

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 Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten, der Berufsentwicklung und Akademisierung der Fachberufe, der Anerkennung ausländischer Qualifikationen 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 zielten 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 wurde 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. Im Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 ist nunmehr eine erweiterte Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen in Arztpraxen vorgesehen: Durch eine Änderung des § 28 Abs. 1 wurde für die Partner des Bundesmantelvertrages die Möglichkeit geschaffen, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes für die ambulante Versorgung beispielhaft festzulegen, bei welchen Tätigkeiten andere Personen ärztliche Leistungen er-

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 Ausbildungspakt • Anerkennung ausländischer Qualifikationen 	<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 Heilmittelerbringern • Beobachtung der Heilmittelversorgung • Direktzugang für Physiotherapeuten • Elektronische Berufeausweise/Beruferegister • AG zu § 63 (3c) SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss • Fachbeirat „Weiterentwicklung der Heilberufe“ des BMG • Beirat „Neuordnungen von Aufgaben im Krankenhaus“ des BMG bei der DKG 	<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
		Altersversorgung/ Pensionskasse der Gesundheitsberufe
		<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung und Promotion der betrieblichen Altersversorgung in Praxen • Begleitung des Beirats Pensionskasse

bringen können und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Die Bundesärztekammer ist durch Stellungnahmerecht in die Erstellung des Delegationskataloges eingebunden.

Die Bundesärztekammer hat in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum von nur fünf Jahren mit der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte (2006), mit fünf Fortbildungscurricula für Medizinische Fachangestellte (2007), mit dem neuen Aufstiegsberuf „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ (2009), fünf weiteren

Musterfortbildungscurricula in 2010 und 2011 und Vorarbeiten für eine „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ im Berichtsjahr wichtige Beiträge zur Stärkung der ambulanten Versorgung geleistet. Flankiert wurde dies durch Maßnahmen im Tarifbereich, insbesondere 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 durch Gutachten/Projekte zum Case Management, zur Delegation in der stationären Versorgung, zur Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen und zur Evaluation von Fortbildungscurricula zwischen 2008 und 2011 wichtige Beiträge geleistet. Im Rahmen der Konferenz der Fachberufe wurden im Berichtsjahr zwei professionsübergreifende, praktische Projekte zur Kommunikation und zur Prozessqualität in der Versorgung fertig gestellt. Mit einem Projektpartner wurde intensiv die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums zum Case Management vorbereitet. Auch im Berichtsjahr arbeitete die Bundesärztekammer in zwei Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den Themen „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ 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 werden zukünftig im Vordergrund stehen. Der BFB steuert und koordiniert die Beteiligung der freien Berufe am Pakt. Für die Ärzteschaft ist Dr. Cornelia Goesmann, bis Mai 2011 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 quantitative Niveau an Ausbildungsplätzen zu halten.

Laut alljährlicher Statistik zum 30. September für den Berufsbildungsbericht der Bundesregierung wurden in den freien Berufen in 2011 insgesamt 42.612 neu abgeschlossene Ausbildungsverträge registriert. Das bedeutet ein Plus von 0,5 Prozent. Die Statistik weist bei den Medizinischen Fachangestellten einen Rückgang von 1,1 Prozent aus.

Die Spitzenorganisationen der deutschen Wirtschaft, 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 dieses tragende Berufsprinzip 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 Programmschwerpunkt gemacht, um Deutschland als Wirtschaftsnation in Zeiten der Globalisierung besser zu positionieren. Die Koalitionsvereinbarung vom Oktober 2009 hebt insbesondere für die duale Berufsbildung die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger Flexibilisierung und Modularisierung unter Wahrung des Berufsprinzips hervor. 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. Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) vom April 2008 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 auf der Basis des EQR zwischen 2007 und 2009 unter Beteiligung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Kultusministerkonferenz (KMK) und der Sozialpartner der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) erarbeitet. 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. Das achtstufige Modell beschreibt für formale Qualifikationen die Lernergebnisse (Outcomes) für die einzelnen Niveaustufen in vier Säulen: Fachkompetenz, untergliedert nach Wissen und Fertigkeiten, Personale Kompetenz, untergliedert nach Sozialkompetenz und Selbstkompetenz. In 2009/2010 wurde in vier Arbeitsgruppen für die Bereiche Handel, Metall/Elektro, IT und Gesundheit die Anwendbarkeit des DQR in der schulischen, allgemeinen, beruflichen und Hochschulausbildung geprüft sowie eine exemplarische Zuordnung bestehender Abschlüsse in die Niveaustufen vorgenommen. In der Arbeitsgruppe Gesundheit waren verschiedene Länderministerien, das Bundesministerium für Gesundheit, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, die Deutsche

Krankenhausgesellschaft, der Marburger Bund, die Bundesärztekammer, die Heilmittelberufe sowie weitere Bildungsinstitutionen vertreten. Es wurden zwölf repräsentative Qualifikationen im Gesundheitswesen eingehend untersucht und zugeordnet, mehrheitlich allerdings ohne Konsens. Nach einhelliger Auffassung der Experten dürfen die Fachhochschulreife und die allgemeine Hochschulreife durch die KMK nicht höher als ein dualer Berufsabschluss eingeordnet werden. Darüber hinaus muss unbedingt die eigenständige Geltung der Berufsankennungsrichtlinie 2005/36/EG gewährleistet bleiben.

Die AG kam in ihrem Abschlussbericht 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 2011 wurden die Vorschläge der Arbeitsgruppen geprüft. Die angekündigten politischen Entscheidungen über die Umsetzung des DQR sind noch nicht abschließend erfolgt. Weiterhin hoch umstritten ist seitens der Wirtschaft, der Arbeitnehmerseite und der beteiligten Ministerien die Einordnung der Allgemeinen Hochschulreife und der Fachhochschulreife durch die KMK auf Niveau 5 des DQR im November 2011. In einer Stellungnahme des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung (BfBB) vom 1. Dezember 2011 wurde die KMK zur Rücknahme ihrer Entscheidung aufgefordert. Es ist beabsichtigt, dass alle bestehenden Abschlüsse in der Breite des deutschen Bildungssystems den Niveaustufen des DQR möglichst vollständig zugeordnet werden. Bis Ende 2012 sollten alle neuen Qualifikationsnachweise der zuständigen Stellen den Verweis auf das EQF-Niveau enthalten. (Weitere Informationen unter www.deutscherqualifikationsrahmen.de.)

10.2 Medizinische Fachangestellte

Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) 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 2010 war das vierte Berichtsjahr nach der Umstellung der Berufsbildungsstatistik auf Individualdaten (siehe Kapitel 10.2.8). Die auf diesen Auswertungen beruhende nachfolgende Tabelle 2 liefert Angaben über die Zahl der Auszubildenden, differenziert nach Ausbildungsjahren, neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen, ausländischen Auszubildenden und Teilnehmern an Abschlussprüfungen zum Stichtag 31.12.2010.

Tabelle 2: Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2010 nach Ländern (Stichtag 31.12.2010)

Landesärztekammer	Auszubildende							neu abgeschlossene Ausbildungsverhältnisse	Teilnehmer an Abschlussprüfungen	
	insgesamt	weiblich	männlich	davon im Ausbildungsjahr			ausländische Auszubildende		insgesamt	davon bestanden
				1.	2.	3.				
Baden-Württemberg	5.907	5.874	33	1.893	1.911	2.106	762	1.863	1.887	1.842
Bayern	7.812	7.743	69	2.811	2.610	2.391	585	2.847	2.880	2.466
Berlin	1.569	1.515	54	576	501	492	171	579	561	525
Bremen	498	495	3	168	165	165	72	177	153	153
Hamburg	969	954	15	315	354	300	126	357	258	252
Hessen	2.898	2.862	36	960	927	1.008	399	966	837	732
Niedersachsen	3.318	3.282	36	1.494	1.557	264	204	1.533	1.398	1.374
Nordrhein	5.160	5.112	48	1.851	1.632	1.677	561	1.914	1.602	1.617
Rheinland-Pfalz	2.100	2.085	15	681	726	693	144	711	747	729
Saarland	561	555	3	201	180	180	48	207	168	147
Schleswig-Holstein	1.368	1.356	12	483	483	405	42	531	525	498
Westfalen-Lippe	4.695	4.659	36	1.569	1.536	1.587	423	1.569	1.749	1.509
Summe (West)	36.855	36.492	360	13.002	12.582	11.268	3.537	13.254	12.765	11.844
Brandenburg	552	528	21	201	171	180	6	201	204	189
Mecklenburg-Vorpommern	366	357	9	117	120	129	6	117	141	126
Sachsen-Anhalt	405	384	21	123	150	129	9	126	168	153
Sachsen	630	612	18	219	183	225	6	222	270	207
Thüringen	363	342	21	132	129	102	3	132	132	129
Summe (Ost)	2.316	2.223	90	792	753	765	30	798	915	804
Bundesgebiet	39.171	38.715	450	13.797	13.335	12.033	3.567	14.052	13.680	12.648

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse nachgewiesen, die am 31.12.2010 noch bestanden haben.

Die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze zum 31.12.2010 beträgt über alle Ausbildungsjahre bundesweit 39.171 und ist damit im Vergleich zum Vorjahresniveau um 4,8 Prozent gesunken. In den neuen Bundesländern ist ein Rückgang um 5 Prozent zu verzeichnen. Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse in 2010 ist bundesweit im Vergleich zum Vorjahr um 1,8 Prozent gestiegen.

Insgesamt sind die Ausbildungszahlen zwischen 1992 und 2010 um 19 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 450 junge Männer diesen Beruf.

Die Statistiken belegen, dass die schulische Vorbildung der Auszubildenden in den letzten Jahren stabil geblieben ist. Bei den in 2010 14.052 neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen ist die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 17,7 Prozent Hauptschülerinnen, 67 Prozent Realschülerinnen und 12,5 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, 45 Prozent sind 18 bis 20 Jahre alt und rund 20 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 22,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen; 65 Prozent aller Vertragslösungen finden innerhalb des ersten Ausbildungsjahres statt, davon ca. die Hälfte innerhalb der Probezeit. Mit 3.567 (9,1 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 31.12.2010 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 2010 um knapp 90 Prozent). Die Zahl der arbeitslosen Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen hat sich zwischen Juli 2009 und Juli 2011 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. In 2011 wurden von mittlerweile 19 Landes- bzw. Bezirksärztekammern insgesamt 245 EQ-Verträge registriert (Stand: 01.02.2012). 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

Angesichts der absehbaren personellen und strukturellen Entwicklungen im Gesundheitswesen ist die Sicherung der Personalressourcen in der ambulanten medizinischen Versorgung unter dem Aspekt der Rekrutierung und Qualifizierung von auszubildenden MFA ein wichtiges Thema. 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. Diese sind in einem umfassenden Diskussionspapier aus dem Jahr 2010 „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 und Nutzen der Ausbildung und zum Berufsbild der MFA sowie eine Übersicht über Finanzierungsmöglichkeiten von Rekrutierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen. Darüber hinaus werden umfassende Handlungsempfehlungen für vorausschauende, die niedergelassenen Ärzte unterstützende Maßnahmen zur Rekrutierung von Personal vorgeschlagen. 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. Die Entschließung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden (Drucksache V-11) verpflichtet die zuständigen Stellen zur Umsetzung. Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben dies auch am 01.12.2011 erneut unterstrichen.

10.2.3 Ausbildungsverordnung und ihre Umsetzung

Seit dem 01.08.2006 ist die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26.04.2006 in Kraft (Bundesgesetzblatt I Nr. 22 vom 05.05.2006). (Zur ausführlichen Darstellung des Novellierungsverfahrens seit 2004, insbesondere der Kontroverse zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite zur Dauer und Struktur der praktischen Prüfung, zu den Beschlüssen der Gremien und des Vorstands der Bundesärztekammer siehe Tätigkeitsbericht 2005, S. 425 ff.)

13.680 Medizinische Fachangestellte haben 2010 die Abschlussprüfung abgelegt; davon haben 92 Prozent die Prüfung bestanden. Die neue Berufsbezeichnung bzw. die veränderten Inhalte spiegeln die 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, ein gestiegenes Informations- und Anspruchsniveau und neue Koordinierungsbedarfe. 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 Be-

triebsorganisation 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 ist deshalb inhaltlich auf die veränderten Anforderungen in der Patientenversorgung ausgerichtet.

Die Neuerungen verlangen allen Beteiligten auch fünf Jahre nach Inkrafttreten immer noch große Anstrengungen ab, auch wenn der Übergang bisher erfolgreich gestaltet wurde. Die Umsetzung muss auch weiterhin intensiv und verantwortlich begleitet werden, damit die Neuordnung die gewünschten Ergebnisse hervorbringt. (Zu den zahlreichen Umsetzungsaktivitäten siehe 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). Die neuen Regelungen zur praktischen Prüfung stellen die Prüfungsaufgabenerstellungsausschüsse, die Prüfungsausschüsse und die Kammern weiterhin vor erhebliche organisatorische, personelle und finanzielle Herausforderungen. Gerade an den Prüfungsergebnissen wird sich aber sehr viel stärker als bisher die Qualität der Ausbildung in den Arztpraxen ablesen lassen.

Auch 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. Dies belegt auch die Neufassung des § 28 (1) SGB V mit erweiterten Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen durch das Versorgungsstrukturgesetz 2011. Das Qualifizierungs- und Kooperationskonzept der Bundesärztekammer zur Stärkung der ambulanten Versorgung im Sinne des ambulanten therapeutischen Teams wird im politischen und fachlichen Umfeld zunehmend wahrgenommen, z. B. beim Sachverständigenrat, in Bundes- und Landesministerien und bei den Krankenkassen. Hierzu trägt sicher auch die Öffentlichkeitsarbeit der Bundesärztekammer, z. B. zum Fortbildungskonzept (siehe Kapitel 10.2.4), 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 2010 insgesamt 15 spezialisierende Fortbildungscurricula für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte beschlossen, die unter Beteiligung der betroffenen Fachkreise und des Verbandes medizinischer Fachberufe erarbeitet bzw. novelliert wurden. (Eine Auflistung der Curricula mit Entstehungsdaten enthalten z. B. die Tätigkeitsberichte 2008, S. 349 f., und 2010, S. 392 f.).

Alle spezialisierenden 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 zur Aufwertung und Berufsbildentwicklung der MFA maßgeblich bei.

Auf Empfehlung von Ausschuss und Ständiger Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 17.12.2009 und im Auftrag des Vorstands der Bundesärztekammer am 18.12.2009 hat die Bundesärztekammer mit Beteiligung von Sachverständigen der Landesärztekammern, des Verbandes medizinischer Fachberufe sowie eines externen Redaktionsbüros im Jahr 2010 ein umfassendes Kommunikationskonzept zur Förderung der Fortbildung erarbeitet. Durch eine Informationskampagne sollte das systematische modulare Bildungskonzept für die MFA mit den Spezialisierungs- bzw. Aufstiegsfortbildungen stärker bekannt gemacht werden, 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 sollte vor allem den Ärztekammern und ihren Fortbildungseinrichtungen die Öffentlichkeitsarbeit erleichtert und der flächendeckende Ausbau der Maßnahmen vorangetrieben werden. Darüber hinaus sollten die Materialien für die Rekrutierung von Auszubildenden eingesetzt werden.

Das Konzept wurde auf Empfehlung der Fachberufegremien vom 18.11.2010 vom Vorstand am 10.12.2010 genehmigt. Im Mittelpunkt sollte eine Broschüre mit vielfältig hieraus generierbaren Medien und Bausteinen in Form eines Medienpools stehen. Die Arbeitsgruppe hat das Konzept in drei Sitzungen zwischen Januar und März 2011 weiter ausgestaltet; am 05./06.05.2011 hat der Vorstand die vorgelegten Medien/Materialien beschlossen:

- Broschüre „Weiter geht’s – fortbilden und durchstarten – Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte“
- Internetseite www.fortbildung-mfa.de einschließlich passwortgeschütztem Medienpool
- Videofilm „Medizinische Fachangestellte – fortbilden und durchstarten“

Internetseite, Medienpool (inkl. Flyer, Grafikdownload für Poster, Musterartikel etc.) und Videofilm wurden auf dem 114. Deutschen Ärztetages in Kiel vorgestellt bzw. zum 01.06.2011 freigeschaltet. Die Broschüre wurde vom Deutschen Ärzte-Verlag in einer Erstauflage von 42.300 Stück (bis 31.12.2011 ca. 54.000 Exemplare) an die Ärztekammern ausgeliefert. Die Materialien stellen ein umfassendes Medienpaket zum breiten Einsatz im Rahmen von Bildungsmessen, Fortbildungs- oder Kammerversammlungen, Ausbildungsbörsen, Berufsschulunterricht sowie für die Pressearbeit dar. Sie wurden seitdem vielfach einer breiten Fachöffentlichkeit bekannt gemacht.

Die Implementierung der beiden Fortbildungscurricula „Patientenbegleitung und Koordination“ und „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ wurden 2009/2010 durch das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) untersucht und die Ergebnisse der Fortbildungsmaßnahmen evaluiert. Das WIAD hat in 2011 den Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt „Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen“ vorgelegt (www.aeksh.de/download/abschlussbericht_helver_1.pdf). Die MFA wurden dafür qualifiziert, delegierbare Leistungen insbesondere bei Hausbesuchen selbstständig zu erbringen. Die Studie weist für die untersuchten Fortbildungskonzepte positive Effekte aus. Dies betrifft sowohl die Akzeptanz durch die Ärzte und die Patienten als auch den Kompetenzzuwachs bei den MFA. Im Ergebnis bringen die Fortbildungen bedeutsame Entlastungspotenziale für den Arzt. Die Autoren plädieren für eine flächendeckende Übernahme dieses Modells innerhalb der Hausärzteschaft. Nach Auffassung der Bundesärztekammer sollte der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistentinnen (gemäß § 87 Abs. 2 SGB V) mit gleichzeitiger Ausweitung unterversorgter Regionen vorangetrieben werden, um hier die Entlastungseffekte „im Feldversuch“ messen zu können.

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

Die Entschließung V-15 des 113. Deutschen Ärztetages 2010 („Kooperation der Gesundheitsberufe rechtssicher weiterentwickeln“) stellt die Nichtärztliche Praxisassistentin als gute Möglichkeit heraus, 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 ...“) Nachdem sich zum 01.04.2009 die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der Krankenkassen auf eine entsprechende Gebührenordnungsposition und die Qualifikationsvoraussetzungen im Rahmen der sogenannten Delegationsvereinbarung geeinigt hatten, wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 18.12.2009 auf Empfehlung der Fachberufegremien vom 17.12.2009 ein auf diesen Vorgaben beruhendes 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 zusammen 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 zu anderen Maßnahmen – z. B. auch der Ver-

sorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) – besteht, um Mobilität und Anrechenbarkeit zu gewährleisten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung 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“

Das Konzept der Fachwirtin von 2009 (früher: Arztfachhelferin) (siehe ausführlich hierzu z. B. Tätigkeitsbericht 2009, S. 349 f.) 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. Eine besondere Attraktivität des Profils besteht u. a. in der spezifischen Kombination unterschiedlicher Qualifikationen, die erforderlichenfalls jeweils einzeln erworben bzw. nachgewiesen werden müssen, nämlich in den Bereichen Datenschutz, Qualitätsmanagement, Ausbildung und Medizinproduktegesetz.

Die Maßnahme im Umfang von 420 Stunden (300 Stunden Pflichtteil, 120 Stunden medizinischer Wahlteil) wurde 2010 mittels einer Broschüre der Bundesärztekammer, die eine Funktionsbeschreibung, das Rahmencurriculum, Musterprüfungsregelungen und didaktische Hinweise enthält, einem größeren politisch-fachlichen Kreis zur Kenntnis gegeben, um den Stellenwert der Medizinischen Fachangestellten in der Gesundheitsversorgung zu untermauern. Seit 2010 erfolgt auch eine entsprechende Erfassung der Prüfungen beim Statistischen Bundesamt im Rahmen der jährlichen Berufsbildungsstatistik mit einer eigenen Kennziffer. In 2010 haben 97 Prozent von 246 Teilnehmern der Fortbildungsprüfungen zur Fachwirtin diese erfolgreich abgeschlossen. Die Bundesärztekammer erarbeitete im Berichtsjahr englische und französische Übersetzungen der Prüfungszeugnisse gemäß § 56 Berufsbildungsgesetz, um einheitliche Begrifflichkeiten zu gewährleisten.

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 Fachwirterprüfung die Hochschulzugangsberechtigung erworben. Die Fortbildung wird seit 2009/2010 von zwölf Kammern angeboten. In einem von der Ärztekammer Nordrhein am 13./14.10.2011 organisierten Erfahrungsaustausch wurden z. B. Fragen zur Durchführung, zu den Zulassungsvoraussetzungen, zur Qualitätssicherung, zur Projektarbeit, zu den Wahlmodulen und zu den Prüfungen diskutiert. Dieser kammerübergreifende Austausch und eine verbesserte Abstimmung wurden als sehr hilfreich empfunden. Hierzu stellt die Ärztekammer Nordrhein eine Informationsmöglichkeit auf ihrer Lern-

plattform zur Verfügung. (Weitere Informationen unter www.bundesaeztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzhelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/ Fortbildung.)

10.2.7 Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen

Es besteht ein wachsender Bedarf in den Praxen nach hoch qualifizierten Mitarbeitern/ Mitarbeiterinnen 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 Führungsaufgaben entlastet. Im zahnärztlichen Bereich zeichnet sich eine parallele Entwicklung ab. Fortgebildete Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte sind aufgrund ihrer Berufserfahrung mindestens genauso gut für diese Funktionen geeignet wie vergleichbar fortgebildete Mitarbeiter/innen aus überwiegend kaufmännischen/verwaltenden Disziplinen oder Bachelor-Absolventen. Der Erfolg 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. Allein in Schleswig-Holstein haben seit 2001 310 Teilnehmerinnen die Abschlussprüfung bestanden.

Leider treten durch die neue Fortbildungsverordnung nach § 53 BBiG „Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 04.08.2011 die beiden Betriebswirteregulungen auf Landesebene der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe zum 01.01.2012 mit Übergangsbestimmungen bis 2015 außer Kraft. Mit der neuen Regelung auf Bundesebene, die vom Deutschen Industrie- und Handelskammertag 2008 beantragt wurde, werden ca. 50 unterschiedliche IHK-Fachwirte-Konzepte/Kurse vereinheitlicht, die jährlich rund 1.600 Absolventen hervor bringen, zu 25 Prozent mit der Vorqualifikation Medizinische Fachangestellte. Mit dem neuen IHK-Fachwirt (600 Std.) und den insgesamt 2.000 Stunden umfassenden allgemeinen IHK-Betriebswirt (zweite Führungsebene in der Unternehmensleitung) liegen nunmehr zwei attraktive, durchlässige Aufstiegsfortbildungen vor, die auch für MFA, die Leitungsfunktionen in größeren ambulanten Einrichtungen anstreben, zukünftig von großer Bedeutung sein dürften. Auch der bisherige Erfolg der „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ der Ärztekammern weist auf eine hohe Akzeptanz und veränderte Karriereoptionen bei der Zielgruppe hin. Ein (flächendeckendes) Ärztekammerangebot für eine weitere Aufstiegsstufe als „Branchenlösung“ fehlt bisher allerdings.

Die neue Regelungssituation ab 01.01.2012 war deshalb Anstoß für eine möglichst bundeseinheitliche Weiterentwicklung der Betriebswirtefortbildungen für Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte. Unter Federführung zunächst der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe wurde in 2011 die Arbeit an einer Neukonzeption unter Beteiligung der Bundesärztekammer und sechs Landesärztekammern mit Hochdruck aufgenommen. Zwischen Mai und Dezember 2011 fanden hierzu sechsganztägige Arbeitssitzungen und vier Telefonkonferenzen statt. Auf dringende Empfehlung von Ausschuss

und Ständiger Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 01.12.2011 hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 15./16.12.2011 beschlossen, eine bundeseinheitliche Musterfortbildungsregelung „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ (Arbeitstitel) durch eine Projektgruppe der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein und weiteren interessierten Ärztekammern zu erarbeiten. (Weitere Informationen auf den Internetseiten 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 am 25.10.2011. 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“, zuletzt am 01.12.2011, durch Rundschreiben sowie durch regelmäßige Information des Arbeitskreises „Informationstechnologie“ der Bundesärztekammer seit 2005 wurden die Ärztekammern kontinuierlich und umfassend informiert. In 2010 sind die Übergangsregelungen entfallen, sodass die Kammern für die Aufnahme der neuen Daten (Probezeit, Teilzeitausbildung, Förderung, sonstige Prüfungsteilnehmer, Teilnehmer an Fortbildungs- und Umschulungsprüfungen) Sorge zu tragen hatten. Die Zusammenarbeit zwischen den Ärztekammern, den Statistischen Landesämtern und dem Statistischen Bundesamt funktioniert inzwischen reibungslos.

10.2.9 Zentraler Aufgabenpool für Prüfungen

Da durch die neue MFA-Ausbildungsverordnung für alle Kammern die Erarbeitung und Verfügbarkeit komplexer handlungsorientierter schriftlicher Prüfungsaufgaben in der Abschlussprüfung notwendig wurde, kam es auf Vorschlag einiger Landesärztekammern in 2008 unter Federführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu einer vertraglich geregelten Kooperation von elf Kammern, und es wurde mit dem Aufbau eines Aufgabenpools begonnen. Die Bundesärztekammer war 2007/2008 durch Beratung in den Fachberufegremien und durch Abstimmungs- und Informationsveranstaltungen eingebunden.

In der Anfangsphase ging es um die Katalogisierung der Prüfungsfragen für die drei schriftlichen Prüfungsbereiche sowie die technischen Regelungen für den Datenbankzugang. Ab 2009 wurden ergänzend Expertenteams aus Sachverständigen und Aufgabenautoren aller Kammerbereiche zur Begutachtung und Weiterentwicklung der eingereichten Fragen gebildet und in mehreren dezentralen Veranstaltungen professionell geschult. Im Jahr 2010 übernahm die Ärztekammer Westfalen-Lippe das Projektmanagement, die EDV-technische Betreuung des webbasierten Aufgabenpools verblieb zunächst bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Eine neu gegründete Steuerungsgruppe definierte die exakten Anforderungen an Prüfungsaufgaben bzw. an den Prüfungssatz und verständigte sich auf Qualitätsmerkmale, die bereits für die Abschlussprüfung Winter 2010/11 umgesetzt wurden. Etabliert wurden zudem ein einheitlicher Bewertungsschlüssel und eine Musterpraxis. Im Berichtsjahr wurde ein Lastenheft zu den funktionalen und nichtfunktionalen Anforderungen an den zentralen Aufgabenpool erstellt. Der zentrale Aufgabenpool soll als webbasierte Anwendung neu programmiert werden und dabei den Redaktions-, Qualitätssicherungs- und Prüfungsprozess unterstützen. Eine entsprechende Programmierung muss noch beauftragt werden. Als Zwischenprojekt wurde in Nordrhein-Westfalen erstmalig die Abschlussprüfung Winter 2011/12 mit identischen Aufgaben geschrieben. Weitere Kooperationen zum Thema „einheitliche Abschlussprüfungen“ stehen an.

10.2.10 Verbesserung der Feststellung und Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen („Anerkennungsgesetz“) tritt durch Beschluss des Bundesrates von 04.11.2011 zum 01.04.2012 in Kraft. Es regelt im Artikel 1 (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz) einen individuellen Rechtsanspruch auf Prüfung sowie Verfahren und Kriterien zur Feststellung der Gleichwertigkeit ausländischer Ausbildungs- und sonstiger Qualifikationsnachweise sowohl für reglementierte wie nichtreglementierte Berufe. Zu den nichtreglementierten Berufen zählen alle Berufe nach Berufsbildungsgesetz einschließlich der Medizinischen Fachangestellten. Hier ist es zwar bundesweit bisher nur zu einer geringen Anzahl von entsprechenden Anfragen gekommen. Die Nachfrage könnte ab 2012 allerdings deutlich zunehmen.

Das Gesetz soll der besseren Verwertung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen im deutschen Arbeitsmarkt dienen, die qualifikationsnahe Beschäftigung fördern und damit zur Sicherung des Fachkräfteangebots angesichts der demografischen Entwicklung und des prognostizierten Fachkräftemangels sowie zur besseren Integration in Deutschland lebender Migranten beitragen. Die Bundesregierung hat das Vorhaben seit Dezember 2009 zunächst in „Eckpunkten“, dann in drei „Arbeitsentwürfen“ zwischen November 2010 und Januar 2011, im Referentenentwurf vom März 2011 und schließlich im Gesetzentwurf vom Juni 2011 vorangebracht. Die Bundesärztekammer hat dazu am 17.01.2011 und am 14.03.2011 schriftlich Stellung genommen und sich in einem Erörterungstermin beim Bundesministerium für Gesundheit am 27.01.2011 in das Verfahren eingebracht. Die Ärztekammern wurden in Rundschreiben und Gremien kontinuierlich über die Entwicklung informiert bzw. an den Stellungnahmen beteiligt. Die Bundesärztekammer wandte sich bezüglich der Medizinischen Fachangestellten insbesondere ge-

gen den erheblichen Verwaltungsmehraufwand, der durch die neuen Aufgaben für die Ärztekammern entsteht.

Das neue Anerkennungsverfahren ist analog zum gegenwärtigen Verfahren nach der Richtlinie 2005/36/EG geregelt und enthält Vorgaben für vorzulegende Nachweise und Unterlagen, einzuhaltende Bearbeitungsfristen (die allerdings erst nach achtmonatiger Übergangsfrist in Kraft treten), die Form der Entscheidung, Verfahren bei fehlenden Nachweisen sowie Statistikvorschriften. Nach § 8 Abs. 5 BQFG können zuständige Stellen vereinbaren, dass die ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben von einer anderen zuständigen Stelle wahrgenommen werden („gemeinsame Stelle“). Damit soll den Kammern ermöglicht werden, die Aufgaben zu bündeln, damit nicht jede einzelne die Sachkenntnisse und Erfahrungen für Entscheidungen vorhalten muss. Auf Anregung der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern vom 15./16. September und 10./11. November 2011 wurde diese Option geprüft; die Ärztekammer Westfalen-Lippe hat sich bereit erklärt, für alle interessierten Kammern die Aufgaben der gemeinsamen Stelle zu übernehmen.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie lässt derzeit zur Unterstützung der Verfahren mit dem Ziel der Standardisierung und der Bundeseinheitlichkeit der Anerkennungen eine Informationsplattform entwickeln, die zum Inkrafttreten nutzbar sein und ab 2013 in den Regelbetrieb übergehen soll. Die Plattform wird im Zusammenwirken von Arbeitsgruppen erstellt, an denen auch verschiedene Ärztekammern mitwirken. Von besonderer Bedeutung ist die Erarbeitung eines idealtypischen Verfahrensablaufs, mit dem die Arbeit der Kammern erleichtert würde. Für die Begutachtung ausländischer Nachweise sollte allerdings weiterhin auf die Expertise der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen der Kultusministerkonferenz zurückgegriffen werden können.

10.3 Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen

10.3.1 Kooperation mit den Fachberufen im Gesundheitswesen

Der interprofessionelle Dialog mit den Gesundheitsfachberufen wird u. a. in der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ seit nunmehr 22 Jahren 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.

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 (bis Mai 2011 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 auf dieser Grundlage. Seit 2009 wurde die Thematik in drei Themenfeldern bzw. in drei interprofessionellen Arbeitsgruppen der Konferenz – AG Prozessverbesserung, AG Versorgungsverbesserung und AG Kommunikationsverbesserung – weiter bearbeitet. Deren Ergebnisse wurden in den Sitzungen 2010 und 2011 präsentiert und im Berichtsjahr abgeschlossen.

Im Papier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ der Arbeitsgruppe 1 – vom Vorstand der Bundesärztekammer am 27./28.08.2010 und von den Verbänden der Konferenz am 30.11.2010 beschlossen – geht es um die zentrale Frage der Prozesskoordination „Wer macht sinnvoller Weise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses?“ In einer simulierten Begleitung eines Patienten im Durchgang durch die Sektoren ambulant-stationär-ambulant (gegliedert in fünf Phasen und grafisch veranschaulicht) werden die Beiträge aller Berufsgruppen zum Gelingen eines optimal gesteuerten und geführten Versorgungsprozesses zum Wohle des Patienten herausgearbeitet. Die Aufgaben sind aufeinander abgestimmt und erfolgen in effektiver Arbeitsteilung auf das gemeinsame Ziel der Behandlung bzw. Versorgung hin. Trotz der uneinheitlichen und teilweise widersprüchlichen rechtlichen Festlegungen in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern sind bereits heute Verbesserungen in der Koordination, Integration und Steuerung von Leistungen sowie des Managements innerhalb und zwischen den Sektoren und den Bereichen der Versorgung möglich. Hierfür bedarf es Anstrengungen aller Beteiligten und einer neuen Vertrauens- und Zusammenarbeitskultur zwischen den Professionen. Am 23.03.2011 erfolgte eine Präsentation der Publikation in einem gemeinsamen Pressegespräch des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (DBSH), des Deutschen Verbands der Ergotherapeuten (DVE) (für die Heilmittelerbringer) und der Bundesärztekammer (siehe www.bundesaerztekammer.de > Institutionen/Gremien > Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen). Die Broschüre wurde per Rundschreiben im Mai 2011 einer breiten politischen Öffentlichkeit bekannt gemacht und hat seitdem lebhaft Resonanz hervorgerufen. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat das Konzept im Berichtsjahr zu einem Leitfaden „Ärztliches Schnittstellenmanagement“ weiter entwickelt.

Arbeitsgruppe 3 erarbeitete eine Datenbank zu den Gesundheitsberufen innerhalb des Internetauftritts der Bundesärztekammer. Ziel ist die Information und Werbung für die Gesundheitsberufe mit der Darstellung der Kernkompetenzen der Berufe, der Ausbildungsziele und der Zusammenarbeit mit anderen Berufen. Basis ist eine von der Bundesärztekammer finanzierte Datenbankprogrammierung. Durch eine Fragebogenaktion bei den Verbänden wurden die entsprechenden Informationen zur Berufedarstellung eingeholt. Die Datenbank ermöglicht einen Vergleich nach verschiedenen Fragestellungen zwischen den Berufen. Sie unterscheidet sich wegen der Selbstgestaltung durch die Verbände von anderen Plattformen, z. B. der Bundesagentur für Arbeit. Für die Pflege der Informationen sind die Verbände zuständig. Die Meldungen werden durch die Bundesärztekammer regelmäßig umgesetzt.

In der Sitzung 2011 wurden darüber hinaus noch weitere aktuelle Projekte zur Koordination und Prozessverbesserung vorgestellt. Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Charité-Universitätsmedizin, referierte zu den 20 Thesen des Memorandums der Robert-Bosch-Stiftung „Kooperation der Gesundheitsberufe“. Abgeleitet aus den Aufgaben der zukünftigen Gesundheitsversorgung will das Memorandum die Nachteile der arbeitsteilig organisierten Medizin und Pflege minimieren und damit einen Beitrag zur „neuen Ganzheit“ leisten. Ursachen für Kooperationsdefizite seien Informationsdefizite, Ausbildungs- und Qualifizierungsverläufe, rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen und der unterschiedliche Grad der Professionalisierung. Ansatzpunkte zur Veränderung seien primär die Abkehr von streng hierarchischen zu Gunsten flacherer Organisationsstrukturen, die Förderung von Teambildungsprozessen durch Schulung und Strukturen sowie die Ausbildung von Kompetenzen zur Zusammenarbeit, darüber hinaus die Vernetzung der Ausbildungsstätten verschiedener Gesundheitsberufe, die berufsrechtliche Klärung von Kooperation, die sozialrechtliche Verankerung eigenständiger Leistungserbringung sowie die Anpassung des Haftungsrechts an die kooperative Leistungserbringung. Leider gebe es trotz einiger Metastudien noch wenig Evidenz zu positiven Auswirkungen von Kooperation. Nach Auffassung von Prof. Kuhlmei werden die vielen positiven Entwicklungen in der Versorgungslandschaft nicht angemessen wahrgenommen (siehe www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/37206.asp).

Dr. Brigitte Sens, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), stellte die Notwendigkeit der Reorganisation der Prozesse als den wesentlichen Ansatzpunkt für weitere Verbesserungen in der Patientenversorgung heraus. Die Erstellung von Pfaden sei als „Königsweg“ verstärkt als Steuerungsinstrument strategischer Unternehmensführung zu verstehen. Das innovative Element sei die systematische Ausrichtung und die Integration des medizinischen und pflegerischen Wissens in das Alltagshandeln. Durch die abgestimmten Prozesse würde Zeit für Behandlung und Zuwendung geschaffen. Letztendlich werde auch Arbeitsfreude für die Beschäftigten und wirtschaftlicher Erfolg für die Organisation ermöglicht (siehe www.gqmg.de/gqmg_leistung/prozess.html).

Dr. Barbara Schubert, Leiterin des Zentrums für Palliativmedizin und Onkologie, Krankenhaus St. Joseph-Stift, Dresden, referierte über das mit dem Golden Helix Award 2010 ausgezeichnete Projekt, das auf dem Palliative-Care-Ansatz basiert. Ausgangspunkt war der gemeinsame Leidensdruck, den todgeweihten Patienten ein menschenwürdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen. Sie schilderte die unterschiedlichen Sichtweisen und Voraussetzungen bei den Playern, im Team des Krankenhauses, bei den Angehörigen, den ambulanten Pflegediensten sowie dem Altenpflegeheim, die in ihrer Mischung zu Problemen, Überforderungen, nicht indizierten medizinischen Leistungen, Unzufriedenheit und überflüssigen Transporten von schwerkranken Patienten geführt hätten. Hieraus sei die Projektidee einer koordinierten Betreuung durch ein Team von Ärzten und Pflegenden geboren worden. Die palliativmedizinische Betreuung im Brückenteam nach dem SAPV-Vertrag gemäß § 140 SGB V werde im Wesentlichen durch eine Brückenschwester koordiniert. Diese müsse über die Kompetenz einer exzellenten Patientenbeobachtung verfügen und auf Augenhöhe mit den Beteiligten kommunizieren. Zu ihren Aufgaben gehören u. a. die Medikation und der Krisenplan. Ohne diese sei das angestrebte Ziel, einen Anstieg der Patienten, die zu Hause sterben konnten, von 20 auf 50 Prozent zu erreichen, nicht möglich gewesen. Durch die Optimierung der Abläufe

könne die Palliativstation wieder für die Betreuung bei hochkomplexen Krankheitsbildern stärker genutzt werden. Im Ergebnis habe das Projekt zu 20.000 Euro Einsparungen je Patient durch Verhinderung nicht indizierter Krankenhausaufenthalte und nicht erforderlicher Transporte geführt.

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 von 1971 bis 2008 in Augsburg durchgeführt worden war. Die Veranstaltung fand zum Thema „Schlaganfallpatienten“ erfolgreich am 24.04.2010 in den Räumen der Bundesärztekammer statt. Eine weitere Tagung ist für 2012 geplant. Die nächste Fachberufekonferenz – unter Leitung des neuen Vorsitzenden Dr. Max Kaplan sowie mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery – wird für den 21.03.2012 vorbereitet. (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 programmatisch 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 „Kooperation der Gesundheitsberufe rechtssicher weiterentwickeln“ des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden (Drucksache V-15) wurde insbesondere der notwendige Ausbau des Delegationsprinzips unterstrichen. Auch der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hat durch einen Beschluss zur geplanten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur selbstständigen Heilkundeausübung auf Pflegekräfte nach § 63 Abs. 3c SGB V Position bezogen (Drucksache I-19).

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 Quali-

fikation, 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 und Sitzungen 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 Abs. 3c SGB V, S. 413).

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 Krankheitsspektrum, 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- und Indikationsstellung, 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 mit MFA und Pflegekräften in ihrer umfassenden Aufgabenstellung nach § 73 Abs. 1 SGB V 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 10.2.5 bis 10.2.7). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt in seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ konkrete Hinweise auf in diesem Sinne erweiterte Funktionen und Kompetenzen der MFA im (haus-)ärztlichen Team.

Die Bundesärztekammer plant auf Basis von Gesprächen mit möglichen Projektpartnern seit 2010 die Umsetzung der Ärtztetagsentschließung (Drucksache III-03) aus 2008 zur „Stärkere(n) Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management“. Für das Jahr 2012 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 berufsübergrei-

fende 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 war Mitglied in der Arbeitsgruppe „Modellversuche nach § 63 Abs. 3c SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zwischen November 2009 und August 2011 zu elf 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 hatte 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 setzte sich die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dafür ein, sowohl im Paragrafenteil der Richtlinie als auch bei den vorgesehenen Katalogen der übertragbaren Tätigkeiten im ambulanten und stationären Bereich als unverzichtbare Eckdaten die ärztliche Diagnose, Indikation und Gesamtverantwortung bzw. den jeweiligen Umfang der Verantwortung von Pflegeberufen rechtssicher festzuschreiben.

In ihrer Stellungnahme vom 16.05.2011 zum Entwurf der Richtlinie hat die Bundesärztekammer auf die Spielräume hingewiesen, die sich aus dem Begriff der Übertragung für eine pragmatische Ausgestaltung der Richtlinie und Weiterentwicklung der Versorgung ergeben hätten. Zentrale Regelungen der Richtlinie im Paragrafenteil und im Besonderen Teil (Tätigkeitskataloge) lehnte sie als zu weitgehend ab. Dies betrifft insbesondere die Entscheidungsmöglichkeit der Pflegekräfte darüber, ob sie eine ärztlich indizierte Maßnahme durchführen sowie die im Rahmen von Assessmentverfahren vorgesehenen eigenverantwortlichen diagnostischen Tätigkeiten. In der Sichtung und Beratung aller Stellungnahmen der anzuhörenden Organisationen in den abschließenden AG-Sitzungen am 14.07. und 03.08.2011 wurde den Bedenken der Bundesärztekammer leider nicht in allen Punkten Rechnung getragen. Der Unterausschuss Qualitätssicherung des GB-A hat am 06.09.2011, das Plenum am 06.10.2011 dem Richtlinienentwurf zugestimmt. Er liegt derzeit dem Bundesministerium für Gesundheit zur abschließenden Prüfung vor.

10.3.3 Beteiligung in Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Bundesärztekammer ist im Fachbeirat „Weiterentwicklung der Heilberufe“ vertreten, der in 2010 eingerichtet wurde und im Berichtsjahr am 07.04., 28.09. und 20.10.2011 tagt hat. Mitglieder des Beirates sind Vertreter der Ärzteschaft, der Verbände der Fachberufe, der Gewerkschaften, der Wissenschaft und der Gesundheitsministerien der Länder. Die Zielsetzung des Beirates 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 Sitzungen in 2010 dienten der Erörterung der Aufgabenstellung und der Themenpriorisierung. Schwerpunkte im Berichtsjahr waren die verschiedenen medizinisch-technischen Berufe (Operationstechnische Assistenten/OTA, Anästhesietechnische Assistenten/ATA, Medizinisch-technische Assistenten – Röntgen/MTA-R, Medizinisch-technische Assistenten – Labor/MTA-L, Medizinisch-technische Assistenten – Funktionsdiagnostik/MTA-F und Pharmazeutisch-technische Assistenten/PTA). Hierbei ging es um Überschneidungen in den Ausbildungsinhalten und eine mögliche Zusammenführung der bisher getrennten Berufsgesetze in ein „Spartengesetz“.

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 zu insgesamt elf Sitzungen zusammen; im Berichtsjahr tagte er am 11.01.2011, 21.03.2011, 17.06.2011, 12.10.2011 und am 07.12.2011. Mitglieder sind Vertreter der Pflege, der Ärzteschaft und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft. Der Beirat hat eine Internetplattform zur Darstellung und Verbreitung wegweisender Modelle zur Aufgabenneuordnung und Prozessgestaltung im Krankenhaus, zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie für ein lebensphasengerechtes Arbeiten in der Pflege entwickelt. Die Internetplattform www.pflege-krankenhaus.de wurde am 20.04.2011 offiziell freigeschaltet. Auch nach Freischaltung werden vom Beirat weiterhin geeignete Modelle identifiziert und eingestellt.

10.3.4 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 sowie
- „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 hinaus 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. Ein erster Vertrag zwischen dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) 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 eventuell 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.

10.4 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 35 Gehaltstarifverträge, 13 Manteltarifverträge und seit 2002 drei Tarifverträge zur Altersversorgung und Entgeltumwandlung mit dem Verband medizinischer Fachberufe und zeitweise 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. In der Mitgliederversammlung am 15.12.2011 wurden die Vorsitzenden für weitere vier Jahre in ihrem Amt bestätigt. Am selben Tag fand die erste Gehaltstarifrunde für 2012 statt.

Durch die Bestimmungen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) 2010 zur ärztlichen Vergütung und die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom Oktober 2010 wurden nach den für die meisten KV-Bereiche positiven Auswirkungen der Honorarreform 2009 durch den Gesetzgeber erneut restriktive Budgetsteigerungen festgesetzt. Damit konnte die in 2009 begonnene Entwicklung, die rund 328.000 in der ambulanten Versorgung tätigen MFA an der Leistungserbringung in den Praxen stärker partizipieren zu lassen (Steigerung der Gehälter um 5 Prozent gemäß Tarifvertrag vom Mai 2009), im Berichtsjahr zunächst nicht fortgesetzt werden, was angesichts ihrer notwendigen stärkeren Einbeziehung in die Aufgaben der ambulanten Versorgung umso bedauerlicher ist. Die Steigerungen bei den Gehältern gemäß Tarifabschluss vom 20.01.2011 beliefen sich auf durchschnittlich 1,65 Prozent, wenn auch die Vergütungen in den Eingangsstufen zwischen 2,68 und 5,02 Prozent angehoben wurden. Die Ausbildungsvergütungen stiegen um monatlich 30 Euro in allen drei Ausbildungsjahren auf nunmehr 561 Euro, 602 Euro und 646 Euro an. Die Arbeitgeberbeiträge zur betrieblichen Altersversorgung wurden zum 01.07.2011 um monatlich 10 Euro erhöht: Vollzeitbeschäftigte und Auszubildende erhalten nunmehr 30 Euro und Teilzeitbeschäftigte 20 Euro monatlich. Die Verhandlungen für 2012 wurden in der ersten Tarifrunde am 15.12.2011 auf Anfang 2012 vertagt. Die Tarifpartner diskutierten intensiv die Neustrukturierung der Gehaltstabelle, um die vielfältigen Spezialisierungs- und Aufstiegsmög-

lichkeiten sowie Aufgabenerweiterungen der MFA zukünftig besser abbilden zu können.

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 nicht in allen Regionen und Facharztgruppen 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 ist es bisher nicht gelungen, die Personalkostenkomponente im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. bei einer Erhöhung der Gesamtvergütung zusätzlich angemessen zu berücksichtigen. Andererseits sollte nach Auffassung der ärztlichen Arbeitgeber verhindert werden, dass der ambulante medizinische Bereich in den Sog der Debatte über den Mindestlohn bzw. eine Lohnuntergrenze gerät. Die Zahlung von angemessenen Tariflöhnen verhindert eine Diskussion über die Abschaffung autonomer Tarifvertragsparteien und damit die Aufnahme in das Arbeitnehmerentendengesetz. 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 über 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 > Arzhelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)

10.5 Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe (GesundheitsRente)

Im Januar 2002 wurde auf der Basis der seit 2001 geltenden gesetzlichen Grundlagen (Altersvermögensgesetz und Gesetz zur betrieblichen Altersversorgung) 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. Gründungsmitglieder waren die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/MFA (AAA), die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Zahnmedizinischen Fachangestellten (AAZ) und der Verband medizinischer Fachberufe. 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. War die Altersversorgung anfangs noch rein arbeitnehmerfinanziert, wurde mit dem Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung vom 22.11.2007 ab 01.04.2008 erstmalig eine arbeitgeberfinanzierte Versorgung eingeführt; diese Leistung wurde durch den Tarifabschluss vom 20.01.2011 zum 01.07.2011 nochmals erhöht. Das Inkrafttreten wurde im Berichtsjahr durch Öffentlichkeitsarbeit intensiv begleitet.

Auf den monatlichen Arbeitgeberbeitrag von nunmehr 30 bzw. 20 Euro haben alle Medizinische Fachangestellten/Arzthelferinnen mit einem tariforientierten Arbeitsvertrag Anspruch. Bei einer Zusammenführung mit den vermögenswirksamen Leistungen erhalten sie sogar einen Zuschuss von insgesamt 66 bzw. 38 Euro sowie Auszubildende nach der Probezeit 48 Euro monatlich. Die Einbeziehung von Auszubildenden bereits nach der Probezeit erfolgt aus sozialpolitischen Gründen, da nur bei langen Vertragslaufzeiten auch mit kleinen Sparraten aufgrund des Zinseszinseseffektes eine nennenswerte zusätzliche Altersversorgung aufgebaut werden kann. Deshalb werden auch zum 01.01.2015 die vermögenswirksamen Leistungen zugunsten der betrieblichen Altersversorgung als tarifvertragliche Leistung abgeschafft.

Der Tarifvertrag sieht als Durchführungsweg das Pensionskassenmodell vor. Dieses ist hinsichtlich der Kosten für den Arbeitgeber (Wegfall der Insolvenzversicherung und Steuerfreiheit für Arbeitgeberbeiträge) und der (steuerlichen) Vorteile und Fördermöglichkeiten für die Medizinischen Fachangestellten besonders attraktiv. Eine eigenständige Versorgungseinrichtung für Praxispersonal bietet im Sinne einer Gruppenversicherung alle wünschenswerten Vorteile hinsichtlich Rendite, Verwaltungskosten, Logistik, Beratung und Ablaufleistung. Der Träger dieser Versorgungseinrichtung ist die Deutsche Ärzteversicherung, Köln, mit ihrem speziell gegründeten Risikoträger Pro bAV, gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse, Düsseldorf.

Die Gründungsmitglieder begleiteten die Implementierung intensiv in Form eines Lenkungsausschusses und seit Oktober 2003 im Rahmen eines Beirates, in den zum 06.05.2009 durch die Mitgliederversammlung der AAA für die Ärzteschaft San.-Rat Peter Saueremann, 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 zum 31.12.2011 auf 22.738. 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 14.02., 04.04. und 26.09.2011 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 > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)

