

# 8. Fachberufe im Gesundheitswesen

## Arzthelferin

### Zuständige Stellen

Der Beruf der Arzthelferin gehört zu den „anerkannten“ Ausbildungsberufen, für den nach §25 Berufsbildungsgesetz (BBiG) im Jahre 1985 eine Ausbildungsordnung erlassen worden ist. Nach § 91 BBiG sind für die Berufsbildung der Arzthelferin die Ärztekammern jeweils für ihren Bereich „zuständige Stelle“. Sie haben demnach zahlreiche gesetzlich geregelte Aufgaben wahrzunehmen, die aus dieser originären Zuständigkeit erwachsen (s. hierzu z. B. Tätigkeitsbericht 1992, S. 406).

Die Bundesministerien für Gesundheit sowie für Bildung und Forschung wurden durch eine Anfrage der Bundesärztekammer im Herbst 2000 auf die nach dem Einigungsvertragsgesetz immer noch bestehende Rechtslage aufmerksam gemacht, wonach in den neuen Bundesländern die Anwendung des § 92, der u. a. die fachliche Eignung von Ärzten zur Ausbildung regelt, durch Rechtsverordnung ausdrücklich bestimmt werden musste. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat durch die „Verordnung über die Anwendung des § 92 des Berufsbildungsgesetzes in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet“ vom 11.09.2002, verkündet im Bundesgesetzblatt vom 17.09.2002, Seite 3644, in Kraft getreten am 18.09.2002, die Rechtslage in den alten und neuen Bundesländern angeglichen. Die Mitteilung der Bundesärztekammer an die Kammern erfolgte per Rundschreiben vom 28.11.2002.

### Berufsbildungsstatistik

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

Die nachfolgenden Tabellen (Stichtag 31.12.2002) liefern Angaben über die Zahl der Auszubildenden, differenziert nach Ausbildungsjahren, neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen, ausländischen Auszubildenden und Teilnehmern an Abschlussprüfungen (Tabelle 1) sowie die Zahl der Ausbildungsberater und ihrer Verteilung hinsichtlich (Vor-)Bildung und Alter (Tabelle 2).

Tabelle 1  
 Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2002 nach Ländern (Stichtag 31.12.2002)  
 im Ausbildungsberuf Arzthelferin

Landesärztekammer	Auszubildende						davon im Ausbildungsjahr		ausländische Auszubildende	neu abgeschlos- sene Ausbildungs- verhältnisse	Teilnehmer an Ab- schlussprüfungen	
	insgesamt	weiblich		männlich		1.	2.	3.			insgesamt	davon bestanden
		insgesamt	weiblich	männlich								
Baden-Württemberg	6.591	6.574	17	2.300	2.186	2.105	1.206	2.316	2.065	2.029		
Bayern	9.473	9.436	37	3.243	3.018	3.212	782	3.243	2.940	2.697		
Berlin (insg.)	1.794	1.770	24	689	559	546	198	752	628	533		
Bremen	551	550	1	197	177	177	92	197	210	191		
Hamburg	891	883	8	348	277	266	118	338	237	229		
Hessen	3.218	3.205	13	1.118	1.055	1.045	481	1.120	1.019	966		
Niedersachsen	4.936	4.925	11	1.732	1.573	1.631	292	1.732	1.533	1.428		
Nordrhein	5.821	5.799	22	2.161	1.921	1.739	638	2.161	2.027	1.855		
Rheinland-Pfalz	2.596	2.591	5	891	852	853	161	891	782	709		
Saarland	742	741	1	242	258	242	13	242	214	204		
Schleswig-Holstein	1.440	1.434	6	480	485	475	48	564	527	487		
Westfalen-Lippe	5.606	5.595	11	1.887	1.827	1.892	556	1.887	1.888	1.642		
<b>total (West)</b>	<b>43.659</b>	<b>43.503</b>	<b>156</b>	<b>15.288</b>	<b>14.188</b>	<b>14.183</b>	<b>4.585</b>	<b>15.443</b>	<b>14.070</b>	<b>12.970</b>		
Brandenburg	647	640	7	200	235	212	2	216	229	206		
Mecklenburg-Vorpommern	460	459	1	166	143	151	1	166	131	121		
Sachsen-Anhalt	543	538	5	167	184	192	0	167	176	173		
Sachsen	730	721	9	254	241	235	2	254	239	221		
Thüringen	429	427	2	138	141	150	0	138	157	151		
<b>total (Öst)</b>	<b>2.809</b>	<b>2.785</b>	<b>24</b>	<b>925</b>	<b>944</b>	<b>940</b>	<b>5</b>	<b>941</b>	<b>932</b>	<b>872</b>		
<b>Bundesgebiet</b>	<b>46.468</b>	<b>46.288</b>	<b>180</b>	<b>16.213</b>	<b>15.132</b>	<b>15.123</b>	<b>4.590</b>	<b>16.384</b>	<b>15.002</b>	<b>13.842</b>		

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse nachgewiesen, die am 31.12.2002 noch bestanden haben.

Tabelle 2  
 Ausbildungsberater 2002  
 nach beruflicher Vorbildung und Altersgruppen  
 (Stichtag 31.12.2002)

	Geschlecht	insgesamt	davon im Alter von ... bis unter ... Jahren						60 u. älter	o. Angabe
			unter 25	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59			
Abgeschlossene Berufsausbildung	männlich	4						3	1	
	weiblich	26		3	12	7	3	3	1	
	zusammen	30		3	12	7	6	2		
Abschluss einer Fachschule	männlich	7								
	weiblich	7			2	3	1	1	1	
	zusammen	14			2	3	1	1	1	
Fachhochschulabschluss	männlich	4					1	3		
	weiblich	4			1			3		
	zusammen	8			1		1	6		
Hochschulabschluss	männlich	92			3	28	32	29	29	
	weiblich	82			10	30	29	13	13	
	zusammen	174			13	58	61	42	42	
Sonstige berufliche Vorbildung	männlich	11					8	3		
	weiblich	4						4		
	zusammen	15					8	7		
Ohne Angabe	männlich	3					1	2		
	weiblich	8	1					2	4	
	zusammen	11	1				1	4	4	
Insgesamt	männlich	114			3	38	43	30	30	
	weiblich	131	1	3	25	40	42	16	4	
	insgesamt	245	1	3	28	78	85	46	4	

Die Zahl der Ausbildungsverhältnisse ist nach einer erfreulichen Stabilisierungsphase in den letzten drei Jahren leicht zurückgegangen. Die Gesamtzahl liegt mit 46.468 im Dezember 2002 = - 0,2% aber nur unwesentlich unter dem Vorjahresergebnis. (Über alle Wirtschaftsbereiche hinweg sank die Gesamtzahl der Ausbildungsverhältnisse im Vergleich zu 2001 um 3,7 %.) Der Negativtrend in den neuen Bundesländern hat sich mit - 1,1% fortgesetzt, was bei den Neuabschlüssen besonders deutlich wird (-7,5%). Im Westen liegen die Neuabschlüsse im Vergleich zum 31.12.2001 bei einem erfreulichen Plus von 2,4%, so dass auf das ganze Bundesgebiet gesehen ein Zuwachs von 1,8 % zu verzeichnen ist. – Leider lässt die aktuellste Ausbildungsstatistik vom 30.09.2003 mit rund 8% Minus ein Ende der Stabilität auch im Westen befürchten.

Die Arzthelferin ist in den alten Bundesländern immer noch der zahlenmäßig bedeutsamste Ausbildungsberuf für Frauen (im neuen Bundesgebiet einschl. Berlin: Rang 11, bundesweit: Rang 5).

Die Statistiken belegen, dass sich die schulische Vorbildung der Auszubildenden in den letzten Jahren verändert hat: Lag der Anteil von Schulabsolventinnen mit Hauptschul- bzw. Realschulabschluss bzw. Hochschulreife 1988 noch bei 15,8%, 61,2% und 8,1%, so veränderten sich diese Zahlenwerte zu Beginn der 90er Jahre deutlich (1993: 34,3%, 43,9% und 5,3 %). Auch unter Berücksichtigung zwischenzeitlich geänderter Bezugsgrößen in der Statistik bedeutete dies in etwa eine Verdopplung der Zahl der Auszubildenden mit Hauptschulabschluss zu Lasten des Anteils der Realschülerinnen bei gleichzeitiger Halbierung des Anteils der Abiturientinnen. Die sich aus diesen Strukturdaten abzeichnenden Auswirkungen auf die Qualität der Ausbildung sowie auf die Ausbildungsergebnisse sind seit Jahren Diskussionsgegenstand der Fachberufegremien. Bei den in 2002 rund 16.400 neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnissen ist die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 26%: 58%: 6,0% nahezu unverändert; sie hat sich aber erfreulicherweise seit 1997 wieder ganz deutlich zu Gunsten des Anteils der Realschülerinnen verschoben. 16 Jahre und jünger sind demgemäß nur ein Fünftel der Auszubildenden; 53 % sind älter als 18 Jahre. – Der Anteil der vorzeitigen Vertragslösungen betrug – bezogen auf die Neuabschlüsse – unverändert 25 % (alle Dienstleistungsberufe: 26,4%), davon rund 37 % bereits innerhalb der Probezeit. – Mit 4.590 ausländischen Auszubildenden beträgt der Ausländerinnen-Anteil mittlerweile 9,9 % und hat sich gegenüber den Vorjahr (9,5%) leicht erhöht. – Tabelle 2 weist mit 245 Ausbildungsberatern einen erfreulichen Zuwachs gegenüber 2001 (207) sowie eine leicht steigende Tendenz in den letzten Jahren aus.

Die Budgetierungspolitik führte in den letzten Jahren verstärkt zu Rationalisierungen auch im Personalbereich und zwischenzeitlich – zumindest in den westdeutschen Praxen – zu einem deutlichen Arzthelferinnenmangel. Qualifiziertes Personal stand noch 2002 auf dem Arbeitsmarkt kaum zur Verfügung: Die Arbeitslosigkeit war bei den Arzthelferinnen im März 2002 auf dem niedrigsten Stand seit September 1999 und ist mit 5,4 % gegenüber der Gesamt-Arbeitslosenquote nur ca. halb so hoch. Die Arbeitslosenquote stieg allerdings innerhalb des Berichtszeitraumes bundesweit um 17,6%. Dies ist sicherlich auf die jüngsten Kostendämpfungsgesetze und die unsichere wirtschaftliche Situation der Praxen auf Grund des GKV-Modernisierungsgesetzes zurückzuführen. Auch die seit Mai 2003 auf Grund von Regierungsvorschlägen und SPD-Parteitagbeschlüssen intensiv diskutierte Einführung einer Ausbildungsplatzabgabe dürfte zur Zurückhaltung vieler Ärzte bei Ausbildungsvertragsabschlüssen beigetragen haben.

## Ausbildungsverordnung für Arzthelferinnen und Novellierung

Seit dem 01.08.1986 ist die „Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin“ vom 10.12.1985 in Kraft. Sie löste die Berufsordnungsmittel des Bundesministeriums für Arbeit aus dem Jahre 1965 ab. (Einen detaillierten Abriss der Entstehungsgeschichte der Verordnung und der Neuerungen enthält der Tätigkeitsbericht 1986 auf den S. 326-337.)

Es hatte sich schon früh gezeigt, dass die Bestehensregelung und die Gewichtung der Prüfungsfächer revisionsbedürftig sind. Seit 1993 haben sich Landesärztekammern und die Fachberufegremien der Bundesärztekammer immer wieder mit dem Umfang einer evtl. Novellierung beschäftigt und dabei intensiv auf der Basis von Rundfragen bei Landesärztekammern und Vorarbeiten von Arbeitsgruppen beraten. 1997 wurden inhaltliche Eckpunkte einer „kleinen“ Novellierung beschlossen, allerdings ohne besondere Dringlichkeit. (Eine detaillierte Darstellung aller Sitzungen der Fachberufegremien mit ihren jeweiligen Beschlüssen hierzu enthält der Tätigkeitsbericht 1999, Seite 430 ff.)

Unter den Aspekten Flexibilität und Differenzierung der Ausbildung sowie Anpassung des Berufsbildes an die veränderten fachlichen Anforderungen in einem dynamisch sich entwickelnden Gesundheitswesen haben sich die Gremien mit der Thematik ab September 1998 erneut befasst. In einem mehrstufigen Verfahren wurden seit April 1999 durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Qualifikationsanforderungen an Arzthelferinnen untersucht, um eine objektive, von niedergelassenen Ärzten/Arbeitgebern getragene Entscheidungsgrundlage für ein Novellierungsverfahren zu gewinnen. Mit der Vorlage des Abschlussberichtes der repräsentativen Erhebung im Januar 2002 (s. Tätigkeitsbericht 2001/2002, Seite 352 ff) wurden die Vorarbeiten beendet; eine Diskussion und Bewertung erfolgte in den Fachberufegremien am 21.02.2002. Wünschenswert ist danach eine inhaltliche Verschiebung des Berufsbildes hin zu einer stärkeren Betonung der Kompetenzen im Bereich der Verwaltung und der Kommunikation, eine Änderung der Bestehens- und Prüfungsbestimmungen und auch eine Vereinheitlichung und Neuausrichtung der Berufsschulinhalte. Die Gremien kamen mit großer Mehrheit zu dem Ergebnis, dem Vorstand der Bundesärztekammer zu empfehlen, beim Bundesministerium für Gesundheit eine Novellierung der Ausbildungsverordnung zu beantragen; ein entsprechender Beschluss des Vorstands erging am 22.03.2002. Dabei spielt auch eine Rolle, dass eine neue Verordnung zu einer Aufwertung des Berufsbildes und zu einer verstärkten Nachfrage, insbesondere von Schülerinnen mittlerer Bildungsabschlüsse, führen könnte.

Nachdem der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen der Bundesärztekammer am 13.12.2002 einen seit längeren angekündigten und mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft abgestimmten Eckdatenvorschlag übermittelt hatte, fanden zwischen März und Juli 2003 drei Arbeitssitzungen statt, in denen die Eckdaten des künftigen Berufsbildes erarbeitet und schließlich einvernehmlich beschrieben wurden. Seitens der Bundesärztekammer wurde ein Junktim zwischen Einleitung des Verfahrens und gemeinsamen Zielen hinsichtlich der Abschlussprüfung im Sinne einer Qualitätsverbesserung (Handlungsorientierung, Fächergewichtung und Bestehensregelung) hergestellt. – In der ersten und konstituierenden Sitzung der Fachberufegremien am 16. Oktober 2003 stimmten die Landesärztekammern dem Eckdatenvorschlag zu; es wurde betont, dass dieser

von Zielsetzung, Inhalt und Gewichtung der Berufsbildpositionen her und mit seinen zugleich offenen und flexiblen Formulierungen als gute Basis für ein modernes Berufsbild und ein konstruktives Novellierungsverfahren anzusehen sei. Mangels derzeit besserer Vorschläge wurde auch die neue vorgesehene Berufsbezeichnung „Medizinische Fachangestellte“ akzeptiert.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat das Eckwertepapier am 19.12.2003 ebenfalls zustimmend zur Kenntnis genommen und einer Einleitung des Novellierungsverfahrens zugestimmt. Auf Grund eines entsprechenden Antrages der Bundesärztekammer beim Kuratorium der deutschen Wirtschaft für Berufsbildung hat dieses mit Schreiben vom 05.01.2004 beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Einleitung des Verfahrens beantragt.

## **Weiterbildung: Modellversuch „Praxismanagerin“**

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat den vom 1. Oktober 2000 bis 30. September 2003 mit Mitteln des Bundesinstitutes für Berufsbildung, Bonn, stattfindenden Modellversuch „Praxismanagerin“ einschließlich einer wissenschaftlichen Begleitung im Berichtszeitraum fortgesetzt bzw. beendet. Für die abschließende Erstellung der Modellversuchsprodukte (z. B. Curriculum) wurde der Modellversuch bis zum 31. März 2004 verlängert. – Auf Grund seiner überregionalen Bedeutung, aber auch hinsichtlich weiterführender Fragen zur Eröffnung von Bildungswegen für Arzthelferinnen begleitete die Bundesärztekammer das Projekt beratend; die Projektbeiratssitzungen fanden am 29.01.03 und 05.06.03 in Bad Segeberg statt.

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

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

Insgesamt 48 Teilnehmerinnen der beiden Modell-Lehrgänge haben nach Absolvierung der 800 Weiterbildungsstunden ihre Prüfung zur Praxismanagerin vor dem Prüfungsausschuss der Ärztekammer Schleswig-Holstein im Februar 2003 und im Januar 2004 erfolgreich abgelegt. Ab April 2004 wird die Weiterbildung in Form einer berufsbegleitenden Seminarreihe angeboten; wegen der großen Nachfrage stehen bereits Termine ab September 2004 fest.

## Fortbildung: Curricula der Bundesärztekammer

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

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

Das Curriculum „Ambulantes Operieren in der Augenheilkunde“ kam auf Grund der Empfehlung der Fachberufegremien vom 16.10.2003 bzw. des Beschlusses des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 19.12.2003 hinzu.

Auf Antrag des Berufsverbandes der Augenärzte wurde gemeinsam mit dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen ein 120-Stunden-Curriculum erarbeitet, um dem wachsenden Bedarf an qualifizierten Mitarbeiterinnen in den ambulant operierenden Einrichtungen gerecht zu werden. Wegen der großen quantitativen Bedeutung ambulanter ophthalmologischer Operationen, z. B. der Kataraktchirurgie, ist eine systematische Einführung für Arzthelferinnen in dieses Aufgabengebiet sinnvoll, um den Ansprüchen an die Sicherung und Förderung des Strukturqualität zu entsprechen. – Das Curriculum wurde parallel zum allgemeinen Fortbildungs-Curriculum „ambulantes Operieren“ entwickelt, weil es gravierende Besonderheiten in der Augenheilkunde gegenüber allen anderen Fachgebieten, z. B. hinsichtlich der Techniken und der Materialien, gibt. Ein umfängliches spezialisierendes Zusatzcurriculum, aufbauend auf das o. g. 160-Stunden Basiscurriculum, wäre aber wirtschaftlich nicht mehr vertretbar. Darüber hinaus besteht keine nennenswerte Fluktuation von Arzthelferinnen in der Augenheilkunde in andere Fachgebiete, was ebenfalls für ein „eigenes“ Curriculum in dieser Disziplin spricht.

Alle Curricula sind nicht als obligatorische Maßnahmen, sondern als sinnvolle und zweckmäßige Angebote zu verstehen, um mit bundesweiten Standards die erforderlichen Voraussetzungen für eine einheitliche Mindestqualifikation des Personal zu schaffen. Die Entwicklung bundesweit geltender Curricula – entweder durch die Bundesärztekammer oder dezentral durch eine Landesärztekammer – wird von den Kammern begrüßt und hat sich als zweckmäßiges und gut akzeptiertes Verfahren bewährt. Insbesondere nach der Neukonzeption der Arztfachhelferin (s. Tätigkeitsbericht 2000/2001, Seite 323 ff) können die Curricula als Module i. R. des Wahlteils „Medizin“ sinnvoll eingesetzt werden. – Die Curricula liegen in broschierter Form vor; weitere sind für 2004 in Planung.

## **Tarfbereich: Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA)**

Im Jahre 1968 wurde die AAA als tariffähige Arbeitgebervereinigung gebildet. Seit dem 01.04.1969 wurden 30 Gehaltstarifverträge und 11 Manteltarifverträge mit dem Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen (BdA), dem Verband weiblicher Arbeitnehmer und der Deutschen Angestellten Gewerkschaft sowie seit 1992 (nach 16-jähriger Unterbrechung) auch wieder mit der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr bzw. nunmehr mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di) abgeschlossen. (Der Verband weiblicher Arbeitnehmer hat sich zum 30.03.2002 aufgelöst.)

Die Tarifwerke sind zwar nicht allgemeinverbindlich, haben aber eine hohe normierende Wirkung entfaltet.

Im Jahre 1990 wurde ein neu gestaltetes Vergütungssystem nach Berufsjahren und Tätigkeitsgruppen eingeführt und damit ein stärkerer Leistungsbezug bewirkt. Für die Tarifrunde 2003 forderten die Arbeitnehmerinnen Erweiterungen der Gehaltstabelle hinsichtlich der Berufsjahre sowie der Tätigkeitsgruppen, u.a. wegen der inzwischen zahlreichen Fortbildungscurricula bzw. Zertifikate, darüber hinaus natürlich deutliche Lohnsteigerungen. In mehreren Tarifrunden bzw. Gesprächen im Berichtsjahr haben die Arbeitgebervertreter mit Verweis auf die Folgen des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die wirtschaftliche Situation der Praxen und die befürchteten Einbußen auf Grund des GKV-Modernisierungsgesetzes für das Jahr 2004 sowohl strukturelle Veränderungen als auch prozentuale Erhöhungen im Gehaltsgefüge abgelehnt.

Gehalts- und Manteltarifvertrag von 1992 sahen erstmals eine Ausweitung auch auf das Gebiet der neuen Bundesländer vor. Die Sprechstundenschwester und Sprechstundenhelfer der früheren DDR wurden den Arzthelferinnen gleichgestellt. Das Vergütungsniveau beträgt seit Januar 2002 85% des Westniveaus.

Der seit November 1997 gültige Manteltarifvertrag enthält zahlreiche Änderungen (z. B. Wegfall des Urlaubsgeldes ab 1998), die direkte Einsparungen bei den Personalkosten, mehr Flexibilität bei der Personalplanung sowie größere Rechtsklarheit in der Auslegung der Tarifwerke gebracht haben.

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



anderen freiberuflichen Gesundheitsbereichen (z. B. bei den Zahnärzten) werden eher als nachteilig empfunden. Für die Zukunft gilt es aber, die AAA hinsichtlich ihrer Repräsentanz und Legitimation in der Ärzteschaft bzw. der Selbstverwaltung noch stärker zu verankern. An entsprechenden Überlegungen zu einer Strukturreform wird z. Zt. intensiv gearbeitet. Sie wird unter der Führung des in der Mitgliederversammlung am 26.02.2003 neugewählten Vorstandes (San.-Rat Peter Sauer mann, Velden z, Dr. Ursula Auerswald, Bremen und Dr. Klaus Uffelmann, Gemünden) durchzuführen sein.

## Altersversorgung: Pensionskasse der Gesundheitsberufe

Nach Vorberatungen der Tarifpartner seit 2000 und einer Informationsveranstaltung der AAA im März 2001 wurde im Januar 2002 die Eckwerte eines Entgeltumwandlungsvertrages auf der Basis der seit 2001 geltenden gesetzlichen Grundlagen (Altersvermögensgesetz und Gesetz zur betrieblichen Altersversorgung) festgelegt und die Einrichtung einer spezifischen Altersversorgungseinrichtung für Praxispersonal in Form einer Pensionskasse beschlossen.

Mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung“ vom 23.01.2002, einer „Ergänzenden Vereinbarung“ der Tarifpartner sowie einem „Ergänzungstarifvertrag zum Mantel- und Gehaltstarifvertrag“, mit dem eine entsprechende rechtliche Verknüpfung zwischen allen bestehenden Tarifwerken hergestellt wurde, war für alle tariflich orientierten Arbeitsverhältnisse formalrechtlich der Weg für die betriebliche Altersversorgung rückwirkend ab dem 01.01.2002 frei. Der Entgeltumwandlungstarifvertrag setzt die Vorgaben und Fördermöglichkeiten des Altersvermögensgesetzes in einer Form um, die sowohl den gesetzlichen Vorgaben genügt als auch den Bedingungen der ärztlichen Praxen und den Bedürfnissen der Arzthelferinnen Rechnung trägt. Die Modalitäten sollen gewährleisten, dass mit einem Minimum an Zeit und organisatorischem Aufwand für den Arzt ein Maximum an Förder- und Versorgungsleistungen für die Arzthelferin erreicht wird. Die Altersversorgung ist rein arbeitnehmerfinanziert; die Beiträge sollen aus den bisherigen vermögenswirksamen Leistungen gespeist werden. Diese wurden begleitend – sozusagen als „Starthilfe“ der Arbeitgeber – durch einen zusätzlichen Änderungstarifvertrag ab 2002 leicht erhöht. Evtl. Zuschüsse des Arbeitgebers sind freiwillig, sind aber (z. B. durch Weitergabe der ersparten Sozialversicherungsbeiträge) nach den Vorstellungen der Arbeitsgemeinschaft wünschenswert. – Der Tarifvertrag wurde für den Bereich der zahnärztlichen Praxen komplett übernommen.

Der Tarifvertrag sieht als einzigen Durchführungsweg das Pensionskassenmodell vor. Diese Entscheidung wurde unter den Tarifvertragsparteien nach eingehender Prüfung, insbesondere hinsichtlich der Kosten für den Arbeitgeber (Entfall der Insolvenzversicherung und Steuerfreiheit für Arbeitgeberbeiträge) und der (steuerlichen) Vorteile und Fördermöglichkeiten für die Arzthelferin einvernehmlich getroffen. Gleichzeitig wurde die Schaffung eines eigenständigen Versorgungswerkes für Praxispersonal beschlossen. Dieses bietet i. S. einer Gruppenversicherung alle wünschenswerten Vorteile hinsichtlich Rendite, Verwaltungskosten, Logistik und Beratung sowie Ablauleistung. Mit Unterstützung eines renommierten externen Beraters wurde auf der Basis eines Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zwischen April und Oktober 2002 der Träger dieser Versorgungseinrichtung ausgewählt; die

Entscheidung fiel – gemeinsam und einvernehmlich mit dem Arzthelferinnenverband und der Zahnärzteschaft (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Zahnärzthelferinnen) – zu Gunsten der Deutschen Ärzteversicherung, Köln, gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf, aus. Die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung haben dies am 27.09.2002 zustimmend zur Kenntnis genommen.

Nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung im Oktober 2002 wurde der Geschäftsbetrieb unverzüglich aufgenommen. Die Deutsche Ärzteversicherung (mit ihrem speziell gegründeten Risikoträger ProvbAV) bot zunächst einen Vorsorgetarif in Form einer fondsgebundenen Rentenversicherung an, optional ergänzbar um eine Berufsunfähigkeits-zusatzversicherung. Im Sommer 2003 kam als alternative Möglichkeit ein klassischer Rententarif mit Garantiezins hinzu. – Für die Implementierung der Pensionskasse steht auf Seiten der Versicherung ein eingespieltes und auf die Spezifika der Ärzteschaft ausgerichtes Logistik- und Beratungsnetz, ergänzt um die Filialen der Deutschen Apobank, zur Verfügung, mit dem ein möglichst rascher, flächendeckender Aufbau möglich wurde. In rund 1500 Abschlüssen bis September 2003 dokumentiert sich ein erfolgreicher Start des Projektes. – Die Gründungsmitglieder begleiteten die Implementierung intensiv in Form eines Lenkungsausschusses und seit Oktober 2003 im Rahmen eines neu geschaffenen Beirates, in den in der Mitgliederversammlung der AAA am 26.02.2003 für die Ärzteschaft San.-Rat Peter Sauer mann, Velden z, Dr. Klaus Uffelmann, Gemünden und Dipl.-Volksw. Franz Stobrawa, Bonn, berufen wurden. – Das Modell steht auch anderen Berufsgruppen und Institutionen/Arbeitgebern im Gesundheitsbereich offen; 18 weitere Organisationen sind bisher beigetreten. Das Potenzial an zu Versichernden beläuft sich schätzungsweise auf ca. 750 000 Personen.

Vorstand und Geschäftsführung der AAA haben Aufbau und Einführung der Pensionskasse durch Artikel im Deutschen Ärzteblatt, Rundschreiben und Präsentationen und nicht zuletzt i. R. von hunderten telefonischen Anfragen von Ärzten, Arzthelferinnen und breit und intensiv kommuniziert bzw. unterstützt. Alle Aktivitäten hatten das Ziel, die nötigen Voraussetzungen zu schaffen, um der betrieblichen Altersversorgung für das Praxispersonal langfristig zum Erfolg zu verhelfen. Die bisherige Resonanz zeigt, dass das Angebot, das aus der Selbstverwaltung heraus entwickelt wurde, von den Betroffenen angenommen wird. Nichtsdestotrotz muss die Öffentlichkeitsarbeit seitens der Versicherung nochmals deutlich intensiviert werden – so das Ergebnis der Beiratssitzung „Gesundheitsberufe“ am 15.10.2003 – um die anspruchsvollen Vorgaben zu erreichen.

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

Alle Fragen zur Berufsbildung und Berufsausübung der Fachberufe werden in den beiden Beratungsgremien „Ausschuss“ sowie „Ständige Konferenz“ bei der Bundesärztekammer koordiniert, die von Sachverständigen aus den Ärztekammern besetzt werden. Für die Wahlperiode 2003/2007 haben sich die Gremien am 16.10.2003 neu konstituiert. Als Vorsitzende wurde Frau Dr. Ursula Auerswald, Präsidentin der Ärztekammer Bremen, als Stellvertretende Vorsitzende Frau Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, vom Vorstand bestätigt bzw. neu berufen. Als einen langfristigen zukünftigen Arbeitsschwerpunkt hatte die Vorsitzende zu Beginn der letzten Amtsperiode ausdrücklich die Verbesserung der Kooperation mit den Fachberufen im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt gestellt und im Bereich der Arzthelferinnen als direkter und vom Arzt abhängiger Mitarbeiterin insbesondere die Verantwortung der Selbstverwaltung für eine Verbesserung der Strukturqualität (Aus-, Fort- und Weiterbildungsregelungen) hervorgehoben. Dem gemäß stand in der konstituierenden Sitzung die Vorstellung und Abstimmung über das Eckwerte-Papier zur Novellierung der Ausbildungsverordnung für Arzthelferinnen im Mittelpunkt (s. Seite 379). Darüber hinaus wurde über bundespolitisch bedeutsame Entwicklungen in der Berufsbildung wie: Novellierung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG), Ausbildungsplatzabgabe und Anerkennung von Berufsschulleistungen in den Abschlusszeugnissen diskutiert. Die Bundesärztekammer ist in diesen Themen über den Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und das Kuratorium der Deutschen Wirtschaft für Berufsbildung (KWB) auf Bundesebene eingebunden. Hinsichtlich der Novellierung des BBiG wurden auf der Basis einer Umfrageaktion im Juni 2003 die Änderungswünsche der Kammern in den Forderungskatalog der Wirtschaftsverbände gegenüber dem Bundesministerium für Bildung und Forschung aufgenommen. Ebenfalls wurde die Ablehnung einer wie auch immer ausgestalteten Ausbildungsplatzabgabe der niedergelassenen Ärzte für die Arzthelferinnen-Ausbildung durch die Landesärztekammern – i. S. der Ergebnisse einer Umfrage vom 12.06.2003 und des Votums der Ständigen Konferenz der Vertreter der Geschäftsführungen am 17.07.2003 – über den BFB und das KWB durch Öffentlichkeitsarbeit in den politischen Meinungsbildungsprozess eingebracht. Die Gremien haben diese Auffassung bestätigt und die Befürchtung eines zusätzlichen kontraproduktiven Effektes auf die Ausbildungsbereitschaft der Ärzte – auch durch eine Pressemitteilung – zum Ausdruck gebracht. Der Rückgang der Ausbildungszahlen zum 30.09.2003 (s. vorne) scheint diese Befürchtung zu bestätigen.

Die Weiterentwicklung von Fortbildungscurricula für Arzthelferinnen wurde ebenfalls thematisiert. Darüber hinaus waren die Entwicklungen bei den Pflegeberufen und die Akademisierungstendenzen bei den Gesundheitsfachberufen wichtige Themen.

Auch im Verhältnis zu den Pflegeberufen lässt sich u. a. anhand des Anfang 2003 abgeschlossenen Modellprojekts „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus“ [InterKiK] belegen, dass die Gestaltung kooperativer Beziehungen seitens der Bundesärztekammer bewusst gesucht wird. Vor dem Hintergrund sich ändernder

Versorgungsstrukturen in Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes sind neue Zusammenarbeitsformen zukünftig verstärkt an den Schnittstellen zwischen den Professionen sowie sektorenübergreifend zu realisieren. Deshalb wurde bereits in Gesprächen mit dem Deutschen Pflegerat in den Jahren 2001 und 2002 zur Weiterentwicklung der Kooperation die sog. „Überleitung“ von Patienten zwischen den Versorgungsbereichen als ein wichtiges Feld identifiziert. Hierzu wurde ein Diskussionspapier erarbeitet, in dem auf der Basis einer Defizitanalyse ein gemeinsames Projekt von Bundesärztekammer und Pflegerat mit dem Ziel empfohlen wird, durch strukturierte Überleitung die Patientenversorgung an den Schnittstellen Arzt/Pflege bzw. stationäre/ambulante Versorgung zu optimieren. Im Ausschuss Qualitätssicherung und im Vorstand der Bundesärztekammer wurde dieser Vorschlag im November bzw. Dezember 2002 befürwortet. Voraussetzungen sind allerdings die finanzielle Förderung des Vorhabens von dritter Seite (entsprechende Anfragen wurden im Berichtsjahr getätigt) und eine weitere Konsentierung mit den Pflegeverbänden über die Reichweite und konkrete Zielsetzung des Projektes. Insbesondere geht es dabei um das Verhältnis der beiden Konzepte von Leitlinien (in der Medizin) und Expertenstandards (in der Pflege).

Von hoher Bedeutung für die weitere Zusammenarbeit werden die Ergebnisse des für das Jahr 2004 erstmalig in Aussicht genommenen Dialogs des Vorstands der Bundesärztekammer mit Vertretern der Pflege sein. Dieser Dialog wurde inhaltlich im Berichtsjahr durch eine intensive Beratung des Vorstands i. R. seiner Klausurtagung im Juni 2003 zum Thema „Zusammenwirken mit der Pflege“ auf der Basis eines strukturierenden Diskussionspapiers der Geschäftsführung vorbereitet. Frau Dr. Auerswald führte als Berichterstatterin in Form eines Impulsreferates in die Thematik ein und entwickelte – ausgehend von den aktuellen Strukturproblemen des Gesundheitswesens und der erfolgreichen Professionalisierungspolitik der Pflegeberufe – neue (mögliche) Einsatzfelder der Pflege und die aus deren Bedeutungszuwachs resultierenden Konsequenzen für die Ärzteschaft und die Gesundheitsversorgung. Zu nennen sind hier insbesondere eine bessere Vernetzung der Sektoren, der Anbieter und Leistungen in der Pflege und in der hausärztlichen Versorgung, der Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung, Prävention und „aufsuchender“ Betreuung und die notwendige Abstimmung in der Qualitätssicherung – und dies vor dem Hintergrund eines mittlerweile (auch sozialrechtlich) eigenständigen Berufsbereiches (SGB X/Pflegeversicherung), woraus auch weitergehende Kompetenzen und Zuständigkeiten in der Versorgung bis hin zu einer eigenen Selbstverwaltung abgeleitet werden. – Der Vorstand zeigte sich in der Diskussion offen für die Optionen, die aus einem neuen berufspolitischen, fachlichen und gesellschaftlichen Selbstverständnis der Pflege und ihrer zukünftigen Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung ergeben könnten. Um so stärker wird aber im Gegenzug auf die Unantastbarkeit des ärztlichen Kompetenzbereiches zu achten sein.

Die Geschäftsführung bemüht sich seit 2001/2002 intensiv um Fördermittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung aus dem Programm der Bundesregierung „Neue Medien in der beruflichen Bildung“ für ein e-learning-Projekt für Arzthelferinnen. Die Kammern begrüßen das Vorhaben; vier Kammern sowie weitere Bildungsträger haben ihre verbindliche Mitwirkung zugesagt. Zwei Anträge wurden mit erheblichem Aufwand an Vorbereitung gemeinsam mit dem Institut für Berufs-, Wirtschafts- und Sozialpädagogik der Universität zu Köln im Juli 2002 und Januar 2003 gestellt, jedoch wegen der zwischenzeitlichen Umwidmung von Mitteln in andere Programme bisher leider immer noch nicht beschieden.

### **Gemeinsames Modellvorhaben Bundesärztekammer/Pflegerverbände „Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus – Maßnahmen zur Verbesserung von Patientenaufnahme, Visite und Entlassung“ (InterKiK)**

Die Gremien beschäftigen sich seit 1995 verstärkt mit der pflegerischen Versorgung in Deutschland sowie der Schnittstellenproblematik. Auf der Basis eines Grundsatzpapiers von 1996 initiierte die Bundesärztekammer ein gemeinsames Projekt mit fünf Pflegeverbänden zur Verbesserung der Kooperation an den Schnittstellen- und Steuerungssituationen Aufnahme, Patientenvisite und Entlassung im Krankenhaus, da diese ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung einer patientenorientierten Versorgung auf der Prozess- und Ergebnisebene bieten.

Das Projekt erhielt „Starthilfe“ durch eine von der Robert Bosch Stiftung finanzierte Projektplanungsstudie und wurde vom BMG von 1999-2002 durch Fördermittel in Höhe von 633.000 DM unterstützt. Die Durchführung erfolgte durch die Abteilung Medizinische Psychologie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf und das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, das Projekt wurde von einem Projektbeirat begleitet. (Ausführliche Darstellungen der Vorgeschichte und des Projektverlaufs finden sich in den Tätigkeitsberichten 2001/2002, S. 354 f und 2002/2003, S. 412 f.)

Im Vorhaben wurden Methoden, Instrumente und Verfahren in Form konkreter praxisnaher Hilfen für die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten im Krankenhaus bei Aufnahme, Visite und Entlassung entwickelt, die auf andere Akutkrankenhäuser transferierbar sind und es diesen ermöglichen, die einzelnen Schritte in Eigenarbeit und ohne externe Begleitung durchzuführen. Das evaluierte Instrumentarium umfasst Methoden des Basis-Assessments, der Struktur- und Konzepterhebung, der Patientendokumentation und der Messung von Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.

Als konkretes Ergebnis liegt seit Dezember 2002 nunmehr die so genannte InterKiK Toolbox vor, mit der alle Instrumente, Maßnahmen und Umsetzungshilfen anwenderfreundlich und kostengünstig in Form einer CD-ROM mit begleitendem Booklet zur Verfügung gestellt werden. Damit soll die von Anfang an intendierte weite Verbreitung der Ergebnisse ermöglicht werden. Dies wird insbesondere in den Krankenhäusern umso leichter geschehen können, in denen bereits etablierte Strukturen eines internen Qualitätsmanagements vorhanden sind. Hier stellt InterKiK zusätzlich differenziertes Material z. B. für Audits zur Verfügung. InterKiK könnte somit beispielsweise auch in gängigen Zertifizierungsverfahren wie KTQ zum Einsatz kommen. Aber auch in Häusern, in denen QM-Systeme noch nicht existieren, kann InterKiK bei deren Implementierung eine gute Hilfe darstellen.

Am 23.01.2003 wurden die Ergebnisse des Projektes durch die Institute und Vertreter des Beirates in einem Pressegespräch vorgestellt. Das Projekt hat bisher in der Fachöffentlichkeit eine positive Resonanz gefunden. Der hier berufspolitisch erstmalig beschrittene Weg eines gemeinsamen Projektes mit den Pflegeberufen auf Bundesebene sollte nach Auffassung aller Beteiligten fortgeführt werden; die so genannte „Überleitungsthematik“ (s. vorne) bietet sich hierfür aus fachlicher Sicht besonders an.

# Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer gegründete Konferenz mit derzeit 38 Mitgliedsverbänden trat erstmals im April 1989 zusammen. Ziel dieser ständigen Einrichtung, die bisher ein- bis zweimal jährlich getagt hat, ist es, die gegenseitige Information zu verbessern, zur Klärung des Selbstverständnisses beizutragen und in dem sich auseinanderentwickelnden Feld der Gesundheitsberufe im Interesse des Patienten die ordnende Kompetenz des Arztes zu wahren.

In ihrer Gründungssitzung 1989 wurden von der Konferenz „10 Thesen zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ beschlossen (s. Tätigkeitsbericht 1992, S. 572 ff). In der Sitzung 1993 wurde eine Vereinbarung zwischen Bundesärztekammer und fünf Verbänden der Pflegeberufe zur „Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeberufen“ vorgestellt (s. Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 9, 04.03.1994). Das Papier war 1994 Auslöser für ein weiteres Papier zur interprofessionellen Kooperation zum Thema „Kooperationsmodelle“, dem sich allerdings die Verbände der Pflegeberufe nicht anschlossen (s. Deutsches Ärzteblatt 92, Heft 11, 17.03.1995).

Die Teilnehmer der Konferenz haben sich seit 1995 immer wieder intensiv mit den jeweils geplanten Gesundheitsreformen und den in diesem Zusammenhang stets neu ins Gespräch gebrachten Varianten zur Kostendämpfung beschäftigt. In 2003 stand das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit seinem weitreichenden Folgen für die (ärztliche) Selbstverwaltung und die Versorgungsstrukturen bei gleichzeitiger Einführung der DRGs im stationären Bereich im Mittelpunkt. – Seit 1996 steht das Schwerpunktthema „Qualitätssicherung“ regelmäßig auf der Tagesordnung. Feststellbar ist hier seit einigen Jahren die Tendenz zu verstärkter verbandsübergreifender Kooperation innerhalb und zwischen den Disziplinen, insbesondere in der Sprach- und Ernährungstherapie. Eine EDV-gestützte Dokumentation von QS-Projekten erfolgt seit einiger Zeit durch die „Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin“ (AQS), deren Angebot zur Zusammenarbeit von der Konferenz begrüßt wurde.

Seit dem Jahre 2000 stehen die Sitzungen unter der Leitung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Professor Hoppe, sowie der Vizepräsidentin und zugleich Fachberufegremien-Vorsitzenden, Frau Dr. Auerswald. Die Sitzung am 25. und 26.03.2003 wurde durch eine interprofessionelle Arbeitsgruppe inhaltlich geplant und fand zweitägig zu den Schwerpunktthemen „Berufsfeldentwicklung – Akademisierung der Gesundheitsfachberufe“ und „Qualitätsmanagement“ mit zahlreichen Referenten aus Wissenschaft, Gesundheitsverwaltung und Verbänden statt. Zur Vorbereitung wurde eine Fragebogenaktion unter den Verbänden zu Situation und Perspektiven der Berufe durchgeführt, deren Ergebnisse einfühend dargestellt wurden und auf der Homepage der Bundesärztekammer abrufbar sind. – Als Gäste waren Vertreter der Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bildung und Forschung sowie Familie, Senioren, Frauen und Jugend anwesend.

Hinsichtlich der Akademisierung wurde deutlich, dass die Verbände der gesetzlich geregelten Fachberufe die Möglichkeiten des Bologna-Prozesses in der deutschen Hochschullandschaft (Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen nach angloamerikanischem Vorbild) zukünftig verstärkt für eine Akademisierung nicht nur der Fort- und Weiterbildung, sondern auch der Ausbildungsstufe nutzen wollen. Hierbei spielen insbesondere der Status der Berufe im internationalen Vergleich und berufsstrukturelle Motive eine Rolle. Ob die Erfordernisse des Arbeitsmarktes Gesundheitswesen auf die Aufnahme einer größeren Zahl akademisch qualifizierter Berufsangehöriger ausgerichtet sind, soll als Fortsetzung dieser Diskussion in der Fachberufekonferenz 2004 thematisiert werden. – Dass die Entwicklung von Qualitätsmanagementmodellen mittlerweile in den Fachberufen deutlich vorangeschritten ist, wurde durch die Präsentation vielfältiger Ansätze deutlich. Insbesondere sind strukturqualitative Ansätze in den letzten Jahren zunehmend prozess- und ergebnisorientierten Verfahren gewichen. – Die Fachberufekonferenz 2004 wird – ebenfalls zweitägig – neben der Vertiefung der Akademisierungsdebatte den Beitrag von Klassifikationsmodellen für die Qualitätssicherung und die interprofessionelle Zusammenarbeit in den Mittelpunkt rücken.

## Andere Gesundheitsberufe

### Kranken- und Kinderkrankenpflege

Seit Mitte der 90er Jahre bemühten sich die Berufsverbände in der Pflege intensiv darum, das Berufsgesetz von 1985 inhaltlich und strukturell zu reformieren und zwar sowohl im Sinne einer inhaltlichen Modernisierung (häusliche Pflege, Prävention, Qualitätssicherung, Sozial- und Pflegewissenschaft) als auch strukturell (Zusammenführung aller Berufszweige „generalistische“ Ausbildung) mit horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit (s. hierzu ausführlich Tätigkeitsbericht 2001/2002, Seite 361f). Das vom Bundesministerium für Gesundheit in November 2002 vorgelegte Diskussionspapier, das einen pragmatischen Ansatz mit weitgehendem Erhalt bestehender Strukturen und lediglich eine Teilintegration der Ausbildungsgänge Kranken- und Kinderkrankenpflege vorsah, wurde deshalb als hierfür in allen wesentlichen Punkten nicht ausreichend abgelehnt.

Der Referentenentwurf vom Februar 2002 hielt zwar ebenfalls die beiden eigenständigen Berufsbilder bei, sah jedoch eine Teilintegration und wesentliche inhaltliche Weiterentwicklungen angesichts der demografischen und medizinischen Entwicklung sowie eine verbesserte Theorie-Praxisverzahnung vor. In ihrer Stellungnahme von April 2002 begrüßte die Bundesärztekammer die inhaltlichen Verbesserungen, kritisierte allerdings aus haftungsrechtlicher Sicht und unter Kooperationsgesichtspunkten die in der Ausbildungszielbestimmung sehr weitgehend gefasste Eigenverantwortlichkeit auch für den Bereich der Behandlungspflege. Diesen Bedenken wurde durch Änderungen im Regierungsentwurf vom Mai 2002 weitgehend Rechnung getragen; sie wurden jedoch im weiteren Verfahren insbesondere durch die Stellungnahme des Bundesrates in den Hintergrund gedrängt.

Der Entwurf fiel aufgrund des Endes der Legislaturperiode des Bundestages der Diskontinuität anheim, wurde jedoch im Oktober 2002 wortgleich erneut in den Bundestag eingebracht. Die Lesung am 19.12.2002 und die Anhörung vor dem Bundestagsausschuss für Gesundheit am 19.02.2003, in der für die Bundesärztekammer der Hauptgeschäftsführer, Herr Prof. Dr. Fuchs teilnahm, zeigten, dass weitgehende Einigkeit bestand, das Reformkonzept möglichst rasch auf den Weg zu bringen. In einem Spitzengespräch zwischen Bundesärztekammer und Vertretern des Deutschen Pflgerates am 13.02.2003 konnte auch im Vorfeld der Anhörung Einigung über grundlegende Ziele herbeigeführt werden.

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung war Gegenstand einer Besprechung im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung am 09.07.03; zum Entwurf (Stand 30.04.03) hat die Bundesärztekammer mit Schreiben vom 03.07.03 Stellung genommen und – bei weitgehender Zustimmung – einige ihres Erachtens über den Rahmen des neuen Gesetzes noch hinausgehende Kompetenzerweiterungen der Pflege kritisiert.

Am 19.11.2003 ist die Neuordnung der Berufe in der Krankenpflege mit der Veröffentlichung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung vom 10.11.2003 im Bundesgesetzblatt abgeschlossen worden. Das neue Berufsgesetz vom 16.07.2003 wurde bereits am 21.07.2003 im Bundesgesetzblatt bekannt gegeben. Beide Regelungen sind seit dem 01. Januar 2004 in Kraft.

Die neuen Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger bringen das erweiterte Aufgabenspektrum der Berufe zum Ausdruck. Durch den Erhalt des eigenständigen Abschlusses in der Kinderkrankenpflege kam es vorerst noch nicht zu einem „generalistischen“ Einheitspflegeberuf.

Die 4600 Stunden umfassende Ausbildung mit nunmehr 2100 Stunden Unterricht (bisher 1600 Stunden) und 2500 Stunden Praxis (bisher 3000 Stunden) ist stärker theoretisch ausgerichtet. Der kinderpflegerische Bereich ist mit einer 1200 Stunden umfassenden Differenzierungsphase in Unterricht und praktischer Ausbildung berücksichtigt, so dass bereits jetzt in hohem Maß eine Integration der beiden Berufe stattfindet. Durch die im Gesetz enthaltene Modellklausel können zukünftig noch weitergehende Ausbildungskonzepte, in denen auch die Altenpflegeausbildung einbezogen ist, erprobt werden. – 500 Stunden der praktischen Ausbildung sind in Einrichtungen der ambulanten Versorgung abzuleisten.

Entfallen ist die zweijährige Krankenpflegehelferausbildung, da diese wegen der fehlenden medizinisch-pflegerischen Ausrichtung nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes nicht (mehr) in die Regelungskompetenz des Bundes für die Heilberufe nach Artikel 74, 19 Grundgesetz fällt; hier müssen die einzelnen Bundesländer tätig werden und ggf. landesrechtliche Vorschriften erlassen.

Das Gesetz enthält eine sehr umfassende Ausbildungszielbestimmung, wonach in der Ausbildung fachliche, personelle, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse zu vermitteln sind. Das Tätigkeitsfeld von Pflege erstreckt sich zukünftig unter Einbeziehung präventiver, rehabili-



tativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit von zu pflegenden Menschen, wobei die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen sind.

Die hierfür notwendigen Aufgaben sind nunmehr weitgehend eigenverantwortlich auszuführen. Folgende Aufgaben sind i. R. der Mitwirkung auszuführen:

- eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen
- Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation
- Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.

Darüber hinaus wurde eine Verpflichtung zur interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in die Zielbestimmung aufgenommen.

Die weitreichende Ausweitung von eigenverantwortlichen Zuständigkeiten und Tätigkeiten ist nach Auffassung der Mehrheit der an den Beratungen beteiligten Gruppen, der politischen Parteien wie auch der Bundesregierung angemessener Ausdruck der neuen sozialrechtlichen Bedeutung der Pflege, insbesondere in der ambulanten Versorgung. Sie findet ihren Niederschlag auch inhaltlich in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung. Unter den 12 handlungsfeldbezogenen sehr komplexen Ausbildungszielbestimmungen für den theoretischen und praktischen Unterricht nimmt die Arztassistenz lediglich eine Position ein („bei der medizinische Diagnostik und Therapie mitwirken“); Schüler und Schülerinnen sind zu befähigen, ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen. – Inwieweit sich die anspruchsvolle neue didaktische Konzeption, auf die die Schulen überwiegend noch nicht vorbereitet sind, unmittelbar umsetzen lässt und mittelfristig zu einer Steigerung der Qualität der Pflegeausbildung und der pflegerischen Versorgung führen wird, bleibt abzuwarten.

Die Regelungen enthalten ebenfalls Neuerungen hinsichtlich einer verbesserten Praxisanleitung der Pflegeschüler bzw. einer besseren Verbindung von Unterricht und praktischer Ausbildung. Darüber hinaus ist für die Unterrichtstätigkeit zukünftig eine akademische Qualifikation vorgesehen. Im Prüfungsausschuss kann der Arzt auch durch einen Diplom Medizinpädagogen ersetzt werden.

## **Pflegefachkraft für ambulante Dienste**

Bereits 1995 wurde mit Blick auf das Pflegeversicherungsgesetz und aus arbeitsmarktpolitischen Erwägungen von Bundeskanzleramt und Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände die Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes in der ambulanten Pflege auf der Basis des Berufsbildungsgesetzes vorgeschlagen. Die Bundesärztekammer – wie auch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und das Bundesgesundheitsministerium – sprach sich auf der Basis von Votums der Fachberufegremien 1996 insbesondere aus qualitativen Gründen sowie wegen der bestehenden berufsrechtlichen Systematik bei den Pflegeberufen dagegen aus. Unter Qualitätsaspekten kann eine zweijährige duale Ausbildung ggf. für eine hauswirtschaftliche Tätigkeit ausreichend sein, nicht jedoch für einen medizinisch orientierten Pflegeberuf.

Gegen das Votum der Bundesärztekammer, von Pflege und Wohlfahrtsverbänden, Ländern und Gewerkschaften hat das Kuratorium der Deutschen Wirtschaft für Berufsbildung 1996 trotzdem eine Neuordnung mit dem Titel „Fachkraft für ambulante Pflege und Betreuung“ beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beantragt, allerdings ohne Erfolg, da insbesondere der Bedarf und die Struktur von der Arbeitgeber- und der Gewerkschaftsseite unterschiedlich beurteilt wurde.

Nunmehr soll das Vorhaben erneut angegangen werden, nachdem sich zwischen den Gewerkschaften und den Spitzenverbänden der Wirtschaft eine Annäherung hinsichtlich der Ausbildungsdauer von zwei Jahren abzeichnet. Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme gegenüber dem Bundesverband Freier Berufe im Dezember 2002 ihre Ablehnung in Abstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bekräftigt; sie hat dabei insbesondere auf die bewährte rechtssystematische Konstruktion der (nichtärztlichen) Heilberufe – die aus guten Grunde nach Artikel 74, 19 GG in Form von Berufsgesetzen und nicht dual geregelt sind – an der Schnittstelle zwischen schulischer und dualer Ausbildung hingewiesen. – Ein für Frühjahr 2003 anberaumtes Spitzengespräch zwischen der Bundesärztekammer mit den Wirtschaftsorganisationen, an dem auch Vertreter der Pflegeverbände teilnehmen sollten, kam bisher leider nicht zu Stande.

## Altenpflege

Mit dem Gesetz vom 17.11.2000 und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 26.11.2002 wurden die Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche Ausbildung anstatt der bisher landesrechtlichen Regelungen in der Altenpflege geschaffen. Rechtssystematisch erfolgte eine Zuordnung zu der Kompetenzmaterie der Zulassung zu Heilberufen nach Artikel 74 Absatz 1 Nr. 19 Grundgesetz, da der medizinisch-pflegerische Teil der Ausbildung überwiegt;. Ziele und Gegenstände des medizinisch-pflegerischen Teils der Ausbildung sind

- die sach- und fachkundige, den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
- die Mitwirkung bei der Behandlung kranker und behinderter alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
- die Einhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
- die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung.

Das In-Kraft-Treten des Gesetzes zum 01.08.2001 wurde durch einen Antrag auf einstweilige Anordnung der Bayerischen Staatsregierung mit dem Ziel eines Normenkontrollverfahrens in seinen wesentlichen Bestandteilen durch das Bundesverfassungsgericht im Mai 2001 verhindert. Die Bayerische Staatsregierung monierte in ihrem Normenkontrollantrag die fehlende Gesetzgebungskompetenz des Bundes, da die Altenpflege kein überwiegender Heilberuf sei, sondern von den Ausbildungszielen her die pflegerischen Elemente, die nicht der Heilung dienen, deutlich überwiegen. – In seinem Urteil vom Oktober 2002 wies das BVerfG die Klage zwar zurück, so dass die neuen Regelungen zum 01.08.03 in Kraft getreten sind, aberkannte dem Bund jedoch die Regelungskompetenz für die vorgesehene (zweijährige) Altenhelferausbildung aus den o. g. Gründen; diese ist jetzt auf Länderebene zu regeln. – Das Gesetz eröffnet im übrigen die Möglichkeit, integrierte Pflegeausbildung aller drei Zweige zu erproben.