

► **2.2.422 – Voruntersuchung zur
beruflichen Aus- und Fortbildung von
Medizinischen Fachangestellten**

Abschlussbericht

**Thomas Borowiec, Miriam von Kiedrowski,
Dr. Julia Jörgens, Mirco Dietrich, Anja Mpangara**

Laufzeit 01/24 bis 03/26

Bundesinstitut für Berufsbildung
Friedrich-Ebert-Allee 114 - 116
53113 Bonn
Telefon: 0228/107-2324
E-Mail: borowiec@bibb.de

Mehr Informationen unter:
www.bibb.de

Zitiervorschlag

Borowiec, Thomas: 2.2.422 - Voruntersuchung der beruflichen Aus- und Fortbildung für Medizinische Fachangestellte. Bonn, 2026.

Online: <https://doi.org/10.66390/KCRP6005>

© Bundesinstitut für Berufsbildung, 2026

Dieses Dokument gehört zu der VET Repository-Sammlung „BIBB Projektberichte“.

Version 1.0
Juni 2026

Herausgeber

Bundesinstitut für Berufsbildung
Friedrich-Ebert-Allee 114-116
53113 Bonn
Internet: www.vet-repository.info
E-Mail: repository@bibb.de

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernimmt das BIBB keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

**CC Lizenz**

Der Inhalt dieses Werkes steht unter Creative-Commons-Lizenz (Lizenztyp: Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International).

Weitere Informationen finden sie im Internet auf unserer Creative-Commons-Infoseite

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Diese Netzpublikation wurde bei der Deutschen Nationalbibliothek angemeldet und archiviert.

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	3
1 Ausgangslage	4
2 Projektziele	8
3 Methodische Vorgehensweise	10
3.1 Recherchephase.....	10
3.2 Qualitative Erhebungen.....	11
3.2.1 Leitfadengestützte Interviews.....	12
3.3 Quantitative Erhebung	13
3.3.1 Entwicklung des Erhebungsinstruments	13
3.3.2 Durchführung der Befragung	14
3.3.3 Beschreibung der Stichprobe und der demografischen Variablen	14
3.3.4 Vorgehen bei der Auswertung – Gruppenvergleiche	18
4 Zentrale Ergebnisse der Untersuchung.....	19
4.1 Zukünftiger Qualifikationsbedarf.....	19
4.1.1 Medizinische Fachkenntnisse sachgerecht anwenden	20
4.1.2 Ärztliche Diagnostik unterstützen	22
4.1.3 Laboruntersuchungen unterstützen und Ergebnisse einordnen	23
4.1.4 Bei medizinischen Behandlungen assistieren	25
4.1.5 Medizinprodukte und medizinische Geräte handhaben, Hygienestandards sicherstellen	28
4.1.6 In Akut-, Notfall- und Krisensituationen sicher handeln.....	30
4.1.7 Interprofessionelle Kompetenzen stärken.....	32
4.1.8 Patientinnen und Patienten situationsgerecht betreuen und beraten	34
4.1.9 Soziale und personale Kompetenzen stärken	36
4.1.10 Situations- und adressatengerecht kommunizieren	39
4.1.11 Arbeitsabläufe organisieren und priorisieren	41
4.1.12 Digitale Anwendungen sicher nutzen	44
4.1.13 Kaufmännisch-verwaltende Aufgaben durchführen.....	48
4.1.14 Qualitätsprozesse sichern und Weiterentwicklung unterstützen	51
4.2 Strahlenschutz und Medizinprodukteaufbereitung	54
4.2.1 Kenntnisse im Strahlenschutz	54
4.2.2 Sachkenntnis zur Aufbereitung und Freigabe von Medizinprodukten	56
4.2.3 Alternativen – Fortbildung oder kodifizierte Zusatzqualifikationen	60

4.3 Schnittstellen und Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen	62
4.3.1 Fachkräftesituation im Gesundheitswesen.....	62
4.3.2 Abgrenzungsfragen und Schnittstellenfunktion	64
4.3.3 Curricula-Vergleich	66
4.4 Ausbildungsstruktur	72
4.4.1 Empirische Ergebnisse der Voruntersuchung	73
4.4.2 Generalistische Ausbildung vs. Differenzierung in der Ausbildung	76
4.5 Prüfungsstruktur und -inhalte.....	80
4.5.1 Status quo der Abschlussprüfung	80
4.5.2 Entwicklungsperspektive der Prüfung	84
4.5.3 Die Gestreckte Abschlussprüfung – ein alternatives Prüfungsmodell?	87
4.5.4 Rückmeldungen zur möglichen Einführung der Gestreckten Abschlussprüfung ...	87
4.5.5 Vorschlag für eine Gestreckte Abschlussprüfung	88
4.6 Wege der Verantwortungsübernahme – Delegation ärztlicher Leistungen	91
4.6.1 Begriffsklärung und rechtlicher Rahmen	91
4.6.2 Keine Substitution ärztlicher Kernaufgaben	92
4.6.3 Delegation ärztlicher Leistungen und deren Akzeptanz	93
4.6.4 Erweiterter Handlungsspielraum und neue Aufgabenfelder.....	95
4.7 Fortbildungslandschaft – Status quo, Herausforderungen und Perspektiven	98
4.7.1 Vielfalt und Struktur der Fortbildungsangebote	98
4.7.2 Nutzung, Nachfrage und strukturelle Herausforderungen	103
4.7.3 Vorschlag eines Fortbildungs- und Laufbahnkonzept als Orientierungsrahmen..	106
5 Das Projekt ProSECom – Ergebnisse und Implikationen	112
6 Zielerreichung	118
7 Empfehlungen	119
8 Ausblick und Transfer	126
Literaturverzeichnis	127
Anhang	134
Anhang 01 Übersicht leitfadengestützter Interviews	134
Anhang 02 Projektbeirat	135
Anhang 03 Abkürzungsverzeichnis	136
Abbildungsverzeichnis	138

Das Wichtigste in Kürze

Die vorliegende Voruntersuchung analysiert den zukünftigen Qualifikationsbedarf von Medizinischen Fachangestellten (MFA) vor dem Hintergrund struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen. Dabei werden sowohl die Aus- als auch die Fortbildungsebene in den Blick genommen. Ziel der Untersuchung war es, eine empirische Grundlage für eine mögliche Neuordnung zu schaffen, berufliche Aufgaben- und Kompetenzprofile in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsfachberufen abzuleiten sowie Entwicklungsperspektiven für die Aus- und Fortbildung zu erarbeiten.

Die Untersuchung basiert auf einem Mixed-Methods-Ansatz, der qualitative und quantitative methodische Elemente verbindet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Anforderungen an MFA in verschiedenen Kompetenzbereichen weiterentwickelt haben. Besonders relevant sind neben medizinisch-diagnostischen Assistenzaufgaben, die Betreuung und Beratung von Patientinnen und Patienten, interprofessionelle Zusammenarbeit, organisatorische und koordinierende Tätigkeiten im Praxismanagement sowie der sichere Umgang mit digitalen Anwendungen. Gleichzeitig gewinnen soziale, personale und kommunikative Kompetenzen an Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wird auch ein Training (SECoTrain) vorgestellt, dass die Vermittlung sozialer und personaler Kompetenzen in der Ausbildung unterstützen kann.

Die Untersuchung zeigt zudem, dass die Delegation ärztlicher Leistungen bereits heute ein wichtiger Bestandteil der Praxisorganisation ist und in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen dürfte. Dabei besteht weitgehend Konsens, dass eine Substitution ärztlicher Tätigkeiten überwiegend abgelehnt wird. Des weiteren wurden Entwicklungsperspektiven im Bereich der Fortbildung sowie ein mögliches Berufslaufbahnkonzept für MFA erarbeitet.

Die Ergebnisse der Voruntersuchung liefern damit zentrale Hinweise für die Weiterentwicklung des Berufsbildes der Medizinischen Fachangestellten sowie für eine mögliche Anpassung der Ausbildungsstruktur, Prüfungsanforderungen und Fortbildungsangebote.

1 Ausgangslage

Die medizinische Versorgung in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren in vielfacher Hinsicht verändert. Medizinisch-technische Innovationen, neue diagnostische und therapeutische Verfahren sowie organisatorische Veränderungen in der Gesundheitsversorgung führen zu komplexeren Abläufen im ambulanten und stationären Bereich. Diese Entwicklungen wirken sich auch auf die Tätigkeitsprofile und Qualifikationsanforderungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen aus, so auch auf die der Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Mit den Veränderungen in den Versorgungsstrukturen gehen häufig komplexere organisatorische und administrative Prozesse einher. Auch neue Organisationsformen der Versorgung, beispielsweise größere Praxiseinheiten oder medizinische Versorgungszentren, verändern Arbeitsorganisation und Aufgabenverteilung innerhalb der Praxisteam.

Ein weiterer zentraler Treiber für veränderte Qualifikationsanforderungen ist die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen. Digitale Praxisverwaltungssysteme, elektronische Patientenakten, telemedizinische Anwendungen sowie neue Kommunikationsformen zwischen medizinischen Einrichtungen und Patientinnen und Patienten verändern Arbeitsprozesse und erfordern zusätzliche digitale Kompetenzen. Gleichzeitig entstehen neue Aufgaben im Umgang mit digitalen Systemen, Datenmanagement und digital unterstützten Versorgungsprozessen.

Darüber hinaus gewinnt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen zunehmend an Bedeutung. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten erfolgt immer häufiger in interprofessionellen Teams, in denen medizinische, pflegerische und organisatorische Aufgaben enger miteinander verzahnt sind. Vor diesem Hintergrund sind neben fachlichen Kompetenzen auch kommunikative, organisatorische und soziale Kompetenzen von wachsender Bedeutung.

Bei der Analyse der Qualifikationsanforderungen an Medizinische Fachangestellte ist die angespannte Fachkräftesituation im Gesundheitswesen zu bedenken. Das Gesundheitswesen zählt mit rund sechs Millionen Beschäftigten zu den größten Wirtschaftssektoren Deutschlands und ist in den vergangenen Jahren deutlich gewachsen. Gleichzeitig zeigen aktuelle Fachkräfteanalysen, dass in vielen Gesundheitsberufen bereits heute Engpässe bestehen, unter anderem auch bei Medizinischen Fachangestellten. Prognosen gehen davon aus, dass der Personalbedarf im Gesundheitswesen aufgrund des demografischen Wandels und einer steigenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den kommenden Jahren weiter zunehmen wird. Vor diesem Hintergrund gewinnt eine effiziente Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sowie eine bedarfsgerechte Qualifizierung des Personals zunehmend an Bedeutung (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024).

Die Ausbildungsordnung für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten wurde zuletzt im Jahr 2006 novelliert. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen verständigten sich die Sozialpartner darauf, eine Weiterentwicklung des Berufsbildes zu prüfen, um den veränderten Anforderungen in der medizinischen Versorgung Rechnung zu tragen. Auf Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) wurde das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) im November 2023 beauftragt, eine Voruntersuchung zur möglichen Novellierung des Ausbildungsberufs Medizinische Fachangestellte/r durchzuführen.

Ziel der Voruntersuchung ist es, Erkenntnisse über aktuelle und zukünftige Qualifikationsanforderungen an Medizinische Fachangestellte zu gewinnen und diese mit den bestehenden Ordnungsmitteln abzugleichen. Die Ergebnisse sollen den Sozialpartnern und am Neuordnungsverfahren beteiligten Akteurinnen und Akteuren eine empirische Grundlage für mögliche Anpassungen der Aus- und Fortbildungsordnung bieten, um Ansätze für ein durchlässiges Laufbahnkonzept für Medizinische Fachangestellte zu entwickeln.

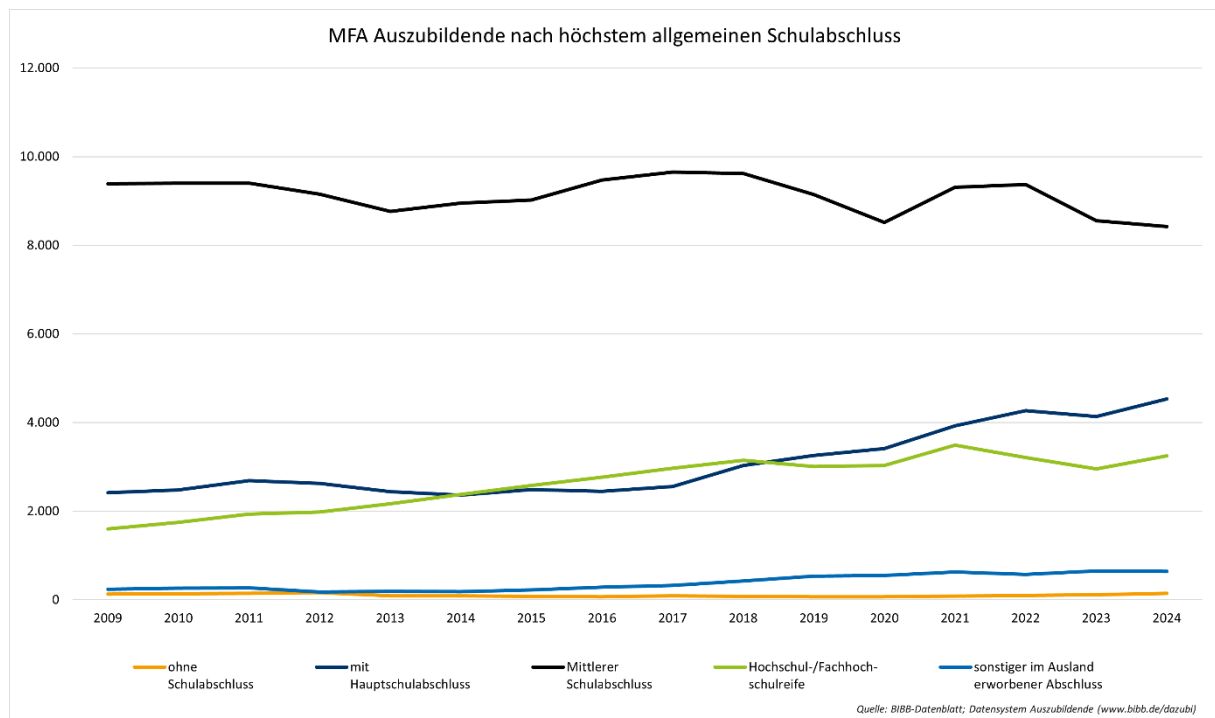


Abbildung 1: Auszubildende nach höchstem allgemeinen Schulabschluss

Die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten zählt zu den ausbildungstärksten Berufen in Deutschland. Die Zahl der Neuabschlüsse ist von rund 13.800 im Jahr 2009 auf knapp 17.000 im Jahr 2024 gestiegen.

Die Entwicklung der Neuabschlüsse von Medizinischen Fachangestellten nach Schulabschluss zeigt im Zeitraum von 2009 bis 2024 eine Verschiebung in der schulischen Vorbildung der Auszubildenden:

Der mittlere Schulabschluss stellt über den gesamten Zeitraum hinweg die größte Gruppe dar, stagniert jedoch insbesondere in den letzten Jahren. Demgegenüber ist ein deutlicher Anstieg bei Auszubildenden mit Hauptschulabschluss zu beobachten. Ihre Zahl hat sich im Zeitverlauf erheblich erhöht und liegt 2024 deutlich über dem Ausgangsniveau von 2009. Auch der Anteil der Auszubildenden mit Hochschul- bzw. Fachhochschulreife ist im Zeitverlauf gestiegen, wenngleich mit zwischenzeitlichen Schwankungen. Auffällig ist zudem die kontinuierliche Zunahme von Auszubildenden mit im Ausland erworbenem Schulabschluss, deren Zahl sich seit 2009 deutlich erhöht hat (Zunahme der Neuabschlüsse insgesamt: um 23 Prozent; Zunahme der Auszubildenden mit im Ausland erworbenem Schulabschluss: um 164 Prozent).

Die Veränderungen weisen auf eine zunehmende Heterogenität schulischer Eingangsvoraussetzungen und auf eine wachsende Bedeutung internationaler Bildungsbiografien für den Ausbildungsberuf hin.

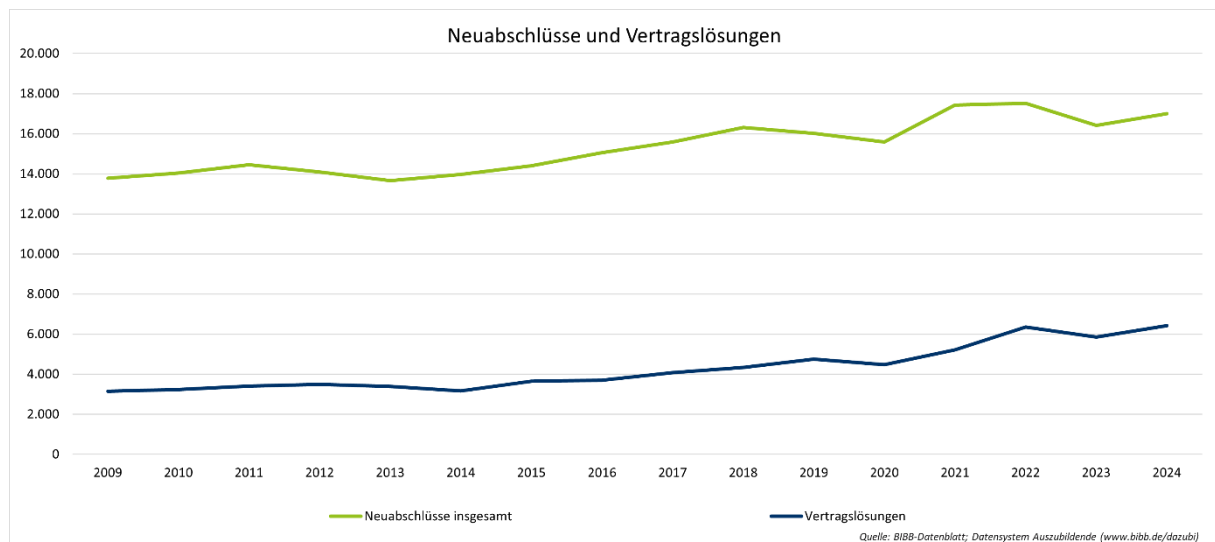


Abbildung 2: Auszubildende nach Neuabschlüssen und Vertragslösungen

Die Entwicklung der Vertragslösungsquote (Anteil der begonnenen und vorzeitig, vor Ablauf der Ausbildungsdauer, gelösten Ausbildungsverträge an allen begonnenen Ausbildungsverhältnissen) zeigt im Zeitraum von 2009 bis 2024 insgesamt einen steigenden Trend. Während die Lösungsquote im Jahr 2009 noch bei 20,2 Prozent lag, ist sie bis 2024 auf 32,8 Prozent angestiegen.

Bis etwa 2019 bewegt sich die Lösungsquote der MFA überwiegend unterhalb bzw. nahe der durchschnittlichen Lösungsquote aller Ausbildungsberufe nach Berufsbildungsgesetz bzw. Handwerksordnung. In den Jahren ab 2021 ist jedoch ein Anstieg zu beobachten, demzufolge die MFA-Lösungsquote erstmals über dem Durchschnitt liegt (Lösungsquote MFA: 27,6 Prozent; durchschnittliche Lösungsquote: 26,7 Prozent).

Besonders auffällig ist der sprunghafte Anstieg in den Jahren 2022 bis 2024, in denen die Lösungsquote Werte von über 30 Prozent erreicht. Damit liegt sie deutlich über den zuvor beobachteten Werten. Die Gründe für den Anstieg sollten verstärkt in den Blick genommen werden.

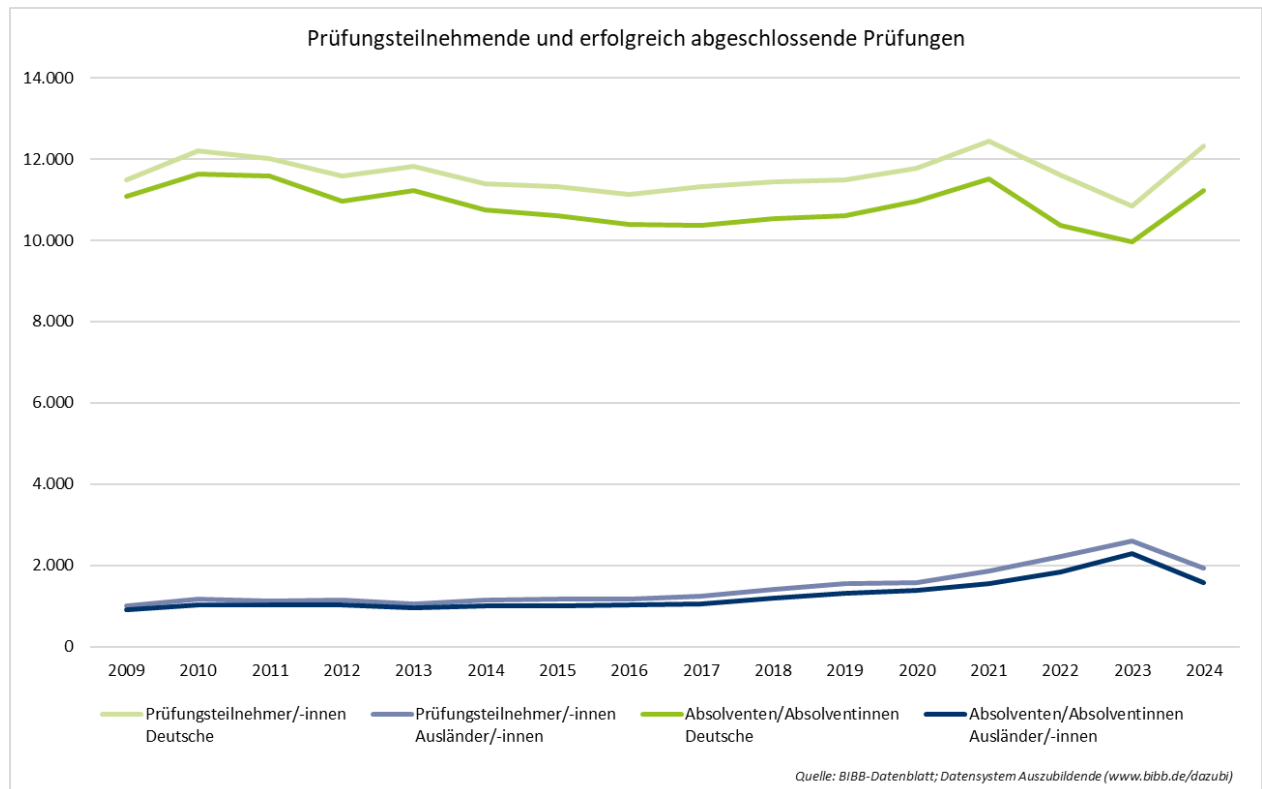


Abbildung 3: Prüfungsteilnehmende und erfolgreich abgeschlossene Prüfungen

Die Erfolgsquote in der Abschlussprüfung liegt über den gesamten Zeitraum hinweg auf einem insgesamt hohen Niveau, weist jedoch Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Prüfungsteilnehmenden auf.

Bei den deutschen Auszubildenden ist die Erfolgsquote durchgehend sehr hoch und stabil. In den meisten Jahren bestehen über 90 Prozent der Prüfungsteilnehmenden die Abschlussprüfung. Auch bei den ausländischen Prüfungsteilnehmenden zeigt sich eine überwiegend hohe Erfolgsquote (im Mittel bei 85 %), die sich jedoch auf einem etwas niedrigeren Niveau bewegt und im Zeitverlauf stärkeren Schwankungen unterliegt. Gleichzeitig ist ein deutlicher Anstieg der absoluten Zahl ausländischer Prüfungsteilnehmender zu beobachten, insbesondere in den letzten Jahren.

Trotz der wachsenden Bedeutung dieser Gruppe bleibt die Differenz in den Erfolgsquoten zwischen deutschen und ausländischen Auszubildenden bestehen. Dies deutet darauf hin, dass unterschiedliche Ausgangsvoraussetzungen, etwa hinsichtlich sprachlicher Kompetenzen oder schulischer Vorbildung, weiterhin eine Rolle für den Prüfungserfolg spielen könnten.

2 Projektziele

Zentrales Ziel der Voruntersuchung ist, Erkenntnisse über die aktuellen und zukünftigen Qualifikationsanforderungen von Medizinischen Fachangestellten zu gewinnen und die in der Weisung des Bundesgesundheitsministeriums aufgeführten Themenkomplexe zu bearbeiten:

- „Erfassung der beruflichen Qualifikation auf Grundlage der aktuellen Ordnungsmittel, Evaluierung im Kontext derzeitiger Anforderungen des Berufsfelds und Klärung, ob ggf. zukünftig eine andere Priorisierung notwendig ist,
- Analyse von aktuellen und zukünftigen Berufsanforderungen der Medizinischen Fachangestellten unter Berücksichtigung u. a.
 - einer älter werdenden Bevölkerung mit Zunahme der Multimorbidität und besonders vulnerablen Patientengruppen,
 - von medizinischen, fachlichen, technologischen, betrieblichen und arbeitsorganisatorischen Entwicklungen (u. a. Digitalisierung, Qualitätsmanagement, Datenschutz und -sicherheit, Aufgabenstrukturen),
 - einer veränderten Arbeitsteilung sowie von Aufgabenfelder in den verschiedenen Versorgungssektoren, den verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen oder einer Erweiterung der Tätigkeitsorte und Veränderungen in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Fachdisziplinen,
- Beschreibung der Auswirkungen neuer Qualifizierungsbedarfe auf die bestehenden Ordnungsmittel und Ableitung neuer Inhalte des Berufsfelds,
- Überprüfung möglicher „Spezialisierungsbereiche“ auf Grundlage perspektivischer Berufsfeldanforderungen
- Ableitung eines Vorschlags für die Strukturierung und den Aufbau des Ausbildungsberufs nebst Prüfungsstruktur auch unter Berücksichtigung fachspezifischer Schnittstellen und in Abgrenzung zu Anforderungen sowie Tätigkeiten anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen (u. a. Berufe in der medizinischen Technologie, Pflegefachpersonen und im Bereich der anästhesietechnischen und operativtechnischen Assistenz),
- Ableitungen von Empfehlungen für die Vermittlung der berufsbezogenen Sachkunde im Bereich des Strahlenschutzes („Röntgenschein“) und der Medizinprodukteaufbereitung, die ein einheitliches Verfahren zur Anerkennung der Berufsausbildung von MFA als Fachkundenachweis ermöglichen,
- neue Aufgabenzuweisung und Möglichkeiten der Steigerung eigener Entscheidungsfreiheiten innerhalb der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen (Delegation/Substitution/Heilberuf/Abgrenzung Heilkundeübertragung),
- auf Grundlage der durchgeführten Berufsfeldanalyse Ableitung eines Vorschlages für ein durchlässiges Qualifizierungs- und Aufstiegskonzept mit Abgrenzung der Ausbildungsinhalte zu möglichen Inhalten der Fortbildungsstufen nach BBiG.“

Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse wird gebeten:

- „um Erarbeitung von Empfehlungen für ein künftiges Ausbildungskonzept (Eckwertevorschlag) für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter,
- um Berücksichtigung von Erfahrungen und ggf. ersten Ergebnissen aus dem im BIBB laufenden Forschungsprojekt „Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der beruflichen Bildung: Eine Studie zu Medizinischen Fachangestellten in der Ausbildung“ (1.2.302) bei der Erstellung der Voruntersuchung.“

Ein begleitender Projektbeirat unter Beteiligung der Sozialpartner sollte eingerichtet und eingebunden werden.

3 Methodische Vorgehensweise

Zur Beantwortung der Weisungsfragen und zur Ableitung belastbarer Empfehlungen wurde ein methodisches Vorgehen gewählt, das quantitative und qualitative Erhebungsansätze kombiniert. Dabei wurden besonders komplexe Aspekte der Weisung mithilfe qualitativer Methoden untersucht.

Zur Begleitung der Voruntersuchung wurde ein Projektbeirat einberufen (vgl. Anhang 01). Der Beirat unterstützte die Konzeption und Umsetzung der qualitativen und quantitativen Untersuchungsbereiche sowie den Zugang zum Untersuchungsfeld. Im Rahmen von drei Beiratssitzungen wurden unter anderem die Untersuchungsergebnisse gemeinsam diskutiert und darauf aufbauend Empfehlungen erarbeitet.

Zur Erschließung des Untersuchungsfeldes und zur Vorbereitung der Online-Befragung wurden neben Dokumenten- und Literaturanalysen, Einrichtungsbegehungen sowie leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Online-Befragung diente der systematischen Erfassung und Bewertung des Status quo sowie der Einschätzung zukünftiger Qualifikationsanforderungen. Ergänzend fanden Workshops statt, um die Ergebnisse zu vertiefen, zu kontextualisieren und noch offene Fragestellungen differenziert zu bearbeiten.

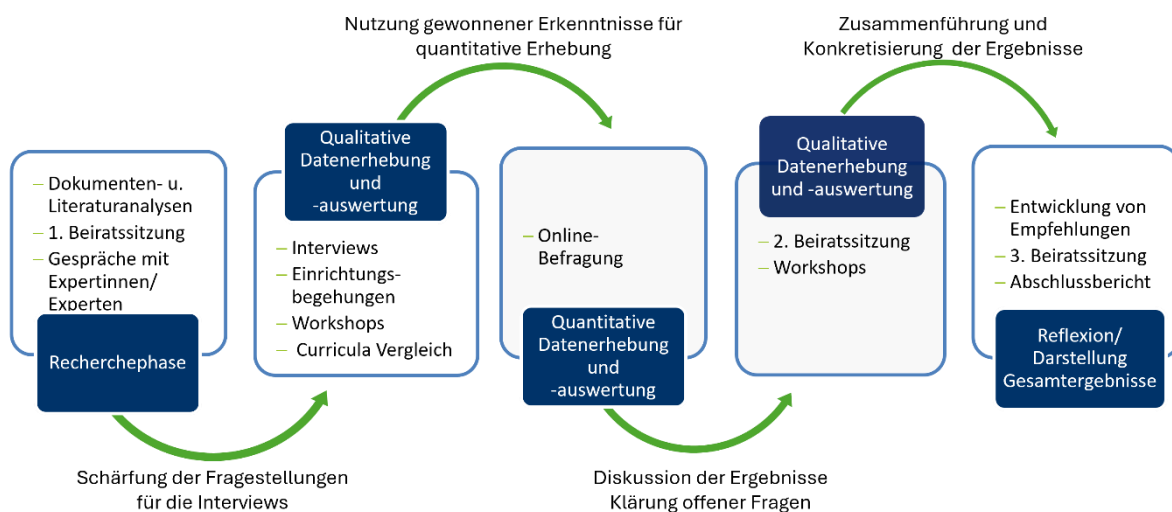


Abbildung 4: Untersuchungsdesign

Für die sprachliche Überarbeitung, Strukturierung und Verdichtung einzelner Textpassagen wurde teilweise ein KI-gestütztes Schreibassistenzsystem (ChatGPT, OpenAI) als redaktionelle Unterstützung genutzt. Die inhaltliche Auswertung, Bewertung, Interpretation der Daten sowie sämtliche fachlichen Schlussfolgerungen stammen vollständig von den Autorinnen und Autoren.

3.1 Recherchephase

Die Recherchephase des Projekts umfasste die Auswertung relevanter Veröffentlichungen, ordnungsbezogener Dokumente und rechtlicher Regelungen, erste Gespräche mit Fachexpertinnen und -experten sowie mit Vertreterinnen und Vertretern der Sozialpartner und die konstituierende

Sitzung des Projektbeirats. Auf dieser Grundlage wurde der inhaltliche und methodische Rahmen der Voruntersuchung festgelegt.

3.2 Qualitative Erhebungen

Zu verschiedenen Zeitpunkten wurden qualitative Elemente eingesetzt, insbesondere zur Vorbereitung der quantitativen Erhebung und zur Klärung ausgewählter, besonders komplexer Weisungsfragen sowie zur Validierung bereits gewonnener Erkenntnisse.

Den Kern bildeten leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen der beruflichen Praxis, Personal- und Ausbildungsverantwortlichen, Lehrkräften sowie Verantwortlichen für die Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten in den Landesärztekammern.

Ergänzend wurden Einrichtungsbegehungen in verschiedenen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen durchgeführt (z. B. Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren, Hausarzt- und Facharztpraxen), um Arbeitsabläufe, Tätigkeitsprofile sowie organisatorische und technische Rahmenbedingungen unmittelbar vor Ort zu erfassen und einzuordnen. Dadurch konnten praxisnahe Einblicke gewonnen und die Interviewaussagen kontextualisiert werden.

Zusätzlich erfolgte eine Analyse der Curricula ausgewählter angrenzender Gesundheitsberufe. Ziel dieser Untersuchung war es, Überschneidungen, Schnittstellen und Abgrenzungen zu den Kompetenz- und Tätigkeitsprofilen der Medizinischen Fachangestellten systematisch zu erfassen. Die Ergebnisse dienten dazu, Entwicklungen in der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen nachzuvollziehen und daraus Hinweise für die zukünftige Ausgestaltung der MFA-Ausbildung abzuleiten (vgl. Kapitel 4.3.4).

Mit einigen Mitgliedern des Beirates sowie weiteren Expertinnen und Experten (insgesamt 11 Personen) wurde ein Online-Workshop zur Verantwortungsübernahme im Spannungsfeld von Delegation und Substitution durchgeführt, in dem die Thematik diskutiert und konkrete Anpassungen der „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ (KBV, GKV 2013), besprochen wurden.

Zwei Workshops wurden mit Unterstützung des Verbands Medizinischer Fachberufe (VMF) mit Ausbilderinnen und Ausbildern sowie Prüfenden in Unna (März 2025) und Braunschweig (Mai 2025) durchgeführt. An den Veranstaltungen nahmen jeweils ca. 30-35 Personen teil. Thematisiert wurden die Struktur der Abschlussprüfung und mögliche Prüfungsinhalte, die Delegation ärztlicher Tätigkeiten bzw. mögliche Fortbildungskonzepte für MFA.

Ergänzend wurde die Initiative „praxis4future“ der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein besucht, um Status Quo und Perspektiven im Themenbereich Digitalisierung zu betrachten (vgl. Kapitel 4.1.12).

Die Erkenntnisse aus Interviews, Einrichtungsbegehungen und Workshops fließen in die Ergebnisdarstellung ein.

Auf die leitfadengestützten Interviews wird im Folgenden gesondert eingegangen.

3.2.1 Leitfadengestützte Interviews

Im Zeitraum von Juli bis November 2024 sowie im April und Mai 2025 führte das BIBB-Projektteam insgesamt 32 leitfadengestützte Interviews, überwiegend als Online-Videokonferenzen, durch. Die Gespräche fanden meist mit einer oder zwei Personen statt, in einigen Fällen nahmen auch mehrere Personen gleichzeitig teil, insgesamt wurden 57 Personen befragt (vgl. Anhang 02). Die Dauer der Interviews lag in der Regel zwischen 45 und 60 Minuten, vereinzelt bis zu 90 Minuten. Sämtliche Gespräche wurden digital aufgezeichnet; die Einwilligung der Teilnehmenden zur Aufzeichnung und Auswertung wurde vorab eingeholt. Neben den persönlich geführten Interviews wurde der Leitfaden auch für schriftliche Rückmeldungen genutzt, wenn ein persönlicher Termin nicht zustande kam. Dies betraf insgesamt zehn Fälle. Die schriftlichen Rückmeldungen wurden in die Ergebnisdarstellung integriert.

Zielgruppen der Interviews bildeten:

- Medizinische Fachangestellte (MFA)
- an der praktischen Ausbildung von MFA Beteiligte (Ausbildungsleitung)
- personalverantwortliche Ärztinnen und Ärzte
- Lehrkräfte in Berufsschulen
- für MFA Verantwortliche der zuständigen Stellen (Landesärztekammern)

Bei der Rekrutierung der Interviewpartnerinnen und -partner wurde auf eine möglichst große Vielfalt hinsichtlich folgender Merkmale geachtet:

- Bundesland
- regionale Lage (Großstadt, mittelgroße Stadt, Kleinstadt, Landgemeinde)
- Tätigkeitsfeld der Einrichtungen (hausärztliche Praxis, fachärztliche Praxis, Medizinisches Versorgungszentrum, Klinik/Krankenhaus)

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte sowohl auf Empfehlung des Beirats als auch durch eigene Recherche und Ansprache des Projektteams.

Der Interviewleitfaden umfasste mehrere thematische Schwerpunkte, die sich an den Weisungsfragen orientierten und auf die unterschiedlichen Befragungsgruppen angepasst wurden:

Zunächst wurden Angaben zum beruflichen Hintergrund der Interviewten sowie zu ihrer Rolle im Kontext der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten erhoben. Bei Ärztinnen und Ärzten wurden ergänzend strukturelle Merkmale der Einrichtung erfasst, etwa Personalstruktur, Ausbildungssituation und Veränderungen im Aufgabenprofil der MFA.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Ermittlung aktueller und zukünftiger Qualifikationsbedarfe in Aus- und Fortbildung. Hierzu wurden insbesondere Entwicklungen im Gesundheitswesen (z. B. medizinischer Fortschritt, Digitalisierung, Telemedizin, organisatorische Veränderungen) sowie Anforderungen an Kommunikation, Patientenbetreuung und Praxismanagement thematisiert.

Darüber hinaus wurde nach möglichen neuen Ausbildungsinhalten sowie nach Inhalten gefragt, die künftig reduziert oder gestrichen werden könnten.

Der Leitfaden beinhaltete zudem Fragen zur möglichen Integration spezifischer Sachkundenachweise in die Ausbildung in den Bereichen Strahlenschutz und Medizinprodukteaufbereitung sowie zur grundsätzlichen Ausrichtung der Ausbildung zwischen generalistischer Qualifizierung und möglichen Spezialisierungen.

Ein weiteres Themenfeld betraf die Abgrenzung der Tätigkeiten von MFA zu anderen Gesundheitsberufen sowie den beruflichen Handlungsspielraum, insbesondere im Hinblick auf Delegation, eigenverantwortliche Tätigkeiten und mögliche Erweiterungen medizinischer oder kaufmännischer Aufgabenbereiche.

Abschließend wurden Einschätzungen zu den bestehenden Prüfungsstrukturen sowie zu möglichen Änderungsbedarfen erhoben. Offene Abschlussfragen ermöglichten den Interviewten, weitere Aspekte zur zukünftigen Aus- und Fortbildung der MFA einzubringen.

Aufbereitung, Transkription und Auswertung

Die Interviews wurden mithilfe der Software noScribe (DRÖGE 2024) automatisiert transkribiert und anschließend durch Abgleich mit den Audioaufnahmen überprüft und bei Bedarf korrigiert. Personen-, Orts- und Einrichtungsnamen wurden anonymisiert.

Die bereinigten Transkripte wurden in MAXQDA (Version 2024) importiert und auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING ausgewertet. Dieses kategoriengeleitete Verfahren ermöglicht eine systematische, an den Forschungsfragen orientierte Analyse des Interviewmaterials (MAYRING 2019).

Der Codebaum wurde zunächst deduktiv aus dem Interviewleitfaden abgeleitet und umfasste Haupt- und Unterkategorien (Sub Codes). Während der Auswertung wurde das Kategoriensystem induktiv weiterentwickelt und bei Bedarf präzisiert.

Die Hauptkategorien und Subcodes wurden zur Identifikation zentraler Themen und wiederkehrender Aspekte weiter ausgewertet. Auf dieser Grundlage wurden einerseits Items für die quantitative Online-Erhebung entwickelt, die die qualitativen Ergebnisse operationalisieren und überprüfbar machen sollten. Andererseits dienten die Analysen als Basis für zusammenfassende Darstellungen für die Berichtslegung.

3.3 Quantitative Erhebung

3.3.1 Entwicklung des Erhebungsinstruments

Die deutschlandweit durchgeführte Befragung wurde als Online-Fragebogen realisiert, welcher mittels der Software LimeSurvey programmiert wurde. Die Datenauswertung erfolgte mit der Software „R“.

Die Grundlage für die Fragebogenkonzeption bildeten die Vorgaben der Weisung und die Ergebnisse der Inhaltsanalyse der leitfadengestützten Interviews. Das Erhebungsinstrument gliederte sich in drei Teile:

In Teil A wurden zunächst grundlegende soziodemografische Informationen der Befragten erhoben, darunter die aktuelle Tätigkeit, die Art der Einrichtung, Beteiligung an der Ausbildung, Mitgliedschaft in einem Prüfungsausschuss sowie Angaben zur Stadtgröße und zum Bundesland.

Teil B bildete den Kern der Befragung und umfasste 14 Qualifikationsbereiche mit insgesamt 88 Items, die insbesondere aus den qualitativen Interviews abgeleitet wurden. Die Befragten beurteilten für jedes Item die zukünftige Bedeutung für die Ausbildung auf einer fünfstufigen Skala („muss nicht vermittelt werden“, „unwichtig“, „eher unwichtig“, „eher wichtig“, „wichtig“). Zusätzlich stand jeweils eine Ausweichoption „Kann ich nicht beurteilen“ zur Verfügung.

Teil C umfasste Fragen zur Gestaltung der Zwischen- und Abschlussprüfungen: Zum einen wurde geschlossen abgefragt, ob die wesentlichen Inhalte aktuell in den Prüfungen geprüft werden. Zum anderen konnten die Befragten in einem offenen Antwortformat Vorschläge äußern, welche Inhalte zukünftig in Prüfungen berücksichtigt bzw. nicht mehr berücksichtigt werden sollten.

Das Erhebungsinstrument wurde im Projektbeirat diskutiert und anschließend mittels elf kognitiver Einzel-Pretests sowie eines Gruppentests mit 30 Prüfungsausschussmitgliedern in einem Workshop erprobt.

3.3.2 Durchführung der Befragung

Zielgruppen waren primär Medizinische Fachangestellte sowie Ärztinnen und Ärzte, die Medizinische Fachangestellte ausbilden und beschäftigen, es gab jedoch keinen expliziten Ausschluss von Personen durch einen Screen-Out. Somit stand die Teilnahme auch weiteren Personen offen, die im Bereich der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten tätig sind, etwa Lehrkräften an Berufsschulen, Ausbildungsleitungen oder Mitarbeitenden von Ärztekammern.

Die Umfrage war vom 31. März bis zum 12. Mai 2025 über einen sogenannten „offenen Link“ freigeschaltet, um einen möglichst großen Teilnehmendenkreis zu erreichen. Die durchschnittlich benötigte Bearbeitungszeit lag bei etwa 14 Minuten.

Die Umfrage wurde mit Unterstützung des Beirats über verschiedene institutionelle Kanäle verbreitet, insbesondere von relevanten Dach- und Fachverbänden (z. B. Bundesärztekammer, Landesärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Verband medizinischer Fachberufe, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft). Die beteiligten Institutionen wurden gebeten, die Befragung über ihre jeweiligen Kommunikationswege – etwa Newsletter, Social-Media-Kanäle, Websites oder Mitgliederzeitschriften – bekannt zu machen. Zu diesem Zweck erhielten sie ein Informationsschreiben mit QR-Code sowie einen kurzen Teasertext.

3.3.3 Beschreibung der Stichprobe und der demografischen Variablen

Es nahmen insgesamt 5.167 Personen an der Befragung teil, von denen 3.481 Personen den Fragebogen vollständig ausfüllten. Nach Bereinigung gingen 3.474 Fragebögen in die Stichprobe ein. Die Abbrecherquote lag damit bei 33 Prozent.

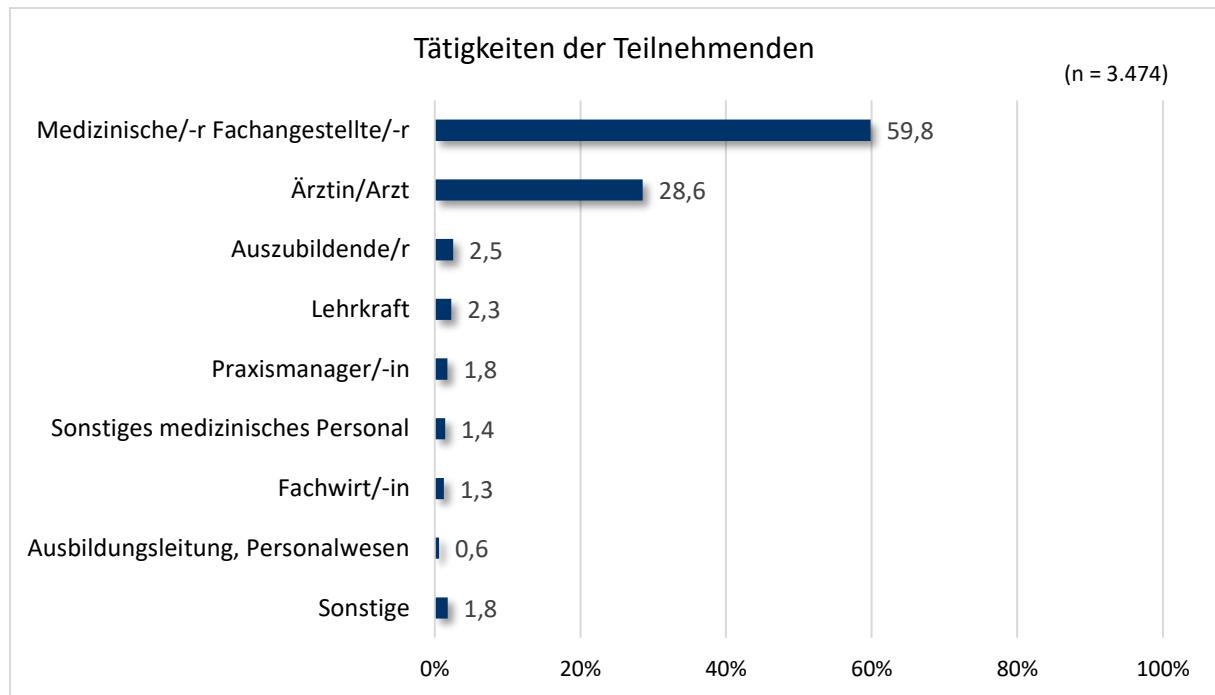


Abbildung 5: Tätigkeiten der Befragungsteilnehmenden

Mit einem Anteil von 59,8 Prozent stellen die Medizinischen Fachangestellten die größte Gruppe der Befragten dar. Deutlich geringer vertreten sind Ärztinnen und Ärzte mit 28,6 Prozent. Weitere Gruppen, die aus der offenen Antwortkategorie „Sonstiges“ nachcodiert wurden, sind Auszubildende, Lehrkräfte und Praxismanager/-innen. Sie umfassen jeweils weniger als 2,5 Prozent. (vgl. Abbildung 5).

Die Befragten waren auf unterschiedliche Weise in die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten eingebunden. So gaben insgesamt 80,1 Prozent der Teilnehmenden an, innerhalb der letzten acht Jahre entweder selbst die Ausbildung absolviert oder an der Ausbildung von MFA mitgewirkt zu haben.

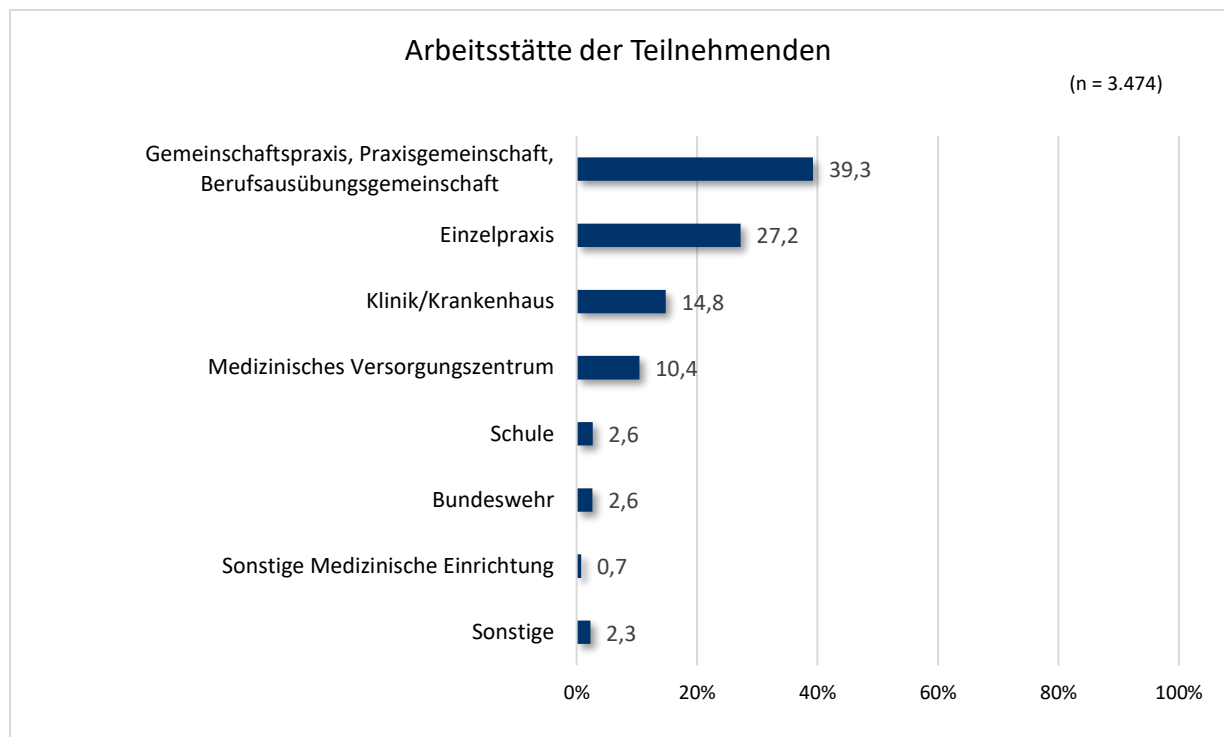


Abbildung 6: Arbeitsstätten der Befragungsteilnehmenden

Die Arbeitsstätten der Befragten können wie folgt weiter präzisiert werden (vgl. Abbildung 6):

Anteil der Befragten aus Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder Berufsausübungsgemeinschaften (39,3 %): Innerhalb dieser Gruppe arbeiten 39,2 Prozent der Befragten in rein fachärztlichen Gemeinschaftspraxen, 34,5 Prozent in rein hausärztlichen Gemeinschaftspraxen und 25,4 Prozent in gemischten Praxen.

Anteil der Befragten aus Einzelpraxen (27,2 %): Innerhalb dieser Gruppe arbeiten 54,8 Prozent in hausärztlichen und 45,2 Prozent in fachärztlichen Einzelpraxen.

Anteil der Befragten aus Kliniken und Krankenhäusern (14,8 %) sowie Medizinischen Versorgungszentren (10,4 %).

Die offenen Angaben in der Kategorie „Sonstiges“ wurden nachträglich kodiert. Hierbei zeigte sich, dass jeweils 2,6 Prozent der Befragten Lehrkräfte an Schulen oder bei der Bundeswehr beschäftigt waren.

Das regionale Umfeld, an dem sich die Arbeitsstätte der Befragten befindet, wurde erhoben, um einen möglichen Unterschied im Qualifikationsbedarf zwischen Einrichtungen in (Groß-)Städten und ländlichen Räumen nachzugehen. Der größte Anteil der Befragten stammt aus Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern (35,7 %), gefolgt von mittelgroßen Städten, Kleinstädten und schließlich ländlichen Gemeinden (unter 5.000 Einwohner), aus denen mit 8,9 Prozent der kleinste Anteil vertreten ist.

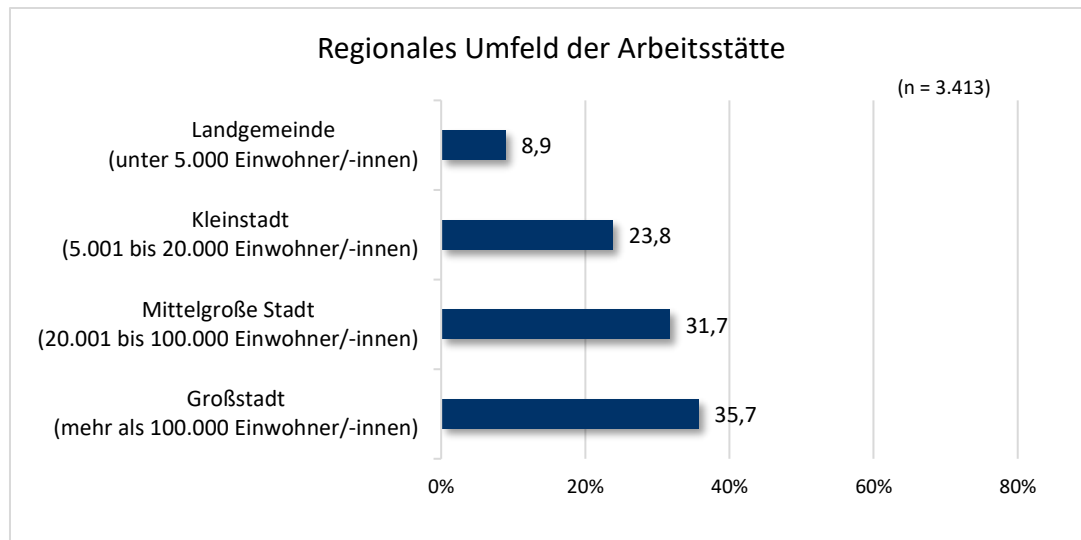


Abbildung 7: Regionales Umfeld der Arbeitsstätten der Befragungsteilnehmenden

Zwischen ländlichen und städtischen Regionen zeigen sich deutliche Unterschiede in den vertretenen Praxisformen. In kleinen Landgemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnerinnen und Einwohnern arbeiten die Befragten überwiegend in hausärztlichen Einzelpraxen (42,5 %) oder in rein hausärztlichen Gemeinschaftspraxen (30,9 %). Mit zunehmender Stadtgröße nimmt der Anteil dieser Praxisformen jedoch deutlich ab. In Großstädten (mit mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern) sind nur noch 13,7 Prozent der Befragten in hausärztlichen Einzelpraxen und 10,8 Prozent in rein hausärztlichen Gemeinschaftspraxen tätig.

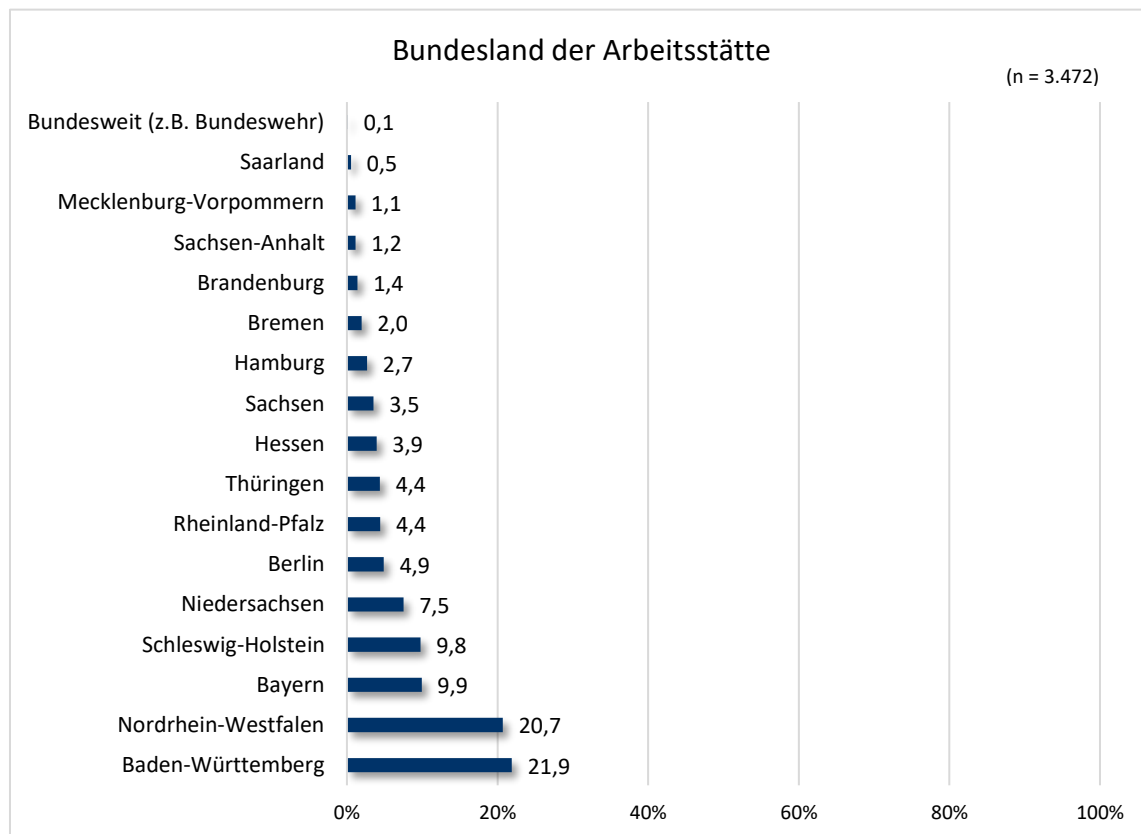


Abbildung 8: Bundesland der Arbeitsstätten der Befragungsteilnehmenden

Die Verbreitung der Umfrage erfolgte über verschiedene (regionale) Organisationen wie Landesärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Berufsverbände mit jeweils unterschiedlicher Reichweite. Zur Einordnung möglicher Unterschiede in der Zusammensetzung der Stichprobe wurde das Bundesland der Arbeitsstätte der Befragten erhoben.

Die bundesweite Verteilung der Stichprobe bildet nicht die tatsächliche Verteilung der Beschäftigten in Deutschland ab. Beispielsweise sind Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein gemessen an ihren Beschäftigtenzahlen überrepräsentiert, während Bayern unterrepräsentiert ist.

Darüber hinaus zeigen sich Unterschiede in der bundesweiten Verteilung zwischen den Ärztinnen und Ärzten sowie den Medizinischen Fachangestellten. Medizinische Fachangestellte verteilen sich gleichmäßiger über das gesamte Bundesgebiet. Diese Abweichung könnte darauf zurückzuführen sein, dass Ärztinnen und Ärzte vorrangig über die regional ausgerichteten Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen angesprochen wurden, während Medizinische Fachangestellte überwiegend bundesweit über den Verband medizinischer Fachberufe e.V. oder ver.di erreicht wurden.

Da sich in den zuvor geführten Interviews keine Hinweise auf relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern ergaben, ist davon auszugehen, dass die ungleichmäßige regionale Verteilung in der vorliegenden Stichprobe kein methodisches Problem darstellt.

3.3.4 Vorgehen bei der Auswertung – Gruppenvergleiche

Aus den qualitativen Interviews ergaben sich Hinweise darauf, dass der Qualifikationsbedarf je nach Einrichtungsart und Urbanisierungsgrad unterschiedlich eingeschätzt wird und auch zwischen verschiedenen Personengruppen divergierende Auffassungen bestehen. Auf Grund der geringen Fallzahlen in den nachcodierten Gruppen aus der offenen Antwortkategorie „Sonstiges“ (z. B. Lehrkräfte oder Auszubildende), werden im Gruppenvergleich nur Unterschiede zwischen MFA und Ärztinnen und Ärzten betrachtet.

Da sich für die meisten der 88 Items aus den Interviews keine spezifischen Hypothesen ableiten ließen, wurde ein explorativer Ansatz gewählt. Insgesamt ergeben sich bei 88 Items und fünf Gruppenvariablen rechnerisch 440 mögliche Gruppenvergleiche. Um die Analyse auf zentrale Unterschiede zu konzentrieren, wurde als Relevanzkriterium ein Bonferroni-korrigiertes Signifikanzniveau von $p < 0,0001136$ (ausgehend von $p = 0,05$ bei 440 Tests) angesetzt. Für dichotome Gruppenvariablen kam der Mann-Whitney-U-Test zum Einsatz; für Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen wurde der Kruskal-Wallis-Test verwendet (OKOYE, HOSSEINI 2024)¹.

In Kapitel 4.1 werden signifikante Gruppenunterschiede dargestellt.

¹ Der Mann-Whitney-U-Test und der Kruskal-Wallis-Test sind nicht-parametrische Verfahren zum Prüfen von Gruppenunterschieden, die auf Rangwerten beruhen und sich damit für ordinalskalierte Daten eignen. Der Mann-Whitney-Test prüft Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Gruppen, der Kruskal-Wallis-Test erweitert dies auf mehr als zwei Gruppen (OKOYE, HOSSEINI 2024.)

4 Zentrale Ergebnisse der Untersuchung

Im Folgenden werden die zentralen Untersuchungsergebnisse dargestellt. Berücksichtigt sind die Ergebnisse aus Dokumenten- und Literaturrecherche, aus den leitfadengestützten Interviews sowie der Online-Befragung. Zudem fließen die Erkenntnisse aus den Workshops, Einrichtungsbegehungen, Expertengesprächen und den Beiratssitzungen ein.

Im Fokus stehen zukünftige Qualifikationsbedarfe, die sich aus arbeitsorganisatorischen Veränderungen, fachlichen sowie technologischen Entwicklungen ergeben und einen Einfluss auf Aufgaben und Tätigkeiten der MFA haben (Kapitel 4.1).

Die nachfolgenden Kapitel behandeln die Ergebnisse zur Verortung von Sachkundenachweisen in der Ausbildung (Kapitel 4.2), zu Schnittstellen und Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (Kapitel 4.3), zu möglichen Differenzierungen der Ausbildungsstruktur (Kapitel 4.4), zu Prüfungen und Prüfungsstrukturen (Kapitel 4.5), zur erweiterten Verantwortungsübernahme von MFA (Kapitel 4.6) sowie zum Stand und zu Perspektiven von Fortbildungsmöglichkeiten (Kapitel 4.7).

Anschließend wird das BIBB-Projekt ProSeCOM und seine aktuelle Umsetzung erläutert (Kapitel 5). Im abschließenden Kapitel (6 bis 8) werden die Zielerreichung, die zentralen Empfehlungen für die zukünftige Ausbildung sowie der Ausblick und der Transfer.

4.1 Zukünftiger Qualifikationsbedarf

In der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten zu bewerten, wie wichtig die Vermittlung der jeweiligen Qualifikationen in der zukünftigen Ausbildung ist. Hierfür wurde eine fünfstufige Skala verwendet, die von „1 = muss nicht mehr vermittelt werden“ über „2 = unwichtig“ und „3 = eher unwichtig“ bis zu „4 = eher wichtig“ und „5 = wichtig“ reichte.

Die Befragten hatten zudem die Möglichkeit, die Antwortoptionen „Kann ich nicht beurteilen“ oder „Keine Angabe“ auszuwählen. Diese Angaben wurden bei der Berechnung der Prozentwerte nicht berücksichtigt. Dadurch ergeben sich in den Abbildungen des Kapitels 4.1 je Item unterschiedliche Fallzahlen („n“). Aufgrund von Rundungen können die ausgewiesenen Prozentwerte zudem geringfügig von 100 Prozent abweichen.

Für eine übersichtlichere Ergebnisdarstellung wurden die Kategorien 1 bis 3 in den nachfolgenden Grafiken zur Sammelkategorie „(eher) unwichtig“ zusammengefasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass nahezu alle abgefragten Qualifikationen von der Mehrheit der Teilnehmenden als relevant eingeschätzt werden. Für 55 der insgesamt 88 Items geben jeweils mehr als die Hälfte der Befragten an, diese Qualifikation als „wichtig“ zu bewerten.

Zur weiteren Schärfung des zukünftigen Qualifikationsprofils der MFA werden im Bericht insbesondere Items mit hoher beziehungsweise niedriger Relevanz hervorgehoben.

Dabei gilt:

- Eine hohe Relevanz liegt vor, wenn mindestens 70 Prozent der Befragten ein Item als „wichtig“ einstufen.
- Eine niedrige Relevanz liegt vor, wenn mehr als 30 Prozent der Befragten ein Item als „(eher) unwichtig“ bewerten.

Aus der Gesamtbetrachtung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse eines Themenbereichs werden schließlich Empfehlungen für die zukünftige Ausgestaltung des Berufs- und Qualifikationsprofils der Medizinischen Fachangestellten abgeleitet.

4.1.1 Medizinische Fachkenntnisse sachgerecht anwenden

Qualitative Ergebnisse

Nach Aussage der Expertinnen und Experten bilden medizinische Fachkenntnisse die Grundlage für viele weitere Aufgaben von MFA. So sind etwa Kenntnisse über Ansteckungs- und Verbreitungswege von Krankheiten erforderlich, um die Patientensicherheit bei der Praxisorganisation zu gewährleisten. Das Wissen über Krankheitsbilder und deren Symptome ist notwendig, um bei der Terminvergabe die Dringlichkeit von Behandlungsanlässen einzuschätzen. Eine zunehmende Herausforderung stellen Patientinnen und Patienten dar, die mit selbst recherchiertem Vorwissen oder Fragen in die Praxis kommen und MFA entsprechend kompetent reagieren müssen.

In den Interviews zeigt sich ein uneinheitliches Bild hinsichtlich des Bedarfs medizinischer Fachkenntnisse: Einerseits wird betont, dass vertieftes, spezialisiertes Wissen von MFA nicht benötigt würde, beispielsweise im Bereich seltener Krankheitsbilder und deren Diagnostik. Dies würde nach Aussage der Interviewten im Berufsschulunterricht vermittelt, obwohl dieses Wissen nur in speziellen Einrichtungen relevant sei. Die bereits bestehende Stofffülle, mit der einige Auszubildende Schwierigkeiten hätten, sollte eher kritisch hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz hinterfragt werden. Andererseits bemängeln einige Interviewte, dass heute weniger medizinisches Wissen vermittelt werde, als noch in ihrer eigenen Ausbildungszeit. Teilweise wird eine Vertiefung medizinischer Fachkenntnisse gefordert z. B. im Bereich der Arzneimittelkunde.

Online-Befragung

In der Umfrage bestätigt sich diese Einschätzung insofern, als praxisnahes Wissen – etwa über Ausbreitungs- und Ansteckungswege von Krankheiten – als besonders wichtig eingestuft wird. Eher theoretische Inhalte wie Kenntnisse über unterschiedliche Gewebetypen zeigen eine geringere Relevanz.

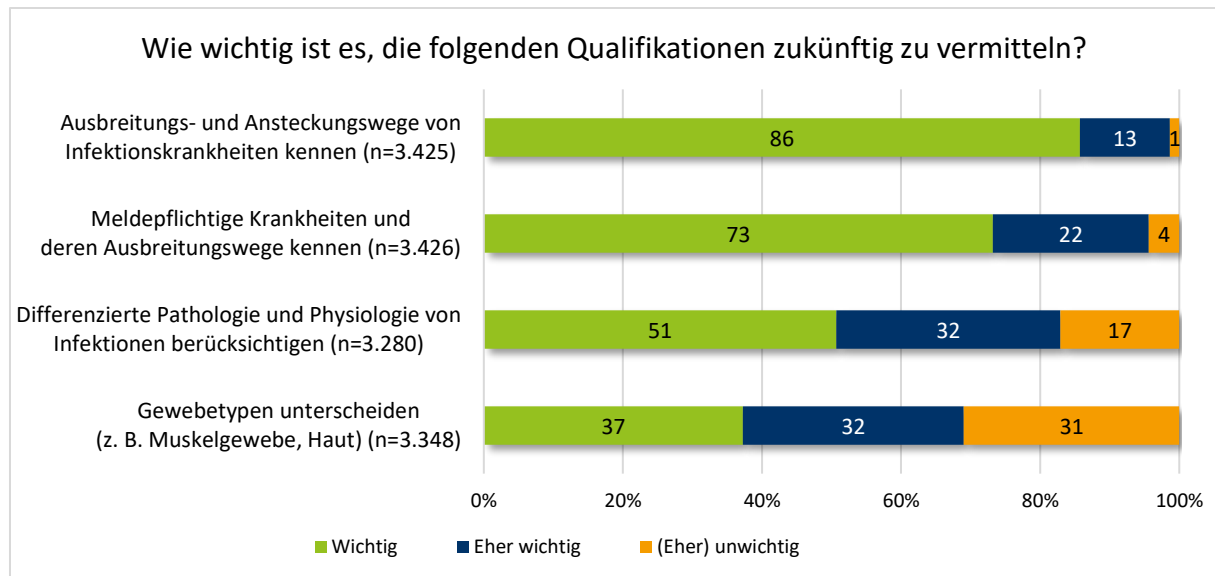


Abbildung 9: Qualifikationsbedarf – Medizinische Fachkenntnisse

Hohe Relevanz:

- „Ausbreitungs- und Ansteckungswege von Infektionskrankheiten kennen“ (86 %)
- „Meldepflichtige Krankheiten und deren Ausbreitungswege kennen“ (73 %)

Niedrige Relevanz:

- „Gewebetypen unterscheiden (z. B. Muskelgewebe, Haut)“ (31 %)

Gruppenunterschiede:

Unterschiede zeigen sich in diesem Bereich zwischen den Berufsgruppen und Einrichtungsarten:

In Bezug auf die Berufsgruppen schätzen MFA die Berücksichtigung einer differenzierten Pathologie und Physiologie von Infektionen sowie das Unterscheiden von Gewebetypen wichtiger ein als die befragten Ärztinnen und Ärzte.

Hinsichtlich der Einrichtungsarten werden die Berücksichtigung einer differenzierten Pathologie und Physiologie von Infektionen sowie das Unterscheiden von Gewebetypen aus Sicht von Kliniken und Krankenhäusern als relevanter eingeschätzt als von hausärztlichen Praxen.

Empfehlung: Medizinische Fachkenntnisse sachgerecht anwenden

In der MFA-Ausbildung sollte der Fokus auf praxisnahe medizinische Fachkenntnisse gelegt werden. Damit MFA Dringlichkeiten sicher einschätzen und patientenorientiert handeln können, benötigen sie medizinische Fachkenntnisse zu Krankheitsbildern, Symptomen, Ansteckungs- und Verbreitungswegen sowie zu grundlegenden Aspekten der Arzneimittelkunde. Stark spezialisierte oder überwiegend theoretische Inhalte wie die Unterscheidung von Gewebetypen sollten hingegen kritisch überprüft und zugunsten unmittelbar berufsrelevanter Inhalte reduziert werden.

4.1.2 Ärztliche Diagnostik unterstützen

Qualitative Ergebnisse

Die Assistenz bei ärztlicher Diagnostik bleibt neben den organisatorischen und administrativen Aufgaben, wie Untersuchungen und Behandlungen vor- und nachzubereiten, wesentlicher Aufgabenbereich der MFA. Dazu gehört insbesondere die Bestimmung von Vitalparametern oder die Prüfung der Lungenfunktion, aber nach Meinung einiger Interviewten auch das Anlegen von Langzeit-EKGs und Langzeit-Blutdruckmessungen.

Andere Interviewte vertreten die Meinung, dass sich die Ausbildungsinhalte im Bereich der Lungenfunktionsuntersuchung reduzieren ließen, da vollständige Lungenfunktionstests bzw. Spirometrien in der Regel beim Pneumologen durchgeführt werden. Für die Ausbildung von MFA seien deshalb Kenntnisse über den einfachen Lungenfunktionstest ausreichend.

Darüber hinaus wird in den Interviews bemängelt, dass nicht alle diagnostischen Verfahren in allen (fachärztlichen) Praxen relevant seien und Auszubildende entsprechend Schwierigkeiten hätten, wenn diese Verfahren Bestandteil von Prüfungen sind, ohne dass sie ausreichend vermittelt werden konnten. Dies betreffe nicht nur erweiterte Diagnoseverfahren wie das Belastungs-EKG, sondern zum Teil auch grundlegende Tätigkeiten wie Blutdruckmessungen.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung unterstreichen die hohe Bedeutung der Erhebung von Vitalparametern. Spezifischere diagnostische Verfahren werden hingegen insgesamt als etwas weniger relevant beurteilt.

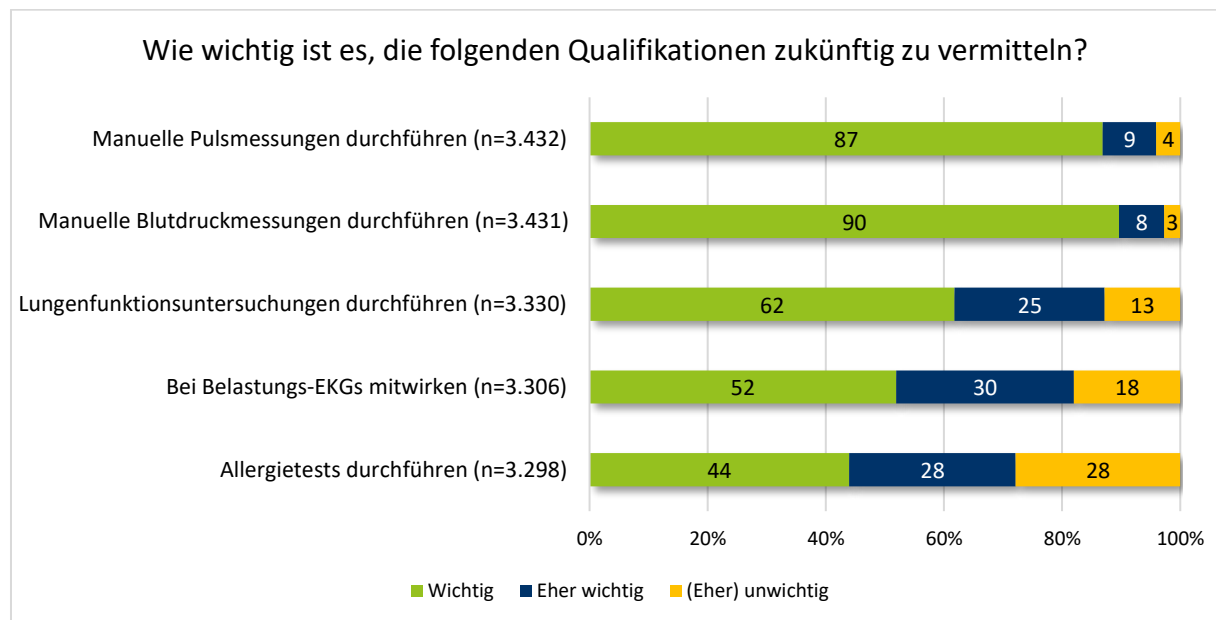


Abbildung 10: Qualifikationsbedarf – Diagnostik

Hohe Relevanz:

- „Manuelle Blutdruckmessungen durchführen“ (90 %)
- „Manuelle Pulsmessungen durchführen“ (87 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

Unterschiede zeigen sich in diesem Bereich zwischen den Berufsgruppen und Einrichtungsarten:

In Bezug auf die Berufsgruppen schätzen MFA die Mitwirkung bei Belastungs-EKGs als deutlich wichtiger ein als Ärztinnen und Ärzte.

In Bezug auf die Einrichtungsarten wird die Mitwirkung bei Belastungs-EKGs in Kliniken und Krankenhäusern als relevanter eingeschätzt als in fachärztlichen Gemeinschaftspraxen und MVZ. Lungenfunktionsuntersuchungen werden hingegen von hausärztlichen Praxen als wichtiger bewertet als von fachärztlichen Praxen oder MVZ. Allergietests schätzen fachärztliche Praxen sowie Kliniken und Krankenhäuser relevanter ein als hausärztliche Praxen und MVZ.

Empfehlung: Ärztliche Diagnostik unterstützen

In der MFA-Ausbildung sollte die Assistenz bei ärztlicher Diagnostik weiterhin einen zentralen Stellenwert einnehmen, insbesondere die sichere Erhebung von Vitalparametern sowie die Unterstützung diagnostischer Maßnahmen.

4.1.3 Laboruntersuchungen unterstützen und Ergebnisse einordnen

Qualitative Ergebnisse

In den Interviews wird deutlich, dass komplexe und somit zeitintensive Laborarbeiten nicht mehr standardmäßig in den Praxen und Einrichtungen durchgeführt werden. Die Auswertung von Proben oder die Bestimmung von Werten wird weitestgehend an externe Labore, Facharztlabore bzw. Zentrallabore in Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren ausgelagert. MFA müssen aber Auffälligkeiten bei Untersuchungsergebnissen erkennen, um Ärzte und Ärztinnen entsprechend zu informieren und ggf. Priorisierungen in der Behandlungsabfolge vorzunehmen.

Das Zählen von Leukozyten oder Zentrifugieren von Blut gehören zu den Labortätigkeiten, die derzeit noch in der Ausbildung vermittelt werden, die aber nicht mehr zu den berufsrelevanten Kompetenzen gehören. Die Vorbereitung und Gewinnung von Probenmaterial, ebenso wie die Durchführung von Schnelltests (bspw. Urin- und Schwangerschaftstests), bleiben aber weiterhin Aufgabe der MFA.

Die Blutabnahme durch MFA wird in allen Einrichtungen und Praxen als wichtige Tätigkeit benannt. Die Expertinnen und Experten betonen, dass auf Grundlage dieser Fachkenntnisse aus der Ausbildung und einer anschließenden gezielten Weiterbildung auch weiterführende Aufgaben – beispielsweise im Rahmen der Telemedizin – an MFA delegiert werden können.

Online-Befragung

In der Umfrage bestätigen sich die in den Interviews geäußerten Einschätzungen. Tätigkeiten wie die Durchführung von Schnelltests, die Probenentnahme für externe Laboranalysen sowie die Dokumentation und Einordnung von Laborergebnissen werden mehrheitlich als „wichtig“ eingestuft. Während manuelle Labortätigkeiten wie „Mikroskopieren“ und „Zellen auszählen (z. B. Erythrozyten, Leukozyten)“ zu den am niedrigsten bewerteten Qualifikationen in der Befragung zählen. Die zukünftige Relevanz der Durchführung der Urindiagnostik sowie des Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeitstests wird vergleichsweise niedriger bewertet.

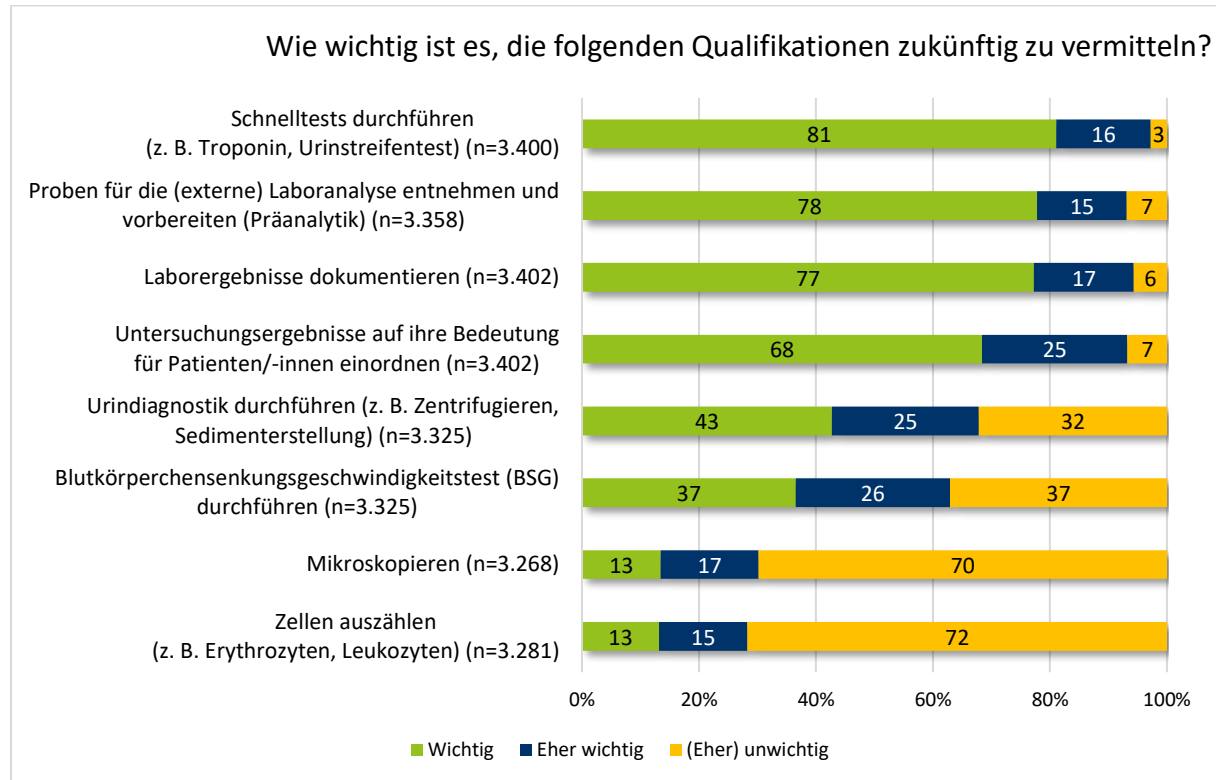


Abbildung 11: Qualifikationsbedarf – Laborarbeiten

Hohe Relevanz:

- „Schnelltests durchführen (z. B. Troponin, Urinstreifentest)“ (81 %)
- „Proben für die (externe) Laboranalyse entnehmen und vorbereiten (Präanalytik)“ (78 %)
- „Laborergebnisse dokumentieren“ (77 %)

Niedrige Relevanz:

- „Zellen auszählen (z. B. Erythrozyten, Leukozyten)“ (72 %)
- „Mikroskopieren“ (70 %)
- „Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeitstest (BSG) durchführen“ (37 %)
- „Urindiagnostik durchführen (z. B. Zentrifugieren, Sedimenterstellung)“ (32 %)

Gruppenunterschiede:

Unterschiede zeigen sich in diesem Bereich zwischen den Berufsgruppen und Einrichtungsarten:

In Bezug auf die Berufsgruppen schätzen Ärztinnen und Ärzte das Entnehmen und Vorbereiten von Proben für die externe Laboranalyse (Präanalytik) wichtiger ein als MFA. MFA hingegen messen dem Mikroskopieren sowie dem Einordnen von Untersuchungsergebnissen hinsichtlich ihrer Bedeutung für Patientinnen und Patienten eine höhere Relevanz bei.

Hinsichtlich der Einrichtungsarten wird deutlich, dass die Ausbildungsinhalte im Bereich Laborarbeiten von MVZ insgesamt als weniger relevant eingeschätzt werden. Tätigkeiten wie das Entnehmen und Vorbereiten von Proben für die externe Laboranalyse (Präanalytik) sowie die Durchführung von Schnelltests werden vor allen in Praxen mit hausärztlichem Anteil als relevanter bewertet als in anderen Einrichtungsarten. Demgegenüber werden manuelle Laborarbeiten wie das Mikroskopieren und das Auszählen von Zellen insbesondere in Kliniken und Krankenhäusern sowie in fachärztlichen Praxen als wichtiger erachtet als in hausärztlichen und gemischten Praxen.

Konkretisierung durch den Beirat

Im Rahmen der Beiratssitzung wurden verschiedene Anpassungen und Schwerpunktsetzungen im Bereich der Laborarbeiten diskutiert, um die Ausbildung zukünftig praxisnaher zu gestalten.

Das Mikroskopieren und Auszählen von Zellen kann laut Beirat aus dem Lehrplan gestrichen werden, da diese Tätigkeit mittlerweile an externe Labore ausgelagert oder nur bei wenigen fachärztlichen Einrichtungen, z. B. Urologen, durchgeführt wird. Die Urinstatus-Untersuchung bleibt jedoch relevant, wobei hier nur die makroskopische Untersuchung in der Ausbildung zu vermitteln ist. Besonders wichtig ist, dass MFA den Patientinnen und Patienten die korrekte Probenentnahme erklären können, um aussagekräftige Ergebnisse zu gewährleisten.

Bei der Urindiagnostik und den BSG-Tests (Blutsenkungsgeschwindigkeit) können die Inhalte reduziert werden, da für die primärärztliche Versorgung die Grundlagen ausreichen. Allerdings ist bei Chronikern, insbesondere Diabetikern, das Anlegen einer Urinkult (mikrobiologische Urinkultur) und die makroskopische Beurteilung weiterhin von Bedeutung.

Empfehlung: Laboruntersuchungen unterstützen und Ergebnisse einordnen

In der MFA-Ausbildung sollten Inhalte zu Laborarbeiten stärker an der heutigen Praxis ausgerichtet werden, mit einem Fokus auf Präanalytik wie Probengewinnung, Durchführung von Schnelltests sowie Dokumentation und Einordnung der Untersuchungsergebnisse. Zeitintensive oder manuelle Labortätigkeiten wie Mikroskopieren oder Zellen auszählen, die überwiegend an externe Labore ausgelagert sind, sollten hingegen reduziert oder aus dem Ausbildungsrahmenplan gestrichen werden.

4.1.4 Bei medizinischen Behandlungen assistieren

Qualitative Ergebnisse

Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten hat die Corona-Pandemie in ambulanten Einrichtungen aufgezeigt, dass MFA zusätzliche delegierbare Aufgaben übernehmen könnten und sollten. In diesem Zusammenhang wird insbesondere das Impfen genannt.

Impfen und Wundversorgung werden als alltägliche Aufgaben, vor allem in hausärztlichen Praxen, beschrieben und zugleich als wichtige Ausbildungsbestandteile hervorgehoben. Für beide Bereiche werden Fortbildungsangebote thematisiert („Impfassistent/-in“, „Wundmanager/-in“ und „Wundassistent/-in“), die eine eigenständigere Durchführung ermöglichen. Impfungen und Wundversorgungen dürfen durch MFA nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen, was ihre Einsatzmöglichkeiten – etwa bei Hausbesuchen oder in Altenheimen – deutlich einschränkt (vgl. Kapitel 4.6).

Darüber hinaus wird in den Interviews deutlich, dass Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapien in den wenigsten Praxen durchgeführt werden und daher aus Sicht der Befragten in der Ausbildung keine Rolle mehr spielen sollten. Auch das Anlegen von Gipsverbänden wird als wenig verbreitet und entsprechend wenig relevant für die Ausbildung eingeschätzt. Das Taping wird eher als nützliche Zusatzkompetenz beschrieben, jedoch nicht als notwendiger Ausbildungsbestandteil. In Bezug auf das Katheterisieren wird darauf hingewiesen, dass dies zwar im Berufsschulunterricht vermittelt wird, in hausärztlichen Praxen jedoch kaum praktische Anwendung findet, da entsprechende Patientinnen und Patienten in der Regel an fachärztliche Praxen überwiesen werden.

Online-Befragung

Die Umfrage verdeutlicht, dass das Impfen sowie die Wundversorgung weiterhin eine hohe Relevanz für die Ausbildung aufweisen und mögliche Ausbildungsinhalte wie „Kompressionsverbände anlegen“ von einer Mehrheit zukünftig als „wichtig“ eingeschätzt wird. Zudem bestätigt sich die geringe Relevanz von „Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapie durchführen“, „Gipsen“, „Taping“ sowie „Katheter legen“. Diese gehören zu den insgesamt am niedrigsten bewerteten Items.

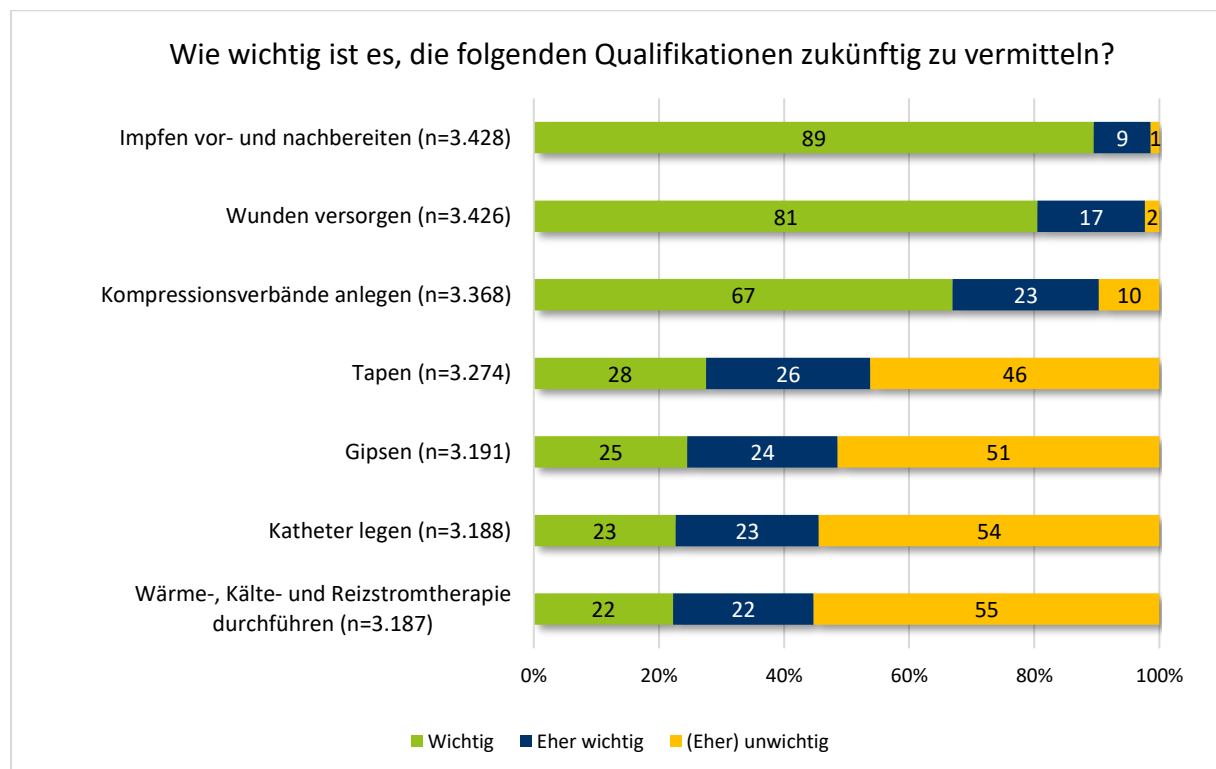


Abbildung 12: Qualifikationsbedarf – Assistieren bei medizinischen Behandlungen

Hohe Relevanz:

- „Impfen- vor und nachbereiten“ (89 %)
- „Wunden versorgen“ (81 %)

Niedrige Relevanz:

- „Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapie durchführen“ (55 %)
- „Katheter legen“ (54 %),
- „Gipsen“ (51 %)
- „Tape“ (46 %)

Gruppenunterschiede:

Unterschiede zeigen sich zwischen Berufsgruppen und Einrichtungsarten:

In Bezug auf die Berufsgruppen schätzen MFA die Durchführung von Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapien sowie die Wundversorgung als etwas wichtiger ein als die befragten Ärztinnen und Ärzte.

Hinsichtlich der Einrichtungsarten wird deutlich, dass die Qualifikationen „Gipsen“, „Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapie durchführen“ und „Katheter legen“ vor allem in Kliniken und Krankenhäusern sowie in fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen relevanter eingeschätzt werden als in hausärztlichen Einzelpraxen sowie gemischt ausgerichteten Gemeinschaftspraxen. In diesen Einrichtungsarten wird das Anlegen von Kompressionsverbänden, die Wundversorgung sowie das Vor- und Nachbereiten von Impfungen wichtiger eingeschätzt als in den anderen Einrichtungen.

Konkretisierung durch den Beirat

Der Beirat diskutiert über den Bereich medizinische Behandlungen. Es wird zugestimmt, dass Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapie nicht in der Ausbildung vermittelt werden müssen, da diese Maßnahmen in den therapeutischen Bereich der Heilmittelerbringer fallen. Auch beim Tape, Gipsen und Katheter legen müssen MFA diese nicht selbstständig anlegen, sondern es reichen die Fähigkeiten und das medizinische Wissen, die korrekte Lage beurteilen zu können.

Ein längerer Diskussionspunkt ist das Anlegen von Kompressionsverbänden. Es wird intensiv erörtert, ob dies eine neue Kompetenz für MFA in der Ausbildung sein könnte. Einerseits sind die Grundlagen wichtig, andererseits erfordert die eigenständige Durchführung eine tiefere Vermittlung, die über die Erstausbildung derzeit hinausgeht. Es wird betont, dass das Anlegen von Kompressionsverbänden eine delegierbare ärztliche Leistung ist, die aktuell jedoch einer gesonderten Fortbildung bedarf – etwa im Klinikbereich durch fortgebildete MFA und Pflegefachkräfte. Die Patientensicherheit steht dabei immer im Vordergrund. Es besteht Konsens, dass MFA eine Grundkompetenz über Risiken und Vorgehensweisen bei Wundversorgung und Kompressionsverbänden benötigen, da die Ambulantisierung zunimmt und Patienten früher aus Kliniken entlassen werden. Eine Stärkung der Ausbildung durch erweiterte Kompetenzen wird als sinnvoll erachtet, um den Beruf attraktiver zu gestalten und die MFA auf die Anforderungen der modernen Patientenversorgung vorzubereiten. Die Frage, ob eine Aufwertung der MFA-Ausbildung in diesem Bereich sinnvoll wäre, soll im Rahmen des Neuordnungsverfahrens final geklärt werden.

Empfehlung: Bei medizinischen Behandlungen assistieren

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen im Bereich Impfen und Wundversorgung gestärkt werden, während selten durchgeführte Verfahren wie Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapien, Gipsen, Tapen oder Katheterisieren reduziert werden könnten.

Zugleich sollte geprüft werden, inwieweit die Vermittlung von Kompetenzen im Bereich „Anlegen von Kompressionsverbänden“ in der Ausbildung perspektivisch sinnvoll wäre, um MFA auf die Anforderungen einer zunehmend ambulanten Versorgung vorzubereiten.

4.1.5 Medizinprodukte und medizinische Geräte handhaben, Hygienestandards sicherstellen

Qualitative Ergebnisse

In den Interviews wird deutlich, dass der sachgerechte Umgang mit sowie die Wartung von Standardgeräten – etwa Blutdruckmessgeräten oder EKG-Geräten – weiterhin als wichtig angesehen werden, jedoch keiner vertieften Ausweitung in der Ausbildung bedürfen. In spezialisierten Fachbereichen hingegen sind weitergehende Kenntnisse erforderlich, da dort der Einsatz spezifischer Geräte und deren korrekte Handhabung eine zentrale Rolle für Diagnostik und Behandlung spielen.

Einigkeit besteht zudem darin, dass relevante gesetzliche Vorgaben, insbesondere zu Hygienestandards und zum Infektionsschutz, sowie ein grundlegendes Verständnis von Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten und -geräten fester Bestandteil der Ausbildung bleiben müssen. Diese Kenntnisse sind wesentlich für die Patientensicherheit, für das Verständnis medizinischer Abläufe und für die Gewährleistung hygienischer Standards im Praxisalltag.

Eine vertiefte Ausbildung zur umfassenden Aufbereitung von Medizinprodukten wird hingegen von den Expertinnen und Experten mehrheitlich nicht als notwendiger Bestandteil der Erstausbildung angesehen. Begründet wird dies mit veränderten Praxisstrukturen: Viele Einrichtungen nutzen inzwischen Einmalinstrumente oder lagern die Aufbereitung an spezialisierte Dienstleister aus. Zudem ist die fachgerechte Aufbereitung technisch und organisatorisch komplex, erfordert eine kostenintensive Ausstattung und spezielles Fachwissen, das in der Ausbildung häufig weder schulisch noch betrieblich in ausreichendem Maße vermittelt werden kann (vgl. Kapitel 4.2).

Vor diesem Hintergrund plädieren die meisten Expertinnen und Experten dafür, vertiefte Kenntnisse zur Medizinprodukteaufbereitung in Fort- und Weiterbildungen zu verlagern. Diese sollten gezielt von MFA besucht werden, die in spezialisierten Fachbereichen wie der Gynäkologie, Gastroenterologie oder Chirurgie tätig sind, in denen die Instrumentenaufbereitung weiterhin relevant ist.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung bestätigen, dass im Bereich der technischen und hygienischen Kompetenzen insbesondere die Sicherstellung von Hygiene und Instrumentenaufbereitung als zentraler Bestandteil der beruflichen Handlungskompetenz gilt. Eine ähnlich hohe Bedeutung wird technisch-funktionalen Aufgaben beigemessen, die den sicheren und kontinuierlichen Betrieb medizinischer Geräte gewährleisten. Dazu zählen die regelmäßige Prüfung und Kalibrierung von Geräten und das Erkennen und Beheben einfacher technischer Störungen.

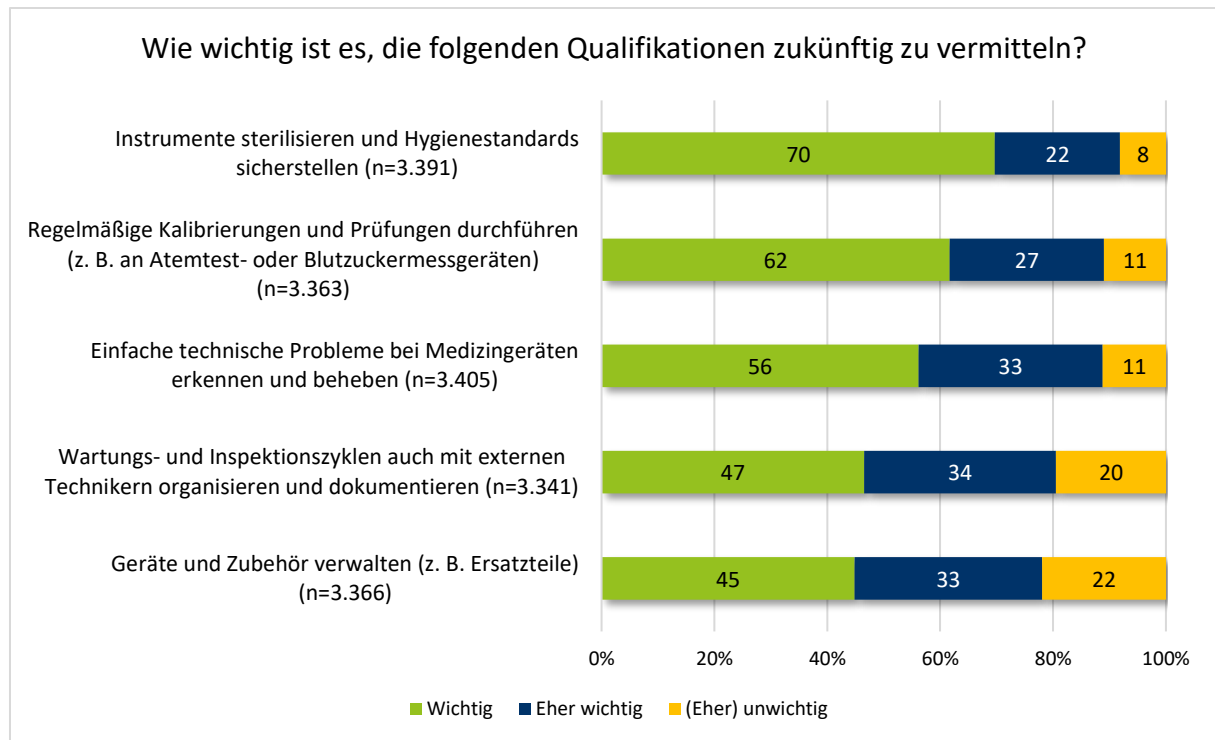


Abbildung 13: Qualifikationsbedarf – Medizinprodukte und -geräte

Hohe Relevanz:

- „Instrumente sterilisieren und Hygienestandards sicherstellen“ (70 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

In diesem Bereich zeigen sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Einrichtungsarten:

In Bezug auf die Berufsgruppen schätzen Ärztinnen und Ärzte „Wartungs- und Inspektionszyklen auch mit externen Technikern organisieren und dokumentieren“, „Einfache technische Probleme bei Medizingeräten erkennen und beheben“ sowie „Geräte und Zubehör verwalten (z. B. Ersatzteile)“ als wichtiger ein als MFA.

In Bezug auf die Einrichtungsarten zeigt sich, dass das „Sterilisieren von Instrumenten und das Sicherstellen von Hygienestandards“ in fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie in Kliniken und Krankenhäusern als wichtiger eingeschätzt wird als in anderen Einrichtungen.

Das „Organisieren und Dokumentieren von Wartungs- und Inspektionszyklen in Zusammenarbeit mit externen Technikern“ wird insbesondere in fachärztlichen Einzelpraxen als besonders bedeutsam bewertet, während dieser Aspekt in Kliniken und Krankenhäusern eine geringere Rolle spielt.

Empfehlung: Medizinprodukte und medizinische Geräte handhaben, Hygienestandards sicherstellen

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen zur Einhaltung von Hygienestandards, zum sachgerechten Umgang mit medizinischen Geräten sowie zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation vermittelt werden, ebenso wie Kompetenzen zur Wartung, Dokumentation und zum Erkennen und Beheben einfacher technischer Probleme. Vertiefte Inhalte zur Medizinproduktaufbereitung können spezialisierten Fortbildungen vorbehalten bleiben oder in Form von Zusatzqualifikationen (§ 49 BBiG) vermittelt werden.

4.1.6 In Akut-, Notfall- und Krisensituationen sicher handeln

Qualitative Ergebnisse

Die Aussagen der Expertinnen und Experten verdeutlichen, wie zentral die Fähigkeit zur Einschätzung medizinischer Dringlichkeiten im Berufsalltag von Medizinischen Fachangestellten ist. Die Vielzahl paralleler Aufgaben – von organisatorischen Tätigkeiten bis hin zur direkten Patientenversorgung – erfordert ein klares Verständnis dafür, was unmittelbar erledigt werden muss und was aufgeschoben werden kann. Insbesondere in Situationen mit hohem Arbeitsaufkommen oder sich überschneidenden Terminen ist es entscheidend, sicher zwischen Routinetätigkeiten, Akutfällen und tatsächlichen Notfällen unterscheiden zu können.

Vor diesem Hintergrund sollte in der Ausbildung gezielt vermittelt werden, wie Aufgaben und Patientenanliegen sinnvoll priorisiert werden. Als Beispiel wird der Umgang mit medizinischen Tests wie dem Troponintest bei Verdacht auf einen Herzinfarkt genannt, bei dem keine Zeit verloren werden darf. MFA müssen erkennen können, dass solche Untersuchungen höchste Priorität haben. Da sie häufig als Erste Laborbefunde einsehen, ist es zudem erforderlich, kritische Werte zuverlässig zu identifizieren und unverzüglich ärztlich weiterzuleiten.

Auch das Thema Pandemiemanagement hat durch die COVID-19-Pandemie an Bedeutung gewonnen. Die Vorbereitung auf Krisensituationen – von der Steuerung von Patientenströmen bis hin zum Test- und Isolationsmanagement – sollte künftig stärker in der Ausbildung berücksichtigt werden. Notfallpläne, klar strukturierte Abläufe und der Einsatz digitaler Lösungen spielen hierbei eine wichtige Rolle.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung bestätigen, Handlungskompetenzen in Notfallsituationen für die MFA-Ausbildung zentral sind. Als wesentliche Voraussetzung für die Patientensicherheit wird die Fähigkeit hervorgehoben, Akut- und Notfallsituationen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu reagieren. Ebenso bedeutsam sind das Bereithalten von Notfallmaterialien, die Priorisierung notwendiger Maßnahmen sowie die strukturierte Weiterleitung von Notfällen an zuständige Fachkräfte. Auch die Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten und anderen medizinischen Berufsgruppen wird als wichtiger Bestandteil einer effektiven Notfallbewältigung angesehen. Etwas geringere Bedeutung wird hingegen der Kenntnis und Umsetzung von Krisen- und Pandemieplänen beigemessen, die vor allem die strukturelle Vorbereitung auf Ausnahmesituationen betreffen.

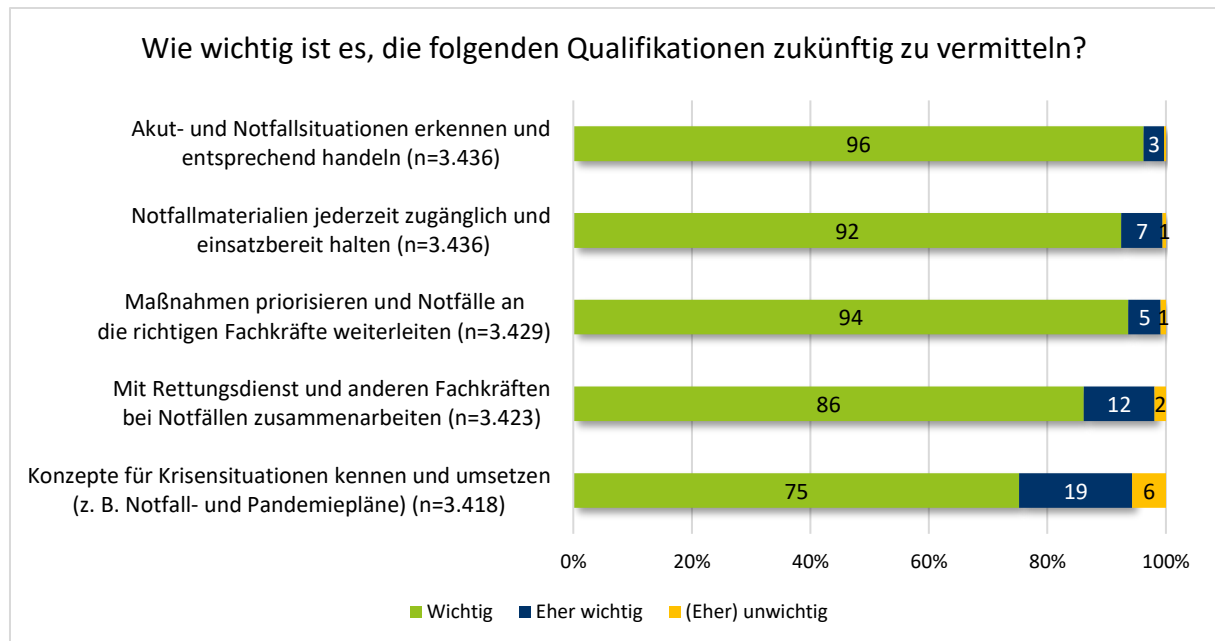


Abbildung 14: Qualifikationsbedarf – Notfallmanagement

Hohe Relevanz:

- „Akut- und Notfallsituationen erkennen und entsprechend handeln“ (96 %)
- „Maßnahmen priorisieren und Notfälle an die richtigen Fachkräfte weiterleiten“ (94 %)
- „Notfallmaterialien jederzeit zugänglich und einsatzbereit halten“ (92 %)
- „Mit Rettungsdienst und anderen Fachkräften bei Notfällen zusammenarbeiten“ (86%)
- „Konzepte für Krisensituationen kennen und umsetzen (z. B. Notfall- und Pandemiepläne)“ (75 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

Es liegen keine Gruppenunterschiede vor.

Konkretisierung durch den Beirat

In der Diskussion mit dem Beirat wird intensiv erörtert, welchen Stellenwert das Thema Katastrophenschutz in der MFA-Ausbildung erhalten soll. Dabei wird argumentiert, dass die Rolle von MFA im Katastrophenfall künftig an Bedeutung gewinnen wird und daher im Berufsbild berücksichtigt werden sollte.

Der Umgang mit Notfallsituationen umfasst laut Beirat nicht nur medizinische, sondern auch betriebliche Aspekte wie Stromausfälle, Brandschutz, Wasserschäden oder Polizeieinsätze. Angeregt wird, grundlegende Kenntnisse zum Katastrophenschutz und zum Verhalten in Notlagen in die Ausbildung zu integrieren, um MFA auf solche Situationen vorzubereiten. Darüber hinaus soll die psychische Resilienz gestärkt und die Einordnung außergewöhnlicher Ereignisse im Praxisalltag thematisiert werden. In diesem Bereich sind derzeit zahlreiche Entwicklungen zu beobachten, etwa

durch neue sicherheitspolitische Vorgaben, eine engere Abstimmung mit Hilfsorganisationen oder durch Hitzeschutzpläne für Gesundheitseinrichtungen in Großstädten.

Empfehlung: In Akut-, Notfall- und Krisensituationen sicher handeln

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen zum Erkennen und Handeln in Akut- und Notfallsituationen, zur Priorisierung von Maßnahmen, zur Sicherstellung einsatzbereiter Notfallmaterialien sowie zur Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten vermittelt werden. Ergänzend sollten MFA Konzepte für Krisen- und Ausnahmesituationen kennen und bei der Umsetzung unterstützen.

4.1.7 Interprofessionelle Kompetenzen stärken

Qualitative Ergebnisse

Strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen – wie der Rückgang hausärztlicher Einzelpraxen, die Zunahme großer Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren, der verstärkte Einsatz von MFA im stationären Bereich, veränderte Versorgungsstrukturen, eine zunehmende multiprofessionelle und interprofessionelle Zusammenarbeit sowie der Fachkräftemangel – wirken sich deutlich auf die Arbeitsabläufe und die Zusammenarbeit der Beschäftigten und damit auch auf die Tätigkeit von MFA aus.

In den Interviews wird deutlich, dass MFA eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren der medizinischen Versorgung (z. B. Physiotherapie, stationären Einrichtungen, Gesundheitsämtern, Sanitätshäusern) einnehmen.

Die Expertinnen und Experten betonen, dass steigende Anforderungen an wirtschaftliches Denken und eine effiziente Arbeitsorganisation es erforderlich machen, Prozesse innerhalb von Einrichtungen sowie einrichtungsübergreifend zu steuern und besser zu verknüpfen. Dabei gewinnt die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Praxen, Kliniken und weiteren an der Versorgung Beteiligten zunehmend an Bedeutung. Insbesondere in größeren Einrichtungen werden Kompetenzen im Bereich Case-Management immer wichtiger.

MFA kommt hierbei eine zentrale Rolle in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, in der Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren sowie in der Dokumentation zu. Sie tragen damit wesentlich zu einer effizienten Versorgung bei.

Zur Bewältigung dieser komplexen Verwaltungs- und Organisationsaufgaben ist eine ausgeprägte Reflexionsfähigkeit erforderlich, um Praxis- und Arbeitsabläufe kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu optimieren.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Befragung verdeutlichen, dass im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit zentrale Anforderungen an MFA gesehen werden. Als besonders wichtig werden kooperative und lösungsorientierte Arbeitsweisen eingeschätzt, die es ermöglichen, gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen sowie anderen Berufsgruppen tragfähige Entscheidungen zu treffen.

Ebenso hoch bewertet wird die Fähigkeit, Patientendaten klar und verständlich zu erheben, zu dokumentieren und weiterzugeben – ein wesentlicher Aspekt für die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.

Darüber hinaus werden Kompetenzen als bedeutsam angesehen, die eine reflektierte Mitarbeit in multiprofessionellen Teams unterstützen. Dazu zählen das Bewusstsein für unterschiedliche berufliche Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie die Fähigkeit, sich auf verschiedene Arbeitsstile und Teamstrukturen einzustellen. Diese Fähigkeiten gewinnen insbesondere in zunehmend arbeitsteiligen und sektorübergreifenden Versorgungsprozessen an Bedeutung.

Die Anwendung grundlegender Prinzipien des Case-Managements wird in der Online-Befragung als weniger relevant eingeschätzt.

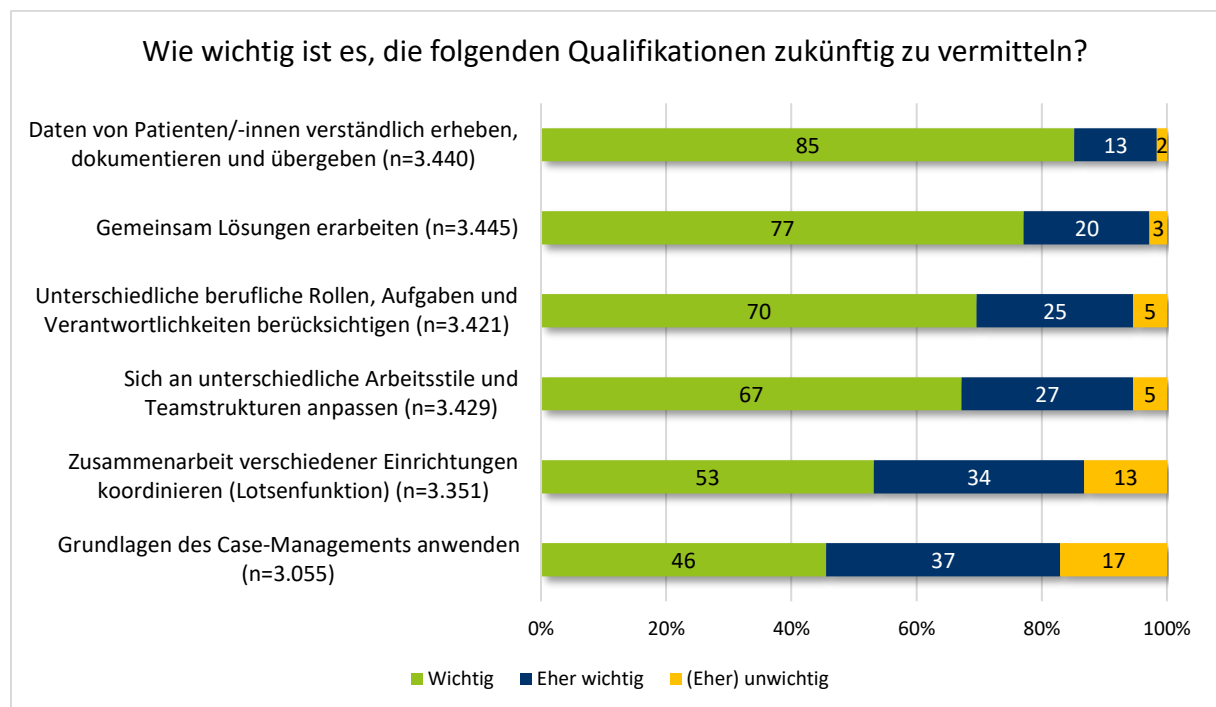


Abbildung 15: Qualifikationsbedarf – Zusammenarbeit

Hohe Relevanz:

- „Daten von Patienten/-innen verständlich erheben, dokumentieren und übergeben“ (85 %)
- „Gemeinsam Lösungen erarbeiten“ (77 %)
- „Unterschiedliche berufliche Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten berücksichtigen“ (70 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

Es gibt keine Gruppenunterschiede in diesem Bereich.

Empfehlung: Interprofessionelle Kompetenzen stärken

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit gezielt gestärkt werden. Medizinische Fachangestellte übernehmen im Versorgungsalltag eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen Patientinnen und Patienten sowie unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hierfür sind insbesondere ein klares Rollenverständnis im interprofessionellen Team, Kenntnisse über Versorgungsprozesse sowie die Fähigkeit erforderlich, Informationen strukturiert zu dokumentieren, sich mit anderen Berufsgruppen abzustimmen und lösungsorientiert zusammenzuarbeiten.

4.1.8 Patientinnen und Patienten situationsgerecht betreuen und beraten

Qualitative Ergebnisse

Auch in diesem Themenbereich betonen die Expertinnen und Experten die gestiegenen Anforderungen an MFA. Demografische Veränderungen und der medizinische Fortschritt führen dazu, dass insbesondere der Anteil älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten zunimmt. Die Betreuung und Beratung dieser Personengruppen erfordern erweiterte fachliche und kommunikative Kompetenzen.

MFA müssen in ihrer täglichen Arbeit individuelle Gegebenheiten wie psychische Erkrankungen, Demenz, körperliche Einschränkungen oder palliative Versorgungssituationen berücksichtigen. Dabei geht es nicht nur um fachliches Wissen, sondern auch um die Fähigkeit, Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten nachzuvollziehen und das eigene Handeln entsprechend anzupassen.

In den Interviews wird zudem hervorgehoben, dass beim Umgang mit unterschiedlichen Patientengruppen und deren Angehörigen auch kulturelle Hintergründe zu berücksichtigen sind. Der eigenen Reflexionsfähigkeit wird hierbei eine zentrale Bedeutung zugeschrieben.

Ebenso werden die Beratung und Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, beispielsweise bei Diabetes, thematisiert. Es wird die Erwartung formuliert, dass MFA künftig nicht nur bei routinemäßigen medizinischen Untersuchungen, sondern verstärkt auch in der patientenorientierten Beratung eine aktivere Rolle übernehmen können. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine klare Regelung der Verantwortungsbereiche und der Delegationsmöglichkeiten (vgl. Kapitel 4.6).

Vor dem Hintergrund zunehmend diverser Patientengruppen stellt auch die Information und Beratung eine wachsende Herausforderung dar – insbesondere im Hinblick auf den Auskunftssrahmen. Dieser umfasst neben Fragen zum Leistungsspektrum der Praxen auch Hinweise zu Versorgungsmöglichkeiten durch Sozialleistungsträger sowie zu weiterführenden Beratungs- und Unterstützungsangeboten. MFA müssen auch in der Lage sein, Patientinnen und Patienten die Nutzung digitaler Anwendungen zu erklären und sie bei der Einordnung von Untersuchungsergebnissen zu unterstützen. Sie nehmen damit insbesondere in der ambulanten Versorgung eine wichtige Schnittstellenfunktion ein und können zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte beitragen.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung unterstreichen die hohe Bedeutung patientennaher und beratungsorientierter Kompetenzen. Dazu zählen insbesondere ein einfühlsamer Umgang mit Einschränkungen wie Schwerhörigkeit, Demenz oder Mobilitätsbeeinträchtigungen, die Betreuung chronisch kranker Personen – etwa von Diabetespatientinnen und -patienten – sowie das Erkennen von Kindeswohlgefährdung und die Beratung zur Gesundheitsprävention.

Darüber hinaus zeigt sich, dass MFA zunehmend Kompetenzen benötigen, die eine erweiterte Beratungs- und Betreuungstätigkeit sowie interkulturelle Sensibilität einschließen. Kompetenzen wie die Berücksichtigung kultureller Hintergründe im Patientenkontakt werden ebenfalls von einer Mehrheit der Befragten als wichtig eingeschätzt. Themen wie die Beratung zu gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels spielen bislang noch eine geringere Rolle, werden jedoch voraussichtlich perspektivisch an Bedeutung gewinnen.

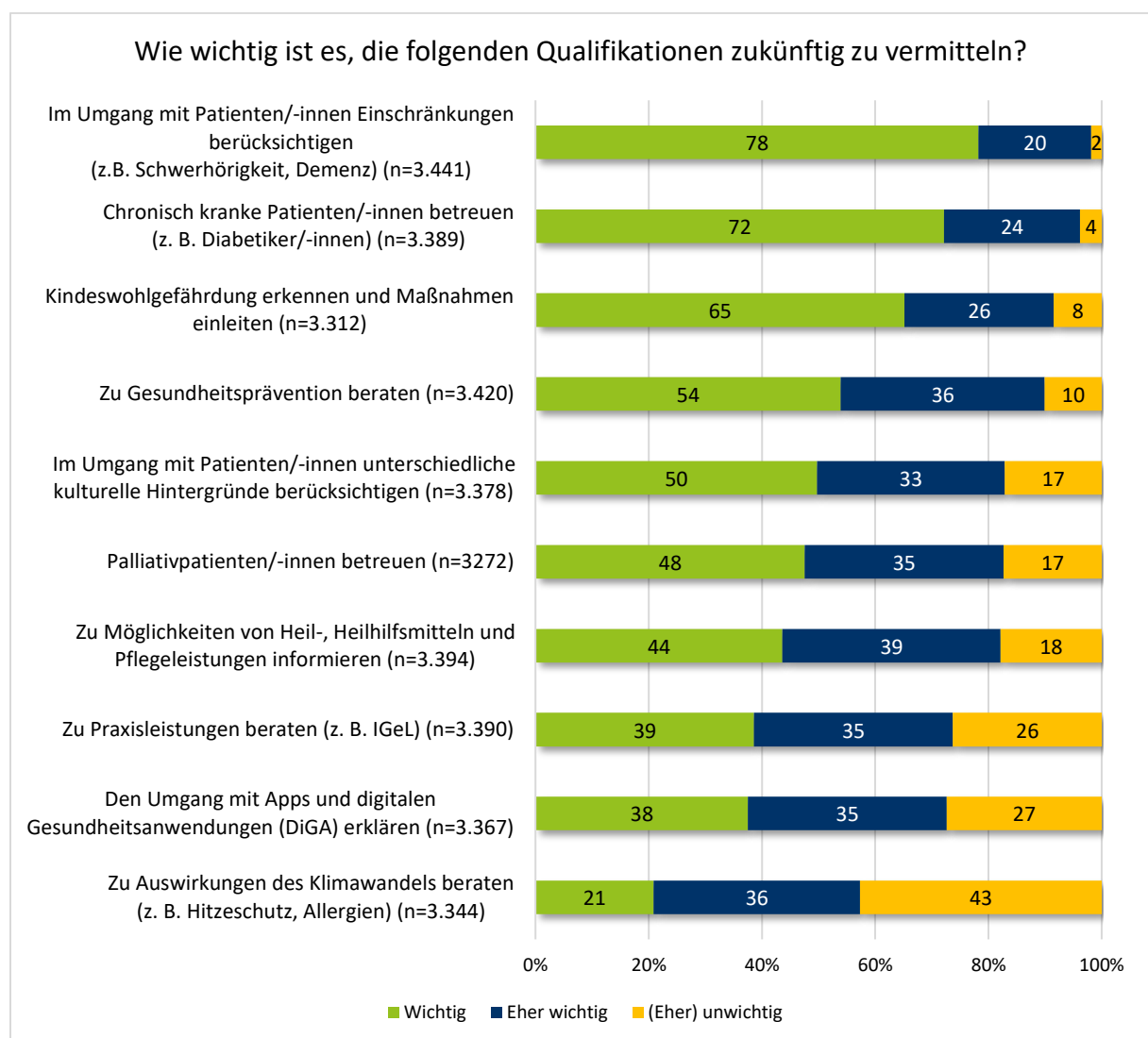


Abbildung 16: Qualifikationsbedarf – Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten

Hohe Relevanz:

- „Im Umgang mit Patienten/-innen Einschränkungen berücksichtigen (z. B. Schwerhörigkeit, Demenz, Gehbeeinträchtigung)“ (78 %)
- „Chronisch kranke Patienten/-innen betreuen (z. B. Diabetiker/-innen)“ (72 %)

Niedrige Relevanz:

- „Zu Auswirkungen des Klimawandels beraten (z. B. Hitzeschutz, Allergien)“ (43 %)

Gruppenunterschiede:

Unterschiede zeigen sich zwischen Berufsgruppen, Einrichtungsarten und dem regionalen Umfeld:

In Bezug auf die Berufsgruppen bewerten Ärztinnen und Ärzte den Aspekt, im Umgang mit Patientinnen und Patienten unterschiedliche kulturelle Hintergründe zu berücksichtigen, als wichtiger als MFA. MFA hingegen messen dem Erkennen von Kindeswohlgefährdung und dem Einleiten entsprechender Maßnahmen sowie dem Erklären des Umgangs mit Apps und digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) eine höhere Bedeutung bei als die befragten Ärztinnen und Ärzte.

Hinsichtlich der Einrichtungsarten wird deutlich, dass sowohl hausärztliche als auch fachärztliche Einzelpraxen die Beratung zu Praxisleistungen (z. B. IGeL) als etwas wichtiger einschätzen als Kliniken und Krankenhäuser. Rein hausärztliche sowie hausärztlich und fachärztlich ausgerichtete Gemeinschaftspraxen und auch Kliniken und Krankenhäuser bewerten darüber hinaus die Aspekte Gesundheitsprävention, Beratung zu Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit (z. B. Hitzeschutz, Allergien), Information zu Heil- und Hilfsmitteln sowie Pflegeleistungen, Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten (z. B. Diabetes) und Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten als etwas wichtiger als fachärztliche Praxen. Insbesondere die Betreuung von Palliativpatientinnen und -patienten wird in Kliniken und Krankenhäusern als vergleichsweise bedeutsam eingeschätzt.

Darüber hinaus zeigt sich ein Unterschied nach regionalem Umfeld: In Großstädten wird es als wichtiger bewertet, im Patientenkontakt unterschiedliche kulturelle Hintergründe zu berücksichtigen, als in mittleren oder kleinen Städten sowie in Landgemeinden.

Empfehlung: Patientinnen und Patienten situationsgerecht betreuen und beraten

In der MFA-Ausbildung sollte die patientenorientierte Betreuung und Beratung stärker verankert werden, insbesondere der Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen sowie chronisch kranken und palliativ zu versorgenden Personen. Dabei sollte kultursensibles Handeln berücksichtigt werden.

4.1.9 Soziale und personale Kompetenzen stärken

Qualitative Ergebnisse

Die Expertinnen und Experten heben die zunehmende Bedeutung kommunikativer und sozialer Kompetenzen der MFA hervor. MFA sind in ihren Einrichtungen erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten und daher täglich mit zahlreichen, häufig kritischen, zwischenmenschlichen

Situationen konfrontiert. Gestiegene Anforderungen und Erwartungshaltungen von Patientinnen und Patienten bei steigendem Versorgungsdruck führen zu einer Zunahme konfliktreicher Situationen und prägen laut Aussagen der Expertinnen und Experten, insbesondere seit der COVID-19-Pandemie, die tägliche Arbeitssituation von MFA. So erwarten zum Beispiel viele Menschen sofortige Termine oder drängen auf sofortige Behandlung, auch wenn objektiv keine Dringlichkeit besteht. Dabei komme es zu verbalen und in Ausnahmefällen auch zu physischen Übergriffen.

Um in diesen schwierigen Situationen adäquat reagieren zu können, benötigen MFA tiefergehende Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in den Bereichen Umgang mit Patientinnen und Patienten, Methoden und Techniken der Kommunikation und Selbstregulation sowie Lösung von Konfliktsituationen.

Medizinische Fachangestellte müssen nicht nur in akuten, herausfordernden Situationen mit Patientinnen und Patienten in der Lage sein, ihre eigenen Emotionen zu regulieren, um angemessen reagieren zu können. Ebenso wichtig ist ein langfristig tragfähiger Umgang mit emotionalen Belastungen, da sonst die Gefahr besteht, dass MFA den Beruf frühzeitig verlassen. Aspekte der Resilienz und der eigenen Psychohygiene sind deshalb auch für Auszubildende relevant. Zwar sind soziale Kompetenzen bereits in der Ausbildung verankert, in diesem Bereich wird aber noch Verbesserungspotenzial gesehen (vgl. Kapitel 5 ProSeCOM).

Die Expertinnen und Experten betonen die Notwendigkeit von MFA zum „Lebenslangen Lernen“: Rahmenbedingungen und Anforderungen sind in einem permanenten Wandel. Dies fordert Fähigkeiten, für Veränderungen offen zu sein, sich Herausforderungen zu stellen und sich beruflich weiterzuentwickeln.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung bestätigen die genannten Einschätzungen: Der Bereich „Soziale und personale Kompetenzen“ zählt – direkt nach dem Notfallmanagement – zu den am höchsten bewerteten Qualifikationsbereichen. Alle zugehörigen Items werden von einer deutlichen Mehrheit der Befragten als wichtig eingeschätzt.

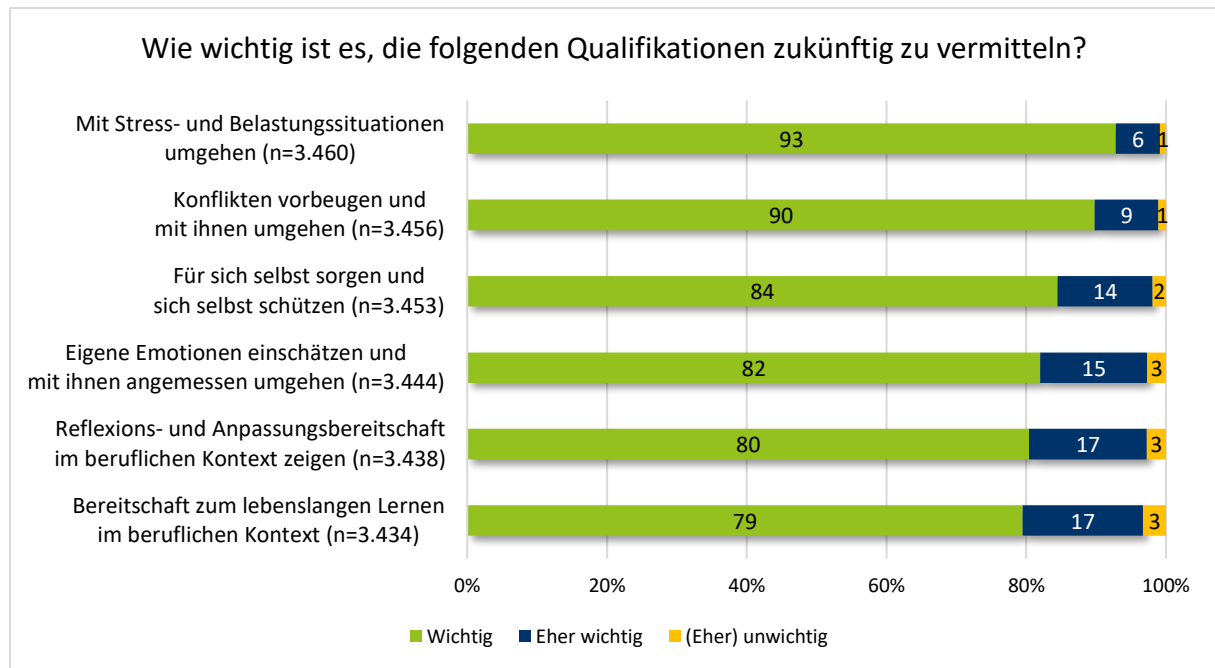


Abbildung 17: Qualifikationsbedarf – Soziale und personale Kompetenzen

Hohe Relevanz:

- „Mit Stress- und Belastungssituationen umgehen“ (93 %)
- „Konflikten vorbeugen und mit ihnen umgehen“ (90 %)
- „Für sich selbst sorgen und sich selbst schützen“ (84 %)
- „Eigene Emotionen einschätzen und mit ihnen angemessen umgehen“ (82 %)
- „Reflexions- und Anpassungsbereitschaft im beruflichen Kontext zeigen“ (80 %)
- „Bereitschaft zum lebenslangen Lernen im beruflichen Kontext“ (79 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

Unterschiede zeigen sich in diesem Bereich nur zwischen den Berufsgruppen:

Die „Bereitschaft zum lebenslangen Lernen im beruflichen Kontext“ wird von Ärztinnen und Ärzten als etwas wichtiger eingeschätzt als von MFA.

Empfehlung: Soziale und personale Kompetenzen stärken

In der MFA-Ausbildung sollten soziale, personale und emotionale Kompetenzen vertieft werden, insbesondere der professionelle Umgang mit Konflikten, Stress- und Belastungssituationen sowie die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und zur angemessenen Emotionsregulation. Ebenso wichtig ist die Förderung von Reflexions- und Anpassungsfähigkeit sowie die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen, damit MFA auch in herausfordernden Arbeitssituationen handlungssicher, teamfähig und langfristig gesund bleiben.

4.1.10 Situations- und adressatengerecht kommunizieren

Qualitative Ergebnisse

In den Interviews weisen die Expertinnen und Experten auf die zunehmende sprachliche Heterogenität unter den Auszubildenden hin, u. a. da Deutsch nicht für alle die Muttersprache ist. Sprachliche Kompetenzen stellen jedoch eine grundlegende Voraussetzung für das Verständnis der Ausbildungsinhalte – insbesondere im schulischen Kontext – sowie für eine sichere und adressatengerechte Kommunikation mit Patientinnen und Patienten dar, etwa in Gesprächen sowie beim Verfassen von E-Mails oder Briefen. Defizite im Leseverständnis und Schreibvermögen können sich auf den Prüfungserfolg auswirken.

Zugleich wird berichtet, dass auch die Zahl der Patientinnen und Patienten mit geringen oder fehlenden Deutschkenntnissen zunimmt. MFA müssen daher auch in solchen Situationen handlungsfähig bleiben. Mehrsprachige Auszubildende werden in diesem Zusammenhang als wertvolle Ressource für die Einrichtungen wahrgenommen. Da in der Ausbildung nur begrenzt Raum für die Vermittlung von Fremdsprachen besteht, wird Englisch als zentrale Fremdsprache priorisiert. Im Vordergrund steht dabei weniger die grammatikalische Korrektheit als vielmehr die praxisnahe Kommunikationsfähigkeit – etwa das Verstehen und Übermitteln medizinischer Begriffe, das Erfassen von Symptomen, die Patientenaufnahme oder die Terminvergabe. Ergänzend werden Strategien wie mehrsprachige Anamnesebögen, der Einsatz digitaler Übersetzungsprogramme, die Einbeziehung begleitender Übersetzerinnen und Übersetzer sowie professionelle Dolmetscherdienste genannt.

Neben dem Patientenkontakt stehen MFA im Austausch mit Angehörigen, dem Praxisteam sowie weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen und müssen auch hier adressatengerecht und situationsangemessen kommunizieren. Als Schnittstelle zwischen Praxis, stationären Einrichtungen, Laboren und weiteren Versorgungseinrichtungen übernehmen sie eine zentrale Rolle in der Informationsweitergabe und tragen dazu bei, die Behandlungsabläufe sicherzustellen.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung unterstreichen die hohe Bedeutung von Kommunikationskompetenzen. Besonders relevant wird die Fähigkeit eingeschätzt, medizinische Sachverhalte klar und verständlich zu erläutern sowie schriftlich und mündlich sicher in deutscher Sprache zu kommunizieren. Diese Kompetenzen gelten als grundlegend für eine patientenorientierte Interaktion und einen reibungslosen Praxisablauf.

Eine geringere Bedeutung wird dem Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Deutschkenntnisse beigemessen sowie der Fähigkeit, einfache Behandlungsanweisungen in englischer Sprache zu vermitteln.

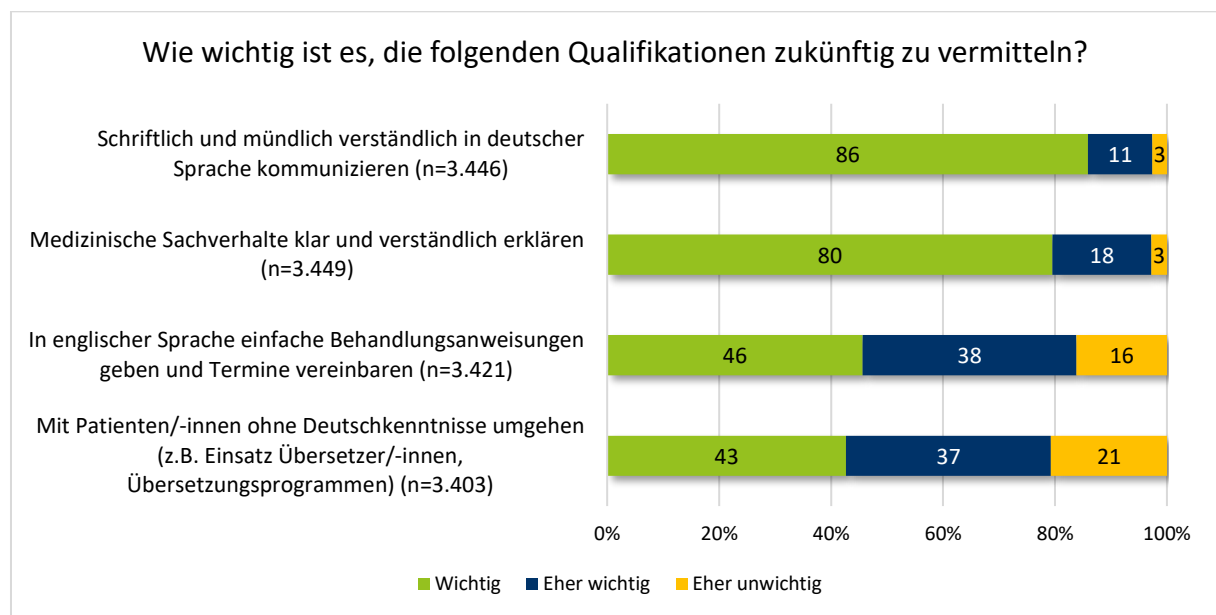


Abbildung 18: Qualifikationsbedarf – Kommunikation

Hohe Relevanz:

- „Schriftlich und mündlich verständlich in deutscher Sprache kommunizieren“ (86 %)
- „Medizinische Sachverhalte klar und verständlich erklären“ (80 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

In diesem Bereich zeigen sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und dem regionalen Umfeld:

In Bezug auf die Berufsgruppen schätzen Ärztinnen und Ärzte den kompetenten Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Deutschkenntnisse – etwa durch den Einsatz von Übersetzerinnen und Übersetzern oder Übersetzungsprogrammen – sowie die Fähigkeit, schriftlich und mündlich verständlich in deutscher Sprache zu kommunizieren, wichtiger ein als MFA. MFA hingegen messen

der Kompetenz, medizinische Sachverhalte klar und verständlich zu erklären, eine höhere Bedeutung bei als die befragten Ärztinnen und Ärzte.

In Bezug auf das regionale Umfeld zeigt sich, dass in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern es als wichtiger eingeschätzt wird, einfache Behandlungsanweisungen in englischer Sprache geben und Termine vereinbaren zu können als in kleineren Städten oder ländlichen Regionen.

Konkretisierung durch den Beirat

In der Diskussion mit dem Beirat wird die Sprachkompetenz als grundlegende Voraussetzung für Patientensicherheit und Versorgungsqualität hervorgehoben. Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2 werden als dringend erforderlich angesehen, um medizinische Inhalte sicher kommunizieren zu können. Da rechtlich keine formalen Zugangsvoraussetzungen für die duale Ausbildung festgelegt werden können (vgl. § 5 BBiG) wird vorgeschlagen, dass eine entsprechende Sprachkompetenz als Ausbildungsziel beschrieben oder als Prüfungsbestandteil in der Ausbildungsordnung verankert werden sollte. Besonders betont wird in diesem Zusammenhang die Vermittlung medizinischen Fachvokabulars, um Missverständnisse zu vermeiden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass MFA befähigt sein sollten, mit nicht deutschsprachigen Patientinnen und Patienten zu kommunizieren, einfache Anweisungen auf Englisch zu geben oder digitale Übersetzungshilfen kompetent einzusetzen. Berufsschulen und Praxen tragen nach Auffassung des Beirats gemeinsam die Verantwortung für die Entwicklung dieser Kompetenzen, die nicht nur für die Patientenkommunikation, sondern auch für Delegationsprozesse von zentraler Bedeutung sind.

Empfehlung: Situations- und adressatengerecht kommunizieren

Um die Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu gewährleisten, sollten sprachliche und kommunikative Kompetenzen gezielt gestärkt werden, insbesondere die sichere mündliche und schriftliche Kommunikation in deutscher Sprache sowie die verständliche Vermittlung medizinischer Inhalte.

Zudem sollten der professionelle Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Deutschkenntnisse sowie grundlegende berufsbezogene Englischkenntnisse vermittelt werden.

4.1.11 Arbeitsabläufe organisieren und priorisieren

Qualitative Ergebnisse

Nach Auffassung der befragten Expertinnen und Experten bleibt die umfassende Vorbereitung auf organisatorische Aufgaben in der Arztpraxis ein zentraler Bestandteil der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten. Vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen und wachsender Anforderungen an Praxen rücken insbesondere das Terminmanagement und die Koordination von Patientenströmen in den Fokus, um Wartezeiten zu minimieren und Überlastungen des Praxispersonals zu vermeiden.

Der Arbeitsalltag von MFA ist häufig von Zeitdruck und sich überschneidenden Aufgaben geprägt. In den Interviews wird daher besonders die Fähigkeit zur Priorisierung hervorgehoben. Bereits in der Ausbildung sollte stärker vermittelt werden, wie zwischen Not- und Akutfällen sowie

Routineterminen unterschieden werden kann – etwa bei der Patientenannahme, bei Laborarbeiten oder bei Telefonanfragen. Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten fällt es vielen Auszubildenden schwer, Wichtiges von weniger Wichtigem zu unterscheiden; sie lassen sich zudem leicht von subjektiv geäußerten Dringlichkeiten verunsichern. Umso wichtiger ist es, Informationen gezielt zu filtern und angemessene Entscheidungen zu treffen. Eine Priorisierung trägt nicht nur zur Entlastung der Mitarbeitenden bei, sondern erhöht zugleich die Sicherheit und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Darüber hinaus wird betont, dass neue Technologien wie Online-Terminkalender oder Videosprechstunden stärker in den Praxisalltag integriert werden sollten, um Arbeitsprozesse zu entlasten. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass nicht nur Auszubildende, sondern alle Mitarbeitenden einen sicheren Umgang mit diesen Anwendungen entwickeln und deren Nutzen verstehen.

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz zur Praxisorganisation – etwa durch Chatbots oder automatisierte Telefonassistenten zur Terminvergabe – wird in den Interviews hingegen bislang nur am Rande thematisiert. Perspektivisch könnten solche Anwendungen jedoch dazu führen, dass bestimmte Aufgaben von MFA, wie die telefonische Ersteinschätzung von Anliegen oder Teile des Terminmanagements, reduziert werden können.

Online-Befragung

Auch die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass Kompetenzen im Bereich Arbeitsorganisation und Priorisierung als besonders zentral für eine effiziente und sichere Patientenversorgung eingeschätzt werden. Als besonders bedeutsam gelten dabei die Fähigkeit, zwischen Akut- und Routineterminen zu unterscheiden, Aufgaben nach Dringlichkeit und Relevanz zu priorisieren sowie Patientenströme zu planen und zu steuern. Diese Tätigkeiten bilden das organisatorische Fundament des Praxisbetriebs und sind wesentlich für reibungslose Abläufe und eine bedarfsgerechte Versorgung.

Dem Aspekt „Umweltschutz und Nachhaltigkeit bei der Arbeit berücksichtigen“ wird eine geringere Relevanz zugeschrieben.

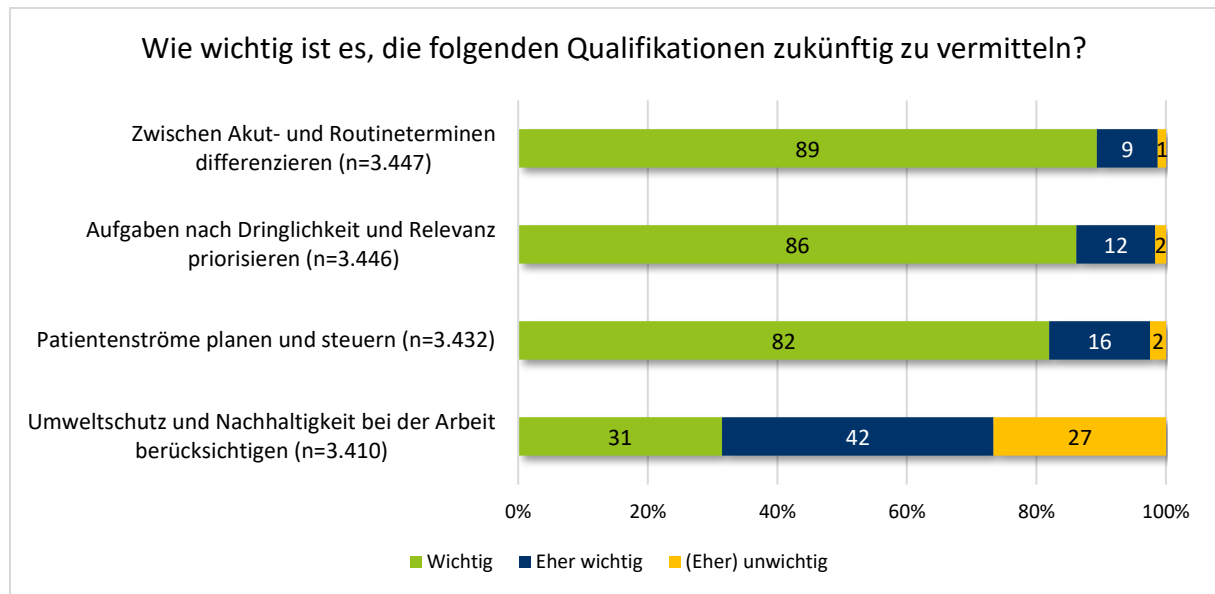


Abbildung 19: Qualifikationsbedarf – Praxisorganisation

Hohe Relevanz:

- „Zwischen Akut- und Routineterminen differenzieren“ (89 %)
- „Aufgaben nach Dringlichkeit und Relevanz priorisieren“ (86 %)
- „Patientenströme planen und steuern“ (82 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

Unterschiede zeigen sich nur zwischen den Berufsgruppen:

In Bezug auf die Berufsgruppen zeigt sich, dass „Patientenströme planen und steuern“ von den befragten Ärztinnen und Ärzten wichtiger eingeschätzt wird als von den MFA.

Konkretisierung durch den Beirat

In der letzten Beiratssitzung wird die Relevanz von Nachhaltigkeitsaspekten diskutiert, auch wenn das Thema Umweltschutz und Nachhaltigkeit in der Befragung nur mittlere Zustimmungswerte erhielt. Zwar sind Abfalltrennung und -entsorgung in Einrichtungen verpflichtend, ihre konkrete Umsetzung hängt jedoch stark von der Leitung der Praxis oder Einrichtung ab. Es wird angemerkt, dass MFA hier oft nur begrenzte Handlungsspielräume haben, wenn diesem Thema keine Priorität eingeräumt wird.

Der Beirat regt an, im Rahmen der Neuordnung zu prüfen, ob die bestehenden Standardberufsbildpositionen ausreichen oder ob zusätzliche berufsspezifische Aspekte zu Nachhaltigkeit und Umweltschutz aufgenommen werden sollten.

Empfehlung: Arbeitsabläufe organisieren und priorisieren

In der MFA-Ausbildung sollten organisatorische Kompetenzen, insbesondere die Priorisierung von Aufgaben und Terminen nach Dringlichkeit sowie die Steuerung von Patientenströmen gezielt gestärkt werden, um eine effiziente und sichere Patientenversorgung im Einrichtungsalltag zu gewährleisten. Ergänzend sollte geprüft werden, ob berufsspezifische Aspekte zu Nachhaltigkeit und Umweltschutz bei der Arbeitsorganisation über die Standardberufsbildpositionen hinaus in der MFA-Ausbildung vermittelt werden sollten.

4.1.12 Digitale Anwendungen sicher nutzen

Qualitative Ergebnisse

Im Rahmen der Voruntersuchung wurde mit der Modellpraxis „praxis4future“ ein Beispiel für eine digitalisierte Arztpraxis besucht, um mögliche Entwicklungen des zukünftigen Praxisalltags in den Blick zu nehmen. Zentrale Grundlage digitaler Praxisprozesse bildet die Praxisverwaltungssoftware (PVS), über die wesentliche organisatorische und medizinische Abläufe – etwa Terminmanagement, Dokumentation, Abrechnung sowie Kommunikation mit Patientinnen und Patienten – gesteuert werden. Der Markt für PVS ist derzeit durch eine große Anzahl unterschiedlicher Systeme geprägt, die zwar ähnliche Grundfunktionen aufweisen, sich jedoch hinsichtlich Bedienoberfläche, Funktionsumfang und Schnittstellen unterscheiden.

Darüber hinaus kommen zunehmend digitale Assistenzsysteme zum Einsatz. Dazu zählen beispielsweise telefonische Terminassistenten oder symptomorientierte Terminsteuerungssysteme, die Routineanfragen automatisiert bearbeiten und damit die telefonische Erreichbarkeit der Praxis verbessern können. Auch erste KI-gestützte Anwendungen werden erprobt, etwa zur automatisierten Transkription und Strukturierung von Arzt-Patienten-Gesprächen oder zur Unterstützung bei der Analyse medizinischer Bilddaten. Gleichzeitig wird betont, dass medizinische Entscheidungen weiterhin durch Ärztinnen und Ärzte getroffen werden müssen und digitale Systeme lediglich unterstützende Funktionen übernehmen.

Für Medizinische Fachangestellte ergeben sich aus diesen Entwicklungen neue Anforderungen. Neben der sicheren Anwendung von Praxissoftware gewinnen grundlegende Kenntnisse zu digitalen Infrastrukturen, insbesondere zur Telematik-Infrastruktur und zu digitalen Kommunikationssystemen im Gesundheitswesen, an Bedeutung. Gleichzeitig verändern sich Arbeitsprozesse: Während bestimmte administrative Tätigkeiten durch digitale Anwendungen teilweise automatisiert werden können, entstehen neue Aufgaben im Bereich der Steuerung digitaler Prozesse, der Betreuung digitaler Kommunikationswege sowie der Unterstützung von telemedizinischen Versorgungsformen. Ein Beispiel hierfür ist die digitale Übermittlung medizinischer Messdaten bei Hausbesuchen durch Nicht-ärztliche Praxisassistenten, bei denen Ärztinnen und Ärzte bei Bedarf per Videokommunikation zugeschaltet werden können. Insgesamt zeigt das Beispiel der Zukunftspraxis, dass viele digitale Lösungen bereits verfügbar und teilweise im Einsatz sind, ihre Nutzung jedoch stark von technischen Rahmenbedingungen, der Integration unterschiedlicher Systeme sowie den digitalen Kompetenzen des Praxispersonals abhängt.

Die Interviews thematisieren ebenfalls, dass der Digitalisierungsgrad in den verschiedenen Einrichtungen erheblich variiert. Vor diesem Hintergrund wird betont, dass digitale Kompetenzen künftig stärker und systematischer in der Ausbildung verankert werden sollten. Gleichzeitig weisen mehrere Befragte darauf hin, dass eine bloße Erweiterung der Ausbildungsinhalte nur begrenzt wirksam ist, solange in den Einrichtungen selbst keine ausreichende digitale Kompetenz vorhanden ist. Daher sehen einige Interviewpartnerinnen und -partner insbesondere die Berufsschulen und überbetrieblichen Bildungseinrichtungen in der Verantwortung, digitale Inhalte einheitlich zu vermitteln und so Unterschiede auszugleichen.

Die Vermittlung rein analoger Systeme – etwa die Arbeit mit Karteikarten – könne nach Meinung der Expertinnen und Experten in der Ausbildung reduziert oder gestrichen werden.

Im ambulanten Bereich sind Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA), die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und KIM (Kommunikation im Medizinwesen) inzwischen fest in den Praxisalltag integriert. Im stationären Bereich hingegen ist die Nutzung dieser Anwendungen bislang weniger verbreitet.

Für MFA ergeben sich daraus weitere Anforderungen. Dazu gehört insbesondere die Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten zu Datenschutzaspekten bei der Nutzung digitaler Anwendungen wie der ePA oder von DiGA. Ebenso wird der sichere Umgang mit mobilen Endgeräten, beispielsweise Tablets zur Vorbereitung von Anamnesegesprächen, zunehmend relevant.

In den Interviews wird berichtet, dass Auszubildende zwar über ein Smartphone, jedoch nicht immer über einen eigenen PC verfügen. Entsprechend müssen grundlegende Kenntnisse im Umgang mit PCs und Standardanwendungen wie Textverarbeitungsprogrammen sowie der digitalen Kommunikation (z. B. E-Mail, Telemedizin-Plattformen) gezielt vermittelt werden.

Die Arbeit mit vernetzten Systemen erfordert, dass MFA in der Lage sein sollten, Software-Updates durchzuführen, technische Störungen wie Serverausfälle oder Probleme mit der Telefonanlage einzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren. Auch die Sensibilisierung für Datensicherheit ist hierbei zentral. Auszubildende müssen lernen, Bedrohungen wie Phishing, Schadsoftware oder Hackerangriffe zu erkennen und die entsprechenden Fachleute einzubinden.

Während Telemedizin im stationären Bereich bislang nur vereinzelt eingesetzt wird, zeigt sich ihr Potenzial insbesondere an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, beispielsweise in der Nachsorge. Im ambulanten Bereich, vor allem in hausärztlichen Praxen, wird Telemedizin bereits punktuell genutzt. Perspektivisch wird ihr Einsatz insbesondere in ländlichen Regionen als bedeutsam eingeschätzt, um Versorgungsengpässen zu begegnen. Entsprechend qualifizierte MFA können hier Hausbesuche übernehmen, mithilfe digitaler Messgeräte gesundheitsbezogene Daten erfassen und diese in Echtzeit in die Praxis übermitteln. Auf dieser Grundlage können Ärztinnen und Ärzte Entscheidungen treffen und sich bei Bedarf per Video- oder Telefonverbindung zuschalten.

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz zur Unterstützung ärztlicher Tätigkeiten könnte in verschiedenen Bereichen an Bedeutung gewinnen. Entsprechende Systeme könnten beispielsweise die Dokumentation während Arztgesprächen übernehmen sowie automatisiert Krankschreibungen,

Überweisungen oder Rezepte erstellen oder Abrechnungsziffern vorschlagen. Damit bestünde die Möglichkeit, dass bestimmte Aufgaben zukünftig zumindest teilweise durch KI übernommen werden. (Gross et al. 2025)

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung verdeutlichen, dass der sichere und routinierte Umgang mit digitalen Systemen und Anwendungen inzwischen fest zum Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten gehört. Besonders hohe Relevanz wird dem Umgang mit Praxissoftware, der Nutzung digitaler Kommunikationsmittel, der Arbeit mit der elektronischen Patientenakte sowie der Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben beigemessen. Ebenso wird es als wichtig eingeschätzt, digitale Endgeräte sicher zu bedienen und einfache technische Störungen eigenständig beheben zu können.

Eine mittlere Bedeutung wird weiterführenden digitalen Qualifikationen zugeschrieben. Dazu zählen beispielsweise der technische Support telemedizinischer Anwendungen, der Umgang mit IT-Schnittstellen wie Bluetooth oder WLAN sowie ein grundlegendes Verständnis von IT-Sicherheitsmechanismen. KI-gestützte Anwendungen spielen im Ausbildungsalltag derzeit noch eine untergeordnete Rolle.

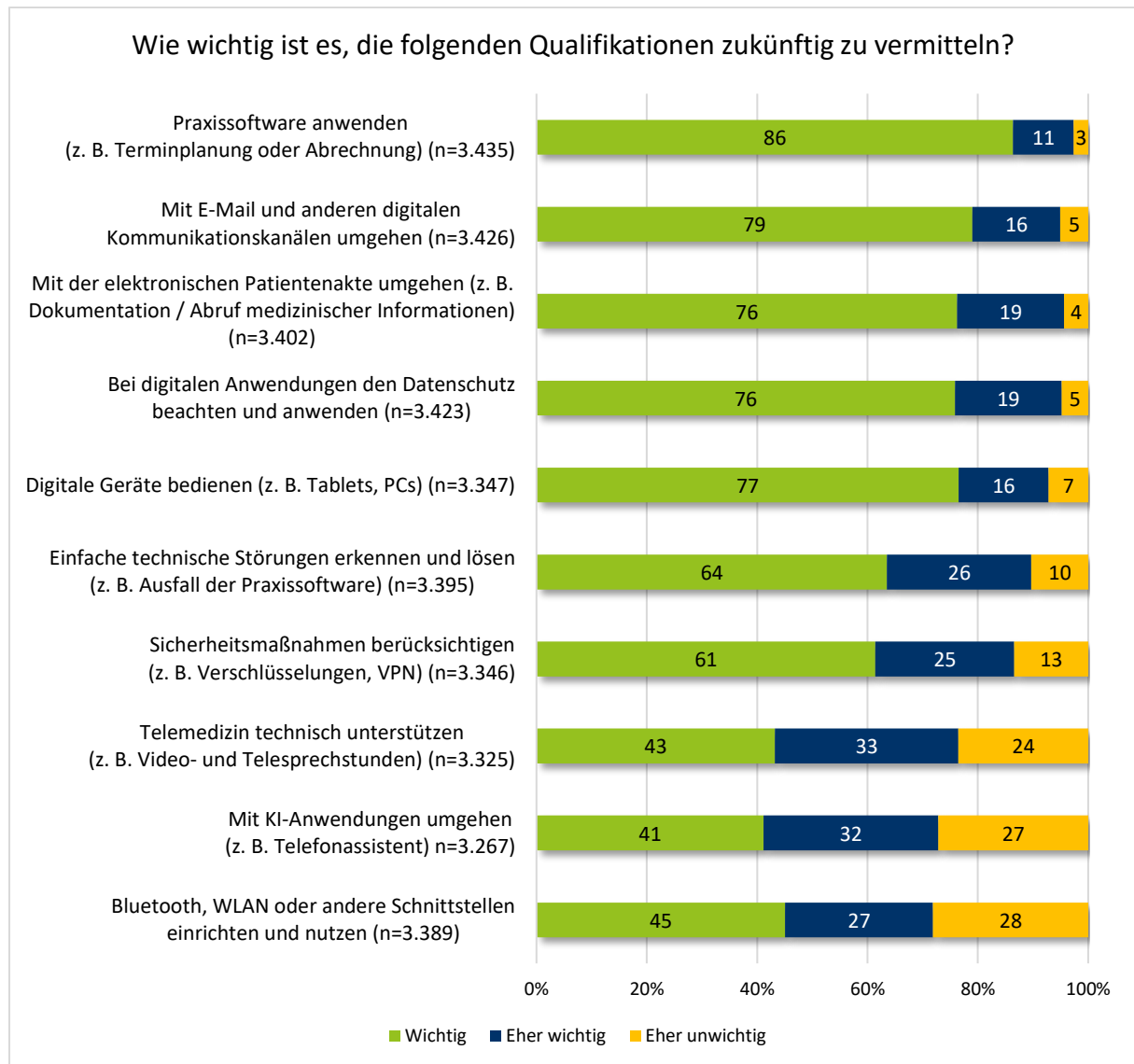


Abbildung 20: Qualifikationsbedarf – Technik und Digitales

Hohe Relevanz:

- „Praxissoftware anwenden (z. B. Terminplanung oder Abrechnung)“ (86 %)
- „Mit E-Mail und anderen digitalen Kommunikationskanälen umgehen“ (79 %)
- „Digitale Geräte bedienen (z. B. Tablets, PCs)“ (77 %)
- „Mit der elektronischen Patientenakte umgehen (z. B. Dokumentation und Abruf medizinischer Informationen)“ (76 %)
- „Bei digitalen Anwendungen den Datenschutz beachten und anwenden“ (76 %)

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

In diesem Bereich zeigen sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Einrichtungsarten:

In Bezug auf die Berufsgruppen haben „Digitale Geräte bedienen (z. B. Tablets, PCs)“, „Bluetooth, WLAN oder andere Schnittstellen einrichten und nutzen“, „Praxissoftware anwenden (z. B. Terminplanung oder Abrechnung)“, „Mit E-Mail und anderen digitalen Kommunikationskanälen umgehen“, „Sicherheitsmaßnahmen berücksichtigen (z. B. Verschlüsselungen, VPN)“ sowie „Einfache technische Störungen erkennen und lösen (z. B. Ausfall der Praxissoftware)“ für Ärztinnen und Ärzte eine höhere Relevanz als für MFA.

In Bezug auf die Einrichtungsarten schätzen hausärztliche Gemeinschaftspraxen und Kliniken bzw. Krankenhäuser die Ausbildungsinhalte „Telemedizin technisch unterstützen (z. B. Video- und Telesprechstunden)“, wichtiger ein als Einrichtungen mit Fachärzten.

„Einfache technische Störungen erkennen und lösen (z. B. Ausfall der Praxissoftware)“ wird in Einzelpraxen und gemischten Gemeinschaftspraxen als wichtiger angesehen, als in Kliniken bzw. Krankenhäusern.

Konkretisierung durch den Beirat

Der Beirat bestätigt die zunehmende Bedeutung digitaler Kompetenzen. Dazu gehören nicht nur die Bedienung von Praxissoftware und der Umgang mit der elektronischen Patientenakte, sondern auch das Wissen um Datenschutz und Datensicherheit sowie die Fähigkeit, einfache technische Störungen zu erkennen und nächste Schritte einzuleiten – etwa durch die Kontaktaufnahme mit IT-Technikern. Gleichzeitig wird klargestellt, dass MFA keine IT-Fachkräfte sein müssen, sondern vielmehr lernen sollten, wann sie externe Hilfe hinzuziehen müssen.

Empfehlung: Digitale Anwendungen sicher nutzen

Für eine zunehmend vernetzte Patientenversorgung sollten in der MFA-Ausbildung digitale Kompetenzen wie die sichere Anwendung von Praxissoftware und digitalen Anwendungen sowie der routinierte Umgang mit digitalen Kommunikationskanälen unter Beachtung rechtlicher Vorgaben zum Datenschutz und zur Datensicherheit vertieft werden.

Des Weiteren sollte die Bedienung digitaler Endgeräte sowie die Fähigkeit, bei Störungen entsprechende Schritte einzuleiten, vermittelt werden.

4.1.13 Kaufmännisch-verwaltende Aufgaben durchführen

Qualitative Ergebnisse

Kaufmännisch-verwaltende Tätigkeiten werden insbesondere in niedergelassenen Praxen von MFA übernommen. Die Abrechnung – sowohl kassenärztlich als auch privat –, die Terminorganisation, die Dokumentation, das Schreiben von Berichten und die Kommunikation mit Krankenkassen und anderen Institutionen sind fest etablierte Bestandteile des beruflichen Alltags von MFA.

In manchen Praxen wird die Abrechnung zwar ausgelagert, z. B. an Abrechnungsstellen oder spezialisierte Dienstleister, dennoch dokumentieren MFA die Leistungen, prüfen Ziffern und medizinische Voraussetzungen und bereiten Abrechnungen vor. Interviewte Personen aus Krankenhäusern und Kliniken berichteten, dass das Thema Abrechnung für Auszubildende teilweise schwierig ist, da es dort nicht zum täglichen Arbeitsalltag gehört und somit auch nicht geübt werden

kann. Um diesen Nachteil auszugleichen, werden Auszubildende teilweise in Praktika bei niedergelassenen Einrichtungen eingesetzt.

MFA übernehmen auch organisatorische Aufgaben wie Materialbestellungen, Preisvergleiche und Lagerverwaltung. Auch die Bearbeitung von Formularen, Überweisungen, Anträgen (z. B. Kuren, Reha, Nachweis einer Behinderung) sowie das Schreiben von Arztbriefen und Gutachten wird durch die MFA unterstützt und vorbereitet.

Bezüglich einer möglichen Ausweitung der verwaltenden Kompetenzen sehen die meisten Interviewten keinen großen Bedarf: Die MFA übernehmen bereits den Großteil dieser Tätigkeiten, zusätzliche Aufgabenbereiche werden eher kritisch gesehen, insbesondere wenn es um Verantwortung oder rechtliche Konsequenzen geht.

Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten könnten bestimmte Ausbildungsinhalte reduziert oder gestrichen werden, da sie in der heutigen Praxis kaum noch praktische Relevanz besitzen oder anderweitig abgedeckt werden. So wurde in den Interviews beispielsweise der Postbearbeitung mit Themen wie Portoberechnungen sowie Briefmaße und Gewichtsgrenzen kennen nur noch eine geringe Bedeutung beigemessen. Auch der Bereich Marketing, etwa Praxiswerbung oder Corporate Design, könnte reduziert werden, da diese Aufgaben in der Regel von spezialisierten Fachkräften oder der Praxisleitung selbst übernommen werden und für MFA nur wenig relevant sind.

Des Weiteren erfordert die Ausbildung nach Meinung der Expertinnen und Experten keine vertieften Kenntnisse im Bereich der Abrechnung, wie etwa im Mahnverfahren oder in der Rechnungslegung, da diese Aufgaben häufig von spezialisierten Fachkräften oder externen Dienstleistern wie Steuerberaterinnen und Steuerberatern übernommen werden. Ähnliches gilt für das Kaufvertragsrecht: Während ein grundlegendes Verständnis sinnvoll ist, erscheint eine detaillierte Auseinandersetzung mit Kaufvertragsstörungen in der Ausbildung unnötig.

Auch wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass papierbasierte, traditionelle Verwaltungsaufgaben wie das Ausfüllen von Überweisungsträgern oder das Führen von Papierakten zugunsten digitaler Kompetenzen reduziert werden könnten. Eine stärkere Ausrichtung auf moderne Praxisabläufe – beispielsweise Online-Banking, digitales Dokumentenmanagement sowie elektronische Zeit- und Terminorganisation – würde nicht nur dem tatsächlichen Berufsalltag besser entsprechen, sondern auch die Ausbildungsinhalte effizienter und zukunftsorientierter gestalten.

Online-Befragung

Die Ergebnisse der Umfrage decken sich weitgehend mit den Aussagen aus den Interviews. Während „Leistungspositionen abrechnen“ und „Abrechnungssysteme kennen“ sowie „Material beschaffen, fachgerecht lagern und Entsorgung organisieren“ überwiegend als wichtig eingeschätzt wird, zählen Qualifikationen wie „Lohnabrechnungen vorbereiten“, „Marketing unterstützen (z. B. Patientengewinnung, Social Media)“, „Mahnverfahren einleiten“, „Briefmaße kennen, Porto berechnen“ und „Kaufvertragsstörungen kennen“ zu den wenig relevanten Bereichen.

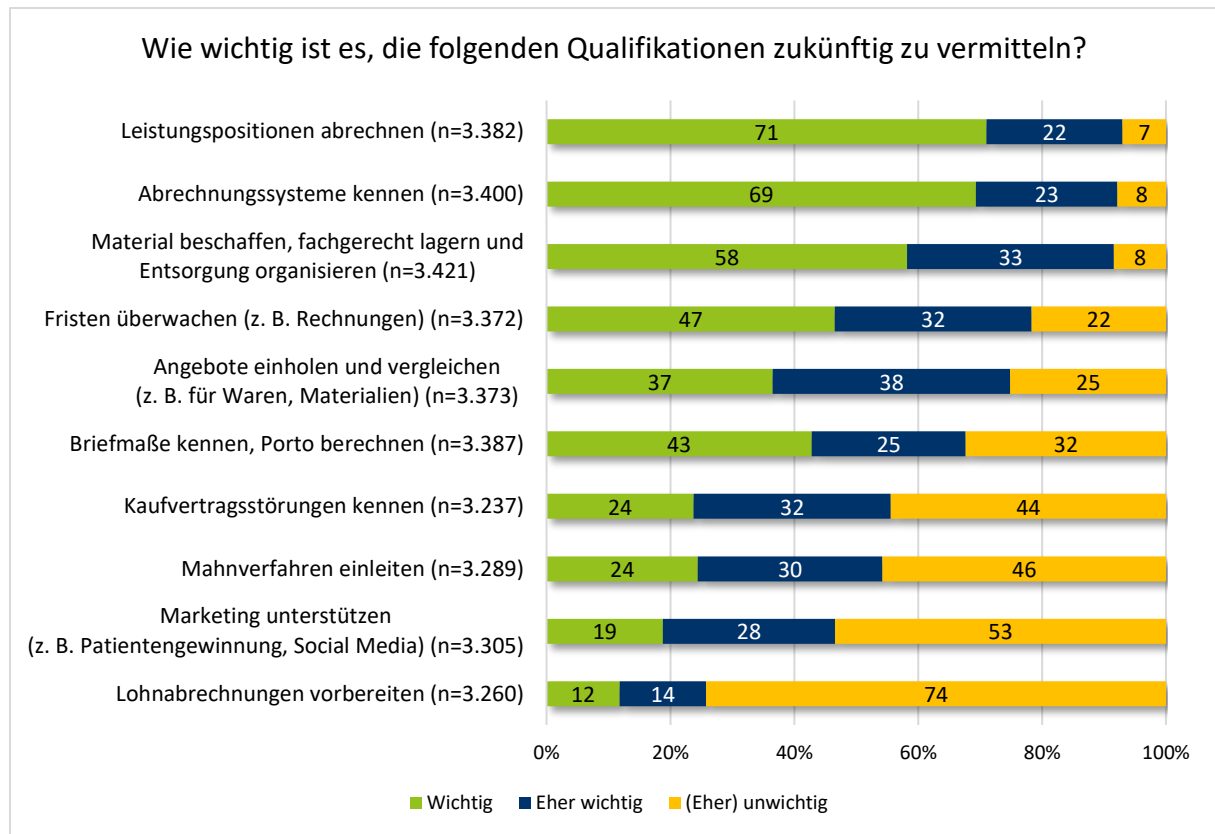


Abbildung 21: Qualifikationsbedarf – Kaufmännische Tätigkeiten

Hohe Relevanz:

- „Leistungspositionen abrechnen“ (71 %)

Niedrige Relevanz:

- „Lohnabrechnungen vorbereiten“ (74 %)
- „Marketing unterstützen (z. B. Patientengewinnung, Social Media)“ (53 %)
- „Mahnverfahren einleiten“ (46 %)
- „Kaufvertragsstörungen kennen“ (44 %)
- „Briefmaße kennen, Porto berechnen“ (32 %)

Gruppenunterschiede:

In diesem Bereich zeigen sich Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und Einrichtungsarten:

In Bezug auf die Berufsgruppen schätzen Ärztinnen und Ärzte das Einholen und Vergleichen von Angeboten (z. B. für Waren und Materialien) sowie die Beschaffung, fachgerechte Lagerung und Organisation der Entsorgung von Materialien sowie „Briefmaße kennen, Porto berechnen“ als wichtiger ein als MFA. MFA bewerten das Einleiten von Mahnverfahren als bedeutsamer als Ärztinnen und Ärzte.

Hinsichtlich der Einrichtungsarten wird deutlich, dass hausärztliche Einzel- und Gemeinschaftspraxen sowie gemischt haus- und fachärztlich ausgerichtete Gemeinschaftspraxen den Ausbildungsinhalten „Abrechnungssysteme kennen“ und „Leistungspositionen abrechnen“ eine etwas höhere Bedeutung

beimessen als fachärztliche Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und Kliniken bzw. Krankenhäuser.

Den Tätigkeiten „Angebote einholen und vergleichen“ sowie „Material beschaffen, fachgerecht lagern und Entsorgung organisieren“ messen hausärztliche und gemischte Praxen sowie fachärztliche Einzelpraxen eine höhere Relevanz bei als MVZ sowie Krankenhäuser und Kliniken.

Der Aspekt „Briefmaße kennen und Porto berechnen“ spielt in Einzelpraxen sowie in rein hausärztlichen und gemischten Gemeinschaftspraxen eine größere Rolle als in Medizinischen Versorgungszentren und Kliniken bzw. Krankenhäusern.

Das „Vorbereiten der Lohnabrechnung“ wird in Medizinischen Versorgungszentren, Kliniken und Krankenhäusern sowie in fachärztlichen Einzelpraxen als etwas bedeutsamer eingeschätzt als in Praxen mit hausärztlichem Anteil.

Konkretisierung durch den Beirat

In der Beiratssitzung wird betont, dass es sich um einen kaufmännisch-medizinischen Beruf handelt und die kaufmännischen Tätigkeiten ein zentraler Bestandteil der MFA-Ausbildung bleiben müssen. Themen wie Marketing, Briefmaße und Porto können zukünftig entfallen. Die Produktrecherche, das Einholen und Vergleichen von Angeboten sollte weiterhin vermittelt werden, jedoch sind tiefgehende kaufmännische Berechnungen nicht erforderlich.

Beim Umgang mit Kaufvertragsstörungen und dem Einleiten von Mahnverfahren (Zahlungserinnerungen) reichen die Grundlagen; ein gerichtliches Mahnverfahren durchzuführen gehört nicht zum Aufgabenbereich von MFA. Das detaillierte Kennen und Prüfen umfangreicher Abrechnungsziffern wird vom Beirat nicht als sinnvoll erachtet. Stattdessen sollen MFA die Säulen der Abrechnung zuordnen können. Das Formularwesen (z. B. Pflegeanträge, Rehaanträge) und Patientenberatung beim Umgang mit selbigen bleibt zentral und sollte zukünftig auch in der Prüfung stärker berücksichtigt werden.

Empfehlung: Kaufmännisch-verwaltende Aufgaben durchführen

In der MFA-Ausbildung sollten kaufmännisch-verwaltende Kompetenzen weiterhin einen hohen Stellenwert einnehmen, insbesondere in den Bereichen Abrechnungs- und Formularwesen. Inhalte wie Briefmaße kennen und Porto berechnen, Marketing oder vertiefte vertragsrechtliche Themen sollten reduziert oder gestrichen werden.

4.1.14 Qualitätsprozesse sichern und Weiterentwicklung unterstützen

Qualitative Ergebnisse

Qualitätsmanagement (QM) wird von den interviewten Expertinnen und Experten als ein zentraler Aufgabenbereich für MFA beschrieben, da heute keine Praxis mehr ohne QM auskommt. Neben der Erfüllung gesetzlicher Vorgaben im Sinne der Patientensicherheit trägt QM auch zur Entlastung sowie zur Optimierung von Arbeitsabläufen bei.

Darüber hinaus wurde betont, dass QM angesichts steigender betrieblicher Anforderungen – etwa durch neue Software, Schnittstellenmanagement oder einen zunehmenden Verwaltungsaufwand – weiter an Bedeutung gewinnt. Einige Interviewte plädierten daher dafür, den Bereich QM inhaltlich noch stärker in der Ausbildung zu verankern und zugleich das Bewusstsein für dessen Sinn und Zweck zu schärfen.

Online-Befragung

Besonders hohe Relevanz wird den Kompetenzen „Qualitätskontrollen koordinieren“ – etwa in Form von Hygiene-Checks – sowie „Arbeitsabläufe systematisch dokumentieren, analysieren und Optimierungspotenziale erkennen“ zugeschrieben. Im Bereich des Qualitätsmanagements verdeutlichen die Ergebnisse der Befragung, dass die Sicherstellung von Patientensicherheit und Praxisstandards sowie eine kontinuierliche Verbesserung von Praxisabläufen einen wichtigen Stellenwert in der Ausbildung und Berufspraxis von Medizinischen Fachangestellten einnimmt. Darüber hinaus zeigt sich eine mittlere Relevanz in Bezug auf rechtliche und normative Anforderungen. MFA müssen auch schon in der Ausbildung ein Verständnis für regulatorische Rahmenbedingungen entwickeln.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Kompetenzen im Bereich Qualitätsmanagement insgesamt als relevant, jedoch nicht als so wichtig eingeschätzt werden wie andere Bereiche. Am relevantesten wird die Koordination von Qualitätskontrollen eingeschätzt sowie die systematische Dokumentation, Analyse und Weiterentwicklung von Arbeitsabläufen.

Rechtlichen und normativen Anforderungen wird eine etwas geringere Bedeutung beigemessen. Gleichwohl wird es als notwendig erachtet, dass MFA bereits in der Ausbildung ein grundlegendes Verständnis für regulatorische Rahmenbedingungen entwickeln.

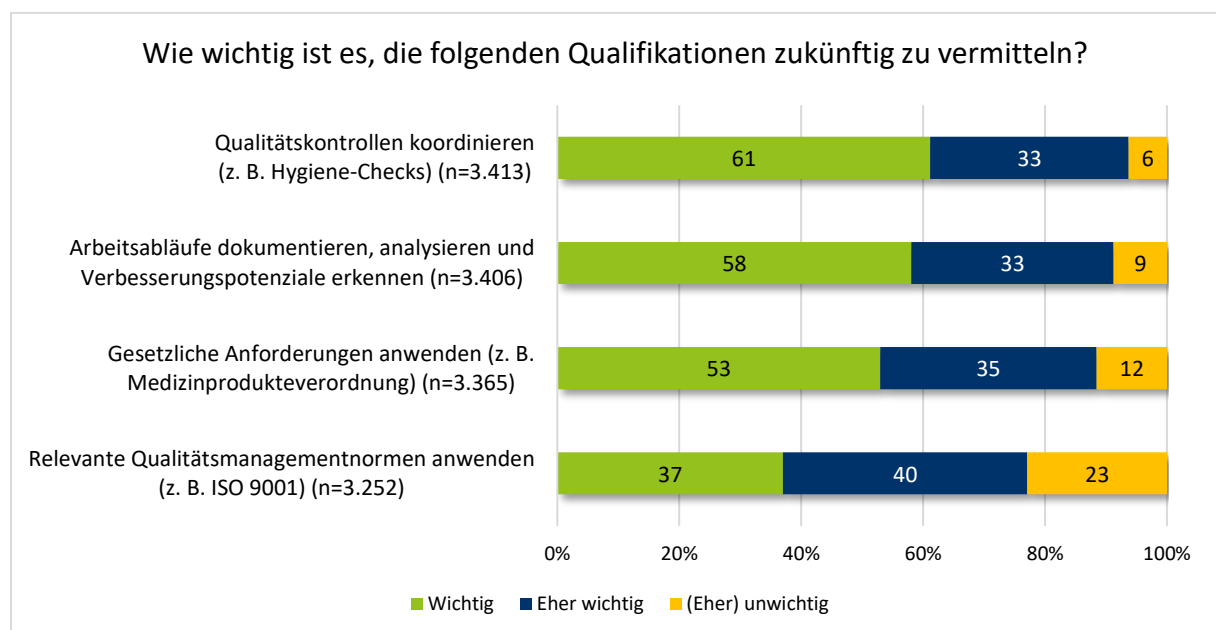


Abbildung 22: Qualifikationsbedarf – Qualitätsmanagement

Hohe Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte in diesem Bereich, die von 70 Prozent oder mehr der Befragten als „wichtig“ eingeschätzt werden

Niedrige Relevanz:

- Keine Ausbildungsinhalte mit niedriger Relevanz in diesem Bereich

Gruppenunterschiede:

Es liegen keine Gruppenunterschiede vor.

Empfehlung: Qualitätsprozesse sichern und Weiterentwicklung unterstützen

In der MFA-Ausbildung sollte das Qualitätsmanagement mit Fokus auf Patientensicherheit, die Koordination von Qualitätskontrollen sowie die systematische Dokumentation und Optimierung von Arbeitsabläufen vermittelt werden, um MFA auf die steigenden organisatorischen und regulatorischen Anforderungen im Praxisalltag vorzubereiten.

4.2 Strahlenschutz und Medizinprodukteaufbereitung

Eine Fragestellung der Weisung des Bundesgesundheitsministerium betrifft die Möglichkeit der Vermittlung der berufsbezogenen Sachkunde in den Bereichen Strahlenschutz (Röntgenschein) und Medizinprodukteaufbereitung im Rahmen der MFA-Ausbildung. Diese soll ein einheitliches Verfahren zur Anerkennung der Berufsausbildung von MFA als Fachkundenachweis ermöglichen. Nachfolgend werden die rechtlichen Grundlagen kurz dargestellt. Da diese Fragestellung auch bei der Voruntersuchung und Neuordnung der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) eine Rolle spielte, wird entsprechend auf die Neuordnung der ZFA Bezug genommen. Darüber hinaus werden Argumente für und gegen eine Integration dieser Inhalte sowie alternative Qualifizierungswege dargestellt.

4.2.1 Kenntnisse im Strahlenschutz

Der Strahlenschutz in Deutschland basiert auf einem klar geregelten Rechtsrahmen, der den Schutz von Patientinnen und Patienten sowie Beschäftigten vor schädlicher ionisierender Strahlung sicherstellt. Zentrale Rechtsgrundlagen sind das Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Diese regeln unter anderem Anforderungen an Qualifikation, Dokumentation, Qualitätssicherung und Verantwortlichkeiten beim Einsatz von Röntgeneinrichtungen.

Gemäß § 49 Abs. 2 in Verbindung mit § 47 Abs. 5 StrlSchV gilt für die Erlangung der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz, dass diese im Rahmen einer staatlichen oder staatlich anerkannten Berufsausbildung erworben werden können, wenn die zuständige Behörde zuvor festgestellt hat, dass in dieser Ausbildung die für das jeweilige Anwendungsgebiet erforderlichen Kenntnisse vermittelt werden.

Im Strahlenschutzgesetz Gesetz (StrlSchG) § 74 werden „erforderliche Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz“ und in der Strahlenschutzverordnung (§§ 47-51 StrlSchV) die Fachkunde und Kenntnisse benannt.

Für den Betrieb und die Beschäftigten in der Medizin und Zahnmedizin sind in der entsprechenden „Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“ explizit die Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) benannt, da bildgebende Verfahren (Röntgen) zu den allgemeinen Aufgaben von ZFA gehören. Die Medizinischen Fachangestellten sind in der Richtlinie nicht aufgeführt.

Sollten MFA die Kenntnisse im Strahlenschutz in der Ausbildung erwerben?

Aktuelle Situation

Bisher ist der Erwerb von Strahlenschutzkenntnissen nicht Bestandteil der regulären MFA-Ausbildung. Vielmehr müssen MFA, die Röntgeneinrichtungen bedienen oder bei Röntgenuntersuchungen assistieren, eine separate Qualifikation erwerben. Diese besteht in der Regel aus einer Fortbildung, die theoretische und praktische Inhalte vermittelt und mit einer Prüfung abschließt. Die Gültigkeit dieser Qualifikation ist auf fünf Jahre begrenzt und muss durch regelmäßige Fortbildungen aktualisiert werden.

Eine fundierte Ausbildung im Strahlenschutz erhöht die Patientensicherheit, reduziert die Strahlenexposition und erleichtert den Praxisbetrieb sowie die Qualitätssicherung. In einigen europäischen Ländern ist eine verpflichtende Grundausbildung im Strahlenschutz für medizinisches Personal etabliert, insbesondere dort, wo bildgebende Verfahren zum Arbeitsalltag gehören. Dies trifft beispielsweise für die Ausbildung „Medizinische/r Praxisassistent/in EFZ“ in der Schweiz zu. Diese dürfen nach Ausbildungsabschluss Röntgenaufnahmen durchführen.

Argumente für eine Integration von Strahlenschutzkenntnissen in die Ausbildung

Eine Integration der Strahlenschutzausbildung in die MFA-Ausbildung könnte die Attraktivität des Berufsbildes steigern. Die derzeitige Nachqualifikation ist für Praxen, Einrichtungen und MFA mit organisatorischem und finanziellem Aufwand verbunden, der angesichts von Fachkräftemangel und Teilzeitbeschäftigung häufig schwer umzusetzen ist.

Einige fachärztliche Praxen und Kliniken suchen nach Fachkräften, die bildgebende Verfahren durchführen oder dabei assistieren können. MFA könnten in diesen Einrichtungen unmittelbar nach Ausbildungsabschluss eingesetzt werden.

Argumente gegen eine Integration in die Ausbildung

Die Interviews zeigen jedoch deutlich, dass der Bedarf an Strahlenschutzkenntnissen in den meisten Praxen und Einrichtungen sehr gering ist. Bildgebende Verfahren werden häufig an radiologische Fachpraxen oder Einrichtungen ausgelagert. Selbst fachärztliche Praxen (z. B. Orthopädie, Chirurgie) verfügen zunehmend nicht mehr über eigene Röntgengeräte. Vor diesem Hintergrund wird eine Integration in die Ausbildung von den Expertinnen und Experten mehrheitlich als nicht sinnvoll eingeschätzt. Zudem würde eine Aufnahme in die Ausbildung zusätzliche Ausbildungszeit erfordern, die an anderer Stelle fehlen würde.

„Also selbst als orthopädische Praxis geben wir das ins Krankenhaus oder in eine radiologische Praxis. Das sind ja auch alles Kostenaspekte. Also auch das Röntgen. Wer kann sich denn jetzt schon so ein großes Gerät leisten? Das muss dann ordentlich den ganzen Tag ausgelastet werden. Das ist beim allgemeinen Mediziner natürlich überhaupt nicht der Fall.“ (Interview MFA_1049-1)

„Also die meisten Praxen, die röntgen ja gar nicht mehr. Also das unterscheidet uns schon von den Zahnarztpraxen. Es sind also eingeschränkte Fachgebiete, wo das Röntgen überhaupt noch zur Anwendung kommt und deswegen denken wir, dass das auf keinen Fall Bestandteil der grundständigen Verordnung sein sollte. Das wäre etwas, was man dann wirklich über den Bereich der Fortbildung abdecken kann.“ (Interview MFA_1121-1)

Auch der Beirat kommt zu dem Ergebnis, dass Kenntnisse im Strahlenschutz nicht Bestandteil der regulären MFA-Ausbildung werden sollten. Bei entsprechendem Bedarf können diese weiterhin – auch bereits während der Ausbildung – über gezielte Fortbildungen erworben und durch die zuständigen Stellen für die Anerkennung von Kursen zum Erwerb der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz geprüft werden.

Empfehlung: Kenntnisse im Strahlenschutz

Ein Befähigungsnachweis zur Durchführung von bildgebenden Verfahren („Röntgenschein“) sollte nicht in die MFA-Ausbildung integriert werden. Die Vermittlung entsprechender Kenntnisse sollte weiterhin bedarfsorientiert über Fort- und Weiterbildungen erfolgen.

4.2.2 Sachkenntnis zur Aufbereitung und Freigabe von Medizinprodukten

Rechtlicher Rahmen

Öffentliche Rechtsnormen mit Bezug zu Medizinprodukten gibt es von der EU-Ebene über deutsches Bundesrecht bis hin zu Regelungen der Bundesländer. Auf EU-Ebene schafft die Europäische Medizinprodukte-Verordnung „Medical Device Regulation“ (MDR) den Rechtsrahmen, welcher in den Staaten der EU anzuwenden ist. Auf Bundesebene enthalten vor allem das Medizinproduktegesetz (MPG) und die Medizinproduktebetreiber-Verordnung (MPBetreibV) relevante rechtliche Vorgaben für die Medizinprodukteaufbereitung (MPA). Hierzu zählen etwa Bestimmungen zur Qualitätssicherung (§ 8 Abs. 1 MPBetreibV) sowie zur Qualifikation des Aufbereitungspersonals (§ 5 Abs. 1 MPBetreibV) und dessen Ausbildung bzw. Fortbildung (§ 8 Abs. 4 MPBetreibV). In der Bestimmung über die „ordnungsgemäße Aufbereitung“ von Medizinprodukten verweist die MPBetreibV an die „Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)“ kurz: KRINKO/BfArM-Empfehlung.

Die MPBetreibV stellt klar, dass Medizinprodukte nur aufbereiten darf, wer über „aktuelle Kenntnisse aufgrund einer geeigneten Ausbildung und einer einschlägigen beruflichen Tätigkeit verfügt“ und „hinsichtlich der fachlichen Beurteilung keiner Weisung unterliegt“ (§ 5 MPBetreibV). Konkrete Kompetenzen oder Qualifikationen werden dabei nicht benannt. Sollte keine entsprechende Ausbildung vorliegen „kann für den Nachweis der aktuellen Kenntnisse die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungsmaßnahmen berücksichtigt werden.“ Außerdem werden für die Validierung und Leistungsbeurteilung der Aufbereitungsprozesse „qualifizierte Fachkräfte“ vorgeschrieben.

Die KRINKO/BfArM-Empfehlung präzisiert in Anlage 6 die Sachkenntnis des aufbereitenden Personals, die folgende Inhalte umfasst:

- Instrumentenkunde (ggf. fachgruppenspezifisch),
- Kenntnisse in Hygiene/Mikrobiologie (einschließlich Übertragungswege),
- Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten gemäß der KRINKO/BfArM-Empfehlung,
- Schwerpunkte der Aufbereitung,
- Räumliche und organisatorische Aspekte der Aufbereitung,
- Erstellen von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zur Aufbereitung,
- Rechtskunde (MPG, MPBetreibV, BioStoffV).

In Anlage 6 werden darüber hinaus die „Schwerpunkte der Aufbereitung“ entlang der MPA-Prozessketten benannt:

- Sachgerechtes Vorbereiten (Vorbehandeln, Sammeln, Vorreinigen, Zerlegen),
- Reinigung, Desinfektion, Spülung und Trocknung,
- Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit,
- Pflege und Instandsetzung,
- Funktionsprüfung,
- Kennzeichnung,
- Verpackung und Sterilisation,
- Dokumentierte Freigabe der Medizinprodukte zur Anwendung / Lagerung.

Der Nachweis dieser Sachkenntnis erfolgt entweder durch „nachgewiesene Ausbildung in entsprechenden Medizinalfachberufen“ oder „eine fachspezifische Fortbildung, z. B. in Anlehnung an die Fachkunde-Lehrgänge gemäß den Qualifizierungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. (DGSV) oder durch Fortbildungsangebote der Heilberufskammern oder staatlichen Institutionen“.

Umsetzungsmöglichkeit der MPA in der Neuordnung der Zahnmedizinischen Fachangestellten

Bei der Neuordnung der Ausbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte stellte sich die Frage: Ist es sachlich gegeben, die fachliche Kompetenz zur Medizinprodukteaufbereitung und -freigabe in die Ausbildung zu integrieren? Und wenn ja, mit welchen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten sowie mit welchem zeitlichen Umfang müsste die MPA im Ausbildungsrahmenplan sowie Rahmenlehrplan verankert werden?

In Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut, der Arbeitsgruppe Medizinprodukte der Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie dem Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin konnte eine direkte Verankerung der Sachkenntnis MPA bei der Erarbeitung von Ausbildungsordnung, Ausbildungsrahmenplan und Rahmenlehrplan erreicht werden. Die Umsetzung setzt sich aus folgenden drei Bausteinen zusammen:

Ausbildungsrahmenplan	Rahmenlehrplan	Prüfungsbereich
Berufsbildposition 5 „Medizinprodukte aufbereiten und freigeben“	Lernfeld 3 „Hygienemaßnahmen organisieren und Medizinprodukte aufbereiten“	Teil 1 „Durchführen von Hygienemaßnahmen und aufbereiten von Medizinprodukten“
Umfang: 20 Wochen	Umfang: 80 Unterrichtsstunden	Umfang: 60 Minuten schriftliche Prüfung
		Gewichtung: 25 %

Abbildung 23: Medizinprodukteaufbereitung in der Ausbildung ZFA

Verankerung in der aktuellen MFA-Ausbildung und Prüfung

Der Infektionsschutz umfasst nicht nur die Einhaltung allgemeiner und spezifischer Hygienemaßnahmen, sondern auch die sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten. Der aktuelle Ausbildungsrahmenplan konkretisiert diese Inhalte hinsichtlich der Aufbereitung von Medizinprodukten insbesondere in der Berufsbildposition 2 (2.2 Gesundheitsschutz und Hygiene):

„Geräte, Instrumente und Apparate desinfizieren, reinigen und sterilisieren; Sterilgut handhaben“. Zudem werden Hygiene und Medizinproduktaufbereitung als Querschnittsthemen u. a. in den Berufsbildpositionen 5 „Betriebsorganisation und Qualitätsmanagement“, 8 „Durchführung von Maßnahmen bei Diagnostik und Therapie“ sowie 10 „Handeln bei Not- und Zwischenfällen“ vermittelt.

Im darauf abgestimmten Rahmenlehrplan spiegeln sich diese Ausbildungsinhalte insbesondere im Lernfeld 3 „Praxishygiene und Schutz vor Infektionskrankheiten organisieren“, im Lernfeld 9 „Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankung des Verdauungssystems begleiten“ und im Lernfeld 10 „Patienten bei kleinen chirurgischen Behandlungen begleiten und Wunden versorgen“ wider. So ist bspw. im Lernfeld 3 verfasst: MFA „planen die Pflege und Wartung von Instrumenten und Geräten und dokumentieren ...“. Dazu gehören die sachgerechte Handhabung, das Reinigen, Desinfizieren, Sterilisieren und Entsorgen von Instrumenten und Geräten. MFA lernen, wie man Geräte und Instrumente für die erneute Nutzung vorbereitet und dabei die gesetzlichen Hygienevorschriften einhält. Besonders wichtig ist hier die Dokumentation und Kontrolle der Prozesse, um Infektionsrisiken zu minimieren. MFA planen und organisieren Hygienemaßnahmen im Team, treffen fallbezogene Auswahlen von Schutzmaßnahmen und dokumentieren diese.

Um entsprechende Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen auswählen und fachgerecht durchführt zu können, ist die Einstufung von Medizinprodukten nach ihrer Gefährdung wesentlich. Die korrekte Handhabung von Geräten, die Lagerung steriler Produkte sowie die Einhaltung von Hygienestandards (z. B. nach RKI oder ISO-Normen) sind daher Bestandteile der Ausbildung.

Insbesondere in Krankenhäusern durchlaufen Auszubildende Hospitationen in verschiedenen Bereichen (z. B. OP, Anästhesie, Medizintechnik), um ein umfassendes Verständnis für Hygiene- und Aufbereitungsprozesse zu entwickeln.

In der Zwischenprüfung sind unter anderem „Arbeits- und Praxishygiene“, „Schutz vor Infektionskrankheiten“ und „Untersuchungen und Behandlungen vorbereiten“ Prüfungsgegenstand. Themen der Abschlussprüfung sind u. a. das Assistieren bei Diagnose und Therapie, die Pflege und Wartung von Geräten sowie die Durchführung von Hygienemaßnahmen.

Ergebnisse der qualitativen Erhebungen

Die Frage, ob die umfassende Sachkenntnis in der Medizinproduktaufbereitung in Anlehnung an die KRINKO/BfArM-Empfehlung und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) in die Ausbildung der MFA integriert werden sollte, wird kontrovers diskutiert. Alle Expertinnen und Experten aus der Voruntersuchung sind sich einig, dass Patientensicherheit und „Eigensicherung“ von Beschäftigten in Einrichtungen der medizinischen Versorgung wesentlich sind. Die korrekte Aufbereitung von Medizinprodukten ist dabei eine elementare Maßnahme zum Schutz von Patientinnen und Patienten als auch von Beschäftigten. Fundierte Kenntnisse in diesem Bereich können das Infektionsrisiko minimieren und die Qualität der Patientenversorgung steigern. Die „Hygienekette“ (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation) muss von allen Beteiligten beherrscht werden, um Infektionsketten zu unterbrechen und Infektionen zu vermeiden.

Auch wenn gemäß der Befragungsergebnisse und Einschätzung des Beirats viele Praxen auf externe Aufbereitung oder Einmalprodukte setzen, gibt es weiterhin Medizinprodukte, die intern aufbereitet werden müssen (z. B. semikritische und kritische Instrumente). Das Wissen, welche Produkte wie aufbereitet werden dürfen und wie Instrumente zur Aufbereitung vorbereitet oder gelagert werden müssen, ist wie bisher für den berufliche Alltag von MFA unverzichtbar.

Argumente für eine Integration in die Ausbildung

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und die Empfehlungen der KRINKO/BfArM fordern (vgl. oben), dass die Aufbereitung von Medizinprodukten nur von sachkundigem Personal durchgeführt werden darf. Eine Integration der Sachkunde in die Ausbildung würde nach Einschätzung von Expertinnen und Experten sicherstellen, dass alle MFA die rechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen der MPA kennen und anwenden können. Jede MFA hätte von Beginn an einheitliche Kenntnisse in den Bereichen Hygiene, Risikoklassen und rechtlichen Vorgaben.

Im Rahmen der Qualitätssicherung fordern die rechtlichen Vorgaben für die Aufbereitung und Lagerung von Medizinprodukten eine lückenlose Dokumentation. Eine Vermittlung der Sachkunde in der MFA-Ausbildung fördert das Verständnis für die korrekte Umsetzung und Dokumentation dieser Prozesse und trägt so zur Qualitätssicherung bei.

Argumente gegen eine Integration in die Ausbildung

Die Sachkunde in der Medizinprodukteaufbereitung ist ein komplexes und umfangreiches Themenfeld, das über die Grundlagen der Hygiene und Desinfektion hinausgeht. Eine umfassende Integration in die MFA-Ausbildung würde eine erhebliche Vertiefung in Ausbildungsrahmenplan und Rahmenlehrplan erfordern (vgl. hierzu die Ausführungen bei den ZFA), was zu Lasten anderer (ggf. neuer) Ausbildungsinhalte geht.

Laut Rückmeldungen aus den Interviews nutzen viele Praxen externe Dienstleister oder verwenden überwiegend Einmalprodukte. Größere Einrichtungen setzen auf hauseigene Aufbereitungseinrichtungen (sog. AEMP bzw. Zentralsterilisationseinheit in Krankenhäusern) oder ebenfalls auf externe Dienstleister oder verwenden Einmalprodukte. Eine tiefe Sachkunde wird in diesen Fällen nicht benötigt und kann in einer Vielzahl von Praxen und Einrichtungen nicht vermittelt werden. In der Mehrzahl der Einrichtungen reichen grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten in den Bereichen der Einhaltung von Hygienestandards und der Einordnung von Medizinprodukten in Risikoklassen.

Der Projektbeirat bestätigt, dass in den meisten Einrichtungen eine umfassende Sachkenntnis zur Aufbereitung kaum relevant ist, da meist Einwegprodukte oder externe Dienstleister zur Aufbereitung eingesetzt werden. Der Bedarf an einem Sachkundenachweis, der über die bisher in der Ausbildung vermittelten Inhalte hinausgeht, etwa für Freigabeberechtigungen, variiert je nach Fachgebiet und Leistungsspektrum der Praxen sowie Einrichtungen und wird derzeit durch Fortbildungen abgedeckt. Die Expertinnen und Experten betonen aber, dass die Pflege und Wartung medizinischer Geräte und Instrumente unter Beachtung gesetzlicher und hygienischer Vorschriften wesentlich für die Arbeit der MFA sind.

4.2.3 Alternativen – Fortbildung oder kodifizierte Zusatzqualifikationen

Fortbildung - Status Quo

Aktuell haben sich in der Praxis Fortbildungen nach dem Musterfortbildungscurriculum der Bundesärztekammer sowie Fortbildungen der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) etabliert. Die Fortbildungen sind gezielt auf die Bedarfe in fachärztlichen Praxen und Einrichtungen zugeschnitten (z. B. Facharzttrichtungen im Bereich Gastroenterologie oder Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) und ermöglichen so eine bedarfsgerechte und aktuelle Wissensvermittlung. Sie können zudem regelmäßig aktualisiert werden, um neue rechtliche oder technische Entwicklungen zu berücksichtigen. Es existiert bereits ein Musterfortbildungscurriculum der Bundesärztekammer zur „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ (BUNDESÄRZTEKAMMER 2026). Diese Fortbildung orientiert sich an den rechtlichen Vorgaben an die Sachkenntnis gemäß § 4 MPBetrV bzw. Anlage 6 der KRINKO-Empfehlungen. Die Fortbildung schließt mit einer schriftlichen Lernerfolgskontrolle und einem praktisch-mündlichen Fachgespräch ab. Die Fortbildungen sind zertifiziert und bundesweit anerkannt.

Kodifizierte Zusatzqualifikationen gemäß § 49 Berufsbildungsgesetz (BBiG)

Mit der Novellierung des Berufsbildungsgesetzes im Jahr 2005 wurden kodifizierte Zusatzqualifikationen eingeführt. Diese knüpfen an die Zielsetzung an, die berufliche Handlungsfähigkeit von Fachkräften zu erweitern und die Verzahnung von Aus- und Weiterbildung zu stärken (vgl. ANNEN/PAULINI-SCHLOTTAU 2009). Kodifizierte Zusatzqualifikationen sind bundesweit gültig und ermöglichen es, zusätzliche berufliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten – die über das reguläre Ausbildungsberufsbild hinausgehen – in der Ausbildungsordnung zu verankern (§ 5 Abs. 2 Nr. 5 BBiG). Sie werden gesondert geprüft und bescheinigt (§ 49 BBiG).

Diese Qualifikationen werden während der Ausbildung im Betrieb bzw. der Einrichtung vermittelt und ergänzen oder erweitern die berufliche Handlungsfähigkeit. Die Intention ihrer Einführung bestand darin, die Einsatzmöglichkeiten von Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt zu vergrößern und die Durchlässigkeit zwischen Ausbildung und Weiterbildung zu fördern. Laut Gesetzesentwurf der Bundesregierung sollten dabei sowohl „zusätzliche Wahlbausteine der Ausbildungsordnung als auch Teile anderer Ausbildungs- oder Fortbildungsordnungen“ als Zusatzqualifikationen in Betracht kommen (vgl. BUNDESTAG 2004, S. 45).

Die Prüfung der kodifizierten Zusatzqualifikation findet im zeitlichen Zusammenhang mit der Berufsabschlussprüfung vor einem Prüfungsausschuss oder einer Prüferdelegation der zuständigen Stelle statt. Das Ergebnis hat keinen Einfluss auf das Bestehen oder Nichtbestehen der eigentlichen Abschlussprüfung. Sowohl das Angebot durch die Betriebe und Einrichtungen als auch der Erwerb durch die Auszubildenden sind freiwillig.

Bei bisher verordneten Ausbildungsberufen mit Zusatzqualifikationen liegen große Unterschiede sowohl bezüglich des zeitlichen Umfangs der zu vermittelnden kodifizierten Zusatzqualifikationen als auch bezüglich der Anzahl an Wahlmöglichkeiten vor. Der zeitliche Umfang beträgt zwischen acht und 24 Wochen. Die Anzahl je Ausbildungsberuf liegt zwischen einer und zwölf Zusatzqualifikationen.

Kodifizierte Zusatzqualifikationen gemäß § 49 BBiG für die MFA-Ausbildung

Nach Einschätzung der Mehrheit des Beirates könnte die Einführung von kodifizierten Zusatzqualifikationen gemäß § 49 BBiG für die Aufbereitung von Medizinprodukten eine sinnvolle Ergänzung der Ausbildung für einige Einrichtungen und Praxen darstellen.

Es könnte sich an der Ausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) orientiert werden, da die Rahmenbedingungen für den Sachkundenachweis MPA im Verfahren der ZFA bereits hinreichend geprüft wurde und der Umfang der Ausbildungsinhalte mit den entsprechenden Organisationen (z. B. KRINKO, AG MP) und dem Gesundheitsministerium abgestimmt sind. Eine kodifizierte Zusatzqualifikation könnte vor allem niedergelassene fachärztliche Praxen entlasten, für die die Einstellung einer speziellen Fachkraft keine Option darstellt. Eine Verankerung der Zusatzqualifikation in der Ausbildung anstelle der Vermittlung in Fortbildungen wird von Beiratsmitgliedern als Chance für die Bindung von ausgebildeten Fachkräften an die Einrichtungen, als Arbeitsplatzsicherung und Attraktivitätssteigerung des MFA-Berufs gesehen.

Um die berufliche Handlungsfähigkeit der MFA bereits mit der Ausbildung zu erweitern und einrichtungsspezifische Bedarfe abzudecken, könnten laut Beirat weitere Zusatzqualifikationen wie Impf- oder Ernährungsberatung in Erwägung gezogen werden.

Empfehlung: Medizinprodukteaufbereitung

Die Sachkenntnis in der MPA sollte über bereits bestehende oder neu zu schaffende zertifizierte Fortbildungen vermittelt werden, die auf die Bedürfnisse der Praxen und Einrichtungen abgestimmt sind (z. B. gemäß Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer).

Darüber hinaus sollte in der Ausbildung der MFA eine kodifizierte Zusatzqualifikation gemäß § 49 BBiG zum Erlangen der Sachkenntnis in der Medizinprodukteaufbereitung verordnet werden.

4.3 Schnittstellen und Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen

Bei der Entwicklung eines Vorschlags für die Strukturierung und den Aufbau des Ausbildungsberufs und der Prüfungsstruktur sollen laut Weisung auch fachspezifische Schnittstellen berücksichtigt und die Abgrenzung zu Anforderungen und Tätigkeiten anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen bedacht werden.

Dafür soll untersucht werden, welche fachspezifischen Schnittstellen in den Curricula und in der Praxis bestehen, ob diese in der Praxis zu Problemen führen und welche Schlüsse aus den Ergebnissen gezogen werden, die bei der Entwicklung des Ausbildungsberufs beachtet werden sollten. Hierzu wurden neben einer Literaturrecherche zur Fachkräftesituation im Gesundheitswesen die Curricula angrenzender Berufe verglichen und Expertinnen- und Experteninterviews durchgeführt.

4.3.1 Fachkräftesituation im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen gehört mit rund 6 Millionen Beschäftigten (ca. 13 Prozent aller Erwerbstätigen) zu den größten Wirtschaftszweigen Deutschlands und verzeichnete in den vergangenen zehn Jahren ein Beschäftigungswachstum von fast 20 Prozent. Trotz dieses Anstiegs der Beschäftigtenzahlen bestehen bereits heute Fachkräfteengpässe in den Pflegeberufen, aber auch bei anderen medizinischen Berufen wie den Medizinischen Fachangestellten sowie Ärztinnen und Ärzten (vgl. SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024).

Aufgrund des demografischen Wandels wird im Sachverständigengutachten bis 2040 ein Anstieg des Personalbedarfs um etwa eine Million Erwerbstätige prognostiziert. Damit könnte der Anteil der im Gesundheitswesen Beschäftigten auf über 16 Prozent steigen, während gleichzeitig zunehmende Rekrutierungsschwierigkeiten und längere Besetzungszeiten erwartet werden

In den vergangenen Jahren wurden daher zahlreiche gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verbesserung der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen in Deutschland eingeleitet – darunter Initiativen zur Stärkung der Pflege, Reformen in der ärztlichen Versorgung sowie Vergütungsanpassungen. Trotz dieser Bemühungen hat sich der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen weiter verschärft (vgl. SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024).

Beschäftigte MFA nach Einrichtungsart (je 1.000)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ambulante Einrichtungen	346	353	357	358	360	362	363	365	364	376	376	368	366
Arztpraxen	309	316	320	322	325	328	329	331	330	339	338	336	335
Zahnarztpraxen	19	18	17	16	15	14	13	12	12	11	11	10	10
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	16	17	17	17	18	18	18	19	19	21	24	19	19
Ambulante Pflege	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Stationäre / teilstationäre Einrichtungen	42	45	47	49	52	53	39	45	50	54	58	61	65
Krankenhäuser	39	42	44	46	48	50	36	42	46	51	54	58	61
Vorsorge- / Rehabilitations- einrichtungen	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Sonstige Einrichtungen	14	14	14	15	15	15	27	25	26	40	29	24	22

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

Abbildung 24: Beschäftigte MFA nach Einrichtungsarten

Zwischen 2012 und 2024 ist die Zahl der MFA insgesamt deutlich gestiegen, wobei sich je nach Einrichtungsart unterschiedliche Entwicklungstendenzen zeigen. Im ambulanten Bereich nahm die Beschäftigtenzahl MFA von rund 346.000 auf etwa 366.000 zu, was einem Zuwachs von knapp 6 Prozent entspricht. Den größten Anteil stellen dabei weiterhin die Arztpraxen, deren Beschäftigtenzahl kontinuierlich anstieg. Gleichzeitig zeigen sich innerhalb der ambulanten Versorgung strukturelle Verschiebungen: Während die Zahl der Beschäftigten in Zahnarztpraxen deutlich zurückging, verzeichneten Praxen sonstiger medizinischer Berufe einen Zuwachs.

Besonders dynamisch entwickelte sich der stationäre und teilstationäre Bereich. Hier stieg die Zahl der Beschäftigten von etwa 42.000 im Jahr 2012 auf rund 65.000 im Jahr 2024, ein Zuwachs von knapp 55 Prozent, was vor allem auf den deutlichen Personalaufbau in Krankenhäusern zurückzuführen ist, während Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation weitgehend konstante Werte aufweisen. Auch in sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist insgesamt ein Zuwachs zu beobachten, wenngleich mit stärkeren Schwankungen im Zeitverlauf.

In diesem Zusammenhang sei auf das „BMG-Fachkräftemonitoring“ des Bundesgesundheitsministeriums hingewiesen. Im Auftrag des BMG wurde eine Machbarkeitsstudie für ein detailliertes, langfristiges Monitoring zu Angebot von und Bedarf an Gesundheitsberufen erstellt (MAIER u. a., 2025). Mit der Umsetzung des in der Studie erarbeiteten Konzeptes in einem Pilotprojekt wurden das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), die Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung (GWS) und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) beauftragt. Erste Ergebnisse sind Anfang 2026 zu erwarten. Die Medizinischen Fachangestellten sind Teil dieses Monitorings.

„Um die Situation zu verbessern, investieren Praxen erheblich in die Ausbildung des eigenen nicht-ärztlichen Personals. Deutlich mehr als die Hälfte der befragten vertragsärztlichen Praxen bildet aus. Allerdings sind auch etwa ein Viertel dieser Praxen von einer Abwanderung ihres selbst ausgebildeten Praxispersonals betroffen. Ein Anteil von etwa 42% des abwandernden selbst ausgebildeten nicht-ärztlichen Personals wechselte in andere Praxen oder in MVZ und steht der vertragsärztlichen Versorgung somit weiterhin zur Verfügung. Der weit überwiegende Teil (54%) der fertig ausgebildeten Arbeitskräfte verlässt den Versorgungsbereich allerdings komplett, indem sie den Beruf oder in den stationären Versorgungsbereich wechseln.“ (OETTEL u. a., 2021 S. 3)

Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege weist 2024 ebenfalls auf eine zunehmende Abwanderung von Medizinischen Fachangestellten aus Arztpraxen in den stationären Bereich hin. Krankenhäuser profitieren dabei von attraktiveren Rahmenbedingungen, insbesondere höheren tariflichen Vergütungen. Gleichzeitig tragen teilweise auftretende Belastungen im Praxisalltag, begrenztere Entwicklungsmöglichkeiten sowie strukturelle Herausforderungen im ambulanten Bereich zur Wechselbereitschaft bei. Insgesamt verstärkt sich dadurch der Wettbewerb zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen um qualifizierte Fachkräfte (vgl. SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024).

Die Abwanderung von MFA in den stationären Bereich wird auch von den interviewten Expertinnen und Experten mehrfach thematisiert:

„Ich habe selbst auch einige MFAs, die jetzt mittlerweile nicht mehr im ambulanten Bereich arbeiten, sondern im stationären Bereich, weil sie da mehr verdienen, weil da die Verdienstmöglichkeiten durch die Unterstützung vom Bund, durch die Refinanzierung der Gehälter halt ganz anders ist.“ (Interview_MFA 0934-1)

4.3.2 Abgrenzungsfragen und Schnittstellenfunktion

Das Sachverständigen-Gutachten weist darauf hin, dass sich im Zuge der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen zunehmende Schnittstellen- und Abgrenzungsfragen zwischen Medizinischen Fachangestellten und anderen Gesundheitsberufen ergeben.

*„Mit Blick auf die neu entstehenden Schnittstellen zwischen akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen und den bereits in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen (Ärzt*innen, (weiterqualifizierte) MFA) besteht die Herausforderung darin, die Rollen und Berufsbilder aller Teammitglieder zu definieren sowie die anfallenden Aufgaben kompetenzorientiert sowie nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten unter Beachtung der Ergebnisqualität neu zu verteilen. MFA (insbesondere VERAH und NÄPA) sind in vielen hausärztlichen Praxen bereits sehr gut in das hausärztliche Team integriert und ihr Aufgabenbereich hat sich in den letzten Jahren im Rahmen von Delegation zunehmend erweitert (Gisbert Miralles et al. 2020). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu berücksichtigen, dass die Delegation organisatorischer Tätigkeiten an MFA (sowohl mit als auch ohne Zusatzqualifikation VERAH/NÄPA) für Hausarzt*innen einen großen Stellenwert hat.“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024, S. 260)*

Zu den erweiterten Aufgaben in der ambulanten Versorgung zählen insbesondere die Betreuung chronisch erkrankter und multimorbider Patientinnen und Patienten, die Koordination von Versorgungsprozessen sowie die Patientenberatung und -information.

MFA nehmen eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsversorgung ein. Ihre Rolle umfasst dabei nicht nur organisatorische und administrative Tätigkeiten, sondern zunehmend auch koordinierende und kommunikative Aufgaben. Gerade in interprofessionellen Teams gewinnen daher klare Aufgabenprofile und transparente Verantwortlichkeiten an Bedeutung, um Unsicherheiten und Konflikte zu vermeiden.

Für die Ausbildung und Weiterentwicklung des Berufs bedeutet dies, dass die Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen sowie die Zusammenarbeit mit diesen bei einer Neuordnung berücksichtigt werden müssen. Neben fachlichen Kompetenzen werden insbesondere Kenntnisse über Rollenverständnisse, Zuständigkeiten und Kooperationsformen in interprofessionellen Versorgungskontexten wichtiger.

Rückmeldungen aus den Interviews

Insgesamt wird die Abgrenzung von den Expertinnen und Experten eher unproblematisch eingeschätzt. Überschneidungen zwischen den Tätigkeiten von MFA und anderen Gesundheitsberufen treten vereinzelt im stationären Bereich auf. Sie werden insbesondere durch strukturelle Rahmenbedingungen, Fachkräfteengpässe und veränderte Versorgungsanforderungen verursacht.

Im Krankenhaus übernehmen MFA ein breites Spektrum an Organisations- und Assistenzaufgaben. Ihre Aufgabe liegt dabei primär in der Sicherstellung effizienter Abläufe, etwa in der Patientenaufnahme, Dokumentation und Koordination von Untersuchungen. Zudem werden MFA zunehmend in zentralen Notaufnahmen eingesetzt, wo sie bei der Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten mitwirken und damit eine wichtige Funktion im klinischen Versorgungsprozess übernehmen. Bei den genannten Tätigkeiten bestehen nur geringe Überschneidungen zu anderen Gesundheitsfachberufen. Anders sieht es bei der Vorbereitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen durch MFA aus. Aufgrund des Personalmangels übernehmen MFA in Krankenhäusern teilweise pflegerische oder behandlungsnahen Aufgaben. Dazu zählen Blutabnahmen, EKGs oder das Legen von Zugängen, Hilfe bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Visitenbegleitung oder Nachtdienste. Diese Überschneidungen können zu Unsicherheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche und rechtlicher Rahmenbedingungen und zu einem Spannungsfeld zwischen formaler Berufsabgrenzung und praktischer Aufgabenverteilung im Arbeitsalltag führen.

Gegenüber spezialisierten Berufen wie Medizinischen Technologinnen/Technologen (MT) Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten (ATA) oder Operationstechnischen Assistentinnen/Assistenten (OTA) bestehen hingegen kaum Abgrenzungsprobleme. Diese Berufsgruppen sind stärker an spezifische Funktionsbereiche (z. B. OP, Anästhesie, Labor) gebunden, während MFA, die in diesen Bereichen arbeiten, vor allem unterstützende oder organisatorische Tätigkeiten übernehmen. Überschneidungen in den Tätigkeiten entstehen nur dann, wenn MFA über Fortbildungen zusätzliche Qualifikationen erwerben.

4.3.3 Curricula-Vergleich

Für den Vergleich der Ausbildungsinhalte angrenzender Berufe im Gesundheitswesen (ATA, OTA, MT und Pflegefachpersonen) wurden auf Grundlage der analysierten Curricula bzw. Berufsbildpositionen übergeordnete Themenbereiche gebildet (vgl. Abbildung 26). Ziel dieses Vorgehens war es, die teilweise unterschiedlich strukturierten und benannten Inhalte der einzelnen Ausbildungsgänge vergleichbar zu machen.

Hierzu wurden in einem ersten Schritt zentrale Inhalte und Kompetenzfelder aus den Curricula identifiziert und inhaltlich gebündelt.

Zur Veranschaulichung der Vorgehensweise wird im folgenden Abschnitt die Zuordnung der Lerninhalte exemplarisch am Beispiel eines Themenbereiches dargestellt (vgl. Abbildung 25). In einer tabellarischen Übersicht wurden die zugeordneten Lerninhalte der jeweiligen Berufe zu den ausgewerteten Themenbereichen in Farbabstufungen nach Häufigkeit der inhaltlichen Nennungen dargestellt, um die ausgewerteten Ausbildungsschwerpunkte zu veranschaulichen. (vgl. Abbildung 26).

Beruf	Schwerpunkt im Themenbereich: Beratung – Schulung – Ausbildung
MFA	„Information zu Praxisabläufen, Mitwirkung bei Schulungen, Anleitung zu einfachen Maßnahmen, unterstützende Beratung“ <u>Ausbildungsinhalte:</u> 4.1.e) Patienten und Patientinnen sowie begleitende Personen über Praxisabläufe bezüglich Diagnostik, Behandlung, Wiederbestellung und Abrechnung informieren und zur Kooperation motivieren, 4.1.f) Patienten und Patientinnen über Weiter- und Mitbehandlung informieren 4.1.g) ergänzende Versorgungsangebote darstellen 4.2.a) ärztliche Beratungen und Anweisungen unterstützen 4.2.b) zur Anwendung häuslicher Maßnahmen anleiten 4.2.c) medizinische Leistungsangebote des Betriebes erläutern 4.2.d) bei der Patientenschulung mitwirken
Pflegefachpersonen	„Umfassende, eigenständige Beratung und Schulung, Förderung von Selbstständigkeit, Bewältigung von Krankheit, lebensweltorientierte Unterstützung“ <u>Ausbildungsinhalte:</u> I.1.g) entwickeln mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen und dem sozialen Netz altersentsprechende lebensweltorientierte Angebote zur Auseinandersetzung mit und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und ihren Folgen, I.3.f) informieren schwerkranke und sterbende Menschen aller Altersstufen sowie deren Angehörige zu den spezifischen Schwerpunkten palliativer Versorgungsangebote. I.5.b) entwickeln gemeinsam mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen Angebote zur sinnstiftenden Aktivität, zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen und fördern damit die Lebensqualität und die soziale Integration, II.2.a) informieren Menschen aller Altersstufen zu komplexen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und weitergehenden Fragen der pflegerischen Versorgung, II.2.b) setzen Schulungen mit Einzelpersonen und kleineren Gruppen zu pflegender Menschen aller Altersstufen um, II.2.c) beraten zu pflegende Menschen aller Altersstufen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit krankheits- sowie therapie- und pflegebedingten Anforderungen und befähigen sie, ihre Gesundheitsziele in größtmöglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen, II.2.d) reflektieren ihre Möglichkeiten und Begrenzungen zur Gestaltung von professionellen Informations-, Instruktions-, Schulungs- und Beratungsangeboten bei Menschen aller Altersstufen
ATA / OTA	„Situationsbezogene Information und Beratung im operativen bzw. anästhesiologischen Kontext“ <u>Ausbildungsinhalte:</u> 2.d) verfügen über grundlegende Kenntnisse der Schmerzentstehung und der Schmerzarten, kennen und nehmen die Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten aller Altersstufen wahr und unterstützen Patientinnen und Patienten aller Altersstufen sowie deren Bezugspersonen durch Information und Beratung (ATA) 6.f) informieren und beraten bei Bedarf Patientinnen und Patienten aller Altersstufen sowie deren Bezugspersonen im beruflichen Kontext (ATA/OTA)
MT (Labor)	„Beratung zu präanalytischen Prozessen, Anleitung bei Untersuchungsverfahren, kollegiale Beratung im Team“ <u>Ausbildungsinhalte:</u> I.d) informieren und beraten über präanalytische Maßnahmen zur qualitätsgerechten Gewinnung von humanen Untersuchungsmaterialien und Probenmaterialien nicht humanen Ursprungs, III.1.b) informieren, beraten und leiten Menschen verschiedener Altersstufen personen- und situationsadäquat bei laboranalytischen Verfahren (Präanalytik, Analytik, Postanalytik) an, III.2.c) beraten Teammitglieder kollegial bei fachlichen Fragestellungen, unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches und setzen Instruktionen für Einzelpersonen und kleinere Gruppen von Menschen in unterschiedlichen Kontexten um, III.2.d) beteiligen sich im Team an der Anleitung anderer Auszubildender, Praktikantinnen und Praktikanten
MT (Radio-logie)	„Information, Anleitung und Begleitung im diagnostischen und therapeutischen Prozess, patientenbezogene Kommunikation“ <u>Ausbildungsinhalte:</u> I.1.e) informieren, beraten und leiten Menschen aller Altersstufen personen- und situationsadäquat bei Untersuchungen an und leisten die notwendige II.1.b) führen medizinisch-technologische Aufgaben bei der technischen Durchführung des Bestrahlungsplanes an Menschen aller Altersstufen im interprofessionellen Team durch; informieren, unterstützen und leiten Menschen aller Altersstufen unter Berücksichtigung der besonderen psychosozialen Situation bei der Ersteinstellung der Strahlentherapie an, IV.1.b) gestalten professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen zielführend und empathisch während des diagnostischen und therapeutischen Prozesses, insbesondere im Kontext der Information, Beratung und Anleitung bei diagnostischen und therapeutischen Verfahren
MT (Funktionsdiagnostik)	„Anleitung und Beratung bei diagnostischen Verfahren, Kommunikation im Behandlungsprozess, teilweise Anleitung von Auszubildenden“ <u>Ausbildungsinhalte:</u> III.1.b) gestalten professionelle Beziehungen mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen zielführend und empathisch während des diagnostischen und therapeutischen Prozesses insbesondere im Kontext der Information, Beratung und Anleitung zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, III.1.d) informieren und leiten Menschen aller Altersstufen personen- und situationsadäquat bei diagnostischen und therapeutischen Verfahren an, III.2.c) beraten Teammitglieder kollegial bei fachlichen Fragestellungen, unterstützen sie bei der Übernahme und Ausgestaltung ihres jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiches und setzen Instruktionen für Einzelpersonen und kleinere Gruppen von Menschen in unterschiedlichen Kontexten um, III.2.d) beteiligen sich im Team an der Anleitung anderer Auszubildender, Praktikantinnen und Praktikanten

Abbildung 25: Beispiel zur Zuordnung von Lern- bzw. Ausbildungsinhalten

Im Themenbereich „Beratung, Schulung und Ausbildung“ zeigen sich sowohl berufsübergreifende Gemeinsamkeiten als auch deutliche Unterschiede in der inhaltlichen Ausprägung und Tiefe der Kompetenzen.

Gemeinsamkeiten bestehen zunächst darin, dass in allen betrachteten Berufen kommunikative Kompetenzen im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie deren Bezugspersonen verankert sind. Dazu zählen insbesondere das Informieren, Anleiten und – in unterschiedlichem Umfang – das Beraten im Kontext diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Diese Aufgaben beziehen sich häufig auf die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung medizinischer Leistungen sowie auf die Unterstützung im Umgang mit gesundheitlichen Maßnahmen. Auch die Anleitung von Auszubildenden oder die kollegiale Unterstützung im Team ist in mehreren Berufen (z. B. Pflege, MT, Funktionsdiagnostik) verankert.

Unterschiede zeigen sich vor allem im Umfang und im Anspruchsniveau der Beratungs- und Schulungskompetenzen. Während bei Medizinischen Fachangestellten (MFA) die Beratung überwiegend unterstützenden und informationsvermittelnden Charakter hat, umfasst sie in der Pflegeausbildung eigenständige, umfassende und zielgruppenorientierte Beratungs- und Schulungsprozesse, die auch die Förderung von Selbstständigkeit, Krankheitsbewältigung und Lebensqualität einschließen.

Auch in den medizinisch-technischen Berufen (MT) sowie bei ATA und OTA ist Beratung Bestandteil der Ausbildung, jedoch stärker auf den jeweiligen fachlichen Kontext bezogen, etwa im Zusammenhang mit diagnostischen Verfahren oder präanalytischen Anforderungen. Hier steht vor allem die situationsbezogene Information und Anleitung im Vordergrund.

Ein weiterer Unterschied besteht in der systematischen Verankerung von Schulungs- und Ausbildungskompetenzen: Während diese insbesondere in der Pflege sowie in Teilen der MT-Berufe explizit und konzeptionell verankert sind (z. B. Durchführung von Schulungen, Anleitung von Gruppen, Reflexion von Beratungsprozessen), treten sie bei MFA eher unterstützend auf.

Das Beispiel „Beratung, Schulung und Anleitung“ zeigt, dass durch die Zuordnung der Inhalte zu übergeordneten Themenbereichen ein einheitlicher Analyserahmen geschaffen werden konnte, der es erlaubt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Tiefe, im Umfang oder im Anforderungsniveau der vermittelten Kompetenzen zwischen den untersuchten Berufen vergleichend auszuwerten.

Teilweise unterschiedlich verwendete Begrifflichkeiten in den Curricula lassen einen gewissen Interpretationsspielraum bei der Zuordnung der Inhalte zu den jeweiligen Themenbereichen und der entsprechenden Gewichtung und Schlussfolgerung daraus.

Auch Unterschiede in der tatsächlichen Vermittlung der Ausbildungsinhalte oder betriebliche Kontexte bleiben unberücksichtigt. Damit bildet der Vergleich primär die formal beschriebenen Ausbildungsinhalte ab, nicht jedoch deren konkrete Umsetzung in der Beschäftigungspraxis.

Ergebnisse des Curricula-Vergleichs

Die Analyse der Curricula (ATA, OTA, MT und Pflegefachpersonen) zeigt sowohl Überschneidungen als auch klar abgrenzbare Kompetenzbereiche im Vergleich zur Ausbildung der MFA (vgl. Abbildung 26).

Überschneidungen bestehen insbesondere bei patientenbezogenen Grundkompetenzen. In allen untersuchten Berufen sind Inhalte zur Betreuung, Information und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie zur professionellen Beziehungsgestaltung verankert. Ebenso stellt die Vorbereitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eine gemeinsame Grundlage dar. Darüber hinaus wird in allen untersuchten Curricula - mit Ausnahme der Verordnung der MFA - die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen betont. Bei der MFA ist bisher lediglich das Arbeiten im Team Teil des Berufsbildes. Weitere Gemeinsamkeiten zeigen sich im Bereich Organisation, Dokumentation und Qualitätssicherung. Kompetenzen zur strukturierten Dokumentation medizinischer Leistungen, zur Einhaltung von Hygiene- und Qualitätsstandards sowie zur Organisation von Arbeitsabläufen sind in mehreren Gesundheitsberufen vorgesehen. Auch die Unterstützung diagnostischer Prozesse - etwa durch Voruntersuchungen oder die Vorbereitung von Patientinnen und Patienten - gehört zu den curricularen Schnittmengen.

Demgegenüber werden deutliche Unterschiede im Grad der medizinischen Verantwortung sichtbar. Während Pflegefachpersonen eigenständig pflegerische Maßnahmen planen und durchführen, ist die Tätigkeit der MFA stärker auf Assistenz, Koordination und Organisation ausgerichtet.

Eine klare Abgrenzung zeigt sich bei hochspezialisierten diagnostischen und technischen Kompetenzen. Berufe wie MT, ATA oder OTA verfügen über eigenständige Handlungskompetenzen in Laboranalytik, Radiologie, Funktionsdiagnostik oder im OP-Bereich und gehen deutlich über die Assistenz Tätigkeiten der MFA hinaus.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal liegt im Bereich der betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Kompetenzen. Inhalte wie Abrechnung, Praxismanagement, Terminsteuerung und administrative Prozesse nehmen in der MFA-Ausbildung einen deutlich größeren Raum ein als in den angrenzenden Gesundheitsfachberufen und prägen deren medizinisch-kaufmännisches Berufsprofil.

Spezialisierte Fortbildungen eröffnen für MFA zusätzliche Handlungsspielräume insbesondere bei delegationsfähigen medizinischen Tätigkeiten. Qualifikationen wie Nichtärztliche Praxisassistent/-in (NäPA) oder Versorgungsassistent/-in der Hausarztpraxis (VERAH) erweitern das Tätigkeitsspektrum und führen zu neuen Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen, ohne jedoch die grundsätzliche Rollenverteilung im Gesundheitswesen aufzuheben (siehe auch Kapitel 4.7).

Ausbildungsschwerpunkte	MFA	Pflegefach- frau/ mann	ATA	OTA	MT- Laborator- iumsanalytik	MT- Radiologie	MT- Funktions- diagnostik
Beratung, Schulung, Ausbildung							
Beruf im Gesamtsystem							
Beschaffung, Lagerung, Abrechnung							
Betreuung, Unterstützung							
Betriebsorganisation, Arbeitsprozesse							
Datenschutz Datensicherheit							
Diagnostik							
Ethik							
Informations-, Dokumentationssysteme							
Interprofessionelles Arbeiten, Teamarbeit							
Kommunikation							
Konflikte							
Medikation							
Not-, Zwischenfälle							
Patienten-, Infektionsschutz, Hygiene							
Prävention, Rehabilitation							
Qualitätsmanagement							
Rechtliche Grundlagen							
Reflektion, lebenslanges Lernen							
Reflektieren							
Umweltschutz							

Legende:

	mehr als 10 Nennungen
	6 bis 10 Nennungen
	1 bis 5 Nennungen
	Keine explizite Nennung

Abbildung 26: Ausbildungsschwerpunkte ausgewählter Gesundheitsberufe

Insgesamt verdeutlicht der Curricula-Vergleich, dass sich Überschneidungen in grundlegenden patientenbezogenen und organisatorischen Kompetenzen ergeben, die für Fachkräfte im Gesundheitswesen elementar und unverzichtbar erscheinen. Alle untersuchten Ausbildungen setzen daneben jedoch auch klare Schwerpunkte, die bei den Gesundheitsfachberufen vor allem in der Tiefe der medizinischen Verantwortung und/oder der Spezialisierung der Tätigkeiten liegen. Pflegefachpersonen sowie technisch-spezialisierte Assistenzberufe verfügen über eigenständige medizinische und/oder technische Handlungskompetenzen, während MFA über vertiefte Kompetenzen im betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Bereich verfügen.

Durch die Kombination aus medizinisch-assistierenden, organisatorischen und kommunikativen Kompetenzen existieren zwar Überschneidungen und Schnittstellen mit anderen Gesundheitsberufen, diese führen jedoch nur vereinzelt zu Abgrenzungsproblemen. Vielmehr ist die

breite inhaltliche Aufstellung der MFA auch im Hinblick auf wandelnde Strukturen im Gesundheitsbereich als Stärke zu betrachten, die es der Berufsgruppe ermöglicht, wesentlich zum Gelingen von Versorgungsprozessen beizutragen.

Angesichts der sich abzeichnenden Entwicklung neuer Modelle der ambulanten und kurzstationären Versorgung mit interprofessionellen Teams (vgl. SACHVERSTÄNDIGENRAT, S. 257) werden MFA in Zukunft voraussichtlich noch intensiver mit anderen Berufsgruppen in Teams zusammenarbeiten.

Vor diesem Hintergrund bietet die Weiterentwicklung der Berufsbilder das Potenzial, Fachkräfte effizienter einzusetzen und Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen attraktiver zu gestalten. Dabei ist darauf zu achten, dass angrenzende Verantwortungsbereiche klar definiert und Überschneidungen reflektiert und offengelegt werden. Die Untersuchung zeigt derzeit Herausforderungen bei der Abgrenzung einiger Tätigkeiten von Pflegefachpersonen und Medizinischen Fachangestellten insbesondere im stationären Bereich.

Unsicherheiten hinsichtlich Verantwortung, rechtlicher Rahmenbedingungen sowie Delegation sollten durch klare Zuständigkeitsregelungen vermieden werden.

Zudem erscheint es unbedingt sinnvoll, Kompetenzen im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit – wie in den verglichenen Ausbildungen bereits erfolgt – auch in die Ausbildung der MFA zu integrieren.

Langfristig kommt einer aufeinander abgestimmten Weiterentwicklung der verschiedenen Gesundheitsberufe eine zentrale Rolle zu, um eine zukunftssichere und leistungsfähige Versorgungsstruktur zu gewährleisten.

Empfehlung: Schnittstellen und Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen

Zusammenfassend zeigen die Projektergebnisse, dass zwar inhaltliche Überschneidungen auf Ebene der Curricula und in der Wahrnehmung einzelner Aufgaben und Tätigkeiten bestehen, die jeweiligen Berufsprofile jedoch klar voneinander abgrenzbar sind. Die Unterschiede liegen insbesondere in der fachlichen Komplexität der Tätigkeiten, im Grad der jeweiligen Spezialisierung und den entsprechend erweiterten Handlungsspielräumen.

Um sinnvolle Schnittstellen und Überschneidungen im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe sowie notwendige Abgrenzungen der Berufsprofile zu gewährleisten, sollte bei der Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung der MFA auf klare Rollenverteilungen und Zuständigkeitsbereiche geachtet werden.

4.4 Ausbildungsstruktur

Vor dem Hintergrund der aktuellen, generalistischen MFA-Ausbildung war laut Weisung des Bundesgesundheitsministeriums zu untersuchen, ob es Gründe gibt, eine Differenzierung in der Ausbildung vorzunehmen. Dies wäre zu bejahen, wenn sich einzelne Arbeits- und Geschäftsprozesse in den unterschiedlichen Arbeitsstätten der MFA (Hausarztpraxen, MVZ, Klinik/Krankenhaus etc.) stark unterscheiden und sich somit eine differenzierte Qualifizierung von Fachkräften anbietet.

Für die Gestaltung von Ausbildungsordnungen formuliert das Berufsbildungsgesetz im § 5 BBiG Mindeststandards, die zur Profilbildung des jeweiligen Berufes beitragen. Dies betrifft insbesondere die Bezeichnung des Berufes, die Ausbildungsdauer, das Ausbildungsberufsbild (berufliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten), den Ausbildungsrahmenplan (sachliche und zeitliche Gliederung der Ausbildungsinhalte) sowie die Prüfungsanforderungen. Hierdurch erfolgt eine Abgrenzung zu anderen Berufen. Darüber hinaus sind manche Ausbildungsberufe durch Differenzierung innerhalb des Berufes strukturiert. Die Struktur soll insbesondere berufsspezifische bildungs-, wirtschafts- oder arbeitsmarktpolitische Anforderungen widerspiegeln.

Ein Monoberuf bezieht sich auf eine Berufsausbildung, die breit angelegt ist und verschiedene Aspekte eines Berufsfeldes abdeckt. Schulische und betriebliche Ausbildungsinhalte sind, ebenso wie die Prüfungsbestimmungen, für alle Auszubildenden identisch. Auszubildende werden gemeinsam in den verschiedenen Themen des Berufes ausgebildet, ohne sich auf spezifische Inhalte zu fokussieren. Dies ermöglicht es den Absolventinnen und Absolventen, als Generalisten zu arbeiten und in verschiedenen Bereichen ihres Berufsfeldes flexibel eingesetzt zu werden.

Neben dem Monoberuf existieren Strukturmodelle, bei denen eine Differenzierung der Ausbildungsinhalte und der Prüfung möglich ist. Die Auszubildenden erhalten vertiefte Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in einem bestimmten Bereich ihres Berufsfelds.

Für die Form und Tiefe der Differenzierung gibt es unterschiedliche Modelle, bei denen Ausbildungsinhalte alternativ gewählt und/oder miteinander kombiniert werden können. Die Strukturmodelle unterscheiden sich u. a. in Bezug auf den zeitlichen Umfang der Differenzierung, die Verankerung im Ausbildungsrahmenplan und im Rahmenlehrplan sowie die Berücksichtigung in Prüfungen. Zu den Strukturmodellen zählen Einsatzgebiete, Wahlqualifikationen, Schwerpunkte und Fachrichtungen (vgl. Abbildung 27).

Die BIBB-Hauptausschussempfehlung 158 „Zur Struktur und Gestaltung von Ausbildungsordnungen – Prüfungsanforderungen“ bietet mit „Hinweise(n) für die Berücksichtigung von Differenzierungen der Ausbildung in den Prüfungsanforderungen“ einen Anhaltspunkt für die Strukturierung von Ausbildungen (HAUPTAUSSCHUSS BIBB, 2014, S. 3). Je nach inhaltlicher Ausdifferenzierung oder zeitlichem Umfang innerhalb der Ausbildungszeit sind die verschiedenen Strukturmodelle unterschiedlich stark in der Ausbildungsordnung verankert. Gleiches gilt für ihre Verankerung im schulischen Rahmenlehrplan (vgl. KMK 2021, S. 36). Eine weitergehende Beschreibung von Kriterien für die Differenzierung zwischen Ausbildungsberufen sowie für die Differenzierung innerhalb von Ausbildungsberufen existiert hingegen nicht (vgl. SCHWARZ/BRETSCHNEIDER 2014, S. 4).

Ausbildungsberuf ohne Differenzierung (Monoberuf)	Ausbildungsberufe mit Differenzierung			
	mit Einsatzgebieten	mit Wahl- und Pflichtqualifikationen	mit Schwerpunkten	mit Fachrichtungen
– einheitliches Kompetenzprofil	– Differenzierungsmöglichkeit innerhalb der Fachbildung – Anpassung an betriebliche Besonderheiten – für unterschiedliche Einsatzgebiete keine inhaltlich-qualitativen Differenzierungen in Ausbildungsordnung und in Prüfungsanforderungen – werden in der Ausbildungsordnung aufgeführt	– gemeinsame Kernqualifikation – Wahlqualifikationen können kombinierte Kernqualifikationen vertiefen oder neue berufsspezifische Fachkompetenzen vermitteln – Wahlqualifikationen bilden spezialisierte Betriebsprofile innerhalb eines Ausbildungsberufes ab – sind im Ausbildungsberufsbild verankert und im Ausbildungsrahmenplan aufgeführt – zwischen 3-18 Monate	– einheitliches Berufsbild – Teile der Qualifikation können im zweiten und dritten Ausbildungsjahr in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern erworben werden – Schwerpunkt ist nicht Bestandteil der Berufsbezeichnung – Schwerpunkt umfasst in der Regel nicht mehr als 6 Monate	– Differenzierungen bereits im Berufsbild – Fachrichtungsbezogen werden unterschiedliche Qualifikationen erworben – Fachrichtung spiegelt sich in der Berufsbezeichnung wider – im Ausbildungsberufsbild und im Ausbildungsrahmenplan eigenständig ausgewiesen
Einheitliche Prüfungsbereiche	Einheitliche Prüfungsbereiche Einsatzgebiet kann thematische Grundlage von Prüfungsaufgaben sein	Grundsätzlich einheitliche Prüfungsbereiche Wahlqualifikationen können eigenständige Prüfungsbereiche bilden	Berücksichtigung innerhalb der Prüfungsbereiche anhand von unterschiedlichen Gebieten bzw. Tätigkeiten ggf. auch eigene Prüfungsbereiche	Eigenständige Prüfungsbereiche je Fachrichtung

Abbildung 27: Strukturmodelle in der dualen Berufsausbildung

Die aktuelle Ausbildungsstruktur der Medizinischen Fachangestellten wird als Monoberuf oder auch als generalistisch bezeichnet. Das Qualifikationsprofil beinhaltet keine Differenzierungen. Für alle Auszubildenden sind die Ausbildungsinhalte gleich, sowohl für die betriebliche/berufliche Praxis (Ausbildungsrahmenplan) als auch für die Berufsschule (Rahmenlehrplan). Da die Ausbildungsordnung Mindeststandards festlegt, können Praxen und Einrichtungen je nach Bedarf darüber hinaus einrichtungsspezifische Inhalte vermitteln.

4.4.1 Empirische Ergebnisse der Voruntersuchung

Um belastbare Aussagen zu möglichen Differenzierungsmodellen treffen zu können, ist ein vertieftes Verständnis ihrer jeweiligen Ausprägung, Ausgestaltung und praktischen Umsetzung erforderlich. Vorangegangene Untersuchungen zeigten, dass dieses Wissen zur differenzierten Einordnung und Abgrenzung der verschiedenen Modelle nicht in allen Zielgruppen gleichermaßen vorhanden ist und häufig zunächst erläutert werden muss.

Das BIBB-Projektteam entschied deshalb, die Weisungsfragen zur Ausbildungsstruktur vorrangig im Rahmen qualitativer Verfahren zu bearbeiten. Hierzu wurden die unterschiedlichen Strukturmodelle in leitfadengestützten Interviews sowie in zwei Workshops mit Mitgliedern von Prüfungs- und Berufsbildungsausschüssen für MFA vorgestellt und diskutiert. Auch in der zweiten und dritten Beiratssitzung wurden die Modelle erläutert und gemeinsam erörtert. Zudem wurden die Ergebnisse aus der Online-Befragung zu relevanten Gruppenunterschieden genutzt, um Rückschlüsse auf die Ausbildungsstruktur zu ziehen.

Vor dem Hintergrund der derzeit generalistisch angelegten MFA-Ausbildung war zu prüfen, ob eine stärkere Differenzierung der Ausbildungsstruktur erforderlich ist. Eine solche Differenzierung wäre insbesondere dann angezeigt, wenn die Ausbildung Absolventinnen und Absolventen nicht gleichermaßen auf die Anforderungen aller relevanten Tätigkeitsfelder vorbereiten kann, etwa weil sich Arbeits- und Geschäftsprozesse je nach Einsatzbereich deutlich unterscheiden.

Sowohl die qualitativen Erhebungen als auch die Ergebnisse der Online-Befragung weisen auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen hin, insbesondere zwischen hausärztlichen Praxen, fachärztlichen Praxen und Einrichtungen, Medizinischen Versorgungszentren sowie Kliniken und Krankenhäusern. Diese Unterschiede betreffen vor allem die Arbeits- und Geschäftsprozesse in den Bereichen Verwaltung und Abrechnung, Assistenz bei der ärztlichen Diagnostik sowie Assistenz bei der ärztlichen Therapie.

Quantitative Erhebung – Gruppenunterschiede der Einrichtungsarten

Die unterschiedlichen Einrichtungsarten erbringen jeweils spezifische medizinische Leistungen, was sich auch in den Relevanzeinschätzungen der Online-Befragung widerspiegelt. Relevante Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten sind im Kapitel 4.1 bei den jeweiligen Qualifikationsbereichen aufgeführt.

Um eine klare Aussage hinsichtlich möglicher Differenzierungen nach Einrichtungsarten treffen zu können, wurde die in der Online-Befragung vorgenommene, sehr differenzierte Unterscheidung der Einrichtungen, in vier Kategorien zusammengefasst: hausärztliche Praxen, fachärztliche Praxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Kliniken/Krankenhäuser (vgl. Abbildung 28).

Wie relevant ist es, die folgenden Qualifikationen zukünftig in der Ausbildung zu vermitteln?	Hausärztliche Praxen	Fachärztliche Praxen	MVZ	Klinik/KKH
Medizinische Fachkenntnisse sachgerecht anwenden				
Differenzierte Pathologie und Physiologie von Infektionen berücksichtigen	weniger relevant			relevanter
Gewebetypen unterscheiden	weniger relevant			relevanter
Ärztliche Diagnostik unterstützen				
Bei Belastungs-EKGs mitwirken		weniger relevant	weniger relevant	relevanter
Lungenfunktionsuntersuchungen durchführen	relevanter	weniger relevant	weniger relevant	
Allergietests durchführen	weniger relevant	relevanter	weniger relevant	relevanter
Laboruntersuchungen unterstützen und Ergebnisse einordnen				
Proben für die (externe) Laboranalyse entnehmen und vorbereiten	relevanter			
Schnelltests durchführen	relevanter			
Manuelle Laborarbeiten wie das Mikroskopieren und das Auszählen von Zellen	weniger relevant	relevanter	weniger relevant	relevanter
Assistieren bei medizinischen Behandlungen				
Gipsen, Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapie durchführen		relevanter		relevanter
Katheter legen		relevanter		relevanter
Kompressionsverbände anlegen; Wunden versorgen	relevanter			
Impfungen vor- und nachbereiten	relevanter			
Patientinnen und Patienten situationsgerecht betreuen und beraten				
Zu Praxisleistungen beraten (z. B. IGeL)	relevanter	relevanter	weniger relevant	weniger relevant
Zu Gesundheitsprävention beraten	relevanter	relevanter		relevanter
Zu Auswirkungen des Klimawandels beraten	relevanter	relevanter		relevanter
Zu Möglichkeiten von Heil- und Hilfsmitteln sowie Pflegeleistungen informieren	relevanter	relevanter		relevanter
Chronisch kranke Patientinnen und Patienten betreuen	relevanter	relevanter		relevanter
Palliativpatientinnen und -patienten betreuen	relevanter	relevanter		relevanter
Kaufmännisch-verwaltende Aufgaben durchführen				
Abrechnungssysteme kennen	relevanter	weniger relevant	weniger relevant	weniger relevant
Leistungspositionen abrechnen	relevanter	weniger relevant	weniger relevant	weniger relevant
Angebote einholen und vergleichen	relevanter	relevanter		
Material beschaffen, fachgerecht lagern und Entsorgung organisieren	relevanter	relevanter	weniger relevant	weniger relevant
Briefmaße kennen, Porto berechnen	relevanter		weniger relevant	weniger relevant
Lohnabrechnungen vorbereiten	weniger relevant	relevanter	relevanter	relevanter
Digitale Anwendungen sicher nutzen				
Telemedizin technisch unterstützen	relevanter	weniger relevant		relevanter
Einfache technische Störungen erkennen und lösen	relevanter			weniger relevant
Medizinprodukte und medizinische Geräte handhaben, Hygienestandards sicherstellen				
Instrumenten sterilisieren und Hygienestandards sicherstellen		relevanter		relevanter
Wartungs- und Inspektionszyklen auch mit externen Technikern organisieren und dokumentieren		relevanter		weniger relevant

Abbildung 28: Gruppenunterschiede – Abweichung vom Mittelwert nach Einrichtungsart

Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich in den Tätigkeitsfeldern:

- „Kaufmännisch-verwaltende Aufgaben im Praxisalltag sicher durchführen“
Sie werden insbesondere von ambulanten hausärztlichen Einrichtungen als relevant und von stationären Einrichtungen als weniger relevant bewertet.
- „Medizinische Sachverhalte im Praxisalltag einordnen“
Sie werden insbesondere von stationären Einrichtungen als relevant und von ambulanten hausärztlichen Einrichtungen als weniger relevant bewertet.

Nachfolgend sind die wesentlichen Argumente für eine generalistische und für eine differenzierte Ausbildung sowie die jeweiligen Herausforderungen zusammenfassend beschrieben.

4.4.2 Generalistische Ausbildung vs. Differenzierung in der Ausbildung

Die Ausbildung Medizinischer Fachangestellter steht vor der zentralen Herausforderung, den Spannungsbogen zwischen einer generalistischen Grundausbildung und den spezifischen Anforderungen verschiedener Einsatzbereiche zu bewältigen. Während die aktuelle Ausbildungsstruktur stark auf die Tätigkeit in allgemeinmedizinischen Praxen ausgerichtet ist, zeigen sich Defizite in der Vorbereitung auf fachärztliche oder stationäre Tätigkeitsfelder. Gleichzeitig birgt eine zu frühe oder zu starke Spezialisierung das Risiko, die berufliche Mobilität und die Vermittlung einer breiten Kompetenzbasis zu gefährden. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Argumente für und gegen eine Differenzierung der MFA-Ausbildung zu analysieren, die damit verbundenen Herausforderungen zu benennen und mögliche Lösungsansätze zu diskutieren.

Differenzierung in der Ausbildung

Expertinnen und Experten, die eine stärkere Differenzierung befürworten, weisen darauf hin, dass eine spezialisierte Ausbildung eine gezieltere Berücksichtigung der unterschiedlichen Anforderungen in hausärztlichen Praxen, Facharztpraxen und Kliniken ermöglichen würde. So unterscheiden sich Tätigkeiten, Abläufe und organisatorische Prozesse zwischen diesen Einsatzbereichen teilweise deutlich – etwa in Bezug auf Abrechnungssysteme, Formularwesen oder Praxismanagement. Eine differenzierte Ausbildung könnte diese Unterschiede stärker aufgreifen und die Praxisrelevanz der Ausbildung erhöhen. Besonders in spezialisierten Bereichen wie z. B. der Kardiologie oder Urologie wird der unmittelbare Praxistransfer aus einer generalistischen Ausbildung als schwierig beschrieben. Zudem könnten spezialisierte Ausbildungsinhalte die Einarbeitungszeiten nach Abschluss der Ausbildung verkürzen, da spezifisches Fachwissen und organisatorische Abläufe bereits während der Ausbildung vermittelt würden. Aktuell versuchen stationäre Einrichtungen und Facharztpraxen, fehlende Inhalte durch Kooperationen mit hausärztlichen Praxen auszugleichen, in denen Auszubildende im Rahmen von Praktika etwa kaufmännisch-organisatorische Kompetenzen erwerben.

Gleichzeitig werden jedoch erhebliche Bedenken gegen eine zu frühe oder zu starke Differenzierung geäußert. So besteht die Gefahr einer „Überprägung“ auf einen Bereich, wodurch die allgemeine Einsatzfähigkeit der MFA eingeschränkt werden könnte. Eine zu starke Spezialisierung könnte dazu führen, dass ein breites, für einen vielseitigen Einsatz notwendiges Kompetenzprofil zu wenig vermittelt wird. Zudem müssten zentrale, bisher allgemein gültige Ausbildungsinhalte zu Gunsten differenzierter Fachinhalte reduziert werden, was die einheitliche Grundausbildung und das gemeinsame Verständnis der Qualifikationen einer MFA gefährden oder fragmentieren könnte. Es

bleibt unklar, welche Inhalte als „Kernqualifikationen“ erhalten bleiben sollten und welche reduziert werden könnten, um Spezialisierungen Raum zu geben. Ein weiteres Problem stellt die mögliche Fragmentierung des Arbeitsmarktes dar: Frühe Differenzierungen könnten die berufliche Mobilität sowie die Durchlässigkeit im Fortbildungsbereich erschweren und damit die Flexibilität der MFA für spätere Tätigkeitswechsel einschränken.

Generalistische Ausbildung

Die aktuellen Herausforderungen der generalistischen Ausbildung werden besonders in der Praxis deutlich. So sind Ausbildungsinhalte und Prüfungen der MFA nach wie vor stark auf die Tätigkeit in einer allgemeinmedizinischen Praxis ausgerichtet. Für Auszubildende in fachärztlichen Einrichtungen sind bestimmte prüfungsrelevante Inhalte nicht Bestandteil der praktischen Ausbildung, was zu Benachteiligungen in der Prüfung führen kann (vgl. Kapitel 4.5).

Eine HNO-Praxis berichtet etwa, dass es für ihre Auszubildenden sehr schwer war, alle prüfungsrelevanten Inhalte kennenzulernen, da die Prüfung auf hausärztliche Praxen ausgerichtet ist. Um dies auszugleichen, mussten Auszubildende in eine Hausarztpraxis „ausgeliehen“ werden – ein Aufwand, der letztlich dazu führte, dass die Praxis die Ausbildung einstellte.

In stationären Einrichtungen wird häufig ein rollierendes Ausbildungssystem praktiziert, bei dem Auszubildende verschiedene Fachabteilungen durchlaufen. Allerdings können zentrale kaufmännisch-organisatorische Kompetenzen, die für Arztpraxen wesentlich sind, in Kliniken nur eingeschränkt vermittelt werden. Auch hier werden Kooperationen mit hausärztlichen Praxen genutzt, um diese Defizite durch mehrwöchige Praktika auszugleichen.

Vor diesem Hintergrund wird von einer Mehrzahl der Expertinnen und Experten empfohlen, verpflichtende Praktika bzw. Hospitationen in fachfremden Praxen und Einrichtungen einzuführen, damit das gesamte Spektrum der Ausbildungsinhalte vermittelt werden kann. Einige Interviewte wiesen darauf hin, dass die bereits in einigen Kammerbezirken bestehenden Überbetrieblichen Ausbildungsstätten gute Erfolge aufzuweisen haben.

Argumente für eine generalistische Ausbildung

Nach mehrheitlicher Einschätzung der Expertinnen und Experten eröffnet eine generalistisch angelegte Ausbildung für Medizinische Fachangestellte breite berufliche Perspektiven in unterschiedlichen Fachrichtungen sowie Praxis- und Einrichtungsformen. Die damit verbundene Vielseitigkeit und Flexibilität erleichtert auch spätere Wechsel in andere medizinische Fachbereiche oder Versorgungssettings und stärkt damit die Attraktivität und Arbeitsmarktfähigkeit des Berufs in einem sich wandelnden Gesundheitssystem. Umfassende fachliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten ermöglichen es den Absolventinnen und Absolventen, je nach wirtschaftlichen, regionalen oder individuellen Bedarfslagen ein breites Spektrum an Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen. Zugleich bildet eine einheitliche Grundausbildung ein vergleichbares Kompetenzniveau aller Absolventinnen und Absolventen unabhängig von der Einrichtungsart der Ausbildung und bietet so eine solide Grundlage für spätere Fortbildungen und bedarfsgerechte Spezialisierungen.

Auch Vertreterinnen und Vertreter fachärztlicher Einrichtungen sprechen sich grundsätzlich für den Erhalt einer generalistischen Ausbildung aus. Gleichzeitig wird betont, dass geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden sollten, damit Auszubildende aus fachärztlichen Praxen in

anderen Einrichtungen, insbesondere hausärztlichen Praxen, Erfahrungen sammeln können um besser auf die Prüfung vorbereitet zu sein.

Expertinnen und Experten betonen zudem den Mehrwert des Austauschs zwischen Auszubildenden aus unterschiedlichen Einrichtungen in der Berufsschule. Dieser fördert das Verständnis für verschiedene Einsatzbereiche und Praxisabläufe und stärkt die berufliche Handlungskompetenz. Darüber hinaus weisen sie darauf hin, dass insbesondere im ländlichen Raum oder an kleinen Berufsschulstandorten mit wenigen MFA-Klassen eine differenzierte Ausbildung organisatorisch kaum realisierbar wäre. Eine Spezialisierung könnte dort zu einer Einschränkung des bisherigen breiten Bildungsangebots führen und regionale Ungleichgewichte verstärken, etwa aufgrund der geringeren Zahl fachärztlicher Praxen oder Kliniken im Vergleich zu Ballungsräumen.

Einschätzung des Beirates

Ausgehend von dem Ziel einer weiterhin generalistisch ausgerichteten Ausbildung bestätigt der Beirat die Untersuchungsergebnisse, wonach nicht alle Ausbildungsorte die geforderten Ausbildungs- und Prüfungsinhalte gleichermaßen vermitteln können. Dies betrifft insbesondere die Ausbildungsinhalte Abrechnung(ssysteme), Formularwesen, organisatorische (Praxis)Prozesse und medizinische Assistenz (Diagnostik und Therapie). Dadurch ergeben sich besondere Herausforderungen, Prüfungen an die verschiedenen fachärztlichen Einrichtungen oder stationären Ausbildungsstätten (z. B. Kliniken) anzupassen.

Der Beirat fokussiert sich in der Diskussion insbesondere auf die Prüfungsbereiche:

„Die Anforderungen aller Prüfungsbereiche und die dafür jeweils vorgesehenen Prüfungsinstrumente und Prüfungszeiten müssen insgesamt für die Feststellung der beruflichen Handlungsfähigkeit, d. h. die beruflichen Kompetenzen, die am Ende der Berufsausbildung zum Handeln als Fachkraft befähigen, in dem jeweiligen Beruf geeignet sein.“ (HAUPTAUSSCHUSS BIBB, 2014, S. 16)

Während eine Differenzierung in kaufmännischen und verwaltungstechnischen Prüfungsthemen noch vorstellbar erscheint, gestaltet sich dies, aus Sicht des Beirates, im medizinischen Bereich aufgrund der Vielzahl an Fachrichtungen als deutlich schwieriger. Andererseits wird eine Prüfung, die weitestgehend die hausärztliche Praxis widerspiegelt, der heterogenen Ausbildungsrealität nicht gerecht.

Mit dem Beirat wurden daher zwei Lösungsmöglichkeiten diskutiert:

- 1) Monoberuf und Empfehlung einrichtungsübergreifender Praktika oder Hospitationen, die jedoch nicht verordnungsfähig sind. Hier könnte eine „Nebenbestimmung“ zum Ausbildungsvertrag geschaffen oder die überbetriebliche Ausbildung (ÜBS) bundesweit eingeführt bzw. gestärkt werden.
- 2) Differenzierung der Ausbildung in Schwerpunkten, je nach Art der Ausbildungseinrichtung. Dabei bliebe das einheitliche grundsätzliche Berufsbild erhalten, während ausgewählte Berufsbildpositionen je nach Bedarf der Einrichtungsarten vertieft würden.

Der Beirat erörtert die Möglichkeit einer Differenzierung der Ausbildung durch die Einführung von Schwerpunkten (vgl. Abbildung 27). Dieses Modell stellt die geringste Form der Differenzierung dar,

da lediglich ein begrenzter Teil der Ausbildung spezifiziert würde. Dabei würden eine oder mehrere übergreifende Berufsbildpositionen — orientiert an zentralen Arbeits- und Geschäftsprozessen — in Form von Schwerpunkten differenziert vermittelt, während die übrigen Ausbildungsinhalte für alle Auszubildenden identisch blieben.

Durch ein solches Modell könnten unterschiedliche Bedarfe der verschiedenen Praxis- und Einrichtungsformen berücksichtigt werden, ohne die gemeinsame Grundlage der Ausbildung aufzugeben. Als mögliche Bereiche für eine vertiefte Vermittlung werden auf Grundlage der Voruntersuchung insbesondere Verwaltung und Abrechnung, die Assistenz bei der ärztlichen Diagnostik sowie die Assistenz bei der ärztlichen Therapie genannt.

Mögliche Schwerpunkte nach Art der Einrichtung könnten sein:

- hausärztliche Einrichtungen,
- fachärztliche Einrichtungen,
- Versorgungszentren,
- stationäre Einrichtungen.

Durch die Berücksichtigung der Schwerpunkte in der Prüfung könnte es Auszubildenden aus fachärztlichen und stationären Einrichtungen ermöglicht werden, ihre jeweiligen spezifischen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten einzubringen. So könnte eine bessere Chancengleichheit und Vergleichbarkeit in der Prüfung erzielt werden (vgl. Kapitel 4.5).

Nach intensiver Diskussion spricht sich der Beirat mehrheitlich für die Beibehaltung einer generalistischen Ausbildung im Sinne eines Monoberufs aus.

Darüber hinaus wird die Nutzung von Hospitationen und Praktika während der Ausbildung oder die Verbundausbildungen und die Stärkung überbetrieblicher Ausbildungsstätten befürwortet, um allen Auszubildenden gleichermaßen Ausbildungsinhalte zu vermitteln. Dies kann aber nur auf Ebene der zuständigen Stellen sowie Praxen und Einrichtungen organisiert und vereinbart werden.

Empfehlung: Ausbildungsstruktur

Die generalistische Ausbildung (Monoberuf) von Medizinischen Fachangestellten sollte beibehalten werden. Aufgrund der Heterogenität der Ausbildungseinrichtungen wird empfohlen, praxis- bzw. einrichtungsübergreifende oder überbetriebliche Ausbildungsphasen zu integrieren.

4.5 Prüfungsstruktur und -inhalte

Die Abschlussprüfung im dualen Ausbildungssystem ist im Berufsbildungsgesetz (BBiG) verankert. Sie dient dem Nachweis, dass Auszubildende die im Ausbildungsrahmenplan vorgesehenen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten erworben haben und diese in der beruflichen Praxis anwenden können. Ziel der Prüfung ist es, die berufliche Handlungskompetenz festzustellen. Diese umfasst neben fachlichem Wissen und praktischen Fertigkeiten auch methodische, soziale und personale Kompetenzen. Die Abschlussprüfung bildet damit den verbindlichen Abschluss der Berufsausbildung und zugleich die Voraussetzung für die Anerkennung als Fachkraft.

Für die Konzeption von Prüfungen ist es wesentlich, berufstypische Arbeitsabläufe und Geschäftsprozesse abzubilden, die der realen Berufspraxis möglichst nahekommen. Prüfungen sollen nicht isoliertes Faktenwissen abfragen, sondern die Fähigkeit prüfen, berufliche Aufgaben ganzheitlich zu bewältigen. Hierfür sind insbesondere die Leitgedanken der „Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) zur Struktur und Gestaltung von Ausbildungsordnungen – Prüfungsanforderungen“ (HA 158) maßgeblich. Prüfungsaufgaben sollen sich an vollständigen beruflichen Handlungsabläufen orientieren und realistische berufliche Situationen widerspiegeln. Theorie und Praxis sind dabei nicht getrennt, sondern in berufliche Handlungskontexte eingebettet zu prüfen.

Zudem soll die Wahl der Prüfungsform stets von der zu überprüfenden Kompetenz ausgehen. Praktische, schriftliche oder mündliche Aufgabenstellungen dienen dazu, die unterschiedlichen Facetten beruflicher Handlungskompetenz sichtbar zu machen.

4.5.1 Status quo der Abschlussprüfung

Die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten umfasst derzeit eine Zwischenprüfung (ZP) und eine Abschlussprüfung (AP). Die Zwischenprüfung dient ausschließlich der Feststellung des Ausbildungsstandes und hat eine Orientierungsfunktion; sie fließt nicht in die Abschlussnote ein. Das Gesamtergebnis der Ausbildung ergibt sich ausschließlich aus der Abschlussprüfung.

Die Zwischenprüfung besteht aktuell aus praxisbezogenen schriftlichen Aufgaben mit einer Bearbeitungszeit von 120 Minuten. Die Abschlussprüfung setzt sich aus drei schriftlichen Prüfungsbereichen mit einer Gesamtdauer von 300 Minuten sowie einem praktischen Prüfungsbereich zusammen. Dieser umfasst 75 Minuten und beinhaltet ein 15-minütiges Fachgespräch.

Die BIBB-Hauptausschuss-Empfehlung HA 158 sieht vor, dass Prüfungsbereiche jeweils klar voneinander abgegrenzte Tätigkeitsfelder abbilden. Inhaltliche Überschneidungen sollen vermieden werden, da sie die Transparenz der Prüfungsstruktur beeinträchtigen und dazu führen können, dass einzelne Themen mehrfach geprüft werden, ohne dass dies für die Kompetenzfeststellung einen Mehrwert bietet.

Mit Blick auf die derzeitige Abschlussprüfung der Medizinischen Fachangestellten zeigt sich jedoch, dass Inhalte wie Datenschutz und Datensicherheit, der Schutz vor Infektionskrankheiten sowie Dokumentationsaufgaben in mehreren Prüfungsbereichen aufgegriffen werden. Für eine Novellierung erscheint es daher sinnvoll, diese Themen jeweils eindeutig einem Prüfungsbereich

zuzuordnen, um die Struktur der Prüfung klarer zu gestalten und Mehrfachabfragen zu vermeiden (vgl. Abbildung 29).

Zwischenprüfung	Abschlussprüfung			
Schriftlich 120 min	Schriftlich 120 min	Schriftlich 120 min	Praktisch 75 Minuten, inkl. max. 15 min Fachgespräch	Schriftlich 60 min
Praxisbezogene Aufgaben - Arbeits- und Praxishygiene, Schutz vor Infektionskrankheiten, - Verwaltungsarbeiten, Datenschutz und Datensicherheit, - Untersuchungen und Behandlungen vorbereiten	Betriebsorganisation und -verwaltung a) Gesetzliche und vertragliche Bestimmungen der medizinischen Versorgung, b) Arbeiten im Team, c) Verwaltungsarbeiten, d) Dokumentation, e) Marketing, f) Zeitmanagement, g) Datenschutz und Datensicherheit, h) Organisation der Leistungsabrechnung, i) Materialbeschaffung und -verwaltung	Behandlungsassistentenz a) Qualitätssicherung, b) Zeitmanagement, c) Schutz vor Infektionskrankheiten, d) Arzneimittel, Sera, Impfstoffe, Heil- und Hilfsmittel, e) Patientenbetreuung und -beratung, f) Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, g) Laborarbeiten, h) Datenschutz und Datensicherheit, Dokumentation, i) Handeln bei Notfällen, j) Abrechnung erbrachter Leistungen	praxisbezogene Arbeitsabläufe simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren: 1) Assistieren bei Diagnose- und Therapiemaßnahmen einschließlich Betreuen des Patienten oder der Patientin vor, während und nach der Behandlung, Pflegen, Warten und Handhaben von Geräten und Instrumenten, Durchführen von Hygienemaßnahmen, Abrechnen und Dokumentieren von Leistungen sowie Aufklären über Möglichkeiten und Ziele der Prävention, 2) Assistieren bei Diagnose- und Therapiemaßnahmen einschließlich Betreuen des Patienten oder der Patientin vor, während und nach der Behandlung, Pflegen, Warten und Handhaben von Geräten und Instrumenten, Durchführen von Hygienemaßnahmen, Abrechnen und Dokumentieren von Leistungen sowie Durchführen von Laborarbeiten.	Wirtschafts- und Sozialkunde

Abbildung 29: Übersicht Zwischen- und Abschlussprüfung MFA

Rückmeldungen zur aktuellen Prüfungsstruktur und zu -inhalten

In den Interviews, Workshops und offenen Antworten der Online-Befragung wird kritisch angemerkt, dass die Zwischenprüfung von vielen Auszubildenden nicht als relevant wahrgenommen wird, da ihr Ergebnis folgenlos bleibt. Mehrere Befragte halten es für sinnvoll, die Prüfung zur Mitte der Ausbildung in die Bewertung einfließen zu lassen, um die Motivation zu erhöhen. Zudem wird darauf hingewiesen, dass es schwierig sei, Lernrückstände bis zur Abschlussprüfung aufzuholen. Ein Teil der Expertinnen und Experten sieht daher in einer Gestreckten Abschlussprüfung (GAP) eine geeignete Alternative.

In der Online-Befragung wurde zudem erhoben, inwieweit die wesentlichen Inhalte des Berufsbildes in der aktuellen Zwischen- und Abschlussprüfung abgebildet werden. Die Befragten konnten dies auf einer Skala von „1 = nein, überhaupt nicht“ bis „4 = ja, voll und ganz“ bewerten; zusätzlich stand die Option „5 = kann ich nicht beurteilen“ zur Verfügung.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Abschlussprüfung insgesamt etwas positiver bewertet wird als die Zwischenprüfung. 25 Prozent der Befragten geben an, dass die Abschlussprüfung die relevanten Inhalte „voll und ganz“ abbildet, während dies für die Zwischenprüfung nur 15 Prozent so sehen. Rund 55 Prozent wählen für beide Prüfungen die Kategorie „eher ja“. „Eher nein“ sagen 18 Prozent in Bezug auf die Abschlussprüfung und 26 Prozent zur Zwischenprüfung. Nur ein sehr geringer Anteil von zwei bis vier Prozent ist der Ansicht, dass die wesentlichen Inhalte nicht geprüft werden.

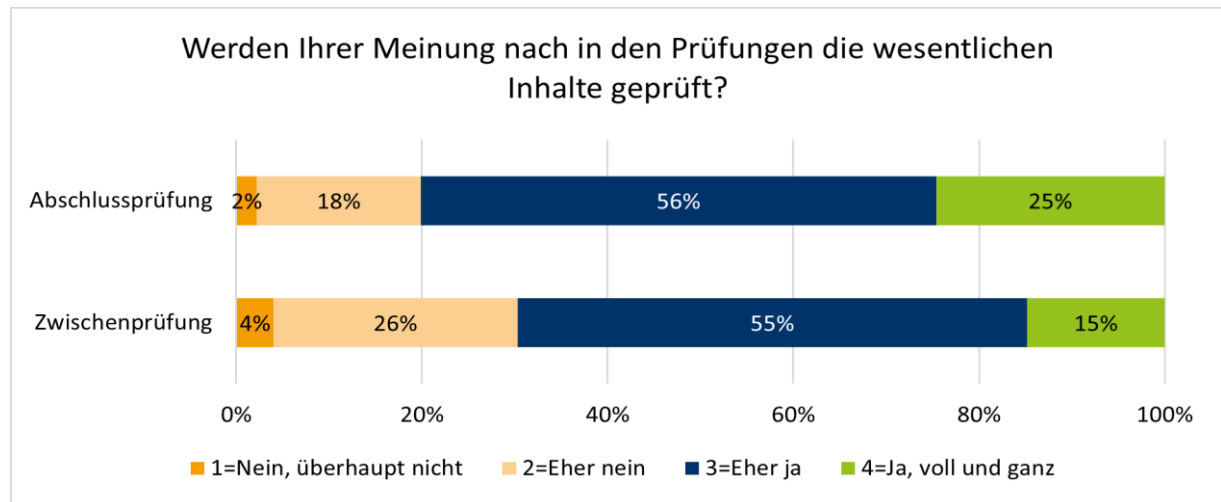


Abbildung 30: Gesamteinschätzung der Inhalte von Zwischen- und Abschlussprüfung

Rückmeldungen aus den Interviews zum schriftlichen Teil der Prüfung

Die Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den schriftlichen Prüfungen fallen unterschiedlich aus. Während einige keinen grundlegenden Änderungsbedarf sehen und betonen, dass die Prüfungsinhalte gut mit den vermittelten Lerninhalten übereinstimmen, empfinden andere Teile der schriftlichen Prüfungen als zu anspruchsvoll. In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass die schriftlichen Prüfungen häufig an einem einzigen Tag stattfinden. Mehrere Interviewte sprechen sich daher – auch aus organisatorischen Gründen – für eine Verteilung auf zwei Prüfungstage aus.

Ein weiterer häufig genannter Aspekt ist die Gestaltung digitaler Prüfungsformate. Während einzelne Kammern bereits vollständig auf digitale Prüfungen umgestellt haben, wird in anderen Interviews bemängelt, dass digitale Möglichkeiten noch nicht ausreichend genutzt werden und die Prüfungsformate hinter den technischen Entwicklungen zurückbleiben.

Auch der Einsatz von Multiple-Choice-Aufgaben wird differenziert beurteilt. Einerseits ermöglichen sie eine schnelle und praktikable Korrektur, was angesichts der hohen Zahl an Prüflingen als notwendig angesehen wird. Andererseits werden Multiple-Choice-Fragen teilweise als wenig praxisnah kritisiert. Zudem stellen sie für Auszubildende mit sprachlichen Schwierigkeiten eine zusätzliche Hürde dar. Ein ausgewogenes Verhältnis aus offenen Aufgabenformaten und Multiple-Choice-Fragen wird daher vielfach als sinnvoll erachtet.

Besonders häufig wurden Probleme im Zusammenhang mit dem Prüfungsbereich Wirtschafts- und Sozialkunde (WiSo) thematisiert, an dem viele Auszubildende scheitern. Kritisiert wird zum einen die

zu hohe Gewichtung von WiSo (20 Prozent des schriftlichen Teils der Prüfung) und zum anderen die mangelnde Praxisnähe vieler Aufgaben.

Rückmeldungen aus den Interviews zum praktischen Teil der Prüfung

Die Interviews zeigen, dass die Durchführung der praktischen Prüfungen stark von den jeweiligen Kammern abhängt. Unterschiede bestehen insbesondere hinsichtlich der räumlichen Bedingungen, der technischen Ausstattung, der Prüfungsdauer, des geforderten Maßes an Eigenständigkeit der Prüflinge sowie beim Einsatz von „Patientinnen und Patienten“. Vor diesem Hintergrund wird mehrfach der Wunsch nach bundesweit einheitlichen Standards für die praktische Prüfung geäußert.

Häufig finden die Prüfungen in Praxisräumen von Berufsschulen oder Kammern statt, in Einzelfällen jedoch auch in realen Arztpraxen. Die Ausstattung ist dabei nicht überall vergleichbar. Während manche Kammern alle notwendigen medizinischen Geräte bereitstellen, müssen fehlende Geräte andernorts durch Attrappen ersetzt werden, was als wenig realitätsnah kritisiert wird und die Vergleichbarkeit der Prüfungsleistungen einschränkt.

Auch die Prüfung digitaler Verwaltungstätigkeiten gestaltet sich uneinheitlich. Teilweise fehlen EDV-Ausstattung, Softwarelizenzen oder eine standardisierte Einführung in die verwendeten Programme. In Kammern mit entsprechender technischer Ausstattung werden Prüflinge vorab in die Software eingewiesen, teilweise unterstützt durch Verwaltungskräfte. Finden Prüfungen hingegen dezentral in Praxen statt, ist eine einheitliche Nutzung von Praxissoftware kaum umsetzbar.

Ein weiterer Aspekt betrifft den Einsatz von „Patientinnen und Patienten“ in der Prüfungssituation. Die Praxis reicht hier vom Einsatz professioneller Schauspielerinnen und Schauspieler über die Rollenübernahme durch Prüfende oder andere Prüflinge bis hin zum vollständigen Verzicht auf „Patientinnen und Patienten“, wobei stattdessen mit Übungsarmen oder einfachen Ersatzmaterialien gearbeitet wird. Kritisch wird angemerkt, dass ohne eine realitätsnahe Interaktion die Prüfung stark theoretisch bleibt und Prüflinge lediglich beschreiben, wie sie vorgehen würden. Befürworter realistischer Szenarien betonen die Bedeutung authentischer Kommunikations- und Handlungssituationen, während Kritiker auf Unterschiede in der Darstellungsqualität und mögliche Unwägbarkeiten beim Einsatz von Schauspielenden hinweisen. Der Einsatz realer Patientinnen und Patienten wird überwiegend abgelehnt.

Mehrfach wird angeregt, den praktischen Prüfungsteil im Verhältnis zur schriftlichen Prüfung stärker zu gewichten. In Bezug auf die Bewertung wird zudem betont, dass grobe Fehler mit potenzieller Patientengefährdung – etwa bei der Durchführung medizinischer Maßnahmen – unabhängig von den übrigen Prüfungsleistungen zwingend zum Nichtbestehen führen sollten.

4.5.2 Entwicklungsperspektive der Prüfung

Rückmeldungen aus der Online-Befragung

In der Online-Befragung konnten die Teilnehmenden in einem offenen Antwortfeld angeben, welche Inhalte ihrer Meinung nach künftig in den Prüfungen berücksichtigt werden sollten. Rund 690 Personen nutzten diese Möglichkeit – sowohl für die Nennung konkreter Fachinhalte als auch für Anregungen zur Prüfungsorganisation und zu den Rahmenbedingungen. Die Antworten wurden thematisch geclustert und anschließend nach der Häufigkeit ihrer Nennung gewichtet und priorisiert.

Häufig genannt:

- Praxisnähe der Prüfung erhöhen: realistische Fallbeispiele, weniger Multiple Choice, praxisorientierte Prüfungen, Simulation mit echten Personen.
- Transparenz & Fairness: Zwischenprüfung einbeziehen, bessere Abstimmung zwischen Berufsschule und Ärztekammern.
- Inhalte, die in Prüfungen berücksichtigt werden sollten:
 - Abrechnung und Verwaltung: EBM, GOÄ, Privatabrechnung, HZV, IGeL-Leistungen,
 - Digitalisierung und Telematik-Infrastruktur: ePA, eAU, eRezept, KIM, Praxissoftware, IT-Sicherheit, Umgang mit digitalen Anwendungen,
 - Kommunikation und Soft Skills: Empathie, Gesprächsführung, Konfliktbewältigung, Umgang mit Sprachbarrieren und Aggression,
 - Notfälle und Akutsituationen: Erste Hilfe, Reanimation, Triage, Notfallmanagement.

Mehrfach genannt:

- Fachspezifische Prüfungen: Inhalte anpassen nach Fachrichtung (Hausarzt, HNO, Radiologie, Gynäkologie etc.)
- Inhalte, die in Prüfungen berücksichtigt werden sollten:
 - Hygiene & Infektionsschutz: Desinfektion, Instrumentenaufbereitung,
 - Laborarbeiten: Blutentnahme, Präanalytik, Schnelltests,
 - Qualitäts- und Praxismanagement: Geräteverwaltung, Ressourcenmanagement, Büroorganisation,
 - Weitere Soft Skills / Resilienz: Selbstmanagement, Stressbewältigung, Teamfähigkeit,
 - Patientenschulung & Prävention: Impfungen, Umgang mit DiGA/ePA erklären.

Selten oder nur vereinzelt wurden auch Aspekte wie Sprachunterstützung für ausländische Prüflinge (Übersetzungen, sprachensible Fragen) oder Themen wie Psychiatrie und Psychosomatik genannt.

Rückmeldungen aus den Prüfungs-Workshops

In den Diskussionen zum Änderungsbedarf der MFA-Prüfung wurde deutlich, dass insbesondere die Themen Digitalisierung, soziale Kompetenzen, Qualitätsmanagement sowie betriebliche Organisation und Verwaltung zukünftig stärker in der Prüfung berücksichtigt werden sollten.

Die zunehmende Digitalisierung des Praxisalltags erfordert von den Auszubildenden fundierte Kenntnisse in der Arbeit am PC, z. B. in der Dateneingabe. Auch die Nutzung der Telematikinfrastruktur, der Umgang mit E-Rezepten, elektronischen Patientenakten (ePA) und elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU), sollte in der Prüfung berücksichtigt werden. Um Standards zu gewährleisten, wird vorgeschlagen, Standardsoftwarelösungen in den

Schulen einzusetzen und auch für Prüfungen zur Verfügung zu stellen sowie die überbetriebliche Ausbildung für einen einheitlichen Kompetenzaufbau zu nutzen.

Problematisiert wird auch, dass die Anforderungen an MFA im Bereich der Patientenkommunikation und des Konfliktmanagements – auch aufgrund des Zeitmangels – gestiegen sind. Prüfungsinhalte sollten daher Kommunikationsmanagement, den Umgang mit heterogenen Patientengruppen sowie eine adressatengerechte Ansprache stärker einbeziehen. Auch Anforderungen an soziale und personale Kompetenzen durch steigendes medizinisches Hintergrundwissen vieler Patientinnen und Patienten, paralleles Arbeiten unter Stress, der Umgang mit verbaler Gewalt oder Notfallsituationen sollten in den Prüfungen vermehrt thematisiert werden.

Darüber hinaus gewinnen das Qualitätsmanagement, die Dokumentation, das Verfassen von Arbeitsanweisungen, die Beachtung von Leitlinien sowie Aspekte der Nachhaltigkeit zunehmend an Bedeutung. Im Bereich Betriebsorganisation und Verwaltung hat neben der Priorisierung von Aufgaben, dem Terminmanagement und den Beratungsleistungen auch das Formularwesen stark zugenommen.

Für die Funktionsbereiche wird ein technisches Verständnis gefordert, insbesondere beim Bedienen von Geräten oder im Labor. Im Bereich Hygiene sollte die Händedesinfektion, Flächenreinigung, der Arbeitsschutz und die Patientensicherheit ausreichend berücksichtigt werden.

Der praktische Teil der Prüfung sollte schließlich komplexe Aufgaben enthalten, die nicht nur das medizinische Hintergrundwissen abprüfen, sondern auch den verantwortungsvollen Umgang mit kritischen Situationen fordern. So wird vorgeschlagen, bei groben Fehlern mit Patientengefährdung eine Sperrfachregelung einzuführen. Notfallsituationen, die ein aktives Handeln erfordern, sowie klassische Laborarbeiten wie Blutentnahmen und Schnelltests bleiben ebenso prüfungsrelevant. Darüber hinaus sollte die Assistenz bei der Behandlung und Beratung von Patientinnen und Patienten in realitätsnahen Fallszenarien abgebildet werden, um neben fachlichen auch soziale Kompetenzen umfassend zu prüfen.

Einschätzungen des Beirats

Grundsätzlich wird eine Standardisierung der Prüfungsumsetzung vom Beirat als sinnvoll erachtet, um die Vergleichbarkeit der Prüfungsleistungen zu verbessern. Allerdings wird die Umsetzung als teilweise schwierig eingeschätzt, insbesondere bei offenen Antwortformaten, die eine automatisierte Auswertung nicht zulassen und den Korrekturaufwand deutlich erhöhen würden.

Die Beiratsmitglieder sprechen sich für mehr praktische und realitätsnahe Prüfungen aus, die kommunikative und soziale Kompetenzen sowie komplexe Handlungskompetenzen abprüfen. Der Fokus solle stärker auf handlungsorientiertem Prüfen liegen, weniger auf reinen „Wissensabfragen“. Praktische Prüfungen werden auch als Chance für Auszubildende mit Sprachbarrieren gesehen, da sie ihre Fähigkeiten aktiv unter Beweis stellen können. Das Fachgespräch wird in diesem Zusammenhang als besonders wichtig hervorgehoben.

Als sinnvoll werden Mindeststandards für Ablauf und Ausstattung der Prüfung angesehen – insbesondere mit Blick auf praktische Prüfungsinstrumente, auch wenn die Umsetzung der Prüfungsregelungen der Ausbildungsordnung in der Verantwortlichkeit der Landesärztekammern liegen.

Die Einführung eines Sperrfachs im praktischen Prüfungsteil wird positiv bewertet, um das Thema Patientensicherheit zu stärken. Allerdings müsse sichergestellt werden, dass sich die Sperrfachregelung tatsächlich ausschließlich auf den Handlungskompetenzbereich der MFA bezieht und nicht in den Verantwortungsbereich der Ärzteschaft fällt.

Insgesamt unterstützt der Beirat die im Folgenden dargestellten Empfehlungen des BIBB zum Thema Prüfungen. Für die damit verbundenen Umsetzungsfragen müssten einheitliche Lösungen erarbeitet werden, da diese nicht Bestandteil eines Neuordnungsverfahrens sind.

Empfehlung: Strukturelle Gestaltung und Umsetzung der Abschlussprüfung

Bei der Gestaltung der neuen Abschlussprüfungen sollen abgrenzbare Prüfungsbereiche formuliert und inhaltliche Überschneidungen vermieden werden.

Für eine bessere Vergleichbarkeit und Vereinheitlichung wird eine zentrale Aufgabenerstellung für den schriftlichen Teil der Prüfung empfohlen. Darüber hinaus sollten für die gesamte Prüfung einheitliche Standards hinsichtlich Ablauf, Prüfungsausstattung (z. B. technische Bedingungen, räumliche Ausstattungen) und Bewertungskriterien gelten.

Zum schriftlichen Teil der Prüfung wird bezüglich der Aufgabenformate eine Kombination aus geschlossenen (z. B. Multiple-Choice-Aufgaben) und offenen Formaten empfohlen. Bei der Prüfungsorganisation sollte eine zeitliche Entzerrung der einzelnen Prüfungsteile realisiert werden.

Bei Prüfungen sollten Praxisnähe und -relevanz durch komplexe berufliche Handlungssituationen gestärkt werden, die möglichst die Unterschiede in den Ausbildungseinrichtungen berücksichtigen. Dazu könnten realitätsnahe Fallbeispiele sowie die Simulation mit echten Personen dienen.

Es wird empfohlen, den praktischen Prüfungsteil im Verhältnis zur schriftlichen Prüfung stärker zu gewichten oder eine Sperrfachregelung für den praktischen Teil der Prüfung einzuführen, die bei erheblicher Patientengefährdung greift.

Empfehlung: Inhaltliche Gestaltung der Abschlussprüfung

Im Bereich Abrechnung und Verwaltung sollten die unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen (z. B. EBM, Privatabrechnung, IGeL) stärker in die Prüfung integriert werden.

Mit Blick auf Digitalisierung und Telematikinfrastruktur sollte der Umgang mit digitalen Anwendungen und Praxissoftware (z. B. ePA, eAU, eRezept, KIM) sowie die Berücksichtigung der IT-Sicherheit geprüft werden.

Soziale und personale Kompetenzen (z. B. patientenorientierte Kommunikation, Konfliktbewältigung, Umgang mit heterogenen Personengruppen) sollten einen höheren Stellenwert einnehmen und in realitätsnahen Prüfungssituationen nachgewiesen werden.

Notfälle und Akutsituationen (z. B. Erste Hilfe, Reanimation, Ersteinschätzung) sollten in praktischen Prüfungen und/oder in komplexen Fallaufgaben geprüft werden.

4.5.3 Die Gestreckte Abschlussprüfung – ein alternatives Prüfungsmodell?

Ein alternatives Prüfungsmodell stellt die sogenannte Gestreckte Abschlussprüfung (GAP) bzw. im Handwerk die Gestreckte Gesellenprüfung (GGP) dar. Sie ist in § 37 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) und § 31 der Handwerksordnung (HwO) verankert und zeichnet sich dadurch aus, dass die Abschlussprüfung in zwei zeitlich getrennte Teile gegliedert wird. Anders als im herkömmlichen Modell entfällt dabei die Zwischenprüfung. Stattdessen wird nach etwa der Hälfte der Ausbildungszeit der „Teil 1 der Gestreckten Abschluss- bzw. Gesellenprüfung“ abgelegt. In diesem ersten Abschnitt werden bereits erworbene Kompetenzen geprüft, die zu diesem Zeitpunkt der Ausbildung als abgeschlossen gelten. Das Ergebnis dieses Prüfungsteils geht mit einem Gewicht von 20 bis 40 Prozent in die Gesamtnote ein. Erst mit dem Bestehen von „Teil 2 der Gestreckten Abschluss- bzw. Gesellenprüfung“ am Ende der Ausbildung wird das Gesamtprüfungsergebnis festgestellt. Auf diese Weise ermöglicht die GAP/GGP eine frühzeitige Rückmeldung über den Ausbildungsstand, verleiht der ersten Prüfungsphase mehr Verbindlichkeit und verteilt die Anforderungen, die Prüfung erfolgreich abzulegen, gleichmäßiger über den gesamten Ausbildungszeitraum.

Die Beantwortung der Weisungsfrage, ob die Einführung einer GAP für den Ausbildungsberuf der Medizinischen Fachangestellten sinnvoll wäre, eignete sich aufgrund ihrer Komplexität nicht für eine standardisierte Befragung. Stattdessen wurde dieses Thema im Rahmen von Experteninterviews, Prüfungsworkshops sowie in den Sitzungen des Projektbeirats vertieft diskutiert und die Ergebnisse im Folgenden dargestellt.

Struktur der „klassischen“ Zwischen- und Abschlussprüfung				
Zwischenprüfung		Abschlussprüfung		
Prüfungsbereich	Prüfungsbereich	Prüfungsbereich	Prüfungsbereich	Prüfungsbereich
Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument

Struktur der gestreckten Abschluss- bzw. Gesellenprüfung				
Prüfungsteil 1		Prüfungsteil 2		
Prüfungsbereich	Prüfungsbereich	Prüfungsbereich	Prüfungsbereich	Prüfungsbereich
Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument	Prüfungs-instrument

Abbildung 31: Prüfungsstrukturen in der dualen Berufsausbildung

4.5.4 Rückmeldungen zur möglichen Einführung der Gestreckten Abschlussprüfung

Aus den Rückmeldungen der Expertinnen und Experten wurde ein breites Spektrum an Einschätzungen deutlich. Befürworterinnen und Befürworter heben hervor, dass die GAP eine Entlastung für die Auszubildenden darstellen könnte, da sich die Stoffmenge auf zwei Prüfungszeitpunkte verteilt. Zudem würde der Prüfungsdruck reduziert, da nicht mehr alles von einer einzigen Abschlussprüfung abhängt. Auch für die Ausbildungsplanung könnte eine gestreckte Prüfung Vorteile haben, da die Notwendigkeit, Ausbildungsinhalte rechtzeitig zu vermitteln, deutlicher

würde. Darüber hinaus würde die bisher lediglich formale Zwischenprüfung (ZP) durch die Einbindung in die Prüfungsleistung aufgewertet.

Gleichzeitig wurden jedoch auch Bedenken geäußert. So besteht die Sorge, dass für leistungsschwächere Auszubildende, insbesondere solche mit anfänglichen Sprachproblemen, eine frühe Teilprüfung demotivierend wirken könnte. Kritisch gesehen wird auch die Frage der inhaltlichen Abgrenzung: Nach anderthalb Jahren sei der Entwicklungsprozess vieler Azubis noch nicht so weit, dass relevante Inhalte zuverlässig geprüft werden könnten. Unsicherheit besteht zudem, wie eine klare Trennung der Themen zwischen den beiden Prüfungsteilen gewährleistet werden könnte. Hinzu kommt, dass zumindest aktuell sowohl Berufsschulen als auch Betriebe Lerninhalte in unterschiedlicher Reihenfolge vermitteln, sodass zum Zeitpunkt einer möglichen Teil 1 Prüfung nicht alle Auszubildenden den gleichen Wissensstand hätten. So haben manche Auszubildende im zweiten Jahr noch keine grundlegenden praktischen Tätigkeiten, wie Blutdruckmessen, erlernt.

4.5.5 Vorschlag für eine Gestreckte Abschlussprüfung

In einem Workshop mit Prüferinnen und Prüfern wurde unter anderem erörtert, inwieweit das neue Prüfungskonzept der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) auf den MFA-Beruf übertragbar ist. Mit der Novellierung der ZFA-Ausbildungsverordnung zum 1. August 2022 wurde die bisherige Zwischen- und Abschlussprüfung durch eine Gestreckte Abschlussprüfung ersetzt. Teil 1 der Prüfung umfasst zwei schriftliche Prüfungsbereiche („Durchführen von Hygienemaßnahmen und Aufbereiten von Medizinprodukten“ sowie „Empfangen und Aufnehmen von Patientinnen und Patienten“) und fließt mit 35 Prozent in das Gesamtergebnis ein. Teil 2 beinhaltet zwei weitere schriftliche Prüfungsbereiche („Organisieren der Verwaltungsprozesse und Abrechnen von Leistungen“ sowie „Wirtschafts- und Sozialkunde“) sowie den praktischen Prüfungsbereich „Assistieren und Dokumentieren bei zahnärztlichen Maßnahmen“ und wird mit 65 Prozent gewichtet.

Trotz deutlicher Unterschiede zwischen beiden Berufen wurde im Workshop die grundsätzliche Übertragbarkeit eines solchen Modells auf die MFA-Ausbildung als möglich eingeschätzt. Für die prinzipielle Eignung einer Gestreckten Abschlussprüfung spricht, dass die MFA-Ausbildung in abgrenzbare Themenfelder strukturiert ist, beispielsweise Verwaltung, Praxisorganisation und Behandlungsassistenz. Diese Gliederung eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit, Inhalte unterschiedlichen Ausbildungsphasen zuzuordnen und getrennt zu prüfen.

Für den ersten Prüfungsteil kämen insbesondere grundlegende Kompetenzen in Betracht, die früh in der Ausbildung vermittelt werden, etwa in den Bereichen Hygiene, Dokumentation, Kommunikation oder Datenschutz. So können Auszubildende bereits früh eigenständige und praxisrelevante Aufgaben übernehmen, etwa in der Patientenannahme, bei der Terminvergabe, bei der Blutdruckmessung oder in der Abrechnung.

Viele medizinisch-fachliche Kompetenzen – etwa Blutabnahmen, Laborarbeiten oder die Assistenz bei ärztlichen Untersuchungen – entwickeln sich hingegen erst im späteren Verlauf der Ausbildung und würden folgerichtig eher in einer zweiten Teilprüfung geprüft werden können. Daraus ergibt sich die Herausforderung, eine sinnvolle Abgrenzung und Gewichtung der beiden Prüfungsabschnitte vorzunehmen, die sowohl den Ausbildungsrealitäten in den Einrichtungen als auch der Entwicklung der Auszubildenden gerecht wird.

Trotz grundsätzlichem Interesse an der Einführung der GAP auch für die MFA wurden in den Interviews und auch in den Workshops Bedenken zur Umsetzbarkeit geäußert. Die Ergebnisse ließen daher keine eindeutige Positionierung erkennen, ob die Einführung einer Gestreckten Abschlussprüfung (GAP) für die MFA-Ausbildung sinnvoll wäre. Vor diesem Hintergrund wurde die abschließende Beiratssitzung genutzt, um die potenziellen Chancen und Herausforderungen dieses Prüfungsformats systematisch zu erörtern. Als Diskussionsgrundlage diente ein auf Basis der bisherigen Projekterkenntnisse entwickelter Modellvorschlag zur möglichen Ausgestaltung der GAP (vgl. Abbildung 32).

Prüfungsbereich	Hygiene und Arbeitsschutz	Empfangen und aufnehmen von Patientinnen und Patienten	Medizinische Assistenz und Diagnostik	Praxisorganisation und Verwaltung	Wirtschafts- und Sozialkunde
Inhalt	z. B. Händedesinfektion Flächenreinigung Sterilisation Infektionsschutz PSA	z. B. Empfang Terminmanagement Telefon/E-Mail adressatengerechte Kommunikation Konfliktmanagement	z. B. Assistenz bei Untersuchungen Behandlungs- vorbereitung Impfen Laborarbeiten Erste Hilfe Reanimation Triage Notfallsituationen Teamarbeit	z. B. EBM, GOÄ, HZV IGel-Leistungen Formularwesen Dokumentation Datenpflege Datensicherheit IT-Sicherheit ePA, eAU, eRezept TI, KIM,	(berufsspezifische) Wirtschafts- und Sozialkunde
GAP-Teil	Teil I	Teil I	Teil II	Teil II	Teil II
Umfang	insgesamt 20 – 40 Prozent		insgesamt 60 – 80 Prozent		

Abbildung 32: Gestreckte Abschlussprüfung - Entwurf möglicher Prüfungsbereiche

Die Rückmeldungen des Beirats zur möglichen Einführung einer Gestreckten Abschlussprüfung (GAP) fielen differenziert aus. Einerseits wurden Inhalte identifiziert, die bereits im frühen Verlauf der Ausbildung vermittelt werden und sich daher grundsätzlich für eine Prüfung im ersten Teil der GAP eignen könnten. Hierzu zählen insbesondere organisatorische Arbeitsprozesse. Andererseits wurde kritisch angemerkt, dass bestimmte zentrale Kompetenzbereiche – insbesondere im Bereich Hygiene – nicht isoliert geprüft werden sollten, da sie in der beruflichen Praxis eng mit der Behandlungsassistenz verknüpft sind und ihre Bedeutung erst im konkreten Handlungskontext vollständig sichtbar wird, der zum Zeitpunkt von Teil 1 der Prüfung noch nicht abgebildet werden könnte.

Als potenzielle Vorteile einer Gestreckten Abschlussprüfung wurden hinsichtlich dieses Entwurfs (vgl. Abbildung 32) für Teil 1 vor allem genannt: Eine frühzeitige Förderung beruflicher Handlungskompetenz in der Patientenversorgung, die Entwicklung einer sicheren Einschätzung von Symptomen und Dringlichkeiten sowie die Interaktion mit Patientinnen und Patienten. Durch eine frühere Leistungsrückmeldung könnten Auszubildende zudem gezielter in ihrer weiteren Kompetenzentwicklung unterstützt werden.

Gleichzeitig wurde die Prüfungsökonomie als zentrales Gegenargument hervorgehoben. Der organisatorische und finanzielle Aufwand einer Gestreckten Abschlussprüfung würde, je nach Struktur und Ressourcen der zuständigen Ärztekammern, erheblich variieren und könnte zu zusätzlichen Belastungen führen. Vor diesem Hintergrund überwiegt im Beirat derzeit eine eher

kritische Haltung gegenüber einer Einführung der GAP. Gleichwohl bleibt die abschließende Entscheidung Gegenstand der Sozialpartnergespräche.

Empfehlung: Zukünftige Prüfungsstruktur

Auf Grundlage der Projektergebnisse erscheint die Einführung der Gestreckten Abschlussprüfung in der Ausbildung der MFA eher nicht sinnvoll. Es sollte eher bei der bisherigen Zwischen- und Abschlussprüfung bleiben.

4.6 Wege der Verantwortungsübernahme – Delegation ärztlicher Leistungen

Gemäß der Weisung des Bundesministeriums für Gesundheit sollte in der Voruntersuchung geklärt werden, inwieweit Medizinischen Fachangestellten (MFA) innerhalb der derzeit gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen weitere Aufgaben zugewiesen und ein höheres Maß an Entscheidungsfreiheit eingeräumt werden könnte. Im Zentrum stand dabei die Frage, ob und in welchem Umfang ärztliche Tätigkeiten bereits heute im Wege der Delegation übertragen werden, wie die Umsetzung in unterschiedlichen Einrichtungen erfolgt, welche Bedarfe und Hemmnisse gesehen werden und welche Aufgaben künftig verstärkt für eine Übertragung in Betracht kommen könnten. Hierbei sollte auch die Option der Substitution ärztlicher Tätigkeiten auf MFA geprüft werden.

Die nachfolgenden Untersuchungsergebnisse und Schlussfolgerungen stützen sich auf die leitfadengestützten Interviews, einen Expertenworkshop zum rechtlichen Rahmen der Tätigkeit von MFA sowie ergänzende Fachgespräche mit Expertinnen und Experten.

4.6.1 Begriffsklärung und rechtlicher Rahmen

Delegation und Substitution

Im Kontext der Verantwortungsübernahme ist zwischen Delegation und Substitution zu unterscheiden. Delegation bezeichnet die Übertragung einzelner ärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte Gesundheitsberufe – etwa MFA – im Rahmen einer ärztlichen Weisung, wobei die Verantwortung dabei bei der delegierenden Ärztin bzw. beim delegierenden Arzt verbleibt. Das Personal an das delegiert wird, hat die Durchführungsverantwortung. Delegation ist damit ein Instrument der Aufgabenteilung innerhalb des Teams, das die ärztliche Gesamtverantwortung nicht aufhebt.

Demgegenüber bezeichnet Substitution die eigenverantwortliche Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch eine andere Berufsgruppe, wobei die Verantwortung – einschließlich der Haftung – beim ausführenden Personal liegt. Diese Unterscheidung ist für die Bewertung von Entwicklungsmöglichkeiten im Tätigkeitsprofil von MFA von zentraler Bedeutung.

Rechtliche Grundlagen

Grundsätzlich obliegt Ärztinnen und Ärzten eine persönliche Leistungserbringungspflicht (§ 613 Satz 1 BGB), die berufsrechtlich und vertragsärztlich konkretisiert wird (§ 19 Abs. 1 MBO-Ä; § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV). Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist grundsätzlich möglich, jedoch an Voraussetzungen gebunden.

Die rechtlichen Grundlagen der Delegation ergeben sich aus mehreren Vorschriften: Nach § 1 Abs. 2 der Bundesärzteordnung (BÄO) sind Ärztinnen und Ärzte zur eigenverantwortlichen Berufsausübung verpflichtet, können jedoch bestimmte Tätigkeiten übertragen, sofern dies mit den berufsrechtlichen Vorgaben vereinbar ist. Die Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) konkretisiert dies: Gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 ist Delegation zulässig, wenn die beauftragte Person über die erforderliche Qualifikation verfügt und die Übertragung im Einzelfall vertretbar ist. § 15 MBO-Ä stellt klar, dass ärztliche Tätigkeiten nur an geeignete und qualifizierte Personen delegiert werden dürfen und eine ausreichende Anleitung sowie Überwachung sicherzustellen sind. Sozialrechtlich ist Delegation nach § 28 Abs. 1 SGB V zulässig, sofern die Qualität der Behandlung gewährleistet bleibt. Strafrechtliche

Grenzen sind u. a. mit Blick auf § 223 StGB zu beachten, wenn medizinische Maßnahmen ohne ausreichende Qualifikation oder ohne die erforderliche Einwilligung durchgeführt werden.

Pflichten der delegierenden Ärztin bzw. des delegierenden Arztes

Mit der Delegation gehen umfassende Pflichten für die delegierende Ärztin bzw. den delegierenden Arzt einher. Zunächst besteht eine Auswahlpflicht: Es muss sichergestellt werden, dass das nichtärztliche Personal, z. B. die MFA, aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation, Erfahrung und persönlichen Fähigkeiten für die jeweilige Aufgabe geeignet ist. Daran schließt die Anleitungspflicht an, wonach die MFA fachgerecht eingewiesen und zur selbstständigen Durchführung der übertragenen Tätigkeit angeleitet werden muss. Darüber hinaus besteht eine Überwachungspflicht, die eine regelmäßige Kontrolle der ordnungsgemäßen Ausführung der delegierten Leistungen umfasst. Schließlich ist eine sorgfältige Dokumentation erforderlich: Delegationsentscheidung, Qualifikation, Einweisungen und ggf. Kontrollen sind nachvollziehbar schriftlich festzuhalten. Diese Pflichten dienen der Sicherstellung der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit sowie der rechtlichen Absicherung der Beteiligten.

4.6.2 Keine Substitution ärztlicher Kernaufgaben

Die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“ zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband (ANLAGE 24 ZUM BUNDESMANTELVERTRAG-ÄRZTE, BMV-Ä) regelt die Rahmenbedingungen für die Übertragung von Aufgaben an MFA. Sie zeigt aber auch auf, dass bestimmte Tätigkeiten zum unverzichtbaren Kernbereich ärztlicher Berufsausübung gehören, da sie eng mit ärztlicher Fachkompetenz und persönlicher Verantwortung verbunden sind. Sie dürfen daher grundsätzlich nicht an nichtärztliches Personal übertragen werden. Dazu zählen insbesondere die eigenständige Anamneseerhebung, die medizinische Indikationsstellung, die Durchführung körperlicher und invasiver diagnostischer Maßnahmen, die Diagnosestellung, die umfassende Aufklärung und Beratung der Patientinnen und Patienten sowie die Entscheidung über invasive bzw. operative Maßnahmen und deren Durchführung (§ 2 ANLAGE 24 BMV-Ä).

Tätigkeiten, die spezifische ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erfordern, sollen weiterhin dem ärztlichen Vorbehalt unterliegen, um haftungsrechtliche Risiken auszuschließen und die Patientensicherheit sowie Versorgungsqualität sicherzustellen. Die Interview- und Workshopbefunde der BIBB-Untersuchung zeigen deutlich, dass eine substituierende Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch aus- oder fortgebildete MFA nach mehrheitlicher fachlicher Einschätzung nicht befürwortet wird.

Als häufig angeführtes Beispiel für mögliche haftungsrechtliche Folgen einer Ausweitung von Verantwortungsbereichen im Gesundheitswesen wird die Entwicklung im Hebammenberuf genannt. Dort habe – so die Argumentation der Interviewten – eine deutliche Zunahme von Haftungsrisiken und Kosten für Hebammen in den vergangenen Jahren zu erheblichen strukturellen Herausforderungen geführt. Vor diesem Hintergrund wird betont, dass vergleichbare haftungsrechtliche Konsequenzen für MFA vermieden werden sollten.

Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass MFA im Unterschied zu Hebammen in der Regel als abhängig Beschäftigte im ambulanten oder stationären Bereich tätig sind. Sie handeln im Rahmen

delegierter Leistungen weisungsgebunden und unter Verantwortung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes oder der Einrichtung. Entsprechend liegt die haftungsrechtliche Verantwortung derzeit bei Arbeitgebern bzw. Praxisinhaberinnen und -inhabern. Aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten ist dies auch weiterhin sinnvoll und es erscheint nicht zielführend, Aufgabenübertragungen zukünftig rechtlich so auszugestalten, dass sich Haftungsrisiken in Richtung der MFA verschieben.

Ähnliche Bedenken finden sich auch in übergeordneten Diskussionszusammenhängen, etwa in den Werkstattgesprächen der Bundesärztekammer. Dort wird u. a. herausgestellt, dass bei eigenständiger Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen Verantwortung, Haftungsrisiko und Budgetverantwortung systematisch mitgedacht werden müssen (BUNDESÄRZTEKAMMER 2021, S.30).

4.6.3 Delegation ärztlicher Leistungen und deren Akzeptanz

Für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich sind die Rahmenbedingungen der ärztlichen Delegation insbesondere durch die Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag der Ärzte geprägt. Diese enthält einen beispielhaften Katalog delegierbarer Leistungen, der nicht abschließend ist, sondern als Orientierung dient.

Zu den häufig delegierten Tätigkeiten an MFA gehören vor allem Aufgaben, die standardisiert ablaufen. In den Interviews werden hierzu insbesondere administrative und organisatorische Tätigkeiten wie Terminmanagement, Patienteninformation und Dokumentation genannt, aber auch einfache diagnostische Maßnahmen, etwa Blutentnahmen, anlegen von EKG-Ableitungen, Lungenfunktionstests oder andere standardisierte Messverfahren, sowie weitere unterstützende Tätigkeiten, beispielsweise die Vorbereitung von Untersuchungen oder die Assistenz bei endoskopischen und operativen Eingriffen. Auch versorgende Maßnahmen zählen hierzu wie etwa Wundversorgung (Verbandswechsel, Nahtentfernung) sowie Impfvorbereitung und -durchführung einschließlich Dokumentation.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal ist bereits heute ein zentrales Element der Versorgungspraxis und die Interviews zeigen insgesamt eine hohe Akzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten sowie bei MFA, sofern die Rahmenbedingungen stimmen. Als zentrale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Delegation werden insbesondere die persönliche Eignung und fachliche Qualifikation der MFA, klare und rechtssichere Regelungen zur Delegation sowie strukturierte organisatorische Prozesse genannt. Dazu zählen unter anderem eine angemessene Anleitung, Fortbildungsangebote, Supervision sowie eine nachvollziehbare Dokumentation der delegierten Tätigkeiten. Darüber hinaus werden von den Expertinnen und Experten auch angemessene finanzielle Rahmenbedingungen als wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Umsetzung von Delegationsmodellen hervorgehoben.

Auch aktuelle Untersuchungen zum Thema Akzeptanz zeigen ähnliche Ergebnisse: So zeigt eine Studie aus Berlin, Brandenburg und Thüringen, dass sowohl Hausärztinnen und Hausärzte als auch MFA einer Ausweitung delegierter ärztlicher Leistungen offen gegenüberstehen. Die Akzeptanz ist insbesondere dann hoch, wenn MFA über entsprechende Zusatzqualifikationen verfügen und die Delegation klar strukturiert erfolgt. Vorbehalte bestehen jedoch weiterhin, vor allem im Hinblick auf die Übertragung komplexerer Aufgaben. Diese Studie kommt ebenfalls zu dem

Ergebnis: Als zentrale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ausweitung der Delegation werden die persönliche Eignung und fachliche Qualifikation der MFA, ein rechtssicherer Rahmen für Delegation und Verantwortungsübernahme sowie angemessene finanzielle Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte (Abrechenbarkeit/Erlössicherung) sowie für MFA genannt (WOLF 2023, S 1121).

Untersuchungsergebnisse einer repräsentativen Befragung von Versicherten zur „Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Medizinische Fachangestellte“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen, dass die Akzeptanz der Delegation auch vom Krankheitskontext der Patientinnen und Patienten abhängt: Bei leichteren Erkrankungen würden 67,2 Prozent der Patientinnen und Patienten eine solche Aufgabenübertragung an MFA akzeptieren, bei chronischen Erkrankungen liegt die Zustimmung mit 51,8 Prozent nur noch bei etwa der Hälfte der Patientinnen und Patienten. Eine ablehnende Haltung tritt häufiger bei älteren Personen auf sowie bei Befragten aus Westdeutschland und bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (vgl. JEDRO et al. 2020, S. 117).

Von den Expertinnen und Experten wird mehrfach darauf hingewiesen, dass es durch Änderungen in den Versorgungsstrukturen zu einer intensiveren interprofessionellen Einbindung von Gesundheitsberufen kommen wird. Sie sehen daher zukünftig, insbesondere in der ambulanten medizinischen Versorgung, die Beschäftigten als „Teampraxis“, bei dem nicht allein der „Ärztin/Arzt-Patienten-Kontakt“, sondern der „Praxisteam-Patienten-Kontakt“ im Mittelpunkt stehen wird und somit delegierbare Tätigkeiten eine wichtigere Rolle spielen werden.

Das HÄPPI-Konzept („Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell“) des Deutschen Hausärzteverbandes sei hier als Praxisbeispiel benannt. Es zielt auf eine integrierte, patientenzentrierte Primärversorgung ab, indem es hausärztlich geleitete Zentren etabliert, in denen Hausärztinnen und Hausärzte mit weiteren Gesundheitsberufen interdisziplinär zusammenarbeiten. Durch diese interprofessionelle Teamstruktur sollen Versorgungslücken – besonders in unterversorgten Regionen – geschlossen, Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlungsqualität gesteigert werden, etwa durch präventive Ansätze und digitale Lösungen. Finanziert über Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen, strebt HÄPPI eine sektorenübergreifende Versorgung an (HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTEVERBAND 2024).

Medizinische Fachangestellte agieren im HÄPPI-Konzept als Teammitglieder in der interprofessionellen Patientenversorgung, indem sie selbstständig delegierbare Aufgaben wie Blutabnahmen, einfache Diagnostik oder die Betreuung chronisch Kranker im Rahmen von Disease-Management-Programmen durchführen. Zudem unterstützen sie die Koordination zwischen den Berufsgruppen, übernehmen administrative und organisatorische Aufgaben in der Fallsteuerung und tragen durch Patientenschulungen und Präventionsangebote zur Gesundheitsförderung bei. Sie sind zentrale Schnittstelle zwischen Patientinnen und Patienten, Hausärztinnen und Hausärzten sowie anderen Gesundheitsberufen. Das Konzept sieht vor, MFA gezielt weiterzubilden, um ihre Kompetenzen in der Primärversorgung und interprofessionellen Zusammenarbeit zu stärken und so die hausärztliche Versorgung nachhaltig zu unterstützen.

In stationären Einrichtungen (Kliniken, Krankenhäuser) arbeiten Ärztinnen und Ärzte in der Regel in unmittelbarer Nähe und können ihrer Anleitungs- und Überwachungspflicht jederzeit nachkommen. Vor diesem Hintergrund könne der Delegationsrahmen vergleichsweise weit gefasst werden. So

berichten in den Interviews Expertinnen und Experten stationärer Einrichtungen beispielsweise vom Legen von Zugängen oder von intravenösen Gaben (nicht erstmalige intravenöse Gabe) durch MFA.

4.6.4 Erweiterter Handlungsspielraum und neue Aufgabenfelder

„Zahlreiche Tätigkeiten, wie z. B. Anamnese, Triage, DMP-Kontrollen, Impfungen und Hausbesuche, werden bereits delegiert. Die Bereitschaft zur Übertragung bzw. Übernahme weiterer Aufgaben (z. B. Folgeverordnung von Rezepten und Überweisungen, eigenständige Übernahme von einfachen Konsultationen, Erforderlichkeit eines Arztgespräches einschätzen) ist hoch.“ (vgl. WOLF et al. 2023, S. 1118)

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung verdeutlichen, dass eine tragfähige Erweiterung delegierbarer Tätigkeiten nur dann realisierbar ist, wenn die hierfür erforderlichen Kompetenzen bei den MFA vorhanden und nachweisbar sind. Delegationsmöglichkeiten werden demnach nicht allein durch rechtliche Rahmensetzungen determiniert, sondern maßgeblich durch die Qualifikationen, die im Rahmen von Ausbildung und Fortbildung erworben und abgesichert werden (vgl. Kapitel 4.7).

In Interviews und Workshops der BIBB-Untersuchung wurden wiederholt Potenziale für eine erweiterte Delegation beschrieben, die sowohl die Ausweitung bestehender Tätigkeitsbereiche als auch die Erschließung neuer Aufgabenfelder thematisieren. Eine Herausforderung stellt dabei die klare Abgrenzung zwischen Aus- und Fortbildungsinhalten dar, die insbesondere aus dem grundsätzlichen Ermessensspielraum von Ärztinnen und Ärzten bei der Entscheidung zur Delegation resultiert.

Sofern die entsprechenden Kompetenzen zukünftig bereits im Rahmen der Ausbildung vermittelt würden, könnten die nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten eine Orientierung für potenziell delegierbare Aufgaben bieten:

- Standardisierte Anamnesevorbereitung: Vorbereitung und Zusammenstellung von Befunddokumentationen etc.,
- Ersteinschätzung, Triage, Lotsenfunktion,
- Dokumentationsaufgaben – Datenschutz: rechtssichere Diagnostik- und Therapiedokumentation, Unterstützung bei der Gutachtenerstellung, Kommunikationen unter Einhaltung der Datenschutz- und Datensicherheitsstandards,
- Patienteninformation (bei Hilfsmitteln, Beratungs- und Unterstützungsangeboten),
- Schnittstellenmanagement und Patientenmanagement: Terminmanagement, Nachsorge-Checklisten, Organisations- und Koordinationsaufgaben in interdisziplinären Teams und in der interprofessionellen Zusammenarbeit,
- Notfallmanagement: akute Notfälle, Notfallsituationen,
- Routineerhebungen und Unterstützung im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP): regelmäßige Erfassung von Vitalparametern, Recall für Kontrolluntersuchungen, Unterstützung bei der Patientenmotivation,
- Funktionsdiagnostik: z. B. Blutentnahme, EKG, Lungenfunktion,
- Erweiterte Vor- und Nachsorge: Durchführung standardisierter Verfahren unter ärztlicher Anleitung, Dokumentation der Ergebnisse,
- Impfen,
- Wundversorgung.

Für eine Erweiterung delegierbarer Aufgaben müsste geprüft werden, welche Fortbildungsinhalte bzw. Curricula der Bundesärztekammer zukünftig bereits in der Ausbildung vermittelt werden könnten.

Nach erfolgreicher Fortbildung kämen laut Rückmeldung der Expertinnen und Experten für die Delegation unter anderem in Betracht:

- Standardisierte Anamneseerhebungen, Dokumentation der Ergebnisse,
- Datenerhebungen im Rahmen des Qualitätsmanagements,
- Care-Management, Case-Management: Entlass- und Überleitungsmanagement, MFA als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, standardisierte Aufnahme- und Nachverfolgungsprozesse,
- Notfall- und Katastrophenmanagement: Koordination von Patientinnen und Patienten, Zusammenarbeit mit (Hilfs-)Organisationen und Einsatzkräften, Verantwortung in der Erstversorgung von Notfällen und Organisation von Notfallabläufen im Katastrophenfall,
- Routineerhebungen und Unterstützung von DMP bei chronisch Kranken: Verlaufserhebungen, Statusfeststellungen und die Unterstützung bei der Therapieadhärenz, Organisation und Durchführung von Patientenschulungen,
- Patientenberatung: standardisierte Aufklärung und Beratung von Patientinnen und Patienten, Unterstützung und Durchführung von Beratungsgesprächen zu Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Wiedereingliederung, Medikamenteneinnahme,
- Impfmanagement: Erweiterte Impfkompentenz, Durchführung von Schutzimpfungen (z. B. Reiseimpfungen, Auffrischimpfungen),
- Wundversorgung und -management akuter sowie chronischer und schwer heilender Wunden (z. B. bei Diabetes),
- Telemedizinische oder administrative Tätigkeiten, die eine ärztliche Interaktion unterstützen, aber keine eigenständige medizinische Beurteilung erfordern, Telemonitoring und Fernüberwachung (z. B. DiGa).

Bei MFA und Ärztinnen sowie Ärzten bestehen teilweise Unklarheiten darüber, welche ärztlichen Tätigkeiten übertragen werden dürfen, in welchem Umfang dies möglich ist und wo die Grenzen liegen. In der MFA-Ausbildung sollten daher die rechtlichen Rahmenbedingungen, die konkrete Ausgestaltung und die Grenzen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten umfassend vermittelt werden. Da sich rechtliche Vorgaben regelmäßig ändern, ist es wichtig, Medizinischen Fachangestellten Kompetenzen zu vermitteln, mit denen sie ihr Wissen zu aktuellen rechtlichen Regelungen selbstständig auffrischen können. Auch die Abgrenzung zu den delegierbaren Aufgaben von fortgebildeten MFA (z. B. NÄPA, VERAH) und anderen Gesundheitsberufen (wie Pflegefachpersonen, Medizintechnologen oder Physician Assistant) sollte Teil der Ausbildung sein.

Empfehlung: Delegation – Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Eine substituierende Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch Medizinische Fachangestellte wird nach aktueller Rechtslage und fachlicher Einschätzung nicht empfohlen.

Eine erweiterte Delegation im Sinne der möglichen Übertragung zusätzlicher ärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte MFA sollte unterstützt und entsprechende Kompetenzen vermittelt werden.

In der MFA-Ausbildung sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen, die konkrete Ausgestaltung und die Grenzen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten umfassend vermittelt werden.

Möglichkeiten zur Erweiterung der Handlungskompetenz der MFA im derzeit gültigen Rechtsrahmen werden für die Ausbildung beispielsweise in den Bereichen standardisierte Anamnesevorbereitung, Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten, Wundversorgung, erweiterter Impfkompentenz, Schnittstellenmanagement und Unterstützung bei der präventiven Beratung gesehen.

Es gilt zu prüfen und zu priorisieren, welche der genannten Bereiche in die MFA-Ausbildung integriert werden und ob dafür Inhalte der Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer berücksichtigt werden sollten.

Für Bereiche, die nicht in die Ausbildung integriert werden, sollten Fortbildungen angeboten werden.

Es sollte diskutiert werden, ob in der Vereinbarung zur Delegation von ärztlichen Leistungen (Anlage 24 BMV-Ä) Ergänzungen und/oder Präzisierungen (insbesondere bei den delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten und/oder den typischen Mindestqualifikationen) erforderlich sind, um erweiterte oder neue Aufgabenfelder abzubilden. Dies gilt auch für die Frage, ob es sinnvoll ist, die bisher auf die ambulante Versorgung bezogene Vereinbarung um Aspekte des stationären Bereiches zu ergänzen.

Für die Überarbeitung der Anlage 24 BMV-Ä ist ein gemeinsames Verständnis delegierbarer Leistungen wesentlich. Daher sollten möglichst alle beteiligten Berufsgruppen bei der Bearbeitung eingebunden werden.

Es sollte jeweils geprüft werden, inwieweit eine Abrechnung delegierbarer Leistungen realisiert werden kann.

4.7 Fortbildungslandschaft – Status quo, Herausforderungen und Perspektiven

4.7.1 Vielfalt und Struktur der Fortbildungsangebote

„Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von MFA stellt in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Stellschraube zur Verbesserung der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen dar. Zum einen tragen gut qualifizierte MFA entscheidend zu einem reibungslosen Ablauf in Praxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens bei und können damit die Effizienz der ärztlichen Leistungserbringung verbessern. Zum anderen hängt auch die Arbeitszufriedenheit vieler MFA von ihren Qualifikationsmöglichkeiten ab (MERGENTHAL/GÜTHLIN 2021), die somit auch Einfluss auf die Arbeitsangebotsentscheidungen haben können.“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024, S. 207)

Die Fortbildungslandschaft für MFA ist durch eine breite Palette an Angeboten gekennzeichnet, die sowohl Anpassungs- und Auffrischungslehrgänge, zertifizierte Qualifizierungslehrgänge, Aufstiegsfortbildungen sowie akademische Studiengänge beinhaltet.

Die nicht akademischen Angebote orientieren sich häufig an den Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer (BÄK), die bundesweit anerkannt sind und sowohl fachliche Spezialisierungen als auch berufliche Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Die Organisation und Durchführung erfolgt primär durch Landesärztekammern und Fortbildungsakademien. Darüber hinaus bieten bundeseinheitliche Fortbildungen gemäß BBiG nicht akademische Angebote zur beruflichen Weiterentwicklung.

Akademische Qualifizierungen können MFA über berufsbegleitende oder Vollzeit-Bachelorstudiengänge an Hochschulen erwerben.

Anpassungs- und Auffrischungslehrgänge

Anpassungs- und Auffrischungslehrgänge zielen darauf ab, bestehende Kompetenzen von MFA zu aktualisieren und neue Kenntnisse zu aktuellen Entwicklungen zu vermitteln. Die Dauer variiert von wenigen bis zu 39 Stunden. Zielgruppe sind insbesondere MFA, die nach längerer Berufspraxis oder einer Berufsrückkehr ihr Wissen auffrischen möchten bzw. gesetzlich vorgeschriebene Aktualisierung von Kenntnissen (z. B. Strahlenschutz, Hygiene) vornehmen müssen.

Die Inhalte dieser Lehrgänge umfassen die Aktualisierung medizinisch-technischer Aufgaben, neue Richtlinien (z. B. Infektionsschutz, Impfmanagement), Datenschutz und Datensicherheit, Abrechnungs- und Dokumentationsanforderungen, Qualitätsmanagement, Praxisorganisation, Aufbereitung von Medizinprodukten, Notfallmanagement, Erste-Hilfe sowie IT-Kompetenzen. Fachspezifische Refresher-Kurse zu Themen wie Krebsfrüherkennung, Strahlenschutz, Wundmanagement und Impfprozessen ergänzen das Angebot.

Die Lehrgänge werden in verschiedenen Formaten wie kompakten Seminaren oder Webinaren angeboten und schließen mit Prüfungen und/oder Zertifikaten ab.

Qualifizierungslehrgänge

Die Bandbreite der zertifizierten Qualifizierungen ist vielfältig und ermöglicht MFA, sich in organisatorischen und vor allem medizinischen Bereichen weiterzubilden. Die

Qualifizierungslehrgänge besitzen in der Regel einen zeitlichen Umfang von 40 bis 120 Stunden und sind somit umfangreicher als Anpassungs- und Auffrischungslehrgänge. Die Angebote der Landesärztekammern bzw. Fortbildungseinrichtungen orientieren sich an den Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer (BUNDESÄRZTEKAMMER 2026). Zu den Schwerpunkten zählen u. a. Notfallmanagement, Wundmanagement, Hygienemanagement, Impfmanagement, Ernährungsmedizin, ambulante Versorgung älterer Menschen, Patientenkommunikation und -beratung, Onkologie sowie die Qualifizierung für Ausbildungsaufgaben („Praxisanleitung“). Durch diese Spezialisierungen können MFA zusätzliche oder selbstständigere Aufgaben übernehmen, etwa die eigenständige Betreuung von Patientengruppen, die Durchführung delegationsfähiger Tätigkeiten oder die Unterstützung bei komplexen Behandlungsabläufen.

Die Fortbildungsangebote orientieren sich am Bedarf der Praxis und berücksichtigen auch aktuelle Themen wie Digitalisierung, elektronische Dokumentation, Telemedizin und interprofessionelle Teamarbeit. Sie schließen mit einem Zertifikat der Fortbildungseinrichtung ab.

Umfassende Qualifizierungslehrgänge:

Nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPA) und Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH)

Im Sinne einer beruflichen Weiterentwicklung sind die Fortbildungen zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPA) und zur Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) besonders hervorzuheben, die MFA befähigen, in der ambulanten Versorgung eigenständiger und verantwortungsvoller zu agieren. NäPA und VERAH werden meist in hausärztlichen, teilweise auch in fachärztlichen Praxen beschäftigt. Die Anzahl der Praxen, in denen mindestens eine NäPA beschäftigt ist, stieg zwischen 2016 und 2021 von 6.704 auf 9.623 an, wobei es sich in über 90 Prozent der Fälle um hausärztliche Praxen handelt. Insgesamt gab es 2021 rund 12.000 NäPA und 15.000 Praxismitarbeiterinnen mit der Zusatzbezeichnung VERAH. (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024, S. 208).

Die VERAH-Fortbildung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes, angeboten durch das Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF), vermittelt in einem Umfang von rund 200 Stunden Kompetenzen für die eigenständige Wahrnehmung delegierter Aufgaben, insbesondere in den Bereichen Wundmanagement, Notfallmanagement, Praxismanagement und Präventionsmanagement. Die Fortbildung ist gezielt auf die Anforderungen von Hausarztpraxen ausgerichtet und schließt mit einer Hausarbeit und einer mündlichen Abschlussprüfung ab.

Zu den zentralen Inhalten der Fortbildung zählen die Vertiefung medizinischer Grundlagen, insbesondere in den Bereichen Anatomie, Physiologie und Pathologie. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, der Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen sowie der Koordination von Versorgungsprozessen im hausärztlichen Kontext.

Die NäPA-Fortbildung orientiert sich an einem Musterfortbildungscurriculum der BÄK und umfasst einen theoretischen sowie einen praktischen Teil mit einem zeitlichen Umfang von ca. 270 Stunden. Die Fortbildung schließt mit einer schriftlichen Lernerfolgskontrolle und einem Zertifikat der jeweiligen Ärztekammer ab. NäPA übernehmen als unterstützende Fachkraft in Arztpraxen, medizinischen Versorgungszentren sowie anderen ambulanten Einrichtungen Aufgaben im Rahmen

der Delegation und führen sowohl administrative als auch medizinische Assistenzaufgaben eigenverantwortlich innerhalb des delegierten Aufgabenbereichs aus.

Die Fortbildung beinhaltet neben einer Vertiefung medizinischer Grundlagen – insbesondere in Anatomie, Physiologie und Pharmakologie – auch erweiterte Kompetenzen zur Unterstützung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Darüber hinaus werden Inhalte zu Kommunikation und Patientenberatung, Qualitätsmanagement, Hygiene, rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Dokumentationsanforderungen vermittelt. Die Fortbildung ist modular aufgebaut und ermöglicht die Anrechnung bereits erworbener Qualifikationsmodule. Die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Fortbildung umfassen in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung im Gesundheitsbereich sowie, je nach Anbieter, Berufserfahrung.

Rückmeldungen aus den Interviews

Interviewte NÄPA und VERAH berichten, dass ihre fachliche Expertise im häuslichen Umfeld aber auch in Alten- und Pflegeeinrichtungen als sinnvolle fachliche Unterstützung bewertet und wertgeschätzt wird. Es wird auch mehrfach geäußert, dass diese „Schnittstellenfunktion“ mit einer hohen Verantwortung versehen ist und daher sowohl einer fundierten medizinisch-fachlichen, als auch personalen Kompetenz bedarf.

Ärztinnen und Ärzte äußern, dass die Arbeit der NÄPA und VERAH sie von notwendigen Routinebesuchen und -tätigkeiten in Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie bei häuslichen Patientinnen und Patienten entlastet und sie sich mehr auf akute Behandlungsfälle konzentrieren können. Sie betonen, dass die Fortbildung die Voraussetzung schafft, dass erweiterte delegierbare Tätigkeiten nicht nur fachlich qualifiziert durchgeführt werden können, sondern auch abrechnungsfähig sind.

Laut der Expertinnen und Experten übernehmen NÄPA und VERAH bei Hausbesuchen z. B. Blut- bzw. Laborabnahmen, Impfungen und Wundversorgungen. In Pflegeheimen führen sie, nach einer gestellten geriatrischen Diagnose der Ärztinnen und Ärzte, zudem weitere diagnostische Tests durch und begleiten therapeutische Maßnahmen. In einigen Fällen wird hierbei bereits auf telemedizinische oder digitale Technik zurückgegriffen, die eine Beurteilung der Ärztinnen und Ärzte „aus der Ferne“ ermöglichen. Genutzt werden Fotodokumentationen per Smartphone sowie digitale Übertragung von Messwerten per Tablet oder Laptop. Es wird berichtet, dass NÄPA teilweise mit „Telemedizin-Koffern“ ausgestattet werden, die eine Überwachung der Vitalparameter, Kontrolle von Temperatur, Sauerstoffgehalt des Blutes, Blutdruck und Herzfrequenz etc. ermöglichen. Die Nutzung dieser „telemedizinischen Technik“ oder anderer Medien verlangt von den NÄPA technische und digitale Kenntnisse und Fähigkeiten.

Da NÄPA und VERAH im häuslichen Umfeld ohne den direkten Zugriff von Ärztinnen und Ärzten arbeiten, müssen sie nach Einschätzung der Expertinnen und Experten umfassend für Akut- und Notfälle ausgebildet sein, sodass Notlagen frühzeitig erkannt und entsprechend gehandelt werden kann.

Aufstiegsfortbildung: Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung

„Bei einer Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen hin zu größeren organisatorischen Einheiten, wie sie der Rat (...) empfiehlt, ist zu erwarten, dass sich für MFA

neue Möglichkeiten ergeben werden, sich auch stärker auf betriebswirtschaftliche Aspekte zu fokussieren und Führungsrollen im Praxismanagement zu übernehmen. Entsprechende Fortbildungskonzepte existieren bereits. Beispielsweise sind Fachwirte für ambulante medizinische Versorgung besonders qualifiziert, Teams aus MFA und Auszubildenden anzuleiten, Hard- und Softwaremanagement in Praxen zu übernehmen sowie die betriebswirtschaftliche Praxisführung und das Qualitätsmanagement zu unterstützen. Ihr Einsatz erfolgt bisher noch zurückhaltend, obgleich ihre Management-Kompetenzen mit zunehmender Betriebsgröße an Bedeutung gewinnen dürften.“ (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2024, S. 208)

Die Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung richtet sich an MFA, die Führungsaufgaben in Arztpraxen oder ambulanten Gesundheitseinrichtungen übernehmen möchten. Absolventinnen und Absolventen qualifizieren sich für verantwortungsvolle Tätigkeiten im Praxismanagement, im Personalmanagement, in der Patientenbegleitung und in medizinischen Spezialbereichen. Sie agieren als Ansprechpartner/-innen für Datenschutz und Qualitätsmanagement, übernehmen die Koordination von Versorgungsprozessen, setzen die gesetzlichen Regelungen zu Medizinprodukten um und entlasten Ärztinnen und Ärzte durch delegationsfähige Leistungen oder bei der Ausbildung von MFA. Die modular aufgebaute Fortbildung orientiert sich ebenfalls an einem Musterfortbildungscurriculum der BÄK und umfasst einen Pflichtteil von ca. 420 Stunden sowie einen medizinischen Wahlteil von ca. 90 Stunden.

Die Absolventenzahlen schwanken: 2022: 231 Absolventen; 2023: 246 Absolventen; 2024: 132 Absolventen (BERUFSBILDUNGSSTATISTIK 2025).

Derzeit ist die Fortbildung nicht im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zugeordnet. Dies bedeutet, dass der Abschluss formal keiner bestimmten Qualifikationsstufe im deutschen Bildungssystem zugeordnet ist und damit seine Vergleichbarkeit mit anderen beruflichen Aufstiegsfortbildungen oder akademischen Abschlüssen eingeschränkt ist. Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten würde eine DQR-Zuordnung die Einordnung des Qualifikationsniveaus erleichtern, die Transparenz erhöhen und die Anerkennung des Abschlusses im Bildungssystem sowie auf dem Arbeitsmarkt stärken.

Rückmeldungen aus den Interviews

Von einigen befragten Absolventinnen und Absolventen wird geäußert, dass die Fortbildung in ihrer aktuellen Form kein klares Profil aufzeigt: Sie läge weder eindeutig im Bereich der Verwaltung noch der Medizin. Aus diesem Grund wird angeregt, das Tätigkeitsprofil zu überarbeiten um eine klare Verortung und Anerkennung im DQR zu erreichen. Zudem sollte der Bereich Betriebswirtschaft stärker berücksichtigt werden.

Positiv wird hervorgehoben, dass die einzelnen Module auch als Einzelfortbildungen angeboten und absolviert werden können. Allerdings wird die Projektarbeit, die im Rahmen der Qualifizierung verlangt wird, als sehr anspruchsvoll dargestellt und mit dem Niveau einer Bachelorarbeit verglichen – ohne dass sich daraus jedoch die gleichen Karrierechancen ergeben.

Laut Rückmeldungen aus dem Bereich der Bundeswehr wird die Fortbildung gut nachgefragt, da nach erfolgreichem Abschluss ein beruflicher Aufstieg möglich ist.

Aufstiegsfortbildung: Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen

Die bundeseinheitlich geregelte Aufstiegsfortbildung gemäß § 53 BBiG richtet sich an Berufserfahrene aus dem Gesundheits- und Sozialbereich und vermittelt betriebswirtschaftliche, rechtliche und organisatorische Kompetenzen für Führungs- und Managementaufgaben in Einrichtungen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen oder ambulanten Diensten. Die Fortbildung umfasst Themen wie Personalführung, Qualitätsmanagement, Marketing, Finanz- und Rechnungswesen sowie spezifische rechtliche Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens.

Die Absolventenzahlen sind relativ konstant: 2022: 2.085 Absolventinnen/Absolventen; 2023: 2.058 Absolventinnen/Absolventen; 2024: 2.139 Absolventinnen/Absolventen (www.destatis.de).

Voraussetzung für die Zulassung zur Fortbildungsprüfung ist in der Regel eine abgeschlossene Ausbildung in einem kaufmännischen, verwaltenden, medizinischen oder handwerklichen Beruf des Gesundheits- und Sozialwesens und eine mindestens einjährige Berufspraxis bzw. ein sonstiger anerkannter kaufmännischer, verwaltender oder hauswirtschaftlicher Ausbildungsberuf in Verbindung mit einer zweijährigen einschlägigen Berufspraxis. Auch der Zugang über ein einschlägiges Hochschulstudium in Verbindung mit einer zweijährigen Berufspraxis ist möglich. Alternativ kann man z. B. mit einer mindestens fünfjährigen Berufspraxis zur Fortbildungsprüfung zugelassen werden.

Für MFA kann diese Fortbildung eine sinnvolle Weiterentwicklung darstellen, insbesondere wenn sie sich für administrative, organisatorische oder leitende Tätigkeiten interessieren. Allerdings ist die Fortbildung – wie anhand der Zulassungsvoraussetzungen ersichtlich – nicht spezifisch auf MFA sowie Arztpraxen und MVZ zugeschnitten, sondern richtet sich an eine Vielzahl von Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen.

Die Fortbildung „Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen“ ist dem DQR-Niveau 6 zugeordnet.

Akademische Fortbildungen – Studiengänge

Der Fortbildungsbereich für MFA ist aktuell von einer dynamischen Entwicklung geprägt. Weiterbildungsangebote, z. B. der Ärztekammern, stehen vermehrt akademischen Angeboten gegenüber, wie etwa Bachelorstudiengängen in den Bereichen Gesundheitsmanagement sowie Medizinpädagogik und Gesundheitspädagogik oder im medizinischen Bereich.

Exemplarisch zu nennen sind Studiengänge wie Physician Assistant (PA), Primary Care Management (PCM) oder Praxis- und Versorgungsmanagement. Der Studiengang Physician Assistant zielt darauf ab, Absolventinnen und Absolventen zur eigenständigen Ausübung delegierbarer medizinischer Tätigkeiten zu befähigen. Die Studiengänge Primary Care Management und Praxis- und Versorgungsmanagement hingegen bieten Qualifikationen für koordinierende oder leitende Funktionen in stationären Einrichtungen sowie in der haus- und fachärztlichen Versorgung.

Für den Studiengang Physician Assistant (PA) wird meist eine abgeschlossene, mindestens dreijährige Ausbildung in einem Gesundheitsberuf (z. B. als Pflegefachperson oder MFA) und ggf. Berufserfahrung vorausgesetzt. Manche Hochschulen ermöglichen auch den Einstieg mit Abitur. Primary Care Management (PCM) steht vor allem MFA, NÄPA oder VERAH offen. Vorausgesetzt werden Abitur, Fachhochschulreife oder eine gleichwertige Qualifikation. Eine abgeschlossene MFA-

Ausbildung oder NÄPA/VERAH-Weiterbildung kann angerechnet werden. Der Studiengang Praxis- und Versorgungsmanagement richtet sich ebenfalls an MFA und ermöglicht den Einstieg mit Hochschulreife, Fachhochschulreife oder über berufliche Qualifikationen (z. B. Aufstiegsfortbildung). Auch hier ist eine abgeschlossene MFA-Ausbildung oft Voraussetzung.

Zahlreiche Hochschulen bieten somit Studiengänge an, die MFA (mit Berufserfahrung) den Einstieg in akademische Laufbahnen ermöglichen. Dies spiegelt den Trend zur Höherqualifizierung im Gesundheitswesen wider. Das Angebot ist breit, kann sowohl berufsbegleitend als auch in Vollzeit absolviert werden – viele Studiengänge sind modular aufgebaut.

Rückmeldungen aus den Interviews

Chancen der MFA durch eine Akademisierung sehen die Expertinnen und Experten insbesondere in der Eröffnung neuer Karrierewege, höherer gesellschaftlicher und beruflicher Anerkennung sowie der Ausweitung der beruflichen Handlungsfähigkeit. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Rahmenbedingungen eines Studiums für einige MFA herausfordernd sind – etwa hinsichtlich Finanzierung, zeitlichem Aufwand und Vereinbarkeit mit Beruf und privaten Verpflichtungen – und daher angepasst werden sollten. Zudem wird betont, dass entsprechende Studienangebote praxisnah gestaltet sein sollten, damit die erworbenen Qualifikationen im Arbeitsalltag tatsächlich Anwendung finden können.

Die Expertinnen und Experten weisen zudem darauf hin, dass das derzeitige Fortbildungsangebot breit aufgestellt ist und die Vielfalt an Fortbildungsbezeichnungen und -profilen sowie Zertifikaten unterschiedlicher Einrichtungen nicht zur Transparenz beiträgt, da der damit verbundene „Mehrwert“ nicht immer klar ist. Auch sind die Aufgabenbereiche, Zuständigkeiten, rechtlichen Aspekte der Aufgabenwahrnehmung und die Finanzierung der Stellen bzw. die Erlössicherung teilweise noch unklar.

Sinnvoll wäre ein aufeinander aufbauendes Laufbahnkonzept, dass die Beschäftigungssituation von MFA und die Belange der Einrichtungen berücksichtigt und die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung ermöglicht.

4.7.2 Nutzung, Nachfrage und strukturelle Herausforderungen

Nutzung und Nachfrage

Als zentrale Anreize für Fortbildungen gelten erweiterte Delegationsmöglichkeiten und die Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen. In den Interviews wurde zudem geäußert, dass auch häufig Fortbildungsangebote genutzt werden, die einen schnellen und direkten Mehrwert für Praxen und Einrichtungen aufweisen:

„Also all das, was eher gering im Umfang ist und allgemeine Kompetenzen verschafft, die eben nicht in Richtung einer Spezialisierung gehen, wird gut abgefragt. Also zum Beispiel auch kulturelle und kommunikative Kompetenzen. Das sind so Sachen, die immer gerne mitgenommen werden von vielen Praxen, weil sie da eben sehen, dass das unmittelbar nützlich ist und dass es vergleichsweise schnell genutzt werden kann.“ (Quelle: MFA_1016-1)

Um Details zu Status Quo, Nutzung und Bedarf zu eruieren, war im Rahmen der BIBB-Voruntersuchung ursprünglich eine Erhebung bei den Landesärztekammern zu

Fortbildungsangeboten geplant. Da die Bundesärztekammer parallel eine Befragung der zuständigen Stellen durchführte, wurde auf eine gesonderte BIBB-Erhebung verzichtet.

Ergebnisse der Befragung der Bundesärztekammer zu Angebot und Nutzung von Fortbildungen

Im Mittelpunkt der Erhebung der Bundesärztekammer standen die Fragen, welche bestehenden Musterfortbildungscurricula genutzt werden, welche überarbeitet werden sollten und wie neue, flexiblere Formate – insbesondere modularisierte Angebote – die Dynamik des Sektors besser abbilden können. Besonders relevant erscheinen laut Ergebnissen schnell aktualisierbare Module von geringem Umfang zu Themen wie Digitalisierung, Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) oder Telematik, die eine zielgenaue und zeitnahe Qualifizierung ermöglichen.

Zudem wurde von den Befragten die Entwicklung digitaler Fortbildungsformate (Blended Learning, eLearning) angeregt, um die Angebote bedarfsgerechter und ortsunabhängig zugänglich zu machen. Dies könnte die Vereinbarkeit von (Teilzeit)Beschäftigung, privaten Rahmenbedingungen und den Wunsch nach beruflicher Weiterentwicklung verbessern. Die Bundesärztekammer berichtet in diesem Zusammenhang im Beirat, dass aktuell in Abstimmung mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren geprüft werde, ob ggf. umfangreiche Präsenzkurse (z. B. 120-Stunden-Formate) in kleinere, praxisnähere Einheiten unterteilt werden können, um damit u. a. die Teilnahmehürden zu senken.

Fortbildungen werden sowohl von den Landesärztekammern als auch durch Fortbildungsinstitute oder andere Anbieter angeboten und durchgeführt. Die Rückmeldungen zeigen eine regionale Heterogenität beim Fortbildungsangebot sowie unterschiedliche Ausprägungen im Hinblick auf die Nachfrage und Nutzung der Angebote.

Aktuell werden insbesondere folgende Fortbildungsthemen bzw. Fortbildungen angeboten und nachgefragt:

- Kommunikationstraining,
- Patientenorganisation und -begleitung,
- Ernährungsmedizin,
- Notfallsituationen/Notfallmanagement/Katastrophenmanagement,
- Reanimation/Notfallschulung/Erste-Hilfe,
- Ausbildung/Praxisanleitung,
- Medizinprodukteaufbereitung/Hygienebeauftragte,
- Assistenz Wundmanagement,
- ambulante Versorgung älterer Menschen,
- Strahlenschutz,
- Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in (NäPA),
- Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis VERAH,
- Fachwirte für ambulante medizinische Versorgung.

Als weitere oder neue Bedarfssfelder für Fortbildungsangebote wurden der Bundesärztekammer unter anderem die Patientenbegleitung, die Koordination und das Praxismanagement, das Case- und Care-Management, die Digitalisierung der Praxisorganisation und KI in der Praxis, der berufliche Wiedereinstieg von Medizinischen Fachangestellten (z. B. nach Elternphasen), die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und im Team, der Umgang mit herausfordernden Situationen/Deeskalation sowie Gesundheitsförderung und Prävention genannt. Auch die

Aktualisierung der Fortbildungen im Bereich der palliativen Versorgung wurde als dringlicher Handlungsbedarf identifiziert. Die Bundesärztekammer berichtet, dass gemeldete Bedarfe systematisch geprüft und ggf. in überarbeitete Musterfortbildungscurricula überführt werden.

Der Beirat weist darauf hin, dass durch den langen Abstand zur Neuordnung der MFA im Jahr 2006, Qualifikationsbedarfe der Praxen und Einrichtungen durch die aktuell vorliegenden Musterfortbildungscurricula und Fortbildungsangebote kompensiert werden. Daher sollte bei der Neuordnung der Ausbildung intensiv geprüft werden, welche derzeitigen Inhalte der Fortbildungen in die Ausbildung integriert werden können.

Hemmnisse und strukturelle Herausforderungen

Die MFA gilt laut der Bundesagentur für Arbeit als „Engpassberuf“. Fachkräftemangel herrscht besonders in ländlichen Regionen. Viele MFA verlassen den Beruf aufgrund von Überlastung und als zu gering empfundenen oder schwer realisierbaren Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Expertinnen und Experten der Landesärztekammern und Fortbildungseinrichtungen berichten in den Interviews, dass Personalengpässe zu immer geringeren Teilnahmequoten von MFA an Fortbildungsmaßnahmen führen. In einer Befragung des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. im Jahr 2023 gaben 43 Prozent der MFA an, nach der Ausbildung keine weitere Fortbildung absolviert zu haben (VMF 2023). Insbesondere kleinere Praxen können es personell oft nicht ermöglichen, Beschäftigte regelmäßig oder für einen längeren Zeitraum frei zu stellen. Auch wenn Praxisinhaberinnen und -inhabern die Vorteile von Fortbildungen für die Arbeit in der Praxis bewusst sind, sprechen organisatorische und finanzielle Aspekte der Einrichtungen häufig dagegen. Insbesondere längere Aufstiegsfortbildungen sind in der Praxis schwer realisierbar.

In den Interviews mit Expertinnen und Experten wurde in diesem Kontext immer wieder die Erlössicherung angemaht. Nur wenn sich für Arbeitgeber die Investition in die Weiterbildung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lohnt, werden Fortbildungen aktiv unterstützt oder gefördert.

Praxisgemeinschaften/Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ oder Kliniken bzw. Krankenhäuser können fortbildungsbedingte „Personalausfälle“ hingegen leichter kompensieren und bieten darüber hinaus, durch die Breite an Einsatzgebieten, für MFA ein größeres Spektrum an Entwicklungsmöglichkeiten gegenüber Einzelpraxen.

Von Expertinnen und Experten wird zudem vermutet, dass auch der zunehmende Anteil an teilzeitbeschäftigten MFA die Entwicklung eines Rückgangs an zeitintensiven, umfangreichen Fortbildungen verstärkt hat.

Einige Landesärztekammern und Fortbildungseinrichtungen geben zu bedenken, dass je spezieller und umfangreicher eine Fortbildung ist, desto schwieriger ist die Kostendeckung für Anbieter aufgrund von geringen Teilnehmendenzahlen und hohem Personalaufwand. Daher können Fortbildungsangebote nicht immer am Bedarf bestimmter z. B. fachärztlicher Gebiete ausgerichtet werden. Eher werden allgemeinere kurze Fortbildungen angeboten, die eine breite Personengruppe ansprechen, um Interessen zu bündeln.

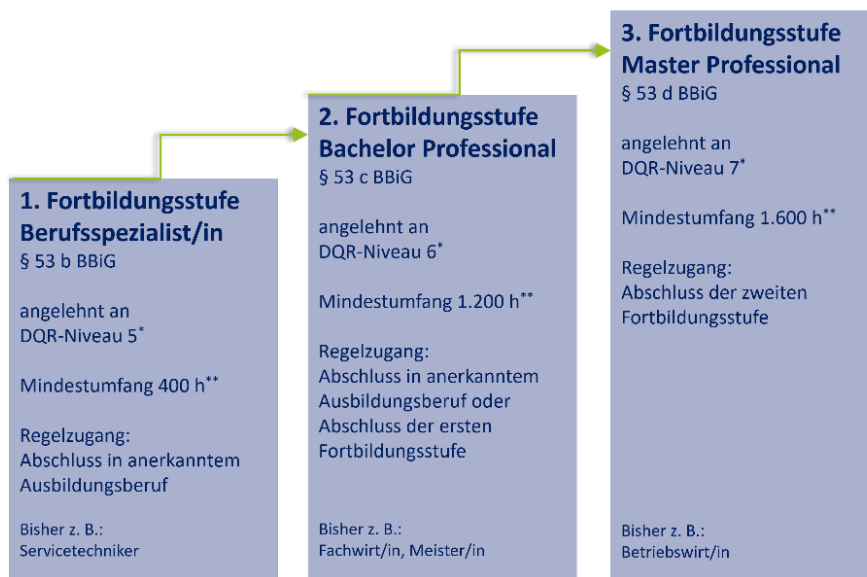
4.7.3 Vorschlag eines Fortbildungs- und Laufbahnkonzept als Orientierungsrahmen

Eine Weisungsaufgabe der BIBB-Voruntersuchung beinhaltet die „Ableitung eines Vorschlags für ein durchlässiges Qualifizierungs- und Aufstiegskonzept mit Abgrenzung der Fortbildungsstufen nach BBiG“. Bezugnehmend auf die vorgestellten Problemlagen und Rahmenbedingungen sowie rechtlichen Möglichkeiten, insbesondere des Berufsbildungsgesetzes, werden nachfolgend die BBiG-Fortbildungsstufen dargestellt und im Anschluss ein im Rahmen der Voruntersuchung entworfenes Berufslaufbahnkonzept skizziert.

Exkurs: BBiG-Fortbildungsstufen

Mit der Novellierung des Berufsbildungsgesetz (BBiG) im Jahr 2020 wurden im § 53 ff. BBiG die Fortbildungsstufen eingeführt, die auf eine abgeschlossene Berufsausbildung aufbauen. Sie sind in drei Kategorien unterteilt: Berufsspezialist, Bachelor Professional und Master Professional. Die Unterschiede zwischen diesen Stufen liegen vor allem in der Komplexität der Qualifikationen, der Dauer der Fortbildung und den damit verbundenen beruflichen Perspektiven (vgl. Abbildung 33).

BBiG – Die drei Fortbildungsstufen



* Die Zuordnung zum DQR erfolgt im Anschluss an die Erarbeitung.

** Es erfolgt keine Differenzierung zwischen Unterricht, Selbstlernen und Praxis.

BIBB 2025

Abbildung 33: Fortbildungsstufen gemäß Berufsbildungsgesetz

Die Reform verfolgte das Ziel, die berufliche Aufstiegsfortbildung in Deutschland grundlegend zu modernisieren und klarer zu strukturieren. Die neuen, an akademische Grade angelehnten Bezeichnungen sollen die Fortbildungsabschlüsse international verständlicher machen, ihre Gleichwertigkeit mit akademischen Abschlüssen betonen, die Anlehnung der Fortbildungsstufen an die Niveaus des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) – Berufsspezialist (angelehnt an DQR-Niveau 5), Bachelor Professional (angelehnt an DQR-Niveau 6), Master Professional (angelehnt an DQR-Niveau 7) – ermöglichen sowie den Übergang zwischen beruflicher und akademischer Bildung erleichtern. Dadurch soll die Attraktivität der beruflichen Bildung gesteigert werden, um dem wachsenden Bedarf an qualifizierten Fach- und Führungskräften gerecht zu werden.

Eine Fortbildungsprüfungsverordnung nach § 53 BBiG wird auf Bundesebene erlassen und legt einheitliche Anforderungen an Inhalte, Struktur und Prüfung der Fortbildung fest. Abschlüsse auf dieser Grundlage gelten bundesweit und sind dadurch in ihrer Qualität und ihrem Qualifikationsniveau vergleichbar. Demgegenüber ermöglicht § 54 BBiG den zuständigen Stellen – beispielsweise den Landesärztekammern – eigene Fortbildungsprüfungsregelungen zu erlassen, wenn keine bundeseinheitliche Regelung besteht. Diese können sich zwischen den Landesärztekammern hinsichtlich Struktur, Umfang und Anforderungen unterscheiden. Dadurch entsteht mehr Gestaltungsspielraum auf regionaler Ebene, gleichzeitig kann jedoch die Vergleichbarkeit der Abschlüsse eingeschränkt sein.

Berufsspezialisten und Bachelor Professional

Die erste Fortbildungsstufe der Berufsspezialisten baut auf der Berufsausbildung auf und zielt darauf ab, spezifische Fachkompetenzen zu erweitern, um anspruchsvollere Aufgaben im jeweiligen Berufsfeld übernehmen zu können. Der Lernumfang zum Erwerb der entsprechenden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten umfasst 400 Stunden. Mit diesem Abschluss können Berufsspezialisten beispielsweise Team- oder Projektverantwortung oder fachliche Verantwortung auf der operativen Ebene übernehmen (vgl. § 53 b BBiG).

Der Bachelor Professional (bisher Fachwirt/-in, Meister/-in) stellt die zweite Fortbildungsstufe dar. Die Absolventen sollen nachweisen, dass sie in der Lage sind „Fach- und Führungsfunktionen zu übernehmen, in denen zu verantwortende Leitungsprozesse von Organisationen eigenständig gesteuert werden, eigenständig ausgeführt werden und dafür Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geführt werden.“ (vgl. § 53 c BBiG). Die Fortbildungen umfassen 1.200 Stunden Lernumfang.

Während Berufsspezialisten sich auf die Vertiefung und Spezialisierung innerhalb eines Berufsfeldes konzentriert, zielt der Bachelor Professional auch auf eine breitere, strategische Qualifizierung ab, die den Einstieg in Führungspositionen ermöglicht.

Master Professional

Der Master Professional stellt die dritte und höchste Stufe der beruflichen Fortbildung in Deutschland dar. Er ist gleichwertig mit einem akademischen Masterabschluss (§ 53 d BBiG), ermöglicht jedoch einen berufsbezogenen, praxisorientierten Qualifikationsweg im dualen Berufsbildungssystem. Durch die Anlehnung an dieselbe DQR-Stufe unterstreicht der Gesetzgeber die Gleichwertigkeit von beruflicher und akademischer Bildung und stärkt die Attraktivität der beruflichen Aufstiegsfortbildung.

Vorschlag eines MFA-Berufslaufbahnkonzeptes

Laut Weisung des Bundesgesundheitsministeriums sollte ein Vorschlag für ein durchlässiges Qualifizierungs- und Aufstiegskonzept unter Berücksichtigung der Fortbildungsstufen nach BBiG erarbeitet werden. Im Folgenden wird ein entsprechendes Berufslaufbahnkonzept für Medizinische Fachangestellten skizziert, das als Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung dienen soll.

Das nachfolgende Konzept konzentriert sich auf die nächstliegenden Fortbildungsmöglichkeiten von MFA bis einschließlich der zweiten Fortbildungsstufe. Auch auf der dritten Fortbildungsstufe

bestehen jedoch vielfältige Anschlussmöglichkeiten wie beispielsweise Master Professional – Geprüfte/r Betriebswirt/in nach BBiG oder Masterstudiengänge im Bereich Medizinpädagogik, Humanmedizin oder Betriebswirtschaftslehre.

Fortbildungswege – Vorschlag eines Berufslaufbahnkonzept MFA

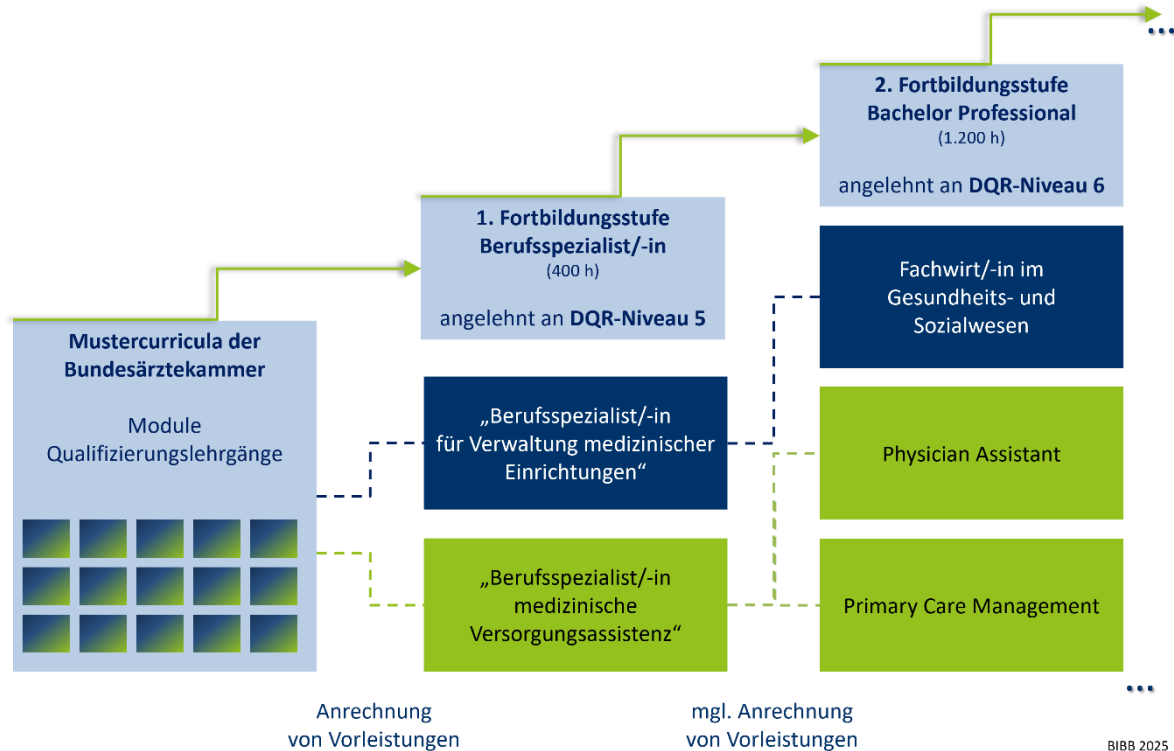


Abbildung 34: Vorschlag eines Berufslaufbahnkonzepts für Medizinische Fachangestellte

Die erste berufliche Fortbildungsstufe sieht die Qualifikation zum/zur Berufsspezialisten/-in vor, die sich zukünftig in zwei zentrale Profile unterteilen könnte:

1. „Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für Verwaltung medizinischer Einrichtungen“
2. „Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in medizinische Versorgungsassistenz“

Erste Fortbildungsstufe: „Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in für Verwaltung medizinischer Einrichtungen“

Absolventinnen und Absolventen der bestehenden Fortbildung „Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung“ (zukünftig könnte die Fortbildung z. B. „Berufsspezialist/-in für Verwaltung medizinischer Einrichtungen“ heißen) übernehmen bereits heute verantwortungsvolle und delegierbare organisatorische und strategische Aufgaben in der Praxisorganisation und -verwaltung, in der organisationsübergreifenden Abstimmung und interprofessionellen Zusammenarbeit bzw. im Schnittstellenmanagement, im Qualitätsmanagement, in der Ausbildung von MFA und in der Patientensteuerung (Triage).

Wie bereits angeführt, wird von den Expertinnen und Experten vor allem eine Einordnung in den DQR für wesentlich erachtet. Dafür könnte eine bundeseinheitliche Fortbildungsprüfungsregelung nach BBiG entwickelt werden. Die Fortbildung sollte noch klarer auf die betriebswirtschaftliche und organisatorische Führung von Praxen und Einrichtungen fokussiert werden. Darüber hinaus könnte

geprüft werden, inwieweit auch die Belange stationärer Einrichtungen berücksichtigt werden sollten, um die berufliche Flexibilität von MFA sicher zu stellen (vgl. Kapitel 4.6).

Die Prüfungsregelung sollte möglichst gemäß § 53 b BBiG als bundeseinheitliche Fortbildungsprüfung erlassen werden. Bereits jetzt entspricht die Fortbildung mit über 400 Stunden Lernumfang den formalen Vorgaben.

Des Weiteren könnte die Zuordnung der bestehenden Fortbildung zum Deutschen Qualifikationsrahmen auch durch einen Antrag bei der Bund-Länder-Koordinierungsstelle erfolgen, die in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis DQR die Prüfung vornimmt.

Als berufliche Perspektive bietet sich auf der 2. Fortbildungsstufe insbesondere der/die Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen an, welche eine Brücke zu weiteren Führungs- und Leitungsaufgaben in vielfältigen Einrichtungen im Gesundheitswesen schlägt.

Erste Fortbildungsstufe: „Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in medizinische Versorgungsassistenz“

Beim zweiten zentralen Profil steht die Stärkung der medizinischen Kompetenz und die Übernahme delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten im Vordergrund. Die Profile der Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPA) und der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) könnten hierfür abgestimmt und weiterentwickelt werden, um weitestgehend eine Zusammenführung zu erreichen. Wahlmodule könnten die Möglichkeit der Spezialisierung auf hausärztliche oder fachärztliche Praxen eröffnen. Ziel wäre es, die ambulante Versorgung zu entlasten und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken – auch außerhalb der Praxen (z. B. in der häuslichen Umgebung) und Einrichtungen. Um die breite inhaltliche Aufstellung dieses Fortbildungsabschlusses zu verdeutlichen, könnte die Bezeichnung „Berufsspezialist/-in medizinische Versorgungsassistenz“ lauten.

Je nach rechtlicher Ausgestaltung könnte eine bundeseinheitliche Fortbildungsprüfungsverordnung gemäß § 53 b BBiG oder eine Fortbildungsprüfungsregelung der zuständigen Stellen (Landesärztekammern) gemäß § 54 BBiG erlassen werden.

Als berufliche Perspektive bietet sich bspw. die Fortbildung Physician Assistant an, welche in vielen Ländern bereits etabliert ist und in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Zweite Fortbildungsstufe: Bachelor Professional – Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen

Auf der zweiten beruflichen Fortbildungsstufe besteht bereits die bundeseinheitliche Fortbildungsprüfungsregelung gemäß § 53 c BBiG „Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen“. Diese Stufe ermöglicht es MFA, Führungspositionen zu übernehmen und strategische Verantwortung in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu tragen. Bei einer Novellierung dieser Fortbildungsprüfungsregelung könnte geprüft werden, inwieweit Einsatzort und Beschäftigungsgebiete der MFA berücksichtigt und die Fortbildungsbezeichnung „Bachelor Professional“ angepasst werden sollten.

Übergänge und Anrechenbarkeit: Durchlässigkeit zwischen dualer und hochschulischer Bildung ermöglichen

Die BIBB-Hauptausschussempfehlung Nr. 171 „Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung“ (HAUPTAUSSCHUSS BIBB, 2020) zielt darauf ab, die Übergänge und

Anrechnungsmöglichkeiten zwischen der beruflichen und der akademischen Bildung in Deutschland zu verbessern. In der Empfehlung wird betont, dass eine stärkere Durchlässigkeit zwischen beiden Bildungsbereichen notwendig ist, um lebenslanges Lernen zu fördern und individuelle Bildungsbiografien flexibler zu gestalten. Konkrete Handlungsfelder sind u. a. die Anrechnung beruflicher Kompetenzen auf Hochschulstudiengänge sowie Transparenz und Vergleichbarkeit. Hierzu werden einheitliche Standards und Verfahren gefordert, um berufliche und akademische Abschlüsse besser vergleichbar zu machen. Dazu gehören die Entwicklung von Anrechnungsmodellen und die Nutzung von Kompetenzbeschreibungen. Ziel ist es, die Chancengleichheit zu erhöhen und dem Fachkräftemangel durch gezielte Bildungswege entgegenzuwirken.

Ein weiteres Anliegen bei der Entwicklung eines Berufslaufbahnkonzepts für MFA ist daher die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung zu fördern. Absolventinnen und Absolventen beruflicher Fortbildungen sollte die Möglichkeit eröffnet werden, ihre Qualifikationen auf hochschulische Abschlüsse anrechnen zu lassen – etwa im Bereich Physician Assistant.

Das konzipierte Laufbahnkonzept zeigt Möglichkeiten, wie Aufstiegswege für MFA transparent und anschlussfähig gestaltet werden könnten. Dabei führen die Wege zunehmend zu Spezialisierungen im medizinischen Bereich einerseits oder im organisatorisch-strategischen Bereich der Praxis-Einrichtungsorganisation andererseits.

Bei einer Umsetzung des Konzeptes sollten insbesondere der modulare Aufbau und Anrechenbarkeit von erbrachten Leistungen berücksichtigt werden. Die Schaffung bundeseinheitlicher Regelungen würden zudem Transparenz, Vergleichbarkeit und somit Profilierung der Fortbildung für MFA unterstützen.

Einschätzung des Beirates

Der Beirat diskutiert den BIBB-Vorschlag eines Berufslaufbahnkonzepts für Medizinische Fachangestellte und unterstützt die Einbindung eines modularen Fortbildungsangebots in das Laufbahnkonzept. Ziel wäre, Berufsspezialisten zu schaffen und eine Anerkennung im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) zu erreichen.

Empfehlung: Fortbildungen

Die Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer sollten gezielt weiterentwickelt und stärker an aktuellen Bedarfslagen ausgerichtet werden. Dies gilt insbesondere für folgende Themen: patientennahe Versorgung und Patientenbegleitung, Patientenberatung, Gesundheitsförderung und Prävention, Kommunikation und Deeskalationstraining, interprofessionelle Zusammenarbeit, Koordination und Praxismanagement, Case- und Care-Management, Digitalisierung und telemedizinische Assistenz, beruflicher Wiedereinstieg von MFA, palliative Versorgung, Notfall- und Katastrophenmanagement sowie Qualitätsmanagement.

Ein (bundeseinheitliches) gestuftes Fortbildungskonzept, welches bestehende Fortbildungsangebote einbindet, sollte zu einem Berufslaufbahnkonzept ausgebaut werden:

Das bestehende Angebot „Fachwirt/Fachwirtin in der medizinischen Versorgung“ sollte als bundeseinheitliche Fortbildungsprüfung gemäß § 53 b (entsprechend der DQR-Stufe 5) als Berufsspezialist geregelt werden.

Um eine (bundeseinheitliche) Fortbildungsprüfung „Berufsspezialist/-in medizinische Versorgungsassistenz“ gemäß § 53 b oder § 54 (entsprechend der DQR-Stufe 5) zu etablieren, sollten bestehende Angebote wie die „Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPA)“ inhaltlich weiterentwickelt werden.

Bei der Umsetzung des Fortbildungskonzeptes sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Die Durchlässigkeit sowie Anrechenbarkeit zwischen den Fortbildungsstufen sowie zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung sollte berücksichtigt sein.
- Die Qualifizierungsangebote sollten modular aufgebaut sein.
- Digitale Formate wie beispielsweise Blended Learning sowie eLearning sollten in die Fortbildungen integriert sein.
- Die Inhalte der Fortbildungen sollten anschlussfähig an delegierbare Aufgaben sein.

5 Das Projekt ProSECoM – Ergebnisse und Implikationen

Hintergrund von ProSECoM

Im Beruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) sind Interaktionen mit Patientinnen und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen ein zentraler Teil des beruflichen Alltags. Daher kommt sozialen und emotionalen Kompetenzen von MFA eine große Bedeutung zu. Etliche Studien bestätigen die Relevanz dieser Kompetenzen für die Qualität der Beziehungen zwischen Mitarbeitenden, die Patientenzufriedenheit sowie für die Arbeitszufriedenheit und die Produktivität in Teams (BIGLU u. a. 2017; DEMING 2017; DOĞRU 2022; KANNING u. a. 2009; MOUDATSOU u. a. 2020; WALTER/KANNING 2003). Fehlende soziale und emotionale Kompetenzen können dagegen mit Unzufriedenheit, Produktivitätseinbußen und gesundheitlichen Belastungen der Mitarbeitenden einhergehen (GIARDINI/FRESE 2006; NIELSEN u. a. 2015; PARKER/ATKINS/AXTELL 2008; PARKER/AXTELL 2001). Trotz ihrer zentralen Bedeutung werden soziale und emotionale Kompetenzen in der Ausbildung von MFA bislang nicht hinreichend thematisiert, auch fehlt es an spezifischem Lernmaterial. Das Projekt **ProSECoM** (Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen von Medizinischen Fachangestellten – **P**romotion of **S**ocial and **E**motional **C**ompetences of **M**edical Assistants) sollte diese Lücke adressieren. ProSECoM baut auf den Ergebnissen des Projekts **CoSMed**² (Kompetenzdiagnostik durch Simulation und adaptives Testen für medizinische Fachberufe - **C**ompetence **D**iagnostics: **S**imulations in **M**edical **S**ettings) auf. Untersuchungen im Rahmen dieses Projekts bestätigten, dass sowohl in Berufsschulen als auch in Ausbildungseinrichtungen nur wenig Lernzeit für die Vermittlung sozial-kommunikativer Inhalte verwendet wird, bzw. diese Themen nur sehr oberflächlich angeschnitten und nicht systematisch gefördert werden (TSCHÖPE/MONNIER 2016).

Daraufhin wurde im Rahmen von CoSMed eine berufliche Anforderungsanalyse durchgeführt mit dem Ziel ein Kompetenzmodell zu entwickeln, welches die für den MFA-Beruf zentralen sozialen und emotionalen Kompetenzen abbildet. Mittels der Critical Incident Technique (Methode der kritischen Ereignisse, FLANAGAN 1954) wurden im Rahmen von Interviews und Workshops berufliche Situationen identifiziert, die hohe Anforderungen an die emotionalen und sozialen Kompetenzen von MFA stellen (z. B. Konfliktsituationen oder Situationen, in denen verschiedene Bedürfnisse aufeinander abgestimmt werden müssen). Es zeigten sich dabei Situationen mit unterschiedlichen Konflikttypen (innerlich vs. äußerlich) und Interaktionspartnern (z. B. Patientinnen und Patienten, Team).

Die Analyse ergab ein Modell mit den drei Kompetenzen Emotionsregulation, Perspektivenkoordination und Kommunikationsstrategien. Emotionsregulation bedeutet, seine eigenen Emotionen wie Ärger oder Unsicherheit innerlich zu regulieren und angemessen nach außen zu reagieren, dies weder zu impulsiv noch zu überangepasst. Perspektivenkoordination bedeutet, die Perspektive und die Bedürfnisse des Gegenübers nachzuvollziehen und diese mit der eigenen Ansicht bzw. den Anforderungen der Praxis zu koordinieren und das eigene Verhalten entsprechend anzupassen. Kommunikationsstrategien bezieht sich auf eine wertschätzende und lösungsorientierte Kommunikation, die allen Beteiligten das Gefühl gibt, ernst genommen und verstanden zu werden. Neben diesem Kompetenzmodell wurde im Projekt CoSMed auch ein digitaler simulationsbasierter Kompetenztest entwickelt, welcher die drei Kompetenzen in einem videogestützten Format bei Auszubildenden zu MFA erfasst. Die Kompetenzmessungen zeigten in allen drei

² Ein Projekt der Forschungsinitiative ASCOT (Förderkennzeichen DB1102) des damaligen BMBF https://www.ascot-vet.net/ascot/de/home/home_node.html

Kompetenzdimensionen erhebliches Entwicklungspotenzial bei den Auszubildenden auf (DIETZEN u. a. 2016; MONNIER u. a. 2016; TSCHÖPE/MONNIER 2016).

Vor dem Hintergrund dieses Entwicklungspotentials und der bisher meist nur oberflächlichen Förderung von sozialen und emotionalen Kompetenzen in der Ausbildung von MFA, hat das Projekt ProSECoM das digitale Training SECoTrain entwickelt und evaluiert, mit welchem die drei oben genannten Kompetenzen von MFA in der Ausbildung effektiv gefördert werden sollen.

ProSECoM – Ziele und Ergebnisse

Im Projekt ProSECoM wurden verschiedene Forschungsfragen adressiert, sowohl in Bezug auf die Effektivität des Trainings – insbesondere hinsichtlich seines digitalen Formats – als auch bezüglich potentieller individueller und institutioneller Einflussbedingungen auf den Kompetenzerwerb. Im Folgenden werden die Entwicklung des Trainings sowie die Evaluation des Trainings kurz dargestellt.

Entwicklung des Trainings

In einer ersten Phase wurden die Rahmenbedingungen für eine mögliche langfristige Integration eines Trainings für soziale und emotionale Kompetenzen in die Ausbildungspraxis in Berufsschulen und Betrieben eruiert. Befragungen und Workshops mit Expertinnen und Experten ergaben, dass eine hohe Relevanz von Lerneinheiten für beide Lernorte Berufsschule und Betrieb gesehen wurde. Das zweite Lehrjahr wurde als am passendsten angesehen, um Inhalte zu sozialen und emotionalen Kompetenzen zu platzieren, da die Auszubildenden dann bereits Erfahrungen in der Praxis gesammelt haben und somit besser an Lerninhalte und etwaige Beispielsituationen angeknüpft werden kann. Außerdem wurde ein digitales Trainingsformat als für Berufsschulen integrierbar und praxistauglich eingeschätzt.

Basierend auf diesen Ergebnissen wurde das Training SECoTrain entwickelt. SECoTrain besteht aus drei ca. 1-stündigen digitalen Lerneinheiten, wobei jede Einheit sich auf eine der drei oben genannten Kompetenzen bezieht. Struktur, Didaktik und Inhalte der drei Einheiten basieren auf Lerntheorien (COLLINS, 1991; EULER, 2001) sowie Theorien und empirischen Arbeiten zu den drei Kompetenzen (MCRAE/GROSS, 2020; SELMAN u. a., 1986; ROSENBERG, 2012). Die Lernenden sollen dazu befähigt werden, mit ihren eigenen Emotionen wie Ärger, Unsicherheit oder starkem Mitgefühl auf eine gesunde und angemessene Weise umzugehen (Emotionsregulation), verschiedene Sichtweisen auf eine soziale Situation wahrzunehmen und lösungsorientiert zusammenzubringen (Perspektivenkoordination), sowie auf eine wertschätzende und lösungsorientierte Weise zu kommunizieren (Kommunikationsstrategien). In jeder Einheit wird zunächst die Relevanz der jeweiligen Kompetenz für den MFA-Alltag verdeutlicht. Im Hauptteil wird theoretisches und praktisches Wissen zu den Kompetenzen vermittelt, und in Übungen mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad geübt und angewandt. Zuletzt wird das Gelernte mit Blick auf den Transfer in den eigenen Ausbildungsalltag reflektiert. In allen Einheiten sind kurze Videos integriert, welche emotional herausfordernde soziale Situationen am Arbeitsplatz zeigen (z. B. einen sich beschwerenden Patienten, einen Konflikt mit einer Kollegin oder eine trauernde Patientin). Diese authentischen Videos sollen die Vermittlung der Kompetenzen sowie deren spätere Anwendung in der Praxis fördern. Eine detaillierte Beschreibung von SECoTrain inklusive Screenshots aus dem Training finden sich in PETERS u. a. (2023) und auf der Projekthomepage (<https://www.bibb.de/de/185832.php>). Im Rahmen einer Pilotierung im Herbst 2022 wurde

SECoTrain auf seine Funktionalität und Praxistauglichkeit geprüft und basierend auf den Rückmeldungen inhaltlich angepasst und finalisiert (s. PETERS u. a., 2023).

Evaluation des Trainings

SECoTrain wurde sowohl in Bezug auf seine generelle Wirksamkeit für die Entwicklung der drei sozialen und emotionalen Kompetenzen als auch in Bezug auf potentielle Einflüsse individueller und institutioneller Bedingungen auf den Kompetenzerwerb evaluiert. Um die Effektivität von SECoTrain zu untersuchen, wurde eine Interventionsstudie mit einer Trainingsgruppe und einer Kontrollgruppe durchgeführt. Vor und nach der Durchführung von SECoTrain wurden in beiden Gruppen die drei Kompetenzen erfasst, um potentielle Veränderungen in diesen feststellen zu können. Nach zwei bis drei Monaten fand eine weitere Messung statt, um zu untersuchen, ob etwaige Veränderungen anhielten. Die Kompetenzen wurden mithilfe eines simulationsbasierten digitalen Verfahrens (SECoTest) erfasst, welches ebenfalls im Rahmen des Projekts entwickelt wurde.

Die Evaluation fand im Herbst/Winter 2023/24 mit angehenden MFA im zweiten Ausbildungsjahr an zehn Berufsschulen in NRW statt. Die finale Stichprobe für die Auswertungen bestand aus 149 Personen in der Trainingsgruppe und 126 in der Kontrollgruppe. Sowohl bei klassischen als auch komplexeren statistischen Auswertungsverfahren zeigte sich ein signifikantes Kompetenzwachstum in der Trainingsgruppe in den Kompetenzen Emotionsregulation und Kommunikationsstrategien. Diese Veränderungen hielten sogar über den Beobachtungszeitraum von drei Monaten an. In der Kontrollgruppe gab es keine bzw. eine tendenziell negative Veränderung. In der Kompetenz Perspektivenkoordination zeigte sich im Mittel keine signifikante Veränderung. Neben den Kompetenzen wurden Trainingsbewertungen vonseiten der Auszubildenden erfasst (z. B. Spaß am Training, Interesse an den Trainingsinhalten), welche insgesamt positiv ausfielen (vgl. SCHNITZLER u. a., 2024). Auch die Rückmeldungen von Lehrkräften aus den Berufsschulen waren durchweg positiv. Analysen zu potentiellen Einflüssen individueller und institutioneller Bedingungen auf den Kompetenzerwerb sind zurzeit noch in Arbeit. Es zeigen sich jedoch sowohl für einige individuelle als auch institutionelle Faktoren signifikante Effekte.

Fazit zu ProSECoM

Die Evaluation von SECoTrain konnte zeigen, dass eine Förderung beruflicher sozialer und emotionaler Kompetenzen mit digitalen Methoden und in relativ kurzer Zeit möglich ist. SECoTrain bietet ein effizientes, ökonomisches und praxisnahes Tool, um bei Auszubildenden zu MFA grundlegende Kompetenzen zu fördern, die sie für den beruflichen Alltag und insbesondere den Umgang mit herausfordernden sozialen Situationen benötigen.

Implikationen aus ProSECoM

Die Ergebnisse aus dem Projekt ProSECoM bieten einige vielversprechende Implikationen für die Ausbildungspraxis und -politik: Das bereits im Vorgängerprojekt CoSMed entwickelte Kompetenzmodell mit den drei Kompetenzen Emotionsregulation, Perspektivenkoordination und Kommunikationsstrategien kann eine Orientierung für Definitionen und konkrete Formulierungen von sozialen und emotionalen Kompetenzen im Rahmen der Erstellung von Ausbildungsinhalten oder konkret Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen bieten. So besteht in Bezug auf die aktuelle Ausbildungsordnung für MFA sowie den Rahmenlehrplan in fast allen Abschnitten bzw. Lernfeldern

Anknüpfungspotential für Lernziele in Bezug auf soziale und emotionale Kompetenzen – in der Ausbildungsordnung zum Beispiel unter „4.1 Betreuen von Patienten und Patientinnen“ sowie „5.4 Arbeiten im Team“, im Lehrplan zum Beispiel in den Lernfeldern 2 („Patienten empfangen“) und 7 („Praxisabläufe im Team organisieren“).

Bei der Vermittlung sozial-emotionaler Kompetenzen ist zu beachten, dass sich die Anforderungen je nach Art der Interaktionssituation erheblich unterscheiden können. Deshalb sollte dafür sensibilisiert werden, dass es notwendig ist, Reaktionen auf unterschiedliche Situationstypen zu lernen und zu üben. Wesentliche Merkmale zur Einteilung konflikthafter Interaktionssituationen sind der/die Interaktionspartner/-in und die Art des Konflikts. Beispiele für offene, äußerliche Konflikte sind Interessenkonflikte bzw. das Missachten der eigenen Belange oder der Praxisbelange durch das Gegenüber, das Anzweifeln der eigenen Kompetenz durch das Gegenüber oder konfrontatives Verhalten des Gegenübers. Aus der Art des Interaktionspartners ergeben sich dabei auch bei gleichem Situationstyp unterschiedliche Anforderungen für die Situationsbewältigung.

Die MFA begegnet Patientinnen und Patienten in einer formaleren Rolle als Kolleginnen und Kollegen, so dass in den Kontakten jeweils andere explizite und implizite Regeln gelten. Hinzu kommt, dass die MFA über Patientinnen und Patienten in der Regel weniger Vorkenntnisse hat und die Begegnung mit ihnen deshalb mit mehr Unsicherheit im Hinblick auf deren Reaktionen verbunden ist. Nicht zuletzt unterscheiden sich die Personengruppen in der Kontakthäufigkeit. Bei Konflikten im Praxisteam sind deshalb Strategien und Verhaltensweisen gefordert, die die Notwendigkeit der weiteren langfristigen Zusammenarbeit berücksichtigen. Nach einer konflikthafter Patientensituation hingegen stehen weitere Begegnungen mit dem Gegenüber meist nur sporadisch an, was einerseits Abstand schafft, andererseits die Möglichkeiten zur Konfliktlösung im Nachgang einschränkt.

Neben Situationen mit offenen, äußerlichen Konflikten, wie sie die gerade aufgeführten Beispiele darstellen, werden sozial-emotionale Kompetenzen aber auch in Situationen mit innerlichen Konflikten benötigt. Bei dieser Art von Konflikt steht z. B. das aktive Ansprechen unangenehmer Themen im Vordergrund oder das Dilemma, verschiedene Belange und Bedürfnisse abwägen und das nachvollziehbare Anliegen eines Gegenübers ablehnen zu müssen und sich dabei auch nicht vom eigenen Mitgefühl überwältigen zu lassen. Auch hier ergeben sich je nach Interaktionspartner/-in unterschiedliche Anforderungen.

Für alle Konflikttypen gilt, dass den aus ihnen erwachsenden sozial-emotionalen Herausforderungen am besten mit kompetenter Emotionsregulation, Perspektivenkoordination und Kommunikation begegnet werden sollte. Dazu gehören

- die Fähigkeit, die eigenen Emotionen und die des Gegenübers wahrzunehmen,
- die Fähigkeit, eine passende Strategie zum Umgang mit den eigenen Emotionen zu nutzen,
- die Fähigkeit, angemessen auf die Emotionen des Gegenübers zu reagieren,
- die Fähigkeit, die Bedürfnisse und Sichtweisen aller an der Situation beteiligten Parteien zu erkennen,
- die Fähigkeit, diese zu koordinieren, um die eigene Reaktion darauf abzustimmen,
- die Fähigkeit, so zu kommunizieren, dass sich das Gegenüber ernstgenommen fühlt – dazu gehört, Verständnis zu äußern, die Umstände der Situation zu erklären und einen Lösungsansatz anzubieten.

Auch für medizinische Berufe mit ähnlichen beruflichen Herausforderungen bietet das Kompetenzmodell Anregungen.

Mit SECoTrain hat das Projekt ProSECoM ein auf seine Wirksamkeit geprüftes Training entwickelt, mit dem die sozialen und emotionalen Kompetenzen von angehenden MFA gefördert werden können. SECoTrain bietet eine ökonomische, effiziente und zeit- und lernortunabhängige Möglichkeit, Auszubildenden diese Kompetenzen näher zu bringen. Die drei Lerneinheiten lassen sich in Lern-Management-Systeme (LMS) wie Ilias und Moodle integrieren und können so prinzipiell in der Schule (z. B. EDV-Räume), von den Auszubildenden zuhause (z. B. privates Tablet) oder auch im Betrieb (z. B. Backoffice) durchgeführt werden. Auch wenn die drei Lerneinheiten sich teilweise aufeinander beziehen, können sie sowohl in der angedachten Reihenfolge als auch losgelöst voneinander durchgeführt und somit an die Anforderungen des Lehrplans angepasst werden. Im Rahmen aktueller Erprobungen in der Praxis wird außerdem Zusatzmaterial für den Einsatz in der Berufsschule entwickelt (z. B. Handlungsleitfaden zur Durchführung von SECoTrain mit Anregungen für die weitere Vertiefung), welches Nutzenden und Interessierten zur Verfügung gestellt werden kann.

Seit Herbst 2025 wird SECoTrain bereits im Rahmen der überbetrieblichen Ausbildung durch die Carl-Oelemann-Schule in Hessen eingesetzt und dort allen Auszubildenden des 2. Ausbildungsjahres zur eigenständigen Durchführung zur Verfügung gestellt. Kooperationen mit anderen Praxispartnern und -partnerinnen sind zurzeit in Vorbereitung.

Auch wenn die Auszubildenden die Einheiten eigenständig bearbeiten können, ist es essentiell, die Inhalte im Rahmen der Ausbildung nochmal gezielt aufzugreifen. Vor der Integration von SECoTrain sollten Lehrkräfte und Auszubildende die Bedeutung der Lerninhalte für die Auszubildenden deutlich machen, um so die Lernmotivation zu fördern. Nach Bearbeitung der Lerneinheiten sollten die Inhalte im Unterricht oder Betrieb thematisiert werden, um sie zu vertiefen und die Anwendung zu üben. So könnten zum Beispiel mithilfe von Rollenspielen oder Gruppenübungen das Einüben von Emotionsregulationsstrategien oder das Hineinversetzen in andere Rollen (z. B. Patientinnen und Patienten, Vorgesetzte) interaktiv in der Klasse geübt werden. In den Ausbildungsbetrieben kann insbesondere eine Reflexion über die Trainingsinhalte im gesamten Praxisteam von großem Mehrwert sein, um so auch betriebsspezifische Herausforderungen zu berücksichtigen und das Thema soziale und emotionale Kompetenzen in den Alltag einzubetten.

Die im Vorfeld entwickelten Videos können ebenfalls als Lehr-/Lernmaterialien genutzt werden. Es wurden insgesamt 42 Videosituationen mit variierenden Merkmalen (z. B. Interaktionspartner/-in, Konfliktart) gedreht, die als mp4 Datei einzeln abgespielt werden können. Lehrkräfte könnten zum Beispiel für die eigene Klasse besonders relevante Konfliktsituationen identifizieren und die passenden Videos mit der Klasse anschauen und diskutieren. Bei der Integration des Trainings in die Ausbildung können auch die – noch ausstehenden – Ergebnisse über die potentiellen Einflussfaktoren auf den Trainingserfolg einen Mehrwert bieten. So könnte sich zum Beispiel die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Unterstützung herausstellen (z. B. von Auszubildenden mit eingeschränkten Deutschkenntnissen) oder auch Empfehlungen für die Gestaltung von Lernumgebungen abgeleitet werden (z. B. die Relevanz eines geschützten Lernraums im Team bzw. der Klasse).

Weiterhin wurde mit dem Messinstrument SECoTest ein Vorgehen entwickelt, wie Leistungsmessungen für soziale und emotionale Kompetenzen simulationsbasiert und digital durchgeführt werden können.

Zusammengefasst bieten die Ergebnisse der Projekte CoSMed und ProSECoM mehrere Implikationen für die Praxis, von Orientierungen für die Formulierung neuer Ausbildungsinhalte und -ordnungen bis zu konkreten Lehr- Lernmaterialien, die einen grundlegenden Einstieg in das Thema emotionale und soziale Kompetenzen für Auszubildende zu MFA bieten können.

Dr. Tanja Tschöpe, Dr. Annalisa Schnitzler

(Projektseite: <https://www.bibb.de/de/185832.php>)

Empfehlung: Nutzung des Onlinetrainings SECoTrain

Zur Förderung personaler, sozialer und emotionaler Kompetenzen von MFA sollte das Onlinetraining SECoTrain in der Ausbildung eingesetzt und die Nutzung für den Fortbildungsbereich geprüft werden.

6 Zielerreichung

Die Voruntersuchung zur Aus- und Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten konnte erfolgreich und innerhalb des geplanten Zeitrahmens abgeschlossen werden. Durch den Einsatz eines Methoden-Mixes gelang es, die Vielschichtigkeit des Untersuchungsfeldes zu erfassen und belastbare Antworten auf die formulierten Weisungsfragen zu entwickeln.

Während des Projektverlaufes fanden personelle Veränderungen statt und anfänglich eingeplante externe Dienstleistungen wurden durch das Projektteam erbracht. Trotzdem konnte das Projekt planmäßig durchgeführt und die Ziele erreicht werden.

Einen wichtigen Beitrag zum Projekterfolg leisteten die Workshops mit Mitgliedern von Prüfungs- und Berufsbildungsausschüssen, die in enger Abstimmung mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. realisiert werden konnten. Ebenso wird der Bundesärztekammer für die Durchführung der Befragung von Kammern zur Fortbildungsnutzung und zum Fortbildungsbedarf ausdrücklich gedankt.

Besonderer Dank gilt zudem allen Teilnehmenden der Interviews, der Online-Befragung und der Workshops sowie den Mitgliedern des Beirats. Der Beirat unterstützte das Projekt nicht nur engagiert in der Feldphase, sondern bereicherte durch fachlichen Austausch und weiterführende Gespräche maßgeblich die Arbeit des BIBB-Projektteams.

7 Empfehlungen

Analyse von aktuellen und zukünftigen Berufsanforderungen der Medizinischen Fachangestellten

Berufliche Anforderungen unterliegen einem kontinuierlichen Wandel. Vor diesem Hintergrund wurde im Projekt untersucht, inwieweit das bestehende Qualifikationsprofil der MFA den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen gerecht wird. Dabei standen insbesondere gesellschaftliche, technologische und arbeitsorganisatorische Entwicklungen im Vordergrund.

Empfehlung: Medizinische Fachkenntnisse sachgerecht anwenden

In der MFA-Ausbildung sollte der Fokus auf praxisnahe medizinische Fachkenntnisse gelegt werden. Damit MFA Dringlichkeiten sicher einschätzen und patientenorientiert handeln können, benötigen sie medizinische Fachkenntnisse zu Krankheitsbildern, Symptomen, Ansteckungs- und Verbreitungswegen sowie zu grundlegenden Aspekten der Arzneimittelkunde. Stark spezialisierte oder überwiegend theoretische Inhalte wie die Unterscheidung von Gewebetypen sollten hingegen kritisch überprüft und zugunsten unmittelbar berufsrelevanter Inhalte reduziert werden.

Empfehlung: Ärztliche Diagnostik unterstützen

In der MFA-Ausbildung sollte die Assistenz bei ärztlicher Diagnostik weiterhin einen zentralen Stellenwert einnehmen, insbesondere die sichere Erhebung von Vitalparametern sowie die Unterstützung diagnostischer Maßnahmen.

Empfehlung: Laboruntersuchungen unterstützen und Ergebnisse einordnen

In der MFA-Ausbildung sollten Inhalte zu Laborarbeiten stärker an der heutigen Praxis ausgerichtet werden, mit einem Fokus auf Präanalytik wie Probengewinnung, Durchführung von Schnelltests sowie Dokumentation und Einordnung der Untersuchungsergebnisse. Zeitintensive oder manuelle Labortätigkeiten wie Mikroskopieren oder Zellen auszählen, die überwiegend an externe Labore ausgelagert sind, sollten hingegen reduziert oder aus dem Ausbildungsrahmenplan gestrichen werden.

Empfehlung: Bei medizinischen Behandlungen assistieren

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen im Bereich Impfen und Wundversorgung gestärkt werden, während selten durchgeführte Verfahren wie Wärme-, Kälte- und Reizstromtherapien, Gipsen, Tapedieren oder Katheterisieren reduziert werden könnten.

Zugleich sollte geprüft werden, inwieweit die Vermittlung von Kompetenzen im Bereich „Anlegen von Kompressionsverbänden“ in der Ausbildung perspektivisch sinnvoll wäre, um MFA auf die Anforderungen einer zunehmend ambulanten Versorgung vorzubereiten.

Empfehlung: Medizinprodukte und medizinische Geräte handhaben, Hygienestandards sicherstellen

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen zur Einhaltung von Hygienestandards, zum sachgerechten Umgang mit medizinischen Geräten sowie zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation vermittelt werden, ebenso wie Kompetenzen zur Wartung, Dokumentation und zum Erkennen und Beheben einfacher technischer Probleme. Vertiefte Inhalte zur

Medizinprodukteaufbereitung können spezialisierten Fortbildungen vorbehalten bleiben oder in Form von Zusatzqualifikationen (§ 49 BBiG) vermittelt werden.

Empfehlung: In Akut-, Notfall- und Krisensituationen sicher handeln

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen zum Erkennen und Handeln in Akut- und Notfallsituationen, zur Priorisierung von Maßnahmen, zur Sicherstellung einsatzbereiter Notfallmaterialien sowie zur Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten vermittelt werden. Ergänzend sollten MFA Konzepte für Krisen- und Ausnahmesituationen kennen und bei der Umsetzung unterstützen.

Empfehlung: Interprofessionelle Kompetenzen stärken

In der MFA-Ausbildung sollten Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit gezielt gestärkt werden. Medizinische Fachangestellte übernehmen im Versorgungsalltag eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen Patientinnen und Patienten sowie unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hierfür sind insbesondere ein klares Rollenverständnis im interprofessionellen Team, Kenntnisse über Versorgungsprozesse sowie die Fähigkeit erforderlich, Informationen strukturiert zu dokumentieren, sich mit anderen Berufsgruppen abzustimmen und lösungsorientiert zusammenzuarbeiten.

Empfehlung: Patientinnen und Patienten situationsgerecht betreuen und beraten

In der MFA-Ausbildung sollte die patientenorientierte Betreuung und Beratung stärker verankert werden, insbesondere der Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen sowie chronisch kranken und palliativ zu versorgenden Personen. Dabei sollte kultursensibles Handeln berücksichtigt werden.

Empfehlung: Soziale und personale Kompetenzen stärken

In der MFA-Ausbildung sollten soziale, personale und emotionale Kompetenzen vertieft werden, insbesondere der professionelle Umgang mit Konflikten, Stress- und Belastungssituationen sowie die Fähigkeit zur Selbstfürsorge und zur angemessenen Emotionsregulation. Ebenso wichtig ist die Förderung von Reflexions- und Anpassungsfähigkeit sowie die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen, damit MFA auch in herausfordernden Arbeitssituationen handlungssicher, teamfähig und langfristig gesund bleiben.

Empfehlung: Situations- und adressatengerecht kommunizieren

Um die Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu gewährleisten, sollten sprachliche und kommunikative Kompetenzen gezielt gestärkt werden, insbesondere die sichere mündliche und schriftliche Kommunikation in deutscher Sprache sowie die verständliche Vermittlung medizinischer Inhalte.

Zudem sollten der professionelle Umgang mit Patientinnen und Patienten ohne Deutschkenntnisse sowie grundlegende berufsbezogene Englischkenntnisse vermittelt werden.

Empfehlung: Arbeitsabläufe organisieren und priorisieren

In der MFA-Ausbildung sollten organisatorische Kompetenzen, insbesondere die Priorisierung von Aufgaben und Terminen nach Dringlichkeit sowie die Steuerung von Patientenströmen gezielt gestärkt werden, um eine effiziente und sichere Patientenversorgung im Einrichtungsalltag zu gewährleisten. Ergänzend sollte geprüft werden, ob berufsspezifische Aspekte zu Nachhaltigkeit und Umweltschutz bei der Arbeitsorganisation über die Standardberufsbildpositionen hinaus in der MFA-Ausbildung vermittelt werden sollten.

Empfehlung: Digitale Anwendungen sicher nutzen

Für eine zunehmend vernetzte Patientenversorgung sollten in der MFA-Ausbildung digitale Kompetenzen wie die sichere Anwendung von Praxissoftware und digitalen Anwendungen sowie der routinierte Umgang mit digitalen Kommunikationskanälen unter Beachtung rechtlicher Vorgaben zum Datenschutz und zur Datensicherheit vertieft werden.

Des Weiteren sollte die Bedienung digitaler Endgeräte sowie die Fähigkeit, bei Störungen entsprechende Schritte einzuleiten, vermittelt werden.

Empfehlung: Kaufmännische-verwaltende Aufgaben durchführen

In der MFA-Ausbildung sollten kaufmännisch-verwaltende Kompetenzen weiterhin einen hohen Stellenwert einnehmen, insbesondere in den Bereichen Abrechnungs- und Formularwesen. Inhalte wie Briefmaße kennen und Porto berechnen, Marketing oder vertiefte vertragsrechtliche Themen sollten reduziert oder gestrichen werden.

Empfehlung: Qualitätsprozesse sichern und Weiterentwicklung unterstützen

In der MFA-Ausbildung sollte das Qualitätsmanagement mit Fokus auf Patientensicherheit, die Koordination von Qualitätskontrollen sowie die systematische Dokumentation und Optimierung von Arbeitsabläufen vermittelt werden, um MFA auf die steigenden organisatorischen und regulatorischen Anforderungen im Praxisalltag vorzubereiten.

Sachkunde im Bereich des Strahlenschutzes und der Medizinprodukteaufbereitung

Im Rahmen der Voruntersuchung sollten Empfehlungen für die Vermittlung der berufsbezogenen Sachkunde im Bereich des Strahlenschutzes („Röntgenschein“) und der Medizinprodukteaufbereitung abgeleitet werden.

Empfehlung: Kenntnisse im Strahlenschutz

Ein Befähigungsnachweis zur Durchführung von bildgebenden Verfahren („Röntgenschein“) sollte nicht in die MFA-Ausbildung integriert werden. Die Vermittlung entsprechender Kenntnisse sollte weiterhin bedarfsorientiert über Fort- und Weiterbildungen erfolgen.

Empfehlung: Sachkenntnis in der Medizinprodukteaufbereitung

Die Sachkenntnis in der MPA sollte über bereits bestehende oder neu zu schaffende zertifizierte Fortbildungen vermittelt werden, die auf die Bedürfnisse der Praxen und Einrichtungen abgestimmt sind (z. B. gemäß Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer).

Darüber hinaus sollte in der Ausbildung der MFA eine kodifizierte Zusatzqualifikation gemäß § 49 BBiG zum Erlangen der Sachkenntnis in der Medizinprodukteaufbereitung verordnet werden.

Schnittstellen und Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen

Der Beruf der MFA weist fachliche und organisatorische Schnittstellen zu anderen Gesundheitsberufen auf. Im Rahmen der Untersuchung sollte geprüft werden, in wieweit Überschneidungen zu Anforderungen sowie Tätigkeiten anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen bestehen (u. a. Pflegefachpersonen sowie Berufe in der medizinischen Technologie, und im Bereich der anästhesietechnischen und operationstechnischen Assistenz).

Empfehlung: Schnittstellen und Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen

Zusammenfassend zeigen die Projektergebnisse, dass zwar inhaltliche Überschneidungen auf Ebene der Curricula und in der Wahrnehmung einzelner Aufgaben und Tätigkeiten bestehen, die jeweiligen Berufsprofile jedoch klar voneinander abgrenzbar sind. Die Unterschiede liegen insbesondere in der fachlichen Komplexität der Tätigkeiten, im Grad der jeweiligen Spezialisierung und den entsprechend erweiterten Handlungsspielräumen.

Um sinnvolle Schnittstellen und Überschneidungen im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe sowie notwendige Abgrenzungen der Berufsprofile zu gewährleisten, sollte bei der Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung der MFA auf klare Rollenverteilungen und Zuständigkeitsbereiche geachtet werden.

Struktur des Ausbildungsberufs

Gemäß Weisung sollte die Voruntersuchung auch Erkenntnisse zur bestehenden und empfohlenen zukünftigen Struktur der Ausbildung gewinnen.

Empfehlung: Ausbildungsstruktur

Die generalistische Ausbildung (Monoberuf) von Medizinischen Fachangestellten sollte beibehalten werden. Aufgrund der Heterogenität der Ausbildungseinrichtungen wird empfohlen, praxis- bzw. einrichtungsübergreifende oder überbetriebliche Ausbildungsphasen zu integrieren.

Rahmenbedingungen und Gestaltung der Abschlussprüfung

Auf Grundlage der Untersuchungsergebnisse sollten Empfehlungen zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung der Abschlussprüfung sowie zur zukünftigen Ausgestaltung der Prüfungsstruktur abgeleitet werden.

Empfehlung: Strukturelle Gestaltung und Umsetzung der Abschlussprüfung

Bei der Gestaltung der neuen Abschlussprüfungen sollen abgrenzbare Prüfungsbereiche formuliert und inhaltliche Überschneidungen vermieden werden.

Für eine bessere Vergleichbarkeit und Vereinheitlichung wird eine zentrale Aufgabenerstellung für den schriftlichen Teil der Prüfung empfohlen. Darüber hinaus sollten für die gesamte Prüfung einheitliche Standards hinsichtlich Ablauf, Prüfungsausstattung (z. B. technische Bedingungen, räumliche Ausstattungen) und Bewertungskriterien gelten.

Zum schriftlichen Teil der Prüfung wird bezüglich der Aufgabenformate eine Kombination aus geschlossenen (z. B. Multiple-Choice-Aufgaben) und offenen Formaten empfohlen. Bei der Prüfungsorganisation sollte eine zeitliche Entzerrung der einzelnen Prüfungsteile realisiert werden.

Bei Prüfungen sollten Praxisnähe und -relevanz durch komplexe berufliche Handlungssituationen gestärkt werden, die möglichst die Unterschiede in den Ausbildungseinrichtungen berücksichtigen. Dazu könnten realitätsnahe Fallbeispiele sowie die Simulation mit echten Personen dienen.

Es wird empfohlen, den praktischen Prüfungsteil im Verhältnis zur schriftlichen Prüfung stärker zu gewichten oder eine Sperrfachregelung für den praktischen Teil der Prüfung einzuführen, die bei erheblicher Patientengefährdung greift

Empfehlung: Inhaltliche Gestaltung der Abschlussprüfung

Im Bereich Abrechnung und Verwaltung sollten die unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten ärztlicher Leistungen (z. B. EBM, Privatabrechnung, IGeL) stärker in die Prüfung integriert werden.

Mit Blick auf Digitalisierung und Telematikinfrastruktur sollte der Umgang mit digitalen Anwendungen und Praxissoftware (z. B. ePA, eAU, eRezept, KIM) sowie die Berücksichtigung der IT-Sicherheit geprüft werden.

Soziale und personale Kompetenzen (z. B. patientenorientierte Kommunikation, Konfliktbewältigung, Umgang mit heterogenen Personengruppen) sollten einen höheren Stellenwert einnehmen und in realitätsnahen Prüfungssituationen nachgewiesen werden.

Notfälle und Akutsituationen (z. B. Erste Hilfe, Reanimation, Ersteinschätzung) sollten in praktischen Prüfungen und/oder in komplexen Fallaufgaben geprüft werden.

Empfehlung: Zukünftige Prüfungsstruktur

Auf Grundlage der Projektergebnisse erscheint die Einführung der Gestreckten Abschlussprüfung in der Ausbildung der MFA eher nicht sinnvoll. Es sollte eher bei der bisherigen Zwischen- und Abschlussprüfung bleiben.

Erweiterte Handlungsspielräume und Entscheidungsfreiheiten im bestehenden Rechtsrahmen

Im Rahmen der Voruntersuchung sollte geprüft werden, ob für MFA innerhalb der bestehenden rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Kontext von Delegation und Substitution, neue Handlungs- und Entscheidungsräume definiert werden können.

Empfehlung: Delegation – Übertragung ärztlicher Tätigkeiten

Eine substituierende Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten durch Medizinische Fachangestellte wird nach aktueller Rechtslage und fachlicher Einschätzung nicht empfohlen.

Eine erweiterte Delegation im Sinne der möglichen Übertragung zusätzlicher ärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte MFA sollte unterstützt und entsprechende Kompetenzen vermittelt werden.

In der MFA-Ausbildung sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen, die konkrete Ausgestaltung und die Grenzen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten umfassend vermittelt werden.

Möglichkeiten zur Erweiterung der Handlungskompetenz der MFA im derzeit gültigen Rechtsrahmen werden für die Ausbildung beispielsweise in den Bereichen standardisierte Anamnesevorbereitung, Ersteinschätzung von Patientinnen und Patienten, Wundversorgung, erweiterter Impfkompentenz, Schnittstellenmanagement und Unterstützung bei der präventiven Beratung gesehen.

Es gilt zu prüfen und zu priorisieren, welche der genannten Bereiche in die MFA-Ausbildung integriert werden und ob dafür Inhalte der Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer berücksichtigt werden sollten.

Für Bereiche, die nicht in die Ausbildung integriert werden, sollten Fortbildungen angeboten werden.

Es sollte diskutiert werden, ob in der Vereinbarung zur Delegation von ärztlichen Leistungen (Anlage 24 BMV-Ä) Ergänzungen und/oder Präzisierungen (insbesondere bei den delegierbaren ärztlichen Tätigkeiten und/oder den typischen Mindestqualifikationen) erforderlich sind, um erweiterte oder neue Aufgabenfelder abzubilden. Dies gilt auch für die Frage, ob es sinnvoll ist, die bisher auf die ambulante Versorgung bezogene Vereinbarung um Aspekte des stationären Bereiches zu ergänzen.

Für die Überarbeitung der Anlage 24 BMV-Ä ist ein gemeinsames Verständnis delegierbarer Leistungen wesentlich. Daher sollten möglichst alle beteiligten Berufsgruppen bei der Bearbeitung eingebunden werden.

Es sollte jeweils geprüft werden, inwieweit eine Abrechnung delegierbarer Leistungen realisiert werden kann.

Vorschlag für ein durchlässiges Qualifizierungs- und Aufstiegskonzept

Auf Grundlage der Qualifikationsanalyse sollte gemäß der Weisung ein durchlässiges Qualifizierungs- und Aufstiegskonzept entwickelt werden, dass die Ausbildungsinhalte klar von möglichen Fortbildungsstufen nach BBiG abgrenzt.

Empfehlung: Fortbildungen

Die Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer sollten gezielt weiterentwickelt und stärker an aktuellen Bedarfslagen ausgerichtet werden. Dies gilt insbesondere für folgende Themen: patientennahe Versorgung und Patientenbegleitung, Patientenberatung, Gesundheitsförderung und Prävention, Kommunikation und Deeskalationstraining, interprofessionelle Zusammenarbeit, Koordination und Praxismanagement, Case- und Care-Management, Digitalisierung und telemedizinische Assistenz, beruflicher Wiedereinstieg von MFA, palliative Versorgung, Notfall- und Katastrophenmanagement sowie Qualitätsmanagement.

Ein (bundeseinheitliches) gestuftes Fortbildungskonzept, welches bestehende Fortbildungsangebote einbindet, sollte zu einem Berufslaufbahnkonzept ausgebaut werden:

Das bestehende Angebot „Fachwirt/Fachwirtin in der medizinischen Versorgung“ sollte als bundeseinheitliche Fortbildungsprüfung gemäß § 53 b (entsprechend der DQR-Stufe 5) als Berufsspezialist geregelt werden.

Um eine (bundeseinheitliche) Fortbildungsprüfung „Berufsspezialist/-in medizinische Versorgungsassistenz“ gemäß § 53 b oder § 54 (entsprechend der DQR-Stufe 5) zu etablieren, sollten bestehende Angebote wie die „Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPA)“ inhaltlich weiterentwickelt werden.

Bei der Umsetzung des Fortbildungskonzeptes sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Die Durchlässigkeit sowie Anrechenbarkeit zwischen den Fortbildungsstufen sowie zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung sollte berücksichtigt sein.
- Die Qualifizierungsangebote sollten modular aufgebaut sein.
- Digitale Formate wie beispielsweise Blended Learning sowie eLearning sollten in die Fortbildungen integriert werden.
- Die Inhalte der Fortbildungen sollten anschlussfähig an delegierbare Aufgaben sein.

Bedeutung sozialer und emotionaler Kompetenzen in der MFA-Ausbildung

Gemäß Weisung sollten die Erfahrungen des BIBB-Forschungsprojekts ProSECoM zu sozialen und emotionalen Kompetenzen in der Voruntersuchung berücksichtigt und ihre Integration in die Weiterentwicklung der Ausbildung geprüft werden.

Empfehlungen: Nutzung des Onlinetrainings SECoTrain

Zur Förderung personaler, sozialer und emotionaler Kompetenzen von MFA sollte das Onlinetraining SECoTrain in der Ausbildung eingesetzt und die Nutzung für den Fortbildungsbereich geprüft werden.

8 Ausblick und Transfer

Der Abschlussbericht wird dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur weiteren Veranlassung übergeben.

Die Ergebnisse sollen den Bundesministerien und Sozialpartnern zur Entscheidung über das weitere Vorgehen in der Gestaltung und Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten dienen. Darüber hinaus könnten die Erkenntnisse in einer möglichen Neuordnung sowie in weiteren Veröffentlichungen berücksichtigt werden.

Nach Freigabe durch die Ministerien wird der Bericht auf der Webseite des BIBB veröffentlicht. Weiterhin wird er allen Sachverständigen des Beirats und den an der Voruntersuchung Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Literaturverzeichnis

ANNEN, S.; PAULINI-SCHLOTTAU, H. (2009): Kodifizierte Zusatzqualifikationen in anerkannten Ausbildungsberufen - Erstmals im Ausbildungsberuf Musikfachhändler/-in umgesetzt. In: BWP 38 (2009) 3, S. 23–26. www.bwp-zeitschrift.de/de/bwp.php/de/bwp/show/1587

BERUFSBILDUNGSGESETZ (BBiG) vom 16. April 2005 (BGBl. I S. 2025)
https://www.gesetze-im-internet.de/bbig_2005/

BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) (2021): Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Positionen_BAEK_zu_einer_interdisziplinaren_u._teamorientierten_Patientenversorgung_2023-12-20.pdf (abgerufen: 13.03.2026)

BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) (2026): Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer zur „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“
(https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Muster-FB_MP-Aufbereitung_Final.pdf) (abgerufen: 11.03.2026)

BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK); KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (2008): Stellungnahme zur „Persönlichen Leistungserbringung - Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Empfehlungen_Persoeneleche_Listungserbringung.pdf (abgerufen: 12.03.2026)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2017): Gesetz über die Pflegeberufe. Pflegeberufegesetz (PflBG). vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert am 28. Oktober 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 259).
<https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf> (abgerufen: 03.02.2026)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2019): Gesetz über den Beruf der Anästhesietechnischen Assistentin und des Anästhesietechnischen Assistenten und über den Beruf der Operationstechnischen Assistentin und des Operationstechnischen Assistenten. Anästhesietechnische- und Operationstechnische Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G) vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768), zuletzt geändert am 20. Juli 2022 (BGBl. I S. 1174).
<https://www.gesetze-im-internet.de/ata-ota-g/ATA-OTA-G.pdf> (abgerufen: 03.02.2026)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2021): Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie. MT Berufe-Gesetz (MTBG) vom 24. Februar 2021 (BGBl. I S. 274), zuletzt geändert am 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359). <https://www.gesetze-im-internet.de/mtbg/MTBG.pdf> (abgerufen: 03.02.2026)

BUNDESTAG (2004): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der beruflichen Bildung (Berufsbildungsreformgesetz - BerBiRefG). Drucksache 15/3980 vom 24.10.2004.
<https://dserver.bundestag.de/btd/15/039/1503980.pdf> (Stand: 17.09.2025)

DEUTSCHER HOCHSCHULVERBAND PHYSICIAN ASSISTANT E.V. (DHPA) (2025): Datenerhebung DHPA 2024. Zahlen zu Studierenden und Studiengängen in Deutschland. Rheine. <https://www.hochschulverband-pa.de/wpcontent/uploads/2025/02/Datenerhebung-DHPA-2024-07.02.2025.pdf> (abgerufen: 03.02.2026)

DRÖGE, K. (2024): noScribe. AI-powered Audio Transcription. Version 0.5.
<https://github.com/kaixxx/noScribe>

GROSS, G.; HASERÜCK, A.; KURZ, C.; LAU, T. (2025): Künstliche Intelligenz: Was Kollegin KI alles leisten kann. In: Deutsches Ärzteblatt 122 (Sonderausgabe KI).
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/5a4f3af4-15e3-46dd-a9e7-2e1b72e11267> (abgerufen: 12.03.2026)

GUTSCHOW, K.; LORIG, B. (2022): Kodifizierte Zusatzqualifikationen - Ziele, Modelle und Verbreitung. In: BWP 03 (2022), S. 27-30, Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)

HAUPTAUSSCHUSS DES BUNDESINSTITUTS FÜR BERUFSBILDUNG (BIBB) (Hrsg.) (2014): Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur Struktur und Gestaltung von Ausbildungsordnungen – Prüfungsanforderungen vom 12.12.2013 (ersetzt Nr. 119, Dezember 2006) Bundesanzeiger Amtlicher Teil (BAz AT 13.01.2014, S.1)
<https://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA158.pdf> (abgerufen: 12.03.2026)

HAUPTAUSSCHUSS DES BUNDESINSTITUTS FÜR BERUFSBILDUNG (BIBB) (Hrsg.) (2020): Empfehlungen des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur „Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung“ vom 1. September 2020. Bonn 2020.
<https://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA171.pdf> (abgerufen: 16.03.2026)

HAUPTAUSSCHUSS DES BUNDESINSTITUTS FÜR BERUFSBILDUNG (BIBB) (Hrsg.) (2020): Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung vom 17. November 2020 zur „Anwendung der Standardberufsbildpositionen in der Ausbildungspraxis“. Bonn 2020.
<https://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA172.pdf> (abgerufen: 12.03.2026)

HAUPTAUSSCHUSS DES BUNDESINSTITUTS FÜR BERUFSBILDUNG (BIBB) (Hrsg.) (2021): Erläuterungen zu den modernisierten Standardberufsbildpositionen. Bonn, 2021a.
https://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA_Erlaeuterungen-der-integrativ-zu-vermittelnden-Fertigkeiten-Kenntnisse-und-Faehigkeiten.pdf (Stand: 12.03.2026)

HAUSÄRZTINNEN- UND HAUSÄRZTEVERBAND E.V. (HÄV) (2024): HÄPPI. Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell. Ein Konzept des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes.
https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_07_15_HAEPPI_Konzeptpapier_lang.pdf (abgerufen: 09.03.2026)

HILDEBRANDT, H., SCHLIFFKE, M., RENNER, S., STURM, H., WENDEL, P. (2026): Delegation im Praxisteam. Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung. Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung. Bertelsmann Stiftung.

JEDRO, C. U. A. (2020): Akzeptanz der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an Medizinische Fachangestellte. Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Deutsches Ärzteblatt 2020, 117, S. 583-590

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), GKV-SPITZENVERBAND (2009): Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) vom 17. März 2009 in der Fassung vom 17. Juli 2023, https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-08-delegationsvereinbarung/08_Delegation.pdf (abgerufen: 09.03.2026)

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), GKV-SPITZENVERBAND (2013): Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013.

https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24_Delegation.pdf (abgerufen: 09.03.2026)

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV), GKV-SPITZENVERBAND (2025): Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), <https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/bmv-aerzte.pdf> (abgerufen: 09.03.2026)

Leinert, J.; Hamburg, A.; Schilcher C. (2026): Teamarbeit gegen den Ärztemangel Aufgabenteilung aus Sicht der Hausärzte, der Bevölkerung und der Patienten. Spotlight Gesundheit 02/2026. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.).

MAIER, T.; KREBS, B.; SONNENBURG, A.; RONSIEK, L. (2025): Detailliertes, langfristiges Monitoring des Bedarfes an und Angebotes von Gesundheitsberufen. BMG-Fachkräftemonitoring – Abschlussbericht. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), urn:nbn:de:0035-1134-9

MAYRING, PHILIPP (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim

MAYRING, PHILIPP (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. Forum Qualitative Sozialforschung FQS 20, H. 3, Art. 16

OETTEL, J.; WOLF, R.; ZSCHILLE, M.; LEIBNER, M. (2021): Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Zi-Paper 17/2021

OETTEL, J.; ZSCHILLE, M.; LEIBNER, M. (2022): Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Zi-Paper 23/2022

OKOYE, K.; HOSSEINI, S. (2024): Mann–Whitney U Test and Kruskal–Wallis H Test Statistics in R. In: Kingsley Okoye und Samira Hosseini (Hg.): R Programming. Statistical Data Analysis in Research. 1st ed. 2024. Singapore: Springer Nature Singapore; Imprint Springer, S. 225-246.

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN UND IN DER PFLEGE (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. DOI: 10.4126/FRL01-006400072 (Stand: 11.03.2026)

SCHWARZ, H./ BRETSCHNEIDER, M. (2014): Alles „Krumme Hunde“? Zur Strukturierung von Ausbildungsberufen im dualen System. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online. Ausgabe 25, 1-18. http://www.bwpat.de/ausgabe25/schwarz_bretschneider_bwpat25.pdf (abgerufen: 09.03.2026)

SEKRETARIAT DER KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (Hrsg.) (2021): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Berlin 2021a. URL: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2021/2021_06_17-GEP-Handreichung.pdf (Stand: 11.03.2026)

STATISTISCHES BUNDESAMT: Berufsbildungsstatistik, Wiesbaden, www.destatis.de

VERBAND MEDIZINISCHER FACHBERUFE (VMF) (2025): PRAXISNAH 9+10/2025, S. 29-30

VERORDNUNG ÜBER DIE BERUFSAUSBILDUNG ZUM MEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN/ZUR MEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN vom 26.04.2006 (BGBl. I S. 1097)

WATKINS, MARLEY W. (2018): Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. In: Journal of Black Psychology 44 (3), S. 219-246. DOI: 10.1177/0095798418771807.

WOLF F, U. A. (2023): Einstellungen von Hausärzt:innen und Medizinischen Fachangestellten zur Delegation ärztlicher Leistungen - Ergebnisse einer Befragung in Berlin, Brandenburg und Thüringen. Das Gesundheitswesen 2023, 85(12), S. 1115-1123

Literaturverzeichnis ProSECoM

BIGLU, M. et al (2017): Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. In: *Materia socio-medica* 29 (2017) 3, S. 192-195

COLLINS, A. M.; BROWN, J. S.; HOLUM, A. B. (1991): Cognitive apprenticeship: Making thinking visible. In: *American Educator: The Professional Journal of the American Federation of Teachers* 15 (1991) 3

DEMING, D. J. (2017): The Growing Importance of Social Skills in the Labor Market. In: *The Quarterly Journal of Economics* 132 (2017) 4, S. 1593-1640

DIETZEN, A.; TSCHÖPE, T.; MONNIER, M.; SRBENY, C. (2016): Berufsspezifische Messung sozialer Kompetenzen auf der Basis eines Situational Judgement Tests bei Medizinischen Fachangestellten im Projekt CoSMed. In: Beck, Klaus.; Landenberger, Margarete.; Oser, Fritz. (Hrsg.): *Technologiebasierte Kompetenzen in der beruflichen Bildung: Ergebnisse aus der BMBF-Förderinitiative ASCOT*. Bielefeld 2016, S. 225-241

DOĞRU, Ç. (2022): A Meta-Analysis of the Relationships Between Emotional Intelligence and Employee Outcomes. In: *Frontiers in Psychology* 13 (2022), S. 611348

EULER, D. (2001): Manche lernen es - aber warum? In: *Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik* 97 (2001) 3, S. 346-374

FLANAGAN, J. C. (1954): The critical incident technique. In: *Psychological Bulletin* 51 (1954) 4, S. 327-359

GIARDINI, A.; FRESE, M. (2006): Reducing the negative effects of emotion work in service occupations: Emotional competence as a psychological resource. In: *Journal of occupational health psychology* 11 (2006) 1, S. 63-75

KANNING, U. P.; BERGMANN, N.; EBLE, V.; GÄRTNER, S. (2009): Bedeutung sozialer Kompetenzen des Servicepersonals für die Kundenzufriedenheit in drei verschiedenen Branchen. In: *Wirtschaftspsychologie* 11 (2009), S. 52-58

MCRAE, K.; GROSS, J. J. (2020): Emotion regulation. In: *Emotion* 20 (2020) 1, S. 1-9

MONNIER, M.; TSCHÖPE, T.; SRBENY, C.; DIETZEN, A. (2016): Occupation-specific social competences in vocational education and training (VET): The example of a technology-based assessment. In: *Empirical Research in Vocational Education and Training* 8 (2016) 1, S. 1-18

MOUDATSOU, M.; STAVROPOULOU, A.; PHILALITHIS, A.; KOUKOULI, S. (2020): The role of empathy in health and social care professionals. In: *Healthcare* 8 (2020) 1

NIELSEN, L.; MEILSTRUP, C.; NELAUSEN, M. K.; KOUSHEDE, V.; HOLSTEIN, B. E. (2015): Promotion of social and emotional competence. In: *Health Education* 115 (2015) 3/4, S. 339-356

PARKER, S. K.; ATKINS, P. W. B.; AXTELL, C. M. (2008): Building better workplaces through individual perspective taking: A fresh look at a fundamental human process. In: *International review of industrial and organizational psychology* 23 (2008), S. 149-196

PARKER, S. K.; AXTELL, C. M. (2001): Seeing another viewpoint: Antecedents and outcomes of employee perspective taking. In: Academy of Management Journal 44 (2001) 6, S. 1085-1100

PETERS, M.; TSCHÖPE, T.; KONHEISER, S.; RAECKE, J.; SCHNITZLER, A. (2023): Development of a digital training for social and emotional competences for medical assistants in vocational education and training in Germany. In: Empirical Research in Vocational Education and Training 15 (2023)

ROSENBERG, M. B. (2012): Living nonviolent communication: Practical tools to connect and communicate skillfully in every situation. Louisville 2012

SCHNITZLER, A.; TSCHÖPE, T.; RAECKE, J.; PETERS, M.; KONHEISER, S. (2024): Entwicklung eines Online-Trainings für soziale und emotionale Kompetenzen bei Medizinischen Fachangestellten in der Ausbildung. In: Weyland, Ulrike; Koschel, Wilhelm (Hrsg.): Aktuelle Ansätze und Forschungsbefunde zur beruflichen Bildung im Gesundheits- und Pflegebereich. 1. Aufl. Bielefeld 2024, S. 109-125

SELMAN, R. L.; BEARDSLEE, W.; SCHULTZ, L. H.; KRUPA, M.; PODOREFSKY, D. (1986): Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: Toward the integration of structural and functional models. In: Developmental Psychology 22 (1986) 4, S. 450-459

TSCHÖPE, T.; MONNIER, M. (2016): Modellierung, Messung und Förderung sozial-kommunikativer Kompetenzen von Medizinischen Fachangestellten in der Ausbildung: Ableitungen aus dem Projekt CoSMed. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 112 (2016) 4, S. 525-554

WALTER, M.; KANNING, U. P. (2003): Wahrgenommene soziale Kompetenzen von Vorgesetzten und Mitarbeiterzufriedenheit. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 47 (2003), S. 152-157

Links Internet

BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (BIBB): Auszubildende - Datenblätter (DAZUBI)

<https://www.bibb.de/de/1865.php>

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES: www.gbe-bund.de

STATISTISCHES BUNDESAMT: www.destatis.de

STATISTIK DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: Klassifikation der Berufe 2010 - überarbeitete Fassung 2020. (KldB 2010). URL.:

<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/Klassifikation-der-Berufe-Nav.html> (abgerufen: 10.03.2026)

Anhang

Anhang 01 Übersicht leitfadengestützter Interviews³

Nr.	Interviewte	Anzahl	Einrichtung	Stadt- und Gemeindetypen	Bundesland/Region
01	Ärztinnen/Ärzte, MFA/VERAH, Auszubildende	4	Hausärztliche Praxisgemeinschaft	Mittelgroße Stadt	Niedersachsen
02	Ärztin/Arzt	1	Facharztpraxis	Kleinstadt	Nordrhein-Westfalen
03	Ärztin/Arzt	1	Facharztpraxis	Großstadt	Hamburg
04	MFA/NäPA	1	Hausarztpraxis	Ländliche Region	Niedersachsen
05	MFA	1	Facharztpraxis	Ländliche Region	Hessen
06	Personalleitung, Ausbildungsleitung/MFA	3	Klinikum mit MVZ	Mittelgroße Stadt	Bayern
07	Personalleitung MFA, MFA/Ausbildungsleitung	3	Klinikum	Großstadt	Nordrhein-Westfalen
08	Einrichtungsleitung	1	Berufsschule	Mittelgroße Stadt	Hessen
09	Einrichtungsleitung	1	Berufsschule	Großstadt	Nordrhein-Westfalen
10	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	1	Landesärztekammer	Großstadt	Norden Deutschlands
11	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	2	Landesärztekammer	Großstadt	Mitte Deutschlands
12	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	2	Landesärztekammer	Mittelgroße Stadt	Osten Deutschlands
13	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	2	Landesärztekammer	Großstadt	Mitte Deutschlands
14	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	2	Landesärztekammer	Großstadt	Norden Deutschlands
15	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	5	Landesärztekammer	Großstadt	Süden Deutschlands
16	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	2	Landesärztekammer	Mittelgroße Stadt	Mitte Deutschlands
17	Aus- und Weiterbildungs-verantwortliche	2	Landesärztekammer	Großstadt	Osten Deutschlands
18	Fachleitung/MFA	1	Klinikum	Großstadt	Sachsen
19	MFA/Lehrkraft	1	Hausarztpraxis	Mittelgroße Stadt	Hessen
20	MFA/Praxisanleitung	1	MVZ	Großstadt	Niedersachsen
21	MFA/Ausbilder/-in	1	Hausarztpraxis	Kleinstadt	Rheinland-Pfalz
22	MFA/Ausbildungsleitung	1	MVZ/Klinikum	Großstadt	Niedersachsen
23	Ärztin/Arzt MFA/Ausbildungsleitung	2	Fachärztliche Praxisgemeinschaft	Großstadt	Hessen
24	Lehrkräfte/MFA	2	Berufsschule	Großstadt	Hessen
25	Lehrkräfte/MFA	4	Berufsschule	Großstadt	Hessen
26	MFA	2	Facharztpraxis	Ländliche Region	Baden-Württemberg
27	Ärztin/Arzt	1	MVZ	Ländliche Region	Baden-Württemberg
28	Ärztin/Arzt/MFA/NäPA/Ausbilder/-in	2	Hausärztliche Praxisgemeinschaft	Kleinstadt	Brandenburg
29	Ärztin/Arzt	1	Hausarztpraxis	Mittelgroße Stadt	Mecklenburg-Vorpommern
30	Ärztin/Arzt /Geschäftsführung MFA/Ausbildungsleitung	2	MVZ	Mittelgroße Stadt	Brandenburg
31	Ärztin/Arzt	1	Bundeswehrkrankenhaus		Norden Deutschlands
32	MFA/Ausbilder/-in	1	Bundeswehrkrankenhaus		Norden Deutschlands

³ Die leitfadengestützten Interviews Nummer 1, 4, 6, 7, 23, 24 und 25 wurden im Rahmen von Einrichtungsbegehungen durchgeführt

Anhang 02 Projektbeirat

Im BIBB-Projektbeirat „Voruntersuchung der beruflichen Aus- und Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten“ waren folgende Ministerien, Sozialpartner und Institutionen vertreten:

Einrichtung / Organisation
Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Bundesärztekammer
Bundesministerium für Gesundheit
Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (ab 2025)
Bundesministerium für Bildung und Forschung (bis 2025)
Bundesministerium für Gesundheit
Bundesverband der Freien Berufe
Carl-Oelemann-Schule
DGB-Bundesvorstand
Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Boragk & Detmer
HNO-Zeise & Chaoui GbR
Julius-Leber-Schule
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Kultusministerkonferenz
Kuratorium der Deutschen Wirtschaft
Landesärztekammer Hessen
Verband medizinischer Fachberufe e. V.
ver.di Bundesvorstand

Anhang 03 Abkürzungsverzeichnis

ATA	Anästhesietechnische/-r Assistent/-in
Azubi	Auszubildende/-r
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMBFSFJ	Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendungen
DGSV	Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V.
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ePA	elektronische Patientenakte
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
FB	Fragebogen
GAP	Gestreckte Abschlussprüfung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HA	Hauptausschuss
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IT	Informationstechnik
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	Künstliche Intelligenz
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention – seit 2026: Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe
MBO-Ä	Musterberufsordnung Ärzte
MDR	Medical Device Regulation
MFA	Medizinische/-r Fachangestellte/-r
MPA	Medizinproduktaufbereitung
MPBetreibBV	Verordnung über das Betreiben und Benutzen von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung)
MT	Medizinische Technologin/ Medizinischer Technologe
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OTA	Operationstechnische/-r Assistent/-in

RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Sozialgesetzbuch 5
StGB	Strafgesetzbuch
StrlSchG	Strahlenschutzgesetz
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung
TI	Telematikinfrastruktur
ZFA	Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auszubildende nach höchstem allgemeinen Schulabschluss	5
Abbildung 2: Auszubildende nach Neuabschlüssen und Vertragslösungen	6
Abbildung 3: Prüfungsteilnehmende und erfolgreich abgeschlossene Prüfungen	7
Abbildung 4: Untersuchungsdesign	10
Abbildung 5: Tätigkeiten der Befragungsteilnehmenden	15
Abbildung 6: Arbeitsstätten der Befragungsteilnehmenden	16
Abbildung 7: Regionales Umfeld der Arbeitsstätten der Befragungsteilnehmenden	17
Abbildung 8: Bundesland der Arbeitsstätten der Befragungsteilnehmenden	17
Abbildung 9: Qualifikationsbedarf – Medizinische Fachkenntnisse	21
Abbildung 10: Qualifikationsbedarf – Diagnostik	22
Abbildung 11: Qualifikationsbedarf – Laborarbeiten	24
Abbildung 12: Qualifikationsbedarf – Assistieren bei medizinischen Behandlungen	26
Abbildung 13: Qualifikationsbedarf – Medizinprodukte und -geräte	29
Abbildung 14: Qualifikationsbedarf – Notfallmanagement	31
Abbildung 15: Qualifikationsbedarf – Zusammenarbeit	33
Abbildung 16: Qualifikationsbedarf – Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten	35
Abbildung 17: Qualifikationsbedarf – Soziale und personale Kompetenzen	38
Abbildung 18: Qualifikationsbedarf – Kommunikation	40
Abbildung 19: Qualifikationsbedarf – Praxisorganisation	43
Abbildung 20: Qualifikationsbedarf – Technik und Digitales	47
Abbildung 21: Qualifikationsbedarf – Kaufmännische Tätigkeiten	50
Abbildung 22: Qualifikationsbedarf – Qualitätsmanagement	52
Abbildung 23: Medizinprodukteaufbereitung in der Ausbildung ZFA	57
Abbildung 24: Beschäftigte MFA nach Einrichtungsarten	63
Abbildung 25: Beispiel zur Zuordnung von Lern- bzw. Ausbildungsinhalten	67
Abbildung 26: Ausbildungsschwerpunkte ausgewählter Gesundheitsberufe	70
Abbildung 27: Strukturmodelle in der dualen Berufsausbildung	73
Abbildung 28: Gruppenunterschiede – Abweichung vom Mittelwert nach Einrichtungsart	75
Abbildung 29: Übersicht Zwischen- und Abschlussprüfung MFA	81
Abbildung 30: Gesamteinschätzung der Inhalte von Zwischen- und Abschlussprüfung	82
Abbildung 31: Prüfungsstrukturen in der dualen Berufsausbildung	87
Abbildung 32: Gestreckte Abschlussprüfung - Entwurf möglicher Prüfungsbereiche	89
Abbildung 33: Fortbildungsstufen gemäß Berufsbildungsgesetz	106
Abbildung 34: Vorschlag eines Berufslaufbahnkonzepts für Medizinische Fachangestellte	108