selben Tag.

Im Zentrum standen die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom Oktober 2010 und die Bestimmungen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) 2010 zur ärztlichen Vergütung. Leider wurden nach den für die meisten KV-Bereiche positiven Auswirkungen der Honorarreform 2009 durch den Gesetzgeber erneut restriktive Budgetsteigerungen festgesetzt. Damit kann die in 2009 begonnene Entwicklung, die rund 390.000 MFA an der Leistungserbringung in den Praxen stärker partizipieren zu lassen (Steigerung der Gehälter um 5 Prozent gemäß Tarifvertrag vom Mai 2009), zunächst nicht fortgesetzt werden, was angesichts ihrer notwendigen stärkeren Einbeziehung in die Aufgaben der ambulanten Versorgung umso bedauerlicher ist. Das Ergebnis der Tarifverhandlungen stand zum Redaktionsschluss wegen der Vertagung auf Anfang 2011 noch nicht fest.

Auf der Versorgungsebene vollzieht sich eine deutlich wahrnehmbare Entwicklung hin zu einer Aufwertung der Medizinischen Fachangestellten im ambulanten therapeutischen Team, die von der Bundesärztekammer vorangetrieben wird. Die neue Ausbildungsverordnung von 2006, die mittlerweile breite und aktuelle Palette anspruchsvoller Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer und die neue 420-Stunden-Aufstiegsfortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung sind Ausdruck einer gestiegenen Qualifikation und einer zunehmend wichtigen Funktion der MFA im Versorgungsgeschehen. Die Delegationsvereinbarung nach § 87 Abs. 2b SGB V („Praxisassistentin“) vom April 2009 (siehe Kapitel 10.2.5) ist ein weiteres Beispiel hierfür. Diese Entwicklung muss sich nach Auffassung der Arbeitgeber künftig in einer Vergütung niederschlagen, die derjenigen vergleichbarer Berufe entspricht, auch wenn sich die optimistischen Erwartungen an die Honorarreform 2009 – zumindest in einigen Regionen und Facharztgruppen – nicht generell erfüllt haben und durch das GKV-FinG 2010 deutlich gebremst wurden. Leider hat der Gesetzgeber anders als im stationären Bereich keine Möglichkeit vorgesehen, tarifvertragliche Gehaltssteigerungen zumindest teilweise durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu refinanzieren. Trotz intensiver Bemühungen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung war es auch 2007 nicht gelungen, in den Verhandlungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie im Erweiterten Bewertungsausschuss Krankenkassen und Bundesministerium für Gesundheit dazu zu bewegen, die Personalkostenkomponente bei einer Erhöhung der Gesamtvergütung zusätzlich angemessen zu berücksichtigen. Andererseits sollte nach Auffassung der ärztlichen Arbeitgeber verhindert werden, dass der am-

bulante medizinische Bereich in den Sog der Mindestlohndebatte gerät. Die Zahlung von angemessenen Tariflöhnen verhindert eine Diskussion über die Abschaffung autonomer Tarifvertragsparteien und damit die Aufnahme in das Arbeitnehmerentendegesetz. Der Deutsche Gewerkschaftsbund führte die Diskussion mit der Begründung, dass die Einführung eines Mindestlohns eine größere Verbindlichkeit habe als der Abschluss zu niedriger Tariflöhne durch nicht durchsetzungsfähige Tarifvertragsparteien.

Als Ordnungsfaktor bei den Arbeitsbedingungen ist die AAA vor 40 Jahren mit dem Anspruch gegründet worden, den Mindeststandard festzulegen und eine normierende Funktion im Gehaltsgefüge auszuüben. Diese Funktion hat sie 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 noch heute beachtliche Anteil tarifbasierter Arbeitsverhältnisse sowie die weitestgehende Orientierung an den manteltariflichen Rahmenbedingungen in den Arbeitsverträgen, obwohl die Tarifwerke nicht allgemeinverbindlich sind. 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. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)

10.5 Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe (Gesundheits Rente)

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 Arztpraxen/ambulanten Versorgungseinrichtungen in Deutschland eine orientierende Entscheidungshilfe für die Durchführung der Altersversorgung ihrer Mitarbeiter zu bieten und einen Beitrag zur Zukunftssicherung im Alter durch den Aufbau einer kapitalgedeckten Altersversorgung zu leisten.

Mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung“ vom 23.01.2002 nebst Ergänzungen war für alle tariflich orientierten Arbeitsverhältnisse formalrechtlich der Weg für die betriebliche Altersversorgung ab dem 01.01.2002 frei. Der Entgeltumwandlungstarifvertrag setzte die Vorgaben und Fördermöglichkeiten des Altersvermögensgesetzes in einer Form um, die sowohl den gesetzlichen Vorgaben genügte als auch den Bedingungen in den ärztlichen Praxen und den Bedürfnissen der MFA Rechnung trug. Die Modalitäten sollten 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. War die Altersver-

sorgung anfangs noch rein arbeitnehmerfinanziert – die Beiträge sollten z. B. aus den vermögenswirksamen Leistungen gespeist werden –, wurde mit dem Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung vom 22.11.2007, der am 01.04.2008 in Kraft trat, erstmalig eine arbeitgeberfinanzierte Versorgung eingeführt.

Auf die neue tarifvertragliche Leistung eines monatlichen Arbeitgeberbeitrags in Höhe von 20 bzw. 10 Euro haben alle Medizinische Fachangestellten/Arzthelferinnen mit einem tariforientierten Arbeitsvertrag Anspruch. Dabei haben sie die Wahl zwischen zwei Formen: Sie können zusätzlich zu einem VL-Vertrag einen Altersvorsorgevertrag abschließen oder den Arbeitgeberbeitrag mit den VL-Leistungen in einen Vertrag zusammenführen: Sollten sie sich für Letzteres entscheiden, dann erhalten die Arbeitnehmerinnen einen weiteren Zuschuss von sechs bzw. drei Euro. Diese Variante ist durch den zusätzlichen Anreiz und die sich weiterhin ergebenden sozialversicherungsrechtlichen und steuerlichen Vorteile deutlich attraktiver. Die Einbeziehung von Auszubildenden bereits nach der Probezeit erfolgte aus sozialpolitischen Gründen: Ein frühzeitiger Beginn ist gerade bei der Altersvorsorge wichtig, da nur bei langen Vertragslaufzeiten auch mit kleinen Sparraten aufgrund des Zinseszineffektes eine nennenswerte zusätzliche Altersversorgung aufgebaut werden kann.

Ab dem 01.01.2015 sind nur noch Verträge zur betrieblichen Altersversorgung möglich. Die vermögenswirksamen Leistungen werden zu diesem Zeitpunkt als tarifvertragliche Leistung abgeschafft (Ausnahme: auslaufende VL-Verträge, die ggf. bis Ende 2014 zulässigerweise noch abgeschlossen wurden). Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Altersvorsorge zur Abwendung von Altersarmut flächendeckend in den Arztpraxen implementiert wird und dass langfristige Vorsorge einen höheren Stellenwert erhält als kurzfristig orientierter Konsum.

Der Tarifvertrag sieht als Durchführungsweg das Pensionskassenmodell vor. Diese Entscheidung wurde 2002 unter den Tarifvertragsparteien nach eingehender Prüfung, insbesondere hinsichtlich der Kosten für den Arbeitgeber (Wegfall der Insolvenzsicherung 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 im Sinne einer Gruppenversicherung alle wünschenswerten Vorteile hinsichtlich Rendite, Verwaltungskosten, Logistik, Beratung und 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) – zugunsten 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 klassi-

scher Rententarif mit Garantiezins hinzu. Die Gründungsmitglieder begleiteten die Implementierung intensiv in Form eines Lenkungsausschusses und seit Oktober 2003 im Rahmen eines Beirates, in den durch die Mitgliederversammlung der AAA am 06.05.2009 für die Ärzteschaft San.-Rat Peter Sauermann, Hamburg, Dr. Klaus Uffelmann, Gemünden, und Dipl.-Volksw. Franz Stobrawa, Bonn, für weitere drei Jahre wieder berufen wurden. Seit der Zahlung eines Arbeitgeberbeitrages erhöhte sich die Vertragszahl auf 21.264. Dies zeigt, dass die Gesundheits*Rente* ein guter und attraktiver Weg ist, die sozialpolitische Verantwortung der Ärzteschaft für ihre Mitarbeiter in den Arztpraxen darzustellen sowie die motivierten Angestellten zu binden. Angesichts des rasch wachsenden Beitrags- und Anlagevolumens wurde im Beirat Pensionskasse in den Sitzungen am 21.01. und 04.10.2010 über die Anpassung der Tarife sowie über die weitere Optimierung von Kommunikations- und Werbestrategien beraten. Das Modell „Gesundheits*Rente*“ steht auch anderen Berufsgruppen und Institutionen/Arbeitgebern im Gesundheitsbereich offen. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzhelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)

