

## 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 Studiengänge des tertiären Sektors, überwiegend mit Bachelorabschluss, 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 im Berichtsjahr bspw. bei der Aufstiegsfortbildung für Medizinische Fachangestellte zur Betriebswirtin, 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 Arzt 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, das 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, für die ambulante Versorgung beispielhaft festzulegen, bei welchen Tätigkeiten andere Personen ärztliche

Leistungen erbringen 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 sechs Jahren mit der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte (2006), mit zehn Fortbildungscurricula für Medizinische Fachangestellte (2007–2011), dem Aufstiegsberuf „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ (2009) und einer Musterprüfungs- und Fortbildungsregelung 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.

**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"> <li>• Geschäftsführung von Ausschuss und Ständiger Konferenz Medizinische Fachberufe</li> <li>• Ausbildungsverordnung Medizinische Fachangestellte: Begleitung der Umsetzung in den Landesärztekammern (Musterprüfungsordnung, Aufgabenpool, Broschüren, Erfahrungsaustausch)</li> <li>• Mustercurricula zur Fortbildung</li> <li>• Aufstiegsfortbildungen zur Fachwirt/in für ambulante medizinischen Versorgung und zur Betriebswirt/-in im Gesundheitswesen mit Musterprüfungsordnungen</li> <li>• Gemeinsamer Aufgabenpool von Ärztekammern für die Abschlussprüfung</li> <li>• E-Learning/Blended Learning</li> <li>• Abstimmung mit dem Bundesverband der freien Berufe und anderen Spitzenorganisationen in Berufsbildungsfragen</li> <li>• Ausbildungsplatzsituation/ Rekrutierung von Auszubildenden</li> <li>• Statistiken zur Berufsbildung</li> <li>• Nationaler Ausbildungspakt</li> <li>• Anerkennung ausländischer Qualifikationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschäftsführung der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen mit 40 Mitgliedsverbänden</li> <li>• Sitzungsorganisation und -gestaltung der jährlichen Fachberufekonferenz</li> <li>• Berufspolitische und fachliche Kontakte zu den Verbänden der Fachberufe/Teilnahme an Veranstaltungen</li> <li>• Begleitung von Gesetzgebungsverfahren gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG</li> <li>• Beobachtung der Akademisierung/ Bologna Prozess</li> <li>• Europäische Entwicklungen in der Bildung</li> <li>• Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR)</li> <li>• Auskünfte und Beratung zu Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe</li> <li>• Delegation ärztlicher Leistungen</li> <li>• Beobachtung von Kooperationsformen</li> <li>• Kooperation mit den Pflegeberufen</li> <li>• Projektentwicklung zur Kooperationsverbesserung</li> <li>• Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung</li> <li>• Beobachtung und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung bei den Heilmittelbringern</li> <li>• Beobachtung der Heilmittelversorgung</li> <li>• Direktzugang für Physiotherapeuten</li> <li>• Elektronische Berufeausweise/Beruferegister</li> <li>• Fachbeirat „Weiterentwicklung der Heilberufe“ des BMG</li> <li>• Beirat „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ des BMG bei der DKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschäftsführung der AAA (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten)</li> <li>• Geschäftsführung von Tarifverhandlungen</li> <li>• Gehalts-, Manteltarifvertrag, Tarifvertrag betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung)</li> <li>• Veröffentlichung von Tarifverträgen</li> <li>• Auskünfte und Beratung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Steuerberatern, Anwälten und weiteren Stellen zu Tarifverträgen</li> <li>• Beobachtung der Entwicklung der Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen</li> <li>• Begleitung von Statistischen Erhebungen zur Personal- und Gehaltsstruktur in Arztpraxen</li> </ul>
		<p><b>Altersversorgung/ Pensionskasse der Gesundheitsberufe</b></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiterentwicklung und Verbreitung der betrieblichen Altersversorgung in Praxen</li> <li>• Mitwirkung im Beirat Pensionskasse der Deutschen Ärztesversicherung</li> </ul>

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 in der jüngsten Vergangenheit wichtige Beiträge geleistet. Das in der Konferenz der Fachberufe 2011 erarbeitete Papier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ ist Grundlage eines gemeinsamen Schnittstellenprojektes mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Mit einem Projektpartner wurde die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums zum Case Management vorbereitet. Die Bundesärztekammer arbeitet 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 2012 insgesamt 43.014 neu abgeschlossene Ausbildungsverträge registriert. Das bedeutet ein Plus von 0,9 Prozent. Die Statistik weist bei den Medizinischen Fachangestellten einen Rückgang von 0,7 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 durch zahlreiche qualitative und quantitative Maßnahmen (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](http://www.freie-berufe.de/Ausbildungspakt) bzw. [www.bundesaerztekammer.de](http://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 (BFB), 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 achsstufige Modell beschreibt für formale Qualifikationen die Lernergebnisse (Outcomes) für die einzelnen Niveaustufen in vier Säulen: Fachkompetenz, untergliedert nach Wissen und Fertigkeiten, sowie Personale Kompetenz, untergliedert nach Sozialkompetenz und Selbstkompetenz. Der DQR wurde im März 2011 verabschiedet. Die Geltung der Berufsanerkenntnungsrichtlinie 2005/36/EG bleibt unberührt.

Mit Beschluss vom 31.01.2012 wurden alle drei- bis dreieinhalbjährigen Ausbildungsberufe, damit auch die Medizinische Fachangestellte und zugleich alle Gesundheitsfachberufe nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG, Niveau 4 des DQR zugeordnet. Allgemeinbildende Abschlüsse wurden von der Zuordnung ausgenommen. Zukünftig sollen alle neuen Qualifikationsnachweise der zuständigen Stellen den Verweis auf das EQR-Niveau enthalten. (Weitere Informationen unter [www.deutscherqualifikationsrahmen.de](http://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 2011 war das fünfte Berichtsjahr nach der Umstellung der Berufsbildungsstatistik auf Individualdaten (siehe ausführlich hierzu Tätigkeitsbericht 2008, S. 355ff., sowie Tätigkeitsberichte 2009 bis 2011 zum Umsetzungsprozess). 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 31.12.2011.

Die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze zum 31.12.2011 beträgt über alle Ausbildungsjahre bundesweit 39.090 und ist damit im Vergleich zum Vorjahresniveau um 0,2 Prozent gesunken. In den neuen Bundesländern ist ein Rückgang um drei Prozent zu verzeichnen. Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse in 2011 ist bundesweit im Vergleich zum Vorjahr um 3,4 Prozent gestiegen.

Insgesamt sind die Ausbildungszahlen zwischen 1992 und 2011 um 26 Prozent zurückgegangen. Die Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin mit 6,2 Prozent Anteil an allen weiblichen Auszubildenden liegt bundesweit auf Rang 4 der zahlenmäßig bedeutendsten Ausbildungsberufe für Frauen. Derzeit erlernen auch 477 junge Männer diesen Beruf.

Die Statistiken belegen, dass die schulische Vorbildung der Auszubildenden in den letzten Jahren stabil geblieben ist. Bei den in 2011 14.532 neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen ist die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 18,7 Prozent Hauptschülerinnen, 65 Prozent Realschülerinnen und 13,3 Prozent Abiturientinnen unverändert. Demgemäß sind nur rund 13 Prozent der Auszubildenden 16 Jahre und jünger, rund 21 Prozent sind 17 Jahre alt, 45 Prozent sind 18 bis 20 Jahre alt und rund 21 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 23,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen; 80 Prozent aller Vertragslösungen finden innerhalb des ersten Ausbildungsjahres statt, davon über die Hälfte innerhalb der Probezeit. Mit 3.582

**Tabelle 2:** Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2011 nach Ländern (Stichtag 31.12.2011) im Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte

Auszubildende								neu abgeschlossene Ausbildungsverhältnisse	Teilnehmer an Abschlussprüfungen	
Landesärztekammer	insgesamt	weiblich	männlich	davon im Ausbildungsjahr			ausländische Auszubildende		insgesamt	davon bestanden
				1.	2.	3.				
Baden-Württemberg	5.208	5.172	36	1.884	1.731	1.593	660	2.229	2.124	2.085
Bayern	7.629	7.560	69	2.655	2.679	2.295	567	3.087	2.781	2.433
Berlin	1.560	1.503	57	558	531	471	144	567	525	495
Bremen	492	486	6	150	159	183	75	159	132	132
Hamburg	960	951	9	291	327	342	138	324	312	300
Hessen	2.862	2.826	36	969	903	987	414	975	942	828
Niedersachsen	4.359	4.311	48	1.485	1.533	1.341	267	1.512	1.323	1.308
Nordrhein	5.142	5.091	48	1.791	1.812	1.539	597	1.875	1.683	1.593
Rheinland-Pfalz	2.073	2.058	15	711	675	684	153	729	729	687
Saarland	579	570	6	204	201	171	51	216	150	135
Schleswig-Holstein	1.392	1.374	15	471	492	426	42	513	441	426
Westfalen-Lippe	4.599	4.566	33	1.566	1.509	1.524	441	1.596	1.620	1.515
<b>gesamt (West)</b>	<b>36.855</b>	<b>36.468</b>	<b>378</b>	<b>12.735</b>	<b>12.552</b>	<b>11.556</b>	<b>3.549</b>	<b>13.782</b>	<b>12.762</b>	<b>11.910</b>
Brandenburg	495	468	27	153	183	159	6	153	171	168
Mecklenburg-Vorpommern	339	327	12	108	111	120	3	108	126	126
Sachsen-Anhalt	369	357	15	108	117	144	9	102	129	123
Sachsen	678	648	30	252	219	207	9	255	246	183
Thüringen	363	345	15	126	123	114	6	129	99	99
<b>gesamt (Ost)</b>	<b>2.244</b>	<b>2.145</b>	<b>99</b>	<b>747</b>	<b>753</b>	<b>744</b>	<b>33</b>	<b>747</b>	<b>771</b>	<b>699</b>
<b>Bundesgebiet</b>	<b>39.099</b>	<b>38.613</b>	<b>477</b>	<b>13.482</b>	<b>13.305</b>	<b>12.300</b>	<b>3.582</b>	<b>14.529</b>	<b>13.533</b>	<b>12.609</b>

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse nachgewiesen, die am 31.12.2011 noch bestanden haben.

(9,2 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 hat sich mit 7,6 Prozent zum 31.12.2011 gegenüber dem Vorjahr kaum verändert. 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 2011 um knapp 90 Prozent). Die Zahl der arbeitslosen Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen hat sich seit 2007 von 18.076 auf 11.035 in 2011 um 23 Prozent verringert. Die Zahl der offenen Stellen ist zwischen 2009 und 2011 bundesweit um 17,4 Prozent gestiegen. Dies spricht für einen wachsenden Arbeitskräftebedarf.

Seit 2004 beteiligen sich die Ärztekammern zunehmend am Programm „Geförderte Einstiegsqualifizierungen für Jugendliche“ – EQJ. Einstiegsqualifizierung als Maßnahme des § 235b SGB III (Arbeitsförderung) 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 2012 wurden von mittlerweile 17 Landes- bzw. Bezirksärztekammern insgesamt 234 EQ-Verträge registriert. Die Resultate werden von den teilnehmenden Kammern positiv beurteilt. (Weitere Informationen unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de) sowie [www.bundesaerztekammer.de](http://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 den Aspekten Rekrutierung und Qualifizierung 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 entsteht. Die Ärztekammern als für die Aus- und Fortbildung zuständige Stellen setzen sich vorausschauend 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 (DÄT-Drs. V-11) verpflichtet die zuständigen Stellen zur Umsetzung. Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben dies auch am 13.12.2012 erneut unterstrichen. Den Ärztekammern steht für Werbemaßnahmen ab 2013 der von der Sächsischen Landesärztekammer erstellte Film „Medizinische Fachangestellte – Beruf mit Perspektive“ zur Verfügung.

### 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. 425ff.)

13.536 Medizinische Fachangestellte haben 2011 die Abschlussprüfung abgelegt; davon haben 93 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 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 ist deshalb inhaltlich auf die veränderten Anforderungen in der Patientenversorgung ausgerichtet.

Zwar wurde der Übergang bisher erfolgreich gestaltet, doch muss die Umsetzung auch weiterhin intensiv und verantwortlich begleitet werden, damit die Neuordnung die gewünschten Ergebnisse hervorbringt. (Zu den zahlreichen Umsetzungsaktivitäten siehe ausführlich die Tätigkeitsberichte 2007, S. 375ff., 2008, S. 347ff. und 2009, S. 345ff., sowie Kapitel 10.2.2, 10.2.4 und 10.2.8 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.

Medizinische Fachangestellte als Mitarbeiterinnen des Arztes zu dessen Unterstützung und Entlastung erfahren zunehmend Beachtung und Anerkennung als wichtige Säule des Gesundheitswesens. Dies belegt auch die Neufassung des § 28 Abs. 1 SGB V mit erweiterten Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) 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 Mustercurricula für die spezialisierende Fortbildung 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. 349f., und 2010, S. 392f.). Sie haben einen Umfang von 40 bis 271 Stunden, sind modular aufgebaut bzw. gegenseitig anrechenbar und 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 der Basis eines umfassenden Kommunikationskonzeptes zur Förderung der Fortbildung und durch ein gemeinsames, übergreifendes PR-Konzept auf Bundesebene soll vor allem den Ärztekammern und ihren Fortbildungseinrichtungen seit 2010 die Öffentlichkeitsarbeit erleichtert und der flächendeckende Ausbau der Maßnahmen vorangetrieben werden. Darüber hinaus sollen die Materialien für die Rekrutierung von Auszubildenden eingesetzt werden.

Im Mittelpunkt steht eine Broschüre mit vielfältig hieraus generierbaren Medien und Bausteinen in Form eines Medienpools:

- Broschüre „Weiter geht’s – fortbilden und durchstarten – Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte“
- Internetseite [www.fortbildung-mfa.de](http://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 2011 in Kiel vorgestellt bzw. zum 01.06.2011 freigeschaltet und im Berichtsjahr weiter ausgebaut und aktualisiert. Die Broschüre wurde vom Deutschen Ärzte-Verlag in einer Erstauflage von 42.300 Stück (bis 31.12.2012 ca. 59.000 Exemplare) an die Ärztekammern ausgeliefert. Die Materialien stellen ein umfassendes Medienpaket zum breiten Einsatz im Rahmen von Bildungsmessen, Fortbildungs- oder Kammerveranstaltungen, Ausbildungsbörsen, Berufsschulunterricht sowie für die Pressearbeit dar. Sie wurden seitdem vielfach einer breiten Fachöffentlichkeit bekannt gemacht. Seit Juli 2012 steht als ergänzender Service ein elektronischer „Fortbildungskalender“ in Form einer Übersicht über alle Kammerangebote zu größeren Fortbildungsmaßnahmen zur Verfügung; dieser wird ab 2013 zweimal jährlich aktualisiert.

Neben den Curricula der Bundesärztekammer bzw. der Kammersystematik hat sich in den letzten Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Qualifizierungskonzepte für Medizinische Fachangestellte im hausärztlichen Bereich entwickelt. Dabei sind die Unterschiede z. B. zu VERAH des Hausärzterverbandes, aber auch zu weiteren Konzepten wie AGnES I und II, MoPra, EVA, MoNi sowie deren voneinander abweichenden vertraglichen Verankerungen und Vergütungen in der Ärzteschaft, in den Kammern/KVen sowie in der Fachöffentlichkeit kaum noch kommunizierbar. Besonders gravierend ist die Parallelität von VERAH und den Curricula der Bundesärztekammer. Eine wechselseitige Anerkennung, aber auch die Anerkennung der Nichtärztlichen Praxisassistentin nach § 87 Abs. 2b SGB V (siehe Kapitel 10.2.5) ist deswegen wichtig, weil dies Voraussetzung für die flächendeckende kurz- bis mittelfristige Abrechenbarkeit delegierbarer Leistungen ist, und zwar sowohl in Hausarzt-/Selektivverträgen wie auch im Bundesmantelvertrag/Delegationsvereinbarung. Deshalb wurden im Berichtsjahr erneut Möglichkeiten einer wechselseitigen Anerkennung/Anrechnung diskutiert. Es bestand Übereinstimmung, dass es dabei nicht auf Gleichartigkeit der Qualifikationen in allen Punkten, sondern auf deren Gleichwertigkeit bei der Umsetzung von Versorgungszielen ankommen sollte. Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben am 13.12.2012 der Weiterführung der Gespräche zugestimmt und hierfür inhaltliche Kriterien festgelegt.

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

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) 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 ...“. Das hierfür entwickelte 271-stündige Mustercurriculum der Bundesärztekammer auf Basis der Delegationsvereinbarung aus dem Jahr 2009 umfasst verschiedene andere Musterfortbildungscurricula 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 sowie HELVER (Arzhelferinnen in der ambulanten Versorgung) in Schleswig-Holstein sind mit dem Curriculum kompatibel. Diese werden mit guter Resonanz als freiwilliges Angebot auch in ausreichend versorgten Regionen angeboten. Für die Zukunft wird darauf gesetzt, dass die Praxisassistentin auch für die Regelversorgung als Modell dient, wie z. B. in zwei Modellregionen in Niedersachsen seit Herbst 2012. 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 Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) – besteht, um Mobilität und Anrechenbarkeit zu gewährleisten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beabsichtigt Verhandlungen zur Ausweitung der Delegationsvereinbarung. Mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen 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](http://www.bundesaerztekammer.de) > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

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

Fachwirte für ambulante medizinische Versorgung stellen unter den geänderten Strukturbedingungen (Morbidität, Altersstruktur, Vernetzung, Arbeitsteilung, Entlastung für den Arzt, Effizienzsteigerung, Finanzierung) eine attraktive Aufstiegsmöglichkeit zur Führungskraft in kleinen und mittleren Betrieben mit Durchführungsverantwortung im Bereich Verwaltung und mit einem gleichzeitigen medizinischen Schwerpunkt dar (300 Stunden Pflichtteil, 120 Stunden medizinischer Wahlteil). (Siehe ausführlich hierzu z. B. Tätigkeitsbericht 2009, S. 349f.) Der Pflichtteil besteht aus einer spezifischen Kombination unterschiedlicher Qualifikationen, die erforderlichenfalls jeweils einzeln erworben bzw. nachgewiesen werden müssen, nämlich in den Bereichen Datenschutz, Qualitätsmanagement, Ausbildung und Medizinproduktegesetz.

Die Fortbildung wurde im Berichtsjahr in zehn Kammerbezirken angeboten. In 2011 haben 90 Prozent der 171 Teilnehmer die Prüfung bestanden. In 2011 hat die Bundesärztekammer englische und französische Musterübersetzungen der Prüfungszeugnisse gemäß § 56 Berufsbildungsgesetz zur Verfügung gestellt. Seit 2010 erfolgt eine Erfassung der Prüfungen beim Statistischen Bundesamt im Rahmen der jährlichen Berufsbildungsstatistik mit einer eigenen Kennziffer.

Durch die Fachwirtin ist ein weiterer systematischer Baustein der Berufsentwicklung der MFA grundlegend modernisiert und zukunftsfest ausgestaltet worden. Nach Beschluss der Kultusministerkonferenz (KMK) in 2009 wird mit erfolgreicher Fachwirteprüfung die Hochschulzugangsberechtigung erworben. Seit einem von der Ärztekammer Nordrhein in 2011 organisierten Erfahrungsaustausch (z. B. zu Fragen zur Durchführung, zu den Zulassungsvoraussetzungen, zur Qualitätssicherung, zur Projektarbeit, zu den Wahlmodulen und zu den Prüfungen) stellt diese allen Ärztekammern eine interne Informationsmöglichkeit auf ihrer Lernplattform zur Verfügung. (Weitere Informationen unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/ Fortbildung.)

### 10.2.7 Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen

Es besteht ein wachsender Bedarf 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/in-

nen aus überwiegend kaufmännischen/verwaltenden Disziplinen oder Bachelorabsolventen. 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 durchgeführt. Allein in Schleswig-Holstein haben seit 2001 339 Teilnehmerinnen die Abschlussprüfung bestanden.

Durch die neue Fortbildungsverordnung nach § 53 BBiG „Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) vom 04.08.2011 wird die schleswig-holsteinische Regelung (gleichzeitig die entsprechende Landesverordnung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) zum 01.01.2012 mit Übergangsbestimmungen bis 2015 außer Kraft gesetzt. Die neue Bundesverordnung vereinheitlicht ca. 50 unterschiedliche IHK-Fachwirtekonzepte/-kurse, die bisher jährlich rund 1.600 Absolventen hervor bringen, zu 25 Prozent mit der Vorqualifikation Medizinische Fachangestellte. Zusammen mit dem insgesamt mindestens 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 Aufstiegsebene als „Branchenlösung“ fehlt bisher allerdings. Deshalb hat auf dringende Empfehlung von Ausschuss und Ständiger Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 01.12.2011 der Vorstand der Bundesärztekammer am 15./16.12.2011 beschlossen, eine bundeseinheitliche Musterfortbildungsregelung „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ durch eine Projektgruppe der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein und weiteren interessierten Ärztekammern zu erarbeiten. Beteiligt waren ebenfalls die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und die Fachhochschule Bielefeld. Im Berichtsjahr fanden hierzu Sitzungen am 02.02., 08.03., 08.05., 28./29.09. und am 22.11.2012 sowie zusätzliche Telefonkonferenzen statt, in denen das Berufsbild, das Tätigkeitsspektrum, Umfang und Struktur der Fortbildung sowie die Prüfungsregelungen mit allen Beteiligten konsentiert wurden. Am 13.12.2012 haben Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ dem Entwurf einer (Muster-)Fortbildungsprüfungsordnung zugestimmt sowie die noch laufende Erarbeitung eines ergänzenden Curriculums/Stoffkatalogs begrüßt. (Weitere Informationen auf den Internetseiten der Ärztekammer Schleswig-Holstein [[www.aeksh.de](http://www.aeksh.de)] und der Fachhochschule Bielefeld [[www.fh-bielefeld.de](http://www.fh-bielefeld.de)])

### 10.2.8 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 in 2008 – zunächst unter Federführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein – zu einer vertraglich geregelten Kooperation von elf Kammern zwecks Aufbau eines Aufgabenpools. Nach der Katalogisierung der Prüfungs-

fragen für die drei schriftlichen Prüfungsbereiche sowie technischen Regelungen für den Datenbankzugang wurden ab 2009 ergänzend Expertenteams aus Sachverständigen und Aufgabenautoren aller Kammerbereiche zur Begutachtung und Weiterentwicklung der eingereichten Fragen gebildet und in mehreren dezentralen Veranstaltungen professionell geschult. Seit dem Jahr 2010 hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe das Projektmanagement inne, seit der zweiten Jahreshälfte 2011 auch die EDV-technische Betreuung des webbasierten Aufgabenpools. Die Steuerungsgruppe definierte die exakten Anforderungen an Prüfungsaufgaben bzw. an den Prüfungssatz und verständigte sich auf Qualitätsmerkmale, die für die Abschlussprüfung Winter 2010/11 erstmalig umgesetzt wurden. Etabliert wurden zudem ein einheitlicher Bewertungsschlüssel und eine Musterpraxis. 2011 wurde ein Lastenheft zu den funktionalen und nichtfunktionalen Anforderungen an den zentralen Aufgabenpool erstellt. Als Zwischenprojekt wurde in Nordrhein-Westfalen erstmalig die Abschlussprüfung Winter 2011/12 erfolgreich mit identischen Aufgaben geschrieben. Im Berichtsjahr war die Verbesserung der Programmierung für die Prüfungsdurchführung ein Arbeitsschwerpunkt. Als Alternative zur Anwendung und Erweiterung des bekannten Lernmanagementsystems „ILIAS“ wurde die Prüfungssoftware „IMS“ des Prüfungsverbundes Medizin, die an 27 Medizinischen Fakultäten etabliert ist, geprüft und am 08./09.11.2012 durch Vertreter des Kompetenzzentrums „Prüfungen für die Medizin“ auf der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen der Landesärztekammern vorgestellt. IMS wurde von den Geschäftsführungen als gut geeignet auch für das Prüfungssystem der MFA eingeschätzt. Zum weiteren Vorgehen und zur Entscheidungsfindung sind Sitzungen der Steuerungsgruppe sowie in den Landesärztekammern geplant, um der Ärztekammer Westfalen-Lippe ein Meinungsbild übermitteln zu können.

### 10.2.9 Verbesserung der Feststellung und Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (Anerkennungsgesetz) ist durch Beschluss des Bundesrates von 04.11.2011 zum 01.04.2012 in Kraft getreten. Es regelt im Artikel 1 (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG) 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 (BBiG) einschließlich der Medizinischen Fachangestellten. Hier ist es zwar bundesweit bisher nur zu einer geringen Anzahl von entsprechenden Anfragen gekommen, die Nachfrage könnte aber zukünftig 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.

Das Anerkennungsverfahren ist analog zum Verfahren nach der Richtlinie 2005/36/EG geregelt und enthält Vorgaben für vorzulegende Nachweise und Unterlagen, einzuhaltende Bearbeitungsfristen (die allerdings erst nach achtmonatiger Übergangsfrist zum

01.12.2012 in Kraft getreten sind), die Form der Entscheidung, Verfahren bei fehlenden Nachweisen sowie Statistikvorschriften. Von der nach § 8 Abs. 5 BQFG vorgesehenen Möglichkeit, dass die ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben von einer anderen zuständigen Stelle wahrgenommen werden („gemeinsame Stelle“), haben zahlreiche Landesärztekammern Gebrauch gemacht, indem sie in 2012 mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen haben. Neben Westfalen-Lippe sind nunmehr Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg (teilweise) zuständige Stellen. Eine erste statistische Erhebung nach § 17 BQFG als Grundlage für ein Monitoring der Verfahren (§ 18 BQFG) wird Anfang 2013 durchgeführt.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) hat zur Unterstützung der Verfahren mit dem Ziel der Standardisierung und der Bundeseinheitlichkeit der Anerkennungen eine Informationsplattform entwickeln lassen, die ab 2013 in den Regelbetrieb übergehen soll. Die Plattform wurde von Arbeitsgruppen erstellt, in denen auch verschiedene Ärztekammern mitwirkten. Von besonderer Bedeutung war die Erarbeitung eines idealtypischen Verfahrensablaufs. Für die Begutachtung ausländischer Nachweise soll weiterhin auf die Expertise der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen der Kultusministerkonferenz (KMK) zurückgegriffen werden können.

## 10.3 Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen

### 10.3.1 Kooperation mit den Fachberufen

Der interprofessionelle Dialog wird u. a. in der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ seit nunmehr 23 Jahren regelmäßig geführt. Gemäß dem Ziel der im Jahr 1989 gegründeten Konferenz, die interprofessionelle Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu verbessern, wurden bereits in der Anfangsphase „Zehn 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.

Die möglichen Konsequenzen der Empfehlungen des Gutachtens „Kooperation und Verantwortung“ des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2007 sowie die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 vorgesehenen Kompetenzerweiterungen bei der Pflege und den Physiotherapeuten sind seitdem wichtige Themen. Während nach Auffassung des seit 2011 neuen Vorsitzenden Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, (Stellvertretender Vorsitzender: Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Hamburg) im Kontext einer geforderten neuen Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe eine erweiterte Delegation im Sinne von Arztentlastung und -unterstützung 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 den Themenfeldern Prozessverbesserung, Versorgungsverbesserung und Kommunikationsverbesserung bearbeitet. Ergebnisse hieraus sind zum einen das Papier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ aus dem Jahr 2010, publiziert im März 2011, in dem es um die zentrale Frage der Prozesskoordination geht. („Wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses?“) Verbesserung in der Arbeitsteilung auf das gemeinsame Ziel der Behandlung bzw. Versorgung hin sind demnach trotz der uneinheitlichen und teilweise widersprüchlichen rechtlichen Festlegungen in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern bereits heute im Bereich der Koordination, Integration und Steuerung von Leistungen sowie des Managements innerhalb und zwischen den Sektoren möglich. Hierfür bedarf es Anstrengungen aller Beteiligten und einer neuen Vertrauens- und Zusammenarbeitskultur zwischen den Professionen.

Das zweite erfolgreiche Projekt besteht seit 2011 in einer neuen Datenbank zu den Gesundheitsberufen innerhalb des Internetauftritts der Bundesärztekammer. Ziele sind Information und Werbung für die Gesundheitsberufe, indem die Kernkompetenzen der Berufe, die Ausbildungsziele und die Zusammenarbeit/Schnittstellen mit anderen Berufen dargestellt und ein Vergleich nach verschiedenen Fragestellungen zwischen den Berufen ermöglicht werden. 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 wurden durch die Bundesärztekammer auch im Berichtsjahr umgesetzt.

Im „Lagebericht“ der 24. Sitzung der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ am 21.03.2012 berichtete Gertrud Stöcker, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege – auch im Namen des Deutschen Hebammenverbandes – über den derzeitigen Stand des Novellierungsverfahrens zur Berufsqualifikationsrichtlinie 2005/36/EG: Die seit 1980 bzw. 1987 unveränderte Richtlinie bedürfe dringend einer Modernisierung, nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits Ende der 80er-Jahre und dann in der WHO-Konferenz im Jahr 2000 in München Veränderungen bei der Pflegeausbildung und den pflegerischen Tätigkeiten angemahnt habe. Der Vorlage eines Diskussionsvorschlages am 19.12.2011 durch die Kommission sei ein einhalbjähriger Prozess der Vorbereitung voraus gegangen. Ziel der Maßnahmen seien die Mobilität, die Patientensicherheit sowie die automatische Anerkennung.

Die Kommission plane

- eine Anhebung der Zugangsvoraussetzung auf zwölf Jahre Allgemeinbildung,
- die Berechnung der Ausbildungszeiten in Credit Points sowie
- eine spätere Aktualisierung der Inhalte durch Beschreibung von Handlungskompetenzen.

In 25 von 27 EU-Mitgliedstaaten gebe es bereits eine zwölfjährige Schulausbildung als Zugangsvoraussetzung; es sei deshalb eine qualifizierte Mehrheit für diesen Vorschlag bei alleiniger Gegnerschaft von Luxemburg und Deutschland zu erwarten. Für eine Anhebung der Zugangsvoraussetzungen oder entsprechende Äquivalente votierten alle pflegerischen Verbände in Deutschland. Dr. Kaplan unterstrich aus Sicht der Berufe,

aber auch der Patienten die Zielsetzungen einer möglichst umfassenden Mobilität und einer hohen Qualität sowie Kompetenz. Die Anhebung der Zugangsvoraussetzungen auf zwölf Jahre führe wegen des bestehenden Fachkräftemangels jedoch evtl. zu einem „Flaschenhals“ sowie zu einer indirekten grundständigen Akademisierung der Pflege- und Hebammenberufe. Er verwies auf Österreich, Belgien und die Niederlande, in denen die Ausbildung in parallelen Systemen auf verschiedenen Ebenen erfolge. Die Frage möglicher Äquivalente sei zu klären. Es komme primär auf die Zusammenarbeit der Berufe und das Erzielen von Synergieeffekten durch Arbeitsteilung an.

Thematischer Schwerpunkt der Sitzung waren die neuen Ausbildungswege bei den Gesundheitsfachberufen in den verschiedenen Berufsfeldern. Anke Ohmstede vom Dachverband für Technologen/innen und Analytiker/innen in der Medizin stellte aktuelle Ansätze vor, die technischen Assistenzberufe sowohl berufsgesetzlich als auch curricular im Sinne eines Common Trunks zusammenzuführen. Neben der MTA – Röntgen, MTA – Labor und MTA – Funktionsdiagnostik kommen hierbei der Operationstechnische Assistent, der Anästhesietechnische Assistent und der Pharmazeutisch-technische Assistent in den Blick. Bislang seien die Gemeinsamkeiten der Ausbildungsinhalte noch gering, allerdings durchaus ausbaufähig, vor allem, was die sozialen und kommunikativen Kompetenzbereiche betreffe. Da die Tätigkeiten in den praktischen Einsatzbereichen sehr unterschiedlich seien, müsse es bei einer hinreichenden Trennschärfe der Ausbildungsinhalte bleiben. Ziel bei der Weiterentwicklung der Berufe sei vor allem eine deutliche Verbesserung der vertikalen wie horizontalen Durchlässigkeit sowie eine Attraktivitätssteigerung durch eine Teilakademisierung.

Dr. Martina Stöver, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, informierte über Stand und Perspektiven einer generalistischen Pflegeausbildung. Auf Grund der Entwicklung in der Gesundheitsversorgung reklamierte sie als zukünftige Tätigkeitsfelder für die Pflege die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten, die Gesundheitsförderung und Prävention, das Telemonitoring, Assistent-Living-Konzepte, Case- und Care-Management und Koordinationsaufgaben. Sie leitete daraus ein Bündel von strategischen Maßnahmen zur Qualifizierung der Pflegeberufe ab, nämlich eine Reform der Pflegeausbildung, die Akademisierung der Erstausbildung, die Entwicklung neuer Weiterqualifizierungen sowie durchlässige Qualifikationsstufen. Für akademisch ausgebildete Pflegekräfte sah sie einen Bedarf bei ca. zehn Prozent der Fachkräfte (100.000 bis 125.000). Damit würden eine Kompetenzerweiterung, zusätzliche Aufstiegschancen und zugleich die europäische Angleichung ermöglicht. Darüber hinaus sah sie in Studienergebnissen Belege für einen Zusammenhang von Qualifikation und Outcome in der Langzeitpflege, wobei besonders Pflegekräften mit Hochschulausbildung im Sinne eines Qualifikationsmixes eine große Bedeutung zukomme.

Prof. Ursula Walkenhorst, Hochschule für Gesundheit in Bochum, Professorin im Studiengang Ergotherapie, referierte über Strukturen und didaktisch-methodische Begründungen für die Bachelorstudiengänge Pflege- und Hebammenwesen, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, die im Wintersemester 2010/2011 starteten. In der Endausbaustufe 2015 seien Plätze für 1.300 Studierende geplant. Der entscheidende Zusatznutzen bestehe im Aufbau von Wissenschaft und Forschung und in der Verbesserung interprofessioneller Versorgungsqualität durch einen berufsspezifischen Beitrag. Hierfür seien zusätzliche berufliche Kompetenzen im Bereich der Begründungs- und Reflexionsfähigkeit, der evidenzbasierten, theorieleitenden Denk- und Handlungswei-

sen, der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit, auch im interprofessionellen Kontext, sowie in der Fähigkeit zur Lösung komplexer Probleme auf verschiedenen Ebenen zu vermitteln, zu denen auch Konzepte für weitergehende Versorgungsfragen gehörten. Für die Tätigkeitsfelder der Zukunft qualifiziere die bisherige berufsfachschulische Ausbildung nicht ausreichend. Ziel des Studiums sei der „reflektierende Praktiker“, der in der Hochschule von Beginn an sowohl wissenschaftlich als auch (durch Kooperations- und Ausbildungsverträge mit regionalen Gesundheitseinrichtungen) praktisch ausgebildet werde. Das Studium sei stark durch interprofessionelle Lehr- und Lernformen sowie auf Verknüpfungspunkte zum Medizinstudium ausgerichtet. Die 25. Fachberufekonferenz im Jahr 2013 wird sich mit „Fachkräftebedarf und Fachkräftesicherung in den Gesundheitsberufen“ beschäftigen.

Gemeinsam mit zahlreichen Verbänden der Fachberufekonferenz führte die Bundesärztekammer am 03.11.2012 eine weitere erfolgreiche multiprofessionelle Tagung zum Thema „Parkinson-Patienten – Förderung von Teilhabe und Lebensqualität durch effektive Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ durch. Die Reihe beruht auf einem Konzept interprofessioneller Fortbildung, in dem das Schnittstellenmanagement, das Case Management, die Vernetzung und die Kooperation sowie die Steuerungsfunktion des Arztes im Vordergrund stehen. Die Veranstaltung ist die Fortsetzung des Interdisziplinären Zentralkongresses für die Fachberufe im Gesundheitswesen (IZFG) der Bundesärztekammer, der zwischen 1971 und 2008 in Augsburg durchgeführt wurde. Die erste Pilotveranstaltung nach neuer Konzeption fand zum Thema „Schlaganfallpatienten“ im Jahr 2010 in den Räumen der Bundesärztekammer statt. (Weitere Informationen unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.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. Durch Entschlüsse des 113. und 114. Deutschen Ärztetages 2010 und 2011 zur rechtssicheren Weiterentwicklung von Kooperation und Delegation und zur selbstständigen Heilkundeausübung durch Pflegekräfte wurde diese Positionierung, insbesondere der notwendige Ausbau des Delegationsprinzips, unterstrichen (DÄT-Drs. I-19 bzw. V-15).

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 2007 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 zahlreichen Stellungnahmen, z. B. gegenüber den Gesundheitsministerien der Länder und dem Sachverständigenrat, zu Gesetzentwürfen und in zahlreichen Veranstaltungen und Sitzungen auch im Berichtsjahr wurde zunächst eine Folgenabschätzung vor allem in medizinischer, ökonomischer und rechtlicher Hinsicht gefordert, insbesondere im Hinblick auf die Einführung weiterer Versorgungsebenen.

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 Medizinischen Fachangestellten (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 setzt sich auf Basis von Gesprächen mit möglichen Projektpartnern seit 2009 für eine Umsetzung der Ärztetagentschließung zur „Stärkere(n) Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management“ aus 2008 (DÄT-Drs. III-03) ein. 2011/2012 wurden hierfür von allen Beteiligten gemeinsam mit einem interessierten Projektträger konkrete Vorarbeiten geleistet. Für das Jahr 2013 ist nunmehr die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums auf Basis des Deutschen Qualifikationsrahmens durch ein wissenschaftliches Institut im Auftrag des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) ins Auge gefasst. Grundlage der Initiative der Bundesärztekammer ist das 2008 veröffentlichte gleichnamige wissenschaftliche Gutachten, das sie 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 Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und -pflegern sowie psychosozialen Berufen unterstützt. (Weitere Informationen unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) > Ärzte > Ambulante Versorgung > Delegation ärztlicher Leistungen > Gutachten.)

Am 22.03.2012 ist die „Richtlinie des über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten, nachdem der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA im September 2011 und das Plenum im Oktober 2011 dem Richtlinienentwurf zugestimmt hatten und die abschließende Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ohne Änderungen erfolgt ist.

Die Bundesärztekammer war Mitglied in der Arbeitsgruppe „Modellversuche nach § 63 Abs. 3c SGB V“ des G-BA, 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 (KBV) 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 von Mai 2011 zum Entwurf der Richtlinie hatte die Bundesärztekammer Regelungen im Paragrafenteil und im Besonderen Teil (Tätigkeitskataloge) abgelehnt, die die Entscheidungsmöglichkeit der Pflegekräfte darüber, ob sie eine ärztlich indizierte Maßnahme durchführen, bzw. die im Rahmen von Assessmentverfahren vorgesehenen eigenverantwortlichen diagnostischen Tätigkeiten betreffen. Die Modellvorhaben werden derzeit von den Krankenkassen und den Pflegeverbänden gemeinsam entwickelt und umgesetzt. Eine Evaluation soll frühestens in fünf Jahren erfolgen. Die Bundesärztekammer wird die Modellversuche kritisch begleiten.

### 10.3.3 Beteiligung in Beiräten des Bundesministeriums für Gesundheit

Die Bundesärztekammer ist seit dessen Gründung im Jahr 2010 im Fachbeirat „Weiterentwicklung der Heilberufe“ vertreten. Mitglieder sind Vertreter der Ärzteschaft, der Verbände der Fachberufe, der Gewerkschaften, der Wissenschaft und der Gesundheitsministerien der Länder. Seine Zielsetzung ist umfassend und auf Dauer 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.

Im Berichtsjahr hat die Bundesärztekammer an vier Sitzungen des Expertengremiums zur Vorbereitung einer gemeinsamen bundesrechtlichen Ausbildungsregelung für Operationstechnische Assistenten und Anästhesietechnische Assistenten (OTA/ATA) teilgenommen (Vertreter: Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe). Hierbei ging es um inhaltliche und strukturelle Gestaltungsmöglichkeiten einer integrierten Lösung für beide Berufe, für die erstmalig ein Berufsgesetz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG geschaffen werden soll. Auch für Medizinisch-technische Assistenten (Röntgen/MTA-R; Labor/MTA-L; Funktionsdiagnostik/ MTA-F) und die Pharmazeutisch-technischen Assistenten/PTA wird seit 2011 über eine mögliche Zusammenführung der bisher getrennten Berufsgesetze diskutiert.

Die Bundesärztekammer hat auch im Berichtsjahr im Beirat „Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus“ mitgewirkt (Geschäftsführung: Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG]). Der Beirat ist aus dem zweiten Pflegegipfel des Bundesministeriums für Gesundheit im April 2009 hervorgegangen; er kam seit September 2009 zu insgesamt 14 Sitzungen zusammen. Im Berichtsjahr tagte er am 17.04., 04.07. und 08.10.2012; er hat seine Arbeit offiziell am 31.12.2012 beendet. Mitglieder des Beirates waren Vertreter der Pflege, der Ärzteschaft und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). 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](http://www.pflege-krankenhaus.de) wurde am 20.04.2011 offiziell frei geschaltet. Auch über das offizielle Projektende hinaus wird die Internetplattform im Jahr 2013 noch zugänglich sein, wenngleich keine neuen Modelle mehr eingestellt werden.

### 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“ z. B. in den Niederlanden und in Australien – hier beschränkt auf privatversicherte Selbstzahler –, sowie auf die Ergebnisse von Studien zur verbesserten Versorgung und höheren Patientenzufriedenheit bei Direktzugang. Sie fühlen sich in ihrem Drängen nach einer neuen Aufgabenverteilung durch das Sachverständigenratsgutachten 2007 ermutigt. 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.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 26.08.2009 kann Physiotherapeuten die Erlaubnis zur Ausübung einer auf die Physiotherapie beschränkten Heilpraktikertätigkeit erteilt werden, wenn eine zusätzliche Qualifizierung durchlaufen wurde. Hierbei geht es nicht um eine Kenntnisprüfung medizinischer Inhalte, sondern um die Schließung der sogenannten „normativen Lücke“, bei der der Physiotherapeut nachweisen muss, dass er die Abgrenzung zur ärztlich-heilkundlichen Tätigkeit im Sinne der Gefahrenabwehr kennt. Eine dem Arzt gleichgestellte Kompetenz zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde und zur Erstdiagnose wurde vom Bundesverwaltungsgericht ausdrücklich verneint. Physiotherapeuten könnten qua Berufsgesetz nur auf ärztliche Indikation, Anordnung und Verordnung tätig werden.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist der Direktzugang im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abzulehnen, da dieser die im SGB V vorgesehene Steuerungsfunktion des Arztes für nachfolgende Behandlungen unterläuft bzw. zumindest in den von den Physiotherapeuten vorgeschlagenen Indikationsbereichen umkehrt. Dadurch würden 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 Entwicklungen im Selbstzahlerbereich sind kritisch zu beobachten.

Die Vorschriften des § 63 Abs. 3b SGB V nach 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.“ Modellversuche zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern finden ohne Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung statt. Die Bundesärztekammer beobachtet die Modellversuche im Sinne einer sinnvoll erweiterten beruflichen Kompetenz. Eine bessere Abgrenzung und Kooperation könnte durch interprofessionelle Leitlinien erreicht 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 hat hierzu im Berichtsjahr den Dialog mit den Physiotherapieverbänden fortgeführt.

## 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 36 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.

Durch die Bestimmungen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) 2010 zur ärztlichen Vergütung und die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom Oktober 2010 erfolgten erneut restriktive Budgetbegrenzungen für 2011/2012. Damit konnten deutliche Gehaltssteigerungen für die rund 328.000 in der ambulanten Versorgung tätigen Medizinischen Fachangestellten (MFA), um diese an der Leistungserbringung in den Praxen stärker partizipieren zu lassen, im Berichtsjahr nicht realisiert werden, was angesichts ihrer notwendigen stärkeren Einbeziehung in die Aufgaben der ambulanten Versorgung umso bedauerlicher ist. Die Steigerungen bei den Gehältern gemäß Tarifabschluss vom 01.03.2012 beliefen sich trotzdem auf linear 2,9 Prozent. Die Ausbildungs-

vergütungen stiegen um monatlich 50 Euro in allen drei Ausbildungsjahren auf nunmehr 610 Euro, 650 Euro und 700 Euro an. Die Tarifpartner diskutierten allerdings mit Blick auf die Tarifrunde 2013 intensiv die Neustrukturierung der Gehaltstabelle, um die vielfältigen Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten sowie Aufgabenerweiterungen der MFA zukünftig besser abbilden zu können. Zugleich sollen Berufsjahrgruppen neu gestaltet werden, um Altersdiskriminierungstatbestände abzubauen. Um für diese Weiterentwicklung mit belastbaren Daten zur Beschäftigten- und Gehaltsstruktur untermauern zu können, führt das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) auf Veranlassung der AAA zwischen Dezember 2012 und Januar 2013 eine Online-Befragung im Rahmen des jährlichen Praxis-Panels (ZI-PP) durch.

Mit Inkrafttreten zum 01.01.2013 wurde darüber hinaus am 30.11.2012 ein Änderungstarifvertrag zum Manteltarifvertrag abgeschlossen. Danach stehen MFA künftig 28 Urlaubstage und ab dem vollendeten 55. Lebensjahr 30 Urlaubstage zu. MFA im Alter von unter 30 Jahren haben somit zwei Tage mehr Urlaub im Jahr. Bei den 30- bis 40-jährigen ändert sich nichts, und statt wie bisher ab 40 erhalten MFA künftig erst ab 55 Jahren 30 Tage Urlaub. MFA, die vor Inkrafttreten des Änderungstarifvertrags 40 Jahre alt geworden sind, behalten im Sinne des Bestandsschutzes den Urlaubsanspruch von 30 Tagen.

Die Änderung war notwendig geworden, weil das Bundesarbeitsgericht am 20. März 2012 (9 AZR529/10) eine Staffelung von Urlaubstagen „aus Altersgründen“ bereits ab dem 30. oder 40. Lebensjahr als „unmittelbare, nicht gerechtfertigte Diskriminierung“ untersagt hatte. Der Manteltarifvertrag wurde deshalb in diesem Punkt angepasst. Die Laufzeit des gesamten Manteltarifvertrages wurde bis zum 31. März 2016 verlängert.

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 (KBV) 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 Arbeitnehmerentsendegesetz. 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 weitgehende 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](http://www.bundesaerztekammer.de) > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/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 war für alle tariflich orientierten Arbeitsverhältnisse formalrechtlich der Weg für die betriebliche Altersversorgung ab dem 01.01.2002 frei. Anfangs noch rein arbeitnehmerfinanziert, wurde mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung“ 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 durch Öffentlichkeitsarbeit intensiv begleitet.

Auf den monatlichen Arbeitgeberbeitrag von nunmehr 30 bzw. 20 Euro haben alle Medizinischen 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. Seit der Zahlung eines Arbeitgeberbeitrages stieg die Vertragszahl allein bei der *GesundheitsRente* deutlich an; sie erhöhte sich zum 31.12.2012 auf 23.341.

Der Tarifvertrag sieht als Durchführungsweg das Pensionskassenmodell vor. Dieses ist hinsichtlich der Kosten für den Arbeitgeber (Wegfall der Insolvenzsicherung 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 Ärztebank, 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 wiederberufen wurden.

Die Beratungen im Beirat am 16.01., 16.04. und 03.09.2012 hatten die Umsetzung der durch die EU-Gleichstellungsrichtlinien bedingte Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und die in diesem Zusammenhang ausgelösten Tarifangleichungen von Männern und Frauen in Form von Unisextarifen zum Stichtag 21.12.2012 zum Inhalt. Darüber hinaus ging es um die Auswirkungen der Absenkung des Rechnungszinses von 2,25 auf 1,75 Prozent auf die Tarifgeneration 2012 sowie um notwendige Kostenanpassungen bei der Kalkulation der Verwaltungskosten für die Tarifgeneration 2013 und deren evtl. Auswirkungen auf Renditeerwartungen. Im ersten Halbjahr 2013 sollen Marktvergleiche Klarheit über die Neupositionierung der *GesundheitsRente* vor dem Hintergrund der neuen Unisextarife schaffen. Durch begleitende Pressearbeit soll die langfristige Sicherheit und Rentabilität von betrieblicher Altersversorgung auch in Zeiten der Finanzmarktkrise herausgestellt werden.

Das Modell „*GesundheitsRente*“ steht auch anderen Berufsgruppen und Institutionen/Arbeitgebern im Gesundheitsbereich offen. (Weitere Informationen unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)