

Begleitbericht zum Projekt  
Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin/  
Medizinischer Praxiskoordinator  
mit eidgenössischem Fachausweis

22. November 2012

# Inhalt

Seite

Autoren des Begleitberichts	3
Abkürzungen	3
1.1 Einleitung	4
1.2 Rechtliche Grundlagen und Anforderungen an das Konzept	4
1.3 Ausgangslage: Beruf der Medizinischen Praxisassistentin	4
1.4 Berufsorientierte Weiterbildung in der Branche	6
1.5 Bedürfnis der berufstätigen MPA nach Erreichen eines höheren anerkannten Abschlusses und nach verbesserter beruflicher Mobilität	6
2.1 Die Ausbildung im gesundheitspolitischen Umfeld	7
2.2 Arbeitsmarktliches Umfeld	10
2.3 Bedarf an administrativem Kaderpersonal in der Arztpraxis	11
2.4 Bedarf an Beratungspersonal im Chronic Care Management	12
2.5 Problematik Abgeltung der Beratungsleistungen durch die Versicherer	12
2.6 Selbständiges oder eigenverantwortliches Handeln	13
3.1 Trägerschaft für Projekt und Berufsprüfung	13
3.2 Organisation der Projektarbeiten	14
3.3 Öffentlichkeitsarbeit der Trägerschaft	15
3.4 Rolle der OdASanté	15
4.1 Berufsbild Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung	16
4.2 Berufsbild Medizinische Praxiskoordinatorin administrativer Richtung	17
4.3 Zwei Berufsbilder, zwei Fachrichtungen	19
4.4 Bildungsniveau und Nahtstelle zur MPA-Grundbildung	19
4.5 Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen	21
4.6 Berufsbezeichnung	21
5.1 Modulare Ausbildung	22
5.2 Klinische Module	23
5.3 Administrative Module	24
5.4 Zukünftige Entwicklung des Modulbaukastens	25
5.5 Modulanbieter	25
5.6 Zeitaufwand und Ausbildungskosten	26
6.1 Zulassung zur Berufsprüfung	26
6.2 Pflichtmodule und Wahlpflichtmodule	26
6.3 Beurteilung der Gleichwertigkeit von anderen Berufsabschlüssen und Bildungsgefäßen	27
6.4 Studienberatung	28
6.5 Prüfungsarchitektur	28
6.6 Administrative Abläufe	29
6.7 Beschwerdemanagement	29
6.8 Gebühren für Kandidatinnen und Bildungsanbieter	30
6.9 Übersicht über das Regelwerk	30

## Autoren des Begleitberichts

Fürspr. Bruno Gutknecht, Geschäftsführer OdA Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin  
Dr. med. Emil Schalch, Past-Präsident OdA Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin  
Clemens Simpson, Co-Präsident QSK OdA Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin

## Abkürzungen

AGAM	Association Genevoise des Assistantes Médicales
ARAM	Association Romande des Assistantes Médicales
ATAM	Associazione Ticinese Assistenti di Studio Medico
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBG	Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002 über die Berufsbildung
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BBV	Verordnung vom 19. November 2003 über die Berufsbildung
BIGA	Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit
BMPA	Berufsverband Medizinischer Praxis-Assistentinnen
BSMPA	Bund Schweizer Verbände Medizinischer Praxis-Assistentinnen
DVSA	Diplom der Verbindung der Schweizer Ärzte
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Hausärzte Schweiz	Berufsverband der Haus- und KinderärztInnen Schweiz
MPA	Medizinische Praxisassistentin
OdA	Organisation der Arbeitswelt
QSK	Qualitätssicherungskommission der OdA Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin
SDBB	Schweizerisches Dienstleistungszentrum Berufsbildung
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SVA	Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Assistentinnen
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
SVMB	Schweizerischer Verband Medizinischer Berufsschulen
TARMED	Einzelleistungstarif für die Arztpraxis und den ambulanten Spitalbereich

## 1.1 Einleitung

Die Oda Berufsbildung MPA unterbreitet dem BBT nach fünfjähriger Projektarbeit den Entwurf einer Prüfungsordnung für eine Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoordinator mit eidgenössischem Fachausweis. Zu Beginn der Projektarbeiten stand die Absicht, eine Kaderfunktion für die ambulante Arztpraxis zu schaffen, die sowohl vertiefte administrativ/organisatorische Kompetenzen beinhalten wie zur selbständigen Beratung von Langzeitpatientinnen und -patienten in Ergänzung zur Tätigkeit der Ärztin oder des Arztes befähigen sollte. Die erste provisorische Berufsbezeichnung für diese bivalente Funktion lautete denn auch „Medizinische Praxisleiterin“.

Im Verlauf der Projektarbeiten haben die verbandsinternen und öffentlichen Diskussionen um die zukünftige Ausrichtung der Arztpraxis, insbesondere der Hausarztpraxis, zur Überzeugung geführt, dass der Medizinischen Praxisassistentin eine besondere und auch zusätzliche Rolle zukommen wird. Neue Versorgungsmodelle in der ambulanten Medizin werden sich unter anderem am Bedürfnis ausrichten, Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihren meist chronischen Leiden zu beraten und zu schulen, um ihre Unabhängigkeit von intensiver ambulanter und vor allem auch stationärer Betreuung möglichst lange aufrecht zu erhalten.

Diese zusätzliche Rolle führte in der Projektleitung zum Entscheid, zwei Fachrichtungen vorzusehen, eine klinische Richtung und eine administrative Richtung. Der Entscheid führte nicht gerade zu einer Rückversetzung der Projektarbeiten auf das Feld „Start“, aber immerhin zu einer umfassenden Neuorientierung und Überarbeitung der bisherigen Resultate der Projektarbeiten. Der weitere Verlauf der politischen Diskussionen bis hin zur Agenda des Chefs des EDI zur Hausarztmedizin bestätigt, dass der Entscheid zu einer Neuorientierung im Projekt richtig war.

## 1.2 Rechtliche Grundlagen und Anforderungen an das Konzept

Der an das BBT zur Prüfung und Genehmigung eingereichte Entwurf einer Prüfungsordnung entspricht den berufsbildungsrechtlichen Anforderungen gemäss Art. 26 – 28 BBG und Art. 24 und 25 BBV. Im Begleitbericht ist insbesondere nachzuweisen, dass

- ein öffentliches Interesse besteht;
- kein bildungspolitischer Konflikt oder Konflikt mit einem anderen öffentlichen Interesse besteht;
- die Trägerschaft in der Lage ist, ein längerfristiges gesamtschweizerisches Angebot zu gewährleisten;
- sich der Inhalt der Prüfung an den für diese Berufstätigkeiten erforderlichen Qualifikationen orientiert;
- der vorgesehene Titel klar, nicht irreführend und von anderen Titeln unterscheidbar ist.

## 1.3 Ausgangslage: Beruf der Medizinischen Praxisassistentin

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hielten die ersten Gehilfinnen von Ärztinnen und Ärzten Einzug in die Arztpraxen. Häufig waren es Arztgattinnen, die sich in die Arbeiten im

Praxislabor, in die damals noch überblickbare Administration und in einfache Handreichungen bei den Sprechstundenabläufen mit den Patientinnen und Patienten einarbeiten liessen. In den 50er-Jahren entstanden die ersten privaten Arztgehilfenschulen mit Ausbildungsgängen, die mit einem Schuldiplom abgeschlossen wurden.

Die FMH erliess anfangs der 70er-Jahre ein erstes einheitliches Ausbildungs- und Prüfungsreglement für die Privatschulausbildungen in der ganzen Schweiz (mit Ausnahme des Kantons Genf). Die Schulen waren verpflichtet, sich durch ein Aufsichtsgremium der FMH beurteilen und anerkennen zu lassen, damit sie den Absolventinnen der Lehrgänge das Diplom der Verbindung der Schweizer Ärzte DVSA verleihen konnten. Zu diesem Zeitpunkt konnten zwei Lehrgänge absolviert werden, entweder eine dreijährige Lehre mit lehrbegleitendem Berufsschulunterricht – damals ausschliesslich an einer privaten Arztgehilfenschule – oder eine zweieinhalbjährige Ausbildung mit drei initialen Schulsemestern und anschliessendem Praktikumsjahr in einer Arztpraxis.

Die hohen in der Regel durch die Eltern zu finanzierenden Ausbildungskosten in der Privatschule (rund CHF 20'000 für die drei Schulsemester und das Repetitorium vor den Diplomprüfungen) veranlassten bereits in den 80er-Jahren die Arztgehilfinnenverbände, Modelle für die Ausbildungsfinanzierung oder dann für eine öffentlich-rechtliche Anerkennung zu fordern. Die naheliegende Lösung einer Reglementierung der Arztgehilfinausbildung durch das Schweizerische Rote Kreuz SRK als Gesundheitsberuf scheiterte an der Bereitschaft des SRK zum Engagement. Als Begründung für die Ablehnung führte das SRK damals aus, die Arztgehilfentätigkeit bestehe nur zum Teil aus Arbeiten an und für die Patientinnen und Patienten, sondern zu rund einem Drittel aus administrativen Aufgaben. Es handle sich deshalb nicht um einen eigentlichen Gesundheitsberuf, der in die Regelungskompetenz der Kantone und damit des SRK gehöre. Nachdem die Erarbeitung von Finanzierungsmodellen nicht zu einem allseits akzeptierbaren Ergebnis geführt hatte, erklärte sich das damalige BIGA bereit, die Regelung auf der Basis des Berufsbildungsrechts des Bundes an die Hand zu nehmen.

Per 1.1.1995 wurde in der Folge das erste öffentlich-rechtliche Ausbildungs- und Prüfungsreglement unter der neuen Berufsbezeichnung „Gelernte Medizinische Praxisassistentin/Gelernter Medizinischer Praxisassistent“ (in der „Branche“ rasch mit der Abkürzung MPA übernommen) in Kraft gesetzt. Reglementiert wurde eine dreijährige Lehre nach dualem System. Nachdem die Bildungsinhalte im neuen Reglement weitgehend aus der privatrechtlichen DVSA-Regelung übernommen werden konnten, sahen die Übergangsbestimmungen vor, dass die „altrechtlichen“ Arztgehilfinnen DVSA den „Gelernten Medizinischen Praxisassistentinnen“ berufsbildungsrechtlich gleichgestellt sind.

Die Berufsschulausbildung und die Durchführung der Einführungskurse wurden in den meisten Kantonen den bisherigen privaten Arztgehilfenschulen, in einigen Fällen öffentlich-rechtlichen Berufsschulen, übertragen. In den Kantonen St. Gallen, Waadt und Zürich hielt sich neben der Ausbildung nach dem durchgehend dualen System die bisherige Schulausbildung mit drei initialen Schulsemestern, einem Praktikumsjahr und einem finalen Repetitionssemester vor der LAP.

Im Zug der Überführung der Ausbildungs- und Prüfungsreglemente unter das neue Berufsbildungsgesetz 2002 wurde per 1.1.2010 die Bildungsverordnung „Medizinische Praxisassis-

tentin EFZ/Medizinischer Praxisassistent EFZ“ in Kraft gesetzt<sup>1</sup>. Zusätzliche Schwergewichte in einem völlig neu strukturierten Bildungsplan<sup>2</sup> wurden u. a. auf die Kommunikation und die Beratung der Patientinnen und Patienten gesetzt. Die ersten Qualifikationsverfahren (LAP) nach der neuen Bildungsverordnung werden im Jahr 2013 stattfinden.

## 1.4 Berufsorientierte Weiterbildung in der Branche

Die Organisation von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für MPA<sup>3</sup> ist traditionell Sache der MPA-Verbände und ihrer regionalen Sektionen. Diese bieten ihren Mitgliedern ein interessantes, breites und praxisnahes Kursspektrum an. Die in der Grundbildung tätigen MPA-Berufsschulen bereiten zudem ein Angebot auf, das sich einerseits an Wieder- und Umsteigerinnen für den Einsatz in der Arztpraxis richtet und dazu Weiterbildungsangebote – zum Teil in Bildungspartnerschaften mit MPA-Verbänden – umfasst. Als weitere Bildungsanbieter treten in den letzten Jahren vermehrt Fachhochschulen auf, dazu auch Industriefirmen aus den Bereichen Diagnostik, Praxisbedarf, Pharma und Abrechnungsdienstleistungen. Auch mit diesen Institutionen und Firmen ergeben sich einzelfallweise Bildungspartnerschaften mit MPA-Verbänden.

In den Jahren nach 2000 wurden mit dem Diabetes-Seminar des SVA und dem Kaufmännischen Führungslehrgang des SVMB erste Weiterbildungsgefässe entwickelt und angeboten, die den Teilnehmerinnen über die Grundbildung hinaus weiterführende Kompetenzen für die Beratung von Patientinnen und Patienten oder Kaderaufgaben im Praxismanagement vermittelten. Bereits zu diesem Zeitpunkt reifte die Absicht, diese und weitere noch zu entwickelnde Bildungsgefässe später in einem Lehrgang oder einer modularen Ausbildung der Höheren Berufsbildung zusammenzuführen.

Im Wesentlichen finanzieren MPA ihre Fort- und Weiterbildungstätigkeit selber, als Mitglieder der organisierenden MPA-Verbände mit Mitgliederrabatten oder kostenlosen Zutritten, teilweise auch unterstützt durch ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber<sup>4</sup>. Seit 2008 liegt ein Projekt „Berufsbildungsfonds“ praktisch entscheidungsreif als Teilprojekt der Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin vor, dem allerdings von der FMH trotz klar erkennbarem Finanzbedarf in der Aus- und Weiterbildung bisher keine Priorität eingeräumt worden ist<sup>5</sup>.

## 1.5 Bedürfnis der berufstätigen MPA nach Erreichen eines höheren anerkannten Abschlusses und nach verbesserter beruflicher Mobilität

Dem Beruf der Arztgehilfin und Medizinischen Praxisassistentin fehlen seit Beginn der privatrechtlichen und später öffentlich-rechtlichen Reglementierung jegliche Perspektiven für eine

---

<sup>1</sup> Verordnung über die berufliche Grundbildung Medizinische Praxisassistentin/Medizinischer Praxisassistent mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) vom 8. Juli 2009; SR 412.101.221.07

<sup>2</sup> Bildungsplan zur Verordnung über die berufliche Grundbildung Medizinische Praxisassistentin / Medizinischer Praxisassistent (Nr.: 86910 ) vom 8. Juli 2009 mit Anpassungen vom 1. September 2012

<sup>3</sup> Traditionell wird bei den MPA-Verbänden ungeachtet der universellen Bezeichnung im Berufsbildungsgesetz 2002 (berufsorientierte Weiterbildung) immer noch zwischen Fort- und Weiterbildung unterschieden (Fortbildung: Erhaltung der beruflichen Kompetenzen auf dem – nachgeführten – Stand bei Abschluss der Grundausbildung; Weiterbildung: Erreichen eines höheren Bildungs- und Kompetenzenstands).

<sup>4</sup> Beim Besuch von Weiterbildungsmodulen übernehmen einige Arbeitgeber entweder die Kurskosten oder gewähren die entsprechende Freizeit zum Kursbesuch.

<sup>5</sup> Begleitbericht zum Reglementsentwurf über den Berufsbildungsfonds Oda Bildung MPA unter [www.odamed.ch](http://www.odamed.ch) (Finanzierung)

berufliche Karriere. Die Tätigkeit in der Arztpraxis wird unter der Verantwortung der Ärztin oder des Arztes verrichtet, sie ist immer subaltern, rein assistierend und zudienend. Eine eigenverantwortliche Arbeit ist selbst da ausgeschlossen, wo die MPA aufgrund ihrer spezifischen Ausbildung häufig über mehr Kompetenzen verfügt, als die Ärztin oder der Arzt (z. B. im Labor). Mit Ausnahme des Kantons Genf sehen die kantonalen Gesundheitsgesetze keine Berufsausübungsbewilligung für MPA vor, die sie auch rechtlich zu eigenverantwortlichen Tätigkeiten ausserhalb des direkten Aufsichtsbereichs und der Verantwortlichkeit der Ärztin oder des Arztes befähigen würde.

Eine reglementierte Weiterbildungsstufe auf Tertiärniveau würde hingegen Einiges zur Förderung der beruflichen Mobilität beitragen. Vor der Übernahme der „SRK-Berufe“ in die Regelungskompetenz des Bundes war es für MPA praktisch unmöglich, in einen Pflegeberuf umzusteigen, ohne eine komplette neue Ausbildung – d. h. mithin ohne Anrechnung von bisherigen Bildungsleistungen – zu absolvieren.

Mit der heutigen Positionierung der meisten Gesundheitsberufe auf der Tertiärstufe ist der Umstieg für die MPA zum Aufstieg in der Bildungshierarchie geworden. Diejenigen Ausbildungen, die neu auf Fachhochschul-Niveau angesiedelt sind, sind für EFZ-Absolventinnen nur noch über den zusätzlichen Erwerb der Berufsmaturität zugänglich. Der Besuch der – ausbildungsbegleitenden – Berufsmaturitätsschule steht zwar theoretisch nach dem neuen Berufsbildungsrecht allen Lernenden zu, soweit sie die entsprechenden Fähigkeiten mitbringen. Allerdings dürften viele Ausbildungspraxen dem Wunsch ihrer Lernenden zum Besuch der BMS wenig Begeisterung entgegenbringen, da damit einerseits die Präsenz der Lernenden im Betrieb nochmals abnimmt und andererseits eine BM-Absolventin mit grosser Wahrscheinlichkeit nie in einer Arztpraxis arbeiten wird. Soweit Ärztinnen und Ärzte ihre Ausbildungstätigkeit und das Bereitstellen von Ausbildungsplätzen primär auf den Willen abstellen, fähige zukünftige MPA für den Praxisbetrieb auszubilden, wird ihre Bereitschaft, die Lernenden an der BMS teilnehmen zu lassen, gering sein.

## 2.1 Die Ausbildung im gesundheitspolitischen Umfeld

Folgende Fakten führten zur Erarbeitung des Bildungsgangs Praxiskoordinatorin klinischer Richtung:

- Die gesundheitspolitische Zukunft weltweit ist chronisch: Gemäss WHO werden 2020 mindestens 60 Prozent aller Erkrankungen chronischer Natur sein <sup>6</sup>, und die Gesundheitsversorgungssysteme werden mit den damit verbundenen höheren Kosten (50 – 80 % der Gesundheitsausgaben!) zunehmend überfordert sein <sup>7</sup>.
- Es mangelt in der Schweiz an hausärztlichen Kapazitäten: So könnten gemäss Obsan bis im Jahr 2030 bis zu 40 Prozent der Konsultationen in der ambulanten Grundversorgung nicht mehr gedeckt werden <sup>8</sup>.
- Das derzeit auf die akutmedizinische Behandlung ausgerichtete Versorgungssystem wird den Bedürfnissen chronisch Kranker immer weniger gerecht <sup>9</sup>, auch wird die Ko- und Multimorbidität noch zu wenig berücksichtigt <sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> *Preventing chronic disease: A vital investment. WHO global report.* Geneva, World Health Organization, 2005.

<sup>7</sup> Suhrcke M et al. *Chronic disease: An economic perspective.* London, Oxford Health Alliance, 2006.

<sup>8</sup> *Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin.* Bericht des Bundesrats vom 23.11.2011.

- Die Arbeitsbedingungen in der ärztlichen Grundversorgung führen vermehrt zur Eröffnung von Gruppenpraxen <sup>8</sup>.

Für das schweizerische Gesundheitswesen lautet daher eine wichtige Schlüsselfrage: Wie lässt sich die Betreuung von multimorbiden, chronisch kranken, Patienten verbessern, obwohl die hausärztlichen Ressourcen knapp sind und der Hausarzt trotzdem aus guten Gründen den Lead in der Grundversorgung behalten soll <sup>8</sup>?

Die Antwort heisst unter anderem Chronic Care Management: ein hausarztbasiertes Betreuungsmodell mit spezifisch weitergebildeten nichtärztlichen Fachpersonen und intelligenten Arbeitsinstrumenten, ausgehend vom Chronic Care-Modell von Wagner <sup>11</sup>. Auch Dänemark, Deutschland, England, Frankreich, Irland, Italien, Schottland, Schweden und Wales haben sich für eine Politik entschieden, die in gewissem Umfang auf diesem Modell basiert. Dabei verfolgen die einzelnen Länder sehr unterschiedliche Lösungsansätze. Gemeinsam ist ihnen jedoch die *Verankerung des Krankheitsmanagements auf der Ebene der Leistungserbringung* sowie der *Rückgriff auf nichtärztliches Fachpersonal*, welches meist aus der landesspezifischen Grundversorgung stammt und die dortigen Verhältnisse aus Erfahrung kennt <sup>12</sup>.

Wirksamkeit und Kosteneffizienz des Chronic Care-Modells sind heute wissenschaftlich hinreichend belegt <sup>13</sup>, auch, dass bei dessen Umsetzung nichtärztliches medizinisches Fachpersonal eine wichtige Rolle spielen kann <sup>14</sup>. Für die Schweiz wird bei der für eine bessere Ausrichtung auf die chronische Zukunft notwendigen Neuorganisation der Grundversorgung mit Sicherheit die MPA ein zentrales Element sein. Die MPA kennt die ambulante medizinische Versorgung in unserem Land nicht nur aus ihrer täglichen Erfahrung, sondern sie hat im Rahmen ihrer bisherigen Einsatzgebiete ganz wesentlich zum Funktionieren unserer Grundversorgung und die viel gerühmte Kosteneffizienz beigetragen. Die Forderung der Ärzteschaft, zusammen mit einer spezifisch weitergebildeten MPA die Herausforderung „chronisch kranke Patienten“ in Angriff nehmen zu dürfen, kommt daher nicht von ungefähr <sup>15</sup>.

Erkenntnisse aus dem Reformprozess zur neuen Bildungsverordnung MPA zeigen, dass die wichtigste Grundlage für den Erfolg der MPA in der ambulanten medizinischen Versorgung unseres Landes darin besteht, dass sie anlässlich ihrer Berufslehre genau für das, was sie im Rahmen dieser ambulanten Versorgung jeden Tag praktisch tun muss, ausgebildet wird – nicht mehr und nicht weniger! Dadurch erhält die Arztpraxis Berufsfrauen, die ein gutes Wissen in Administration und im Einsatz von Medizintechnik, aber auch in praktischer Betreuung und Versorgung von ambulanten Patienten haben. Daneben sind MPA in der Regel multitask-

---

<sup>9</sup> Pruitt S, Epping-Jordan JA, Díaz JMF, Khan M, Kisa A, Klapow J et al. *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions*. WHO Global Report. Geneva, World Health Organization, 2002.

<sup>10</sup> Boyd, C.M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L.P., Boulton, L., Wu, A.W. (2005) : *Clinical practice guidelines and quality of care for older patient with multiple comorbid disease. Implications for pay for performance*, in: JAMA, 294, S. 716-724.

<sup>11</sup> Wagner, E.H., Austin, B.T., von Korff, M. (1996), Wagner, E.H. (1998), Wagner, E.H., et. al (2001) und Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002a und b).

<sup>12</sup> Singh, D. *Wie lassen sich Disease-Management-Programme unter Einbeziehung sämtlicher Versorgungsumgebungen und -dienstleister durchführen?* Grundsatzpapier, Hrsg. WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

<sup>13</sup> Pearson ML et al. *Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives*, Health Services Research, 2005, 40:978–996.

<sup>14</sup> z.B. Gensichen J. et al. (2009), Rosemann T. et al. (2005).

<sup>15</sup> Rupp, S. *MFE-Inside, Bericht von der Vorstandssitzung vom 23.8.2012*. PrimaryCare 2012;12: Nr. 18 S. 346.



kingfähig und resilient<sup>2</sup>. Sie besitzen speziell *für die ambulante medizinische Betreuung eine hohe Methodenkompetenz*, d. h. sie besitzen situationsübergreifende, kognitive Fähigkeiten z.B. zur Problemstrukturierung und Entscheidungsfindung. Ihre *soziale Kompetenz* ermöglicht es ihnen, *soziale Interaktionssituationen selbstständig zu planen und zu realisieren*. Im Rahmen ihrer *Selbstkompetenz* haben sie *hohe kommunikative und kooperative Fähigkeiten* und ein *hohes Interesse zur aktiven Mitgestaltung des Praxisablaufs, verbunden mit Eigeninitiative*. Genau dies führt dazu, dass die MPA neuerdings auch in den Spitalambulatorien gern an Stelle von Pflegefachfrauen eingesetzt wird.

Bei dieser Sachlage entschlossen sich die beteiligten Bildungsexperten, bei denen es sich um die gleichen Personen handelt, die schon die Reform der MPA-Grundbildung durchgeführt hatten, auch die MPA-Weiterbildung nach dem bewährten dualen Ausbildungsmodell mit auf den praktischen Einsatz innerhalb des Chronic Care-Modells zugeschnittenen Ausbildungsinhalten zu realisieren. Eine Akademisierung und somit Theoretisierung der Weiterbildung für MPA wurde als kontraproduktiv erachtet, vor allem auch, da aus der medizinischen Versorgungsforschung Daten<sup>16</sup> bekannt wurden, die zeigten, dass es für eine Verbesserung der Ergebnisse nicht auf einzelne Elemente des Chronic Care-Modells ankam, sondern, dass eine veränderte Ausgestaltung des Systems der Leistungserbringung sowie die Förderung von Selbsthilfe dazu führten, dass die Verfahren und Ergebnisse deutlich verbessert werden konnten. In den Vereinigten Staaten hat die RAND Corporation eine formale Evaluierung des Chronic Care-Modells unter Einbeziehung von mehr als 40 Organisationen durchgeführt<sup>13</sup>. Dabei wurden vier Komponenten identifiziert, bei denen die größte Wahrscheinlichkeit gegeben war, dass nachhaltige Veränderungen erzielt werden könnten: Organisation von Praxisteams, gemeinsame Entscheidungsfindung mit langfristig erkrankten Menschen, Förderung der Teilnahme von Dienstleistern an den Verbesserungsinitiativen und umfassendere Methoden zur Patientenaufklärung. Im Mittelpunkt aller vier Komponenten standen *Kommunikation, Beteiligung und Engagement* – allesamt Kernkompetenzen der MPA aus der beruflichen Grundbildung.

Eine Weiterbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin kann also auf einem soliden Fundament aufbauen und darf sich auf die Instruktion der unverzichtbaren, praktisch wichtigen und umsetzbaren Elemente des Chronic Care-Modells (wie oben erwähnt) beschränken. Diese Inhalte können problemlos in zwei Basismodulen unterrichtet werden, wie sich bei der Erarbeitung der Lerninhalte zusammen mit Fachleuten aus dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich gezeigt hat. Die spezifische Ausbildung in Bezug auf den Umgang mit einzelnen chronischen Krankheiten basiert auf den Präventionskonzepten bewährter Player im Schweizerischen Gesundheitswesen wie u. a. Herzstiftung, Lungenliga und Rheumaliga und wurde von diesen auf den Einsatz im Chronic Care Management angepasst, so dass der Stoff im Rahmen eines Moduls vermittelt werden kann. Damit ist die geringschätzigste Frage „ja kann denn eine MPA das?“ wohl vom Tisch: Ja, sie kann!

Diese Erkenntnis hat sich denn auch im „Futuro“-Projekt<sup>17</sup> niedergeschlagen, einem ernst zu nehmenden Versuch von sieben Managed Care-Organisationen (diese repräsentieren 1'000 Grundversorger-Ärzte) und fünf grossen Krankenkassen, Chronic Care Management in der Schweiz einzuführen. Das Projekt stützt sich auf den Einsatz von Medizinischen Praxiskoordinatorinnen als Drehscheibe für das Chronic Care-Konzept im Praxisteam und umfasst auch

---

<sup>16</sup> Tsai AC et al. *A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses*. American Journal of Managed Care, 2005, 11:478–488.

<sup>17</sup> Zanon U, *Das Futuro-Betreuungsprogramm*, PrimaryCare 2011;11: Nr. 1, 7/8.

ein Abgeltungsmodell für die Leistungen der Praxiskoordinatorin. Obwohl das Projekt kürzlich einen Rückschlag erlitten hat, ist es ein sehr solides Konzept und wird daher auch bereits von den Meconex/Centramed-Praxen im Diabetes-Bereich umgesetzt – nota bene: mit MPA, die die beiden Chronic Care Management-Basismodule und das Diabetesmodul absolviert haben.

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, dass das Schweizerische Gesundheitswesen nicht darum herum kommen wird, seine „chronische Zukunft“ zu regeln. Dass die Betreuung von chronisch kranken Menschen in der Grundversorgung erfolgen muss und dass dazu die notwendigen Kapazitäten geschaffen werden müssen, sind Gewissheiten. Wenn man nicht das ganze System mit Hilfe von neuen Vorschriften mit ungewisser Akzeptanz umkrepeln will, wird der Staat also Partner innerhalb der Grundversorgung suchen müssen, die bereit sind, sich im Rahmen eines systemweiten Betreuungsmodells zu engagieren. Die Hausärzte – vor allem die in Managed Care Organisationen tätigen – sind zwar bereit dazu, möchten und können jedoch die Arbeitslast nicht allein tragen; ferner verlangen sie für die neuen Aufgaben eine faire finanzielle Abgeltung bzw. eine Abbildung im TARMED-Tarif<sup>18</sup> (vgl. dazu Ziff. 2.5).

Zur Entlastung der Hausärzte bietet sich neben der Medizinischen Praxiskoordinatorin klinischer Richtung auch die Advanced Nurse Practitioner mit abgeschlossenem Masterstudium an. Diese ist in Anamneseerhebung, Körperuntersuchungen, Verschreibung von Labor und Medikamenten und weitergehenden Untersuchungen geschult; sie kann den Pflegebedarf identifizieren und Pflege initiieren sowie Notfallsituationen erkennen<sup>19</sup>. Wenn man jedoch nicht den Ärztemangel, sondern die dringend notwendige Ausrichtung unseres Gesundheitswesens auf die bessere Versorgung von chronisch Kranken in den Vordergrund stellt, dann hat die Variante mit der Medizinischen Praxiskoordinatorin viele systemrelevante Vorteile<sup>20</sup>, von denen die Kosteneffizienz, die Akzeptanz in der Hausärzteschaft und die Fokussierung auf den praktischen Einsatz im Chronic Care-Modell entscheidend sein dürften.

## 2.2 Arbeitsmarktliches Umfeld

Auf den Bedarf an administrativem Kaderpersonal und Beratungspersonal im Chronic Care Management, also mithin an Absolventinnen der projektierten Berufsprüfung, soll in den Ziff. 2.3 und 2.4 eingegangen werden. Der MPA-Arbeitsmarkt inklusive den heute daraus rekrutierten Kaderpersonen kann als ausgetrocknet bezeichnet werden. Allein auf der branchenführenden Online-Plattform [www.praxisstellen.ch](http://www.praxisstellen.ch) figurierten am Stichtag 24. September 2012 109 offene MPA-Stellen für den Kanton Zürich. Die generelle Stellensituation im MPA-Arbeitsmarkt ist nicht zuletzt eine Folge der immer noch zu knappen Zahlen der Grundbildungsabgängerinnen, die sich seit der Umstellung der rein privatrechtlichen zur öffentlichen-rechtlichen Ausbildung Mitte der 90er-Jahre immer noch nicht vollständig erholt haben. Rechnungsmässig ergibt sich, dass zur Zeit schweizweit immer noch rund 150 Lehrabschlüsse pro Jahr fehlen. Dabei handelt es sich nicht um das fehlende Interesse der Schulabgängerinnen in der Berufswahl, den MPA-Beruf zu wählen – die Nachfrage nach offenen Lehrstellen übersteigt das Angebot bei weitem –, sondern um die mangelnde Bereitschaft

---

<sup>18</sup> Eidg. Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“: *Was will die Volksinitiative konkret?* (<http://www.jzh.ch/initiative/unsereforderungen/> eingesehen am 12.10.2012).

<sup>19</sup> Spirig R. *Nurse Practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin – oder Best Practice für Patienten?* SAeZ 2012; 93:295-297.

<sup>20</sup> Schalch E. *Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin?* Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(43):1665-7.

vieler potentieller betrieblicher Bildungsanbieter (Lehrmeister) zur Schaffung neuer Lehrstellen.

Ein Teil der MPA wechselt nach einigen Jahren Berufstätigkeit in der Arztpraxis in andere Berufe. Als Motivation dazu dienen unter anderem besser geregelte Arbeitszeiten ohne Notfalldienste an Wochenenden und unverhoffte Überstunden (z. B. bei Notfällen im Praxisbetrieb) und Aufstiegsmöglichkeiten mit besserem Verdienst. Diese seit langen Jahren beobachtete Abwanderungsbewegung verschärft die durch den Lehrstellenmangel verursachten Lücken in den Beständen der Berufstätigen. Das in Zeiten eines flüssigen Arbeitsmarkts vorhandene Reservoir an potentiellen Wiedereinsteigerinnen ist längst ausgeschöpft.

Mit der Schaffung des Berufs der Medizinischen Praxiskoordinatorin kann die momentane Arbeitsmarktlage der MPA aus der Sicht der Praxisinhaber nicht entschärft werden, das kann auch nicht das primäre Ziel des Reglementierungsbegehrens sein. Hingegen kann ein neues Reservoir an höher qualifizierten Berufspersonen in den Arztpraxen die Ausbildungsbereitschaft auf der Grundbildungsstufe tendenziell erhöhen. Die neue Möglichkeit des Aufstiegs in eine Kaderposition oder in die Funktion eines unselbständigen Leistungserbringers erhöht die Attraktivität des MPA-Berufs für Schulabgängerinnen mit guten bis sehr guten Leistungen. Sie vermindert zudem den Anreiz zum Umstieg in andere Berufe, wo die Karrieremöglichkeiten klarer vorgezeichnet sind oder zumindest offen stehen. Damit bleiben tendentiell mehr MPA bzw. Medizinische Praxiskoordinatorinnen ihrem Berufsfeld in der Arztpraxis erhalten.

## 2.3 Bedarf an administrativem Kaderpersonal in der Arztpraxis

Gemäss FMH-Ärzttestatistik 2011<sup>21</sup> arbeiten 61,9 % der Ärztinnen und Ärzte in einer Einzelpraxis, 38,1 % in einer Doppel- oder Gruppenpraxis. Im schweizerischen Durchschnitt gehören 49,9 % der Ärztinnen und Ärzte einem Ärztenetzwerk an. Eine Fortsetzung des dynamisch zunehmenden Trends der letzten Jahre ist zu erwarten, da im Rahmen der integrierten Versorgung der Wandel der Praxisstrukturen von Einzelpraxen zu Praxisgemeinschaften und Gruppenpraxen den Arbeitsmodellen der Zukunft entspricht. Die zunehmende Spezialisierung in der Medizin und die kostenintensiven Neuentwicklungen verlangen auch Anpassungen im Bereich der medizinischen Grundversorgung. Ein Zusammenschluss in Ärztenetzwerken kann diesen neuen Herausforderungen besser gerecht werden.

Grössere Praxiseinheiten und praxisübergreifende Netzwerkstrukturen verlangen nach neuen betrieblichen Organisationsformen, grössere MPA-Teams nach Führung durch Kaderpersonal der nichtuniversitären Berufsstufe. Die Nachfrage nach den schon seit Jahren angebotenen Ausbildungsgefässen in Praxismanagement, Personalführung und Rechnungswesen ist stark und zunehmend.

Die Fachrichtung Medizinische Praxiskoordinatorin administrativer Richtung steht nicht im Scheinwerferlicht anstehender politischer Entscheide. Trotzdem ist sie ein Kind der aktuellen gesundheitspolitischen Situation mit schrumpfenden Praxiseinkommen und immer härteren Arbeitsbedingungen in der ambulanten medizinischen Versorgung. Der Trend zur Gründung von Gemeinschaftspraxen mit einem Bedarf an Kaderpersonal, welches sowohl über klinisch-medizinische Erfahrung als auch über Geschäftsführungs-Knowhow verfügt, wird durch die anstehende Pensionierung vieler Grundversorgerärzte noch längere Zeit anhalten. Der Bedarf an Medizinischen Praxiskoordinatorinnen administrativer Richtung ist somit ausgewiesen.

---

<sup>21</sup> Schweizerische Ärztezeitung, 2012; 93: 11, 399-403.

## 2.4 Bedarf an Beratungspersonal im Chronic Care Management

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass – eine Lösung bei den Tariffragen vorausgesetzt (siehe Ziff. 2.5) – in den meisten Grundversorgerpraxen Bedarf an einer Medizinischen Praxiskoordinatorin klinischer Richtung bestehen wird. Viele der rund 6'500 Grundversorger in der Schweiz werden sich aus Kostengründen in die Einsatzzeiten und in die Beratungsleistungen dieser Fachpersonen im Rahmen einer immer noch zunehmenden Zahl von Gruppenpraxen oder Ärztenetzwerken teilen. Daraus liesse sich ein jährlicher Bedarf auf dem Arbeitsmarkt von mindestens 100 bis 200 Medizinischen Praxiskoordinatorinnen schätzen. Ob in diesem Fall der grossen Nachfrage mit einer entsprechend hohen Zahl an Studierenden und der Bereitstellung der Bildungsgefässe samt den Prüfungsanlässen nachgekommen werden kann, muss offen bleiben. Angesichts der Zahl der potentiellen Bildungsanbieter, die gegenwärtig an einem eigenen Angebot für die Chronic Care-Basismodule und für die klinischen Module in der Beratung für Langzeitpatienten arbeiten oder eine Planung beabsichtigen, dürfte die logistische Leistung nicht bei der Bereitstellung von genügend Studienplätzen, sondern bei der Organisation der Prüfungsanlässe nachgefragt werden.

## 2.5 Problematik Abgeltung der Beratungsleistungen durch die Versicherer

Während die Kaderfunktion der administrativen Praxiskoordinatorin in der Gruppenpraxis die Ärztin oder den Arzt in den organisatorischen, führungsmässigen und administrativen Aufgaben als Unternehmerin oder Unternehmer unterstützt und entlastet, übernimmt die Praxiskoordinatorin klinischer Richtung Beratungsarbeiten, die heute mangels entsprechend ausgebildetem Personal im Sprechzimmer abgewickelt werden müssen. Die von der Ärztin oder dem Arzt selbst dafür aufgewendete Zeit ist als medizinische Leistung abrechenbar, hingegen nach geltendem TARMED nicht, wenn sie von der MPA oder Praxiskoordinatorin erbracht wird.

Obwohl der Einsatz von Praxisteams im Rahmen eines Chronic Care-Modells auf Einsparungen und auf das Bezahlbarhalten der medizinischen Versorgung abzielt, ist die Einführung solcher Modelle nicht gratis zu haben – es braucht vielmehr finanzielle Anreize<sup>22</sup>. Eine faire Entschädigung von Praxiskoordinatorinnen-Leistungen schlägt nicht mit Riesensummen zu Buch – vielmehr gehören diese wohl zu den kostengünstigsten Leistungen. Trotzdem muss die Entschädigungsfrage nachhaltig und transparent gelöst werden, so dass sowohl der Beitrag der Praxiskoordinatorin ans Chronic Care-Management als auch die damit zusammenhängenden Kosten ausgewiesen werden können. Die Einführung von speziellen Taxpunkten oder ein finanzieller Anreiz im Rahmen einer Abgeltungspauschale wie im Futuro-Projekt sind mögliche Lösungen. Die FMH hat bereits im Jahr 2011 Anträge für die Aufnahme entsprechender Abrechnungspositionen für Beratungsleistungen im Chronic Care Management bei der Paritätischen Tarifkommission von TARMED Suisse eingereicht. Die Behandlung ist immer noch pendent.

Die Abgeltung hat zwar mit dem Bildungsprojekt „Berufsprüfung für MPA“ direkt nichts zu tun – der langfristige Erfolg des neuen Berufs der Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung hängt jedoch von der erfolgreichen Implementierung eines Versorgungsmodells für chronisch kranke Patienten in der Schweiz ab und diese Implementierung wiederum von der Existenz von fair entlohnten Medizinischen Praxiskoordinatorinnen. Gesundheitspolitik und

---

<sup>22</sup> Busse R. et al. *Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, Interventions, and Challenges*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2010.

Berufsbildungspolitik sind hier gleichermaßen gefordert, ist doch die Medizinische Praxis-ordinatorin klinischer Richtung einerseits eine Chance für das Gesundheitswesen bei der Realisierung einer vernünftigen Neuausrichtung auf das drohende Problem „chronisch Kranke“. Andererseits ist sie auch eine langersehnte Chance für eine Tertiärstufenausbildung und für Aufstiegsmöglichkeiten in einem Berufsfeld, das nun 60 Jahre darauf warten musste.

## 2.6 Selbständiges oder eigenverantwortliches Arbeiten

Auch die Medizinische Praxis-ordinatorin wird, wie die MPA, ausschliesslich unter der Aufsicht und Verantwortung der Ärztin oder des Arztes und in deren Auftrag handeln. An dieser Rollenverteilung ändert sich auch mit der Aufschulung und dem Ausbau der Handlungskompetenzen zur Praxismitarbeiterin mit Fachausweis nichts. Weder für die MPA noch für die Praxis-ordinatorin wird der Einbezug in den Kreis derjenigen medizinischen Berufe angestrebt, die im Rahmen der kantonalen Gesundheitsgesetze eigenverantwortlich an der Patientin oder am Patienten arbeiten und dafür mit einer Berufsausübungsbewilligung ausgestattet werden. Damit verbleibt auch die Medizinische Praxis-ordinatorin haftpflichtrechtlich als Hilfsperson unter dem „Schirm“ der Ärztin oder des Arztes.

Ebenso wird die Medizinische Praxis-ordinatorin klinischer Richtung von ihr erbrachte Beratungsleistung im Rahmen eines anzustrebenden Abgeltungsmodells nicht im eigenen Namen, sondern auf Rechnung der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers abrechnen können, wie dies bereits heute bei technischen Leistungen wie Laborarbeiten oder Röntgen im TAR-MED geschieht.

Hingegen erfordert bereits die MPA-Berufstätigkeit im Praxisalltag und vermehrt noch die Arbeit der Medizinischen Praxis-ordinatorin – beider Fachrichtungen übrigens – ein grosses Mass an Selbständigkeit, sei es im Umgang mit dem Patienten oder dann in den organisatorischen und administrativen Prozessen. Nur so ist sie für ihre Praxisinhaberin oder ihren Praxisinhaber eine wirkliche Stütze in den Tagesabläufen der Arztpraxis. Bereits in ihren klassischen Tätigkeitsfeldern aus der Grundbildung wie Labor- und bildgebender Diagnostik ist sie in der Arztpraxis die eigentliche Spezialistin, die ihre Arbeitsergebnisse selbständig und verlässlich als Basis für die weitere diagnostische Tätigkeit der Ärztin oder des Arztes erstellen muss.

## 3.1 Trägerschaft für Projekt und Berufsprüfung

Die initiale Partnerschaft aus SVA und FMH in der Phase der Beurteilung der ersten Projektskizze wurde mit der Bildung einer verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe rasch mit Vertreterinnen des BSMPA und des SVMB ergänzt. Aus diesen in den Jahren 2007/2008 geführten Verhandlungen um Projektinhalte und Trägerschaftsmodelle ergab sich im April 2008 die Gründung der OdA Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin in der Form eines Vereins mit FMH und SVA als Gründungsmitgliedern. In der Folge traten der SVMB und Hausärzte Schweiz bei, als bisher letztes Mitglied der Projektträgerschaft im Frühjahr 2012 der ARAM.

Der BSMPA hat sich bereits in den Beratungen der Arbeitsgruppe 2007/2008 gegen das Projekt gestellt und dabei sowohl den modularen Modus wie auch die Mitarbeit des SVMB als Vertreter der privaten Bildungsanbieter im Projekt abgelehnt. Der Verband nimmt für sich in Anspruch, selber seit dem Jahr 2000 an eigenen Vorstellungen zu einem Projekt Berufsprü-

fung gearbeitet zu haben. Konkrete Pläne hat der BSMPA weder in seinen Publikationen noch konferenziell je vorgestellt.

Im Januar 2010 hat auf Veranlassung des vom BSMPA eine Aussprache beim BBT stattgefunden, wo der BSMPA seine Unzufriedenheit über die angebliche – aber notabene selbstgewählte – Ausgrenzung deponiert hat. Das unter der Leitung der Gesprächsmoderatorin des BBT erzielte Ergebnis der Aussprache sah vor, dass der BSMPA der OdA beitreten werde, wenn diese ihre Statuten in verschiedenen Punkten anpasse. Gleichzeitig musste die OdA-Vertretung zur Kenntnis nehmen, dass das BBT erst auf weitere Schritte in der Gesuchsbehandlung eintreten werde, wenn sich die Berufsverbände geeinigt hätten. Die Statutenrevision wurde in der Folge OdA-intern an die Hand genommen und mit der Parteivertretung des BSMPA einvernehmlich im Detailwortlaut abgestimmt. Die OdA hat an der Generalversammlung 2012 in einer Statutenrevision sämtliche mit dem BSMPA vereinbarten Änderungsvorschläge angenommen und damit ihren Teil der Vereinbarung eingehalten. Der BSMPA hat trotzdem beschlossen, das Projekt weiterhin nicht zu unterstützen und insbesondere der OdA nicht beizutreten.

Der ARAM ist per 31. Dezember 2011 aus dem BSMPA (bisher als Dachverband bestehend aus AGAM, ARAM, ATAM und BMPA) ausgetreten. Die Romandie hat sich klar zum Projekt Berufsprüfung bekannt und anfangs 2012 seinen Beitritt zur OdA erklärt. Damit wird das Projekt Berufsprüfung von einem massgeblichen Teil der berufsverbandlich organisierten MPA in der Schweiz – über die Sprachgrenzen hinaus – unterstützt. Die der OdA angehörenden Verbände ARAM und SVA repräsentieren rund 6'700 Mitglieder, die Verbände AGAM, ATAM und BMPA schätzungsweise rund 1'500 Mitglieder (der BSMPA kommuniziert keine öffentlich zugängliche Mitgliederstatistik).

Mit seiner prinzipiellen Gegnerschaft hat es der BSMPA verpasst, noch in der Projektphase innerhalb der Projektorganisation konstruktiv an den Arbeiten mitzuwirken und eigene Anstösse einzubringen.

In der Projektphase finanziert sich die Trägerschaft mit initialen und wiederkehrenden Beiträgen der Trägerorganisationen, Sponsorenbeiträgen, einer Unterstützung im Rahmen der Anschubfinanzierung des Bundes und indirekt mit kostenlos erbrachten Entwicklungs-Dienstleistungen verschiedener Organisationen und Bildungsinstitutionen. Mit der breiten Abstützung der Trägerschaft durch für die Branche repräsentative und wirtschaftlich starke Verbände ist die Finanzierung auch langfristig für den Prüfungsbetrieb sichergestellt.

## 3.2 Organisation der Projektarbeiten

Im Rahmen der vereinsrechtlichen Konstituierung hat sich die OdA Berufsbildung MPA bereits die Strukturen gegeben, die auch für den späteren Betrieb einer Prüfungsträgerschaft zum Einsatz kommen werden. Die für die Trägerschaft als Verein zu fallenden finanziellen und personellen Entscheide werden in der Generalversammlung und ausführend im Vorstand getroffen. Für die Projektarbeiten zuständig ist eine Qualitätssicherungskommission QSK, die aus Vertreterinnen und Vertretern aller beteiligten Organisationen (Ärztenschaft, MPA, Bildungsfachleute) zusammengesetzt ist. Vertreten sind fachliche Kompetenzen der Sparten Hausarztmedizin, MPA, Bildung und Berufsbildungsrecht. Die Westschweiz ist durch eine Ärztin und eine MPA integriert.

Die QSK hat im Verlauf der Projektarbeiten punktuell einen externen Bildungsberater beigezogen. Vorstand und QSK werden organisatorisch und administrativ durch die Geschäftsstelle unterstützt.

### 3.3 Öffentlichkeitsarbeit der Trägerschaft

Die Oda Berufsbildung MPA hat mit der Aufnahme der Projektarbeiten die nötigen Massnahmen zur brancheninternen Information über Zielsetzungen und Fortschritte des Projekts eingeleitet. Dazu gehören insbesondere eine regelmässige Berichterstattung in den Verbandszeitschriften der Mitgliedverbände der Trägerschaft sowie die eigene Webseite [www.odamed.ch](http://www.odamed.ch).

### 3.4 Rolle der OdASanté

Die OdASanté wurde bereits im Anfangsstadium der Projektarbeiten an der Berufsprüfung für MPA über das Vorhaben orientiert. Später folgten durch die Oda Berufsbildung MPA mehrmals Informationen in Gesprächen und mit Dokumenten über den Stand der Arbeiten. Diese Informationen wurden zwar jeweils aufmerksam, aber ohne spezielle Interessebekundung oder Rückmeldung, entgegengenommen.

Erst nachdem der SVA als Mitglied dem Schweizerischen Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG beigetreten war, einem Gründerverband der OdASanté bis Ende 2011, wurde die Problematik sichtbar, dass sich die OdASanté bisher nie mit der ambulanten Medizin bzw. dem Praxispersonal befasst hatte. MPA existieren für die OdASanté offensichtlich bis heute nicht, obschon sie mit rund 15'000 Berufstätigen in der Schweiz eine bedeutend grössere Gruppe darstellen als beispielsweise die Fachangestellten Gesundheit FAGE. Im Nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009<sup>23</sup> werden die MPA gerade mal in einer Fussnote erwähnt. Damit besteht das Gesundheitswesen in der Schweiz im Branchenverständnis der OdASanté aus der Krankenpflege und einigen Therapeutenberufen.

Die neue Strategie der OdASanté besteht darin, bei Bildungsprojekten im Gesundheitswesen auf Tertiärstufe die Führungsrolle zu beanspruchen, die Projektarbeiten an Branchenfachleute zu delegieren und anschliessend die Prüfungsträgerschaft zu übernehmen. Die Oda Berufsbildung MPA wird von der OdASanté hingegen auch im weiteren Verlauf der Projektarbeiten an der Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin keine Einmischung in die Entscheide der Trägerschaft akzeptieren, hingegen nach wie vor – wie gegenüber anderen möglichen Stakeholdern – für Gespräche über Abgrenzungsfragen und materielle Bildungsinhalte offen bleiben.

---

<sup>23</sup> GDK und OdASanté, *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009*

## 4.1 Berufsbild Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoordinator klinischer Richtung

### 4.1.1. Arbeitsgebiet/Zielgruppen/Klienten

Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren klinischer Richtung arbeiten in einer Arztpraxis und betreuen unter der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Dabei beurteilen sie die aktuelle Lage der Patientin oder des Patienten, planen gestützt auf evidenzbasierte Vorgaben die weitere Betreuung, fördern ihre oder seine Selbsthilfekompetenz und die Pflegekompetenz der Angehörigen, koordinieren alle Leistungserbringer und erleichtern den Zugang zu den kommunalen Ressourcen. Bei Krankenkassen und Versicherungen können sie als Gruppenleiterinnen oder Gruppenleiter im Rahmen des Case Managements zum Einsatz kommen.

### 4.1.2 Handlungskompetenzen und Verantwortlichkeiten

Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren klinischer Richtung

- nehmen selbständig anhand von vorgegebenen Kriterien eine erste umfassende medizinische, psychosoziale und funktionelle Beurteilung chronischkranker Patienten vor und erarbeiten die Betreuungsziele;
- führen proaktiv Verlaufserhebungen sowie Konsultationen in Zusammenarbeit mit Patientinnen oder Patienten, Angehörigen und Hausärztin oder Hausarzt durch;
- schulen selbständig und in Zusammenarbeit die Selbstsorgefähigkeit chronischkranker Patientinnen und Patienten und unterstützen sie in der Aufrechterhaltung und Steigerung der Lebensqualität;
- erstellen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und der Hausärztin oder dem Hausarzt Betreuungspläne, erleichtern den Patientinnen und Patienten die Compliance/Adherence und überprüfen die Zielerreichung;
- organisieren und führen selbständig und in Zusammenarbeit Sprechstunden für Chronischkranke im Rahmen der Praxispolitik und sorgen für das zeitgerechte Erbringen von Diagnostik- und Facharztleistungen;
- halten sich im Rahmen ihrer Tätigkeit an evidenzbasierte Leitlinien gemäss den Praxisvorgaben;
- nutzen klinische Informationssysteme und die im Chronic Care Management belegten Methoden, Tools und Hilfsmittel;
- koordinieren die Bemühungen der in die Langzeitbetreuung einer bestimmten Patientin oder eines Patienten eingebundenen Instanzen.

### 4.1.3 Berufsausübung und Arbeitsumfeld

Das Arbeitsumfeld in der ambulanten medizinischen Versorgung ist von einer immer grösser werdenden Lücke zwischen nachgefragten und angebotenen Konsultationen bei der Hausärztin oder beim Hausarzt und der Zunahme von älteren Menschen mit komplexen chronischen Krankheiten geprägt. Der dadurch entstehenden Überlastung der Arztpraxen kann durch den Einbezug einer Medizinischen Praxiskoordinatorin oder eines Medizinischer Pra-



xiskoordinators in verantwortungsvolle Tätigkeiten im Rahmen eines Teamansatzes begegnet werden.

Die Medizinischen Praxiskoordinatorinnen oder Medizinischen Praxiskoordinatoren mit eidgenössischem Fachausweis klinischer Richtung kommen unter der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes sowohl in der Arztpraxis als auch bei der Patientin oder beim Patienten zuhause zum Einsatz. Mit ihrer Arbeit stellen sie sicher, dass die ihnen anvertrauten Langzeitpatientinnen und -patienten stets die notwendigen Informationen und eine angemessene medizinische Versorgung erhalten, um weitestgehend selbständig mit ihrer chronischen Krankheit umgehen zu können. Durch ein in der Arztpraxis selbst von Grund auf erworbenes, fundiertes Wissen über die administrativen, klinischen und wirtschaftlichen Arbeitsabläufe und ihre spezifische Weiterbildung sind Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren befähigt, aus einer Gesamtschau heraus ihren Teil an einer zukunftsfähigen Positionierung des Unternehmens Arztpraxis beizutragen.

#### 4.1.4 Beitrag an Gesellschaft und Wirtschaft

Das Gesundheitswesen – einer der grössten Sektoren der Schweizer Wirtschaft – ist gegenwärtig grossen Herausforderungen unterworfen, um die medizinischen Bedürfnisse einer immer älter werdenden Gesellschaft befriedigen und finanzieren zu können. Im ambulanten Sektor besteht die Antwort der Politik darauf, Gemeinschaftspraxen und Managed Care-Modelle zu fördern.

Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren leisten ihren Beitrag an die Gesellschaft im Rahmen einer kosteneffizienten Gesundheitsversorgung, im klinischen Praxisbereich durch Beratung und Behandlung von Langzeitpatienten, im administrativen Praxisbereich zu Gunsten eines wirksamen Personal-, Kosten- und Qualitätsmanagements. Im Versicherungsbereich tragen sie aufgrund ihrer umfassenden Kenntnisse der Arztpraxis, ihrer Abläufe und ihrer Patienten zu einem besseren Case Management bei.

## 4.2 Berufsbild Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoordinator administrativer Richtung

### 4.2.1 Arbeitsgebiet/Zielgruppen/Klienten

Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren administrativer Richtung verbinden klinisch-medizinische Erfahrung mit Geschäftsführungs-Knowhow. Sie arbeiten in einer Kaderfunktion und sind in einer Arztpraxis mit dem selbständigen Führen des Personals und des Personalwesens, des Einkommensmanagements, des Praxismarketings und der Qualitätssicherung betraut. Bei Krankenkassen und Versicherungen können sie als Gruppenleiterinnen oder Gruppenleiter im Rahmen des Case Managements zum Einsatz kommen.

### 4.2.2 Handlungskompetenzen und Verantwortlichkeiten

Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren administrativer Richtung

- arbeiten eng mit der ärztlichen Praxisleitung zusammen;

- leiten, überwachen, evaluieren und organisieren die Arbeit des gesamten nicht ärztlichen Praxispersonals;
- erstellen die Einsatzpläne des Personals aufgrund der vorhandenen personellen, räumlichen und apparativen Ressourcen;
- veranlassen bzw. führen selbständig die Personalbeschaffung, den Personaleinsatz, die Schulung (Aus- und Weiterbildung) sowie die Personaladministration des nichtärztlichen Praxispersonals durch;
- entwickeln, optimieren und implementieren Prozesse, Arbeitsabläufe und Arbeitsanweisungen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätsvorgaben und der Praxispolitik;
- führen und überwachen das Abrechnungswesen und die Debitorenbuchhaltung sowie das Inkasso;
- führen und überwachen das Bestellwesen und stellen die Verfügbarkeit von Material und Medikamenten sicher;
- sorgen für die Einsatzbereitschaft von Apparaturen und Geräten und überwachen deren Unterhalt;
- kennen die in der Praxis eingesetzte Informatik und sorgen in Zusammenarbeit mit Fachleuten für das sichere Funktionieren von Hardware und Software;
- bilden die administrative Schnittstelle zu Versicherungen, Behörden und anderen Praxen innerhalb eines Managed Care Netzwerks.

#### 4.2.3 Berufsausübung und Arbeitsumfeld

Das Arbeitsumfeld in der ambulanten medizinischen Versorgung ist von einer immer grösser werdenden Lücke zwischen nachgefragten und angebotenen Konsultationen beim Hausarzt und der Zunahme von älteren Menschen mit komplexen chronischen Krankheiten geprägt. Der dadurch entstehenden Überlastung der Arztpraxen kann durch den Einbezug einer Medizinischen Praxiskoordinatorin oder eines Medizinischen Praxiskoordinators in verantwortungsvolle Tätigkeiten im Rahmen eines Teamansatzes begegnet werden.

Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren mit Eidgenössischem Fachausweis administrativer Richtung kommen vor allem in Gruppenpraxen zum Einsatz. Als Kaderangehörige müssen sie stets ein Auge auf die Kosten halten und zur wirtschaftlichen Gesundheit ihrer Unternehmung beitragen. Durch ein in der Arztpraxis selbst von Grund auf erworbenes, fundiertes Wissen über die administrativen, klinischen und wirtschaftlichen Arbeitsabläufe und ihre spezifische Weiterbildung sind Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren befähigt, aus einer Gesamtschau heraus ihren Teil an einer zukunftsfähigen Positionierung des Unternehmens Arztpraxis beizutragen.

#### 4.2.4 Beitrag an Gesellschaft und Wirtschaft

Das Gesundheitswesen – einer der grössten Sektoren der Schweizer Wirtschaft – ist gegenwärtig grossen Herausforderungen unterworfen, um die medizinischen Bedürfnisse einer immer älter werdenden Gesellschaft befriedigen und finanzieren zu können. Im ambulanten Sektor besteht die Antwort der Politik darauf, Gemeinschaftspraxen und Managed Care Modelle zu fördern.

Medizinische Praxiskoordinatorinnen oder Medizinische Praxiskoordinatoren leisten ihren Beitrag an die Gesellschaft im Rahmen einer kosteneffizienten Gesundheitsversorgung, im klinischen Praxisbereich durch Beratung und Behandlung von Langzeitpatienten, im administra-

tiven Praxisbereich zu Gunsten eines wirksamen Personal-, Kosten- und Qualitätsmanagements. Im Versicherungsbereich tragen sie aufgrund ihrer umfassenden Kenntnisse der Arztpraxis, ihrer Abläufe und ihrer Patienten zu einem besseren Case Management bei.

### 4.3 Zwei Berufsbilder, zwei Fachrichtungen

Die OdA Berufsbildung MPA ist sich bewusst, dass aus berufsbildungsrechtlichen Gründen benachbarte Berufsfelder auf gleicher Bildungsstufe möglichst in einem Bildungsgefäss zu reglementieren sind. Es haben denn auch nie Absichten bestanden, für die jetzt als Fachrichtungen ausgestalteten Berufsbilder zwei separate Berufsprüfungen zu beantragen. Von der modularen Ausgestaltung her mit einer grossen Zahl an Wahlmodulen und der Möglichkeit, auch nach Bestehen der Berufsprüfung weitere Module aus dem Modulbaukasten zu absolvieren, werden sich in vielen Fällen persönliche Kompetenzprofile bei den Absolventinnen ergeben, die den engeren Rahmen einer der beiden Fachrichtungen überschreiten. Dies ist durchaus beabsichtigt, weil bildungswillige Praxiskoordinatorinnen mit einer polyvalenteren Einsatzbarkeit – gerade in grösseren Praxen – ihre Arbeitsmarktchancen markant verbessern können.

Die Vereinigung beider Fachrichtungen in einem einzigen Berufsbild hingegen hätte zu einem Bildungsgefäss mit 550 bis 600 Lektionen Umfang geführt, was für die meisten potentiellen Studierenden aus diesem beruflichen Umfeld realistischerweise ausser Reichweite liegen würde. Es wird diesbezüglich auf die Ausführungen in Ziff. 5.1 verwiesen. Der zielgenaue Einsatz der Absolventinnen der beiden Fachrichtungen ist tatsächlich verschieden. Die Differenzierung kommt der Tatsache entgegen, dass sich lange nicht alle MPA gleichzeitig als Kaderpersonen mit Teamleader- und Managerinnen-Funktion und gleichzeitig als kommunikative Beraterinnen von Langzeitpatientinnen und -patienten eignen. Die Einsatzorte im Arbeitsmarkt sind auch häufig verschieden, nur in einigen Fällen überschneidend.

Die Ausgestaltung einer Berufsprüfung mit zwei Fachrichtungen ist damit der korrekte Kompromiss zwischen rechtlichen Rahmenvorgaben, Persönlichkeitsprofil, Neigung der Studierenden und Einsatzbedarf im Arbeitsmarkt. Es wird im Übrigen auf die Kapitel 4.1 und 4.2 verwiesen.

### 4.4 Bildungsniveau und Nahtstelle zur MPA-Grundbildung

Gemäss Art. 26 Abs. 1 BBG dient die höhere Berufsbildung auf der Tertiärstufe der Vermittlung und dem Erwerb der Qualifikationen, die für die Ausübung einer anspruchsvollen oder einer verantwortungsvolleren Berufstätigkeit erforderlich sind. Mit einer Ausnahme erfüllen sämtliche Module des Modulbaukastens diese Anforderung.

In den Modulen der klinischen Fachrichtung werden die medizinischen Kenntnisse, insbesondere in der Pathologie, insoweit gegenüber dem Grundbildungsniveau vertieft, dass darauf aufbauend die Handlungskompetenzen für die direkte Arbeit mit der Patientin oder dem Patienten vermittelt werden können. Dabei erreicht die Medizinische Praxiskoordinatorin sowohl auf dem Gebiet der Kommunikation wie in der Anwendung ihres spezifischen Wissens bei den Krankheitsbildern Diabetes, Rheuma, Herz oder Lunge ein Bildungsniveau, das sie – immer im Auftrag und unter der Verantwortung der Ärztin oder des Arztes – zur selbständigen Beratungstätigkeit bei Langzeitpatientinnen und -patienten befähigt. Der Umgang mit

Patientinnen und Patienten, die an Hirnleistungsschwäche leiden und insbesondere mit ihren Angehörigen, geht weit über die im Bildungsplan der BiVo enthaltenen Grundkompetenzen hinaus (Beispiel: Validation). Die Wundversorgung in der Arztpraxis gehört heute ausschliesslich in den Wirkungskreis der Ärztin oder des Arztes, soweit die MPA nicht durch ihre Vorgesetzten in dieses Gebiet praktisch eingeführt worden sind. Der Modulbesuch befähigt sie zu weitergehend selbständigem Handeln an der Patientin oder am Patienten.

Im Sekretariatsbereich wird der MPA bis zum Ende der Grundbildung ein Niveau vermittelt, mit dem sie die ihr übertragenen administrativen Arbeiten im Praxisalltag erledigen kann. Mit den administrativen Modulen erreicht sie den Zugang zur Teamführung und zum Praxismanagement, also zur selbständigen und kreativen Gestaltung der organisatorischen und administrativen Abläufe in der Arztpraxis. Auf dem Gebiet des Rechnungswesens werden ihre Kompetenzen von den einfachen Grundbegriffen in der Grundbildung auf das Niveau der selbständigen Führung einer Praxisbuchhaltung angehoben. Das Qualitätsmanagement in der Arztpraxis ist ohne entsprechend „nach“gebildete MPA oder Praxiskoordinatorin eine Aufgabe, die Chefsache bleibt, weil sie kein Grundbildungsthema ist. Betriebe klagen nicht nur in der MPA-Grundbildung, sondern beispielsweise auch im kaufmännischen Bereich, darüber, dass die an der Berufsschule unterrichteten Informatikkenntnisse bestenfalls zu einer anspruchslosen Anwenderkompetenz führen. Die im Modul vermittelten Advanced User-Kompetenzen schliessen in der Arztpraxis die Lücke zum, zumeist externen, Systemadministrator.

Als einziges Modul vermittelt der Kurs Wiederaufbereitung von Medizinprodukten Kompetenzen, die im Bildungsplan der BiVo 2010 vermittelt werden. Im alten Ausbildungs- und Prüfungsreglement war dieser Stoff ein Randthema. Der Erlass entsprechender behördlicher Weisungen verlangt von den Arztpraxen die Einführung höherer Standards. Für die Umsetzung ist ausgebildetes Personal erforderlich. Die ersten LAP nach neuem Bildungsplan finden 2013 statt. Bei einer durchschnittlichen jährlichen Erneuerung der ausgebildeten Berufsfrauen mit Grundbildungsabgängerinnen von rund 5% sind zusätzliche Ausbildungsanstrengungen bei den bereits Berufstätigen unumgänglich. Die Praxiskoordinatorin als Absolventin dieses Moduls kann dabei in ihrer Praxis durchaus eine Multiplikatorwirkung erzielen und die Praxisinhaber von einer Aufgabe entlasten, die kein akademisches Fachwissen erfordert. Für die Trägerschaft ist aber bereits heute klar, dass das Modul Wiederaufbereitung von Medizinprodukten in acht bis zehn Jahren mit einer angemessenen und rechtzeitig kommunizierten Übergangsfrist aus dem Modulbaukasten entfernt werden kann.

Aus der Auflistung der Handlungskompetenzen in den einzelnen Modulidentifikationen lässt sich ablesen, dass mit Ausnahme des gut begründeten Falls des Moduls Wiederaufbereitung von Medizinprodukten keine Handlungskompetenzen repetitiv aus dem Bildungsplan der BiVo übernommen werden. Das Bildungsniveau ist damit durchgehend Tertiärstufen-würdig. Andererseits wurde durch die Mitwirkung von massgebenden Mitgliedern in der seinerzeitigen MPA-Reformkommission in der Projektarbeit zur Berufsprüfung sichergestellt, dass die Modulinhalte nahtlos an den Bildungsplan der Grundbildung anschliessen und keine Lücken offengelassen werden. Es wird Sache der Bildungsanbieter sein, allfällige Lücken bei bereits seit längerer Zeit im Beruf tätigen MPA oder bei Wiedereinsteigerinnen mit geeigneten Einstiegsprogrammen vor Beginn des jeweiligen Modulunterrichts zu erkennen und zu füllen, damit der Einstieg der Kursteilnehmerinnen auf einem einheitlichen Niveau gewährleistet werden kann.

## 4.5 Abgrenzung zu anderen Berufen im Gesundheitswesen

Die OdA Berufsbildung MPA ist sich bewusst, dass mit der Aufnahme von Beratungstätigkeiten durch die MPA in der Hausarztpraxis andere Berufsfelder tangiert werden. In jedem klinischen Modul, vorab beim Diabetes, spielen Ernährungsfragen eine wichtige Rolle. Gemäss Berufsbild stellt die Ernährungsberaterin FH aufgrund der ärztlichen Verordnungen Menüpläne zusammen. Sie setzt Forschungsergebnisse im Bereich Gesundheit und Medizin in die Praxis um und hilft damit Patientinnen und Patienten, eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Ernährungstherapie einzuhalten. Damit trägt sie zur Genesung und zur Vermeidung von ernährungsabhängigen Erkrankungen bei. Zum Beruf gehören auch Büroarbeiten wie das Schreiben von Arztberichten und das Berechnen von Menüplänen. Ernährungsberaterinnen vermitteln zwischen Arzt, Pflegepersonal, Küche und Patientinnen. Einsatzmöglichkeiten gibt es in Spitälern, Pflegeheimen, Sanatorien, auf öffentlichen Beratungsstellen im Gesundheitswesen oder in der Lebensmittelindustrie. Die Medizinische Praxiskoordinatorin hingegen erteilt in ihrer Beratungstätigkeit Antworten auf einzelne Fragen der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Praxisbesuchs, für deren Beantwortung die Überweisung an die Ernährungsberaterin nicht erforderlich ist. Sie erstellt keine Menüpläne und erteilt auch keine zusammenhängenden Beratungssequenzen. In diesem Sinn stellt die MPA praxisseitig die Verbindung zur professionellen externen Ernährungsberatung sicher.

Gemäss Kurz-Berufsbild der SDBB berät und leitet die Diabetesberaterin Diabetikerinnen und Diabetiker an im Umgang mit der Krankheit und mit den damit verbundenen täglichen Problemen wie Stoffwechsel-Selbstkontrolle, Ernährung, Bewegung, Tabletten- und Insulinbehandlung. Die Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung hingegen erteilt in ihrer Beratungstätigkeit Antworten auf einzelne Fragen der Patientinnen und Patienten im Rahmen des Praxisbesuchs, für deren Beantwortung die Überweisung an die Diabetesberaterin nicht erforderlich ist. Die Medizinische Praxiskoordinatorin kann die Patienten im Gebrauch des Blutzuckermessgeräts zur Selbstkontrolle instruieren und die Selbstmessung kontrollieren, sie kann die Patienten anleiten, das Blutzuckerbüchlein korrekt auszufüllen und kontrolliert dies auch. Die Medizinische Praxiskoordinatorin kann die Patienten instruieren, das Bedtime Insulin zu spritzen. Die Umstellung auf Insulintherapie erfolgt in der Regel beim Diabetologen oder im Spital, sodass die Patienten die Basisinstruktionen von einer Diabetesberaterin erhalten. Die Medizinische Praxiskoordinatorin kann die Instruktion der externen Fachpersonen in der Praxis begleiten und die Patienten in der Umsetzung unterstützen sowie nach Bedarf die nochmalige Zuweisung anregen.

Die Medizinische Praxiskoordinatorin kennt die Berufsfelder der Diabetesberaterin, der Ernährungsberaterin, der Podologin, der Spitex und weiterer praxisexterner Fachpersonen, Institutionen und Organisationen mit direktem Beratungsbezug zu Patientinnen und Patienten. Sie ist sich ihrer Netzwerkfunktion bewusst und stellt praxisseitig die Verbindung zu diesen externen Fachpersonen und Institutionen sicher. Die OdA Berufsbildung MPA steht mit den Berufsverbänden der angrenzenden Berufsfelder im Gespräch, damit die Abgrenzungskriterien klar definiert und Überschneidungen der Tätigkeiten vermieden werden können.

## 4.6 Berufsbezeichnung

Unter Ziff. 1.1 wurde bereits ausgeführt, dass die Berufsbezeichnung im Anfangsstadium der Projektarbeiten „Medizinische Praxisleiterin/Medizinischer Praxisleiter“ lautete. Diese Bezeichnung wäre zweifellos für die administrative Richtung immer noch passend, das heisst für

die Kaderfunktion in einer Gruppenpraxis mit Praxismanagement- und Personalführungsaufgaben im Praxisteam.

Die Absolventin der klinischen Richtung aber hat nicht primär Führungsaufgaben zu erfüllen, sondern die Ärztin oder den Arzt mit ihrer Beratungstätigkeit in der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten zu unterstützen und zu entlasten. Der Begriff der „Praxiskoordination“ ist auf beide Tätigkeiten anwendbar, entspricht der Netzwerkfunktion, kommt nicht mit anderen Berufsfeldern in Konflikt und stösst bereits heute sowohl bei der Ärzteschaft wie bei potentiellen Studierenden auf Zustimmung. Die Berufsbezeichnung soll im Weiteren die Inhaberin eines Titels der Höheren Berufsbildung von der Absolventin des Grundbildungsabschlusses EFZ unterscheiden. Die MPA trägt in ihrer Berufsbezeichnung das Element der „Assistenz“, der klar subalternen Funktion in der Praxis, der Begriff „Koordinatorin“ weist auf die Teamleitungsfunktion bzw. auf eine Person mit klar höheren Kompetenzen im medizinisch/fachlichen Bereich hin.

Der Begriff der „Praxisleiterin“ wird zudem bereits durch andere Weiterbildungsgefässe im Privatschulbereich mit Bildungsinhalten, die keine Gemeinsamkeiten mit den beiden Berufsbildern der Medizinischen Praxiskoordinatorin haben, genutzt. Es gilt hier, der Verwechslungsgefahr vorzubeugen. Eine solche besteht beim Begriff Medizinische Praxiskoordinatorin auch nicht zu anderen reglementierten Berufen in der Höheren Berufsbildung.

## 5.1 Modulare Ausbildung

Der Entscheid, die der Berufsprüfung zuführende Ausbildung modular und nicht in einem integralen Lehrgang zu gestalten, kommt der speziellen beruflichen und privaten Situation der Studierenden entgegen. Einerseits sind die fachlichen Bedürfnisse sowohl der einzelnen Studierenden wie auch der Arztpraxen verschieden. Dies findet nicht nur Berücksichtigung im Angebot von zwei Fachrichtungen, sondern in der Möglichkeit, das persönliche Bildungspaket neben den zwingenden Kernmodulen mit Wahlmodulen aus dem Modulbaukasten der entsprechenden Fachrichtung nach den Bedürfnissen und beruflichen Neigungen zusammenzustellen. Prüfungsabsolventinnen steht es auch in späteren Jahren offen, ihre Ausbildung nach Bedarf in einem neuen Einsatzgebiet „postgraduate“ mit dem Besuch weiterer Module zu ergänzen.

Andererseits ist der modulare Weg auf die Situation der im Berufsleben stehenden Arbeitnehmerin besser zugeschnitten, wenn sie den Besuch ihrer Ausbildungseinheiten zeit- und kostenmässig auf mehrere Jahre verteilen kann. Nur wenige MPA könnten es sich leisten, für die Zeit eines ganzen zusammenhängenden Lehrgangs ihren Beschäftigungsgrad auf ein tiefes Teilzeitpensum zu senken und gleichzeitig für die Ausbildungskosten aufzukommen. Es ist davon auszugehen, dass die wenigsten Studierenden mit einer Kostenbeteiligung oder Übernahme bzw. mit einer bezahlten Freistellung von der Arbeitszeit durch ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber unterstützt werden. Alleinerziehenden Müttern etwa wäre der Zugang zur Ausbildung praktisch verwehrt.

Wesentlich ist, dass die einzelnen Module von ihrem Umfang her so gestaltet werden, dass sie dem Anspruch, uneingeschränkt berufsbegleitend absolviert werden zu können, entsprechen. Module im Umfang von 40 bis 60 Präsenzstunden genügen diesem Anspruch. Sie können in einer Intensivwoche oder in einem auf überblickbare Zeit verteilten Tage-, Abend- oder sogar Wochenendunterricht besucht werden. Jedes Modul ist mit einem beim Modu-

lanbieter durchgeführten Qualifikationsverfahren abzuschliessen. Die Gültigkeit der Modulausweise wird zeitlich einheitlich auf fünf Jahre limitiert mit Ausnahme des Dosisintensiven Röntgens. Der mit Bewilligung des BAG ausgestellte Ausweis ist zeitlich – auch gegenüber der Strahlenschutzbehörde – unlimitiert gültig. Die Modulanbieter werden für die Validierung von abgelaufenen Modulausweisen Refresher-Kurse anbieten müssen.

## 5.2 Klinische Module

### 5.2.1 Chronic Care Management – Basismodule I + II

Basismodul I: Die Absolventinnen und Absolventen können anhand des Chronic Care-Modells (Wagner, 1996) ihre Rollen und Aufgaben im Chronic Care Management erklären und begründen. Sie sind fähig, zielgerichtete Interaktionen mit den Patienten zu ermöglichen, zu gestalten und zur Verbesserung der Patientenergebnisse beizutragen.

Basismodul II: Die Absolventinnen und Absolventen sind in der Lage, im Rahmen des Chronic Care Management die Patientin/den Patienten individuell und gezielt durch Schulungen im Selbstmanagement zu fördern und den Lern- und Entwicklungsprozess zu begleiten.

### 5.2.2 Beratung von Langzeitpatienten – Diabetes

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls sind fähig, auf der Grundlage ihrer vertieften Kenntnisse Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus in einfachen Ernährungsfragen, der Handhabung von Blutzuckermessgeräten zur Selbstkontrolle sowie von Insulinapplikatoren zu beraten und anzuleiten.

### 5.2.3 Beratung von Langzeitpatienten – Rheuma

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls kennen die häufigsten rheumatischen Erkrankungen mit ihren Symptomen und deren Therapien. Sie sind fähig, betroffene Patientinnen und Patienten zu informieren, zu beraten und aktiv in ihrer Lebensbewältigung zu unterstützen.

### 5.2.4 Beratung von Langzeitpatienten – Atemwegserkrankungen

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls kennen die wichtigsten chronischen pneumologischen Krankheitsbilder, deren Diagnostik und Therapie. Sie führen eine korrekte Spirometrie durch und beurteilen die Resultate. Sie kennen die wichtigsten Medikamente der Atemwegserkrankungen und schulen die Patientinnen und Patienten im korrekten Gebrauch der Inhalationsgeräte.

### 5.2.5 Beratung von Langzeitpatienten – Koronare Herzkrankheit/Herzinsuffizienz

Die Absolventinnen und Absolventen beraten und schulen im Auftrag der Ärztin oder des Arztes in delegierter Verantwortung die Patienten mit koronarer Herzkrankheit/Herzinsuffizienz sowie deren Angehörige auf der Grundlage ihrer erweiterten Handlungskompetenzen.

### 5.2.6 Hirnleistungsschwäche

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls beraten und unterstützen in Zusammenarbeit mit dem Arzt hirnleistungsschwache Erwachsene und ihre Angehörigen fachlich korrekt und nach neusten Erkenntnissen.

### 5.2.9 Wundbehandlung

Der Modulbesuch befähigt die Teilnehmenden zu einem fachgerechten und sicheren Umgang in der Wundbehandlung, von der Vorbereitung bis zur Dokumentation. Es vermittelt Kenntnisse und Fertigkeiten in der Handhabung von modernen Wundverbandsmaterialien.

## 5.3 Administrative Module

### 5.3.1 Praxismanagement

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls sind fähig, organisatorische und betriebswirtschaftliche Abläufe in der Praxis einzuschätzen, zu steuern und zu optimieren. Sie setzen Grundsätze des Praxismanagements um und sind befähigt, grundlegende arbeitsrechtliche Fragen zu beantworten.

### 5.3.2 Personalführung

Die Absolventinnen und Absolventen sind fähig, Führungsinstrumente auszuwählen und richtig einzusetzen. Sie berücksichtigen dabei die Bedürfnisse des Anwendungsfelds, in dem sie tätig sind.

### 5.3.3 Rechnungswesen

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls sind fähig, eine einfache Praxisbuchhaltung zu führen und den Jahresabschluss zu erstellen.

### 5.3.4 Qualitätsmanagement in der Arztpraxis

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls sind fähig Arbeitsabläufe und –anweisungen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätsvorgaben und der Praxispolitik selbstverantwortlich durchzuführen, zu optimieren und entsprechend neuen Vorgaben zu entwickeln sowie Weisungen, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen transparent und verständlich zu kommunizieren und zu überprüfen.

### 5.3.5 Vertiefte EDV-Kompetenzen für die Arztpraxis

Die Absolventinnen und Absolventen des Moduls sind fähig, eigenverantwortlich die EDV der Praxis zu bedienen, zu warten und zu aktualisieren. Sie erstellen Lösungswege für auftauchende Probleme und sind Bindeglied zum Systemadministrator. Sie können Mitarbeiterinnen in der Praxis anleiten und schulen.



### 5.3.6 Praxismarketing

Modulidentifikation in Vorbereitung.

### 5.3.7 Wiederaufbereitung von Medizinprodukten

Im Rahmen dieses Lehrgangs werden die in der „Gute Praxis zur Aufbereitung von sterilen Medizinprodukten in Arzt- und Zahnarztpraxen und weiteren Gesundheitseinrichtungen“ von Swissmedic geforderten Grundkenntnisse vermittelt.

## 5.4 Zukünftige Entwicklung des Modulbaukastens

Der Modulbaukasten ist im Verlauf der Projektentwicklung ständig gewachsen, jeweils dann, wenn Bedarf an zusätzlichen Kompetenzen für die Praxisarbeit angemeldet wurde. Attestiert werden kann der grossen Auswahl, dass sie nicht einem subjektiven Bildungsbedürfnis der MPA nachempfunden ist, sondern dem von Praxisinhabern geäusserten Bedarf aus der Arztpraxis.

Anzunehmen ist, dass sich der Modulbaukasten in den kommenden Jahren den sich ändernden Verhältnissen anpassen wird. Als Beispiel sei das Modul „Wiederaufbereitung von Medizinprodukten“ genannt. Es wird diesbezüglich auf die Ausführungen in Ziff. 4.4 verwiesen. In einigen Jahren wird das Angebot dieses Moduls nicht mehr notwendig sein und unter Einhaltung einer Übergangsfrist aus dem Modulbaukasten gestrichen werden können.

Es ist anzunehmen, dass in der weiteren Entwicklung und Umsetzung auch der Kompetenzumfang einer Chronic Care Managerin Anpassungen an den jeweils aktuellen Bedarf erfahren wird. Nicht zuletzt aus diesen Gründen wird die Laufzeit der Module, das heisst der Zeitraum bis zur zwingenden Beurteilung der Bedürfnisse nach Überarbeitung, generell auf fünf Jahre festgesetzt.

Seit Beginn der Projektarbeiten wurde der Weiterbildung im Dosisintensiven Röntgen eine feste Position im Modulbaukasten eingeräumt. Im definitiven Baukasten ist das Modul nicht mehr enthalten. Nicht zuletzt im Vertrauen auf die Anrechnung an die Module einer Berufsprüfung haben gegen 200 MPA dieses anspruchsvolle und vom BAG anerkannte Bildungsgefäss samt Abschlussprüfung absolviert. Es soll deshalb während einer Übergangsfrist von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Prüfungsordnung für beide Fachrichtungen anrechenbar bleiben.

## 5.5 Modulanbieter

Die Zulassung als Modulanbieter steht grundsätzlich allen Bildungsanbietern offen, die auf der Basis einer genehmigten MID ihre Anbieteridentifikation mit den Einzelheiten zur Durchführung des Ausbildungsgefässes einreichen und ihre Qualität als befähigte Bildungsanbieter nachweisen. Die QSK der OdA überprüft die eingereichten Anbieteridentifikationen und spricht die Anerkennung aus. Mit diesem Status erreicht der Anbieter, dass die von ihm ausgestellten Modulausweise als Zulassungsbestandteile zur Berufsprüfung anerkannt werden. Nach erfolgter Anerkennung unterstehen die Modulanbieter im Ausbildungs- und Prüfungs-

betrieb der Qualitätskontrolle durch die QSK der OdA. Zu diesem Zweck stehen der QSK u.a. eine Reihe von unabhängigen Fachpersonen zur Verfügung.

Als Modulanbieter in Frage kommen Berufsverbände sowie private und öffentliche Schulen, Höhere Fachschulen und Fachhochschulen.

## 5.6 Zeitaufwand und Ausbildungskosten

Studierende haben je nach Wahl ihrer Module für die Kursbesuche insgesamt 250 bis 300 Präsenzstunden zu absolvieren. Damit entstehen Kurskosten von CHF 7'500 bis 10'000.

## 6.1 Zulassung zur Berufsprüfung

Die Zulassung zur Berufsprüfung umfasst sowohl berufliche Qualifikationen und Modulabschlüsse wie auch eine nachgewiesene Berufspraxis von drei Jahren. Dabei war es dem Projektteam wichtig, die aus der Entwicklungsgeschichte des MPA-Berufs entstandenen unterschiedlichen Berufsabschlüsse zu berücksichtigen, um so auch langjährigen Mitarbeiterinnen in Arztpraxen den Zugang zur Berufsprüfung zu ermöglichen. Zugelassen wird deshalb, wer ein Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis als Medizinische Praxisassistentin / Medizinischer Praxisassistent, die Qualifikation als gelernte Medizinische Praxisassistentin / gelernter Medizinischer Praxisassistent, ein Arztgehilfinnen-Diplom DVSA mit Röntgenberechtigung Thorax/Extremitäten besitzt oder über eine andere äquivalente Ausbildung der Sekundarstufe II oder der Tertiärstufe mit Röntgenberechtigung Thorax/Extremitäten verfügt. Absolventinnen eines privatrechtlichen Diploms einer Arztgehilfinnenschule (vor DVSA) werden im Rahmen eines Qualifikationsverfahrens (Validation des aquis) zuerst ein EFZ erlangen müssen.

Mit dem Nachweis eines abgeschlossenen Berufsbildner-Kurses wird eine zusätzliche Qualifikation für die Zulassung zur Berufsprüfung vorausgesetzt. Unter den geschätzten 14'000 berufstätigen MPA dürften über 6'000 den Berufsbildner-Kurs absolviert haben.

Für die Zulassung zur Berufsprüfung müssen die in der Prüfungsordnung genannten Modulabschlüsse bzw. Gleichwertigkeitsbestätigungen vorgelegt werden. Diese umfassen sowohl den Nachweis der Pflichtmodule wie auch der Wahlmodule, entsprechend den Fachrichtungen differenziert.

## 6.2 Pflichtmodule und Wahlpflichtmodule

Folgende Modulabschlüsse resp. Gleichwertigkeitsbestätigungen müssen für die Zulassung zur Abschlussprüfung vorliegen:

### 6.2.1 Klinische Richtung

Pflichtmodule

- Chronic Care Management Basismodul I
- Chronic Care Management Basismodul II

- Beratung von Langzeitpatienten – Diabetes

Zwei der folgenden Wahlpflichtmodule

- Beratung von Langzeitpatienten – Rheuma
- Beratung von Langzeitpatienten – Atemwegserkrankungen
- Beratung von Langzeitpatienten – Koronare Herzkrankheit/Herzinsuffizienz
- Hirnleistungsschwäche
- Einführung in die moderne Wundbehandlung

### 6.2.2 Administrative Richtung

Pflichtmodule

- Praxismanagement
- Personalführung
- Rechnungswesen
- Qualitätsmanagement in der Arztpraxis

Zwei der folgenden Wahlpflichtmodule

- Vertiefte EDV-Kompetenzen für die Arztpraxis
- Praxismarketing
- Wiederaufbereitung von Medizinprodukten

Bezüglich Anrechenbarkeit des Dosisintensiven Röntgens wird auf die Ausführungen in Ziff. 5.4 am Schluss verwiesen. Während einer Übergangsfrist von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Prüfungsordnung kann an die für die Zulassung zur Prüfung geforderten Wahlpflichtmodule maximal eines aus dem Modulbaukasten der anderen Fachrichtung angerechnet werden.

## 6.3 Beurteilung der Gleichwertigkeit von anderen Berufsabschlüssen und Bildungsgefässen

Der Fort- und Weiterbildungsmarkt in der Schweiz ist breit gefächert und wird durch eine grosse Zahl von Bildungsanbietern bearbeitet. Die Erfahrung zeigt, dass oft ähnliche Bildungsangebote unter verschiedenen Namen und durch unterschiedliche Bildungsanbieter ausgeschrieben werden. Um bereits erbrachte Bildungsleistungen validieren zu können, wie es der Gesetzgeber vorsieht, hat die Oda Berufsbildung MPA eine Gleichwertigkeitsüberprüfung entwickelt, die in einer Wegleitung beschrieben ist.

Das Verfahren sieht eine Handlungskompetenz-orientierte Überprüfung erbrachter Bildungsleistungen vor. Die Überprüfung umfasst die Lernziele und Lerninhalte, Dauer und Form des Bildungsangebots, Form, Inhalt und erlangte Handlungskompetenzen des Kurses. Die Gleichwertigkeitsbeurteilung ist so angelegt, dass sie für Einzelpersonen offen ist und Bil-

dungsanbieter Gleichwertigkeitsgesuche für ganze Kursangebote oder Ausbildungsmodule stellen können. Mit diesem Konzept der Gleichwertigkeitsbeurteilung fördert die OdA Berufsbildung MPA den unkomplizierten Zugang zur Berufsprüfung für Kandidatinnen mit Ausbildungsgängen, die vergleichbar mit den von der OdA anerkannten Modulen sind. Werden Gleichwertigkeitsgesuche für vergleichbare Ausbildungsgänge durch Bildungsanbieter gestellt und gutgeheissen, sinken die Überprüfungskosten für die einzelnen Kandidatinnen.

Zur Überprüfung der Gleichwertigkeit anderer Berufsabschlüsse wird die OdA Berufsbildung MPA eine Liste der möglichen Berufsabschlüsse erstellen. Diese wird nur Berufe oder Zertifikate des Gesundheitswesens berücksichtigen. Guideline dafür werden die anerkannten Gesundheitsberufe SRK sein sowie Berufe des Gesundheitswesens, die durch das BBT reglementiert sind, gegebenenfalls Fachhochschulabschlüsse. Ungeachtet des Nachweises eines „zugelassenen“ Berufs sind für die Berufsprüfung die weiteren Zulassungsbedingungen wie Modulbesuch, Praxisnachweis, Berufsbildnerinnen-Kurs, Röntgenberechtigung usw. zwingend zu belegen.

## 6.4 Studienberatung

In einer modular aufgebauten Ausbildung ist das Angebot einer Studienberatung unerlässlich. Die Studierenden müssen sich ihr Studienprogramm unter Berücksichtigung ihrer eigenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen zusammenstellen und dabei berücksichtigen, dass nicht alle Module jederzeit in zeitlicher Griffnähe besucht werden können. Die verschiedenen Anbieter richten ihre Kurskalender nach der aktuellen Nachfrage aus und berücksichtigen dabei auch die Einsatzmöglichkeiten ihrer Referententeams. Für Studierende ist es deshalb wichtig, die Reihenfolge der Kursbesuche langfristig planen zu können und damit nicht plötzlich vor der Situation zu stehen, dass ein letztes fehlendes Modul vor der Anmeldung zur Prüfung mangels Angebot nicht innert nützlicher Frist belegt werden kann. Immerhin gilt es auch, die zeitliche Gültigkeit der Modulzertifikate im Auge zu behalten oder eine grobe Erstbeurteilung von früher absolvierten Bildungsleistungen zu erhalten.

Die OdA Berufsbildung MPA plant, je eine Studienberatungsstelle pro Sprachregion einzurichten, die die Studierenden mit kompetenten Bildungsfachleuten nach den berufsbildungsrechtlichen Vorgaben beraten und während den Studien begleiten.

Die OdA informiert bereits heute auf ihrer Webseite ausführlich über die Ausbildungsmöglichkeiten und die geforderten Ausbildungsinhalte. Weiterführende Links zu den Bildungsanbietern ermöglichen den Studierenden einen raschen und unkomplizierten Zugang zu ausführlichen Informationen über die Angebote. Den Beratungsstellen wird ein zentrales webbasiertes und tagesaktuelles Tool mit den Kursfahrplänen der Modulanbieter zur Verfügung stehen. Von den Bildungsanbietern wird verlangt werden müssen, dass sie ihre Kursfahrpläne über mehrere Jahre gestalten und offenlegen.

## 6.5 Prüfungsarchitektur

Die Ausbildungsarchitektur ist modular ausgerichtet mit spezifischen Kompetenznachweisen bzw. entsprechenden Gleichwertigkeitsbestätigungen. Die Prüfungsarchitektur nimmt auf diese Umstände Rücksicht und prüft auf einer übergeordneten und vernetzten Ebene die Handlungskompetenzen. Dies geschieht in Form einer halboffenen, praxisrelevanten Fallstu-

die mit einer vorgegebenen Fallbeschreibung aus einer möglichen Praxissituation. Die Fallbeschreibungen werden fachrichtungsspezifisch gestaltet. Das Vorgehen der Bearbeitung umfasst einen vollständigen Handlungszyklus (Information, Planen/Entscheiden, Realisieren, Evaluieren). Mit diesem handlungsorientiertem Zugang wird ein deutlicher Praxisbezug hergestellt.

Die Fallstudie ist die Grundlage für die Präsenzprüfung, bestehend aus der Präsentation der Fallstudie sowie einem daran anschliessenden Fachgespräch.

Die Bewertung erfolgt schriftlich anhand vorliegender Bewertungskriterien durch zwei Experten.

<b>Vorbereitungs- und Ausbildungsmodulare zur Berufsprüfung</b>	<b>Zulassungsbedingungen</b>	<b>Berufsprüfung</b>
Modulbaukasten OdA BB MPA  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflichtmodule</li> <li>• Wahlmodule</li> </ul> gemäss Fachrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss min. Sekundarstufe II</li> <li>• Berufsbildnerinnen-Kurs</li> <li>• Praxisnachweis</li> <li>• Kompetenznachweise Pflicht- und Wahlmodule</li> <li>• Entsprechende Gleichwertigkeitsbestätigungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallstudie</li> <li>• Präsentation der Fallstudie</li> <li>• Fachgespräch zur Fallstudie</li> </ul>

## 6.6 Administrative Abläufe

Alle administrativen Abläufe werden der Geschäftsstelle der OdA Berufsbildung MPA übertragen. Auf der Grundlage des Stellenbeschreibs für Geschäftsführung und Sekretariat, der Wegleitung zur Prüfungsordnung sowie den Planungsgrundlagen der QSK wird diese für alle administrativen Aufgaben, die im Zusammenhang mit der Berufsprüfung stehen, verantwortlich sein. Dazu gehören neben den verbandlichen Geschäftsführungsaufgaben für die Träger-schaft unter anderem die Prüfungsausschreibungen, die Verarbeitung der Anmeldungen, das Erstellen des Aufgebots, die Koordination von Expertinnen und Experten, die Eröffnung der Prüfungsergebnisse und die Aktenarchivierung.

## 6.7 Beschwerdemanagement

Die OdA Berufsbildung MPA hat ein Beschwerdereglement erlassen, das das Rechtsmittelverfahren gegen Entscheide der QSK regelt. Mit Beschwerde anfechtbar sind Entscheide über die Nichtzulassung von Modulen oder Modulanbietern, den Entzug der Anerkennung von Modulen oder Modulanbietern und die Beurteilung der Gleichwertigkeit von Modulabschlüssen. Geregelt werden darin Zuständigkeiten und Ausstand, Frist, Form und Inhalt der Beschwerdeschrift, Beweismittel und Parteivertretung, zudem der Verfahrensablauf sowie Inhalt und Eröffnung des Entscheids.

Die zuständige Beschwerdeinstanz ist der Vorstand der OdA Berufsbildung MPA, der über die Beschwerde endgültig entscheidet. Aus Ressourcengründen wurde auf die Einsetzung einer

eigentlichen Beschwerdekommision verzichtet. Erlassen wird das Beschwerdereglement durch die Generalversammlung der OdA Berufsbildung MPA.

## 6.8 Gebühren für Kandidatinnen und Bildungsanbieter

Ein Tarif regelt die durch die Kandidatinnen zu leistenden Gebühren für Prüfung und Gleichwertigkeitsbeurteilung sowie diejenigen der Kursanbieter für die Anerkennung der Module. Das OdA-interne Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig, soweit eine Beschwerdeführerin oder ein Beschwerdeführer im Verfahren unterliegt.

Die Gebühren sollen kostendeckend sein unter Berücksichtigung allfälliger Beiträge der öffentlichen Hand und einer minimalen Reservebildung.

## 6.9 Übersicht über das Regelwerk

Im Hinblick auf die Aufnahme des Trägerschafts- und Prüfungsbetriebs sind folgende Dokumente erarbeitet worden:

### 6.9.1 Vereinsrechtliche Dokumente

- R1 Statuten OdA Berufsbildung MPA
- R1.5 Honorar- und Spesenreglement
- R1.8 Pflichtenheft Geschäftsstelle

### 6.9.2 Dokumente Berufsprüfung

- R2 Prüfungsordnung Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoordinator mit eidgenössischem Fachausweis
  - R2.1 Wegleitung zur Prüfungsordnung
  - R2.2 QSK-Reglement
  - R2.3 Beschwerdereglement
  - R2.4 Wegleitung zur Anbieter- und Modulerkennung
  - R2.5 Kriterien Anbieter- und Modulerkennung
  - R2.6 Wegleitung Gleichwertigkeitsverfahren
  - R2.7 Wegleitung Prüfungsteile
  - R2.9 Gebührentarif
- R3.1 Berufsbild administrative Richtung
- R3.2 Berufsbild klinische Richtung
  
- R4.1 MID Chronic Care Management Basismodul I
- R4.2 MID Chronic Care Management Basismodul II
- R4.3 MID Beratung von Langzeitpatienten – Diabetes
- R4.4 MID Beratung von Langzeitpatienten – Rheuma
- R4.5 MID Beratung von Langzeitpatienten – Atemwegserkrankungen (in Entwicklung)
- R4.6 MID Beratung von Langzeitpatienten – Koronare Herzkrankheit/Herzinsuffizienz
- R4.7 MID Hirnleistungsschwäche
- R4.8 MID Wundbehandlung

- R5.1 MID Praxismanagement
- R5.2 MID Personalführung
- R5.3 MID Rechnungswesen
- R5.4 MID Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
- R5.5 MID Vertiefte EDV-Kompetenzen für die Arztpraxis
- R5.6 MID Praxismarketing (in Entwicklung)
- R5.7 MID Wiederaufbereitung von Medizinprodukten