
Berufsentwicklung der Medizinischen Fachangestellten - Das Bildungskonzept der Bundesärztekammer

Mit 390.000 Berufsangehörigen ist die Gruppe der *Medizinischen Fachangestellten (MFA)* bzw. *Arzthelferinnen* der zahlenmäßig drittgrößte Gesundheitsberuf in Deutschland (1). Dieser Beruf stellt somit einen sowohl quantitativ wie auch qualitativ bedeutsamen „Pfeiler“ in der ambulanten medizinischen Versorgung dar. Weiterentwicklungen am Berufsbild, die Qualität der Aus- und Fortbildung sowie die Rekrutierung einer ausreichenden Anzahl von Beschäftigten stellen deshalb wichtige „Stellschrauben“ bei der Sicherung und Fortentwicklung der Qualität der Gesundheitsversorgung insgesamt dar.

Die Bundesärztekammer beschäftigt sich in ihrer Zuständigkeit für Koordinierungs- und Abstimmungsprozesse zwischen den Landesärztekammern als den nach dem Berufsbildungsgesetz „zuständigen Stellen“ für die Aus- und Fortbildung von MFA mit deren Berufsentwicklung. Als Sozialpartner ist sie bspw. auch in Neuordnungsverfahren beim Bundesinstitut für Berufsbildung im Jahr 1985 und dann wieder nach 20 Jahren im Jahr 2005 beteiligt gewesen. Seit Mitte der 90er Jahre liegt ein Arbeitsschwerpunkt der Berufsentwicklung auf dem Bereich der Fortbildung bzw. deren Vereinheitlichung im Sinne eines Orientierungsrahmens für die Landesärztekammern.

Die von SAUL B. ROBINSOHN (2) in den 60er Jahren formulierten Kriterien bzw. Schritte der Curriculumentwicklung, nämlich über die Analyse von zukünftigen Verwendungssituationen auf die dafür notwendigen Kompetenzen und Qualifikationen zu schließen und hieraus die Lerninhalte zu entwickeln, sind nicht nur Gliederungsprinzipien dieses Beitrags, sondern stehen grundsätzlich bei der Berufsentwicklung der MFA in Form von folgenden drei Leitfragen im Vordergrund:

- 1) Wie verändert sich das gesellschaftliche und medizinisch-fachliche (Handlungs-)Umfeld?
- 2) Welche Auswirkungen hat dies auf den Beruf MFA?
- 3) Welche konkreten Qualifizierungen und Maßnahmen sind zu entwickeln?

ad 1): Als allgemeine und zugleich wesentliche Veränderungen im Gesundheitswesen lassen sich vor allem folgende Entwicklungslinien identifizieren:

- die demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen, z. B. die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung mit einem größeren Anteil älterer Menschen, veränderte soziale und familiale Strukturen, neue Kommunikations- und Medienstrukturen,
- Veränderungen im Krankheitsspektrum in Kindheit, Jugend und Alter, die mit Umweltbedingungen und verlängerter Lebenserwartung zusammenhängen,
- der medizinisch-technische Fortschritt,

- die immer stärker begrenzten Finanzmittel in den sozialen Sicherungssystemen, vor allem aufgrund rückläufiger Erwerbspersonenzahl,
- der wegen der rückläufigen Geburtenzahlen prognostizierte Fachkräftemangel,
- die seit den 90er Jahren zunehmende Tendenz zur Akademisierung bei den Gesundheitsfachberufen, die sich aufgrund der Verwissenschaftlichung der Medizin und der geforderten Evidenzbasierung beruflichen Handelns, aber auch wegen einer veränderten Statusdefinition der Berufsangehörigen herausgebildet hat sowie letztlich
- die aus dem Bologna-Prozess herrührenden europäischen Entwicklungen in der Bildung, die auch den Bereich der beruflichen Bildung umfassen (EQR/DQR, ECTS/ECVET, EQVET).

In der medizinischen Versorgung verlagert sich wegen des Altersstrukturwandels die Gewichtung zunehmend auf die Langzeitbetreuung chronisch kranker, älterer, multimorbider und pflegebedürftiger Patienten, was gleichzeitig zu einer Zunahme der Bedeutung von Prävention und Rehabilitation führt. Dies macht eine intensivere, manchmal lebenslange Begleitung einschließlich Case Management bei komplexen Krankheiten sowie eine Gestaltung der Versorgung über verschiedene beteiligte Leistungserbringer und über Sektoren hinweg notwendig. Durch finanziellen Ressourcenmangel bedingt (z. B. die Umstellung auf das DRG-Vergütungssystem im Krankenhaus, Budgetierung in der ambulanten Versorgung) zeichnet sich eine zunehmende Verlagerung von der stationären auf die ambulante Leistungserbringung mit neuen Versorgungsstrukturen und Vertragsformen ab. Die zunehmende Komplexität und Arbeitsteiligkeit der Versorgung bei gleichzeitig wachsendem Ärztemangel führt zu einer immer deutlicher erhobenen Forderung nach einer stärkeren Einbeziehung nicht ärztlicher Heilberufe in das Versorgungsgeschehen, um den Arzt zu unterstützen und zu entlasten (3).

ad 2): Welche Auswirkungen hat dies nun auf den Beruf der MFA? Die zunehmende Komplexität des Wissens wertet die lebenslange Fortbildung – für einen Gesundheitsberuf schon immer eine ethische Berufspflicht – noch weiter auf. Langzeit- und Chronikerbetreuung machten neue Formen des Patientenmanagements bis hin zum Case-Management erforderlich. Die stärkere Vernetzung der Berufe und der Sektoren unter einander machen interprofessionelle Kommunikations- und Informationsformen notwendiger denn je. Und immer weitere Spezialisierungen der Tätigkeitsfelder in einem arbeitsteilig organisierten Gesundheitswesen führen auch auf der Fortbildungsebene zu einer stärkeren Differenzierung. Der (Fach-)Hochschulbereich gewinnt für die Managementebene an Bedeutung. All dies bedingt eine Neubewertung der Berufsrolle der MFA in der Gesundheitsversorgung: Sie soll zukünftig den niedergelassenen Arzt stärker entlasten und unterstützen, sie wird in die Patientenbegleitung und Koordination sowie in das Case- Management stärker einbezogen, sie wird zunehmend mehr Delegationsleistungen im medizinischen Bereich übernehmen und ihre Funktion und ihr Status werden durch permanente Fortbildung aufgewertet. Nur so kann sie ihrer neuen Rolle als Partnerin im ambulanten therapeutischen Team der Zukunft gerecht werden.

ad 3): Auf diese Entwicklungslinien müssen Bildungs-, Beschäftigungs- und Personalentwicklungsstrategien für MFA ausgerichtet werden. So wurde unter Beteiligung der Bundesärztekammer bereits im Jahr 2006 die *Ausbildungsverordnung* mit neuer Namensgebung reformiert. Veränderte Inhalte wie z. B. Kommunikation, Patientenbetreuung und –beratung, Präventions- und Qualitätsmanagement wurden sehr viel stärker betont. Zusätzlich haben Informationstechnologie und Dokumentation an Bedeutung gewonnen. Die Ausrichtung an der Handlungsorientierung und an Handlungskompetenzen wurden eingeführt. Im Sinne der Qualitätssicherung wurden Prüfungs- und Bestehungsregelungen verschärft, was in Folge bei den Ärztekammern zu einer Neuorientierung bei der Gestaltung der Prüfungen führte (4). Unter anderem wird seit 2008 an der Entwicklung eines kammerübergreifenden Aufgabepools für Prüfungsaufgaben gearbeitet.

In den letzten rund 10 Jahren hat sich die Bundesärztekammer vor allem dem Ausbau und der *Weiterentwicklung der Fortbildungsstrukturen* gewidmet. Allein seit dem Jahr 2007 wurden 10 Fortbildungscurricula im Umfang von 40 bis 271 Stunden zur Spezialisierung und Aufgabenerweiterung entwickelt:

- Patientenbegleitung und -koordination (40 Std.)
- Ernährungsmedizin (124 Std.)
- Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Std.)
- Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen (80 Std.)
- Ambulante Versorgung älterer Menschen (60 Std.)
- Palliativversorgung (120 Std.)
- Elektronische Praxiskommunikation und Telematik (80 Std.)
- Onkologie (120 Std.)
- Augenhilfkundlich-technische Assistenz (120 Std.)
- Nichtärztliche Praxisassistentin nach § 87 Abs 2b Satz 5 SGB V (271 Std.).

Mit diesen Curricula greift die Bundesärztekammer bedeutsame, zukunftsorientierte Entwicklungen der medizinischen Versorgung auf, die auch für die Leistungsgestaltung im ambulanten Bereich wichtig werden bzw. sind. Die Nichtärztliche Praxisassistentin z. B. entlastet den Arzt in unterversorgten Gebieten durch Hausbesuche und Durchführung delegierter medizinischer Leistungen.

Alle Curricula entstehen in Zusammenarbeit mit betroffenen ärztlichen Fachkreisen sowie dem Verband medizinischer Fachberufe. Die Curriculumentwicklung ist im ständigen Fluss, und bereits jetzt stehen neue Projekte, z. B. im Bereich Psychiatrie/Neurologie auf der Agenda. All dies soll zu einer stärkeren Professionalisierung der Berufsrolle der MFA, die für die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung in der Zukunft unverzichtbar sind, beitragen.

Im Jahr 2009 wurde darüber hinaus *die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung* im Umfang von 420 Std. völlig neu strukturiert (früher Arztfachhelferin mit 400 Std.). Parallel entstand seit 2000 in Schleswig-Holstein und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe die Aufstiegsfortbildung *Betriebswirtin/Betriebswirt für Management im Gesundheitswesen* (zunächst Praxismanagerin) im Umfang von 800 Stunden. – Alle Fortbildungen der Bundesärztekammer sind inzwischen modular strukturiert und gegenseitig anrechenbar, sodass von der Entwicklung eines systemischen modularen Konzeptes gesprochen werden kann, das bis zur Anrechnung auf einzelne Module eines Bachelor-Studiums auf der Fachhochschulebene geführt hat, wie im ANKOM-Projekt der Bundesregierung belegt werden konnte (5). Folgende Grafik stellt dies übersichtlich dar.

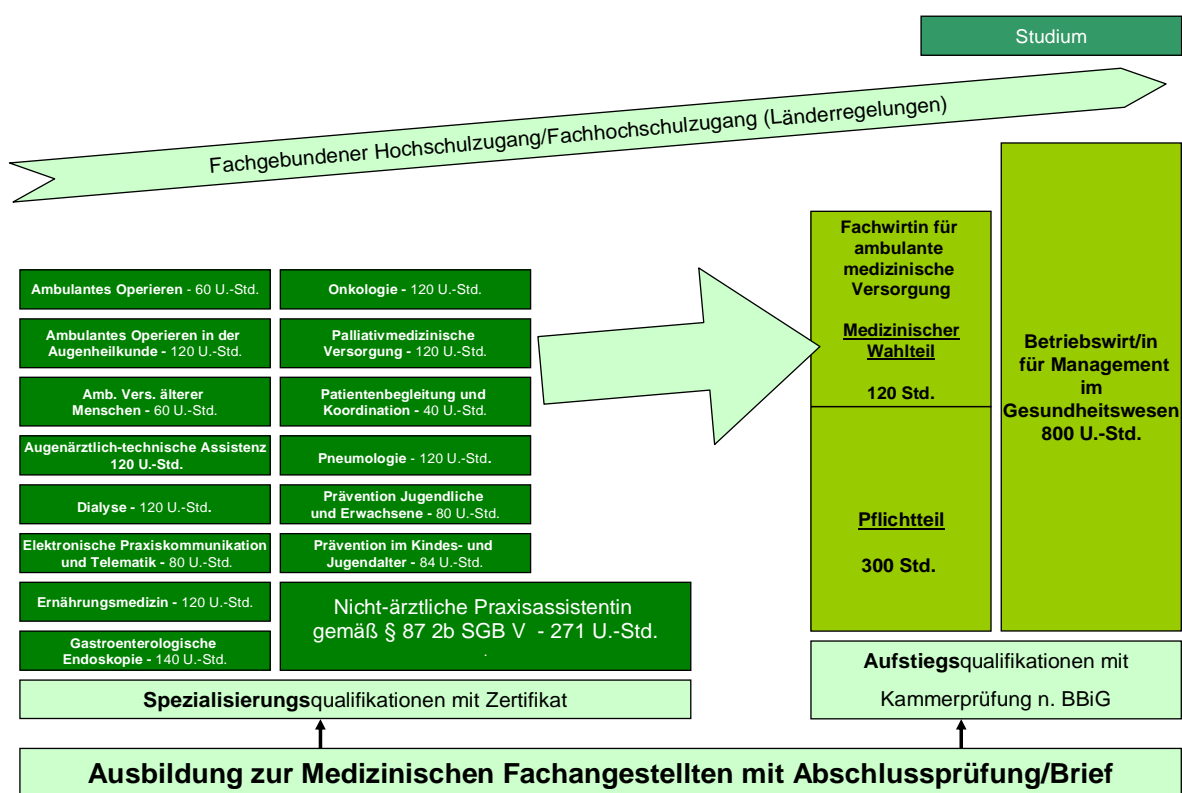


Abb. 1: Karrierewege der Medizinischen Fachangestellten

Aktuell arbeitet die Bundesärztekammer an einer *Novellierung der Aufstiegsfortbildung Betriebswirtin/Betriebswirt für Management im Gesundheitswesen nach § 54 BBiG* der Ärztekammer Schleswig-Holstein und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe mit. Diese 800 Stunden umfassende Fortbildung muss zukünftig stärker mit der Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung der Bundesärztekammer verzahnt werden. Darüber hinaus sollte sie mit Blick auf die aktuell beim Bundesinstitut für Berufsbildung entwickelte Fortbildung *Geprüfte Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen* inhaltlich und stundenmäßig so angepasst werden, dass sie eine attraktive Aufstiegsqualifizierung speziell im Feld Gesundheits-

versorgung für diejenigen MFA darstellt, die nicht die Alternative einer „allgemeinen“ Betriebswirtin/IHK oder ein weiteres qualifizierendes Studium ins Auge fassen wollen.

Da das modulare Konzept der Bundesärztekammer sowohl bei Ärzten, MFA auch in der Fachöffentlichkeit noch zu wenig bekannt ist, wird die Bundesärztekammer eine *Informationsoffensive zur Fortbildung* gemeinsam mit den Landesärztekammern durchführen. Diese besteht aus einer Broschüre „Weiter geht's - fortbilden und durchstarten“ sowie einer Internetseite www.mfa.fortbildung.de mit geschlossenem Medienpool und einem Videofilm. Die Aktion soll im Juni 2011 starten.

Derzeit setzt sich die Bundesärztekammer dafür ein, mit verschiedenen Fachkreisen z. B. der Pflege und der Sozialarbeiter ein am DQR orientiertes *interprofessionelles Curriculum Case Management* zu entwickeln. Die Vorarbeiten hierfür laufen bereits seit dem Jahr 2008 und die Zeichen für eine Realisierung stehen gut. Damit wird ein für die deutsche Gesundheitsversorgung wesentliches Problemfeld, nämlich die Fallbegleitung- und -steuerung bearbeitet und versucht, hierfür eine berufsübergreifende und zugleich modernen didaktischen Erfordernissen genügende Lösung zu finden, die auch für MFA interessant wäre.

Als weitere aktuelle Initiative zur Berufsentwicklung, die den Aus- und Fortbildungsbereich quasi begleitet, hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit den Landesärztekammern im Jahre 2010 ein umfangreiches *Maßnahmenprogramm „Rekrutierung, Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung“* entwickelt. Hierbei geht es vordringlich darum, mit Blick auf den prognostizierten Fachkräftemangel, der auch das Gesundheitswesen massiv berühren wird, flächendeckend Berufsförderungs- und -entwicklungsmaßnahmen anzugehen und umzusetzen. Mit 34 Handlungsempfehlungen, umzusetzen durch Landesärztekammern und Bundesärztekammer, wollen die zuständigen Stellen in folgenden Bereichen verstärkt aktiv werden:

- direkte grundsätzliche Maßnahmen als zuständige Stelle gemäß Berufsbildungsgesetz
- Erhöhung der Ausbildungsqualität
- Verbesserung der externen Öffentlichkeitsarbeit einschließlich Serviceleistungen
- Verbesserung der internen Öffentlichkeitsarbeit sowie von Serviceveranstaltungen
- Steigerung der Akzeptanz des Berufsbildes MFA
- Beteiligung an Projekten/Maßnahmen/Förderprogrammen auf Landesebene.

Mit dem Konzeptpapier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ hat die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer im Frühjahr 2011 einen wichtigen Beitrag zur verbesserten Steuerung von Behandlungsprozessen geleistet. Ziel ist die Optimierung des transsektoralen Prozesses ambulant-stationär-ambulant, verbunden mit einem Gewinn an Qualität und Zeit für den Patienten, einer verbesserten Koordination unter den Berufsgruppen und den Sektoren und die Schaffung einer neuen Vertrauens- und Zusammenbeitskultur zwischen den Professionen. Leitfrage ist dabei stets: Wer macht sinnvoller Weise was an

welcher Stelle des Versorgungsprozesses? Die zentrale Frage eines vernetzten Zusammenwirkens aller Berufe hat wichtige Implikationen für qualifikatorische und Berufsrollenaspekte. Angesichts der aktuellen Diskussion über eine neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen gibt es aber auch einen berufspolitischen „Überhang“, d.h. eine Neujustierung des Verhältnisses der Berufe zueinander. .

Last but not least: Die qualifikatorischen und PR-Maßnahmen werden von einer *Tarifoffensive zur betrieblichen Altersversorgung* für das Praxispersonal begleitet: Im freiberuflichen Bereich verfügen bisher allein Ärzte und Zahnärzte über eine Pensionskasse für ihre Mitarbeiterinnen, die eigens im Jahr 2002 durch die ärztlichen/zahnärztlichen Arbeitgeber für MFA und ZFA gegründet wurde. Gestartet im Jahr 2003 zunächst mit einem Tarifvertrag zur freiwilligen Entgeltumwandlung wurde im Jahr 2007 ein zusätzlicher tariflicher Arbeitgeberbeitrag eingeführt, der im Januar 2011 nochmals aufgestockt wurde. Die Vollzeit-MFA erhält damit immerhin bis zu 66,00 EUR monatlich als Arbeitgeberzuschuss zum Gehalt, womit sich im Laufe der Jahre eine zusätzliche Betriebsrente aufbauen lässt. Als Maßnahme der Praxisbindung und der Personalentwicklung komplettiert die tarifliche Komponente alle Maßnahmen zur Bildung und Beschäftigung. Darüber hinaus ist seit dem Jahr 2008 für die Höherstufung in die oberen Tätigkeitsgruppen der Nachweis von Fortbildungsstunden ebenfalls im Gehaltstarifvertrag vorgesehen.

Ausblick

Aus Qualifizierungssicht stehen für die nächsten Jahre noch folgende Aufgaben auf der Agenda der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern:

- Verbreiterung des Angebotes an Spezialisierungs- und Aufstiegsfortbildungen bei den Ärztekammern,
- stärkere Verankerung der Aufstiegsebenen im Rahmen betrieblicher Personalentwicklung,
- Professionalisierung der Managementebene im ambulanten Gesundheitswesen,
- Entwicklung von Verfahren zur Anrechnung (dualer) beruflicher Kompetenzen auf Studiengänge,
- Entwicklung von Verfahren zur Messung und Einbeziehung nonformeller/informeller Kompetenzen in Qualifikationsnachweise.

Literatur

(1) STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND (2011): Gesundheitspersonal 2009. Online:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Content75/Berufe.psm1> (13.05.2011)

(2) ROBINSOHN, S.B. (1967): Bildungsreform als Revision des Curriculum. Neuwied.

(3) KONFERENZ DER FACHBERUFE IM GESUNDHEITSWESEN BEI DER BUNDESÄRZTEKAMMER (2011): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. BUNDESÄRZTEKAMMER. Berlin.

(4) BRISTRUP, R./ BUCHHOLZ, H.-W./ERDT, A./HOERSCHELMANN, R./KLAKOW-FRANCK, R./ KUNSTMANN, W. (2007): Die Medizinische Fachangestellte. BUNDESÄRZTEKAMMER. Berlin.

(5) BONSE-ROHMANN, M./ BURCHERT, H. (2008): Entwicklung, empirische Erprobung und Transfer eines Verfahrens zur Bestimmung äquivalenter Kompetenzen. In HIS: Forum Hochschule, 67-77.

Zitieren dieses Beitrages

BRISTRUP, R. (2011): Berufsentwicklung der Medizinischen Fachangestellten - Das Bildungskonzept der Bundesärztekammer. In: *bwp@ Spezial 5 – Hochschultage Berufliche Bildung 2011*, Fachtagung 10, hrsg. v. BONSE-ROHMANN, M./ WEYLAND, U., 1-7. Online: http://www.bwpat.de/ht2011/ft10/bristrup_ft10-ht2011.pdf (26-09-2011).

Die Autorin:



Dipl.-Päd. ROSEMARIE BRISTRUP

Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

E-mail: rosemarie.bristrup@baek.de

Homepage: www.bundesaerztekammer.de