

„Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015“

Problemlagen und Handlungsansätze – Bericht aus der Arbeitsgruppe „Assistenzberufe“

März 2015

Erstellt vom

**Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK),
Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt a.M.**

im Auftrag des

**Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Demografie Rheinland-Pfalz**

Oliver Lauxen

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung	4
2. Methodisches Vorgehen	8
3. Ergebnisse – Berufsspezifische Problemlagen und Handlungsansätze	11
3.1 Medizinisch-technische Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik (MTAF)	12
3.1.1 Steigerung der Attraktivität der Ausbildung	12
3.1.2 Steigerung des Bekanntheitsgrades des Berufs	14
3.1.3 Gute Beschäftigungsbedingungen und Vereinbarkeitmöglichkeiten	15
3.1.4 Kaum vorhandene externe Potentiale	16
3.1.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung	17
3.2 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/innen (MTLA)	18
3.2.1 Zukunftsfähige Gestaltung des Ausbildungsbereichs	19
3.2.2 Aufwertung des Berufs	20
3.2.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen	22
3.2.4 Kaum vorhandene externe Potentiale	24
3.2.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung	25
3.3 Medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen (MTRA).....	25
3.3.1 Gewinnung von Auszubildenden	26
3.3.2 Steigerung des Bekanntheitsgrades des Berufs	28
3.3.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen	29
3.3.4 Bessere Beschäftigungsbedingungen in Krankenhäusern als in Praxen	31
3.3.5 Aktivierung externer Potentiale	32
3.3.6 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung	33
3.4 Orthoptisten/innen.....	34
3.4.1 Ausbildung in Rheinland-Pfalz ist nicht vorhanden	35
3.4.2 Kaum vorhandene externe Potentiale	35
3.4.3 Hebung innerbetrieblicher Potentiale	36
3.4.4 Aufwertung des Berufs	38
3.4.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung	40
3.5 Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen	41

3.5.1 Gewinnung von Auszubildenden als Hauptproblem	41
3.5.2 Gute Beschäftigungsbedingungen bieten nur wenig Potential zur Fachkräftesicherung	44
3.5.3 Verbesserung der Verdienstmöglichkeiten.....	45
3.5.4 Familienfreundliche Unternehmenskultur.....	46
3.5.5 Externe Potentiale können kaum aktiviert werden	46
3.5.6 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung	48
3.6 Fazit: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den fünf Assistenzberufen	49
4. Ausblick	53
Tabellenverzeichnis	55
Abbildungsverzeichnis	55

1. Einleitung

Das Thema Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen hat mittlerweile eine hohe Präsenz in der (Fach-)Öffentlichkeit. Dass die Fachkräftebedarfe steigen, wenn die Bevölkerung altert, erscheint verständlich. Allerdings stehen meist nur einzelne, große Berufsgruppen im Fokus des Fachkräftesicherungsdiskurses, vor allem Pflegekräfte und Ärzte/innen. Darüber hinaus gibt es jedoch viele weitere Berufsgruppen, die von Bedeutung sind, wenn es darum geht, eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Zukünftig wird das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe eine zentrale Voraussetzung für eine effizientere und effektivere Gesundheitsversorgung darstellen.

In Deutschland liegt die Zuständigkeit für die Planung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe bei den Bundesländern. Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) hat sich im Jahr 2010 entschlossen, die im Land implementierte kontinuierliche Berichterstattung über die Fachkräftesituation in den Pflegeberufen (Branchenmonitoring Pflege) auf sämtliche 18 bundes- und landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe zu erweitern. Mit dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“, das im Jahr 2013 abgeschlossen wurde, ist es gelungen, einen differenzierten Einblick in die aktuelle und zukünftige Arbeitsmarktlage in diesen Berufen zu bekommen und die Planung des Ausbildungsbereiches entsprechend des Fachkräftebedarfs auszurichten. Bis dahin war nicht bekannt, ob es einen ungedeckten Arbeitskräftebedarf bei den Gesundheitsfachberufen außerhalb der Pflegeberufe gibt und wie sich die Lage zukünftig entwickeln wird.

Im ersten Teil des Landesleitprojekts, dem „Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe“¹, wurde die Arbeitsmarktlage im Jahr 2010 beschrieben. Im zweiten Teil, dem „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“² wurden Prognosen zur Fachkräftesituation für die Jahre 2015, 2020 und 2025 gerechnet. Im dritten Teilprojekt wurden eine Bestandsaufnahme und ein Gutachten zum Ausbildungsbereich für die Gesundheitsfachberufe und darauf aufbauend ein neuer Ausbildungsstättenplan gemäß § 6 Abs. 3 Landeskrankenhausgesetz (LKG) erstellt.³

¹ siehe Berichte aus der Pflege Nr. 17 (Online verfügbar unter: http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/menschenpflegen/Berichte_aus_der_Pflege/17_Bericht_aus_der_Pflege_Branchenmonitoring.pdf)

² siehe Berichte aus der Pflege Nr. 18 (Online verfügbar unter: http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/menschenpflegen/Berichte_aus_der_Pflege/18_Bericht_aus_der_Pflege_Juni_2012.pdf)

³ siehe Berichte aus der Pflege Nr. 22, 23 und 24 (Online verfügbar unter: <http://msagd.rlp.de/soziales/pflege/infothek-pflege/berichte-aus-der-pflege/?print=1&cHash=3cc3aff4494df2e696f104560986a5fc>)

Im Fokus standen 18 Gesundheitsfachberufe, die sich in die drei Gruppen „Pflegerberufe“, „Assistenzberufe“ und „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ einteilen lassen (siehe Tab. 1)⁴.

Tab. 1: Übersicht über die 18 bundes- bzw. landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe

Gruppe	Gesundheitsfachberuf
Pflegerberufe	Altenpfleger/innen Altenpflegehelfer/innen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen Krankenpflegehelfer/innen
Assistenzberufe	Medizinisch-technische Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik (MTAF) Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/innen (MTLA) Medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen (MTRA) Orthoptisten/innen Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen (PTA) Rettungsassistenten/innen
Therapeutische Gesundheitsfachberufe	Diätassistenten/innen Ergotherapeuten/innen Hebammen/Entbindungspfleger Logopäden/innen Masseure/innen und medizinische Bademeister/innen Physiotherapeuten/innen Podologen/innen

Quelle: eigene Darstellung

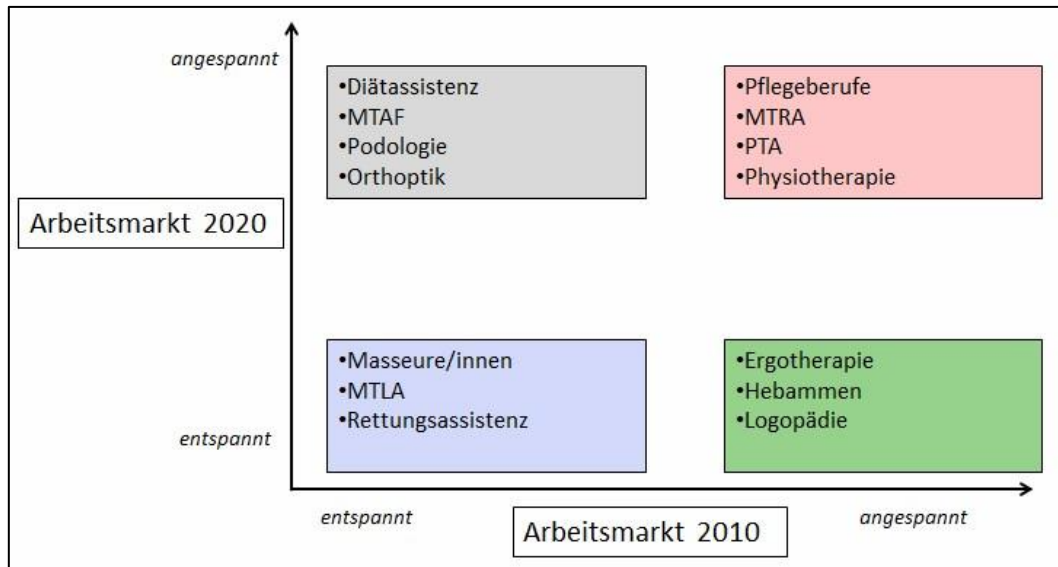
Betrachtet man die Ergebnisse zur Fachkräftesituation für die Jahre 2010 und 2020 in der Gesamtschau, zeigen sich vier Muster (siehe Abb. 1): Nur in wenigen Berufen sind sowohl die aktuelle als auch die zukünftige Arbeitsmarktlage eher entspannt (Masseure/innen, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/innen und Rettungsassistenten/innen⁵). In der Diätassistenz, Medizinisch-technischen Funktionsassistenz, Podologie und Orthoptik ist die Situation derzeit entspannt, der Fachkräftebedarf wird jedoch deutlich steigen. In der Ergotherapie, Logopädie und bei den Hebammen ist es genau umgekehrt: Hier gibt es derzeit Engpässe im Bundesland, die perspektivisch voraussichtlich nicht mehr vorhanden sein wer-

⁴ Die Zuteilung der Berufe zu den Gruppen „Assistenzberufe“ und „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ ist von den berufsständischen Vertreter/innen der Orthoptisten/innen mehrfach kritisiert worden. Sie erfolgte zu Beginn des Landesleitprojektes aus pragmatischen, erhebungstechnischen Gründen (siehe Bericht aus der Pflege Nr. 17) und ist dann nicht mehr verändert worden.

⁵ In der Rettungsassistenz haben sich seit der Durchführung des Landesleitprojektes mit Einführung eines neuen Berufsgesetzes entscheidende Rahmenbedingungen verändert. Die Prognose war dagegen eine Status-Quo-Prognose, die nun wahrscheinlich nur noch eingeschränkte Gültigkeit besitzt. Entsprechend ist die Rettungsassistenz aus dem laufenden Projekt ausgeklammert worden.

den. Für die vierte Gruppe von Berufen (alle fünf Pflegeberufe, Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Pharmazeutisch-technische Assistenten und Physiotherapie) ist der Arbeitsmarkt schon derzeit angespannt, wobei die Engpässe zukünftig noch größer werden dürften.

Abb. 1: Aktuelle und zukünftige Fachkräftesituation in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz



Quelle: eigene Darstellung

Diese Ergebnisse zeigen, dass es nicht nur in den Pflegeberufen Handlungsbedarf gibt, wenn eine hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung im Land gesichert werden soll. Das Land Rheinland-Pfalz hat nach Bekanntwerden der ersten Zwischenergebnisse zu Beginn des Jahres 2012 eine „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ ins Leben gerufen. Aufgrund der quantitativ großen Engpässe in den Pflegeberufen wurde unter dem Dach der Initiative zunächst eine Unter-Arbeitsgruppe „Pflegeberufe“ gegründet. Diese war mit Vertreter/innen des Landes, der Schul- und Ausbildungsträger, der Berufsverbände in der Pflege, der Gewerkschaften, der Einrichtungsträger und deren Verbänden, der Kostenträger, der Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland der Bundesagentur für Arbeit, der Pflegewissenschaft, der Betriebs- und Arbeitsmedizin, der zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und Unfallkasse Rheinland-Pfalz) sowie des staatlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der kommunalen Spitzenverbände besetzt. Die Unter-Arbeitsgruppe hat bis Dezember 2012 eine Vereinbarung erarbeitet, die Ziele, Maßnahmen und die Beiträge der einzelnen Akteure zur Zielerreichung enthält.⁶ Seit Anfang 2013 werden die Zielsetzungen der Vereinbarung umgesetzt, wobei der Umsetzungsprozess von mehre-

⁶ siehe Bericht aus der Pflege Nr. 25 (Online verfügbar unter: http://msagd.rlp.de/fileadmin/masgff/soziales/Pflege/Berichte_aus_der_Pflege_Nr25-Vereinbarung_z_F_Q-Initiative_Endf.pdf)

ren themenspezifischen Projektgruppen (z.B. Projektgruppen „Ausbildung“ und „Attraktive Beschäftigungsbedingungen“) begleitet wird.

Im Sommer 2013 wurden schließlich auch die beiden Unter-Arbeitsgruppen „Assistenzberufe“ und „Therapeutische Gesundheitsfachberufe“ konstituiert. Zielsetzung der beiden Arbeitsgruppen ist ebenso wie im Berufsfeld Pflege, Ansätze zu entwickeln, wie Fachkräftengpässen vorgebeugt bzw. wie diese verringert werden können. Anders als in den Pflegeberufen erscheint hier allerdings ein Prozess mit mehreren Schritten sinnvoll: Im Rahmen eines Projekts sollte bis Sommer 2014 zunächst die vorliegende Bestandsaufnahme über berufsspezifische Problemlagen, die einer Deckung des Fachkräftebedarfs im Weg stehen, erstellt werden. Zudem sollten erste Ideen zur Fachkräftesicherung exploriert werden. Die konkrete Planung oder Umsetzung von Maßnahmen war nicht Bestandteil des Auftrags. Dies soll im Anschluss an das Projekt unter Federführung des MSAGD angegangen werden.

Der vorliegende Bericht wurde vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), einem Zentrum für angewandte Forschung an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, erstellt. Er enthält die Ergebnisse von Gruppendiskussionen und Experteninterviews zu den zentralen Barrieren bei der Deckung des Fachkräftebedarfs und zu geeigneten Ansätzen zur Fachkräftesicherung. Im folgenden zweiten Kapitel wird das Vorgehen zur Identifizierung der Problemlagen und Handlungsansätzen beschrieben. Die berufsspezifischen Problemlagen für die Assistenzberufe werden im dritten Kapitel dargestellt. Es folgt das abschließende vierte Kapitel mit einer zusammenfassenden Betrachtung und einem Ausblick auf die nächsten Schritte.

2. Methodisches Vorgehen

Der größte Teil der Inhalte des vorliegenden Berichts ist in den Sitzungen der Unterarbeitsgruppe „Assistenzberufe“ erarbeitet worden. Diese fanden am 29. August 2013, am 25. Oktober 2013, am 17. Januar 2014 und am 14. Februar 2014 in den Räumlichkeiten des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz statt. Die Sitzungen wurden von einem Mitarbeiter des Referats „Gesundheitsfachberufe“ geleitet, die Moderation wurde vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) übernommen. Die Arbeitsgruppe „Assistenzberufe“ bestand regelhaft aus Vertreter/innen folgender Organisationen:

- Dachverband für Technolog/innen und Analytiker/innen in der Medizin Deutschland e.V. (DVTA)⁷
- Bundesverband PTA (BVpta e.V.)
- Berufsverband der Orthoptistinnen Deutschlands e.V. (BOD)
- Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz
- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
- Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz
- Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland der Bundesagentur für Arbeit
- Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
- Referat „Gesundheitsfachberufe“ im MSAGD

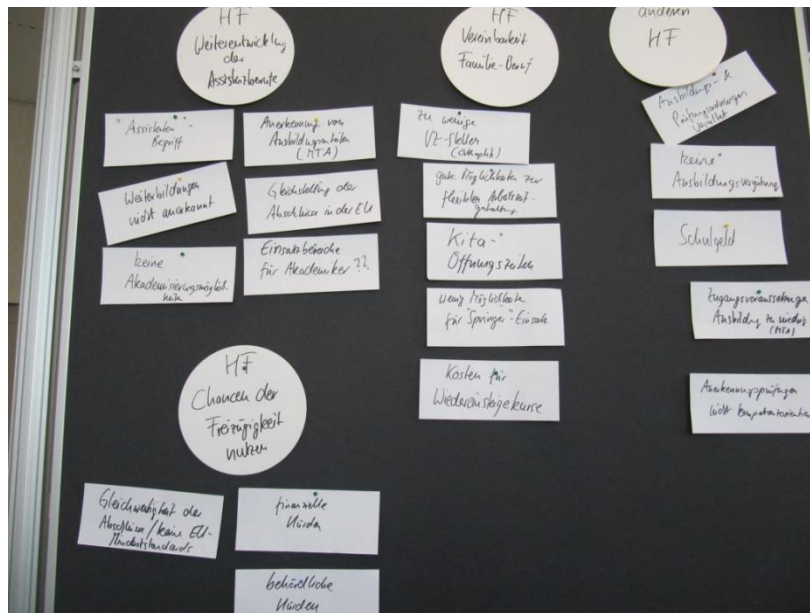
Zudem waren das Referat „Medizinischer Arbeitsschutz“ im MSAGD, der Landesverband der Privatkrankenanstalten in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V. (VdPK), die Gewerkschaft ver.di Landesbezirk Rheinland-Pfalz, die Unfallkasse Rheinland-Pfalz, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie weitere Fachabteilungen im MSAGD punktuell eingebunden und nachrichtlich beteiligt. Sämtliche potentiellen Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden Anfang Juli 2013 von der Leiterin der Abteilung Arbeit im MSAGD zur konstituierenden Sitzung eingeladen, die am 29. August 2013 stattfand. Auf der Sitzung ging es darum, sich dem Thema Fachkräftesicherung in den Assistenzberufen anzunähern. Dies gelang über die Vereinbarung für das Berufsfeld Pflege, in der die anvisierten Ziele und Maßnahmen nach elf Handlungsfeldern gegliedert sind. Dazu gehören beispielsweise die Felder „Verstärkte Qualifizierungsmaßnahmen“, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ oder „Chancen der Freizügigkeit nutzen“. Die elf Handlungsfelder wurden auf der Sitzung vorgestellt. Im Anschluss wurde eruiert, welche Handlungsfelder auch in den Assistenzberufen bedeutsam sind und in welchen eher wenig oder kein Potential zur Fachkräftesicherung vermutet wird. Über die Diskussionsergebnisse konnte ein erster Einblick gewonnen werden, welche Themenfelder in den fünf Assistenzberufen jeweils relevant sind.

Zwischen Oktober 2013 und Februar 2014 fanden drei Sitzungen der Unter-Arbeitsgruppe „Assistenzberufe“ statt. Diese dauerten jeweils zwei bis drei Stunden und wurden als Grup-

⁷ Der DVTA war mit drei Personen in der Arbeitsgruppe vertreten, die jeweils eine der drei Fachrichtungen MTAf, MTLA und MTRA repräsentierten.

pendiskussionen gestaltet. Die als relevant erachteten Handlungs- bzw. Problemfelder lieferten den strukturellen Rahmen. Nach einer kurzen inhaltlichen Einführung in ein Handlungs- bzw. Problemfeld wurden die Teilnehmenden aufgefordert, relevante berufsspezifische Problemlagen, die einer Deckung des Fachkräftebedarfs im Wege stehen, ausführlich zu schildern. Die einzelnen Meldungen wurden auf einer Stellwand visualisiert, anschließend geclustert und Themenbereichen zugeordnet (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Stellwand mit beispielhaften Ergebnissen vom 17.01.2014



Quelle: IWAK, 2014

Es lag nahe, in den Gruppendiskussionen nicht nur Problemlagen, sondern auch mehr oder weniger konkrete Handlungsansätze zu diskutieren. Da diese Ideen für weitere Aktivitäten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative“ genutzt werden können, wurden sie ebenfalls in den Sitzungsprotokollen dokumentiert und finden Eingang in den vorliegenden Bericht. In der abschließenden Sitzung im Februar 2014 wurde eine Übersicht über die bislang gesammelten Ergebnisse präsentiert, die dann von den Anwesenden weiter vertieft und ergänzt wurde. Im Anschluss hat IWAK mit den berufsständischen Vertreter/innen in der Arbeitsgruppe jeweils ein Experteninterview geführt. Die Interviews dienten dazu, offene Fragen zu klären, die Ergebnisse weiter anzureichern und gemeinsam mit den Interviewpartner/innen zu validieren. Hierfür ist ein Leitfaden entwickelt worden, der den Teilnehmer/innen vorab zugeschickt wurde. Durch dieses Verfahren hatten sie die Möglichkeit, sich auf das Interview vorzubereiten und Antworten mit Kollegen/innen abzustimmen. Von dieser Möglichkeit ist Gebrauch gemacht worden, sodass die Validität der Ergebnisse verbessert werden konnte.

Nichtsdestotrotz können die im folgenden Kapitel beschriebenen Ergebnisse nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Es handelt sich um ein erstes Meinungsbild, das von einer

Arbeitsgruppe im Land Rheinland-Pfalz arbeitet worden ist. Das Thema Fachkräftesicherung in den Assistenzberufen kann sich in anderen Bundesländern möglicherweise anders darstellen, da relevante gesetzliche Rahmenbedingungen zum Teil landesspezifisch ausgestaltet werden.

3. Ergebnisse – Berufsspezifische Problemlagen und Handlungsansätze

Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews machen deutlich, dass die Gruppe der Assistenzberufe in vielerlei Hinsicht heterogen ist, beispielsweise was die Arbeitssorte und Arbeitsbedingungen, Tätigkeitsinhalte oder die Ausbildungsbedingungen angeht. Entsprechend lassen sich berufsspezifische Problemlagen, die eine Deckung des Fachkräftebedarfs erschweren, ebenso gut herausarbeiten wie spezifische Ansätze zur Fachkräftesicherung. Wie sich die Situation in den fünf Assistenzberufen jeweils darstellt und welche Schwierigkeiten, aber auch Ansätze zur Fachkräftesicherung aufscheinen, wird in den folgenden Unterkapiteln 3.1 bis 3.5 beschrieben. Auf der anderen Seite gibt es Gemeinsamkeiten, die im anschließenden Kapitel 3.6 zusammengefasst werden.

Die Beschreibung der berufsspezifischen Problemlagen in den folgenden Kapiteln lassen sich nach zentralen Themenbereichen gliedern. Diese Themenbereiche oder Problemfelder ergaben sich aus den Gruppendiskussionen und den Interviews mit den Arbeitsgruppenmitgliedern. Ein zentrales Problemfeld bildet der Ausbildungsbereich bzw. die Gewinnung einer ausreichenden Zahl an Auszubildenden. Ein weiterer Themenbereich betrifft die Stellung der Assistenzberufe, die oftmals nicht ihrer gesellschaftlichen Relevanz entspricht und eine Aufwertung erforderlich macht. Hürden zur Fachkräftesicherung können darüber hinaus auch im Bereich der Arbeitsbedingungen liegen; schlechte, unattraktive Arbeitsbedingungen erschweren den Verbleib der beschäftigten Fachkräfte im Beruf. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann dagegen dazu beitragen, dass die durchschnittliche Lebensarbeitszeit verlängert wird, dass die Wochenarbeitszeit (von Teilzeit in Richtung Vollzeit) erhöht wird und Unterbrechungszeiten im Erwerbsverlauf verkürzt werden. Ein Beitrag zur Fachkräftesicherung kann zudem über die Aktivierung von externen Potentialen, das heißt Personen, die noch nicht in einem Assistenzberuf tätig sind, geleistet werden. Hierunter werden so unterschiedliche Gruppen wie die Stille Reserve, ausländische Fachkräfte, die möglicherweise angeworben werden könnten, sowie Angehörige anderer Berufsgruppen in den Tätigkeitsfeldern der Assistenzberufe, die für eine Aufstiegsqualifizierung in Frage kommen, zusammengefasst. Anhand dieser vier zentralen Themenbereiche werden die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews im Folgenden grob strukturiert. Nicht immer gab es in der Arbeitsgruppe Konsens über die Ergebnisse. Wo dies nicht der Fall war, wird dies entsprechend beschrieben.

3.1 Medizinisch-technische Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Die Ergebnisse von „Branchenmonitoring“ und „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“ weisen auf einen deutlichen Fachkräfteengpass an Medizinisch-technischen Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik in den kommenden Jahren hin. Bis zum Jahr 2020 werden dem rheinland-pfälzischen Arbeitsmarkt ohne geeignete Maßnahmen zur Fachkräftesicherung 160, bis 2025 sogar 246 Fachkräfte fehlen. Da es bislang keine Ausbildungsstätte für MTAF im Bundesland gibt, sinkt das Fachkräfteangebot stetig. Ohne Ausbildung dürfte der zukünftige Fachkräftebedarf allerdings nicht zu decken sein. Infolge dessen wurde im Zuge der Erstellung eines neuen Ausbildungsstättenplans der gesetzliche Rahmen für den Aufbau einer Schule gesetzt. Ein Krankenhaus mit angeschlossenem Bildungszentrum und eine Privatschule, an der bisher unter anderem MTA der Fachrichtung Laboratoriumsassistenten ausgebildet werden, haben sich zu einer Kooperation entschlossen. Hier können künftig bis zu 110 Ausbildungsplätze für MTAF besetzt werden. Da das Krankenhaus gemäß § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Träger der Ausbildungsstätte ist, werden die kompletten Ausbildungskosten von den Krankenkassen über das Ausgleichsverfahren nach § 17a KHG erstattet. Die Ausbildung ist also für die Auszubildenden kostenfrei.

Auch wenn damit der Rahmen für die Ausbildung von MTAF im Bundesland gesetzt ist, bedeutet dies nicht automatisch, dass die prognostizierten Fachkräfteengpässe vermieden sind. Das zentrale Problem in der Funktionsassistenz ist nämlich die Gewinnung von Auszubildenden. Die Ausbildung ist aus verschiedenen Gründen weniger attraktiv als andere Bildungsgänge. Auch müsste der geringe Bekanntheitsgrad des Berufes gesteigert werden. Dazu ist gezielte Öffentlichkeitsarbeit notwendig, bei der auch die als wenig belastend beschriebenen Arbeitsbedingungen und gute Vereinbarkeitsmöglichkeiten entsprechend dargestellt werden sollten. Wenig Potential zur Fachkräftesicherung ergibt sich über die Aktivierung von externen Potentialen, beispielsweise der Stillen Reserve oder Fachkräften aus dem Ausland. Dreh- und Angelpunkt ist die Gewinnung von Auszubildenden. Die einzelnen Themenbereiche werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

3.1.1 Steigerung der Attraktivität der Ausbildung

Abzuwarten ist, inwieweit die genehmigten 110 Ausbildungsplätze tatsächlich besetzt werden können. Die **Gewinnung von Auszubildenden**, die sich sowohl für Medizintechnik als auch für medizinische Untersuchungen und die Interaktionen mit Patienten/innen begeistern können, wurde in der Arbeitsgruppe als zentrale Schwierigkeit in der Funktionsassistenz beschrieben. Zum Teil sind Schulen für MTAF in Deutschland von Schließungen bedroht, weil sie nicht ausreichend Bewerber/innen haben, um ihre Kurse zu füllen und damit nicht wirt-

schaftlich agieren können. Die Ursachen für die Schwierigkeiten mit der Auslastung der Ausbildungskapazitäten sind aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder vielfältig. Zum einen ist der Beruf des/r Medizinisch-technischen Assistenten/in für Funktionsdiagnostik in der Gesellschaft, vor allem in den alten Bundesländern, kaum bekannt.⁸ Umso wichtiger ist die Bewerbung der Ausbildung seitens der Schulen, aber auch der Krankenhäuser, die Träger der Schulen sind. Die Krankenhäuser präsentieren sich bisher wohl kaum explizit als Ausbildungsbetrieb für MTAF. Dies lässt sich beispielsweise an der Gestaltung der Internetseiten der Krankenhäuser belegen: Nicht überall findet sich auf der Startseite des Internetauftritts eine Rubrik „Karriere“ oder „Ausbildung“, unter der sich dann sämtliche Ausbildungsangebote finden. Oft sind die Ausbildungsstätten stattdessen unter der Rubrik „Pflege“ zu finden, wenn man sich durch mehrere Untermenüs gearbeitet hat. Auch auf Ausbildungsmessen und ähnlichen Veranstaltungen bietet sich die Gelegenheit, alle Ausbildungsberufe unabhängig von der Größe der Berufsgruppe gleichrangig zu präsentieren. Neben dem Problem der Vermarktung der Ausbildungsplätze ist derzeit unklar, wie die Materialien zu bewerten sind, die im Feld der Berufsorientierung und –beratung von der Arbeitsverwaltung eingesetzt werden. Möglicherweise könnte das Informationsmaterial bezüglich Berufsbild, Tätigkeitsbereichen und -inhalten angepasst werden, weil es veraltet oder nicht nah am beruflichen Alltag ist.

Nachteilig wirkt auch die Tatsache, dass in der MTAF-Ausbildung keine Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Damit wirkt die Ausbildung weniger attraktiv als andere Ausbildungsangebote. Hinzu kommen die verhältnismäßig niedrigen Einstiegsgehälter, die auf Interessenten/innen abschreckend wirken. In der Regel sind Berufsanfänger/innen in die Tarifstufe E6 eingruppiert, und der Aufstieg in höhere Gehaltsstufen dauert lange. Dies wirkt gerade für männliche Interessenten an der Ausbildung abschreckend. Erfahrungen mit dem BoysDay zeigen, dass ein Teil der männlichen Jugendlichen prinzipiell am Berufsbild des MTAF interessiert ist und den Beruf als ansprechend bewertet. Immerhin sind laut Angaben eines Arbeitsgruppenmitglieds etwa 10-15 Prozent eines Kurses männlich. Eine Diversifizierung der geltenden Tarifverträge mit einer Unterscheidung von komplexeren und weniger komplexen Tätigkeiten und entsprechenden Tätigkeitsprofilen könnte sinnvoll sein, um die Attraktivität des Bildungsgangs zu steigern.

Neben der Besetzung der Ausbildungsplätze gibt es Handlungsbedarf, was die **gesetzlichen Rahmenbedingungen der Ausbildung** betrifft. Pädagogische Konzepte wie die Lernfeld-, Kompetenz- oder Handlungsorientierung sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

⁸ Anders als in der ehemaligen DDR gab es den Beruf des/r Medizinisch-technischen Assistenten/in für Funktionsdiagnostik in der BRD nicht. Tätigkeiten in der Funktionsdiagnostik waren Anlerntätigkeiten, die von Pflegekräften, MTA der Fachrichtungen Labor oder Radiologie oder auch von gänzlich fachfremdem Personal ausgeführt wurden. Nach der Wiedervereinigung wurde das MTA-Gesetz novelliert und die Dreiteilung der MTA-Berufe für Deutschland insgesamt übernommen.

für die MTA-Berufe, die aus dem Jahr 1994 stammt, nicht verankert. Diese Konzepte hätten das Potential, die Ausbildung qualitativ zu verbessern. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung müssten dafür ebenso wie das Berufsgesetz auf Bundesebene durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) novelliert werden, um eine flächendeckende Modernisierung der Ausbildung zu erreichen. In diesem Zusammenhang muss der Fokus auch auf die **Qualifikation der Lehrkräfte** gerichtet werden. Unter den im Projekt beteiligten Experten/innen war es Konsens, dass Lehrkräfte eine Mischung aus praktischer Erfahrung (Berufserfahrung) und pädagogisch-didaktischen Fähigkeiten mitbringen müssen, um den Herausforderungen der Lehrtätigkeit gewachsen zu sein. Es wäre eher kontraproduktiv, flächendeckend eine akademische Qualifikation zu fordern und die Zugangsvoraussetzungen damit höher als bisher zu setzen. Es könnte dann schwierig werden, Lehrerstellen mit praktisch erfahrenen Personen zu besetzen. Auf Landesebene könnte allerdings eine staatlich anerkannte Weiterbildung konzipiert werden, die zur Lehrtätigkeit befähigt.

3.1.2 Steigerung des Bekanntheitsgrades des Berufs

Neben dem Ausbildungsbereich ist es aus Sicht der beteiligten Experten/innen wichtig, die Bedeutung des MTA-Berufs in der Öffentlichkeit zu stärken. Ein Beitrag dazu könnte im Rahmen einer Novellierung des Berufsgesetzes mit der Änderung der **Berufsbezeichnung** erreicht werden. Einen Berufsabschluss als „Assistent/in“ erscheint vielen jungen Menschen per se als unattraktiv. Zudem agieren MTA in ihrer Berufsausübung verhältnismäßig autonom, und es gibt Untersuchungen wie beispielsweise EEGs⁹, die ausschließlich von der Berufsgruppe ausgeübt werden dürfen (siehe § 9 Abs. 1 Nr. 3 MTA-G). Auch international ist der Assistenten-Begriff verwirrend, weil dort damit Berufe bezeichnet werden, zu denen man auch ohne einen mittleren Bildungsabschluss Zugang bekommt. Um eine MTA-Ausbildung beginnen zu können, ist in Deutschland dagegen ein mittlerer Bildungsabschluss vonnöten. Ein Vorschlag des Berufsverbandes der MTA-Berufe lautet deshalb, die Berufsbezeichnung in „Medizinische/r Funktionsdiagnostiker/in“ zu ändern. Dafür müsste das MTA-Gesetz geändert werden.

Um den Beruf und insbesondere die Ausbildung bekannter zu machen, sollte **Öffentlichkeitsarbeit** durch die Schulen und im Kleinen auch in den Krankenhäusern und Arztpraxen stattfinden. Das Engagement der Schulen könnte zum Teil wohl noch erweitert werden. Die Teilnahme an Berufsinformationsveranstaltungen, Ausbildungsmessen und ähnlichem ist ein Weg. Darüber hinaus sollte aktiv der Kontakt zu allgemeinbildenden Schulen, auch zu Gymnasien gesucht werden, um die Möglichkeiten zu nutzen, den Beruf vorzustellen. Auch die

⁹ Elektroenzephalografie

Praktika, die die Schüler/innen an allgemeinbildenden Schulen in der achten oder neunten Jahrgangsstufe absolvieren müssen, könnten womöglich stärker zur Rekrutierung von Auszubildenden genutzt werden. In den Krankenhäusern und Arztpraxen könnten die Berufsangehörigen durch das Tragen von Namensschildern mit der Berufsbezeichnung auf den MTAF-Beruf aufmerksam machen. Zudem sollten die Funktionsabteilungen der Krankenhäuser in Broschüren, Faltblättern und ähnlichem Patienteninformationsmaterial erscheinen. Eine Idee aus der Arbeitsgruppe ist, die Plakate und Schildertafeln auf den Stationen, die über die personellen Strukturen informieren, so zu modifizieren, dass zumindest die Berufsbezeichnung MTAF aufscheint. Auch der Berufsverband der MTAF versucht, die Bekanntheit der MTA-Berufe zu erhöhen. Dafür gibt es unter anderem die Initiative „MTA werden“, in deren Rahmen beispielsweise ein Computerspiel entwickelt worden ist, bei dem sich der/die Spieler/in in einem virtuellen Krankenhaus mit all seinen Abteilungen zurechtfinden muss und so die Tätigkeitsbereiche von MTAF kennen lernt.

3.1.3 Gute Beschäftigungsbedingungen und Vereinbarkeitmöglichkeiten

Als Maßnahmen zur Deckung des Fachkräftebedarfs in den Gesundheitsfachberufen kommen die Reduzierung von Unterbrechungszeiten im Erwerbsverlauf, die Verlängerung der Lebensarbeitszeit (bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter) und die Ausweitung der Wochenarbeitszeit in Frage. Dies kann über eine **Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen** erreicht werden. Für die Berufsgruppe der Medizinisch-technischen Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik werden die Arbeitsbedingungen von den Arbeitsgruppenmitgliedern als nicht schlecht beschrieben. Die meisten MTAF arbeiten in Funktionsabteilungen der Krankenhäuser (z.B. Neurologie, HNO/Audiologie oder Innere Medizin mit Kardiologie, Angiologie und Pneumologie). Die Arbeit dort wird als abwechslungsreich, verantwortungsvoll, von großer Autonomie geprägt, aber nicht als belastend beschrieben. Sie kann in der Regel auch von älteren Fachkräften noch gut ausgeübt werden. Das Verhältnis zu Führungskräften und zur Berufsgruppe der Ärzte/innen wird als in der Regel respektvoll, kollegial und teamorientiert beschrieben. Gearbeitet wird in der Regel im Zwei-Schicht-System. Nacht- und Wochenenddienste sind eher selten, was auch zu angenehmen Arbeitsbedingungen beiträgt.

Entsprechend verbleiben die Personen, die nach der Ausbildung in den Beruf gehen, in der Regel auch im Beruf. Ein Berufswechsel erfolgt – wenn überhaupt – gleich nach Beendigung der Ausbildung. Etwa 20 Prozent eines Kurses wechseln dann in ein Medizinstudium. Dennoch kann die Bindung an den Beruf als hoch beschrieben werden, sie wird auch kaum von der als eher schlecht bewerteten Entlohnung beeinträchtigt. Unterbrechungszeiten sind eher temporär, was auch daran liegt, dass Teilzeitbeschäftigung gut möglich ist. Insofern ist die

Vereinbarkeit von Familie und Beruf für MTAF wenig problematisch, wenigstens solange die Arbeitgeber hinreichend flexibel sind. Vereinbarkeitsprobleme entstehen eher in den Randzeiten, weil die Öffnungszeiten von Kindertagesstätten diese oftmals nicht abdecken und wenn ein Kind plötzlich krank wird. Vor allem in größeren Krankenhäusern gibt es aber flexible Lösungen, um ungeplante personelle Engpässe zu überbrücken.

Als größeres Problem für die beschäftigten MTAF werden von den beteiligten Experten/innen unzureichende Möglichkeiten zur **beruflichen Weiterentwicklung** genannt. Es gibt keine spezifischen staatlich anerkannten Weiterbildungen und wenig berufsspezifische Studienangebote. „Beliebte“ Fort- und Weiterbildungen qualifizieren zur Praxisanleitung, zum/r Fachlehrer/in und für Leitungstätigkeiten. Lehr- und Leitungstätigkeiten gehen auch mit einem höheren Gehalt einher, für die Praxisanleitung gilt dies in der Regel nicht. Ebenso wirken sich fachliche Spezialisierungen (z. B. im Bereich Herzkatheter-Untersuchungen), die vor allem in größeren Krankenhäusern benötigt werden und mit höherer Eigenverantwortung einhergehen, nicht unbedingt auf die Entlohnung aus. Fehlende Karrieremöglichkeiten wirken demotivierend, sodass es nicht verwundert, dass laut Schätzung einer beteiligten Schulleitung etwa 20 Prozent eines Jahrgangs an Absolventen/innen nach der Ausbildung ins Medizinstudium wechselt. Eine Anpassung der Tätigkeitsbeschreibungen im TVÖD unter Berücksichtigung der heutzutage ausdifferenzierten Tätigkeitsbereiche für MTAF könnte zu einer adäquateren Vergütungsstruktur führen, die allerdings für die Arbeitgeber mit höheren Personalkosten einhergehen würde.

3.1.4 Kaum vorhandene externe Potentiale

Eine weitere Möglichkeit, das Fachkräfteangebot auszuweiten, stellt die Aktivierung von externen Potentialen dar. Darunter fallen die Aktivierung der Stillen Reserve, die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland und die Förderung von Aufstiegsqualifizierung oder Quereinstieg. Es zeigt sich allerdings, dass alle drei Fachkräftesicherungsmaßnahmen in der Funktionsassistenz nur über wenig Potential verfügen.

In „Frauenberufen“ gibt es in der Regel eine sogenannte **Stille Reserve** aus Berufsangehörigen, die aufgrund von familiären Verpflichtungen (Erziehungszeiten, Angehörigenpflege usw.) oder aus gesundheitlichen Gründen aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind. Diese Personen sind nicht erwerbstätig und auch nicht arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet. Zwar taucht die Stille Reserve in keiner Statistik auf, dennoch dürfte die Gruppe in der Funktionsassistenz nach Einschätzung der Arbeitsgruppenmitglieder sehr klein sein. Der Ausstieg aus dem Beruf aufgrund familiärer Verpflichtungen ist in der Regel ein temporärer. Teilzeitbeschäftigung und damit die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist gut möglich, und

der Wiedereinstieg stellt kein größeres Problem dar. Die grundlegenden Techniken in der Funktionsassistenz wie das EEG oder das EKG¹⁰ ändern sich nicht grundsätzlich, die Einarbeitung in neue Hardware- oder Softwarekomponenten ist ohnehin Bestandteil des Berufsbildes und löst darum keine Angst vor Überforderung aus.

Auch die **Zuwanderung** von MTAF spielt trotz der positiven wirtschaftlichen Lage in Deutschland keine Rolle. Laut der zuständigen Behörde, dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, wurde zwischen Januar 2012 und November 2013 kein einziger Antrag auf Anerkennung eines ausländischen Berufsabschlusses als MTAF in Rheinland-Pfalz gestellt. Neben finanziellen Hürden (z. B. Kosten für Anpassungsmaßnahmen) könnte der behördliche Aufwand abschreckend wirken. Es gibt keine EU-weiten Mindeststandards für die Ausbildungsabschlüsse in den Assistenzberufen, was oftmals Anpassungsmaßnahmen notwendig macht, wenn man den Abschluss in einem anderen Staat anerkannt haben möchte.

Auch **Potentiale für eine Aufstiegsqualifizierung** sind in der Funktionsassistenz kaum vorhanden. In den Funktionsabteilungen der Krankenhäuser sind zwar auch Medizinische Fachangestellte und Mitarbeiter/innen im Sekretariat beschäftigt, diese führen jedoch keine Untersuchungen durch und erstellen keine Vorbefunde. Insofern ist es nicht naheliegend, dass diese Personen für eine Ausbildung zum/r MTAF gewonnen werden können. In Arztpraxen dürften Potentiale zur Nachqualifizierung eher vorhanden sein, da Medizinische Fachangestellte dort zum Teil Aufgaben einer MTAF übernehmen und mit dem Tätigkeitsfeld vertraut sind. Allerdings gibt es unter den derzeitigen Rahmenbedingungen wenig Anreize für Medizinische Fachangestellte, eine MTAF-Ausbildung zu absolvieren. Die Arbeitsverwaltungen würden eine Umschulung nur fördern, wenn die MTAF-Ausbildung verkürzbar wäre, was das Berufsgesetz jedoch ausschließt. Dies gilt auch für die horizontale Querqualifizierung innerhalb der drei MTA-Berufe. Neben der finanziellen Hürde, aus Beschäftigung heraus in eine Ausbildung (ohne Ausbildungsvergütung) zu wechseln, ist die Anerkennung von Inhalten aus der Erstausbildung aufgrund der Unterschiedlichkeit der Ausbildungsinhalte kaum möglich. Es müsste die komplette dreijährige Ausbildung absolviert werden.

3.1.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung

Im Folgenden werden Ansätze zur Fachkräftesicherung für Medizinisch-technische Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik, die in den vorangegangenen Kapiteln aufgeschienen sind, zusammengefasst. Die Liste soll als Grundlage für die weiteren Arbeiten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative“ dienen, auch wenn sie nicht den Anspruch erhebt,

¹⁰ Elektrokardiogramm

vollständig zu sein und obwohl nicht alle Ansätze auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden können. Folgende Handlungsfelder und dazu gehörige Maßnahmen wurden identifiziert:

- Gewinnung von Auszubildenden
 - kritische Prüfung (und bei Bedarf Überarbeitung) der Materialien zur Berufsorientierung
 - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen der Ausbildung, um die Ausbildung zu modernisieren
- Aufwertung des Berufs
 - Steigerung des Bekanntheitsgrades des Berufs durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit (durch die Schulen, Krankenhäuser und den Berufsverband)
 - Änderung der Berufsbezeichnung
- Weiterbildungsmöglichkeiten
 - Konzeption anerkannter Weiterbildungsabschlüsse, um Karrieremöglichkeiten zu eröffnen
- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
 - Tarifstrukturen modernisieren mit höheren Einstiegsgehältern und einer adäquaten Entlohnung für spezialisiert tätige MTA
 - Vereinbarkeitsoptionen gewährleisten durch flexible Arbeitszeitmodelle
- Aktivierung externer Potentiale
 - Aufstiegsqualifizierung für Medizinische Fachangestellte erleichtern, bspw. durch die Schaffung von Fördermöglichkeiten oder Möglichkeiten zur berufsbegleitenden Ausbildung

Da die Gewinnung von Auszubildenden die größte Herausforderung darstellt, beziehen sich fast sämtliche Handlungsansätze darauf, die Akquise zu erleichtern und die Attraktivität der Ausbildung zu steigern.

3.2 Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/innen (MTLA)

Von den fünf hier betrachteten Assistenzberufen ist alleine in der Laboratoriumsassistenz kein Fachkräfteengpass in Rheinland-Pfalz zu erwarten. Laut den Status-quo-Vorausberechnungen im „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“ könnte es im Jahr 2020 einen Angebotsüberhang von 305 Personen, im Jahr 2025 einen Überhang von 315 Personen geben. Konkrete Maßnahmen zur Fachkräftesicherung müssen demnach nicht geplant werden. Der Fokus der weiteren Aktivitäten in der Arbeitsgruppe Assistenzberufe sollte für die Berufsgruppe der MTLA vielmehr darauf gerichtet werden, die Zukunftsfähigkeit des Berufes

sicherzustellen. Hierbei muss der Blick aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder insbesondere auf den Ausbildungsbereich gerichtet werden. Darüber hinaus müsste der Beruf aufgewertet werden, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen angestrebt und externe Potentiale gehoben werden.

3.2.1 Zukunftsfähige Gestaltung des Ausbildungsbereichs

Im Zuge der Erstellung eines neuen Ausbildungsstättenplans ist errechnet worden, dass die prognostizierten Überhänge an Fachkräften mit einer leichten Reduzierung der Zahl der Auszubildenden vermieden werden können. Werden jährlich 182 Ausbildungsplätze besetzt, ist der für das Jahr 2020 vorausberechnete Überhang ausgeglichen. Die beiden KHG-finanzierten Ausbildungsstätten planen, jährlich 142 Plätze zu besetzen. Mehr als 60 Schulplätze stehen an den beiden staatlichen Schulen des Landesuntersuchungsamtes zur Verfügung. Damit sind ausreichend Schulgeld-freie Ausbildungsplätze im Bundesland vorhanden, um den Ausbildungsbedarf zu decken. Eine Schule in privater Trägerschaft bietet etwa 30 weitere Plätze an, wobei das Schulgeld hier womöglich abschreckend wirkt. Insgesamt erscheinen die Schülerzahlen in den vergangenen Jahren recht konstant zu bleiben. Die Rekrutierung von Auszubildenden scheint – anders als in den beiden anderen MTA-Berufen – keine zentrale Schwierigkeit zu sein. Auch die fehlende Ausbildungsvergütung wurde in der Arbeitsgruppe nicht als überaus problematisch beschrieben. Handlungsbedarf im Bereich der Ausbildung besteht dagegen, was die gesetzlichen Grundlagen und damit die Zukunftsfähigkeit des Ausbildungssystems in Zeiten kleiner werdender Potentiale an interessierten Jugendlichen angeht.

Die **Strukturen der Ausbildung** werden von den Arbeitsgruppenmitgliedern als nicht mehr zeitgemäß betrachtet. Pädagogische Konzepte wie die Lernfeld-, Kompetenz- oder Handlungsorientierung sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für technische Assistenten in der Medizin (MTA-APrV) nicht verankert. Die MTA-APrV stammt aus dem Jahr 1994, das Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTA-Gesetz - MTAG) aus dem Jahr 1993. In anderen Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen sind Rahmenrichtlinien für die MTA-Schulen erarbeitet worden, die den modernen pädagogischen Konzepten Rechnung tragen und damit das Potential haben, die Ausbildung qualitativ zu verbessern. Diese sind für die Schulen jedoch nicht verbindlich, sie haben lediglich empfehlenden Charakter. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen müsste ebenso wie das Berufsgesetz auf Bundesebene novelliert werden. Zuständig ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Darüber hinaus fehlen Vorgaben zur Qualifikation der Lehrkräfte. In der Arbeitsgruppe bestand Einigkeit darüber, dass Lehrkräfte sowohl über praktische Erfahrung im Beruf als auch über pädagogisch-didaktische Fähigkeiten verfügen müssen, um den Her-

ausforderungen der Lehrtätigkeit gewachsen zu sein. Möglicherweise könnte hierfür auf Landesebene eine staatlich anerkannte Weiterbildung konzipiert werden. Eine akademische Qualifikation zu fordern, könnte dagegen kontraproduktiv sein, weil damit erfahrene Praktiker/innen ohne (Fach-)Abitur ausgeschlossen werden, obwohl sie sich als Lehr-MTA eignen würden.

In diesem Zusammenhang wurden in der Arbeitsgruppe auch die **Akademisierungsbestrebungen** des Berufsverbandes diskutiert. Ziel des Verbandes ist es, die Ausbildung auf Bachelor-Niveau anzuheben. Die Mehrzahl der Auszubildenden verfügt ohnehin über die Zugangsvoraussetzungen für ein Hochschulstudium und möchte gerne einen hochschulischen Abschluss erwerben, und die Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder deuten darauf hin, dass gerade Realschüler/innen mit den Ausbildungsinhalten nicht selten überfordert sind. Da die Komplexität in der Laboratoriumsassistentenz zunehmend steigt, sprechen somit auch fachliche Gründe für die Akademisierung. Zudem befindet sich der Ausbildungsgang international auf Hochschulniveau, sodass die Anerkennung des deutschen Abschlusses im Ausland und damit grenzüberschreitende Mobilität erschwert ist. Nicht zuletzt könnte die Akquise von Auszubildenden möglicherweise erleichtert werden, da ein Hochschulstudium attraktiver als eine schulische Ausbildung ist. Ob dadurch auch die 37 Prozent der Auszubildenden ohne Hochschulzugangsberechtigung (88 von 234 Schüler/innen im Schuljahr 2012/2013) kompensiert werden könnten, bleibt aber unklar. Außerdem wird dadurch das Thema Vergütung bzw. die tarifliche Einstufung von MTA tangiert, da mit einer grundständigen Akademisierung auch entsprechend modifizierte Tarifstrukturen benötigt würden. Insofern sind die Akademisierungsbestrebungen des Berufsverbandes von Seiten der Arbeitgebervertreter/innen eher kritisch betrachtet worden. Eine Vertiefung des Akademisierungsdiskurses erscheint notwendig.

3.2.2 Aufwertung des Berufs

Die MTA-Berufe sind in der Öffentlichkeit recht unbekannt. Dies erschwert die Akquise von Auszubildenden, lässt die Berufsangehörigen wenig gesellschaftliche Wertschätzung erfahren und erschwert die Durchsetzung berufspolitischer Interessen. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit und berufspolitisches Engagement können nach Einschätzung der beteiligten Experten/innen dazu beitragen, die gesellschaftliche Bedeutung der drei Berufe zu stärken und ihre Stellung zu verbessern. Ein Ausgangspunkt ist die **Berufsbezeichnung** als „Assistent/in“. Sie macht den Beruf eher unattraktiv für junge Menschen, ist international nicht anschlussfähig und entspricht schlicht nicht der beruflichen Realität. Für MTLA gibt es vorbehaltene Tätigkeiten (siehe § 9 Abs. 1 Nr. 1 MTAG), was bedeutet, dass diese Tätigkeiten

nicht von Angehörigen anderer Berufe ausgeübt werden dürfen.¹¹ Es handelt sich um die technische Aufarbeitung von histologischem und zytologischem Untersuchungsmaterial und die Durchführung von Untersuchungsgängen in der morphologischen Hämatologie, Immunhämatologie, Hämostaseologie, Klinischen Chemie, Mikrobiologie, Parasitologie und Immunologie. Vorbehalten sind sowohl die Durchführung von Untersuchungen als auch die Prüfung der Plausibilität der Ergebnisse und die Qualitätskontrolle. Die Autonomie in der Berufsausübung ist damit groß, auch wenn MTLA auf medizinische Anordnung tätig werden. International ist der Assistenten-Begriff verwirrend, da damit dort in der Regel Berufe gemeint sind, zu denen man ohne mittleren Bildungsabschluss Zugang bekommt. Die Bezeichnung als „Assistent/in“ erscheint damit als nicht mehr zeitgemäß, und der Berufsverband schlägt die Umbenennung in „Biomedizinische/r Analytiker/in in der Humanmedizin“ vor. Die Änderung müsste im Berufsgesetz vorgenommen werden, wofür wiederum das Bundesministerium für Gesundheit zuständig ist. Der Berufsverband hat es als Repräsentant einer quantitativ eher kleinen Berufsgruppe naturgemäß schwerer als größere Berufsgruppen, sich hier Gehör zu verschaffen.

Durch gezielte **Öffentlichkeitsarbeit** sowohl des Berufsverbandes, aber auch der Schulen und Krankenhäuser können die Belange der Berufsgruppe in die Öffentlichkeit getragen und der Beruf sichtbar gemacht werden. Nicht selten werden Berufsangehörige im Krankenhaus – wenn sie denn überhaupt in Kontakt mit Patienten/innen oder Angehörigen kommen – mit pflegerischem oder ärztlichem Personal verwechselt. Verwirrend für die Öffentlichkeit ist auch die „Zersplitterung“ in drei unterschiedliche Berufe. Um die Ausbildung bekannter zu machen und die Auszubildendenzahlen auch bei einer abnehmenden Zahl jüngerer Menschen zu halten, sollten die Schulen sich verstärkt im Rahmen von Berufsinformationsveranstaltungen, Ausbildungsmessen und ähnlichem engagieren und aktiv den Kontakt zu allgemeinbildenden Schulen suchen. Überaus bedeutsam ist darüber hinaus eine ansprechende Präsenz im Internet und in Sozialen Medien. Für die Berufsverbände in den Assistenzberufen ist die Nutzung dieser Medien mittlerweile Usus. So wurde beispielsweise das Informationsportal „MTA werden“ speziell auf die Informationsbedürfnisse junger Menschen ausgerichtet. Bestandteil des Portals ist ein Online-Computerspiel, bei dem der/die Spieler/in ein virtuelles Krankenhaus mit all seinen Abteilungen (Funktionsabteilung, Röntgen, Labor, OP usw.) und den vier MTA-Berufen kennenlernt. Die Krankenhäuser als größte Arbeitgeber für MTLA könnten die Praktika, die die Schüler/innen an allgemeinbildenden Schulen in der achten oder neunten Jahrgangsstufe absolvieren müssen, gezielt zur Rekrutierung von Auszubildenden nutzen. Zudem würde es die MTA-Berufe aufwerten, würden diese in Broschüren, Faltblättern und ähnlichem Patienteninformationsmaterial erscheinen.

¹¹ Der berufliche Tätigkeitsschutz gilt allerdings nicht absolut. Im MTAG sind Ausnahmen definiert.

3.2.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen

Potentiale zur Deckung des Fachkräftebedarfs finden sich auch im innerbetrieblichen Bereich, wie die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und des Interviews mit der berufsständischen Vertreterin zeigen. Die meisten MTLA arbeiten in Krankenhauslaboren und Laboren von Universitätskliniken. Daneben gibt es Beschäftigungsmöglichkeiten in (ausgelagerten) Laboren unterschiedlicher Größe sowie in der Industrie. Die Arbeitsbedingungen in den Bereichen unterscheiden sich aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder allerdings eher wenig. Das Maß an **Autonomie** in der Berufsausübung ist hoch. Zwar ordnen Ärzte/innen eine bestimmte Laboruntersuchung an, im Labor selbst sind die MTLA aber recht unabhängig von den Mediziner/innen. Hier übernimmt ein/e MTLA die Präanalytik und prüft beispielsweise den Befund und das eingesandte Material, dann erfolgt die Zuweisung an eine andere MTA, die dann die eigentliche Untersuchung durchführt.¹² Das Ergebnis wird dokumentiert und anschließend von der leitenden MTA geprüft. Falls kein Labormediziner/in anwesend ist, gibt diese den Befund frei.

Das Verhältnis zur Medizin ist im Wandel begriffen. Man begreift sich stärker als früher als Team, absolviert zum Beispiel auch gemeinsame Fortbildungen. Gerade junge Berufsangehörige fordern Respekt ein, während ältere MTLA sich mitunter durchaus noch als „dienende Assistenten/innen“ sehen. Insgesamt erscheint das Verhältnis zur Medizin jedoch nicht als permanent konfliktträchtig, was möglicherweise an den klar definierten Aufgabenbereichen liegt. Negativ werden die Arbeitsbedingungen nach Erfahrung der Arbeitsgruppenmitglieder durch **fehlende Personalführungskompetenzen** auf Seiten der leitenden MTA beeinflusst. Diese ist Führungskraft mit Personalverantwortung. Sie gestaltet den Dienstplan, sorgt für Personalauswahl und ist administrativ tätig. Es fehlt wohl nicht selten an Kompetenzen, die Fragen tangieren wie: Wie kommuniziere ich zielorientiert? Wie motiviere ich die Mitarbeiter/innen? Wie schaffe ich gute, effiziente Arbeitsstrukturen? Wie entwickle ich Strategien? Wie gestalte ich interne Fortbildungen? Wie implementiere ich eine Fehlerkultur? Fehlen Kompetenzen, um solche Frage zu beantworten, wirkt sich dies negativ auf das Arbeitsklima aus. Der Umgangston in den Laboren scheint ohnehin eher rau zu sein, Wertschätzung wird wenig vermittelt und Teamfähigkeit muss entwickelt werden. Klassische Personalführungsinstrumente wie das Personalentwicklungsgespräch werden bisher wenig eingesetzt. Unklar bleibt noch, wie das Kompetenzniveau der Führungskräfte angehoben werden könnte. Vermutlich reicht eine Anpassung der Curricula für die Qualifizierungen zur leitenden MTA nicht aus. In einem Interview ist angeklungen, dass zum Teil wohl auch die organisationalen Rahmenbedingungen das Einbringen von Personalführungskompetenzen erschweren. Wo-

¹² In der Regel rotieren die Beschäftigten im Labor, sodass jede/r MTLA in regelmäßigen Abständen den Bereich der Präanalytik übernimmt.

möglich ist deshalb eine Weiterentwicklung der Organisationskultur in den Laboren notwendig.

Der Stresspegel – gerade in größeren Laboren – ist hoch, die Arbeitsverdichtung nimmt zu. In Großlaboren kann auch die Lärmbelästigung durch brummende, piepende Geräte hoch sein. Zudem kann die Arbeit manchmal eintönig, wenig abwechslungsreich und körperlich belastend sein, beispielsweise wenn ein/e Laboratoriumsassistent/in den ganzen Tag am Schneidbrett in der Histologie arbeitet oder lange Mikroskopieren muss. In solchen Phasen langen Sitzens ist die ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes besonders wichtig. Zudem stellt sich die Frage, ob hier nicht durch Anpassungen der **Arbeitsorganisation** Entlastung geschaffen werden könnte. Prinzipiell ist die Arbeit in der Laboratoriumsassistenz aber keine rein sitzende Tätigkeit, und Arbeitsschutz und Infektionsschutz werden groß geschrieben und engmaschig kontrolliert. Einweisungen und Unterweisungen dazu sind üblich.

Die **Arbeitszeiten** in den Laboren differieren, es gibt unterschiedliche Arbeitszeitmodelle. Schicht- und Nachtdienste sind üblich, ein Labor muss immer besetzt sein, damit die Gesundheitsversorgung auch bei Notfällen gewährleistet ist. Die Untersuchungsgeräte laufen rund um die Uhr. Dies schafft nach Ansicht der Arbeitsgruppenmitglieder gute Möglichkeiten zur Vereinbarung von Beruf und Familie, wenn die Arbeitgeber offen für individuelle Lösungen sind. Vereinbarkeitsprobleme können allerdings in Randzeiten entstehen, die von Kindertagesstätten oder Schulen nicht abgedeckt werden. Für ältere Fachkräfte können Nachtdienste sehr belastend sein. Hier ist es wichtig, individuelle Lösungen zu finden, damit ältere Mitarbeiter/innen bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter tätig sein können.

Die **Entlohnung** von MTLA wurde in der Arbeitsgruppe nicht per se als schlecht angesehen. In den kommunalen und kirchlichen Krankenhäusern gelten Tarifverträge. Je nach Eingruppierung und Entgeltgruppe unterscheidet sich der Verdienst stark. Für Berufseinsteiger/innen wird die Eingruppierung in E6 des TVÖD aber als zu schlecht angesehen und eine Steigerung erfolgt zu langsam. In kleineren Laboren ohne Tarifbindung werden zudem oft nur Zeitverträge geschlossen; auf der anderen Seite ist dort die Bindung an den Arbeitgeber aufgrund der übersichtlicheren Organisationsstrukturen und flacherer Hierarchien nicht selten größer.

Für viele Beschäftigte ist es wichtig, **Karrieremöglichkeiten** im Beruf zu haben. In der Laboratoriumsassistenz sind die Möglichkeiten jedoch begrenzt. Zwar gibt es – da die Komplexität im beruflichen Alltag zunimmt – ein immer differenzierteres Fortbildungsangebot, allerdings handelt es sich dabei nicht um staatlich anerkannte Weiterbildungen.¹³ Neben Fachqualifikationen gibt es die Möglichkeit, sich in Richtung Leitungstätigkeiten oder zum/r Fachlehrer/in

¹³ Eine Idee in der Arbeitsgruppe war, auf EU-Ebene Standards für Fachweiterbildungen oder Spezialisierungen auf Bachelor-Niveau zu konzipieren.

fortzubilden. Für den pädagogischen Bereich gibt es unter anderem Studienangebote, die allerdings nicht gezielt in Richtung Medizinisch-technische Assistenz qualifizieren. Ein Problem ist die Finanzierung von Fortbildungen. Diese werden entweder vom Arbeitgeber übernommen, wenn die Mitarbeiter/innen dafür Urlaub nehmen oder die MTLA wird zwar freigestellt, muss dann allerdings die Kosten übernehmen. Hinzu kommt, dass sich die Verdienstmöglichkeiten insbesondere durch Erwerb einer fachlichen Qualifikation nicht unbedingt verbessern. Entsprechende tarifliche Eingruppierungsmerkmale fehlen. Der Berufsverband hat einen neuen Kompetenz- und Tätigkeitskatalog für MTLA erstellt, der bei den Gewerkschaften ver.di und komba platziert werden soll.

3.2.4 Kaum vorhandene externe Potentiale

Die Deckung eines Teils des Fachkräftebedarfs über die Stille Reserve, über Zuwanderung oder über Aufstiegsqualifizierung erscheint in der Laboratoriumsassistenten aus Sicht der beteiligten Experten/innen als wenig realistisch. Zwar gibt es eine **Stille Reserve**, die allerdings nicht allzu groß sein dürfte. Die Personen, die sich nicht gleich nach der Ausbildung umorientieren und beispielsweise Medizin studieren, bleiben dem Beruf in der Regel treu. Der Ausstieg aufgrund familiärer Verpflichtungen ist ein temporärer, auch weil der Wiedereinstieg nicht durch grundlegende technische Innovationen und eine damit einher gehende Angst vor Überforderung erschwert wird. Wissen veraltet in der Laboratoriumsassistenten nicht so schnell wie in anderen Bereichen. Zudem erleichtern flexible Arbeitszeitmodelle die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Auch **Zuwanderung** von MTLA aus dem Ausland spielt nur eine untergeordnete Rolle. Zwischen Januar 2012 und November 2013 haben elf MTLA einen Antrag auf Anerkennung ihres Ausbildungsabschlusses bei der zuständigen Behörde in Rheinland-Pfalz gestellt. Dabei stammte nur ein/e Antragsteller/in aus der EU, die übrigen zehn aus Drittstaaten. Über die Motive der Zuwanderer/innen ist nichts bekannt.

Beschäftigte in Laboren, die nicht den Berufsabschluss als MTLA haben und Interesse an einer **Aufstiegsqualifizierung** haben könnten, gibt es aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder nicht in relevanter Zahl. Einzelne Medizinische Fachangestellte könnten eventuell dafür gewonnen werden. Allerdings ist die Hürde recht hoch, aus Beschäftigung in eine nicht geförderte, dreijährige Ausbildung zu wechseln.

3.2.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung

In der Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten besteht nicht die Notwendigkeit, kurzfristig wirksame Maßnahmen zur Fachkräftesicherung umzusetzen. Es geht vielmehr darum, den Beruf auch zukünftig attraktiv zu halten, um ausreichend Auszubildende zu gewinnen. Außerdem erscheinen die Arbeitsbedingungen in Bezug auf die Personalführung in den Laboren verbesserungsbedürftig. Die weiteren Aktivitäten der Arbeitsgruppe im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ könnten auf folgende Handlungsfelder und Maßnahmen fokussieren:

- Gewinnung von Auszubildenden
 - Sicherung der Qualität und Modernisierung der Ausbildung über die Novellierung der strukturellen Rahmenbedingungen (Berufsgesetz, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung)
 - Vertiefung des Akademisierungsdiskurses
 - Öffentlichkeitsarbeit durch die Schulen und Krankenhäuser, um Auszubildende zu gewinnen
- Aufwertung des Berufs
 - Öffentlichkeitsarbeit des Berufsverbandes, um die gesellschaftliche Bedeutung des Berufs hervorzuheben
 - Änderung der Berufsbezeichnung über eine Novellierung des Berufsgesetzes
 - Öffentlichkeitsarbeit durch die Schulen und Krankenhäuser, um den Beruf bekannter zu machen
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen
 - Verbesserung der Personalführungskompetenzen bei den leitenden MTA
 - Vereinbarkeitsoptionen verbessern durch den Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote
 - Modernisierung der Tarifstrukturen mit höheren Einstiegsgehältern und einer adäquaten Entlohnung für spezialisiert tätige MTLA

3.3 Medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen (MTRA)

In der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten steigt der Fachkräftebedarf durch die demografische Entwicklung. Zudem ist das Durchschnittsalter in der Berufsgruppe recht hoch. Ein recht großer Teil der derzeit beschäftigten MTRA wird in den nächsten Jahren altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden. Die Folge ist eine Rheinland-Pfalz-weite Fachkräftelücke von 117 Personen im Jahr 2020. Bis zum Jahr 2025 steigt die Lücke voraussichtlich auf 201 Fachkräften an. Potentiale zur Fachkräftesicherung liegen vor allem im Bereich der

Ausbildung, wobei die Akquise von Auszubildenden in der Radiologieassistenten vor allem aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen voraussetzungsvoll ist. Die Arbeitsbedingungen für MTRA wurden in der Arbeitsgruppe zwar eher positiv beschrieben. Dennoch deuten fehlende Führungskompetenzen, Trends in Richtung Arbeitsverdichtung und Arbeitszeitreduzierung sowie als unzureichend empfundene Karrieremöglichkeiten und niedrige Einstiegsgehälter auf Potentiale hin, die bei einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen gehoben werden könnten. Externe Potentiale wie die Stille Reserve, Fachkräfte aus dem Ausland und Medizinische Fachangestellte, die ein Interesse an einer Aufstiegsqualifizierung haben, könnten zum Teil aktivierbar sein, sodass auch dadurch ein Teil des Fachkräftebedarfs gedeckt werden könnte. Die hier zunächst nur kurz angerissenen Themenfelder werden im Folgenden differenziert beschrieben.

3.3.1 Gewinnung von Auszubildenden

Die zentrale Strategie zur Fachkräftesicherung in der Radiologieassistenten ist die Ausbildung. In Rheinland-Pfalz gibt es derzeit drei Schulen, an denen junge Menschen zu Medizinisch-technischen Radiologieassistenten/innen qualifiziert werden. In allen drei Fällen sind Krankenhäuser gemäß § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Träger der Ausbildungsstätten. Schulgeld müssen die Auszubildenden nicht zahlen, die Ausbildungskosten werden von den Krankenkassen über das Ausgleichsverfahren nach § 17a KHG erstattet. Nach dem neuen Ausbildungsstättenplan aus dem Jahr 2013 sind insgesamt 148 Ausbildungsplätze genehmigt. Werden diese Plätze besetzt, könnte mehr als die Hälfte des zukünftigen Fachkräftebedarfs gedeckt werden. Dafür müsste die Schülerzahl aber deutlich gesteigert werden, was eine große Herausforderung für die Schulen darstellen dürfte.¹⁴

In der Arbeitsgruppe wurde die **Akquise von Auszubildenden** als Hauptproblem im Berufsfeld geschildert. Dafür gibt es mehrere Ursachen: Grundlegendes Problem dürfte sein, dass die Auszubildenden laut § 5 Abs. 2 MTAG in der Regel über einen Realschulabschluss verfügen müssen, dass sie jedoch laut § 45 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) nicht jünger als 18 Jahre sein dürfen. Die meisten Schulabgänger/innen mit mittlerem Bildungsabschluss müssen entsprechend bis zur Volljährigkeit warten, um die MTRA-Ausbildung beginnen zu können. Ein/e 16jährige Interessent/in muss zwei Jahre überbrücken; Zeit, in der nicht selten ein Fachhochschulabschluss erworben oder ein Freiwilliges Soziales Jahr oder der Bundesfreiwilligendienst absolviert wird. Die Bundesländer haben die Möglichkeit, Ausnahmeregelungen zu schaffen, was beispielsweise in den neuen Bundesländern geschehen ist. Dort dürfen

¹⁴ In den Schuljahren 2006/2007 bis 2012/2013 waren laut Schulstatistik des Statistischen Landesamtes zwischen 57 und 80 Schulplätze in der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten besetzt. Ein Trend in Richtung Ausweitung der Zahl der Auszubildenden ist bisher nicht zu erkennen.

auch Auszubildende, die jünger als 18 Jahre sind, ihre Praktika in der Radiologie absolvieren. Möglicherweise könnte auch das Land Rheinland-Pfalz diesen Weg gehen, um die Akquise von Auszubildenden zu erleichtern. Ein anderer Weg ist die gezielte Ansprache von Gymnasiasten/innen. Mehr als die Hälfte der Auszubildenden im Schuljahr 2012/2013 verfügen laut offizieller Schulstatistik über die allgemeine oder die Fachhochschulreife. Die Zielgruppe der Gymnasiasten/innen wird also durchaus erreicht, auch wenn es aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder schwierig ist, in den Gymnasien die Ausbildung in einem „Assistenten“-Beruf ohne Studienabschluss und ohne Ausbildungsvergütung¹⁵ zu bewerben. Die große Palette von attraktiven Studienangeboten erschwert die Entscheidung für die MTRA-Ausbildung. Außerdem lässt die **Berufsbezeichnung** die Ausbildung als wenig attraktiv erscheinen. Dabei wird die Bezeichnung als „Assistent/in“ der beruflichen Realität gar nicht gerecht: Der Grad an eigenverantwortlichem Handeln in der Radiologieassistenten ist hoch (siehe unten). Die Durchführung der technischen Arbeiten in der radiologischen Diagnostik und die Qualitätssicherung dabei ist den MTRA vorbehalten (siehe § 9 Abs. 1 Satz 2 MTAG). Im internationalen Vergleich, der in Zeiten zunehmender Mobilität bedeutsam ist, irritiert die Berufsbezeichnung als Assistent/in, weil in anderen Ländern sogenannte Assistenzberufe ohne mittleren Bildungsabschluss zugänglich sind. Der DVTA als Berufsverband für die MTRA strebt die Novellierung des Berufsgesetzes inklusive neuer Berufsbezeichnungen an. Aus Medizinisch-technischen Radiologieassistenten/innen könnten dann Radiologietechnologen/innen werden.

Erschwert wird die Akquise von Auszubildenden möglicherweise auch noch durch die Materialien, die von der Arbeitsverwaltung im Rahmen der **Berufsorientierung** und –beratung eingesetzt werden. Diese wurden in der Arbeitsgruppe kritisch bewertet. Sie seien weder aktuell noch nah an der beruflichen Realität. Möglicherweise könnten die Materialien im Laufe der weiteren Aktivitäten der Arbeitsgruppe differenzierter betrachtet und Ideen zur Verbesserung erarbeitet werden.

Darüber hinaus ist aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder eine Novellierung der **gesetzlichen Rahmenbedingungen** der Ausbildung vonnöten. Moderne pädagogische Konzepte wie die Lernfeld-, Kompetenz- oder Handlungsorientierung, die heutzutage State-of-the-Art sind, finden sich in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die MTA-Berufe nicht. Diese stammt noch aus dem Jahr 1994, das MTA-Gesetz sogar aus dem Jahr 1993. Die genannten pädagogischen Konzepte hätten das Potential, die Ausbildung qualitativ zu verbes-

¹⁵ Die fehlende Ausbildungsvergütung wird nicht als eine zentrale Hürde zur Gewinnung von Auszubildenden beschrieben. International werden MTRA im tertiären Sektor ausgebildet, wo ebenso keine Ausbildungsvergütung gezahlt wird. Zudem genießen die Auszubildenden in Deutschland als Schüler/innen einen besonderen Rechtschutzrahmen.

ern und sie attraktiver zu machen. Zuständig für die Novellierung der gesetzlichen Grundlagen ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Neu geregelt werden sollten aus Sicht der Arbeitsgruppe auch die Anforderungen an die **Qualifikation der Lehrkräfte**. Diese sollten eine Mischung aus praktischer Erfahrung (Berufserfahrung) und pädagogisch-didaktischen Fähigkeiten mitbringen. Eine akademische Qualifikation ist sinnvoll, ohne auf die Forderung der vorangegangenen Berufsausbildung zu verzichten. Alternativ könnte auf Landesebene eine staatlich anerkannte Weiterbildung konzipiert werden, die zur Lehrtätigkeit befähigt.

Berufspolitisch werden **Akademisierungsmöglichkeiten** angestrebt. Ziel des Berufsverbandes ist die grundständige Akademisierung der MTA-Berufe. Im europäischen Vergleich sind die Ausbildungen lediglich in Deutschland und Spanien nicht akademisch. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Qualität der Ausbildung in Deutschland als schlechter anzusehen ist. Lediglich die Anerkennung des deutschen Berufsabschlusses im Ausland ist schwierig. Denkt man an eine Akademisierung in Teilbereichen, kommen die Felder Pädagogik, Leitung und Forschung (im Sinne einer technischen Spezialisierung) in Frage. Alternativ könnte – wie oben angedeutet – über die Konzeption staatlich anerkannter Weiterbildungen nachgedacht werden.

3.3.2 Steigerung des Bekanntheitsgrades des Berufs

Die politische Durchsetzungsfähigkeit der Berufsgruppe ist alleine schon aufgrund ihrer Größe und einem geringen Organisationsgrad in Berufsverband und Gewerkschaften nicht sehr ausgeprägt. So schließt beispielsweise die Modellklausel aus dem Jahr 2009, die es anderen Gesundheitsfachberufen erlaubt, die Ausbildungen an Hochschulen modellhaft zu erproben, die MTA-Berufe nicht ein, obwohl sich der Berufsverband dafür stark eingesetzt hat. Um die berufspolitische Durchsetzungsfähigkeit zu steigern, ist **gezielte Öffentlichkeitsarbeit** notwendig. Zudem kann diese dazu dienen, sowohl die Ausbildung als auch den Beruf an sich bekannter zu machen. In der Pflicht sind nach Ansicht der Arbeitsgruppenmitglieder auch die Schulen und Krankenhäuser: Die Schulen präsentieren sich in der Regel im Rahmen von Berufsinformationsveranstaltungen, Ausbildungsmessen und ähnlichen Veranstaltungen und haben Kontakte zu allgemeinbildenden Schulen. Womöglich könnten die Praktika, die die rheinland-pfälzischen Schüler/innen in der achten oder neunten Jahrgangsstufe absolvieren, noch stärker zur Bewerbung der MTRA-Ausbildung genutzt werden. Die Krankenhäuser, die Träger der MTRA-Schulen sind, könnten sich stärker als bisher als Ausbildungsbetriebe die nur für die Pflegeberufe, sondern auch für die Assistenzberufe präsentieren. Auf Ausbil-

dungsmessen und ähnlichen Veranstaltungen bietet sich die Gelegenheit, alle Ausbildungsberufe unabhängig von der Größe der Berufsgruppe gleichrangig zu präsentieren.

In den Krankenhäusern und radiologischen Praxen könnten MTRA zudem durch das Tragen von Namensschildern mit Berufsbezeichnung zur Bekanntheit des Berufes beitragen. Auch in Broschüren, Faltschilblättern und ähnlichem Patienteninformationsmaterial könnte die Berufsgruppe womöglich präsenter sein. Eine Idee aus der Arbeitsgruppe ist, die Plakate und Schildertafeln auf den Stationen, die über die personellen Strukturen informieren, so zu modifizieren, dass zumindest die Berufsbezeichnung Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in aufscheint.

3.3.3 Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen

Mit etwa zwei Dritteln arbeiten die meisten MTRA in Krankenhäusern, etwa ein Drittel ist in Arztpraxen beschäftigt. Die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern werden in der Arbeitsgruppe – vor allem in Abgrenzung zu den Pflegeberufen – positiv dargestellt. Im Beruf lassen sich Interesse an Technik und die Interaktion mit Menschen mit gesundheitlichen Problemen verbinden. Zugleich ist der Kontakt zu kranken Menschen zeitlich eng begrenzt, was psychisch weniger belastend ist als in den Pflegeberufen. Auch körperliche Belastungen sind eher gering ausgeprägt, weshalb der Beruf in der Regel auch bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausgeübt werden kann.¹⁶ Außerdem haben MTRA recht viel Eigenverantwortung und Autonomie. Ärzte/innen sind zwar in Rufweite und geben Anweisungen, gerade beim konventionellen Röntgen sind die Radiologieassistenten/innen jedoch nicht selten ganz allein. In manchen kleinen Krankenhäusern ist gar kein/e Mediziner/in vor Ort, hier kommen Rufbereitschaft und Telemedizin zum Einsatz. Röntgenbilder werden per Email verschickt und dann telefonisch besprochen. Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit den Mediziner/innen als eher partnerschaftlich beschrieben, nicht selten sind die Berufsgruppen per du. Da die Ärzte/innen in der Regel die technischen Apparate nicht bedienen können, sind sie auf die Unterstützung der Radiologieassistenten/innen angewiesen. Ein Problem in der Zusammenarbeit sind gelegentlich unterschiedliche Einschätzungen, was die Notwendigkeit von Untersuchungen angeht. Mitunter werden Untersuchungen angeordnet, um eine aus Sicht der MTRA gar nicht in Betracht kommende Indikation auszuschließen. Hintergrund ist die Angst vor rechtlichen Konsequenzen für den Fall, dass etwas übersehen wurde und ein allgemein stark ausgeprägtes Zutrauen in Technik.

¹⁶ Mitunter müssen MTRA beispielsweise Patienten/innen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, heben und bewegen. Hierfür stehen jedoch geeignete Hilfsmittel wie Rollboards zur Verfügung. Zudem ist die Personaldecke nicht so eng, dass Transfers alleine durchgeführt werden müssen.

Als schwierig sind zum Teil die **Arbeitszeitmodelle** anzusehen, da sie nach Ansicht der beteiligten Experten/innen für einen Trend zur Arbeitszeitreduzierung verantwortlich sind. Es gibt Krankenhäuser mit Drei-Schicht-Betrieb, die Regel ist aber ein anderes Modell: Es gibt eine Kernarbeitszeit (Frühdienst), einen Spätdienst und einen Bereitschaftsdienst, der auch nachts anwesend ist. Dieses Modell ist für Vollzeitkräfte manchmal ungünstig, da die Bereitschaftsdienste nicht mit der realen Arbeitszeit vergütet werden, sondern nur anteilig. Etwa 20 Bereitschaftsstunden werden als 7,7 Arbeitsstunden gewertet. Es kann sein, dass ein/e MTRA die ganze Nacht Bereitschaft hatte und trotzdem die Regelarbeitszeit um zwei Stunden unterschritten hat. Nach dem Bereitschaftsdienst muss man aber freinehmen, um die gesetzlichen Ruhezeiten einzuhalten. Der größte Benefit von Arbeitszeit zu Verdienst wird laut Aussage einer Interviewpartnerin bei einer 75%-Stelle erreicht. Über eine Veränderung der Arbeitszeitmodelle könnte also möglicherweise die Zahl der Vollzeitbeschäftigten gesteigert werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ergibt sich durch **fehlende Führungskompetenzen**. In den radiologischen Abteilungen gibt eine leitende MTA, denen die Beschäftigten unterstellt sind. Diese ist Führungskraft mit Personalverantwortung, ist zuständig für die Personalauswahl, gestaltet die Dienstpläne und ist administrativ tätig.¹⁷ Führungskompetenzen sind ein Problem. Oft fehlt es an Soft Skills vor allem im kommunikativen Bereich, an Durchsetzungsfähigkeit in der Einrichtung und an arbeitsrechtlichem Wissen. Konflikte mit Führungskräften werden von den Arbeitsgruppenmitgliedern nicht als Seltenheit geschildert. Staatlich anerkannte Weiterbildungen, die Medizinisch-technische Assistenten/innen für Leitungstätigkeiten qualifizieren, gibt es nicht. Die Qualifizierung erfolgt im Rahmen von Fortbildungen, für die es aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder durchaus gute Konzepte gibt. Möglicherweise sind es organisationale Bedingungen, die eine Umsetzung erworbener Kompetenzen erschweren. Um konkrete Verbesserungsvorschläge entwickeln zu können, sind jedoch vertiefende Studien notwendig.

Arbeitsverdichtung und Zeitdruck nehmen zu und machen die Arbeit von MTRA zu einem „stressigen Job“, wie sich ein Arbeitsgruppenmitglied ausdrückte. Die Stellenschlüssel werden enger, pro Gerät steht mittlerweile weniger Personal zur Verfügung als noch vor ein paar Jahren. Dies kann nicht durch die Optimierung von Prozessen kompensiert werden, da Prozessoptimierung langsamer vonstatten geht als die Kürzung des Personals.

Ein weiterer Problembereich ist die **Entlohnung** von MTRA. Zwar gelten in den kommunalen und kirchlichen Krankenhäusern Tarifverträge, allerdings ist maximal eine Einstufung in E9 nach TVÖD zu erreichen, in wenigen Einzelfällen auch in E10. Dies gilt auch für die leitende

¹⁷ Es gibt auch Krankenhäuser, in denen die radiologische Abteilung der Pflegedirektion unterstellt ist. Dieses Modell ist jedoch eher die Ausnahme.

MTA, die die Verantwortung für 10-15 Personen in der Abteilung trägt. Zwar wird die Entlohnung nicht als Hauptproblem, das Aktivitäten zur Fachkräftesicherung behindert, angesehen, allerdings ist die Einstellungsvergütung für Berufseinsteiger/innen mit Tarifstufe E6 nach TVÖD zu niedrig. Um die Tarifstufe E9 zu erreichen, muss man etwa 40 Jahre alt sein. Der Aufstieg geht also zu langsam vonstatten. Insbesondere den männlichen Jugendlichen, die sich für den Beruf interessieren, dürften die finanziellen Möglichkeiten ernüchternd erscheinen.

Eine **Weiterqualifizierung** beispielsweise zum/r MRT¹⁸- oder CT¹⁹-Spezialisten/in führt zwar zu einer höheren hierarchischen Position in der Abteilung, dies hat jedoch in der Regel keine monetären Effekte. Weiterbildungen sind nicht staatlich anerkannt und die Tarifverträge lassen es derzeit nicht zu, berufliche Kompetenzen adäquat abzubilden. Weiterbildung geht mit hohem – auch finanziellem – Engagement einher. Manche Weiterbildungen kosten 5000 Euro, die in der Regel von den Berufsangehörigen selbst getragen werden. Die Arbeitgeber übernehmen die Kosten in der Regel nicht und stellen die Mitarbeiter/innen höchstens für die Weiterbildungszeiten frei. Dies erschwert die berufliche Weiterentwicklung, obwohl die Motivation dazu in der Berufsgruppe stark ausgeprägt ist.

3.3.4 Bessere Beschäftigungsbedingungen in Krankenhäusern als in Praxen

Die MTRA, die außerhalb der Krankenhäuser beschäftigt sind, haben nach Ansicht der Arbeitsgruppenmitglieder mit schlechteren Arbeitsbedingungen als ihre Kollegen/innen im Krankenhaus zu kämpfen. Ein Trend ist das Outsourcen radiologischer Abteilungen, die sich dann zwar weiterhin auf dem Klinikgelände befinden, aber den Status einer niedergelassenen Praxis haben. Zudem entstehen Praxisverbünde aus vier bis sechs Praxen, wobei die Angestellten zwischen den Praxen rotieren. Bei diesem Modell kommen sich die Mitarbeiter/innen laut Aussage eines Arbeitsgruppenmitglieds wie „Zeitarbeiter/innen in der eigenen Firma“ vor. Insgesamt ist die Arbeit außerhalb des Krankenhauses stärker verdichtet und hat mehr den Charakter von Fließbandarbeit. Um wirtschaftlich arbeiten zu können, muss ein hoher „Patientendurchfluss“ erreicht werden. Der Kostendruck ist für die Mitarbeiter/innen direkter spürbar, teure Geräte müssen refinanziert werden. Nicht alle angeordneten Untersuchungen erscheinen den beteiligten Radiologieassistenten/innen als unbedingt notwendig. Ein Problem sind vor allem Untersuchungen mit Kontrastmitteln, da diese gesondert abgerechnet werden können und die Untersuchungen entsprechend lukrativ sind. Für die Patienten/innen haben sie allerdings Nebenwirkungen, was die beteiligten MTRA in einen inneren

¹⁸ Magnetresonanztomographie

¹⁹ Computertomographie

Konflikt bringt, wenn sie die Untersuchung mit dem/r Patienten/in vorbesprechen. Auch die Autonomie in der Berufsausübung ist außerhalb des Krankenhauses geringer und die Bezahlung durch die fehlende Tarifbindung in Praxen meist schlechter. Das eingesetzte Material, zum Beispiel Tupfer, ist qualitativ eher schlechter als im Krankenhaus, wo über höhere Stückzahlen günstigere Preise für qualitativ hochwertiges Material ausgehandelt werden können. Positiv sind allerdings die Arbeitszeiten im ambulanten Bereich zu sehen, da hier in der Regel keine Bereitschaftszeiten anfallen.

3.3.5 Aktivierung externer Potentiale

Über die Aktivierung von externen Potentialen wie Stiller Reserve, Quereinsteiger/innen oder ausländischer Fachkräfte kann ein Teil des zukünftigen Fachkräftebedarfs in der Radiologieassistenz gedeckt werden.

In der Radiologieassistenz gibt es Berufsangehörige, die aufgrund von familiären Verpflichtungen (Erziehungszeiten, Angehörigenpflege usw.) oder aus gesundheitlichen Gründen aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind. Diese Personen sind nicht erwerbstätig und auch nicht als arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet. Sie werden in der Arbeitsmarktforschung als **Stille Reserve** bezeichnet. Unklar ist, wie groß die Gruppe ist, da sie in keiner Statistik auftaucht. Auch über die Ursachen, warum die Personen in der Stillen Reserve verbleiben, kann aufgrund der schlechten Datenlage nur spekuliert werden. Möglicherweise stellt die Angst vor Überforderung eine Hürde für den Wiedereinstieg in den Beruf dar. Dafür spricht, dass viele Berufsangehörige während einer Elternzeit Kontakt zu Kollegen/innen halten oder an Weiterbildungen teilnehmen. Dahinter steckt die Angst, abgehängt zu werden. In der Radiologieassistenz ist der technische Fortschritt rasant und kontinuierliche Fort- und Weiterbildung sind dringend notwendig. Personen in der Stillen Reserve haben womöglich Scheu, in den Beruf zurückzukehren, da sie fürchten, ihr Wissen sei veraltet. Eventuell stehen auch Vereinbarkeitsprobleme einem Wiedereinstieg in den Beruf im Weg, obwohl die Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf in der Arbeitsgruppe als eher gut beschrieben wurden. Nichtsdestotrotz dürfte es an ausreichend flexiblen Kinderbetreuungsangeboten fehlen, die sich an den Schichtzeiten in den Krankenhäusern orientieren. Auch die Bindung an den Beruf erscheint den Arbeitsgruppenmitgliedern eher ausgeprägt, weshalb es sinnvoll ist, präventiv zu agieren und das „Abtauchen“ von Beschäftigten in die Stille Reserve durch Implementierung eines betrieblichen Rückkehrmanagements verhindern. Zudem bieten die Agenturen für Arbeit an, die Übernahme der Kosten von Wiedereinstiegskursen nach Prüfung im Einzelfall zu erstatten. Für Berufsangehörige, die arbeitssuchend gemeldet sind, dürfte eine Förderung unkompliziert sein. Das gilt auch für Kurse, die von den Berufsverbänden angeboten werden oder für betriebliche Praktika, die den Wiedereinstieg in den Arbeits-

markt ermöglichen. Verschiedene Modelle sind denkbar, und Fördermöglichkeiten kann es im Einzelfall auch für Wiedereinsteiger/innen im Alter von über 45 Jahren geben, die schon eine Arbeitsstelle gefunden haben, aber einer Qualifizierungsmaßnahme bedürfen (siehe WeGeBau²⁰-Programm). Insgesamt scheinen die Fördermöglichkeiten zu wenig bekannt zu sein.

Quereinsteiger/innen für eine Ausbildung zum/r MTRA zu begeistern, wird in der Arbeitsgruppe als schwierig angesehen. Potential wird höchstens einer **Aufstiegsqualifizierung** von Medizinischen Fachangestellten, die beispielsweise in radiologischen Praxen tätig sind und über den sogenannten Röntgenschein verfügen, zugeschrieben. Eine Verkürzung der Ausbildung dürfte nicht möglich sein, womit auch Fördermöglichkeiten der Arbeitsverwaltungen nicht genutzt werden können. Das Berufsgesetz lässt eine Verkürzung der Ausbildung nicht zu. Geeignete Konzepte für eine solche Aufstiegsqualifizierung existieren und sind zum Teil schon mit Erfolg erprobt worden (siehe Homburg/Saar). Wichtig ist, dass eine solche Qualifizierung berufsbegleitend konzipiert wird, da die Auszubildenden dann weiter Geld verdienen können. Ansonsten dürfte die Barriere zu hoch sein, aus Beschäftigung in eine Ausbildung ohne Ausbildungsvergütung zu wechseln.

Die **Zuwanderung** von Medizinisch-technischen Radiologieassistenten/innen nach Rheinland-Pfalz spielt trotz der positiven wirtschaftlichen Lage kaum eine Rolle. Laut der zuständigen Behörde wurden zwischen Januar 2012 und November 2013 im Bundesland acht Anträge auf Anerkennung eines ausländischen Berufsabschlusses gestellt. In der Arbeitsgruppe wurden Ursachen für die nur gering ausgeprägte Zuwanderung diskutiert, beispielsweise finanzielle Hürden (Anpassungsmaßnahmen) oder der behördliche Aufwand. EU-weite Anerkennungsrichtlinien für die Ausbildungsabschlüsse in den Assistenzberufen existieren nicht, was meist Anpassungsmaßnahmen notwendig macht. Andererseits kostet das Anerkennungsverfahren für Antragsteller/innen aus Drittstaaten „lediglich“ etwa 150 bis 200 Euro und dauert lediglich bis zu vier Monate. Einigkeit bestand in der Arbeitsgruppe, dass eine Fokussierung auf die inländischen Potentiale erfolversprechender ist als die Anwerbung von Radiologieassistenten/innen.

3.3.6 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung

In den vorangegangenen Kapiteln sind Ansätze zur Fachkräftesicherung für Medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen aufgeschienen, die hier noch einmal in Kurzform als Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen zusammengefasst werden. Auch wenn die folgende Auflistung nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, sollte sie als Grund-

²⁰ Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen

lage für die weiteren Aktivitäten in der Arbeitsgruppe Assistenzberufe genutzt werden. Folgende Ansätze zur Fachkräftesicherung konnten identifiziert werden:

- Gewinnung von Auszubildenden
 - Novellierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Ausbildung (Berufsgesetz, Ausbildungs- und Prüfungsverordnung)
 - Vertiefung des Akademisierungsdiskurses
 - kritische Prüfung (und bei Bedarf Überarbeitung) der Materialien zur Berufsorientierung
 - gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch Schulen, Arbeitgeber und den Berufsverband
- Aufwertung des Berufs
 - Änderung der Berufsbezeichnung
 - gezielte Öffentlichkeitsarbeit durch Schulen, Arbeitgeber und den Berufsverband
- Weiterqualifizierung
 - Konzeption anerkannter Weiterbildungsabschlüsse, um Karrieremöglichkeiten zu eröffnen
 - stärkere Förderung von Weiterqualifizierungen durch die Arbeitgeber
 - Tarifstrukturen modernisieren mit höheren Einstiegsgehältern und einer adäquaten Entlohnung für spezialisiert tätige MTRA
- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
 - flexible Arbeitszeitmodelle und Reduzierung von finanziellen Anreizen für Teilzeitbeschäftigung
 - Personalführungskompetenzen bei den leitenden MTA verbessern
 - Vereinbarkeitsoptionen verbessern durch den Ausbau flexibler Kinderbetreuungangebote
- Aktivierung externer Potentiale
 - Implementierung eines betrieblichen Rückkehrmanagements in den Krankenhäusern, um einem Abtauchen in die Stille Reserve vorzubeugen
 - Informationen über die Förderung von Wiedereinstiegskursen streuen
 - Konzeption berufsbegleitender Qualifizierungsangebote für Medizinische Fachangestellte

3.4 Orthoptisten/innen

Unter den fünf hier betrachteten Assistenzberufen bilden die Orthoptisten/innen die zahlenmäßig kleinste Berufsgruppe. Ihre Tätigkeitsfelder sind die Prävention, Diagnostik. Therapie

und Rehabilitation von funktionellen Augenerkrankungen. Je nach Bereich, in dem sie tätig sind, gibt es unterschiedliche Tätigkeitsschwerpunkte: Während die Tätigkeit in Augenarztpraxen eher präventiv orientiert ist, liegt der Schwerpunkt in Augenkliniken auf prä- und postoperativer Diagnostik. Im Bereich der Rehabilitation (z. B. Sehbehinderten- und Blindeneinrichtungen sowie neurologische Rehabilitationseinrichtungen für Patienten/innen mit Apoplex, Morbus Parkinson oder Multipler Sklerose) sind Orthoptisten/innen diagnostisch und therapeutisch tätig. Zwar wurde im „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen“ nicht von einer steigenden Nachfrage nach orthoptischen Leistungen ausgegangen, dennoch ist mit einer Fachkräftelücke in den Jahren 2020 und 2025 zu rechnen, wenn nicht Maßnahmen zur Fachkräftesicherung geplant werden. Durch das stetig sinkende Angebot an Fachkräften – in Rheinland-Pfalz gibt es keine Ausbildungsstätte für Orthoptisten/innen – könnten bis zum Jahr 2020 insgesamt 22 Fachkräfte fehlen, bis zum Jahr 2025 insgesamt 41. Möglichkeiten zur Ausweitung des Fachkräfteangebots im Bundesland sind rar. Ausbildung als klassische Strategie zur Fachkräftesicherung fällt aus, und externe Potentiale existieren kaum. Ein Ansatzpunkt ist die Erhöhung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit durch innerbetriebliche Strategien zur Mitarbeiterbindung. Über berufspolitische Aktivitäten sollte zudem die Stellung des Berufes verbessert und das Berufsbild in der Öffentlichkeit bekannter gemacht werden.

3.4.1 Ausbildung in Rheinland-Pfalz ist nicht vorhanden

Die Schwierigkeit, die vorhandenen Schulplätze in den Schulen für die Assistenzberufe auszulasten, zeigt sich nach Aussage der Arbeitsgruppenmitglieder außerhalb von Rheinland-Pfalz auch für die Berufsgruppe der Orthoptisten/innen. Vor diesem Hintergrund hat es im Rahmen der Erstellung eines neuen Ausbildungsstättenplans keine Bemühungen gegeben, den Aufbau einer Ausbildungsstätte für Orthoptisten/innen im Bundesland zu forcieren. Ohnehin hatte keines der rheinland-pfälzischen Krankenhäuser aus eigenem Antrieb Interesse daran gezeigt. In den angrenzenden Bundesländern gibt es Schulen in Bonn, Gießen, Heidelberg und Homburg/Saar, deren Absolventen/innen zumindest einen Teil des hiesigen Fachkräftebedarfs mit abdecken können.

3.4.2 Kaum vorhandene externe Potentiale

Die Ausbildung zum/r Orthoptist/in wird von den Arbeitsverwaltungen nicht gefördert, was es schwierig macht, beispielsweise Medizinische Fachangestellte in augenärztlichen Praxen für eine **Aufstiegsqualifizierung** zu gewinnen. Die Hürde, aus Beschäftigung heraus in eine Ausbildung ohne Ausbildungsvergütung zu wechseln, dürfte zu hoch sein. Das Orthoptisten-

gesetz (OrthoptG) lässt eine Verkürzung der dreijährigen Ausbildungsdauer nicht zu, weshalb eine zentrale Grundlage für die Förderfähigkeit nicht gegeben ist.²¹

Auch die **Anwerbung** von Orthoptisten/innen aus dem Ausland erscheint wenig Erfolg versprechend. Zwischen Januar 2012 und November 2013 hat kein/e Orthoptist/in aus dem Ausland in Rheinland-Pfalz einen Antrag auf Anerkennung des Ausbildungsabschlusses gestellt. Die Frage, warum Zuwanderung trotz der guten wirtschaftlichen Lage in Deutschland keine Rolle spielt, konnte in der Arbeitsgruppe nicht beantwortet werden. Es bleibt unklar, welche Push- und Pull-Faktoren hier eine Rolle spielen, ob bspw. die Hürden für die Anerkennung zu hoch sind oder ob die Beschäftigung in Deutschland weniger attraktiv ist als in anderen Ländern.

Inwieweit es eine **Stille Reserve** in der Berufsgruppe der Orthoptisten/innen gibt ist unklar, da hierzu keine statistischen Daten vorliegen. Die Stille Reserve ist weder erwerbstätig noch arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet. Womöglich ist die Gruppe in der Orthoptik nicht allzu groß, da ein Wiedereinstieg in den Beruf nach einem temporären Ausstieg (z. B. aufgrund von Erziehungszeit, Angehörigenpflege oder gesundheitlichen Problemen) gut möglich ist. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist durch flexible Arbeitszeitregelungen gewährleistet (siehe unten). Zudem wird die Bindung von Orthoptisten/innen an ihren Beruf als hoch bewertet.²² Für Personen, die länger ausgeschieden sind, gibt es die Möglichkeit, Wiedereinstiegskurse wahrzunehmen oder ein betriebliches Praktikum zu absolvieren. Die Agenturen für Arbeit können die Kosten dafür nach Prüfung im Einzelfall übernehmen. Fördermöglichkeiten scheinen jedoch zu wenig bekannt zu sein. Aus Sicht der Personalverantwortlichen in den Krankenhäusern und Praxen dürfte es sinnvoll sein, präventiv zu agieren und Beschäftigten eine schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz durch Implementierung eines betrieblichen Rückkehrmanagements zu ermöglichen.

3.4.3 Hebung innerbetrieblicher Potentiale

Aufgrund fehlender Absolventen/innen und kaum verfügbarer externer Potentiale muss der Fokus auf die Bindung von Fachkräften gerichtet werden, wenn der Fachkräftebedarf gedeckt werden soll. Dafür müssen die Arbeitsbedingungen in den Blick genommen werden, da diese Einfluss auf die durchschnittliche Lebensarbeits- und Wochenarbeitszeit sowie die Erwerbsbiografie haben.

²¹ In der Arbeitsgruppe wurde berichtet, dass sich in jedem Kurs ein oder zwei Schüler/innen mit einer Ausbildung zum/r Augenoptiker/in befinden, die sich weiterqualifizieren, um in ihrer Arbeit stärker auf medizinische Aspekte fokussieren zu können. Über Öffentlichkeitsarbeit könnte diese Berufsgruppe eventuell gezielt angesprochen und für die Ausbildung gewonnen werden. Dies könnte die Schwierigkeit, die Schulplätze zu besetzen, abmildern.

²² Ein Beleg dafür ist der vergleichsweise hohe Organisationsgrad der Berufsangehörigen. Die Hälfte aller Deutschlandweit tätigen Orthoptisten/innen sind Mitglieder im Berufsverband.

Zwei Drittel der Orthoptisten/innen in Deutschland sind in Augenarztpraxen tätig. Die eine Hälfte des übrigen Drittels ist in Augenkliniken (meist an Universitätskliniken), die andere Hälfte im Reha- oder Frühförderbereich beschäftigt.²³ In den Praxen arbeiten sie weitgehend eigenständig und verfügen über einen hohen Grad an Autonomie und Entscheidungsspielräume. Orthoptisten/innen halten ihre eigene Sprechstunde in ihrem eigenen Sprechzimmer, vor allem im Zeitraum zwischen 14 Uhr und 19 Uhr, manchmal auch ganztags. Wochenend-, Feiertags- oder Nachtdienste fallen nicht an. Unterstützt wird der/die Orthoptist/in von Medizinischen Fachangestellten, die bspw. die Sprechstunden vorbereiten, Termine vergeben, Rezepte ausstellen oder Augentropfen verabreichen. Ein/e Augenarzt/Augenärztin wird in der Regel erst nach dem/r Orthoptist/in tätig. Kontakte oder Kommunikation mit den ärztlichen „Führungskräften“ sind eher rar, Konflikte sind selten. Da die Arbeit im Sitzen ausgeübt wird und körperlich nicht belastend ist, kann sie im Regelfall auch bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausgeübt werden. Nicht zuletzt werden auch die Verdienstmöglichkeiten nicht als schlecht beschrieben. Da die Augenkliniken oftmals an Universitätskliniken angesiedelt sind, gelten im stationären Bereich Tarifverträge. In den Praxen ist dies zwar nicht der Fall, aber die Entlohnung ist hier nicht generell niedriger. Die Verdienstmöglichkeiten unterscheiden sich vor allem regional.²⁴

Negativ bemerkbar macht sich nach Ansicht der Arbeitsgruppenmitglieder der **Wirtschaftlichkeitsdruck**, unter dem die augenärztlichen Praxen leiden. Zunehmend werden Korridore für Behandlungszeiten unter Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit festgelegt. Die Folge sind eine hohe Arbeitsdichte und permanenter Zeitdruck. In der Regel sind 10-15 Minuten pro Patient/in eingeplant, für eine Untersuchung mit gezielter Diagnosestellung und Entwicklung eines Behandlungsvorschlags. Da leichte Beschwerden mitunter eine ernsthafte Erkrankung als Ursache haben (bspw. einen Hirntumor), ist es für die Orthoptisten/innen schwierig, eine Balance zwischen gründlicher Diagnostik und betriebswirtschaftlichen Aspekten zu finden. In Augenkliniken gibt es mittlerweile ebenso wie in den Praxen rigidere Zeitvorgaben, dort sind die Zeitkorridore für die Versorgung jedoch größer. Im stationären Bereich sind stärker hierarchische Strukturen, fehlende Führungskompetenzen (Soft skills) und ein Trend zur Übernahme von Verwaltungstätigkeiten wie dem Schreiben von Arztbriefen oder der Patientenverwaltung Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit negativ beeinflussen.

Arbeitsbelastungen sind in der Orthoptik nach Ansicht der beteiligten Experten/innen jedoch über **flexible Arbeitszeitmodelle** gut abzufedern. Es gibt nur wenige Vollzeitstellen, da orthoptische Leistungen für die Augenärzte/innen nicht gesondert refinanzierbar sind. Teilzeitbeschäftigung ist somit die Regel. Mehr als die Hälfte der Orthoptisten/innen hat sogar meh-

²³ Diese Zahlen stammen aus einer Umfrage des Berufsverbandes BOD aus dem Jahr 2012, an dem etwa 600 der 1.200 Mitglieder teilgenommen haben. Deutschlandweit gibt es etwa 2.400 bis 2.600 Orthoptisten/innen.

²⁴ Laut der BOD-Umfrage waren im Jahr 2012 ca. 42 Prozent mit ihrem Verdienst zumindest teilweise zufrieden.

riere Arbeitgeber.²⁵ Laut Ansicht der Arbeitsgruppenmitglieder würde ein Teil der Beschäftigten seine Wochenarbeitszeit gerne ausweiten, wenn dies von Seiten des Arbeitgebers gewünscht wäre. Fehlende Vollzeitstellen treiben die Berufsangehörigen jedoch nicht aus dem Beruf. Personen, die den Beruf verlassen, tun dies in der Regel zeitnah nach der Ausbildung, um sich über ein Studium weiter zu qualifizieren. Schließlich ergeben sich über die flexiblen Arbeitszeitmodelle auch gute Möglichkeiten, Beruf und Familie zu vereinbaren. Insgesamt erscheinen die Arbeitsbedingungen nicht als großes Problem im Kontext der Fachkräftesicherung. Im Gegenteil: Durch den hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten ergeben sich Potentiale, die genutzt werden sollten.

3.4.4 Aufwertung des Berufs

Die Stellung des Berufsstandes der Orthoptisten/innen im Gesundheitswesen ist schwierig. Deshalb sollten berufspolitische Maßnahmen darauf zielen, den Beruf aufzuwerten. Dazu können Novellierungen gesetzlicher Rahmenbedingungen sowie gezielte Öffentlichkeitsarbeit beitragen.

Anders als für Medizinisch-technische Assistenten/innen sind für Orthoptisten/innen **keine vorbehaltenen Tätigkeiten** im Berufsgesetz (OrthoptG) definiert. Dies hat zur Folge, dass andere Gesundheitsberufe ebenfalls Tätigkeiten im Bereich der Orthoptik ausüben dürfen. Dies betrifft Ergotherapeuten/innen im rehabilitativen Bereich und Medizinische Fachangestellte in ärztlichen Praxen. Beispielsweise werden im Rahmen der kinderärztlichen Untersuchungen Tests durch sogenanntes „orthoptisch geschultes Personal“ durchgeführt. Dahinter verbergen sich in der Regel Medizinische Fachangestellte. Darüber hinaus entstehen Studienangebote für Optiker/innen (z.B. Optometrik), deren Absolventen/innen dann Untersuchungen beim Augenoptiker durchführen, wodurch sich Patienten/innen die zum Teil recht langen Wartezeiten beim Augenarzt sparen. Die Qualität dieser Untersuchungen wird vom Berufsverband als „äußerst fragwürdig“ eingeschätzt. Um die Qualität im Bereich der Orthoptik zu sichern, sollte das Berufsgesetz, das übrigens noch aus dem Jahr 1990 stammt, novelliert werden. Hierbei sollten Vorbehaltstätigkeiten für Orthoptisten/innen festgeschrieben werden. Zuständig dafür ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Land Rheinland-Pfalz kann kaum Einfluss nehmen.

Um den Beruf zukunftsfähig zu halten, strebt der Berufsverband eine grundständige **akademische Ausbildung** an. Dafür sprechen die derzeit fehlende Anschlussfähigkeit im europäischen Raum und die steigenden, immer komplexer werdenden Anforderungen im deutschen

²⁵ In der BOD-Umfrage aus dem Jahr 2012 gaben nur 42 Prozent der Teilnehmenden an, nur einen einzigen Arbeitgeber zu haben.

Gesundheitssystem. In anderen europäischen Staaten endet die Ausbildung mit einem Bachelor-Abschluss und die Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung bzw. zum Studium ist eine zwölfjährige Schulbildung. Ein abgestimmtes Verfahren zur Anerkennung der Abschlüsse in der Orthoptik in der EU existiert derzeit nicht. Die deutsche Ausbildung wird vor allem aufgrund der niedrigeren Zugangsvoraussetzungen (Mittlerer Bildungsabschluss) im Ausland als Low-Quality-Ausbildung wahrgenommen. Zugleich steigen die Anforderungen an Orthoptisten/innen durch den medizinischen Fortschritt, veränderte Versorgungsstrukturen und eine stärkere Stellung der Prävention im Gesundheitssystem. Zu bedenken ist allerdings, dass höhere Zugangsvoraussetzungen einem Teil der Interessenten/innen den Weg in die Ausbildung verschließen. Möglicherweise könnte die Akquise von Auszubildenden bzw. Studierenden noch schwieriger werden als sie ohnehin schon ist. Es erscheint notwendig, den Akademisierungsdiskurs weiter zu vertiefen und das Für und Wider zu beleuchten.

Eine weitere Möglichkeit, den Beruf aufzuwerten, könnte die Anerkennung von Orthoptisten/innen als **Heilmittelerbringer** sein. Ein Rechtsgutachten, das der Berufsverband der Orthoptisten/innen gemeinsam mit weiteren Berufsverbänden in Auftrag gegeben hat, kommt zum Schluss, dass orthoptische Leistungen durchaus als Heilmittel anerkannt werden könnten, auch wenn es vorrangig um diagnostische Leistungen geht.²⁶ Die Entscheidung über die Anerkennung trifft der Gemeinsame Bundesausschuss, der mit Vertreter/innen der Krankenkassen, der Krankenhäuser, der Ärzteschaft sowie drei Unparteiischen besetzt ist.

In der Arbeitsgruppe wurde exploriert, wie auf eine bessere Stellung des Berufes des/r Orthoptisten/in durch **Öffentlichkeitsarbeit** hingewirkt werden kann. Der Beruf ist in der Öffentlichkeit praktisch unbekannt. Nur wer Berufsangehörige im Bekanntenkreis hat, ist damit vertraut. So werden Orthoptisten/innen gerne mit Ärzten/innen verwechselt und mit „Frau Doktor“ angesprochen. Aufgrund des hohen Zeitdrucks wird in solchen Situationen oftmals auf Klarstellungen verzichtet. Man stellt sich den Patienten/innen in der Regel auch nicht als Orthoptist/in vor, da dies Nachfragen und umständliche Erklärungen zur Folge hätte, was schlicht Zeit kostet, die dann für die Diagnostik und Therapie fehlt. Dennoch könnten das Tragen eines Namensschildes mit Berufsbezeichnung sowie das Vorhalten geeigneter Informationsmaterialien langfristig zur Bekanntheit und zum Renommee des Berufs beitragen. In Krankenhäusern und im Reha-Bereich hätte eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit, bspw. mittels interdisziplinärer Fallbesprechungen, das Potential, sowohl die Patientenversorgung zu verbessern als auch die Relevanz der Orthoptik zu zeigen.²⁷ In Bro-

²⁶ vgl. Igl, G. (2010): Öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe und ihrer Tätigkeit auf den Gebieten der Diätetik, der Medizintechnik, der Orthoptik und der Pharmazie. München, Springer

²⁷ Oftmals ist der Austausch zwischen den Berufsgruppen nicht institutionalisiert. Dies kann Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung haben. In der Arbeitsgruppe wurde das Beispiel eines Patienten mit Apoplex geschildert: Da es keinen Austausch zwischen Physiotherapeut/in und Orthoptist/in gab, wurde bei den Gehübungen nicht berücksichtigt, dass der Patient Doppelbilder sah. Der Erfolg der physiotherapeutischen Behandlung war dadurch nur eingeschränkt und es entstanden Folgeprobleme, die hätten vermieden werden können.

schüren, Faltblättern und ähnlichem Patienteninformationsmaterial, das in Krankenhäusern, aber auch in augenärztlichen Praxen oder in Rehabilitationseinrichtungen vorgehalten wird, sollte die Berufsgruppe der Orthoptisten/innen und ihr Tätigkeitsprofil aufscheinen. Bisher ist dies meist wohl nicht der Fall. Zudem könnten Plakate und Tafeln, die über die Strukturen der Abteilung informieren, so gestaltet werden, dass zumindest die Berufsbezeichnung Orthoptist/in genannt wird. Auch der Berufsverband ist bestrebt, die Bedeutung des Berufs in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Die Erfahrungen der Arbeitsgruppenmitglieder zeigen, wie schwierig es für eine kleine Berufsgruppe ist, eine größere Öffentlichkeit zu erreichen. Es gab mehrere Versuche des BOD, Interesse für berufs- und gesundheitspolitische Themen bei Tageszeitungen zu wecken, die alle gescheitert sind. Entsprechend wird zunehmend der Weg über neue, moderne Medien gewählt. Die Nutzung von Facebook oder Twitter ist mittlerweile üblich und verbunden mit der Hoffnung, darüber eine größere Öffentlichkeit zu erreichen.

3.4.5 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung

Auch wenn die zu erwartende Fachkräftelücke in der Orthoptik nicht so groß sein wird wie in anderen Assistenzberufen, sind die Herausforderungen hier nicht geringer. Ausbildung als klassische und zentrale Strategie zur Fachkräftesicherung kommt in Rheinland-Pfalz nicht zum Tragen, da im Bundesland keine Ausbildungsplätze angeboten werden. Entsprechend muss der Fokus auf Potentiale bei den derzeit beschäftigten Orthoptisten/innen gerichtet werden. Der Beruf muss aufgewertet werden, um dadurch eine qualitativ hochwertige Versorgung mit orthoptischen Leistungen zu sichern und Fachkräfte zu binden. Folgende Handlungsfelder und konkrete Maßnahmen zur Fachkräftesicherung sind aufgeschienen und können als Basis für die weiteren Aktivitäten der Arbeitsgruppe Assistenzberufe dienen:

- Aufwertung des Berufs
 - Novellierung des Berufsgesetzes mit dem Festschreiben von vorbehaltenen Tätigkeiten
 - Anerkennung als Heilmittelerbringer
 - Öffentlichkeitsarbeit durch den Berufsverband und „im Kleinen“ (durch die Berufsangehörigen selbst)
 - Vertiefung des Akademisierungsdiskurses
- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
 - Arbeitsbedingungen im Krankenhaus durch teamorientierte Arbeitsorganisation, Personalführungskompetenzen und Entlastung von der Übernahme berufsfremder (Verwaltungs-)Tätigkeiten verbessern
 - Anbieten von mehr Vollzeitstellen

- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit in stationären Einrichtungen
- Aktivierung externer Potentiale
 - Implementierung eines betrieblichen Rückkehrmanagements in den Krankenhäusern und Arztpraxen, um einem Abtauchen in die Stille Reserve vorzubeugen
 - Informationen über die Möglichkeiten zur Förderung von Wiedereinstiegskursen über den Berufsverband streuen

3.5 Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen

Unter allen fünf Assistenzberufen ist die zu erwartende Fachkräftelücke für Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen (PTA) am größten. Laut dem „Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf“ werden im Jahr 2020 insgesamt 413 Fachkräfte fehlen, im Jahr 2025 sogar 718. Die Deckung dieser Fachkräftelücken ist problematisch, weil die meisten Ansätze zur Fachkräftesicherung von ungünstigen Rahmenbedingungen konterkariert werden. Hauptproblem ist die Akquise von Auszubildenden, da die Ausbildung in der Regel von den Schüler/innen selbst über Schulgeld finanziert werden muss und keine Karriereöglichkeiten im Beruf zur Verfügung stehen, um den finanziellen Aufwand zu kompensieren. Über die Bindung von Fachkräften lässt sich nur ein kleiner Teil der Fachkräftelücke decken, die Arbeitsbedingungen werden in der Arbeitsgruppe als eher unproblematisch beschrieben. Vereinbarkeitsprobleme in Verbindung mit eher schlechten Verdienstmöglichkeiten stehen einer Ausweitung der Beschäftigung im Weg. Zwar gibt es Ansätze, externe Potentiale zu aktivieren, auch hierüber kann jedoch nur ein kleiner Teil der Fachkräftelücke gedeckt werden.

3.5.1 Gewinnung von Auszubildenden als Hauptproblem

Zentrales Problem im Bereich der Pharmazeutisch-technischen Assistenz ist aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder die Gewinnung von Auszubildenden. Die Schulen haben wohl zum Teil große Schwierigkeiten, ihre Kurse zu füllen. Dies könnte zukünftig umso schwieriger werden, je stärker die Zahl der jüngeren Menschen im Zuge demografischer Veränderungen sinkt. Eine ganz wesentliche Ursache für die Schwierigkeiten, ausreichend Auszubildende zu finden, stellen die finanziellen Rahmenbedingungen der Ausbildung dar. Eine Ausbildungsvergütung wird bei der rein schulischen Ausbildung in den ersten beiden Ausbildungsjahren nicht gezahlt. Im letzten Halbjahr der zweieinhalbjährigen Ausbildung wird ein Praktikum in einer Apotheke absolviert und die Auszubildenden erhalten eine Praktikumsvergütung. Die fehlende Ausbildungsvergütung wird von den Arbeitsgruppenmitgliedern sogar noch als ver-

nachlässigbar angesehen, abschreckend wirkt dagegen sicher die Tatsache, dass während der ersten beiden Ausbildungsjahre ein **Schulgeld** zu zahlen ist. Dies erschwert es in Zeiten starker Konkurrenz von Ausbildungsträgern, Interessenten/innen für die Ausbildung zu gewinnen.²⁸

Die Schulgeldpflicht hängt mit dem rechtlichen Status der PTA-Schulen in Rheinland-Pfalz zusammen. Die Schulen des Gesundheitswesens sind hier – mit Ausnahme der Altenpflege-schulen – nicht ins Schulgesetz aufgenommen (siehe § 6 Abs. 2 Schulgesetz (SchulG)), womit auch der Grundsatz der Schulgeldfreiheit nicht zum Tragen kommt. Allerdings können die Ausbildungskosten für den größten Teil der Gesundheitsfachberufe von den Krankenkassen erstattet werden, sofern ein oder mehrere Krankenhäuser Träger der Ausbildungsstätte sind. Die Berufe, für die diese Form der Finanzierung möglich ist, sind in § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgelegt. Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen gehören allerdings nicht dazu. Infolgedessen ist an der Mehrheit der Schulen im Bundesland Schulgeld zu entrichten. Es gibt derzeit fünf staatlich anerkannte Schulen, die den Bildungsgang anbieten. Eine Schule ist beim Landesuntersuchungsamt angesiedelt, befindet sich damit in staatlicher Trägerschaft und bietet die Ausbildung schulgeldfrei an. Die übrigen vier Schulen erheben Schulgeld, das zum Zeitpunkt der „Bestandsaufnahme Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe“ Anfang des Jahres 2012 durchschnittlich ca. 280 Euro pro Monat betrug.

Die Bereitschaft, in eine Ausbildung zu investieren, wird unter anderem von den **Karrieremöglichkeiten** im Beruf beeinflusst. Möglichkeiten zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung sind in der Pharmazeutisch-technischen Assistenz allerdings kaum gegeben. Der Beruf wird in der Arbeitsgruppe als „Sackgassenberuf“ bezeichnet. Staatlich anerkannte Weiterbildungen oder berufsspezifische Studienangebote existieren nicht. Das Pharmaziestudium oder ein eher betriebswirtschaftlich orientiertes Studium in Pharmazieökonomie wird von den berufsständischen Vertreter/innen als berufsfremd angesehen. Weiterqualifizierungsmöglichkeiten innerhalb des Berufes seien notwendig, um motivierten Fachkräften Entwicklungschancen zu eröffnen. Konkrete Einsatzfelder in der Apotheke könnten bspw. Labor- oder Rezepturleitung sein. Auch eine leitende PTA in der Apotheke, die die Schnittstelle zu anderen Berufsgruppen wie den Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten bildet, sei denkbar.

Um die Attraktivität der Ausbildung trotz der Schulgeld-Problematik und begrenzter Karrieremöglichkeiten zu verbessern, arbeitet der Berufsverband der Pharmazeutisch-technischen Assistenten/innen derzeit daran, die **Ausbildung zu modernisieren**. Beim zuständigen

²⁸ Laut der „Bestandsaufnahme Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe“ hat die Zahl der angebotenen Schulplätze im Land seit dem Schuljahr 2006/2007 abgenommen. Auch die Anzahl der Bewerber/innen ist im Zeitverlauf tendenziell rückläufig.

Bundesministerium für Gesundheit ist eine Novelle des Berufsgesetzes eingereicht worden. Ziel ist es, nach dem Berufsgesetz, das noch aus dem Jahr 1968 stammt, anschließend auch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PTA-APrV) novellieren zu können. Die Ausbildungsdauer soll auf drei Jahre verlängert werden, um die Auszubildenden adäquater auf die steigenden Herausforderungen der Tätigkeit in der Apotheke vorzubereiten und eine Angleichung auf EU-Ebene zu erreichen. Pädagogische Konzepte wie die Lernfeld-, Kompetenz- oder Handlungsorientierung könnten integriert und die Ausbildung dadurch modernisiert werden. Im Zuge der Novellierung des Berufsgesetzes könnte auch angestrebt werden, die **Berufsbezeichnung** als „Assistent/in“ zu ändern. Im Gegensatz zur Zeit, in der das Berufsgesetz verabschiedet wurde, verbringen PTA heute weniger Zeit mit unterstützenden Tätigkeiten im Hintergrund (Labor und Rezeptur), sondern beraten, informieren und bieten Serviceleistungen an. Der Kontakt zu Kunden/innen charakterisiert die berufliche Tätigkeit deutlich stärker als die Unterstützung der Apotheker/innen.

Neben einer modernen Berufsbezeichnung kann gezielte **Öffentlichkeitsarbeit** dazu beitragen, Auszubildende zu gewinnen und die gesellschaftliche Relevanz des Berufes zu verdeutlichen. Unter allen Assistenzberufen dürfte der PTA-Beruf der bekannteste sein. Es handelt sich um eine große Berufsgruppe, der man – anders als Medizinisch-technischen Assistenten/innen und Orthoptisten/innen – begegnet, auch ohne ernsthaft erkrankt zu sein. Insofern können die Berufsangehörigen zur Steigerung des Bekanntheitsgrades beitragen. In der Apotheke wissen die Kunden/innen in der Regel nicht, ob sie von einer PTA oder einem/r Apotheker/in bedient werden. Dort, wo Namensschilder getragen werden, fehlt in der Regel eine Berufsbezeichnung. Eine entsprechende Ergänzung würde den Beruf stärker ins Licht der Öffentlichkeit bringen und seine Relevanz zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung unterstreichen. Ebenso sollten sich die Schulen – möglicherweise stärker als bisher - bemühen, die Ausbildung zum/r PTA zu bewerben. Geeignete Wege sind der persönliche Kontakt zu allgemeinbildenden Schulen, die Teilnahme an Ausbildungsmessen und Berufsinformationsveranstaltungen, aber auch die Nutzung neuer Kommunikationsformate wie Facebook. Schließlich könnten die Apotheken ihre Bemühungen ausweiten, Praktikanten/innen zu gewinnen (Stichwort Schülerpraktika) und diesen die PTA-Ausbildung näher bringen. Nicht zuletzt sind auch die Berufsverbände bestrebt, die Bedeutung der Berufe in der Gesellschaft sichtbarer zu machen. Da das Internet mit Wikipedia heute als die wichtigste Informationsplattform für junge Menschen fungiert, ist der Berufsverband bemüht, die Darstellung des PTA-Berufs dort up-to-date zu halten. Die Erfahrung der Verbandsmitglieder zeigt allerdings, dass es unerwartet schwierig ist, veraltete Inhalte zu ändern. Die Nutzung von Informationskanälen wie Facebook und Twitter für die Verbandsarbeit ist üblich. Zudem wird die Internetseite des Verbandes kontinuierlich überarbeitet, um aktuell und ansprechend zu bleiben.

Weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit hat der Berufsverband das Jahr 2014 zum „Jahr der PTA“ ausgerufen.

Damit die genannten Formen der Öffentlichkeitsarbeit Früchte tragen, werden ansprechende, aussagekräftige und zielgruppenspezifische **Informationsmaterialien** benötigt. Je nachdem, wer im Fokus steht (Eltern oder Jugendliche), müssen die Informationen unterschiedlich gestaltet sein. Die Materialien, die die Arbeitsverwaltung im Rahmen der Berufsorientierung einsetzt, werden von den berufsständischen Vertreter/innen sehr kritisch gesehen. Ein Austausch mit der Arbeitsverwaltung und gegebenenfalls eine Überarbeitung des Informationsmaterials sollten angestrebt werden.

3.5.2 Gute Beschäftigungsbedingungen bieten nur wenig Potential zur Fachkräftesicherung

Die Arbeitsbedingungen von Pharmazeutisch-technischen Assistenten/innen werden in der Arbeitsgruppe als überwiegend positiv beschrieben. Ansätze zur Fachkräftesicherung durch die Bindung von Beschäftigten sind somit schwer auszumachen. Die Arbeit ist abwechslungsreich und nie monoton, da die Interaktionen mit Kunden/innen die Arbeit bestimmen. Die Tätigkeiten sind vielfältig: PTA verkaufen und beraten zu Arzneimitteln, Hilfsmitteln oder Over-the-counter-Produkten wie Kosmetika, erstellen Rezepturen oder sind im Labor tätig. Schwerpunkte der Tätigkeiten variieren je nach Lage der Apotheke. Befindet sich beispielsweise eine hautärztliche Praxis in der Nähe, nimmt das Herstellen von Rezepturen einen höheren Stellenwert ein als in anderen Apotheken. Welche Berufsgruppe in der Apotheke was tut, ist über die gesetzlichen Rahmenbedingungen klar definiert. Sowohl Apotheker/innen als auch Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen verbringen den größten Teil ihrer Arbeitszeit mit Kundenkontakten. Die Tätigkeiten unterscheiden sich nicht, sodass für die Kunden/innen auch nicht erkennbar ist, von wem sie gerade bedient werden. Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte haben in der Regel keinen Kundenkontakt. Sie kümmern sich um Lager, Telefon, Versand und Warenbewirtschaftung. Die gesetzlichen Grundlagen lassen nicht zu, dass sie pharmazeutische Tätigkeiten, wozu die Kundenberatung zählt, durchführen.²⁹ Eine originäre PTA-Aufgabe ist das Herstellen von Rezepturen. Die Apotheker/innen beaufsichtigen und sind letztlich durch ihre Unterschrift verantwortlich. Spezifische Apotheker-Tätigkeiten sind zudem die Prüfung der Rezepte sowie das Medikationsmanagement, das in vielen Apotheken als Serviceleistung angeboten wird.

Da es verschiedene Arbeitsbereiche für PTA in der Apotheke gibt, wird in der Regel morgens aufgeteilt, wer welche Arbeiten übernimmt (Handverkauf, Heimbeförderung, Rezepturen). In

²⁹ Eine Ausnahme ist die Beratung zu Kosmetika.

der Regel begreifen sich die Beschäftigten als Team, in dem jedes Kettenglied, jede Berufsgruppe wichtig ist. Aufgrund der in den gesetzlichen Rahmenbedingungen geregelten Zuständigkeiten sind Spannungen weitgehend ausgeschlossen. Zusätzlich werden Zuständigkeiten über interne Qualitätsmanagement-Systeme geklärt. Die Spannungen, die in der Berufspolitik zwischen Apotheker/innen und PTA aufscheinen, spielen im Alltag keine Rolle. Eine hierarchische Distanz existiert trotz der unterschiedlichen Verantwortungsbereiche in der Regel nicht.

Auch körperliche Belastungen sind aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder nicht mit dem PTA-Beruf verbunden. Zwar handelt es sich um einen „stehenden Beruf“ und der Einsatz von Kommissionierautomaten schränkt die Bewegungsnotwendigkeiten weiter ein, dennoch können PTA ihn in der Regel bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter ausüben. Als anstrengend wird der permanente Konzentrationsdruck empfunden, der mit der besonderen Verantwortung bei der Abgabe von Arzneimitteln zu tun hat. Fehler können fatale Folgen haben. Unter den Bedingungen in der Apotheke mit Umgebungslärm und zum Teil schwierigen oder unzufriedenen Kunden/innen kann es psychisch durchaus belastend sein, permanent konzentriert und freundlich zu bleiben. Zudem sind es in der Regel kranke Menschen, die man bedient, und man muss eine Balance zwischen Empathie und professioneller Distanz halten. Wichtig sind die Gewährleistung von Pausenzeiten, die zur Regeneration genutzt werden können und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Mitarbeiter/innen. Letztlich sorgen aber die Arbeitsbedingungen oder –inhalte nicht dafür, dass Fachkräfte aus dem Beruf aussteigen oder lediglich in Teilzeit beschäftigt sind. Hierfür sind vielmehr verhältnismäßig schlechte Verdienstmöglichkeiten und Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verantwortlich.

3.5.3 Verbesserung der Verdienstmöglichkeiten

Schlechte Verdienstmöglichkeiten in Apotheken führen zur Abwanderung in Beschäftigungsbereiche, in denen die Entlohnung besser ist, beispielsweise in Unternehmen der pharmazeutischen Industrie oder ins öffentliche Gesundheitswesen (Gesundheitsämter). Für die Apotheken gibt es einen Tarifvertrag, der zwischen der Gewerkschaft ADEXA, die alle Berufsgruppen in den öffentlichen Apotheken vertritt und dem Arbeitgeberverband Deutscher Apotheken (ADA), in dem etwa 90 Prozent der Apotheken in Deutschland über die Zugehörigkeit der Leiter/innen zu den Landesapothekerkammern Mitglied sind, geschlossen wird. Obwohl der Organisationsgrad der Beschäftigten nicht hoch ist und der Tarifvertrag damit nicht flächendeckend gilt, dienen der erarbeitete „Gehaltstarif“ und der „Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter“ den meisten Apotheken als Orientierung. Für Berufsanfänger/innen wurde zuletzt ein monatliches Arbeitnehmer-Bruttogehalt von 1.668 Euro ausge-

handelt. Die höchste Entgeltstufe erreicht man nach 14 Jahren im Beruf mit einem Arbeitnehmer-Brutto von 2.058 Euro monatlich. Der Tarif hat allerdings eher den Charakter eines Mindestlohns, das Entgelt liegt nach Aussage einer Interviewpartnerin in den meisten Apotheken über dem Tariflohn. Oftmals besteht jedoch kein Anspruch auf Weihnachts- oder Urlaubsgeld. Möglicherweise könnten die Apotheken höhere Gehälter zahlen und von der Investition in ihre Beschäftigten profitieren. Schließlich wird ein großer Teil des Umsatzes mit Over-the-Counter-Arzneimitteln erwirtschaftet. Dabei kommt es auf kompetente, motivierte und freundliche Mitarbeiter/innen an. Diese können zur Kundenbindung und dadurch zur wirtschaftlichen Stabilität beitragen. Die Arbeitgeber sollten folglich finanzielle Spielräume nutzen, sofern diese vorhanden sind.

3.5.4 Familienfreundliche Unternehmenskultur

Laut der Arbeitgeberbefragung im Rahmen des Branchenmonitorings sind nur 41 Prozent der derzeit tätigen Fachkräfte in Vollzeit beschäftigt. Dies hängt aus Sicht der Arbeitsgruppenmitglieder mit Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zusammen. Etwa 95 Prozent der Berufsangehörigen sind Frauen, deren Ehemänner in der Regel mehr verdienen, weshalb sich die Frauen für eine Reduzierung ihrer Arbeitszeit oder sogar einen Ausstieg aus dem Beruf entscheiden. Flexible Arbeitszeitmodelle, die Vereinbarkeit ermöglichen, sind üblich; Vereinbarkeitsprobleme entstehen vor allem in Randzeiten, weil die Öffnungszeiten von Kindertagesstätten oder Schulen diese nicht abdecken und wenn ein Kind krank wird. In Apotheken fällt es zum Teil schwer, personelle Engpässe zu überbrücken. Hier müssen die Kollegen/innen die Mehrarbeit bewältigen und die Kunden/innen müssen längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Entsprechend plagt die Fachkräfte nicht selten ein schlechtes Gewissen gegenüber ihrem Arbeitgeber und Kollegen/innen, wenn sie ausfallen. Eine familienfreundliche Unternehmenskultur mit individuellen und flexiblen Arbeitszeitregelungen und verständnisvollen Führungskräften erscheint wichtig, um PTA im Beruf zu halten. In Zeiten des Fachkräftemangels könnte sie sogar ein wichtiger Pluspunkt bei der Personalrekrutierung sein.

3.5.5 Externe Potentiale können kaum aktiviert werden

Ein Teil des aktuellen und zukünftigen Fachkräftebedarfs könnte über externe Potentiale gedeckt werden, indem PTA, die sich in der Stillen Reserve befinden, aktiviert werden, indem Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte eine Aufstiegsqualifizierung zur PTA absolvieren oder indem Fachkräfte aus dem Ausland angeworben werden. Eine große Anzahl an Fachkräften lässt sich über diese Maßnahmen jedoch vermutlich nicht gewinnen.

In der Pharmazeutisch-technischen Assistenz gibt es eine sogenannte **Stille Reserve** aus Berufsangehörigen, die aufgrund von familiären Verpflichtungen (Erziehungszeiten, Angehörigenpflege usw.) oder aus gesundheitlichen Gründen aus dem Beruf aus- und nicht wieder eingestiegen sind. Die Stille Reserve ist nicht erwerbstätig und auch nicht arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet. Sie taucht entsprechend in keiner Statistik auf. Da der Berufsverband der PTA den beruflichen Status seiner Mitglieder differenziert erfasst, ist allerdings eine Schätzung möglich, nach der sich 3 Prozent der Verbandsmitglieder oder 241 PTA Deutschlandweit in der Stillen Reserve befinden. Eine Hürde für den Wiedereinstieg stellt neben Vereinbarkeitsproblemen vermutlich die Angst vor Überforderung dar, da sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen durch Reformen im Gesundheitssystem, neue Erstattungsfähigkeitsregeln, Änderungen im Gefahrstoffrecht oder die Apothekenbetriebsordnung ändern. Hinzu kommen neue Arzneimittel und neue Rabattverträge. Nach einem längeren Ausstieg aus dem Beruf können Wiedereinstiegskurse hilfreich sein, um wieder Fuß im Beruf zu fassen. Der Berufsverband der PTA und die Landesapothekerkammer bieten solche Kurse an, die aber in der Regel privat finanziert werden. Dass es Fördermöglichkeiten über die Agenturen für Arbeit gibt, ist wenig bekannt. Neben Wiedereinstiegskursen können auch betriebliche Praktika, die einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt ermöglichen, gefördert werden. Zudem gibt es im Einzelfall Fördermöglichkeiten für Wiedereinsteiger/innen im Alter von über 45 Jahren, die schon eine Arbeitsstelle gefunden haben, aber einer Qualifizierungsmaßnahme bedürfen (siehe WeGeBau-Programm). Aus Sicht der Arbeitgeber dürfte es sinnvoll sein, präventiv zu handeln, ein betriebliches Rückkehrmanagement zu implementieren und damit ein „Abtauchen“ von Mitarbeiter/innen in die Stille Reserve zu verhindern.

Fraglich ist, ob es gelingen kann, Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte (PKA) für eine **Aufstiegsqualifizierung** zum/r PTA zu gewinnen. In der PTA-Ausbildung kann die Praktikumsvergütung im letzten Ausbildungsteil als Finanzierung des letzten Ausbildungsdrittels angesehen werden. Damit ist eine Grundlage dafür gegeben, die Aufstiegsqualifizierung als Umschulung von der örtlichen Arbeitsverwaltung zu finanzieren. Vermutlich sind es jedoch lediglich einzelne Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte, für die ein solches Modell interessant ist. Zwar würde die Ausbildung zum/r PTA mit einem höheren Abschluss als dem derzeitigen enden, dafür muss allerdings die Beschäftigung als PKA mit entsprechendem Verdienst aufgegeben werden. Zudem ist unklar, ob es nicht auch einen ungedeckten Personalbedarf in der Berufsgruppe gibt. Dies würde die Arbeitgeber natürlich davon abhalten, eine Aufstiegsqualifizierung zu propagieren. Neben der Sicherung der Finanzierung des letzten Ausbildungsdrittels ist eine weitere Voraussetzung für die Förderfähigkeit der Qualifizierungsmaßnahme, dass die Schulen nach der Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung (AZAV) zertifiziert sind. Inwieweit dies in Rheinland-Pfalz der Fall ist bzw. Interesse an einer Zertifizierung besteht, müsste zunächst eruiert werden.

Zuwanderung von Pharmazeutisch-technischen Assistenten/innen spielt zumindest in Rheinland-Pfalz praktisch keine Rolle. Zwischen Januar 2012 und November 2013 haben im Bundesland vier PTA einen Antrag auf Anerkennung eines ausländischen Berufsabschlusses gestellt. Dagegen berichtet ein Mitglied der Arbeitsgruppe von deutschlandweit jährlich 40-50 Anfragen von jungen PTA an den Berufsverband, die sich über Chancen und Möglichkeiten informieren, eine Beschäftigung im Ausland aufzunehmen. Unklar ist, warum Zuwanderung trotz der positiven wirtschaftlichen Lage in Deutschland keine größere Rolle spielt. Der behördliche Aufwand könnte abschreckend wirken. Da es keine EU-weiten Mindeststandards für die Ausbildungsabschlüsse in den Assistenzberufen gibt, sind oftmals Anpassungsmaßnahmen notwendig, was mit Kosten einher geht.

3.5.6 Zusammenfassung: Ansätze zur Fachkräftesicherung

Auch wenn die Gewinnung von Auszubildenden vor dem Hintergrund der Schulgeldpflicht das zentrale Problem in der Pharmazeutisch-technischen Assistenz darstellt, lassen sich neben der Abschaffung des Schulgeldes weitere Handlungsfelder und Maßnahmen zur Fachkräftesicherung skizzieren. Die folgende Auflistung ist nicht unbedingt vollständig und nicht sämtliche Ansätze können auf der Ebene des Bundeslandes Rheinland-Pfalz bearbeitet werden. Dennoch können die Ansätze grundlegend für die weitere Arbeit in der Arbeitsgruppe Assistenzberufe sein:

- Gewinnung von Auszubildenden
 - Anbieten Schulgeld-freier Ausbildungsplätze
 - Modernisierung der Ausbildung über eine Novellierung von Berufsgesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
 - Überarbeitung von Informationsmaterialien zur Berufsorientierung
- Aufwertung des Berufs
 - Änderung der Berufsbezeichnung
 - Öffentlichkeitsarbeit durch Schulen, in Apotheken und den Berufsverband
- Weiterqualifizierung
 - Karrieremöglichkeiten über die Konzeption staatlich anerkannter Weiterbildungen entwickeln
- Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen
 - höhere Entlohnung in Apotheken
 - Vereinbarkeitsmöglichkeiten verbessern durch den Ausbau flexibler Kinderbetreuungsangebote
 - Implementieren einer familienfreundlichen Unternehmenskultur in Apotheken

- Aktivierung externer Potentiale
 - Implementierung eines betrieblichen Rückkehrmanagements in Apotheken, um einem Abtauchen in die Stille Reserve vorzubeugen
 - Informationen über Fördermöglichkeiten für Wiedereinstiegskurse über den Berufsverband streuen
 - Informationen zur Aufstiegsqualifizierung für PKA und Fördermöglichkeiten streuen

3.6 Fazit: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den fünf Assistenzberufen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Barrieren bei der Fachkräftesicherung und erste Handlungsansätze für jeden der fünf Assistenzberufe separat dargestellt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews für alle fünf Assistenzberufe zusammengeführt. Dies ist sinnvoll, da es viele Gemeinsamkeiten zwischen den Berufen gibt und berufsübergreifende Aktivitäten angestoßen werden könnten. Strukturiert wird das Kapitel wiederum durch die Handlungsfelder, die schon in den zusammenfassenden Kapiteln für die Einzelberufe aufgeschienen sind. Diese sind mitunter nicht ganz trennscharf und eher miteinander verflochten; Aktivitäten in einem Handlungsfeld beeinflussen andere Handlungsfelder. Einzelne Handlungsfelder sind die Gewinnung von Auszubildenden, die Aufwertung der Assistenzberufe, die Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen, Möglichkeiten zur Weiter- und Aufstiegsqualifizierung und die Aktivierung externer Potentiale. In Tabelle 2 ist überblicksartig dargestellt, welche Problem- bzw. Handlungsfelder in welchen Berufen die bedeutsamsten sind und welche eher nachrangige Bedeutung haben.

Tab. 2: Priorisierung der Problem- bzw. Handlungsfelder nach Berufen

Beruf	Bedeutsamkeit der Problem- bzw. Handlungsfelder
Medizinisch-technische Assistenten/innen für Funktionsdiagnostik	1. <i>Ausbildung</i> 2. <i>Aufwertung</i> 3. <i>Weiter-/Aufstiegsqualifizierung</i> 4. <i>Beschäftigungsbedingungen</i> 5. <i>Externe Potentiale</i>
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/innen	1. <i>Ausbildung</i> 2. <i>Aufwertung</i> 3. <i>Beschäftigungsbedingungen</i>
Medizinisch-technische Radiologieassistenten/innen	1. <i>Ausbildung</i> 2. <i>Aufwertung</i> 3. <i>Weiter-/Aufstiegsqualifizierung</i> 4. <i>Beschäftigungsbedingungen</i> 5. <i>Externe Potentiale</i>
Orthoptisten/innen	1. <i>Aufwertung</i> 2. <i>Beschäftigungsbedingungen</i> 3. <i>Externe Potentiale</i>
Pharmazeutisch-technische Assistenten/innen	1. <i>Ausbildung</i> 2. <i>Aufwertung</i> 3. <i>Weiter-/Aufstiegsqualifizierung</i> 4. <i>Beschäftigungsbedingungen</i> 5. <i>Externe Potentiale</i>

Quelle: eigene Darstellung

Eine zentrale Herausforderung in allen fünf Assistenzberufen ist die **Gewinnung von Auszubildenden**.³⁰ Eine Steigerung der Zahl der Auszubildenden, d.h. eine klassische Strategie zur Fachkräftesicherung, ist unter den derzeitigen Ausbildungsstrukturen kaum Erfolg versprechend. Es dürfte schon Herausforderung genug sein, die verfügbaren Ausbildungsplätze auszulasten. Für die Pflegeberufe wurde im Rahmen der rheinland-pfälzischen „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ ein Anstieg der Zahl der Ausbildungsanfänger/innen um jährlich 10 Prozent über drei Jahre vereinbart. In den Assistenzberufen dürfte eine solche Strategie nur bedingt umsetzbar sein, da aufgrund einer fehlenden gesetzlichen Verankerung keine Ausbildungsvergütung gezahlt wird und die Ausbildungen damit weit weniger attraktiv sind als andere. Dieser Nachteil wird besonders zum Tragen kommen, wenn das Potential an Jugendlichen, die sich für einen Ausbildungsplatz interessieren könnten, aufgrund der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren abnimmt. Die Gesundheitsfachschulen werden sich noch stärker als bisher im Wettbewerb mit anderen Ausbildungsträgern behaupten müssen. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, wobei neben den Schulen und den Krankenhäuser als Träger der Ausbildungsstätten (für die MTA-Berufe) auch die Berufsverbände und potentielle Arbeitgeber in der Pflicht sind, sich zu engagieren. In der Pharmazeutisch-technischen Assistenz kommt ein weiteres Problem in der Akquise von Auszubildenden dazu: Eine Ausbildung zum/r PTA ist in Rheinland-Pfalz in der Regel kostenpflichtig, da sich die Mehrheit der Schulen über Schulgeld finanziert. Für alle Assistenzberufe gilt, dass die Materialien, die im Rahmen der Berufsorientierung eingesetzt werden, einer Überprüfung hinsichtlich ihrer Aktualität bedürfen. Darüber hinaus erscheint eine Modernisierung der Ausbildung über die Novellierung der Berufsgesetze und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen als notwendig. Die rechtlichen Grundlagen stammen noch aus den 1990er Jahren, moderne pädagogische Konzepte sind nicht verankert. In diesem Zusammenhang gilt es auch, den Akademisierungsdiskurs zu vertiefen: In der Arbeitsgruppe ergab sich das Bild, dass dieser bislang vor allem von den berufspolitischen Vertreter/innen vorangetrieben wird. Ein breiterer Diskurs unter Beteiligung der Arbeitgebervertreter erscheint notwendig.

Negativen Einfluss auf die Attraktivität der Ausbildungen haben auch die Berufsbezeichnungen der MTA-Berufe und der PTA als „Assistenten/innen“. Die Bezeichnungen entsprechen ohnehin nicht dem realen Tätigkeitsprofil. Ein hohes Maß an Autonomie in der Berufsausübung und damit einhergehend eine hohe Verantwortlichkeit kennzeichnet alle fünf Assistenzberufe. Eine **Aufwertung der Berufe** ist notwendig, um ihre Bedeutung sowohl in der Öffentlichkeit, aber auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens entsprechend darzustellen. Die Änderung der Berufsbezeichnung über die Novellierung der Berufsgesetze könn-

³⁰ In der Orthoptik gibt es keine Ausbildungsstätte in Rheinland-Pfalz. Ein Arbeitsgruppenmitglied berichtete allerdings, dass die Gewinnung von Auszubildenden bundesweit problematisch ist.

te ein erster Schritt sein. In der Orthoptik sollten Vorbehaltstätigkeiten im Berufsgesetz definiert werden, um den Beruf, aber auch die Qualität der Versorgung mit orthoptischen Leistungen zu sichern. Zudem müssen Wege gefunden werden, wie durch die Assistenzberufe durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit sichtbar werden können.

Die Beschäftigungsbedingungen für die Angehörigen der Assistenzberufe sowie Vereinbarkeitmöglichkeiten wurden in der Arbeitsgruppe – vor allem in Abgrenzung zu den Pflegeberufen – positiv dargestellt. Dennoch sind **Verbesserungen der Beschäftigungsbedingungen** an mehreren Stellen möglich: Vor allem in Kliniken sind die Arbeitsstrukturen eher hierarchisch geprägt, Wirtschaftlichkeitsdruck und bürokratischer Aufwand haben in den vergangenen Jahren zugenommen. Für die MTA-Berufe wurde zudem von fehlenden Personalführungskompetenzen auf Seiten der leitenden MTAs berichtet, die sich negativ auf das Arbeitsklima auswirken und für Unzufriedenheit unter den Beschäftigten sorgen. Da die Fortbildungsprogramme für Führungskräfte aber eher positiv bewertet werden, liegt die Vermutung nahe, dass es den Führungskräften schlicht an Freiräumen fehlt, die erworbenen Kompetenzen im Arbeitsalltag auch einzusetzen. Organisationsinterne Entwicklungsprozesse sollten angestoßen werden. Was die Vergütung angeht, wird diese nicht generell als zu schlecht bewertet; auf junge Menschen, die sich für die Ausbildungen interessieren, wirken allerdings die Einstiegsgehälter oftmals abschreckend. Dies trifft vor allem auf männliche Jugendliche zu, die in durchaus relevanter Zahl Interesse an den MTA-Berufen zeigen. Hier gilt es, eine Überarbeitung der Tarifverträge mit den zugrunde liegenden Tätigkeitsbeschreibungen zu forcieren.

Dabei sollte auch an eine adäquate Abbildung spezialisierter Tätigkeitsfelder gedacht werden. **Aufstiegs- und Weiterqualifizierungsmöglichkeiten** existieren in den Assistenzberufen nämlich durchaus, allerdings handelt es sich dabei in der Regel nicht um berufsspezifische Studienprogramme oder um staatlich anerkannte Weiterbildungen. Im Tarifgefüge bilden sich solche Fortbildungen nicht ab. So investieren die Beschäftigten mitunter viel Geld und Zeit in die Weiterqualifizierung, verbessern dadurch ihre Verdienstmöglichkeiten jedoch nicht.

Die **Aktivierung externer Potentiale** gestaltet sich in allen Assistenzberufen als schwierig. Zur Fachkräftesicherung können entsprechende Maßnahmen deshalb nur in geringem Maße beitragen. Ein Abtauchen in die Stille Reserve kann durch betriebliche Rückkehrprogramme präventiv verhindert werden. Dies ist vor allem in der Radiologieassistenz bedeutsam, da dort der technische Fortschritt rasant ist. Zuwanderung von Fachkräften spielt bisher eine sehr geringe Rolle. Zum aktuellen Zeitpunkt ist jedoch schlicht zu wenig Wissen über berufsspezifische Push- und Pull-Faktoren sowie über die Motive der Zuwanderer/innen vorhanden, als dass bspw. eine Anwerbung von Fachkräften forciert werden sollte. Auch eine Auf-

stiegsqualifizierung in einen Assistenzberuf – dies betrifft Medizinische Fachangestellte und Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte in den Arbeitsfeldern der Assistenzberufe – dürfte nur wenige Personen ansprechen. Von den Arbeitsverwaltungen könnte nur die Ausbildung zum/r PTA gefördert werden; die Hürde ist jedoch hoch, aus Beschäftigung heraus in eine Ausbildung ohne Ausbildungsvergütung zu wechseln.

4. Ausblick

Das Land Rheinland-Pfalz ist das erste Bundesland, in dem die aktuelle und zukünftige Arbeitsmarktlage für alle 18 bundes- und landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe untersucht worden ist. Auf der Basis dieser Arbeitsmarktdaten konnten mit der Erarbeitung eines neuen, bedarfsgerechten Ausbildungsstättenplans erste wichtige Schritte zur Fachkräftesicherung in den Assistenzberufen eingeleitet werden. Über Ausbildung alleine kann der steigende Fachkräftebedarf in den MTA-Berufen, der Orthoptik und der Pharmazeutisch-technischen Assistenz allerdings nicht gedeckt werden. Weitere Ansätze zur Fachkräftesicherung müssen entwickelt werden. In der im Sommer 2013 konstituierten Unter-Arbeitsgruppe „Assistenzberufe“ im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ sind zunächst die Barrieren identifiziert worden, die eine Deckung des Personalbedarfs erschweren und erste Ideen zur Fachkräftesicherung erarbeitet worden. Dabei haben sowohl berufsständische Vertreter/innen als auch Vertreter/innen der Arbeitgeber, der Arbeitsverwaltung und der Landespolitik mitgewirkt. Der vorliegende Bericht bündelt die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und Experteninterviews und zeichnet ein erstes, möglicherweise durch die regionale Prägung der Arbeitsgruppe eingefärbtes Bild. Dieses sollte als Grundlage für die weiteren Aktivitäten im Rahmen der „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe“ dienen. Ideen dazu werden im Folgenden skizziert.

Die vielen Gemeinsamkeiten zwischen den Assistenzberufen, sowohl was die Problemlagen als auch was die Handlungsansätze angeht, sprechen für ein **gemeinsames Auftreten** der Assistenz- bzw. sogar aller 18 Gesundheitsfachberufe. Eine Fokussierung auf das Handlungsfeld „Aufwertung der Gesundheitsfachberufe durch Öffentlichkeitsarbeit“, welches schon in der Auftaktveranstaltung als wichtigstes bewertet worden ist, liegt nahe. Ziele entsprechender Aktivitäten sollten eine bessere Wahrnehmbarkeit der Assistenzberufe, eine Verbesserung des Images und in der Folge eine erleichterte Gewinnung von Auszubildenden sein. Dabei könnte gut auf die positiven Aspekte der Assistenzberufe als sichere Zukunftsberufe fokussiert werden: Ausbildungsstätten und Beschäftigungsmöglichkeiten verteilen sich – außer in der Orthoptik – über das Bundesland, was den Auszubildenden bzw. Absolventen/innen einen Verbleib in der Herkunftsregion ermöglicht. Die Alterung der Bevölkerung führt zu einer erhöhten Nachfrage, was für gute Beschäftigungschancen sorgt. Im Vergleich zu den Pflegeberufen sind die Arbeitsbelastungen deutlich geringer, die Tätigkeitsprofile sind dennoch vielfältig und anspruchsvoll. Zudem sind die Assistenzberufe gesellschaftlich hoch relevant. Nicht zuletzt ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie über flexible Arbeitszeitmodelle gut möglich. Eine Öffentlichkeitsarbeit, die bspw. im Rahmen einer Kampagne auf diese und weitere positive Aspekte der Assistenzberufe verweist, wäre innovativ und Erfolg versprechend.

Die Aktivitäten der Arbeitsgruppe sollten verstetigt werden, da deutlich wurde, dass alle in der Arbeitsgruppe beteiligten Parteien einen Beitrag zur Fachkräftesicherung leisten können und müssen. Dies ist umso wichtiger, da deutlich wurde, dass es verschiedene Begrenzungen gibt, die die Weiterentwicklung der Assistenzberufe behindern und zu deren Überwindung unterschiedliche Akteure beitragen müssen. Zu unterscheiden sind **strukturelle, kulturelle und soziale Begrenzungen**. Strukturelle Begrenzungen stellen die Berufsgesetze, die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Ausbildungsfinanzierung in der Pharmazeutisch-technischen Assistenz und die derzeit gültigen Tarifverträge dar. Diese können – mit Ausnahme einer Abschaffung des Schulgeldes für PTA – nicht alleine auf Ebene des Bundeslandes bearbeitet werden. Allerdings können Anstöße aus dem Land heraus gegeben werden, die möglicherweise auf Bundesebene Wirkung zeigen. Kulturelle Begrenzungen liegen in der fehlenden Sichtbarkeit der Berufe, einem Image als medizinische Hilfsberufe und einem ebensolchen Berufsverständnis bei Teilen der Berufsangehörigen. Diese Begrenzungen können – sieht man von der Änderung der Berufsbezeichnungen ab – nicht top-down überwunden werden. Insbesondere die Berufsverbände und die Schulen müssen auf ein modernes, selbstbewusstes Berufsverständnis und auf die Sprechfähigkeit der Berufsangehörigen hinwirken. Soziale Begrenzungen werden seitens der Arbeitgeber geschaffen, indem nicht ausreichend in die Weiterentwicklung des Personals investiert wird. Berufliche Weiterqualifizierung ist mit hohen Kosten verbunden, die nicht selten die Beschäftigten selbst zu tragen haben. Zudem ist eine höhere Entlohnung für spezialisierte Tätigkeiten nicht die Regel. In der Überwindung von strukturellen, kulturellen und sozialen Begrenzungen liegt die Chance, die Assistenzberufe aufzuwerten, eine Auslastung der vorgehaltenen Ausbildungsplätze zu gewährleisten und dadurch den zukünftigen Fachkräftebedarf zu decken.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht über die 18 bundes- bzw. landesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe	5
Tab. 2: Priorisierung der Problem- bzw. Handlungsfelder nach Berufen.....	49

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Aktuelle und zukünftige Fachkräftesituation in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz.....	6
Abb. 2: Stellwand mit beispielhaften Ergebnissen vom 17.01.2014	9