

Medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung

Bestandsaufnahme, Forschungsstand
und Handlungsfelder



© Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Juni 2026

Herausgeber

Bertelsmann Stiftung

Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh

www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich

Uwe Schwenk

Director

Autorinnen

Dr. rer. med. Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health,

Dipl.-Dok. Tatjana Blazejewski,

Dr. phil. Corina Güthlin, Dipl.-Psych.

Lektorat

Paul Kaltefleiter

Zitationshinweis

Mergenthal, K., Blazejewski, T., Güthlin, C. (2026).

Medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung.

Bestandsaufnahme, Forschungsstand und Perspektiven für die Weiterentwicklung des Berufsbildes. Bertelsmann Stiftung.

Die Studie wurde von den Autorinnen im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der BSt Gesundheit gGmbH unter dem Dach des Health Transformation Hub ausgeführt.

Layout

Markus Diekmann

Bildnachweise

Titel: KI-generiert (Adobe Firefly), Icons © stock.adobe.com/Dear Lala

Seite 8: © Ansichtssache_Britta Schröder

Seite 114: © Institut für Allgemeinmedizin

[DOI 10.11586/2026083](https://doi.org/10.11586/2026083)

Medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung

Bestandsaufnahme, Forschungsstand und Handlungsfelder

Autorinnen

Dr. rer. med. Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health,
Dipl.-Dok. Tatjana Blazejewski,
Dr. phil. Corina GÜthlin, Dipl.-Psych.

Institut für Allgemeinmedizin – Goethe-Universität Frankfurt am Main

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
Vorwort	8
Executive Summary	9
1 Einleitung	12
Einordnung der Berufsgruppe Medizinische Fachangestellte in Deutschland	12
2 Methodenbeschreibung	13
2.1 Methodik Bestandsaufnahme	13
2.2 Methodik Stand der Forschung	13
2.3 Methodik Good-Practice-Beispiele	14
2.4 Methodik Analyse der Stakeholder-Positionen	14
3 Bestandsaufnahme – Daten und Fakten zu Arbeitsmarkt, Arbeitsbedingungen sowie Aus- und Weiterbildung	15
3.1 Beschäftigungssituation und Arbeitsmarkt	15
3.2 Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse	20
3.3 Tätigkeitsprofil und Delegation	23
3.4 Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Entwicklungs- und Karrierepfade	24
4 Stand der Forschung zu zentralen Herausforderungen	31
4.1 MFA-Arbeitsmarkt, Berufsbindung, Bindung der Auszubildenden und Teilzeitbeschäftigung	31
4.2 Arbeitszufriedenheit von MFA und deren Einflussfaktoren	34
4.3 Digitale Lösungen und ihr Beitrag zur Arbeitssituation von MFA	38
4.4 (Strukturelle) Hindernisse in der Karriereentwicklung von MFA	40
4.5 Zeitgemäßheit der Ausbildung zur MFA im Hinblick auf medizinische, administrative, kommunikative und digitale Anforderungen im beruflichen Alltag	41
4.6 Forschungsstand zur Delegation	42

5	Good-Practice-Beispiele	47
5.1	PraCMan – ein praxisbasiertes Case und Care Management	47
5.2	Rheumatologische Fachassistenz (RFA)	47
5.3	Teampraxis-Ansatz der KVWL	49
5.4	Avatarpraxis 1.0	51
6	Analyse der Stakeholder-Positionen	52
7	Zusammenfassung und Ausblick	56
8	Literatur- und Quellenverweise	60
9	Anhang	66
9.1	Tabellen	66
9.2	Ausführliche Methodenbeschreibung	83
9.3	Ausführliche Darstellung der Stakeholder-Positionen	86
	Die Autorinnen	114

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNG 1	Entwicklung der Beschäftigungszahlen von MFA in Deutschland zwischen 2012 und 2024	16
ABBILDUNG 2	Entwicklung der Altersstruktur von MFA (in Vollzeitäquivalenten) zwischen 2012 und 2024	16
ABBILDUNG 3	Entwicklung der Anteile an MFA-Vollzeitäquivalenten in den Versorgungsbereichen von 2012 bis 2024	19
ABBILDUNG 4	Entwicklung der Vollzeit- und Teilzeitverhältnisse von MFA zwischen 2012 und 2024	20
TABELLE 1	MFA-Gehalt im Vergleich zu ausgewählten anderen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen	22
TABELLE 2	Übersicht über die Aufstiegsfortbildungen und Studiengänge, die sich speziell an MFA richten	25
ABBILDUNG 5	Entwicklungs- und Karrierepfade für MFA	29
ABBILDUNG 6	Beschäftigungsumfang der MFA nach Versorgungsbereich und Organisationsform	34
ABBILDUNG 7	Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit und Berufsbindung von MFA beeinflussen	35
ABBILDUNG 8	Digitalisierung – In welchen Bereichen wird digitale Unterstützung genutzt und wie gut hilft dies bei der Entlastung von Praxisinhaberinnen und -inhaber und Personal?	39
TABELLE 3	Auflistung delegierbarer, teilweise delegierbarer und nicht delegierbarer ärztlicher Leistungen	48
ABBILDUNG 9	Übersicht Teampraxis-Modell	50
TABELLE 4	MFA, Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht	66
TABELLE 5	MFA (Vollzeitäquivalente), Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht	67
TABELLE 6	MFA (Vollzeitäquivalente), Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter	67
TABELLE 7	MFA (ggf. mit Vorgänger): Neuabschlüsse, Vertragslösungen, Absolventen, Auszubildende, Vergütung	68
TABELLE 8	MFA-Abschlussprüfungen, Prüfungsteilnehmende sowie erfolgreiche Prüfungsteilnahmen (Absolventen/Absolventinnen) nach Geschlecht	69
TABELLE 9	MFA (Vollzeitäquivalente), Gliederungsmerkmale: Jahre, Einrichtung	70
TABELLE 10	Nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und vollzeitäquivalente Stellen je Praxis nach Regionstyp, Versorgungsbereich und Organisationsform im Jahr 2022	71
TABELLE 11	Arbeitslosigkeit MFA, ZFA, Zahntechnikerinnen und -techniker, 1998–2025	72
TABELLE 12	MFA, Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Beschäftigungsart	73
TABELLE 13	Bruttojahresverdienste (Brutto p. a.): Jahre, Geschlecht	74
TABELLE 14	Mittleres monatliches Bruttoentgelt (Median) für vollzeitbeschäftigte MFA (ohne Spezialisierung) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (Fachkraft)	75
TABELLE 15	Gehälter für voll- und teilzeitbeschäftigte MFA	76
TABELLE 16	TVöD-B (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, Bereich Bund)	76
TABELLE 17	MFA-Gehalt kirchliche Einrichtungen	77
TABELLE 18	Tätigkeitsgruppen für MFA nach aktuellem Gehaltstarifvertrag	78
TABELLE 19	Übersicht der Studien zur Delegation hausärztlicher Aufgaben	79
TABELLE 20	Übersicht der Studien zu Auswirkungen von Delegation	80
TABELLE 21	Übersicht der Studien zu Wünschen und Erwartungen von MFA bezüglich Delegation	80
TABELLE 22	Übersicht der Studien zu Hinderungsgründen für Delegation	81
TABELLE 23	Klassifikation der Berufe	82

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten	HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
ÄKWL	Ärzttekammer Westfalen Lippe	IHF	Institut für Hausärztliche Fortbildung
AO	Ausbildungsordnung	IT	Informationstechnologie
AVR	Arbeitsvertragsrichtlinie	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft	KI	Künstliche Intelligenz
BÄK	Bundesärztekammer	KIM	Kommunikation im Medizinwesen
BBFVerfV	Berufsbildungsfeststellungsverfahrensverordnung	KIdB	Klassifikation der Berufe
BBiG	Berufsbildungsgesetz	KV	Kassenärztliche Vereinigung
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung	KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	LÄK	Landesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	MB	Marburger Bund
B. Sc.	Bachelor of Science	MFA	Medizinische Fachangestellte
BVaDiG	Berufsbildungsvalidierungs- und -digitalisierungsgesetz	M. Sc.	Master of Science
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	NäPA	Nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten
DMP	Disease-Management-Programm	PA	Physician Assistance / Physician Assistant
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	PCM	Primary Care Management / Primary Care Managerin bzw. Manager
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	PraCMan	Praxisorientiertes Case Management
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System	RFA	Rheumatologische Fachassistenz
EKG	Elektrokardiogramm	RöV	Röntgenverordnung
ePA	elektronische Patientenakte	SGB	Sozialgesetzbuch
EVA	Entlastende Versorgungsassistentinnen und -assistenten	SOP	Standard Operating Procedure
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	StruPI-RA	Strukturierte Patienteninformation für die rheumatoide Arthritis
GBR	Gesundheitsberichterstattung	TI	Telematikinfrastruktur
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	Tsd.	Tausend
GKV-SV	GKV-Spitzenverband	TVöD-B	Tarifvertrag öffentlicher Dienst des Bundes
HÄPPI	Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell	UE	Unterrichtseinheit
HÄV	Hausärztinnen- und Hausärzteverband	VERAH	Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis
HNO	Hals-Nasen-Ohren	vmf	Verband medizinischer Fachberufe
		WBA	Weiterbildungsassistentin bzw. -assistent
		ZFA	Zahnmedizinische Fachangestellte
		Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Vorwort

Medizinische Fachangestellte gehören zu den tragenden Berufsgruppen der ambulanten Gesundheitsversorgung. Rund 475.000 Medizinische Fachangestellte arbeiten in Deutschland und prägen den Versorgungsalltag in Arztpraxen maßgeblich. Angesichts ihrer Zahl und ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung ist es bemerkenswert, dass ihre Rolle bislang vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit in gesundheitspolitischen Debatten erhält.

Gleichzeitig wird seit Jahren intensiv über die Zukunft der ambulanten Versorgung diskutiert: über Fachkräftemangel, neue Versorgungsmodelle, Delegation, Digitalisierung und die Frage, wie eine verlässliche Versorgung auch künftig sichergestellt werden kann. Die Rolle der Medizinischen Fachangestellten wird dabei häufig angesprochen, steht jedoch nur selten im Zentrum eigenständiger Betrachtungen.

Mit der vorliegenden Studie will die Bertelsmann Stiftung, unterstützt durch ihre Tochtergesellschaft BSt Gesundheit gGmbH, genau solche Fragen aufgreifen. Uns interessiert dabei nicht nur, welche Herausforderungen bestehen. Uns interessiert vor allem, wo bereits heute Lösungen sichtbar werden und welche Potenziale bislang ungenutzt bleiben.

Die Analyse zeigt, welche Aufgaben Medizinische Fachangestellte heute übernehmen, welche zusätzlichen Kompetenzen sie einbringen können und welche Entwicklungen sich in Berufspraxis und Berufsbild abzeichnen. Dabei wird sichtbar, dass viele Entwicklungsmöglichkeiten dieser Berufsgruppe in Bereichen liegen, die für die Zukunft der ambulanten Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Unser besonderer Dank gilt dem Team der Goethe-Universität Frankfurt am Main für die wissenschaftliche Aufarbeitung dieses bislang wenig beleuchteten Themenfeldes. Mit ihrer Arbeit haben die Autorinnen eine wichtige Grundlage für die weitere Beschäftigung mit der Rolle von Medizinischen Fachangestellten in der Gesundheitsversorgung geschaffen.



Uwe Schwenk
Director
Bertelsmann Stiftung

Executive Summary

Einleitung

Die vorliegende Studie untersucht die aktuelle Situation und zentrale Herausforderungen im Berufsfeld der Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der ambulanten Versorgung. Ziel ist eine empirisch fundierte Bestandsaufnahme als Grundlage für tiefer gehende fachliche Auseinandersetzungen mit dem Berufsbild der MFA oder gesundheitspolitische Diskussionen. Die Studie gliedert sich in vier Abschnitte:

1. **Bestandsaufnahme**
2. **Analyse des Forschungsstands**
3. **Good-Practice-Beispiele**
4. **Analyse der Stakeholder-Positionen**

Mit der Bestandsaufnahme und dem Stand der Forschung werden potenzielle Handlungsfelder abgeleitet. Ergänzend zeigen die Good-Practice-Beispiele und die Analyse der Stakeholder-Positionen Handlungsfelder, die zur Orientierung dienen können.

Die Bestandsaufnahme liefert eine Übersicht zu Arbeitsmarkt, Beschäftigungsbedingungen, Tätigkeitsprofilen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Analyse des Forschungsstandes bezieht sich auf MFA im hausärztlichen Setting und basiert auf Literaturrecherchen. Sie konzentriert sich auf die Bereiche Fachkräftemangel, Arbeitszufriedenheit, Teilzeitquoten, Delegation ärztlicher Tätigkeiten sowie Gründe für Ausbildungsabbrüche und Berufswechsel. Ergänzend werden Good-Practice-Beispiele innovativer Versorgungsmodelle dargestellt sowie die Analyse von Stakeholder-Positionen zu Arbeitsbedingungen, Vergütung, Rolle, Qualifikation und Nachwuchssicherung durchgeführt. Methodisch kombiniert die Studie Daten- und Literaturrecherchen mit KI-gestützten Analysen sowie qualitativer Dokumentenauswertung.

Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Beschäftigungssituation und Arbeitsmarkt sowie Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse

Die Zahl der in Deutschland beschäftigten MFA ist von 415.000 im Jahr 2012 auf 475.000 im Jahr 2024 angestiegen. Zugleich zeigt sich eine hohe weibliche Dominanz in der Belegschaft und deren deutliche Alterung über die Zeit, während die Gruppe der unter 30-Jährigen stagniert. Parallel nahmen Teilzeit- und geringfügige Beschäftigung zu, während die Vollzeitquote sank. Die Ausbildungszahlen blieben hoch: 2024 wurden 16.995 neue Ausbildungsverträge abgeschlossen, bei einer Erfolgsquote von etwa 90 % und steigenden Anteilen ausländischer Auszubildender. Der ambulante Sektor stellt weiterhin den größten Beschäftigungsbereich dar, zugleich wächst die Konkurrenz durch stationäre und teilstationäre Einrichtungen. Die Vergütung stieg zwar kontinuierlich, bleibt aber abhängig von Spezialisierung und Tarifbindung deutlich differenziert.

Ergebnisse zum Stand der Forschung

Arbeitsmarkt, Berufsbindung, Bindung der Auszubildenden, Teilzeitbeschäftigung

Der MFA-Arbeitsmarkt ist durch einen anhaltenden Fachkräftemangel geprägt. Ursachen sind demografischer Wandel, unzureichender Nachwuchs und Fluktuation. Nach der Ausbildung verbleiben viele Absolventinnen und Absolventen nicht in den Praxen. Berufswechsel und Abbrüche hängen vor allem mit hoher Arbeitsbelastung, fehlender Anerkennung und geringen Entwicklungsperspektiven zusammen. Teilzeit ist weit verbreitet, zusätzliche Arbeitszeit ist nur begrenzt mobilisierbar.

Strukturelle Hindernisse der Karriereentwicklung

Die Karriereentwicklung von MFA wird durch geringe Durchlässigkeit zur Hochschulbildung, fehlende bundesweite Aufstiegsstrukturen und begrenzte Leitungspositionen eingeschränkt. Die Unübersichtlichkeit an Weiterbildungsoptionen erschwert die horizontale Entwicklung. Hohe Arbeitsbelastung und fehlende Freistellungen behindern Fortbildungen zusätzlich. Neue Tätigkeitsfelder sind selten formal abgesichert; zugleich schafft zunehmende Akademisierung Konkurrenz um höher qualifizierte Rollen.

Zeitgemäßheit der MFA-Ausbildung

Die Ausbildung basiert auf der Ausbildungsordnung von 2006 und vermittelt medizinische, organisatorische, kommunikative und rechtliche Grundlagen. Sie gilt jedoch als überholt, insbesondere mit Blick auf digitale Versorgung und Kommunikation, Klimawandel und Datenschutz. Erweiterte Aufgaben in Prävention, Versorgungsmanagement und Betreuung von chronisch Kranken sind nur unzureichend abgebildet. Wichtige Kompetenzen werden daher oft erst über Fortbildungen erworben.

Delegation von Tätigkeiten an MFA

Die Delegationsbereitschaft der Ärzteschaft hat in den letzten 15 Jahren zugenommen. Das Spektrum der an MFA delegierten Aufgaben ist breit angelegt und umfasst (erweiterte) Aufgaben aus den Bereichen Patientenkontakt, Assistenz bei Diagnostik und Therapie, Prävention, Nachsorge, Hygiene-, Labor- und Verwaltungsaufgaben sowie Kommunikation, Dokumentation, Abrechnung und Praxismanagement. Insbesondere standardisierte medizinische, organisatorische und koordinierende Aufgaben werden verstärkt an MFA und qualifizierte Praxisassistenten übertragen. Dies kann die Effizienz, Entlastung und Versorgung von chronisch Kranken verbessern.

Fort- und Aufstiegsqualifikationen zeigen, dass MFA auch organisatorische und leitende Aufgaben übernehmen können. Besonders qualifizierte MFA (etwa Versorgungsassistentinnen bzw. -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) und Nichtärztliche Praxisassistentinnen bzw. -assistenten (NäPA) übernehmen aktuell schon erweiterte patientennahe Tätigkeiten wie Hausbesuche, Verlaufskontrollen, standardisierte

Messungen, Wundversorgung, Medikamentenüberwachung, Fallmanagement und Koordination von Versorgungsprozessen.

Für MFA bedeutet diese Delegation eine Erweiterung des Tätigkeitsbereichs mit mehr Verantwortung, aber auch potenziell höherer Belastung. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist rechtlich geregelt; die Gesamtverantwortung bleibt bei der Ärztin bzw. dem Arzt, die Durchführungsverantwortung liegt bei den MFA. Hemmnisse bestehen vor allem bei rechtlich-regulatorischen Unsicherheiten, unzureichender Vergütung, organisatorischen Hürden, Qualifikationsdefiziten und kulturellen Vorbehalten.

Good-Practice-Beispiele

Die Beispiele zeigen, dass sich die Rolle der MFA über klassische Assistenz hinaus zu aktiver Mitgestaltung entwickelt. PraCMan (Praxisbasiertes Case Management) steht für strukturiertes Case und Care Management durch qualifizierte MFA/VERAH. Die Rheumatologische Fachassistenz (RFA) zeigt, dass MFA entlang des Versorgungspfades Aufgaben in Diagnostik, Therapie, Schulung und Verlaufskontrolle übernehmen können – ohne Qualitätsverluste gegenüber der Standardversorgung. Der Teampraxis-Ansatz der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) konkretisiert interprofessionelle Zusammenarbeit und macht MFA zu zentralen Akteurinnen und Akteuren von Prozesskoordination und digitaler Praxisentwicklung. Die Avatarpraxis 1.0 zeigt, wie digitale Lösungen Aufgabenprofile neu ordnen und Routinebereiche entlasten. Insgesamt positionieren innovative Modelle MFA als Schnittstellen-, Koordinations- und Mitgestaltungsakteurinnen und -akteure der ambulanten Versorgung.

Perspektiven der Stakeholder

Die Analyse der Stakeholder-Positionen zeigt ein einheitliches Bild: MFA werden von allen relevanten Akteuren als zentrale und unverzichtbare Säule der ambulanten Versorgung anerkannt. Einigkeit besteht zudem darin, dass Qualifikationen entscheidend für die Ausübung und Weiterentwicklung des Berufes sind.

Die Stakeholder-Perspektiven heben die zentrale Stellung von MFA im Versorgungssystem hervor, fokussieren aber stark den Status quo. Organisationen wie ärztliche Verbände und Arbeitnehmersvertretungen betonen die essenzielle Rolle der MFA im Praxisalltag sowie ihre wachsende Einbindung in die Patientenversorgung. Übereinstimmung besteht auch über Fachkräfte- und Nachwuchsmangel sowie die Notwendigkeit besserer Rahmenbedingungen, einer strukturierten Ausbildungsförderung und einer Imageaufwertung. In der Vergütungsdebatte wird die Rolle des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. (vmf) besonders deutlich, während ärztliche Verbände und Kostenträger zurückhaltender auftreten und stärker die wirtschaftliche Situation der Praxen berücksichtigen. Delegation wird grundsätzlich unterstützt, jedoch an klare rechtliche Regelungen und ärztliche Verantwortung gebunden. Gefordert werden bessere Arbeitsbedingungen, rechtliche Klarheit, stärkere Einbindung in Versorgungsprozesse und Entlastung von Arbeitsbelastung.

Delegationsregelungen und der Ausbildungsordnung sowie klare Karrierepfade und Kompetenzprofile. In den aktuellen Debatten um ein Primärversorgungssystem und mögliche Finanzierungsreformen bietet sich die Chance, teambasierte Versorgung und erweiterte MFA-Rollen strukturell zu verankern.

Forschungslücken

Es existieren keine belastbaren Daten zur Passung von Auszubildenden, Beruf und Ausbildungsbetrieb sowie zu Prädiktoren für Berufsverbleib oder -ausstieg. Ebenso fehlen Studien zu Erwartungen von MFA an Delegation und neue Rollen. Forschungslücken bestehen auch zu den Folgen auf die bestehende Rollenverteilung, wenn neue Rollen (z. B. Physician Assistants, Digi-Managerin bzw. Digi-Manager, VERAH, NäPA) ins Praxisteam integriert werden, und zur Umsetzung von interprofessioneller Versorgung im Team. Welche Prädiktoren sind förderlich, welche hemmen die Umsetzung? Bedarf besteht zudem an Studien zum Einfluss von verschiedenen Praxisgrößen und Versorgungsformen auf Teamstrukturen und Zufriedenheit. Zudem gibt es keine Daten, die sich mit der Wirkung der Digitalisierung in den Praxen und mit den Auswirkungen für die (Rolle der) MFA beschäftigen.

Ausblick und Einordnung

Die Ergebnisse sprechen für eine stärkere Aufwertung von MFA durch bessere Vergütung, verbindliche Tarifstandards, verlässliche Finanzierung und den Ausbau standardisierter Fort- und Weiterbildungen. Notwendig erscheinen außerdem eine Überarbeitung der

1 Einleitung

Das Ziel dieser Studie ist eine empirisch fundierte, aber pragmatisch durchgeführte Bestandsaufnahme zur aktuellen Situation sowie zu den Herausforderungen im Berufsfeld der Medizinischen Fachangestellten (MFA). Die Erarbeitung dient als eine fundierte und orientierende Grundlage für weitere Analysen und Diskussionen.

Nach der Einleitung (Kapitel 1) und der Methodenbeschreibung (Kapitel 2) umfasst Kapitel 3 die Bestandsaufnahme und zeigt eine strukturierte Übersicht zu zentralen Rahmenbedingungen und Merkmalen des Berufsbildes MFA auf. Dafür wird die Beschäftigungs- und die Arbeitsmarktsituation beleuchtet und es werden die Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse sowie die Fortbildungsmöglichkeiten und Entwicklungs- und Karrierepfade aufgezeigt und dargestellt.

Kapitel 4 beinhaltet die systematische Sichtung des Stands der Forschung zu zentralen Herausforderungen der Berufsgruppe der MFA und dessen Auswertung im Hinblick auf zentrale Themenfelder. Die Literatur- und Internetrecherche sowie die zugehörigen Analysen in diesem Themenblock beziehen sich auf MFA im hausärztlichen Sektor.

In Kapitel 5 werden vier Praxisbeispiele als Good-Practice-Modelle dargestellt, in denen MFA eine besondere Rolle einnehmen oder innovative Strukturen der Zusammenarbeit erkennbar sind. Zusätzlich wurde in Kapitel 6 eine Analyse von Stakeholder-Positionen durchgeführt. Ziel hierbei war es, zentrale Positionen herauszuarbeiten und Vorschläge zur Rolle von MFA (insbesondere in der ambulanten Versorgung) zusammenzutragen und einzuordnen.

Einordnung der Berufsgruppe Medizinische Fachangestellte in Deutschland

Im Jahr 2024 waren rund 475.000 MFA im Gesundheitswesen beschäftigt. Der Beruf gehört zu den klassi-

schen Assistenzberufen, ist überwiegend weiblich geprägt und kann auf eine lange Tradition zurückblicken.

Schon im Jahr 1965 wird der Beruf (damals noch unter dem Namen Arzthelferin/Arzthelfer) als Lehrberuf mit einer zweijährigen Lehrzeit anerkannt. Im Jahr 1969 wird der Beruf, mit der Einführung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG), in das duale Ausbildungssystem überführt (Ausbildung betrieblich und schulisch). 1986 tritt die Ausbildungsordnung zur Arzthelferin / zum Arzthelfer in Kraft und ist seitdem nach dem BBiG staatlich anerkannt. Die Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre. Mit der Überarbeitung der Verordnung zur Berufsausbildung im Jahr 2006 geht nicht nur eine Novellierung der Ausbildungsinhalte einher, sondern es wird auch eine neue Berufsbezeichnung eingeführt: Medizinische Fachangestellte bzw. Medizinischer Fachangestellter (MFA).

Laut Berufsordnung für MFA ergeben sich folgende Aufgaben und Tätigkeitsbereiche [1]: „MFA sind oft die erste wichtige Kontaktperson zu Patientinnen und Patienten. Sie bilden die Schnittstelle zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patientin bzw. Patient, Technik und Mensch. Sie arbeiten als fester Bestandteil des Praxisteam interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen. [...]“

Gut die Hälfte der Arztpraxen in Deutschland sind Einzelpraxen und im Durchschnitt arbeiten zwei bis drei MFA in einer Einzelpraxis. In Gemeinschaftspraxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind je nach Größe entsprechend mehr MFA beschäftigt. Immer häufiger gehören zum Praxisteam neben den Ärztinnen, Ärzten und MFA auch weiterqualifizierte MFA (z. B. VERAH, NÄPA/EVA), teilweise Gesundheitspersonal aus verwandten Berufen (z. B. Pflegefachkräfte, Technische Assistentinnen und Assistenten), die Aufgaben von MFA übernehmen, oder Mitarbeitende aus nicht medizinischen Berufen (kaufmännische oder Verwaltungsfachkräfte), die bürokratische Aufgaben in den Praxen übernehmen. Noch nicht weit verbreitet, aber zunehmend diskutiert, ist der Einsatz von akademisch qualifiziertem Personal (wie z. B. Physician Assistants) in den Praxen, das weitere ärztliche Tätigkeiten übernehmen kann.

2 Methodenbeschreibung

In dieser Studie zu MFA in der ambulanten Versorgung wurden unterschiedliche methodische Ansätze eingesetzt. Neben einer Daten- und Quellenrecherche von im Internet zugänglichen Quellen (Bestandsaufnahme) sowie einer klassischen Literaturrecherche und -analyse (Stand der Forschung) kam insbesondere im Rahmen der Kontextualisierung eine Recherche mit KI-gestützten Tools zum Einsatz. Die Auswahl der Good-Practice-Beispiele basierte auf im Team vorhandenen Kenntnissen zu innovativen und aussagekräftigen Modellen und Konzepten. Eine ausführliche und detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens ist im Anhang dargestellt.

2.1 Methodik Bestandsaufnahme

Die Internetrecherche für die Bestandsaufnahme orientierte sich an den grundlegenden Prinzipien einer systematischen wissenschaftlichen Literatursuche, wurde jedoch auf frei zugängliche Suchmaschinen (z. B. Google) sowie KI-gestützte Anwendungen (ChatGPT basierend auf GPT-5.3) ausgeweitet. Ergänzend wurde eine gezielte Suche in relevanten Datenbanken und Veröffentlichungen zentraler Institutionen – etwa des Statistischen Bundesamtes (Destatis), der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) sowie der Bundesagentur für Arbeit – vorgenommen. Zusätzlich wurden relevante Verweise aus identifizierten Quellen im Sinne eines Schneeballprinzips einbezogen. Die Identifikation und Auswahl relevanter Quellen erfolgte iterativ im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2025. Die extrahierten Daten wurden systematisch aufbereitet und in tabellarischer Form dargestellt; ergänzend wurden teilweise eigene Berechnungen anhand der vorliegenden Daten vorgenommen.

2.2 Methodik Stand der Forschung

Für die Bearbeitung des Stands der Forschung wurde eine klassische Literaturrecherche und -analyse in

einschlägigen Datenbanken wie MEDLINE, PubMed und Google Scholar durchgeführt. Die Auswahl der Suchbegriffe orientierte sich an den jeweiligen Themenfeldern, beispielsweise Delegation, Auswirkungen und Hinderungsgründe von Delegation sowie Ausbildungsabbruch von MFA, Berufswechsel, Berufs- und Arbeitszufriedenheit sowie Arbeitsbelastung. Die Literatursuche erfolgte themenspezifisch auf Grundlage dieser definierten Schlagworte und der inhaltlichen Relevanz der Beiträge sowie in Bezug zum deutschen Gesundheitssystem. Ergänzend wurden Literaturverzeichnisse geeigneter Publikationen zur Identifikation weiterer Quellen herangezogen.

Abschließend reflektierten wir die Passung der Literatur kritisch im Hinblick auf jede zugrunde liegende Fragestellung und strukturierten die Ergebnisse in Ergebnistabellen (Tabellen 19 bis 22) durch Kategorisierung bzw. thematische Clusterbildung, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Forschungslücken sichtbar zu machen. Abschließend bewerteten wir die Themen und ordneten sie in einen größeren wissenschaftlichen Kontext ein. Ziel war es, einen fundierten Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu geben und Implikationen für weitere Untersuchungen abzuleiten.

Für Fragestellungen, die nicht durch vorhandene Literatur abgedeckt werden konnten, wurde eine ergänzende Daten- und Quellenrecherche analog zu 2.1 durchgeführt. Die Bearbeitung des Forschungsstands erfolgte im Zeitraum von Oktober 2025 bis Februar 2026.

2.3 Methodik Good-Practice-Beispiele

Die Auswahl zu den Good-Practice-Beispielen basierte auf vorhandenen Kenntnissen zum ambulanten Sektor im deutschen Gesundheitswesen. Es wurden innovative und aussagekräftige Modelle und Konzepte ausgesucht und gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung auf Passung geprüft.

2.4 Methodik Analyse der Stakeholder-Positionen

Für die Analyse der Stakeholder-Positionen kam methodisch eine Sekundäranalyse, d. h. eine Kombination aus Internetsuche und einer adaptierten Form einer Dokumentenanalyse (z. B. Positionspapiere, Stellungnahmen von Verbänden und Fachgesellschaften), zum Einsatz. Die Recherche erfolgte überwiegend mithilfe KI-gestützter Tools (ChatGPT basierend auf GPT-5.3). Die Stakeholder-Positionen wurden codiert, kategorisiert und synthetisiert. Darauf aufbauend erfolgte die Auswertung, bei der zentrale Themen, Muster und Zusammenhänge identifiziert wurden; abschließend wurden die Ergebnisse interpretiert und im Hinblick auf die Forschungsfragen eingeordnet [2]. Die Bearbeitung der Kontextualisierung erfolgte im Zeitraum von Januar bis März 2026.

3 Bestandsaufnahme – Daten und Fakten zu Arbeitsmarkt, Arbeitsbedingungen sowie Aus- und Weiterbildung

Dieses Kapitel bietet eine Übersicht zu den Themenfeldern Beschäftigungssituation und Arbeitsmarkt, Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse, Tätigkeitsprofil und Delegation sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Diese Themen wurden – immer wenn möglich – datenbasiert aufgearbeitet.¹

3.1 Beschäftigungssituation und Arbeitsmarkt

3.1.1 Anzahl der Beschäftigten, Geschlecht, Altersstruktur, Migrationshintergrund

3.1.1.1 Anzahl der Beschäftigten

Im Jahr 2024 waren laut Statistischem Bundesamt in Deutschland 475 Tsd. MFA im Gesundheitswesen beschäftigt (s. Tabelle 4 im Anhang). Dies entspricht einem Vollzeitäquivalent von 314 Tsd. MFA (s. Tabelle 5 im Anhang). Über die Jahre 2012 bis 2024 ist ein Anstieg von 415 Tsd. auf 475 Tsd. Personen bzw. von 280 Tsd. auf 314 Tsd. in Deutschland beschäftigter MFA (Vollzeitäquivalente) zu verzeichnen, was einem Zuwachs von rund 12 % entspricht. Besonders auffällig ist, dass der Beschäftigungszuwachs bis 2021 stetig verlief, bevor in den Jahren 2022 und 2023 ein leichter Rückgang zu beobachten ist (s. Abbildung 1 und Tabelle 5 im Anhang).

3.1.1.2 Anzahl der Beschäftigten nach Geschlecht

Der Anteil weiblicher MFA lag von 2012 bis 2024 konstant bei über 96 %, was auf eine starke geschlechts-

spezifische Segregation in diesem Berufsfeld hinweist. Allerdings ist die Zahl männlicher Beschäftigter (Vollzeitäquivalente) im gleichen Zeitraum von 5 Tsd. (2012) auf 10 Tsd. (2024) gestiegen und zeigt damit relativ betrachtet den stärksten Zuwachs (55 %, s. Tabelle 5 im Anhang).

3.1.1.3 Anzahl der Beschäftigten nach Altersstruktur

Abbildung 2 sowie Tabelle 6 (im Anhang) zeigen die Beschäftigungsentwicklung in Vollzeitäquivalenten von 2012 bis 2024, differenziert nach Altersgruppen. Besonders auffällig ist der relative Zuwachs in der Altersgruppe „60 Jahre und älter“, deren Anteil sich – bezogen auf alle Altersgruppen – von 12.000 (4,3 % im Jahr 2012) auf 33.000 (10,5 % im Jahr 2024) mehr als verdoppelt hat. Dies deutet auf eine zunehmende Alterung der Beschäftigtenstruktur hin. Diese Entwicklung ist besonders besorgniserregend, da die Zahl der unter 30-Jährigen seit 2015 weitgehend stagniert. Insgesamt veranschaulichen die Daten die Notwendigkeit zur Nachwuchsgewinnung.

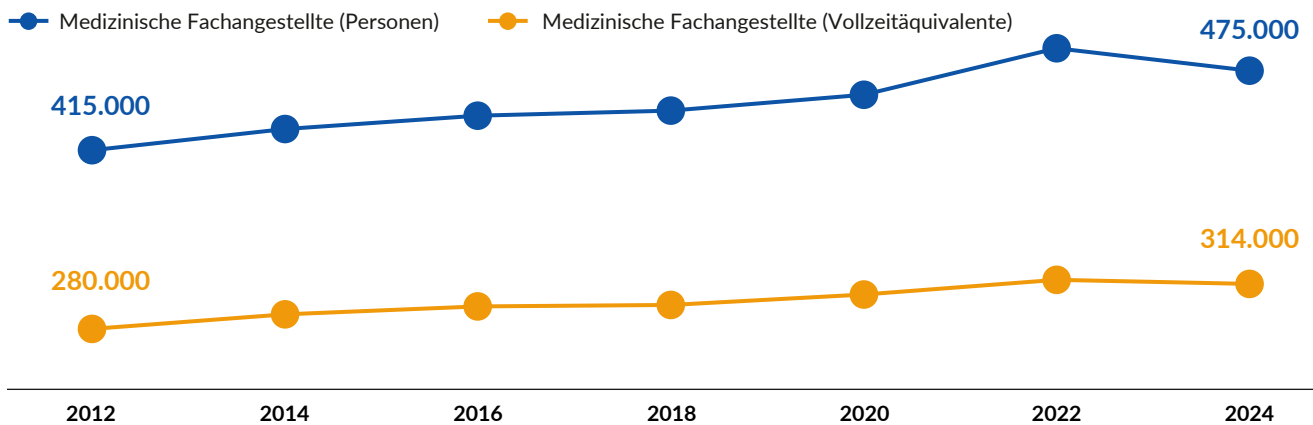
Besonders auffällig ist der relative Zuwachs in der Altersgruppe „60 Jahre und älter“, deren Anteil an allen Altersgruppen sich im betrachteten Zeitraum mehr als verdoppelt hat.

3.1.1.4 Migrationshintergrund der MFA

Zum Migrationshintergrund von MFA ließen sich nur Zahlen zu Zahnärztlichen Fachangestellten (ZFA) finden: In der Statistik der Berufe mit dem höchsten Anteil an Migrantinnen und Migranten belegen ZFA mit

¹ Die Grundlage stellen öffentlich zugängliche Datenbasen dar, die im Anhang genau referenziert sind. Die Zeiträume, für die sich Daten finden ließen, sind in jedem Fall genau benannt, aber aufgrund unterschiedlicher Datenbasen nicht in jeder Tabelle identisch. Falls keine Datenbasis gefunden werden konnte, ist dies gesondert vermerkt. Die Angabe von Literaturquellen befindet sich am Ende dieses Berichts.

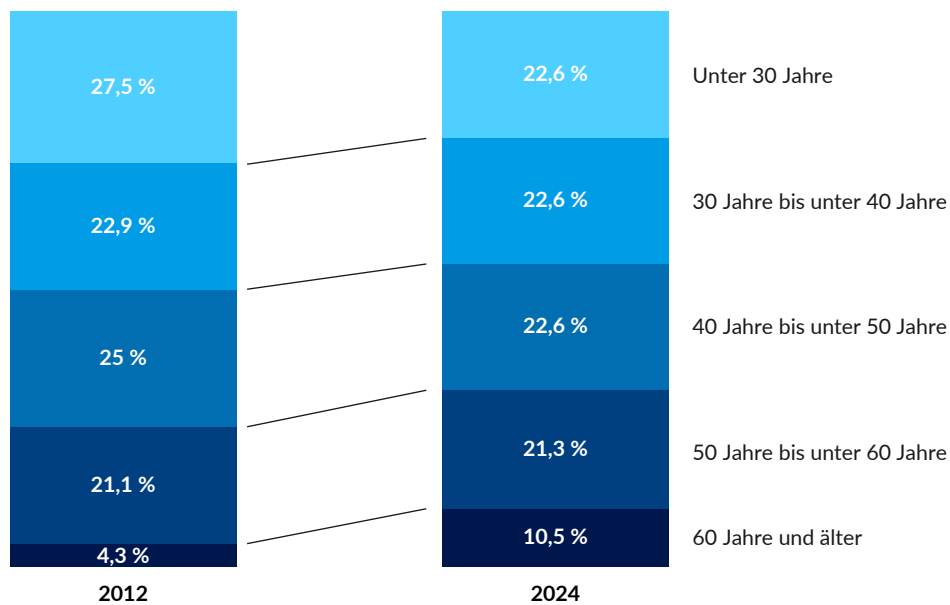
ABBILDUNG 1 Entwicklung der Beschäftigungszahlen von MFA in Deutschland zwischen 2012 und 2024



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2025).
GPR, Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) nach Geschlecht, Einrichtung und Beruf. [110]

| BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 2 Entwicklung der Altersstruktur von MFA (in Vollzeitäquivalenten) zwischen 2012 und 2024



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2026).
GPR, Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) nach Alter und Beruf. [111]

| BertelsmannStiftung

37,4 % Platz eins im Jahr 2022, vor Bankkaufmann und Bankkauffrau mit 27,4 % und Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger mit 17,1 % [3].

Unter den Berufswünschen von Geflüchteten – ohne ukrainische Geflüchtete – rangiert die MFA-Ausbildung auf Platz zwei, und die ZFA-Ausbildung belegt Platz fünf [3].

Laut Mikrozensus 2019 hatte rund ein Viertel (22,5%) aller Erwerbstätigen in Gesundheits- und Pflegeberufen eine eigene oder familiäre Einwanderungsgeschichte. Besonders hoch ist der Anteil in der Altenpflege mit 30,1 %. Bei den Arzt- und Praxishilfen (zu denen auch MFA gehören) liegt er bei 23,0 % [4].

In der Altenpflege sind zudem besonders viele Beschäftigte selbst zugewandert: 24,9 % wurden im

Ausland geboren. Bei den Arzt- und Praxishilfen gibt es hingegen überdurchschnittlich viele Angehörige der zweiten Generation, die in Deutschland geboren und hier zur Schule gegangen sind. Ihr Anteil beträgt knapp 11 % und ist damit fast doppelt so hoch wie bei den Erwerbstätigen insgesamt (5,9 %) [4].

Im Jahr 2023 waren 17,0 % (2.790) der insgesamt 16.422 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge von MFA mit ausländischen Auszubildenden besetzt, 2024 war dieser Anteil 19,4 % (3.303 von insgesamt 16.995). Bemerkenswert ist, dass der Zuwachs an Ausbildungsverträgen bei Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit bei 0,4 % und bei Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (Ausländerinnen und Ausländer) bei 18,4 % lag (s. Tabelle 7 im Anhang).

Alle diese Zahlen lassen keine guten Schätzungen des Anteils an MFA mit Migrationserfahrung zu. Es lässt sich allerdings vermuten, dass ein möglicher Migrationshintergrund einerseits positive Auswirkungen auf das Berufsbild haben könnte (z. B. MFA fungieren als Kulturmittler oder Dolmetscher [5, 6]), andererseits aber auch etwaige Sprachdefizite (vor allem bei zugewanderten Fachkräften) bei der Ausbildung berücksichtigt werden müssten [4].

3.1.2 Weitergebildete MFA: Art und Anzahl

Eine sich auf das Jahr 2022 und 3.192 Praxen plus 393 MVZ beziehende Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) zeigt, dass in 68 % der Praxen MFA an Lehrgängen teilgenommen hatten, bei MVZ waren es sogar 85 % [7]. Die Zahl der Fortbildungen im Jahr 2022 bezifferten die Praxen im Durchschnitt auf 4,6, in MVZ lag diese Zahl bei 9,3. Der Großteil der Qualifizierungen bezog sich auf Schulungen, die bis zu acht Stunden dauerten. Laut Zi besteht die Annahme, dass diese Zahlen aus 2022 aufgrund der Coronapandemie eher unterrepräsentiert sind.

Es ist davon auszugehen, dass diese Zahlen nicht das tatsächliche Ausmaß an Fortbildungen in den Praxen repräsentieren, da sie sich im Großteil auf eher kurze Schulungseinheiten beziehen und eher selten den Tätigkeitsbereich einer MFA verändern.

Zwei Fortbildungen, die sich stark auf die Weiterqualifikation von MFA beziehen, sind die Nichtärztlichen

Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPA) [8] und die Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) [9] (ausführliche Beschreibung siehe 3.3.2).

Mit beiden Fortbildungen sollen diese besonders qualifizierten MFA die Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag spürbar entlasten; sie übernehmen dabei vor allem patientennahe Tätigkeiten. Zu ihren Aufgaben zählen u. a. Hausbesuche, die Kontrolle von Vitalwerten, die Koordination der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie die Unterstützung bei präventiven Maßnahmen.

VERAH existieren seit dem Jahr 2009 und wurden vom Deutschen Hausärzteverband im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeführt. Inzwischen gibt es bundesweit 18.257 entsprechend qualifizierte VERAH [9] (Stand 30.03.2026).

Die NäPA wurden im Jahr 2010 aus einer gemeinsamen Initiative der Bundesärztekammer (BÄK) und des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. (vmf) entwickelt. Ihre Anstellung sowie ihr Einsatz, insbesondere bei Hausbesuchen, gehören seit 2015 zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und werden gesondert vergütet. Seither ist ihre Zahl auf mehr als 12.000 angestiegen [10]. In Nordrhein und Westfalen-Lippe sind NäPA auch als Entlastende Versorgungsassistentinnen bzw. -assistenten, kurz EVA, bekannt. Die Fortbildungsinhalte sind aber dieselben [11].

3.1.3 Ausbildungszahlen, Abbruch- und Prüfungsquoten

Im Jahr 2024 haben 16.995 Personen einen neuen Ausbildungsvertrag zur MFA abgeschlossen. Während die Zahl in den Jahren 2021 und 2022 bei jeweils ca. 17.500 Neuverträgen lag, gab es 2023 einen leichten Rückgang auf 16.422 (s. Tabelle 7 im Anhang). Aktuell ist jedoch wieder eine steigende Tendenz zu verzeichnen.

Im Jahr 2024 war der Beruf der MFA mit 16.995 Ausbildungsverträgen der beliebteste Ausbildungsberuf unter den Frauen [12]. Ende 2024 waren insgesamt 43.977 Personen in Ausbildung zur bzw. zum MFA (1. bis 3. Ausbildungsjahr; 2023: 44.469; 2022: 44.115) (s. Tabelle 7 im Anhang). Diese Anzahl ist entsprechend dem leichten Rückgang der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge

auch etwas zurückgegangen, spricht aber immer noch für ein hohes Interesse am Beruf der MFA.

Hinsichtlich der Nachwuchsgewinnung lohnt sich ein Blick auf die Erfolgsquoten rund um die Ausbildung zur MFA (s. Tabelle 8 im Anhang): Insgesamt zeigt sich über die Jahre 2010 bis 2024 ein stabiles, leicht absteigendes Niveau der Absolventinnen und Absolventen. Die Zahl der Prüfungsabschlüsse lag dabei nur gering unter der Zahl der zur Prüfung angemeldeten Personen. Diese Erfolgsquote (Anteil der Absolvierenden an allen Prüfungsteilnehmenden) sank zwar in den letzten Jahren von ca. 95 % auf ca. 90 % (s. Tabelle 8 im Anhang), darf aber immer noch als hohe Quote gelten.

Die Erfolgsquote bei der Abschlussprüfung der MFA liegt bei 90–95 %.

Wie viele Personen allerdings eine Ausbildung zur MFA beginnen und diese nicht abschließen, kann aus den öffentlich zugänglichen Quellen nicht eruiert werden [13]. Eine nur sehr ungenaue Einschätzung kann die Quote von 32,8 %

Vertragslösungen während der Ausbildungszeit im Berichtsjahr 2024 geben (s. Tabelle 7 im Anhang). Da ein anderweitiger Verbleib nach einer Vertragslösung, z. B. in einer anderen Praxis, nicht erfasst wird, lässt sich nicht zwischen einem Vertragswechsel und einem vollständigen Austritt aus dem dualen System unterscheiden. Somit erlaubt die Berufsbildungsstatistik nur Aussagen zu vorzeitigen Vertragslösungen, nicht jedoch zu tatsächlichen Ausbildungsabbrüchen [14].

Frauen waren von Vertragslösungen in ähnlichem Maße betroffen wie Männer, was auf geschlechtsunabhängige Ursachen hindeutet. Die Vertragslösungen unter den ausländischen Auszubildenden waren nur minimal höher als die der deutschen Auszubildenden. Die Vertragslö-

Etwa ein Drittel der Auszubildenden hat im Jahr 2024 den Ausbildungsvertrag gelöst.

sungsquote für MFA liegt demnach nur leicht über der Vertragslösungsquote aller Ausbildungsverträge im dualen System. Hier betrug die Vertragslösungsquote 29,5 % für das Jahr 2022 [14].

Auffällig ist, dass sich der Diskurs zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen bei MFA nahezu ausschließlich auf die möglicherweise fehlende Anleitung während der betrieblichen Ausbildung konzentriert und die Rolle der Lehr- oder auch Prüfungskultur in den Berufsschulen kaum berücksichtigt [13].

Insgesamt zeigt die Kombination aus kontinuierlichen Zahlen der Ausbildungsneuabschlüsse und hohen Erfolgsquoten ein robustes und weitgehend stabiles Ausbildungssystem. Wenn die Ausbildung durchlaufen wurde, stand einem positiven Prüfungsabschluss nichts entgegen. Ausländische Auszubildende erreichten dabei vergleichbare Erfolgsquoten wie ihre deutschen Kolleginnen und Kollegen, was auf eine gelungene Integration hinweist. Der gleichzeitige Anstieg der Vertragslösungen kann jedoch auf strukturelle Herausforderungen hinweisen, etwa in Bezug auf Ausbildungsbedingungen und die Passung der Berufswahl.

3.1.4 Berufseintritte, -austritte und Verweildauer im Beruf

Zur Verweildauer ließen sich keine verlässlichen Zahlen finden. Im Sachverständigenratsgutachten von 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz knapper Ressourcen“ [15] wird eine Netto-Berufsverweildauer von MFA mit 209,3 Monaten berichtet, die damit über dem Durchschnitt aller Berufsgruppen (185,6 Monate) liegt.

In unseren eigenen Erhebungen werden häufig lange Verweildauern von MFA in ein und derselben hausärztlichen Praxen berichtet – wobei zu beachten ist, dass in diesen Studien z. T. ausgewählte MFA-Gruppen wie VERAH befragt wurden (z. B. [16–19]).

Allerdings lässt die älter werdende Arbeitnehmerschaft der MFA vermuten, dass die Verweildauer den MFA-Fachkräftemangel nicht ausgleichen kann.

3.1.5 Verteilung auf Versorgungsbereiche: ambulant (haus- und fachärztlich), stationär, weitere Bereiche (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Labore, Reha etc.)

Der größte Anteil an Vollzeitäquivalenten entfällt auf ambulante Einrichtungen. Vollzeitäquivalente geben dabei nicht die Zahl der Vollzeitbeschäftigten wieder, sondern die in Vollzeit umgerechnete Arbeitszeit. Hier erhöhten sich die Vollzeitäquivalente von 234.000 im Jahr 2012 auf 240.000 im Jahr 2024 (s. Abbildung 3 und Tabelle 9 im Anhang). Schaut man sich den Anteil der MFA in ambulanten Einrichtungen über die Jahre an, so hat sich der prozentuale Anteil im gleichen Zeitraum von 75 % (2012) auf 70 % (2024) reduziert,

d.h., dass im Jahr 2024 anteilig etwas weniger MFA im ambulanten Sektor arbeiteten als im Jahr 2012.

70 % aller MFA sind im ambulanten und 15 % der MFA im stationären Sektor beschäftigt.

In stationären/teilstationären Einrichtungen ist im Gegenzug ein stärkerer Zuwachs erkennbar: Die Beschäftigung in Vollzeitäquivalenten stieg hier von 34.000 im Jahr 2012

auf 52.000 im Jahr 2024. Besonders die Krankenhäuser verzeichneten dabei den höchsten Zuwachs von 33.000 (2012) auf 49.000 (2024) (s. Abbildung 3 und Tabelle 9 im Anhang).

Dieser (teil-)stationäre Sektor ist also zahlenmäßig gegenüber einer Beschäftigung in einer Arztpraxis noch sehr klein, kann aber als größer werdende „Konkurrenz“ um ausgebildete MFA gesehen werden.

Zu den weiteren Versorgungsbereichen zählen Zahnarztpraxen (6.000 Vollzeitäquivalente) sowie Praxen sonstiger medizinischer Einrichtungen (ca. 13.000 Vollzeitäquivalente). Im Rahmen der stationären/teilstationären Einrichtungen werden noch ca. 18.000 Vollzeitäquivalente „sonstigen Einrichtungen“ zugeordnet (s. Tabelle 9 im Anhang).

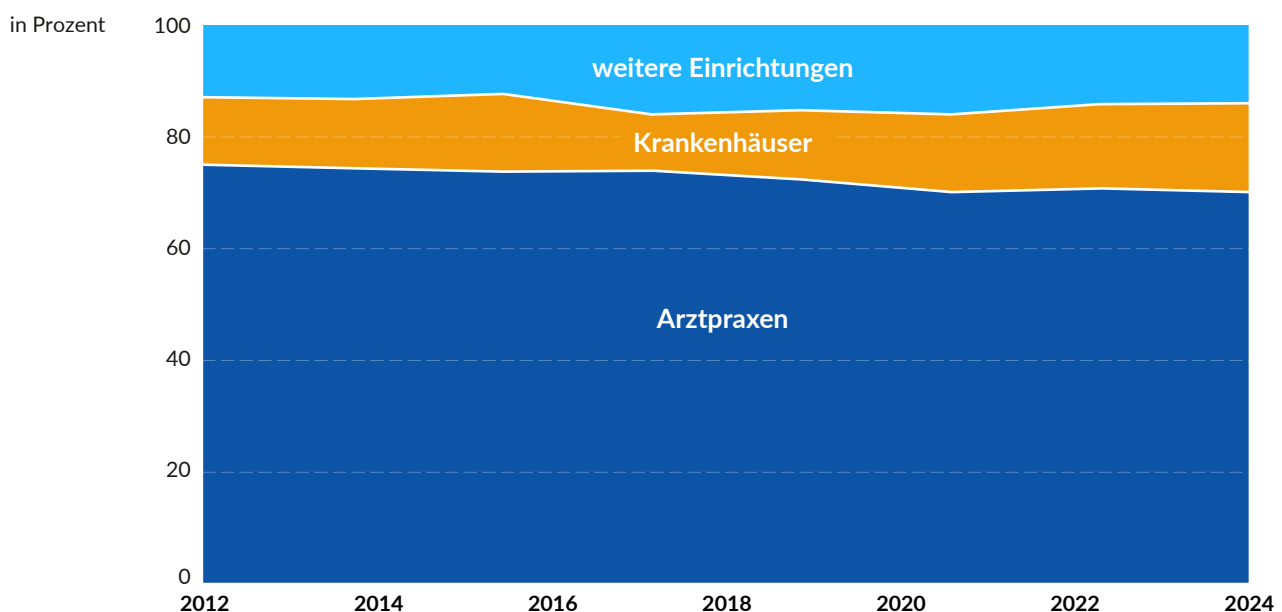
Schaut man sich noch die Personalsituation in den Praxen an, wie sie in einer Befragung des Zi-Praxis-Panels 2023 erhoben wurde [20], so wird deutlich, dass die Anzahl an MFA in Haus- und Facharztpraxen mit durchschnittlich 3,5 und 3,4 ähnlich hoch ist (Vollzeitäquivalente jeweils 2,3) (s. Tabelle 10 im Anhang). Unterschiede zeigen sich in Einzelpraxen mit im Mittel 2,4 beschäftigten MFA (Vollzeitäquivalente 1,6) gegenüber Berufsausübungsgemeinschaften mit durchschnittlich 5,4 beschäftigten MFA (Vollzeitäquivalente 3,7) (s. Tabelle 10 im Anhang).

3.1.6 Stille Reserven, offene Stellen, Fachkräftelücke

Die bisher angeführten öffentlichen Quellen lassen keine Aussagen über „stille Reserven“ zu. Diese Personen, die derzeit keine Arbeit suchen, aber prinzipiell für die Besetzung offener Stellen infrage kämen (z. B. aufgrund der Ausbildung), kommen per definitionem in keiner Statistik vor, die den Arbeitsmarkt widerspiegelt.

Einen groben Hinweis kann die Arbeitslosenstatistik geben: Die Zahl arbeitsloser MFA ist von 1998 bis 2025 auf die Hälfte gesunken (s. Tabelle 11 im Anhang). Da zugleich die Zahl der Teilzeitbeschäftigten

ABBILDUNG 3 **Entwicklung der Anteile an MFA-Vollzeitäquivalenten in den Versorgungsbereichen von 2012 bis 2024**



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Bundesinstituts für Berufsbildung (2026). [112]

| BertelsmannStiftung

gestiegen ist, könnte hierin eine potenzielle stille Reserve liegen, die künftig zusätzliche Arbeitszeit einbringen kann. Dies ist jedoch vorsichtig zu interpretieren, da entsprechende Entscheidungen individuell getroffen werden und von politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängen.

3.2 Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse

3.2.1 Vollzeit-/Teilzeitverhältnisse

Anzahl der Beschäftigten nach Vollzeit/Teilzeit

Der Anteil der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten liegt in allen Berichtsjahren über dem der Vollzeiterkräfte – eine Tendenz, die sich über die Jahre sogar noch vergrößert (s. Tabelle 12 im Anhang). Während die Gesamtzahl der MFA in den Jahren 2012 bis 2023 deutlich gestiegen ist, fällt auf, dass die Zahl der Vollzeitbeschäftigten im gleichen Zeitraum nahezu konstant blieb oder sogar leicht rückläufig war; sie bewegte sich durchgehend um die 190.000 und sank bis 2024 erstmals auf unter 190.000. Das bedeutet: Während im Jahr 2012 ca. 46 % aller Beschäftigten in Vollzeit arbeiteten, lag dieser Wert im Jahr 2024 nur noch bei

40%. Über alle Jahre hinweg ist die Vollzeittätigkeit bei der Gruppe der unter 30-Jährigen am größten. Tabelle 12 (im Anhang) lässt zudem vermuten, dass viele MFA auch in höherem Alter nicht zu einer Vollzeittätigkeit zurückkehren.

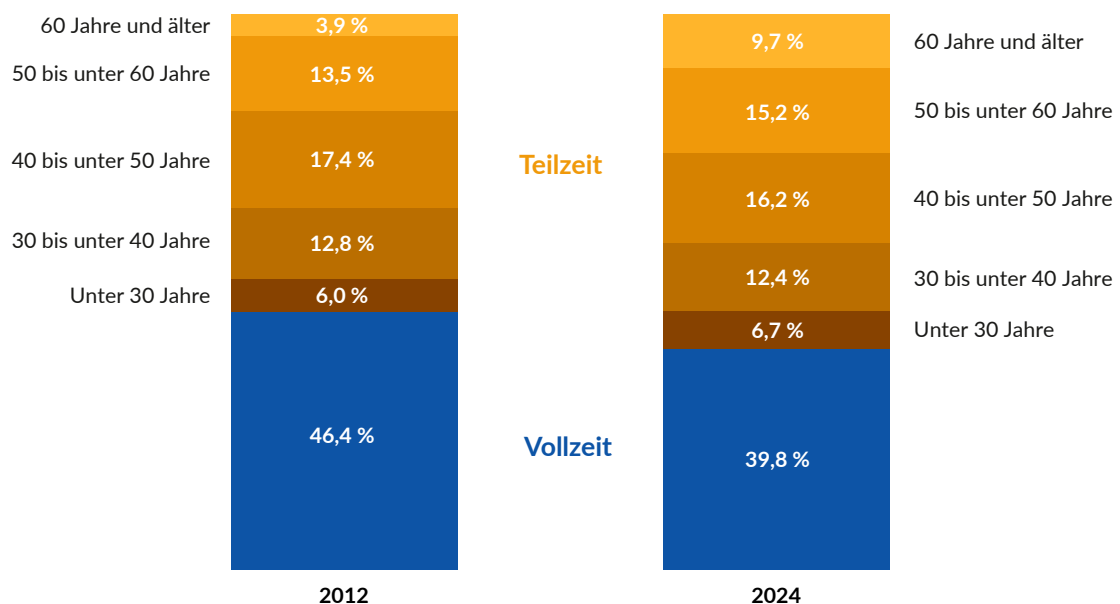
Mehr als die Hälfte der MFA arbeiten in Teilzeit – mit zunehmender Tendenz.

Dadurch verändert sich die Beschäftigungsstruktur spürbar hin zu einem höheren Anteil an Teilzeitstellen (s. Abbildung 4 und Tabelle 12 im Anhang). Dieser Trend ist in sämtlichen Altersgruppen zu beobachten, fällt jedoch insbesondere bei den 30- bis 50-Jährigen deutlich ins Gewicht, da hier die Teilzeitbeschäftigung überdurchschnittlich stark zugenommen hat. Diese Entwicklung spricht für eine zunehmende Flexibilität von Arbeitszeitmodellen.

3.2.2 Flexibilität von Arbeitszeitmodellen

Das Teilzeitmodell ist eine Möglichkeit, um die Arbeitszeit in ärztlichen Praxen flexibel zu gestalten. Wie in Abschnitt 3.2.1 dargestellt, sind viele MFA in Teilzeit beschäftigt, oft angepasst an die Stoßzeiten der Praxis (z. B. Vormittags- und/oder Nachmittagsprechstunde) [21]. Demnach scheinen viele Praxen Teilzeitmodelle zu ermöglichen. Für die Praxisinhaberinnen und

ABBILDUNG 4 Entwicklung der Vollzeit- und Teilzeitverhältnisse von MFA zwischen 2012 und 2024



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamts (2026). GPR, Gesundheitspersonal nach Alter, Beschäftigungsart und Beruf.

-inhaber kann dies auch einen Vorteil bedeuten, da in vielen Praxen die Praxisöffnungszeiten über die normale Wochenarbeitszeit der MFA hinausgehen. Um diese Zeiten abzusichern, können mehrere Teilzeitkräfte eingestellt werden, um die Flexibilität zu erhöhen und die Arbeit auf mehrere Schultern zu verteilen.

Flexibilität durch Möglichkeiten zum Homeoffice

Eine Umfrage des PKV Instituts 2025 unter 192 MFA und ZFA zeigt, dass 37,2 % der Befragten flexible Arbeitszeiten angeboten wurden und 20 % die Möglichkeit hatten, im Homeoffice zu arbeiten [22]. Grundsätzlich ist der Beruf der MFA stark patienten-nah organisiert (Anmeldung, Labor, Untersuchungen, Assistenz etc.), wodurch das Tätigkeitsfeld überwiegend in der Praxis verankert ist. Dennoch können Tätigkeiten im Homeoffice ausgeübt werden, z. B. organisatorische Verwaltungstätigkeiten, Abrechnungen, Dokumentation und Statistik. Denkbar ist auch eine Telefonsprechstunde oder Patientenkommunikation per E-Mail [21]. Solche Tätigkeiten setzen meist einen Remote-Zugriff auf Praxissoftware voraus. Es fanden sich jedoch keine (weiteren) Daten, inwieweit diese Möglichkeiten in ambulanten Arztpraxen schon genutzt werden.

3.2.3 Vergütung

Tabelle 13 (im Anhang) zeigt die durchschnittlichen bzw. mittleren Bruttojahresverdienste von MFA in den Jahren 2022 bis 2024, jeweils differenziert nach Spezialisierungsniveau. Im Jahr 2022 betrug die Spanne vom niedrigsten zum höchsten mittleren Bruttojahresverdienst 35.079 € bis 40.207 €, im Jahr 2023 von 36.549 € bis 41.189 € und im Jahr 2024 von 39.650 € bis 44.347 €. Insgesamt stiegen somit die Verdienste kontinuierlich von 2022 bis 2024.

MFA mit spezieller bzw. erweiterter Tätigkeit verdienen in jedem Jahr deutlich mehr als solche ohne Spezialisierung. Auch männliche MFA verdienen z. T. deutlich mehr als ihre Kolleginnen (s. Tabelle 13 im Anhang). Innerhalb jeder Gruppe liegt die Vergütung der Spezialistinnen und Spezialisten durchgehend über der der Fachkräfte. Insgesamt weist die Tabelle auf eine positive Einkommensentwicklung sowie eine deutliche finanzielle Aufwertung spezialisierter Tätigkeiten im MFA-Bereich hin.

Die Bundesagentur für Arbeit stellt in ihrem Entgelt-atlas die Entgelte für den Beruf der Medizinische Fachangestellten (ohne Spezialisierung) dar [23]. Das Mediangehalt für MFA liegt nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit bei 3.129 €, wobei auch hier die männlichen MFA mit 3.280 € etwas mehr verdienen als die weiblichen MFA mit 3.126 €. Im Vergleich der Bundesländer erzielen MFA in Hamburg mit 3.279 € das höchste mittlere Monatsgehalt. Außerdem wird hier klar erkennbar, dass immer noch ein deutliches West-Ost-Gefälle besteht. MFA in den neuen Bundesländern verdienen im Median zwischen 2.809 € in Brandenburg bis 2.694 € in Sachsen und damit deutlich weniger als ihre Kolleginnen und Kollegen in den alten Bundesländern (s. Tabelle 14 im Anhang).

3.2.4 Tarifvertrag und Tarifbindung

Sowohl das Ausbildungsgehalt als auch das Einstiegsgehalt im Beruf und der Verdienst nach einigen Berufsjahren werden in weiten Teilen in verschiedenen Tarifverträgen geregelt. Zu den gängigsten Tarifverträgen zählen der Manteltarifvertrag für MFA, Arzthelferinnen und Arzthelfer, der in Einrichtungen der ambulanten Versorgung Gültigkeit hat [24], der Gehaltstarifvertrag TVöD-B (Tarifvertrag öffentlicher Dienst des Bundes) und Tarifverträge der kirchlichen Einrichtungen, wie die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Johanniter, der Diakonie oder der Caritas.

Vergleicht man das Gehalt der MFA mit anderen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen, so ist festzustellen, dass sich das MFA-Gehalt im unteren Feld der Einkommensmöglichkeiten bewegt (s. Tabelle 1).

Im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen zählt das MFA-Gehalt zu den niedrigsten.

3.2.4.1 Manteltarifvertrag MFA

Im Manteltarifvertrag liegt das Einstiegsgehalt der MFA 2026 in Tätigkeitsgruppe I mit 2.939,59 € (s. Tabelle 15 im Anhang) rund 100 € niedriger als im TVöD-B. Qualifiziert sich z. B. eine MFA im ambulanten Bereich in den ersten fünf Berufsjahren zu einer VERAH oder NäPA, so kann sie laut des Tarifvertrags für MFA (2. Stufe Tätigkeitsgruppe IV) mit 3.531,22 € mehr verdienen als eine Kollegin im Krankenhaus nach TVöD-B (E5, Stufe 3) mit 3355,11 €. Je nach Qualifikationsgrad und Berufsjahren ergeben sich für MFA

TABELLE 1 MFA-Gehalt im Vergleich zu ausgewählten anderen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen

In Euro			
Beruf	Gesamt	Frauen	Männer
Altenpflege	3.901	3.872	3.973
Medizinische Fachangestellte (MFA)	2.899	2.894	3.097
Assistenzärzte	6.785	6.524	7.025
Pflegeassistenz	3.116	3.084	3.193
Intensivpflege	4.519	4.360	4.853

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten von praktischArzt (2026).

| BertelsmannStiftung

im ambulanten Bereich durchaus höhere Einkommensmöglichkeiten (z. B. als VERAH/NäPA bis zu 4.895,78 € in Stufe 9 und Tätigkeitsgruppe IV) als im stationären Bereich (bis zu 3.680,28 € nach TVöD-B E5, Stufe 6).

Eine Tarifbindung kommt allerdings nur zur Anwendung, wenn die Arbeitgeberseite Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) und die Arbeitnehmerseite Mitglied des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. (vmf) ist. Dennoch orientieren sich viele Arbeitgeber freiwillig am Tarifvertrag [25].

3.2.4.2 Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD-B) (gilt für stationäre Einrichtungen)

Laut Tariftabelle beträgt das Einstiegsgehalt (Entgeltgruppe 5, Stufe 1) 3.038,99 € (s. Tabelle 16 im Anhang). Entsprechend der Berufserfahrung erfolgt automatisch ein Aufstieg in den Stufen, sodass in Entgeltgruppe 5 maximal ein Gehalt von 3.680,28 € erreicht werden kann. Des Weiteren ist auch eine Einordnung in höhere Entgeltgruppen möglich.

Eine Einordnung in Entgeltgruppe 6 erfolgt für MFA, denen mindestens zwei Beschäftigte unterstellt sind. Die höchste Eingruppierung ist die Entgeltgruppe 8, hierzu müssen jedoch mindestens zehn Beschäftigte im Team der bzw. des MFA arbeiten und ihr bzw. ihm ständig unterstellt sein.

3.2.4.3 MFA-Gehalt kirchliche Einrichtungen

Zur Vervollständigung der MFA-Gehaltsübersicht seien hier noch die Tarifbedingungen kirchlicher Träger auf-

geführt: MFA sind hier in die Entgeltgruppe 6 eingruppiert und verdienen zum Berufseinstieg ein Gehalt von 3.369,50 € (s. Tabelle 17 im Anhang). Laut Entgeltordnung sind in der Entgeltgruppe 6 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eingeordnet, die erfolgreich eine Ausbildung von mindestens zweieinhalb Jahren abgeschlossen haben.

3.2.4.4 Tarifbindung

Zum Beruf der MFA konnten keine Daten gefunden werden, die aufzeigen, wie hoch der Anteil der Personen ist, die nach Tarif oder darüber bzw. darunter bezahlt werden. Es fanden sich lediglich Angaben für das Gesundheits- und Sozialwesen insgesamt: 2023 und 2024 hatten 47 % der Beschäftigten keine Tarifbindung, während 53 % eine Tarifbindung hatten [26]. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, bestanden auch 2024 deutliche Unterschiede in der Tarifbindung zwischen den einzelnen Branchen, ohne dass diese näher ausgeführt sind [26].

Zur Verbreitung tarifvertraglich geregelter Arbeitsbedingungen zeigt eine ältere Befragung des Zi aus dem Jahr 2018, dass von 990 befragten Vertragsärztinnen und -ärzten ca. 75 % angaben, mit ihren MFA Arbeitsverträge im Rahmen tarifvertraglicher Regelungen festgelegt zu haben (Gehalt nach Tarifvertrag oder darüber) [27]. Auch in einer neueren Befragung von 327 Hausärztinnen und -ärzten und 369 MFA gaben knapp 70 % der Hausärztinnen und -ärzte an, ein tarifliches oder übertarifliches Gehalt zu zahlen [28]. Im Gegensatz dazu gaben nur etwas mehr als die Hälfte der befragten MFA in der gleichen Studie an, ein tarifliches oder übertarifliches Gehalt zu erhalten. Da rund ein Drittel der MFA und über ein Fünftel der Haus-

ärztinnen und -ärzte keine Angabe dazu machten, verstärkt sich bei Betrachtung der vorliegenden Angaben der Unterschied: Hausärztinnen und -ärzte berichten deutlich häufiger von übertariflicher Bezahlung, während MFA häufiger angeben, untertariflich bezahlt zu werden [28].

3.2.5 Tätigkeitsgruppen

Eingruppierung in Tätigkeitsgruppen für MFA nach aktuellem Gehaltstarifvertrag

Im Manteltarif MFA gibt es sechs Tätigkeitsgruppen, die sich nach Qualifikation (Berufserfahrung und geleistete Fortbildungsstunden) und Verantwortungsbereich richten (s. Tabelle 18 im Anhang). Zusätzlich gibt es eine tarifliche Einteilung in acht Berufsjahrstufen (ab 2026 neun), die das Gehalt basierend auf der Berufserfahrung regeln [24].

Somit ist festzustellen, dass z. B. eine MFA, die in den ersten zehn Jahren der Berufstätigkeit in einer niedergelassenen Praxis eine Qualifizierung zur VERAH oder NäPA durchläuft und ihre Fachkenntnisse in der Praxis einsetzt, die Tätigkeitsgruppe IV erreichen kann. Im aktuellen Tarifvertrag wäre ihr Gehalt mit 3.593,73 € etwas höher als das Gehalt einer MFA ohne Fortbildung im öffentlichen Dienst (E5, Stufe 4) mit 3.490,06 €. Mit weiteren Fortbildungen und Tätigkeitsgruppe V wäre das Gehalt im Vergleich zum öffentlichen Dienst um gut 400 € höher (3.898,28 € vs. 3.490,06 €).

3.3 Tätigkeitsprofil und Delegation

Grundlage für die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche von MFA ist die Ausbildungsordnung für MFA [29].

MFA leisten ihren berufsspezifischen Beitrag zur Prävention, zur Wiederherstellung der Gesundheit und Unterstützung bei chronischen Erkrankungen, bei Notfällen und in der Organisation und Verwaltung der Praxis. Sie betreuen Patientinnen und Patienten vor, während und nach der Behandlung. Sie assistieren bei medizinischen Behandlungsabläufen und Untersuchungen. Sie informieren Patientinnen und Patienten über die Ziele und Möglichkeiten der Vor- und Nachsorge. Sie führen Hygienemaßnahmen sowie Labor- und Verwaltungsarbeiten durch. Weitere Schwerpunkte liegen in den Bereichen Kommunikation, Information, Doku-

mentation und Abrechnung sowie im Datenschutz und im Praxis- und Qualitätsmanagement.

Die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ [30] regelt Anforderungen für die Delegation folgendermaßen:

Bei Delegation trägt die Ärztin bzw. der Arzt die Gesamtverantwortung. Im Rahmen der Delegation hat sie bzw. er eine Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht. Delegiert werden darf nur an ausreichend qualifiziertes nichtärztliches Personal. Es dürfen keine höchstpersönlich zu erbringenden Leistungen delegiert werden [30, 31].

In der Delegationsvereinbarung werden beispielhaft delegierbare Tätigkeiten aufgeführt. Diese sind:

- Basisdiagnostik: z. B. Blutentnahmen, Lungenfunktionsprüfungen, Vorbereiten von Ultraschalluntersuchungen, Urintests
- Technische Diagnostik: z. B. EKG- und Belastungs-EKG-Ableitungen, Langzeit-Blutdruckmessungen anlegen, Vorbereiten von Ultraschalluntersuchungen
- Therapeutische Maßnahmen (invasiv): z. B. subkutane und intramuskuläre Injektionen, Impfungen, Katheterwechsel
- Therapeutische Maßnahmen (nicht invasiv): z. B. Infusionen vorbereiten und überwachen, Wundversorgung, (Kompressions-)Verbände anlegen, Fäden ziehen, Inhalationstherapie durchführen
- Präventions- und Vorsorgemaßnahmen: z. B. Vorbereitung von Vorsorgeuntersuchungen, Durchführung standardisierter Tests, Dokumentationen im Rahmen von DMP-Programmen, Recall-Management
- Hausbesuchstätigkeiten: z. B. Verlaufsbeobachtungen, Kontrollmessungen (z. B. Blutdruck, Blutzucker), Wundkontrollen, Medikamentenüberwachung, Messungen, Tests, Dokumentation zu chronischen Erkrankungen
- Organisation: z. B. Dokumentationstätigkeiten, Recall-Management, Praxisorganisation, Praxismanagement

In der Zusammenschau lässt sich ableiten, dass die Tätigkeiten allesamt im bereits bestehenden Tätigkeitsprofil von MFA angelegt sind. Es ist immer davon auszugehen, dass die medizinische und haftungsrechtliche Gesamtverantwortung bei einer Ärztin oder einem Arzt liegt; allerdings liegt die Durchführungsverantwortung in den Händen der MFA.

3.4 Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Entwicklungsmöglichkeiten und Karrierepfade

Das Berufsbildungsgesetz unterscheidet in § 1 [32] zwischen

- Fortbildungen, die die berufliche Handlungsfähigkeit (Schlüsselqualifikationen) erhalten bzw. anpassen oder erweitern, und
- Fortbildungen, die zum beruflichen Aufstieg führen.

3.4.1 Fortbildungsmöglichkeiten der Ärztekammern

Die Ärztekammern bieten für MFA ein breites Spektrum an strukturierten und zertifizierten Fortbildungen an [33], die nach Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer gestaltet sind [34].

Darunter befinden sich viele **fachspezifische Qualifizierungen**: Ambulante Anästhesie, Ambulantes Operieren, Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin, Augenheilkunde, Chronisch Entzündliche Darmerkrankung, Dermatologie, Dialyse und Nephrologie, Gastroenterologische Endoskopie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Kardiologie, Lasereinrichtungen und intensive Lichtquellen an der Haut, Neurologie, Onkologie, Pädiatrie – Prävention im Kindes- und Jugendalter / Sozialpädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Reproduktionsmedizin, Rheumatologie, Studienassistentin in Prüfstellen, Suchtmedizinische Versorgung, Urologie.

Zudem gibt es viele **vertiefende Themen, die MFA in der Hausarztpraxis ansprechen**: Ambulante medizinische Versorgung, Ambulante Versorgung älterer Menschen, Ausbildung, Demenz, Diabetologie, Elek-

tronische Praxiskommunikation und Telematik, Ernährungsmedizin, Impfmanagement, Klimawandel und Gesundheit, Medizinprodukte in der Arztpraxis, Palliativversorgung, Patientenbegleitung und Koordination (Case Management), Wundmanagement.

Die Fortbildungen nach den Musterfortbildungscurricula haben einen Umfang zwischen 24 und 120 Stunden und werden i. d. R. als Aufstiegsfortbildungen anerkannt.

3.4.2 Aufstiegsfortbildungen und Studiengänge

Folgende anerkannte **Aufstiegsfortbildungen und Studiengänge** richten sich speziell an MFA [35] (s. Tabelle 2):

- NäPA/VERAH
- Fachwirtin/Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung
- Fachwirtin/Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen
- Physician Assistance (B. Sc.) (PA)
- Primary Care Management (B. Sc.) (PCM)
- Praxis- und Versorgungsmanagement (B. Sc.)

3.4.2.1 Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPA)

Die Fortbildung zur NäPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer (BÄK) mit einem Umfang von etwa 150 bis 200 Unterrichtseinheiten (UE). Inhalte sind u. a. medizinische Kompetenz, Kommunikation und Dokumentation, rechtliche Grundlagen, Fallmanagement, Hausbesuche und Versorgungsmanagement, Notfallmanagement sowie psychosoziale Versorgung, telemedizinische Grundlagen und Arzneimittelversorgung. In Nordrhein und Westfalen-Lippe ist die bzw. der NäPA auch unter dem Namen „Entlastende Versorgungsassistentin bzw. -assistent“, kurz EVA, bekannt. Die Fortbildungsinhalte sind identisch.

Das Ziel der Fortbildung ist es, MFA für delegierte ärztliche Tätigkeiten, insbesondere bei Hausbesuchen und bei der Betreuung chronisch kranker Personen, sowie für die Koordination von Versorgungsprozessen zu qualifizieren. Ärztinnen und Ärzte sollen zudem entlastet werden und mehr Zeit für komplexe Fälle gewinnen [8]. Im Ergebnis heißt das, dass NäPA erweiterte

Aufgaben nach Delegation eigenständig übernehmen dürfen. Sie erhalten mehr Verantwortung, denn sie übernehmen eigenständig Hausbesuche und Besuche in Alten- und Pflegeheimen, z. B. bei chronisch kranken oder immobilen Patientinnen und Patienten. Sie führen erweiterte medizinische Tätigkeiten aus, etwa Wundversorgung, Kontrolle von Blut- und Zuckernwerten, Sturzprophylaxe oder Medikamentenüberwachung. Insofern übernehmen NÄPA die Beratung und Betreuung chronisch kranker Personen, koordinieren

die Versorgung mit sozialen Diensten und Angehörigen und führen im Rahmen des Fallmanagements eine Einschätzung der Patientensituation, die Erstellung individueller Versorgungspläne sowie die Koordination von Therapiemaßnahmen durch.

Die Voraussetzungen für eine Tätigkeit als NÄPA sind eine abgeschlossene Ausbildung als MFA oder nach dem Krankenpflegegesetz sowie eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit in einer hausärztlichen Praxis.

TABELLE 2 Übersicht über die Aufstiegsfortbildungen und Studiengänge, die sich speziell an MFA richten

Beruf	Ziele	Aufgaben (Beispiele)	Voraussetzungen
NÄPA / VERAH	Qualifizierung für delegierbare ärztliche Tätigkeiten, insbesondere bei Hausbesuchen, bei der Betreuung chronisch kranker Personen sowie für die Koordination von Versorgungsprozessen	Hausbesuche, Wundversorgung, Messungen (Blutdruck, Blutzucker), Sturzprophylaxe, Medikamentenüberwachung, Koordination von Versorgungsprozessen, Betreuung und Beratung chronisch Kranker	Abgeschlossene MFA- oder Pflegeausbildung, NÄPA: ≥3 Jahre Berufserfahrung; VERAH: ≥2 Jahre Berufserfahrung
Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung	Vorbereitung auf leitende Aufgaben in Arztpraxen, Verbindung von Praxismanagement, medizinischer Koordination, Patientenbegleitung und Teamleitung	Organisation und Optimierung von Praxisabläufen, Qualitätsmanagement, Personalführung und -entwicklung, Abrechnung und Controlling sowie die Koordination von Versorgungsprozessen.	Abgeschlossene MFA- oder Pflegeausbildung, ≥3 Jahre Berufserfahrung
Fachwirt/in im Gesundheits- und Sozialwesen	Qualifizierung für Management- und Führungsaufgaben im Gesundheits- und Sozialwesen, Aufstieg ins mittlere Management	Übernahme von Aufgaben im Praxismanagement wie Planung und Steuerung von Prozessen, Qualitätsmanagement, Personalführung, betriebswirtschaftliche Aufgaben, Organisation von Kooperationen mit anderen Einrichtungen	Abgeschlossene Ausbildung, ≥1 Jahr Berufserfahrung
Physician Assistance (B. Sc.) (PA)	Vermittlung wissenschaftlicher und praktischer medizinischer Kompetenzen zur Übernahme delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten	Übernahme eigenständig (delegierbarer) medizinischer Aufgaben wie Anamnese, körperliche Untersuchungen, Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie, Wundversorgung, Dokumentation, Koordination von Behandlungsprozessen	MFA-Ausbildung + 2-3 Jahre Berufserfahrung (bei fehlendem Abitur meist zusätzliche Berufserfahrung und Eignungsprüfung notwendig)
Primary Care Management (B. Sc.) (PCM)	Qualifizierung für erweiterte Aufgaben in Patientenversorgung und Praxismanagement auf akademischem Niveau	Anamnese, Basisdiagnostik, Patientenberatung, Medikamentenmanagement, Praxisorganisation, Qualitätsmanagement, Personalsteuerung	(Fach-)Abitur oder Ausbildung + Berufserfahrung, ggf. Tätigkeit in Hausarztpraxis
Praxis- und Versorgungsmanagement (B. Sc.)	Qualifizierung für Organisation, Steuerung und Weiterentwicklung von Versorgungsprozessen	Analyse und Optimierung von Praxisabläufen, Qualitätsmanagement, Personalführung, Controlling, Case- und Care Management, strategische Entwicklung	MFA-Ausbildung oder Ausbildungsvertrag + (Fach-)Abitur bzw. gleichwertige Qualifikation

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Verbands medizinischer Fachberufe e. V., Aufstiegsfortbildungen und Studiengänge (2026). [35]

Im Tarifvertrag erfolgt die Einstufung der NäPA in die Tätigkeitsgruppe IV.

3.4.2.2 Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)

NäPA/EVA und VERAH übernehmen nicht nur Hausbesuche sondern auch erweiterte Tätigkeiten in der Praxis.

Die Fortbildung zur VERAH umfasst nach dem Curriculum des Hausärzteverbandes rund 200 UE und vermittelt Kompetenzen in Bereichen wie Case Management, Technik- und Notfallmanagement, Praxis-, Präventions- und Gesundheitsmanagement sowie Besuchs- und Wundmanagement.

Ziel der Fortbildung zur VERAH ist die Qualifizierung von MFA für erweiterte, delegierbare Aufgaben in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere bei Hausbesuchen und in der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig sollen Hausärztinnen und -ärzte entlastet, die Koordination der Versorgung und die Versorgungsqualität in der Hausarztpraxis verbessert und mehr Verantwortung in der Patientenversorgung seitens der MFA übernommen werden [9]. Zu den erweiterten Aufgaben gehören insbesondere eigenständige Hausbesuche bei chronisch kranken oder immobilen Patientinnen und Patienten, die Durchführung standardisierter Untersuchungen (z. B. Blutdruck- oder Blutzuckermessungen), Wundversorgung, Unterstützung bei der Therapieüberwachung sowie die intensive Betreuung und Beratung von Patientinnen und Patienten. Zudem übernehmen VERAH häufig koordinierende Tätigkeiten, etwa im Rahmen von Disease-Management-Programmen, und tragen dazu bei, den Praxisablauf effizienter zu gestalten.

Voraussetzung ist eine abgeschlossene Ausbildung als MFA oder nach dem Krankenpflegegesetz sowie eine mindestens zweijährige Berufstätigkeit in einer hausärztlichen Praxis. Tariflich erfolgt die Einstufung in Tätigkeitsgruppe IV.

3.4.2.3 Fachwirtin und Fachwirt für die ambulante medizinische Versorgung

Die Fortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung ist eine Aufstiegsfortbildung für MFA und bereitet auf leitende Aufgaben in Arztpraxen oder

anderen ambulanten Einrichtungen vor. Sie umfasst nach dem Curriculum der Bundesärztekammer etwa 420 UE mit Pflicht- und Wahlmodulen (Pflichtteil 300 UE, Wahlteil ca. 120 UE).

Insgesamt zielt diese Fortbildung darauf ab, Kompetenzen in Praxismanagement, medizinischer Koordination, Patientenbegleitung und Teamleitung zu verbinden, sodass die Fachwirte eine führende Rolle im Praxisteam übernehmen können [36]. Der Abschluss zum Fachwirt für die ambulante medizinische Versorgung ist darauf ausgelegt, dass MFA umfassende betriebswirtschaftliche, organisatorische und leitende Kompetenzen erwerben, um eine Hausarztpraxis aktiv mitzugestalten und teilweise Führungsaufgaben zu übernehmen. Zu den erweiterten Tätigkeiten gehören insbesondere die Organisation und Optimierung von Praxisabläufen, Qualitätsmanagement, Personalführung und -entwicklung, Abrechnung und Controlling sowie die Koordination von Versorgungsprozessen. Darüber hinaus wirken Fachwirtinnen und Fachwirte bei der strategischen Weiterentwicklung der Praxis mit und übernehmen häufig eine Schnittstellenfunktion zwischen Ärztinnen und Ärzten, weiteren Teammitgliedern sowie Patientinnen und Patienten, während medizinisch-praktische Tätigkeiten weiterhin möglich sind, jedoch weniger im Vordergrund stehen.

Voraussetzung ist eine abgeschlossene Ausbildung als MFA oder nach dem Krankenpflegegesetz sowie eine mindestens dreijährige einschlägige Berufstätigkeit. Tariflich erfolgt die Einstufung in Tätigkeitsgruppe VI.

3.4.2.4 Fachwirtin und Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen

Auch diese Qualifizierung ist eine Aufstiegsfortbildung, die Fachkräfte für Management- und Führungsaufgaben im Gesundheits- und Sozialwesen qualifiziert. Sie ist eine attraktive Alternative zu Bachelor-Studiengängen. Die Fortbildung dauert je nach Modell ca. drei Monate (Vollzeit) oder neun bis 24 Monate (berufsbegleitend/ Teilzeit) und wird von Industrie- und Handelskammern, Ärztekammern und privaten Bildungseinrichtungen angeboten. Inhalte sind u. a. Planung, Steuerung und Organisation betrieblicher Prozesse, Qualitätsmanage-

Fachwirtinnen und Fachwirte konzentrieren sich meist auf betriebliche Prozesse, Organisation und Managementaufgaben.

ment, Personalführung und -entwicklung, betriebswirtschaftliche Steuerung (z. B. Finanzierung, Controlling), Projekt- und Schnittstellenmanagement sowie Marketing im Gesundheitswesen.

Insgesamt ist das Ziel, Fachkräfte für leitende, organisatorische und betriebswirtschaftliche Aufgaben im Gesundheits- und Sozialwesen zu qualifizieren und den Aufstieg ins mittlere Management zu ermöglichen [37]. Der Abschluss zum Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen bedeutet, dass umfangreiche kaufmännische, organisatorische und führungsbezogene Kompetenzen erworben werden, die über den unmittelbaren Praxisalltag hinausgehen. In einer (größeren) Arztpraxis können damit vor allem Aufgaben im Praxismanagement übernommen werden, wie die Planung und Steuerung von Abläufen, Qualitätsmanagement, Personalführung, betriebswirtschaftliche Auswertung, Abrechnung sowie die Organisation von Kooperationen mit anderen Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen. Zudem ermöglicht die Qualifikation, strategische Entwicklungen der Praxis mitzugestalten und administrative sowie koordinierende Prozesse effizient zu steuern, während direkte medizinische Tätigkeiten eher eine untergeordnete Rolle spielen.

Für MFA sind die Voraussetzungen eine abgeschlossene Ausbildung und eine mindestens einjährige Berufserfahrung. Nach der Fortbildung erfolgt i. d. R. eine Eingruppierung in Tätigkeitsgruppe IV oder V (leitende bzw. verantwortliche Tätigkeiten), da Führungs- und Managementaufgaben übernommen werden.

3.4.2.5 Physician Assistant (B. Sc.) (PA)

Das PA-Studium qualifiziert spezifischer für die eigenverantwortliche Übernahme delegierter ärztlicher Tätigkeiten.

Physician Assistant (PA) ist ein akademischer Gesundheitsberuf. PA übernehmen eigenständig medizinische Aufgaben, soweit diese delegierbar sind, und arbeiten sowohl im ambulanten als auch im

stationären Bereich eng mit dem ärztlichen Team zusammen. Das Studium dauert sechs bis acht Semester (180 ECTS [European Credit Transfer and Accumulation System], teilweise 240 ECTS). Es ist berufsbegleitend zu absolvieren, meist mit wenigen Präsenztagen. Inhaltlich werden breit gefächerte medizinische Kenntnisse vermittelt: von naturwissenschaftlichen Grundlagen, Anatomie, Physiologie und Pathologie über Innere

Medizin, Chirurgie, OP-Lehre und Funktionsdiagnostik bis hin zu Public Health, Digitalisierung und Gesundheitsökonomie.

Das Ziel des PA-Studiums ist es, wissenschaftlich fundiertes medizinisches Wissen und praktische Kompetenzen zu vermitteln, damit die Absolventinnen und Absolventen ärztlich delegierbare Tätigkeiten qualifiziert und eigenverantwortlich innerhalb klarer Grenzen übernehmen können. PA können eigenständig Anamnesen erheben, körperliche Untersuchungen durchführen, bei Diagnostik und Therapieplanung mitwirken sowie delegierte ärztliche Tätigkeiten übernehmen, etwa Wundversorgung, Diagnostik, Dokumentation oder die Koordination von Behandlungsprozessen. Dadurch fungieren sie als Bindeglied zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Tätigkeit, übernehmen sowohl medizinische als auch organisatorische Aufgaben und tragen wesentlich zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte sowie zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Patientenversorgung bei, bleiben dabei jedoch stets in einem ärztlich verantworteten Delegationsrahmen tätig.

An einigen Hochschulen kann der Studiengang primärqualifizierend (Studium ohne vorherige Ausbildung) durchgeführt werden. Zumeist wird er allerdings sekundärqualifizierend und/oder berufsbegleitend angeboten. Für MFA werden typischerweise eine abgeschlossene Ausbildung sowie zwei bis drei Jahre Berufserfahrung vorausgesetzt (bei fehlendem Abitur sind meist zusätzliche Berufserfahrung und eine Eignungsprüfung notwendig) [38]. Es existiert keine einheitliche Tarifregelung für Arztpraxen (individuell verhandeln). Im öffentlichen Dienst erfolgt eine Eingruppierung meist in den Entgeltgruppen E 9b bis E 12.

3.4.2.6 Primary Care Management (B. Sc.) (PCM)

Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs PCM sind akademisch qualifizierte Fachkräfte für die hausärztliche Primärversorgung. Sie arbeiten eng mit Ärztinnen und Ärzten zusammen und übernehmen sowohl delegierbare medizinische Tätigkeiten als auch Praxismanagement sowie Qualitäts- und Personalsteuerung. Das Studium dauert sechs bis sieben Semester (180 ECTS; VERAH oder NÄPA können direkt in das 3. Semester einsteigen). Inhalte sind u. a. Praxismanagement, Patientenversorgung, Digitalisierung, arztentlastende Aufgaben und Qualitätsmanagement.

Ziel des Studiums ist es, MFA oder andere Gesundheitsfachberufe für erweiterte Aufgaben in der Patientenversorgung und im Praxismanagement auf akademischem Niveau zu qualifizieren. Dabei werden sowohl medizinische Kompetenzen (z. B. Anamnese, Basisdiagnostik) als auch betriebswirtschaftliche und organisatorische Fähigkeiten vermittelt [39]. Der PCM-Abschluss führt zu einer deutlichen Erweiterung des Tätigkeitsprofils in der Hausarztpraxis, da das Studium sowohl medizinische als auch organisatorische Kompetenzen auf akademischem Niveau vereint. Primary Care Managerinnen bzw. Manager (PCM) übernehmen eigenständig delegierbare Aufgaben wie Anamnese, Basisuntersuchungen, Patientenberatung oder Medikamentenmanagement und wirken aktiv an der Versorgung chronisch kranker Personen mit. Gleichzeitig sind sie in der Lage, Praxisabläufe zu steuern, Qualitätsmanagement umzusetzen, Personal zu koordinieren und betriebswirtschaftliche Prozesse zu organisieren. Dadurch entsteht eine hybride Rolle zwischen Patientenversorgung und Praxismanagement.

Zugangsvoraussetzung ist das (Fach-)Abitur bzw. – falls kein Abitur vorliegt – eine abgeschlossene Berufsausbildung und mehrjährige Berufserfahrung oder eine Aufstiegsfortbildung. Je nach Studienmodell stellt eine Beschäftigung in einer Hausarztpraxis bzw. ein Ausbildungsplatz (duales Studium) eine weitere Voraussetzung dar. Speziell bei MFA mit Fortbildung zur bzw. zum VERAH oder NÄPA/EVA kann diese angerechnet werden und das Studium verkürzen.

3.4.2.7 Praxis- und Versorgungsmanagement (B. Sc.)

Absolventinnen und Absolventen im Praxis- und Versorgungsmanagement sind akademisch qualifizierte Fachkräfte für Organisation, Steuerung und Weiterentwicklung von Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen. Sie arbeiten häufig in Arztpraxen und übernehmen dort vor allem Management-, Koordinations- und Leitungsaufgaben an der Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und Betriebsorganisation. Das Studium dauert sechs Semester (drei Pflichtmodule und drei Wahlmodule = 180 ECTS). Inhalte sind neben wissenschaftlichem Arbeiten u. a. interprofessionelle Kommunikation, digitale Prozesse in Gesundheitseinrichtungen, Case und Care Management, Projektmanagement, Qualitäts- und Prozessmanagement im Gesundheitswesen, Betriebswirtschaft in der ambulan-

ten Versorgung, Personalmanagement und Führung in Gesundheitseinrichtungen.

Ziel des Studiengangs ist es, Fachkräfte dafür zu qualifizieren, Versorgungsabläufe effizient zu planen, zu analysieren und zu optimieren sowie Verantwortung für organisatorische und wirtschaftliche Prozesse im Gesundheitswesen zu übernehmen. Der Abschluss im Praxis- und Versorgungsmanagement führt vor allem zu einer deutlichen Erweiterung der organisatorischen und leitenden Aufgaben in der Arztpraxis. Absolventinnen und Absolventen sind in der Lage, Praxisabläufe zu analysieren und zu optimieren, Qualitätsmanagementsysteme umzusetzen, Personal zu führen sowie betriebswirtschaftliche Prozesse wie Abrechnung, Controlling und Ressourcenplanung zu steuern. Darüber hinaus übernehmen sie koordinierende Funktionen im Versorgungsprozess, etwa im Case und Care Management oder in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Rolle verschiebt sich damit deutlich in Richtung Management, Steuerung und strategische Weiterentwicklung der Praxis, während medizinische Tätigkeiten weiterhin möglich sind, aber nicht im Mittelpunkt stehen.

Der Studiengang ist gezielt auf MFA zugeschnitten. Zugangsvoraussetzung ist eine abgeschlossene MFA-Ausbildung oder der Nachweis über einen gültigen Ausbildungsvertrag in dem Ausbildungsberuf MFA inklusive eines erfolgreich abgeschlossenen ersten Ausbildungsjahres (dualer Studiengang). Zusätzlich bedarf es der Allgemeinen Hochschulreife, der fachgebundenen Hochschulreife oder der Fachhochschulreife. Zum Studieren ohne Abitur kann u. a. eine Aufstiegsfortbildung anerkannt werden [40].

3.4.2.8 Zwischenfazit

Die verschiedenen Qualifikationsmöglichkeiten wie NÄPA/EVA, VERAH, Fachwirtinnen und Fachwirte sowie akademische Studiengänge können in der Hausarztpraxis zu einer deutlichen Differenzierung von Rollen und Verantwortlichkeiten führen. NÄPA und VERAH übernehmen vor allem delegierte patientennahe Aufgaben wie Hausbesuche, Verlaufskontrollen und die Betreuung chronisch kranker Personen und tragen so unmittelbar zum Versorgungsalltag bei. Beide Fortbildungen sind bundesweit standardisierte Qualifikationen mit klar definierten, teilweise weitergehenden delegierbaren Leistungen. Unterschiede

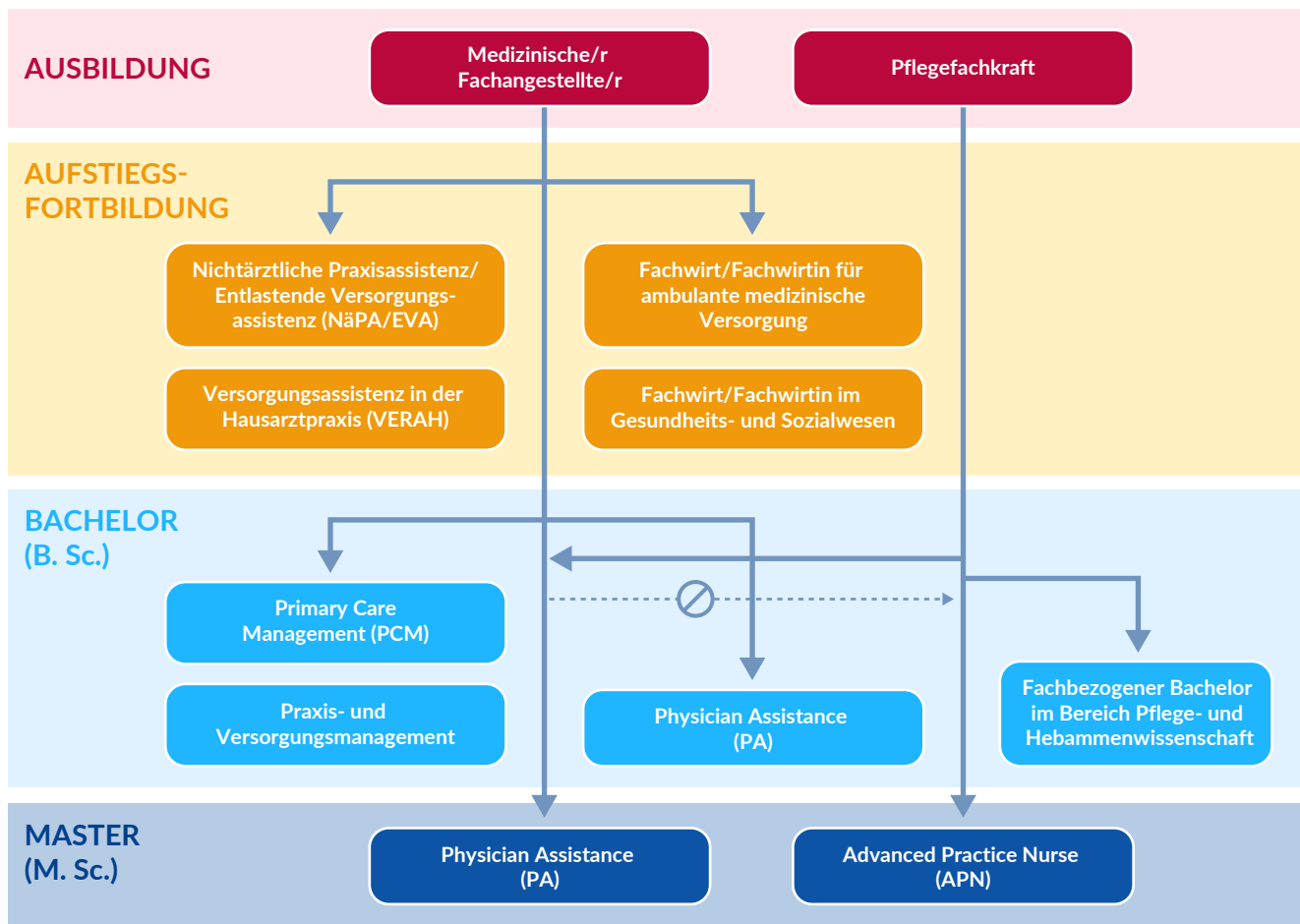
gibt es hinsichtlich der Vergütung der Praxen: So kann z. B. die Tätigkeit einer NÄPA/EVA teilweise im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet werden (z. B. Haus- und Heimbefuche), und die Praxis erhält Zuschläge für die Strukturförderung (für den Einsatz einer NÄPA/EVA in der Praxis), während in der HzV nicht einzelne Leistungen, sondern bereits der Einsatz einer VERAH mit einer Chronikerpauschale vergütet wird.

Fachwirtinnen und Fachwirte für die ambulante medizinische Versorgung sowie im Gesundheits- und Sozialwesen stärken hingegen vor allem die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen und leitenden Strukturen der Praxis. Der wichtigste Unterschied zu NÄPA/EVA und VERAH besteht darin, dass Fachwirtinnen und Fachwirte für die ambulante medizini-

sche Versorgung stärker auf Praxismanagement und Führungsverantwortung ausgerichtet sind, während NÄPA/EVA und VERAH primär die erweiterte patientennahe Versorgung und delegierbare medizinische Tätigkeiten fokussieren.

Studiengänge wie Primary Care Management verbinden medizinische und organisatorische Kompetenzen und übernehmen die Schnittstellenfunktion zwischen Versorgung und Management. PA erweitern das Team um akademisch qualifizierte Fachkräfte mit deutlich vertieften medizinischen Kompetenzen, die Ärztinnen und Ärzte insbesondere bei Diagnostik und Therapie unterstützt. Der Bachelor Praxis- und Versorgungsmanagement bringt zusätzliche Expertise in Prozesssteuerung, Qualitätsmanagement und strategischer Praxisentwicklung ein.

ABBILDUNG 5 Entwicklungs- und Karrierepfade für MFA



Insgesamt ergibt sich in der Praxis beim Einsatz von unterschiedlich qualifiziertem nichtärztlichem Praxispersonal eine interprofessionelle Zusammensetzung, die im besten Fall eine effizientere Aufgabenverteilung und verbesserte Versorgungsqualität garantiert sowie die Kontinuität in der Patientenbetreuung erhöht. Gleichzeitig ist die Hoffnung berechtigt, dass Ärztinnen und Ärzte mehr Zeit für komplexe medizinische Entscheidungen gewinnen, während die Praxis insgesamt strukturierter, wirtschaftlicher und zukunftsfähiger aufgestellt sein kann.

3.4.3 Entwicklungs- und Karrierepfade

Abbildung 5 zeigt eine grafische Übersicht der oben dargestellten Entwicklungsmöglichkeiten und der daraus resultierenden Karrierepfade für MFA. Auffallend ist, dass Pflegefachkräfte für die Bachelor-Studiengänge, die sich an MFA richten, zugelassen sind, während MFA keinen Zugang zu den Bachelor- und Master-Studiengängen haben, die sich an Pflegefachkräfte richten.

4 Stand der Forschung zu zentralen Herausforderungen

In diesem Kapitel wird der Stand der Forschung zu zentralen Herausforderungen bei der Berufsgruppe der MFA dargestellt. Zentrale Herausforderungen bestehen u. a. in den Feldern MFA-Beschäftigung (Fachkräftemangel) und Berufsbindung, Berufszufriedenheit von MFA, Digitalisierung, Mögliche Hindernisse in der Karriereentwicklung, Aktualität der Ausbildung sowie Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an MFA.

4.1 MFA-Arbeitsmarkt, Berufsbindung, Bindung der Auszubildenden und Teilzeitbeschäftigung

4.1.1 MFA-Arbeitsmarkt

Der Beruf der MFA gilt schon seit 2019 als Engpassberuf [41]. Engpassberuf bezeichnet einen Beruf, in dem es am Arbeitsmarkt nicht genügend qualifizierte Arbeitskräfte gibt, um die Nachfrage der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nach offenen Stellen zu decken [42]. Das heißt: Es stehen nicht ausreichend Fachkräfte zur Verfügung, weshalb freie Stellen nur schwer oder verzögert besetzt werden können.

Daneben drückt sich das Verhältnis von Angebot und Nachfrage in der Stellenüberhangsquote aus. Diese gibt die Quote offener Stellen wieder, für die keine passend qualifizierte arbeitslose Person zur Verfügung stand. Im Jahresdurchschnitt 2023 betrug die Stellenüberhangsquote 44,8 % [43], und bis zum Jahr 2028 wird eine Fachkräftelücke von 14.396 Personen für die Berufsgruppe der MFA vorhergesagt [44].

Bis zum Jahr 2028 wird eine **Fachkräftelücke von 14.396 MFA** vorhergesagt.

Faktoren, die diese Fachkräftelücke beeinflussen, sind nicht spezifisch nur für die Berufsgruppe der MFA in der Literatur ausgewiesen, dennoch sind sie auch für

diese Berufsgruppe zu benennen, um mögliche Lösungen ableiten zu können. Die Faktoren, die auch für die Berufsgruppe der MFA gelten (s. auch Kapitel 3 Bestandsaufnahme), sind:

■ **Demografischer Wandel:**

- Viele ältere Beschäftigte gehen in Ruhestand, während wenig(er) junge Menschen nachrücken.
- Es gibt mehr offene Stellen, weil zunehmend mehr medizinische Versorgung benötigt wird.

■ **Nachwuchsproblem:** Die Zahl der Personen, die eine Berufsausbildung – z. B. zur bzw. zum MFA – beginnen, reicht nicht aus, um den steigenden Bedarf zu decken. Außerdem gibt es zu wenige qualifizierte Bewerber. Eine Zi-Befragung von 2021 [45] zeigt auf, dass rund 52 % der Praxen, die Personal suchten, die Qualifikation der Bewerberinnen und Bewerber unzureichend fanden, und 46 % gar keine Bewerbungen auf ihre Stellenanzeigen erhielten. Zusätzlich berichtete gut ein Fünftel von unrealistischen Gehalts- oder Arbeitszeitvorstellungen.

■ **Fluktuation:** Die Daten der Zi-Befragung [45] zeigen weiterhin, dass in etwa 40 % der Praxen nicht-ärztliches Personal auf eigenen Wunsch die Praxis verließ, häufig aufgrund beruflicher (22 %) oder persönlicher Neuorientierung (19 %) oder eines Wechsels in eine andere Praxis (20 %). Deutlich seltener wurde direkt in ein Krankenhaus (11 %) oder in den Ruhestand (10 %) gewechselt.

Als Reaktion auf all diese Faktoren setzen Praxen laut den Studienergebnissen verstärkt auf Ausbildung: Rund 61 % der Praxen bilden selbst aus, bei Hausarztpraxen sogar 68 %, vor allem mit dem Ziel, Fachkräfte für den eigenen langfristigen Bedarf zu qualifizieren.

Allerdings bleiben 25 % der Auszubildenden trotz Übernahmeangebot nicht in der Ausbildungspraxis, sondern wechseln mehrheitlich in andere Praxen (37%), orientieren sich beruflich um (20 %) oder

Rund **61%** der Praxen bilden selbst MFA aus, bei Hausarztpraxen sogar **68%**.

arbeiten in einer Klinik (19 %). Entsprechend planen 38 % der betroffenen Praxen Änderungen ihrer Ausbildungstätigkeit – einige wollen ausbauen, andere reduzieren [45].

Zur Personalbindung versuchen Praxen, die Lücke mit unterschiedlichen Anreizen zu schließen. Fast drei Viertel (72 %) gewähren Sonderzahlungen oder Zuschläge, gut die Hälfte (54 %) orientiert sich freiwillig an Tarifverträgen, und knapp die Hälfte (49 %) bietet zusätzliche Sachleistungen wie Fahrtkostenerstattung oder Unterstützung bei der Kinderbetreuung an. Nur 7,1 % verzichten vollständig auf monetäre Anreize [45].

Zur Frage, welche Auswirkungen hierzu aktuell in den Praxen zu sehen sind, kann ebenfalls auf die Daten der o. g. Zi-Befragung zurückgegriffen werden [45]. Hier zeigt sich, dass sich der Fachkräftemangel bei MFA bereits konkret auf die ambulante Versorgung auswirkt.² Rund 15 % der Vertragsarztpraxen mussten 2019/2020 ihren Leistungsumfang zeitweise reduzieren, im Durchschnitt etwa 14,1 Wochen pro Praxis und Jahr, weil sie kein ausreichend qualifiziertes nichtärztliches Personal finden konnten. Knapp ein Drittel der Praxen berichtete zudem, in ihrer Delegationsfähigkeit an MFA eingeschränkt gewesen zu sein, was bedeutet, dass delegierbare Tätigkeiten teilweise von Ärztinnen und Ärzten selbst übernommen werden mussten, mit potenziellen Folgen für Behandlungsqualität, Arbeitsbelastung und Wartezeiten.

Daraus lassen sich laut Oettel et al. [45] mehrere zentrale Schlussfolgerungen ableiten: Erstens liegt durch den Mangel an MFA bereits jetzt ein strukturelles Versorgungsproblem vor. Zweitens ist die Bindung von MFA mindestens so wichtig wie die Gewinnung neuer Kräfte. Insgesamt brauchen Praxen angemessene finanzielle Rahmenbedingungen, insbesondere eine adäquate Abbildung der Personalkosten im Orientierungswert, um tarifnahe Löhne und attraktive Arbeits-

plätze bieten zu können. Außerdem sollte ein finanzieller Anreiz bestehen, MFA in den Praxen ausbilden zu können.

4.1.2 Berufsbindung und Gründe für Berufsausstieg bzw. Berufswechsel von MFA

Gründe für einen vorzeitigen Ausstieg von MFA aus dem Beruf oder für einen Berufswechsel stehen zum Großteil in Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit. Hierzu ist eine ausführliche Analyse mit wissenschaftlichen Belegen in Abschnitt 4.2 dargestellt.

Geringe Arbeitszufriedenheit kann zum Ausstieg aus dem Beruf oder zum Berufswechsel führen.

Die Entscheidung für einen Berufsausstieg oder einen Berufswechsel ist oft das Ergebnis mehrerer miteinander verflochtener Gründe, die institutionelle, strukturelle und persönliche Aspekte gleichermaßen betreffen. Zu den Gründen zählt eine dauerhaft hohe Arbeitsbelastung genauso wie Barrieren bei Fortbildungsmöglichkeiten und fehlende Karriereperspektiven, aber auch Teamstrukturen und andere praxis-spezifische Bedingungen. Die Arbeitsbelastung wird weitgehend durch hohe Patientenzahlen sowie steigende oder als ineffizient erlebte administrative Prozesse bestimmt. Bezüglich der Karriereperspektiven ist zu sagen, dass es kaum echte Aufstiegschancen gibt. Neue Qualifikationen erfordern eine Umorganisation der Praxis, um angewendet werden zu können, und Weiterbildungskosten verbleiben oft bei der bzw. dem MFA selbst. In der Praxis selbst können u. a. fehlende Anerkennung, willkürliche Urlaubsregelungen, die als ungerecht empfundene Bezahlung und vieles mehr, was sich aus dem Abhängigkeitsverhältnis ergibt, zu einem Wunsch nach Ausscheiden führen.

Hinzu kommen externe Faktoren wie die fehlende Anerkennung für den Beruf, restriktive gesetzliche Rahmenbedingungen oder ein Patientenverhalten, das zunehmend als rabiät und fordernd erlebt wird.

Nicht vergessen werden sollten zudem sich über die Lebenszeit ändernde individuelle Prioritäten wie fami-

² Bei dieser Erhebung [45] ist zu beachten, dass aus einer Stichprobe von 53.745 Praxen 5.242 Praxisinhaberinnen bzw. -inhaber teilnahmen. Von diesen waren 4.210 (80 %) Inhaberinnen bzw. Inhaber einer Einzelpraxis. Dies könnte dazu führen, dass hier überwiegend die Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten aus Einzelpraxen widerspiegelt sind.

lienfreundliche Arbeitszeiten, ein höheres Gehalt oder der Wunsch nach Sinnhaftigkeit und Entwicklung, die in puncto Arbeitszeit und Gehalt oft nicht erfüllbar sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die zentralen Gründe für einen Berufsausstieg oder einen Berufswechsel eine hohe Arbeitsbelastung, eingeschränkte Entwicklungsmöglichkeiten, fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte, ein schlechtes Teamklima, das Verhalten von Patientinnen und Patienten sowie strukturelle Schwächen des Systems und der Bezahlung sind. Interessanterweise zeigt eine Studie, dass die wahrgenommene Disbalance von Aufwand und Bestätigung eher zu Überlegungen führt, aus dem Beruf auszusteigen, als der reine arbeitsbezogene Stress [46]. Dieser Befund ist ein deutliches Zeichen dafür, dass Führungsverhalten und Teamklima nicht unterschätzt werden sollten. Anders ausgedrückt: Das reine Umverteilen von Arbeit, um z. B. Stress zu vermeiden, ist möglicherweise allein nicht wirksam, wenn das Arbeitsklima nicht als wertschätzend empfunden wird.

Nicht der reine Arbeitsstress, sondern vor allem das Ungleichgewicht zwischen Arbeitsaufwand und Anerkennung erhöht die Überlegung, aus dem Beruf auszusteigen.

4.1.3 Bindung von Auszubildenden und Gründe für einen vorzeitigen Ausbildungsabbruch

Eine Erhebung aus dem Jahr 2017 – bezogen auf den gesamten dualen Ausbildungsmarkt – beschreibt, dass der Ausstieg aus einer Ausbildung durch eine komplexe Interdependenz von individuellen, institutionellen und strukturellen Merkmalen bedingt wird [47]. Die Faktoren sind für MFA nur unzureichend empirisch ermittelt, im Folgenden sollen aber die wenigen bekannten Gründe aufgeführt werden.

Im Bereich der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) wird die hohe Abbrecherquote u. a. mit mangelnder Wertschätzung auch in Form von schlechter Bezahlung in Verbindung gebracht [48].

Regelmäßige Mehrarbeit ohne Freizeitausgleich könnte zudem Ausbildungsabbrüche begünstigen, wenn dadurch die besonders zu Beginn der Ausbildung benötigte Zeit zum Lernen eingeschränkt und die körperliche wie mentale Erholung beeinträchtigt wird [13].

Eine weitere Hypothese besagt, dass zunächst weniger geeignet erscheinende Kandidatinnen bzw. Kandidaten eingestellt werden, wenn die Anzahl an freien Ausbildungsplätzen hoch ist [49]. Ein Teil der vorzeitig gelösten Ausbildungsverträge im Bereich der MFA- und ZFA-Ausbildung könnte somit aus dem Scheitern solcher Ausbildungsversuche innerhalb der Probezeit resultieren. Es ist zu beachten, dass die Vertragslösungsquote bei MFA nur leicht über der Quote anderer dualer Ausbildungsberufe liegt (vgl. Abschnitt 3.1.3).

Zusammenfassend ergibt sich, dass neben einer möglicherweise falschen Berufswahl ein Bündel an miteinander verwobenen Gründen – ähnlich wie beim Berufswechsel – mit fehlender Anerkennung und zu geringer (finanzieller) Honorierung zusammenhängt; spezifisch ist zu nennen, dass bei angeordneten Überstunden die Zeit zum Lernen fehlt.

4.1.4 Teilzeitbeschäftigung von MFA und deren Ursachen

Die Ursachen dafür, dass viele MFA in Teilzeit arbeiten, sind divers und ebenfalls nicht separat für das Berufsbild der MFA zu beantworten. Etwa ist die Tatsache, dass MFA vor allem weiblich sind und Frauen tendenziell eher „Care-Arbeit“ (wie Pflege von Angehörigen oder Kindererziehung) leisten, in hohem Maße bedeutsam für diesen Beruf, aber nicht spezifisch.

Außerdem sind strukturelle Gegebenheiten in der Praxis zu berücksichtigen: Vollzeitstellen decken allein oft nicht die Sprechzeiten einer Praxis ab (z. B. 8.00 bis 20.00 Uhr). Die Abdeckung der Sprechzeiten wird so durch die Beschäftigung von (mehreren) Teilzeitkräften geleistet und entspricht durchaus auch dem Wunsch von (weiblichen) Beschäftigten [21]. Zusätzlich ist aus Studien bekannt, dass eine höhere Stundenzahl assoziiert ist mit einem höheren Stresslevel, das sich persönlich und auf Praxisebene auswirkt [50].

Ein weiterer Blick in die Daten zeigt gewisse Muster von Teilzeitarbeit in ambulanten Arztpraxen:

- Im Zi-Praxis-Panel 2023 [20] wurden Daten zum Beschäftigungsumfang von MFA in 2.325 Praxen erhoben (in 1.064 Hausarztpraxen, 947 Facharztpraxen und 306 psychotherapeutische Praxen).

42% der MFA arbeiten bis zu 25 Stunden pro Woche.

Praxisübergreifend arbeiteten durchschnittlich 8 % der MFA bis zu zehn Stunden pro Woche, 34 % zwischen über zehn und 25 Stunden, 28 % zwischen über 25 und 35 Stunden und 30 % mehr als 35 Stunden wöchentlich.

- Ein Vergleich zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen zeigt moderate Unterschiede im Beschäftigungsumfang der MFA. In Facharztpraxen ist der Anteil der MFA mit einer Wochenarbeitszeit von über 35 Stunden mit 32 % etwas höher als in Hausarztpraxen (29 %). In Hausarztpraxen stellt hingegen die Gruppe mit einem Stundenumfang von über 10 bis 25 Stunden den größten Anteil (36 % vs. 31 % in Facharztpraxen) (vgl. Abbildung 6) [20].
- Auch zwischen Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Einzelpraxen zeigen sich Unterschiede. In BAG sind 35 % der MFA mit mehr als 35 Stunden beschäftigt und nahezu ebenso viele (34 %) mit über 25 bis 35 Stunden. In Einzelpraxen hingegen arbeitet der größte Anteil (34 %) zwischen über zehn und 25 Stunden pro Woche, gefolgt von 31 % mit über 25 bis 35 Stunden. Einen Stundenumfang von über 35 Stunden erreichen hier 27 % der MFA. Es ist unklar, inwieweit die Anzahl der zu Behandelnden pro Praxis hierauf Einfluss hat (vgl. Abbildung 6) [20].

Ein mögliches Potenzial für die Ausweitung des Arbeitsvolumens ist auf Basis der Daten nicht ohne Weiteres erkennbar. Theoretisch könnten MFA in Teilzeit ihr Arbeitsvolumen ausweiten, allerdings ist davon auszugehen, dass persönliche Gründe sowie eine Verteilung der Arbeitszeit über Praxisöffnungszeiten einer realen Ausweitung entgegenstehen.

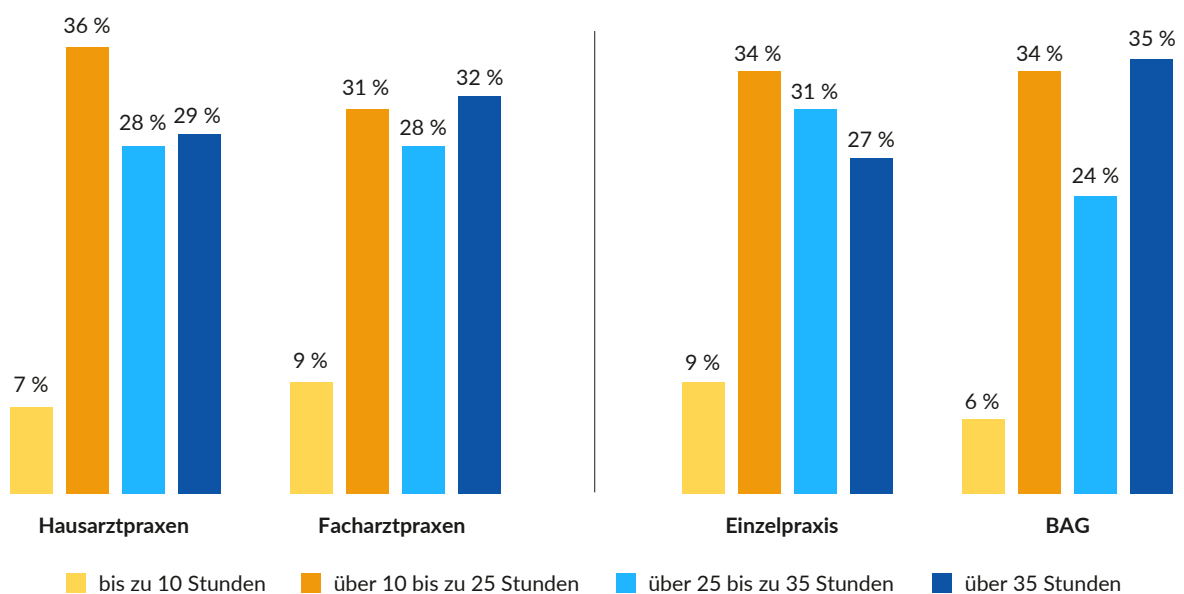
4.2 Arbeitszufriedenheit von MFA und deren Einflussfaktoren

Die Berufszufriedenheit von MFA wird durch ein Zusammenspiel arbeitsbezogener, organisationaler, sozialer und struktureller Merkmale geprägt (vgl. Abbildung 7). Vergütung, Arbeitszeit und Entwicklungsmöglichkeiten wirken sich gleichermaßen auf die Zufriedenheit und vermittelt über Unzufriedenheit auch auf die Berufsbindung aus.

Vergütung, Arbeitszeit und Entwicklungsmöglichkeiten wirken sich gleichermaßen auf die Arbeitszufriedenheit aus.

Geringe Entlohnung, fehlende Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie ein Mangel an Wertschätzung durch Arbeitgeber und Gesellschaft tragen maßgeblich zu Unzufriedenheit bei [46, 51, 52]. In Studien zeigen sich MFA mit einer VERAH- oder

ABBILDUNG 6 Beschäftigungsumfang der MFA nach Versorgungsbereich und Organisationsform



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Zi-Praxis-Panels, Jahresbericht 2023 (2024), Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2019 bis 2022. [20]

NäPA-Qualifizierung in fast allen Bereichen ihrer Tätigkeit zufriedener als MFA ohne Zusatzqualifikation. Dies betrifft u. a. die „Freiheit, eigene Arbeitsmethoden wählen zu können“, „die Anerkennung, die sie für ihre Arbeit bekommen“ und „die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten nutzen zu können“ [53].

Klar definierte Verantwortungsbereiche und die Möglichkeit, auf die Reihenfolge und Priorisierung Einfluss zu nehmen, führen zu höherer Arbeitszufriedenheit.

Erwähnenswert ist hier der Handlungsspielraum: MFA berichten von höherer Zufriedenheit, wenn sie Einfluss auf die Reihenfolge und Priorisierung ihrer Aufgaben nehmen können oder über klar definierte Verantwortungsbereiche verfügen [54]. Demgegenüber wirkt sich eine geringe Arbeitskontrolle,

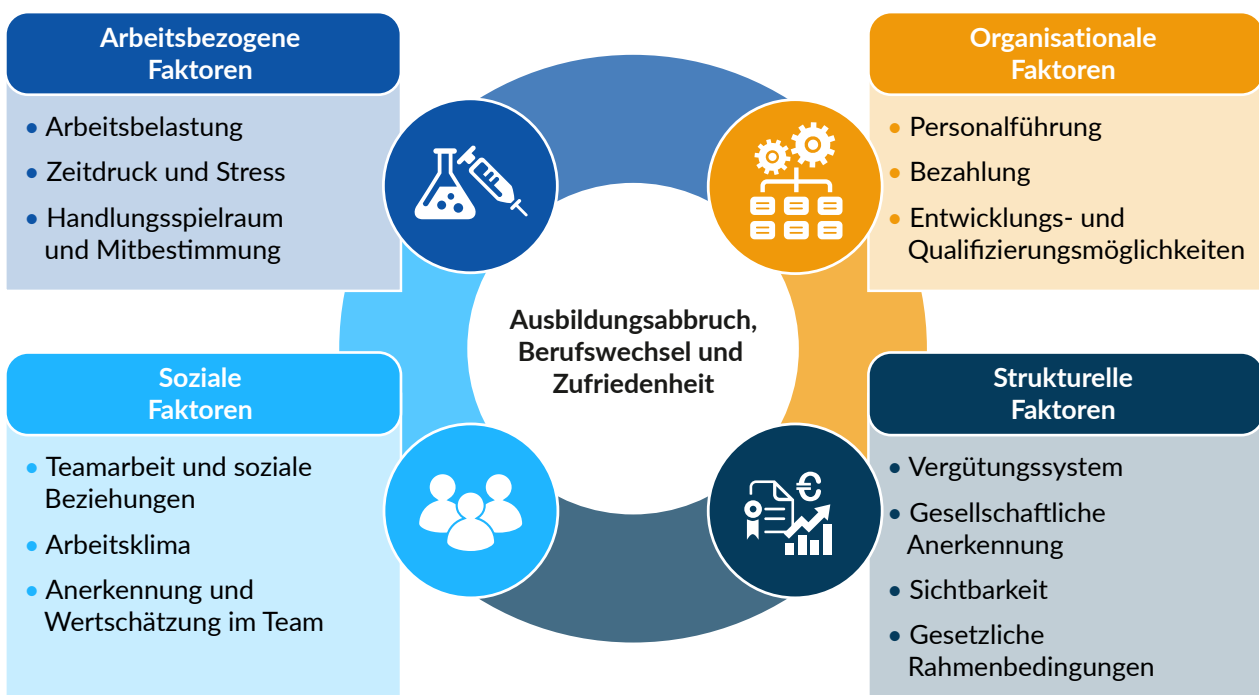
etwa durch starke Abhängigkeit von ärztlichen Entscheidungen oder starre Abläufe, negativ auf die Berufszufriedenheit aus [51, 52]. In Studien zeigt sich auch, dass der direkte Kontakt mit Patientinnen und Patienten sowie die Abwechslung der Tätigkeiten positiv zur Berufszufriedenheit beitragen [51, 52].

Besonders das Einkommen wird in nahezu allen Studien als einer der am schlechtesten bewerteten Aspekte der Arbeit genannt [51, 52]. MFA berichten häufig von hohem Arbeitseinsatz bei gleichzeitig geringer finanzieller und sozialer Anerkennung, was mit geringerer Arbeitszufriedenheit und einer erhöhten Absicht, den Beruf zu verlassen, einhergeht [46, 51].

Auch hohe Wochenarbeitszeiten stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit erhöhtem chronischem Stress, insbesondere bei jüngeren und weniger erfahrenen MFA [50]. Flexible Arbeitszeitmodelle und verlässliche Dienstpläne können daher als potenziell zufriedenheitsfördernde Merkmale betrachtet werden.

Neben der Wochenarbeitszeit sind Arbeitsintensität, Zeitdruck sowie die Notwendigkeit, mehrere Aufgaben parallel zu bearbeiten, zentrale arbeitsbezogene Merkmale, die zu Belastungen führen. Insbesondere Tätigkeiten am Empfang sind durch häufige Unterbrechungen, unvorhersehbare Ereignisse und eine hohe Verantwortung gekennzeichnet, was von MFA als stark belastend erlebt wird [52, 54]. Diese Merkmale stehen

ABBILDUNG 7 Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit und Berufsbindung von MFA beeinflussen



in engem Zusammenhang mit einem erhöhten Stresserleben und einer verminderten Berufszufriedenheit [50].

Von zentraler Bedeutung sind zudem team- und führungsabhängige Merkmale des Arbeitsumfeldes. Gute Teamarbeit, gegenseitige Unterstützung und ein wertschätzender Umgang im Praxisteam stellen wichtige Ressourcen dar, die Belastungen abfedern und die Zufriedenheit erhöhen [51, 54]. Konflikte mit Vorgesetzten, fehlender Rückhalt im Team oder mangelnde Kommunikation wirken hingegen deutlich zufriedenheitsmindernd [52]. Hierbei spielt Führung die Schlüsselrolle. Wertschätzende, klare und unterstützende Führung kann die Jobzufriedenheit erhöhen und die Wahrscheinlichkeit von Burn-outs reduzieren [55]. Praxisinhaberinnen und -inhaber haben damit durch Führungsstil, Arbeitsorganisation und Anerkennung erheblichen Einfluss auf die Zufriedenheit und den Verbleib von MFA [53, 55].

Auch als ungerecht empfundene Rahmenbedingungen – etwa hinsichtlich Urlaubsregelungen oder Vergütung, insbesondere bei fehlender tariflicher Eingruppierung – können die Zufriedenheit deutlich mindern und das Burn-out-Risiko erhöhen. Zusätzlich tragen Erfahrungen von Ausgrenzung oder respektlosem Verhalten – auch seitens der Patientinnen und Patienten – zu einer Beeinträchtigung des Arbeitsklimas bei und reduzieren langfristig die Arbeitszufriedenheit. Umgekehrt unterstreichen die Daten die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Führung als Schutzfaktor gegen wahrgenommenen chronischen

Stress bei Hausarztpersonal. Dies sollte bei zukünftigen Führungsinterventionen in diesem Bereich berücksichtigt werden [56].

Gute Führung schützt hausärztliche Praxisteams vor chronischem Stress.

Zur Frage, inwieweit Faktoren auf Praxisebene (z. B. Praxisgröße, Ausstattung, Organisationsform oder Teambzusammensetzung) die Zufriedenheit von MFA beeinflussen, konnten keine konkreten Studienergebnisse gefunden werden. Hinweise finden sich bei Gavartina et al. [57], die beschreiben, dass in Gemeinschaftspraxen tendenziell weniger von Stress berichtet wird als in Einzelpraxen. Stress wiederum ist ein Einflussfaktor auf die Berufszufriedenheit.

Zusammenfassend zeigen die Studien, dass die Berufszufriedenheit von MFA vor allem durch Vergütung, Arbeitsorganisation, soziale Beziehungen und eine Anerkennungskultur in Praxis und Gesellschaft bestimmt wird. Eine nachhaltige Steigerung der Berufszufriedenheit erfordert daher vor allem Veränderungen auf der Verhältnisebene und der Verhaltensebene von Führungspersonal.

4.2.1 Wichtige Faktoren für die Berufsbindung

Zu den wichtigen Faktoren, die heute schon eine Rolle bei der Berufsbindung spielen könnten, zählen im Einzelnen:

■ Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Teilzeitmodelle scheinen das Wohlbefinden zu fördern und könnten gezielt zur Mitarbeiterbindung genutzt werden [55, 58], vor allem wenn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein Thema der MFA ist.

■ Verbesserung der Praxisorganisation

Wichtig ist eine Verbesserung der Praxisorganisation, etwa durch klare Zuständigkeiten, eine bessere technische Ausstattung und strukturierte Abläufe zur Reduktion von Unterbrechungen [54].

■ Stärkung von Teamarbeit und Kommunikation

Zudem wird die Stärkung von Teamarbeit und Kommunikation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und MFA als zentraler Ansatzpunkt genannt

Klare Zuständigkeiten im Praxis-Team stärken die langfristige Bindung von MFA.

[51, 52], um die langfristige Bindung von MFA zu sichern. Maßnahmen könnten hier regelmäßige Teambesprechungen, (halb)jährliche Mitarbeitergespräche, kurze „Morgen-Briefings“ zur Aufgaben- und Rollenklärung sein. Transparente Definitionen von Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten, z. B. in Standard Operating Procedures (SOPs), können eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung unterstützen. Gegebenenfalls kann eine Schulung für Praxisinhaberinnen und -inhaber zu Gesprächsführung und Konfliktmanagement hilfreich sein oder auch die gemeinsame Entwicklung eines

Praxisleitbildes oder Teamkodex. Nicht zuletzt sind eine ausreichende Personalplanung, verlässliche Arbeitszeitregelungen und die Beteiligung des gesamten Teams an Praxisentwicklungsprozessen zu nennen.

■ **Finanzielle und gesellschaftliche Anerkennung**

Auf struktureller Ebene besteht ein deutlicher Handlungsbedarf hinsichtlich der finanziellen und gesellschaftlichen Anerkennung. Als mögliche Maßnahme ist hier zunächst eine Angleichung der Gehälter, z. B. an die Inflation oder an steigende Verantwortlichkeiten, zu nennen. Auch eine Berücksichtigung von MFA-Leistungen in EBM-/Vergütungssystemen könnte die finanzielle und soziale Anerkennung fördern. Die gesellschaftliche Anerkennung kann auch durch eine Sichtbarmachung des Berufsbildes der MFA (in politischen Gremien oder Positionspapieren gesundheitspolitischer Akteure) gesteigert werden.

4.2.2 Interventionsmaßnahmen auf Praxisebene zur Reduktion von Belastungen und Steigerung der Zufriedenheit

Die Studie *IMPROVEjob*³ hatte z. B. das Ziel, am Modell einer Hausarztpraxis einen neuartigen und partizipativen Ansatz zur Verhältnis- und Verhaltensprävention psychischer Belastungen am Arbeitsplatz zu entwickeln. Es kam eine partizipative, interdisziplinäre und multimodale Führungsintervention zum Einsatz, die Führung, Arbeitsabläufe und Kommunikation in Hausarztpraxen mithilfe von drei Elementen adressierte: (1) zwei Führungsworkshops mit Kompetenztraining, (2) ein Toolkit mit Print- und Online-Materialien und (3) eine neunmonatige Implementierungsphase mit Unterstützung durch Moderation [59]. Die Prozessevaluation zeigte, dass die Workshops im Rahmen der *IMPROVEjob*-Intervention sehr positiv bewertet wurden. Die multimodale Intervention führte jedoch nach neun Monaten nicht zu einer Verbesserung der Arbeitszufriedenheit. Einschränkend ist zu erwähnen,

dass die Implementierungsprozesse durch die unvorhersehbare COVID-19-Pandemie beeinträchtigt wurden [59].

Um die Kommunikation und Zusammenarbeit von Ärztinnen bzw. Ärzten und MFA zu verbessern, haben Loerbroks et al. [60] einen Gesprächsleitfaden für MFA zur systematischen Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation für Mitarbeitergespräche entwickelt. Mitarbeitergespräche gelten als zentrales Instrument der Personalführung zur Förderung von Kommunikation und Zusammenarbeit. Leider konnte keine Studie zur Implementierung oder Wirksamkeit des Leitfadens gefunden werden.

Viele Angebote für Ärztinnen und Ärzte widmen sich der Mitarbeiterführung, Teamführung oder dem Praxismanagement für Vertragsärztinnen und -ärzte; MFA sind dabei implizit adressiert oder explizit angesprochen. Hier einige Beispiele:

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

- Der Virchowbund⁴ bietet z. B. ein Modul „Mitarbeiterführung“ für Praxisärztinnen und -ärzte an, in dem Themen wie Führungsstil, Kommunikation mit dem Praxisteam, Motivation und Konfliktbewältigung behandelt werden. MFA werden dort als wichtigste Berufsgruppe im Praxisalltag beschrieben, und es werden praktische Hinweise für Führung, Delegation und Aufgabenverteilung gegeben.
- Auch der Marburger Bund⁵ hat eine Weiterbildung „Führungs- und Managementtraining für Ärztinnen“ im Angebot. Sie beinhaltet u. a. Themen wie Personalführung, Selbstführung und strategische Führung, und es wird zudem das systematische Denken und Handeln in Führungsverantwortung behandelt.

Ferner existiert ein Curriculum der Bundesärztekammer zu „Ärztlicher Führung“⁶.

3 <https://www.improvejob.de/de>

4 <https://www.virchowbund.de/personal/teamfuehrung/mitarbeiterfuehrung> (Abruf am 23.04.2026)

5 <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/seminar/fuehrungs-und-managementtraining-fuer-aerztinnen-modul-1-3> (Abruf am 23.04.2026)

6 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_AErztliche_Fuehrung.pdf (Abruf am 23.04.2026)

Fortbildungen für MFA mit Schnittstelle zur ärztlichen Führung

- Akademien der Ärztekammern (z. B. Akademie Nordrhein⁷, Akademie WestfalenLippe⁸) bieten Programme für „leitende MFA“ bzw. zu „Führungskompetenzen für MFA“ an, die Inhalte zu Führungsrolle, Kommunikation, Konfliktmanagement und Mitarbeitermotivation umfassen. Ziel dieser Kurse ist es, MFA in Führungs und Organisationsaufgaben der Praxis einzubinden, was wiederum die Delegation durch Ärztinnen und Ärzte strukturiert und die Arbeitsorganisation im gesamten Team beeinflusst.

Auch wenn diese Fortbildungen formal die MFA adressieren, setzen sie immer eine entsprechende Delegation, Rollenklärung und Unterstützung durch die ärztliche Leitung voraus und haben daher unmittelbare Relevanz für das ganze Team.

4.3 Digitale Lösungen und ihr Beitrag zur Arbeitssituation von MFA

Zur Nutzung und zum Entlastungspotenzial von digitalen Lösungen liegen wenige Ergebnisse vor. Eine Analyse des Zi aus dem Jahr 2025 mit 2.744 Praxen [61] zeigt, dass sich die Maßnahmen in den Praxen hinsichtlich der Digitalisierung im Wesentlichen auf die Videosprechstunde und die Nutzung von Software, Plattformen oder Online-Formularen für das Terminmanagement (43 % bzw. 42 %, vgl. Abbildung 8) konzentrieren. Im Bereich der Dokumentation (z. B. digitale/KI-Unterstützung bei der Befundberichterstattung oder dem Schreiben von Arztbriefen) kommen in 32 % der Praxen Digitalisierungsmaßnahmen zum Einsatz. Im Rahmen der persönlichen Behandlung, bei Hausbesuchen und beim Patientenempfang werden hingegen kaum digitale Maßnahmen genutzt (10 % bis 13 %) (vgl. Abbildung 8).

Etwa die Hälfte der Praxisinhaberinnen und -inhaber, die bereits Videosprechstunde, Terminmanagement

oder Dokumentation nutzen, empfinden diese Digitalisierungsmaßnahmen als stark entlastend für sich selbst bzw. für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Bereichen wie Behandlung und Patientenempfang, in denen Digitalisierungsmaßnahmen generell seltener eingesetzt werden, wird das Entlastungspotenzial der Maßnahmen hingegen als gering eingeschätzt [61].

Individuelle Rückmeldungen aus dem Zi-Praxis-Panel zum Thema Digitalisierung waren häufig mit negativen Erfahrungen verbunden und bezogen sich vor allem auf den hohen Zeit- und Kostenaufwand für die Telematikinfrastruktur. Während rund zwei Drittel der Praxen ihre IT-Administration ausgelagert hatten, galt dies im Hinblick auf die Abrechnung nur für etwa ein Viertel – obwohl auch hier eine hohe Entlastung berichtet wird [61].

Eine Befragung des PKV Instituts aus dem Jahr 2022, an der 170 MFA und ZFA teilnahmen, zeigt, dass 81 % der Teilnehmenden die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) in ihrer Praxis nutzen, 59 % nutzen KIM (Kommunikation im Medizinwesen). Die Anwendung von Online-Terminbuchungssystemen gaben 32 % der Teilnehmenden an. Gut ein Viertel gab zum damaligen Zeitpunkt an, die elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen [62].

Seltener wurde die Nutzung von Telefonassistenzsystemen (17 %), E-Rezepten (16 %), Videosprechstunden (14 %) und digitalen Gesundheitsanwendungen (13 %) sowie der Anamnese auf einem digitalen Endgerät (Tablet) (13 %) angegeben. In dieser Erhebung gaben 86 % der ZFA und MFA an, dass die Praxisteams durch die Nutzung der eAU nicht entlastet wären und genauso gestresst seien wie vor der Einführung [62].

Unstrittig ist sicher, dass es für jede Praxis von Vorteil ist, eine Person im Team zu haben, die sich in den Bereichen Telematikinfrastruktur (TI) und Informationstechnologie (IT) auskennt, bei diesbezüglichen Problemen unterstützt und Anstöße für eine effizientere digitale Gestaltung der Praxisabläufe gibt [63]. Dies ist zudem ein Tätigkeitsgebiet, welches gut delegiert werden kann, wenn es eine entsprechend qualifizierte Person in der Praxis gibt.

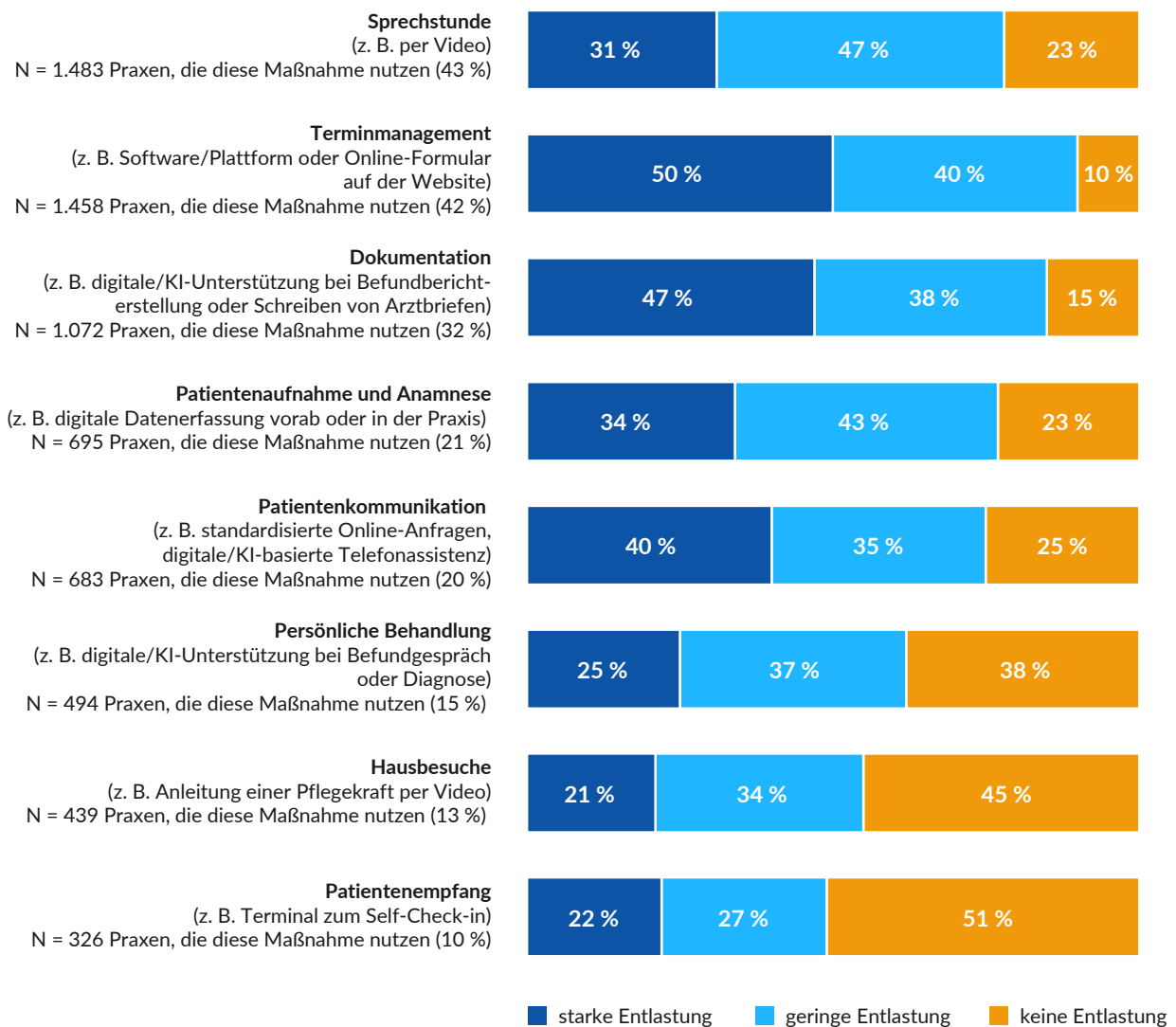
7 <https://www.akademie-nordrhein.de/mfa-weiterbildung> (Abruf am 23.04.2026)

8 <https://www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog/kategorien/kategorie/fortbildungen-fuer-medizinische-fachangestellte/leitende-medizinische-fachangestellte-485> (Abruf am 23.04.2026)

Um die Umsetzung von digitalen Maßnahmen in den Praxen zu unterstützen, bietet die KVWL (aber auch andere Landesärztekammern [LÄK] wie Baden-Württemberg) für MFA eine Fortbildung zur Digi-Managerin bzw. zum Digi-Manager an [64]. Behandelt werden dort Themen wie Einführung in die TI und Digitalisierung, Anwendungen der TI in den Praxen und IT-Sicherheit.

Außerdem ist ein Besuch der digitalen Musterpraxis „dipraxis“⁹ vorgesehen. Hier können digitale Anwendungen getestet werden – etwa verschiedene Praxisverwaltungsprogramme, Online-Terminbuchungssysteme, digitale Anamnesetools, Videosprechstunde, KI-Telefonassistent, KI-Assistenten für medizinische Dokumentationen, TI-Messenger, Online-Rezeption, Sprach-

ABBILDUNG 8 **Digitalisierung – In welchen Bereichen wird digitale Unterstützung genutzt und wie gut hilft dies bei der Entlastung von Inhaberinnen und Inhabern und Personal?**



Hinweis: Basierend auf den Beurteilungen von Praxisinhaberinnen und -inhabern, die im jeweiligen Bereich zwischen Mitte Februar und Ende Juli 2025 digitale Unterstützung genutzt haben (Datenstand zum 25. Juli 2025), ohne „keine Angabe“. In Klammern angegeben sind die Anteile der im jeweiligen Bereich digitale Unterstützung nutzenden Praxisinhaberinnen und -inhaber an den nutzenden und nicht nutzenden. Die Antwortkategorien sehr und eher starke Entlastung wurden zu „starke Entlastung“, die Antwortkategorien sehr und eher geringe Entlastung wurden zu „geringe Entlastung“ zusammengefasst.

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Zi-Praxis-Panels (2025), Aktuelle Ergebnisse aus der Erhebung (2024), Beurteilung zur Zufriedenheit und aktuellen Lage im ersten Halbjahr 2025. [61]

| BertelsmannStiftung

9 <https://www.kvwl.de/dipraxis> (Abruf am 23.04.2026)

erkennungsoftware, digitale Zeiterfassungstools, ein Hautanalyse-Tool und ein Self-Check-in-Terminal.

Die Digitalisierung in Arztpraxen beschränkt sich bislang auf wenige Einsatzbereiche.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass sich die Nutzung digitaler Maßnahmen in Arztpraxen vor allem auf wenige Bereiche konzentriert: Videosprechstunden, Terminma-

agement sowie digital unterstützte Dokumentation. In anderen Bereichen wie Behandlung, Hausbesuche oder Patientenempfang kommen digitale Anwendungen dagegen bislang kaum zum Einsatz.

Hinsichtlich der Entlastung ergibt sich ein differenziertes Bild: Etwa die Hälfte der Praxen, die etablierte digitale Anwendungen nutzen, berichtet von einer Entlastung für das Praxisteam. In weniger digitalisierten Bereichen wird das Entlastungspotenzial hingegen als gering eingeschätzt. Gleichzeitig zeigt sich, dass z. B. die eAU von der Mehrheit des Praxispersonals nicht als entlastend wahrgenommen wird.

Insgesamt deutet dies darauf hin, dass digitale Maßnahmen vor allem dort zur Entlastung beitragen, wo sie bereits etabliert und in die Praxisabläufe integriert sind, während ihr Nutzen in anderen Bereichen bislang begrenzt erscheint oder nicht wahrnehmbar ist. In den Fällen, in denen die Nutzung von IT mit Aufwand verbunden ist (z. B. Telematikinfrastruktur), steht einer potenziellen Entlastung der Mehraufwand bei Installation und Betrieb entgegen. Bezüglich einer tatsächlich wahrnehmbaren Entlastung ist zu sagen, dass nur Entlastung empfunden werden kann, wenn entsprechende Tools auch tatsächlich genutzt werden.

4.4 (Strukturelle) Hindernisse in der Karriereentwicklung von MFA

MFA stoßen bei der Karriereentwicklung auf strukturelle Hindernisse.

MFA stoßen sowohl bei vertikaler Karriereentwicklung (Aufstieg in höhere Verantwortung, Leitungs- oder akademische Positionen) als auch

bei horizontaler Karriereentwicklung (Wechsel oder Erweiterung der Einsatzfelder auf gleicher Qualifikationsebene) auf mehrere strukturelle Hindernisse.

4.4.1 Vertikale Karriereentwicklung

Geringe Durchlässigkeit zur Hochschulbildung

Der Übergang für MFA von der beruflichen Ausbildung ins Studium ist formal möglich, wird jedoch nur von einem sehr kleinen Anteil genutzt [65]. Die meisten MFA haben keine klassische Hochschulzugangsberechtigung und müssen über berufliche Qualifikationen eine fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung erwerben, was den Zugang zu Studienplätzen hemmt. Die traditionelle, starke Trennung von beruflicher und akademischer Bildung sowie die begrenzte Anerkennungspraxis von Vorerfahrungen erschweren systematische Aufstiege [65].

Fehlende bundeseinheitliche Aufstiegsstrukturen

Weiterbildungen im Gesundheitsbereich sind wenig transparent und nicht einheitlich anerkannt („Wildwuchs“), was die Durchlässigkeit hemmt [66]. Häufig bleiben Aufstiegsfortbildungen regional und anbieterabhängig; ein klarer, bundesweiter Karrierepfad für MFA fehlt [33, 67].

Strukturelle Begrenzung von Leitungspositionen

Vertikale Karriereentwicklung beschränkt sich meist auf Funktionsrollen wie Praxismanagerin bzw. Praxismanager sowie spezialisierte Abrechnungs-, Qualitätsmanagement- oder Datenschutzfunktionen; höhere Leitungsstellen werden häufig akademisch qualifizierten Berufsgruppen übertragen, wodurch MFA trotz Erfahrung seltener in höhere Führungsebenen aufsteigen [68].

Arbeitsbedingungen als Barriere

Hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel und fehlende Freistellungen, insbesondere in kleinen Praxen, erschweren Weiterbildungen und damit vertikale Karriereschritte [65, 66]. In einer Studie zur Weiterbildungskultur in Klein- und mittleren Unternehmen wurden drei große Hemmnisse identifiziert: keine Zeit für Freistellungen (62 %), keine internen Kapazitäten für die Planung/Organisation (56 %) und geringes Weiterbildungsinteresse der Beschäftigten (53 %) [69].

4.4.2 Horizontale Karriereentwicklung

Intransparenz des Weiterbildungssystems

Für Gesundheitsberufe werden eine hohe Intransparenz und eine fehlende bundesweite Vereinheitlichung der Fortbildungsstrukturen beschrieben; dies

erschwert planbare horizontale Wechsel in neue Funktionsbereiche [66]. Durch unterschiedliche Zertifikate und fehlende nationale Kompetenzrahmen ist es für MFA schwer einschätzbar, welche Zusatzqualifikation tatsächlich zu neuen, stabilen Tätigkeitsfeldern führt [66].

Begrenzte strukturelle Erweiterung von Tätigkeitsfeldern

In vielen Arztpraxen bleibt die Tätigkeit der MFA strukturell auf ein relativ enge Spektrum an Aufgaben beschränkt (Anmeldung, Assistenz, einfache Diagnostik, Abrechnung); eigenständigere Rollen (z. B. Versorgungskoordination, Präventionsberatung, Case Management) sind noch wenig standardisiert verankert [70].

Neue Funktionsrollen entstehen meist einrichtungsabhängig und sind nicht flächendeckend institutionalisiert, sondern hängen von der jeweiligen Einrichtung und deren Finanzierung ab, wodurch horizontale Entwicklung eher individuell als strukturell abgesichert ist [67, 70, 71].

Konkurrenz durch Akademisierung

Analysen zur „Akademisierung der Berufswelt“ zeigen, dass in wissensintensiven Dienstleistungsbereichen, insbesondere Gesundheit und Pflege, zunehmend akademische Qualifikationen als Mittel der Aufwertung genutzt werden; dies schafft Konkurrenz um höher qualifizierte Tätigkeiten [65].

Werden neue Aufgabenfelder primär akademisch besetzt, verringert sich der strukturelle Spielraum für horizontale Rollenerweiterungen von MFA, obwohl diese aufgrund ihrer Berufserfahrung fachlich anschlussfähig wären [15].

4.5 Zeitgemäßheit der Ausbildung zur MFA im Hinblick auf medizinische, administrative, kommunikative und digitale Anforderungen im beruflichen Alltag

Die Ausbildungsordnung (AO) für MFA in Deutschland dient als rechtlicher und inhaltlicher Rahmen dafür, wie die Ausbildung organisiert ist, welche Inhalte vermit-

telt werden und wie Prüfungen erfolgen. Die aktuell gültige AO stammt aus dem Jahr 2006 und ist seitdem die Grundlage für die duale Ausbildung (Betrieb und Berufsschule) [72]. Mit dieser AO wurde die frühere Ausbildung zur Arzthelferin bzw. zum Arzthelfer grundlegend modernisiert. Ziel war es, den Beruf fachlich aufzuwerten und an veränderte Anforderungen in Arztpraxen anzupassen.

Die Reform im Jahr 2006 war ein großer Modernisierungsschritt: Neben einer neuen Bezeichnung ihres Berufes erwartete die MFA ein erweitertes Berufsbild. In der Ausbildung wird seither vermehrt auf Kompetenz und Kommunikation gesetzt, was die Rolle von MFA als erste Ansprechperson widerspiegelt. Es wird mehr Wert auf die Verzahnung der medizinischen, organisatorischen, kommunikativen und rechtlichen Kompetenzen gelegt. Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz sind erstmals ein verbindlicher Bestandteil der Ausbildung. Insgesamt führte die Reform des Jahres 2006 zu einer Aufwertung des Berufes MFA sowie zu einer stärkeren Patienten- und Prozessorientierung und befähigt die MFA zur Anpassung an immer komplexere Praxisabläufe.

An der MFA-Ausbildung positiv hervorzuheben sind ihre bundeseinheitlichen Standards, ihre Dualität (Praxis- und schulische Anteile sind integriert) sowie das sehr breite Kompetenzspektrum aus medizinischen, organisatorischen, kommunikativen und rechtlichen Kompetenzen.

Aus heutiger Sicht gilt die MFA-Ausbildung jedoch als überholt, weil Themen wie Digitalisierung und Telemedizin damals noch kaum eine Rolle spielten. Daneben sehen Praxen auch ein Defizit in digitalen Abrechnungs- und kommunikativen Kompetenzen [49]. Auch Themen wie Klimawandel, Datenschutz und E-Health sowie die Anforderungen an die Patientenkommunikation haben sich weiterentwickelt bzw. sind in der vorliegenden AO noch nicht adressiert. Gerade im Bereich der Digitalisierung sind Themen wie Entwicklungen bei den Praxisverwaltungssystemen, Online-Beratungen oder die elektronische Patientenakte nicht verankert.

Die MFA-Ausbildung deckt viele grundlegende medizinische Kompetenzen ab, etwa Assistenz bei Diagnostik, Laborarbeiten oder Hygiene. Gleichzeitig hat sich das Berufsbild der MFA in den letzten Jahren deutlich erweitert und Studien aus der Versorgungsforschung

zeigen (vgl. Abschnitt 4.6), dass MFA zunehmend Aufgaben in der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, in der Prävention und im Versorgungsmanagement übernehmen. Diese erweiterten Aufgabenfelder sind im ursprünglichen Ausbildungsrahmen nur teilweise vorgesehen, weshalb viele Kompetenzen erst über Fortbildungen (z. B. VERAH, NäPA/EVA) erworben werden (vgl. Abschnitte 3.4).

Nicht zuletzt werden soziale, emotionale und digitale Kompetenzen zwar zunehmend als pädagogisch wichtig betrachtet, aber sie sind nicht in der aktuellen AO als eigene Qualifikationsziele verankert. Studien zeigen z. B. Bedarf an einer systematischen Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen [73].

Aufgrund dieser Mängel innerhalb der MFA-Ausbildung wird aktuell vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) eine Voruntersuchung der beruflichen Aus- und Fortbildung für MFA durchgeführt. Der Bericht wird im Laufe des Jahres 2026 erwartet [74].

4.6 Forschungsstand zur Delegation

4.6.1 Delegation von Tätigkeiten an MFA

Bereits frühere Untersuchungen des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt/Main [18, 19] zeigen, dass an MFA und qualifizierte Praxisassistenten (z. B. VERAH) zunehmend Routineuntersuchungen sowie teilweise Hausbesuche übertragen werden. Auch Dini et al. [75] beschrieben bereits 2012 eine Einbindung von qualifizierten MFA in unterstützende medizinische und organisatorische Tätigkeiten. Insbesondere technisch-diagnostische Aufgaben wie Blutdruckmessungen, Blutentnahmen oder EKGs werden häufig an MFA delegiert [76–78]. Darüber hinaus führen MFA auch Impfungen, einfache medizinische Prozeduren oder Wundmanagement durch [77, 79].

Mehrere Studien zeigen, dass MFA zunehmend Aufgaben in der strukturierten Versorgung chronisch Kranker übernehmen, etwa DMP-Kontrollen, Medikationsüberprüfungen oder Patientenschulungen [78, 80, 81]. Auch präventive und beratende Tätigkeiten werden zunehmend an nichtärztliches Personal übertragen, etwa Lebensstilberatung oder Schulungen für chronisch Kranke (s. Tabelle 19) [78, 80, 82].

Organisatorische und koordinierende Tätigkeiten, beispielsweise Terminmanagement, Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen oder Versorgungskoordination, werden ebenfalls häufig an Praxispersonal delegiert [77, 85, 86, 91]. Teilweise werden auch Aufgaben wie Erstanamnese oder Telefontriage übernommen, um die Praxisorganisation zu unterstützen [89].

Erweiterte Aufgaben übernehmen besonders qualifizierte Praxisassistenten wie VERAH oder NäPA/EVA, an die u. a. Hausbesuche, strukturierte Assessments oder Fallmanagement delegiert werden [77, 79, 82, 83]. Gerade Hausbesuche stellen einen wichtigen delegierten Aufgabenbereich dar und werden sowohl an qualifizierte Praxisassistenten (VERAH und NäPA), aber auch an MFA ohne Zusatzqualifikationen delegiert [77, 79, 82, 88].

Neuere Studien zeigen, dass zunehmend geriatrische Assessments und die Koordination von Unterstützungsangeboten für ältere Patientinnen und Patienten an MFA delegiert werden [90, 91]. Auch die Anleitung und Betreuung der MFA-Auszubildenden wird in die Hände der MFA gelegt. Rund 93 % der Teilnehmenden einer Befragung durch die LÄK Hessen mit 1.012 Ärztinnen und Ärzten [92] delegieren die Anleitung und Betreuung der Auszubildenden an die leitenden MFA (36 % delegieren immer, 57 % delegieren überwiegend an die leitenden MFA). Aber auch MFA ohne Leitungsfunktion übernehmen diesen Tätigkeitsbereich: Rund 83 % der befragten Ärztinnen und Ärzte delegieren an MFA (26 % immer, 57 % überwiegend).

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Bereitschaft zur Delegation unterschiedlichster Aufgaben bei den Hausärztinnen und -ärzten über die letzten 15 Jahre

gewachsen ist. Deutlich häufiger werden erweiterte Aufgabenbereiche delegiert sowie eine zunehmende Arbeitsteilung innerhalb hausärztlicher Praxen umgesetzt. Insbesondere standardisierte medizinische, organisatorische und koordinierende Aufgaben werden an qualifizierte nichtärztliche Berufsgruppen delegiert. MFA und qualifizierte Praxisassistenten (VERAH und NäPA/EVA) könnten künftig noch stärker in die hausärztliche Versorgung eingebunden werden, etwa für strukturierte Anamnesen, Diagnostik und Verlaufskontrollen [87]. Dies bestätigt auch eine Studie von

Hausärztinnen und Hausärzte delegieren heute deutlich häufiger als noch vor 15 Jahren.

Hildebrandt et al. [93], die anhand von zwei Beispielen (einem MVZ und einer hausärztlichen „Innovationspraxis“) die Möglichkeiten der Delegation untersuchten. Die Ergebnisse legen nahe, dass Delegation einen wesentlichen Beitrag zu einer flächendeckenden, effizienten und qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung leisten kann.

4.6.2 Auswirkungen der Delegation auf die Versorgungsqualität und die Patientenversorgung

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Praxispersonal positive Effekte auf die Versorgungsqualität und die Organisation der Patientenversorgung haben kann. Durch die Übertragung standardisierter diagnostischer und organisatorischer Tätigkeiten an MFA können hausärztliche Praxen ihre Abläufe effizienter gestalten und Ressourcen gezielter einsetzen [76, 84]. Dies ermöglicht es den Hausärztinnen und -ärzten, mehr Zeit für komplexe medizinische Fragestellungen sowie für beratungsintensive Patientengespräche aufzuwenden [86]. Besonders in der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten kann eine strukturierte Aufgabenverteilung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und MFA die Versorgungskontinuität verbessern [18, 78].

Delegation verbessert die Versorgungsqualität – wenn Aufgaben klar definiert sind, qualifiziertes Personal vorhanden ist und die Teamarbeit strukturiert funktioniert.

Auch koordinierende Tätigkeiten, beispielsweise bei der Terminorganisation, der Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen oder der Nachverfolgung von Behandlungsschritten, stärken die Kontinuität und Abstimmung zwischen verschiedenen Versorgungsakteuren (weniger Schnittstellenproblematik) [85, 94]. Insbesondere im Bereich der Versorgung Älterer oder Multimorbider kann die Delegation organisatorischer und koordinierender Aufgaben zu einem besseren Monitoring der Behandlung und zur Etablierung von Unterstützungsangeboten beitragen [91]. Insgesamt zeigen die Studien, dass Delegation insbesondere dann positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hat, wenn die Aufgaben klar definiert sind, entsprechendes Praxispersonal (ggf. mit entsprechender Qualifikation) zur Verfügung steht und die Zusammenarbeit im Praxisteam gut strukturiert ist (s. Tabelle 20).

4.6.3 Auswirkungen der Delegation auf die Arbeitssituation der MFA

Mehrere Studien zeigen, dass MFA durch delegierte Tätigkeiten stärker in medizinische und organisatorische Prozesse der Patientenversorgung eingebunden werden [78, 94]. Dadurch erweitert sich ihr Tätigkeitsprofil jenseits klassischer administrativer Aufgaben, und sie übernehmen zunehmend eigenständige Aufgabenbereiche [19, 86]. Dies kann zu einer Stärkung der beruflichen Rolle der MFA beitragen und wird teilweise mit einer höheren Anerkennung verbunden [53].

Gleichzeitig berichten einige Studien auch über Herausforderungen, die mit der Delegation verbunden sein können. Die Übernahme zusätzlicher Aufgaben kann zu einer erhöhten Arbeitsbelastung führen, insbesondere wenn diese Tätigkeiten neben den bisherigen Aufgaben durchgeführt werden müssen [84]. Darüber hinaus steigen häufig die Anforderungen an das Fachwissen und die Verantwortungsübernahme, etwa bei der Durchführung diagnostischer Maßnahmen oder bei der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten [78]. Insgesamt verändert die Delegation somit die berufliche Rolle der MFA hin zu einer stärker eigenständigen und verantwortungsvollen Tätigkeit, was sowohl Chancen für eine berufliche Weiterentwicklung und höhere Anerkennung des Berufsbildes als auch neue Anforderungen im Arbeitsalltag mit sich bringen kann (s. Tabelle 20).

Delegation verändert die berufliche Rolle der MFA hin zu einer stärker eigenständigen und verantwortungsvollen Tätigkeit.

4.6.4 Auswirkungen der Delegation auf die Zufriedenheit im Praxisteam

Einige Studien weisen darauf hin, dass Delegation die Kommunikation und Zusammenarbeit im Team verbessern kann. Wenn Aufgabenbereiche klar definiert sind, können Missverständnisse reduziert und Arbeitsprozesse besser abgestimmt werden [86]. Untersuchungen des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt a. Main [18, 19] zeigen ebenfalls, dass eine strukturierte Delegation mit positiven Effekten auf die Teamstruktur und die Zusammenarbeit im Praxisalltag verbunden sein kann. Gleichzeitig kann die Erweiterung der Aufgabenbereiche von MFA auch Veränderungen in der Rollenverteilung innerhalb des Teams mit sich bringen. Diese Veränderungen erfordern Anpassungen der

Delegation kann zu einer höheren Zufriedenheit im Praxisteam beitragen, sofern sie mit klaren Strukturen, angemessener Qualifikation und einer offenen Kommunikation im Team verbunden ist.

Arbeitsorganisation sowie die klare Abstimmung der Verantwortlichkeiten [91]. Insgesamt deuten die Studien darauf hin, dass Delegation zu einer höheren Zufriedenheit im Praxisteam beitragen kann, sofern sie mit klaren Strukturen, angemessener Qualifikation und einer offenen Kommunikation

im ganzen Team verbunden ist (s. Tabelle 20).

4.6.5 Welche Wünsche und Erwartungen bezüglich der Delegation äußern MFA?

Egidi et al. [80] beschreiben explizite Wünsche von MFA nach eigenen MFA-Sprechstunden sowie nach Beteiligung an der Versorgung „kleiner“ Erkrankungen, an Anamneseerhebungen, an DMP, an Routinehausbesuchen sowie an Ausbildung und Fortbildung. In einer qualitativen Arbeit [85] wird deutlich, dass MFA mehr Anerkennung, deutlichere Rollenprofile und stärkere Einbindung in koordinierende Aufgaben erwarten, sich aber zugleich ausreichende Zeitressourcen und verlässliche Strukturen für diese erweiterten Aufgaben wünschen. Neuere Evaluationsprojekte [90, 91] verweisen zudem auf den Wunsch nach langfristiger struktureller und finanzieller Absicherung, klaren Absprachen mit Ärztinnen und Ärzten und erweiterten Fortbildungsangeboten als Bedingungen, unter denen MFA Delegation als attraktiv und nachhaltig erleben.

MFA, insbesondere mit Zusatzqualifikation wie VERAH, verbinden Delegation mit dem Wunsch nach fachlicher Weiterentwicklung, größerer Verantwortung und mehr Patientenkontakt. In der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) berichten Mergenthal et al. [84], dass VERAH vor allem persönliches Interesse an Qualifikation und beruflicher Entwicklung als Motivation für die Weiterbildung nennen und sich wünschen, ihre erweiterten Kompetenzen auch tatsächlich im Praxisalltag nutzen zu können; sie

erwarten zudem finanzielle und fachliche Anerkennung sowie Unterstützung durch den Arbeitgeber. Radaëlli et al. [82] zeigen indirekt, dass VERAH sich eine konsequentere Umsetzung von Besuchs- und Case Management wünschen,

MFA verbinden mit dem Wunsch nach Delegation fachliche Weiterentwicklung, größere Verantwortung und mehr Patientenkontakt.

da sie dort ein nicht ausgeschöpftes Entlastungspotenzial sehen (s. Tabelle 21).

4.6.6 Herausforderungen bei der Delegation von Tätigkeiten an MFA

Obwohl sich die deutliche Mehrheit der Hausärzteschaft Entlastungspotenzial durch die Übertragung von Aufgaben an andere Berufsgruppen vorstellen kann [95], bestehen in der Praxis immer noch einige erschwerende Faktoren für die Delegation. Mehrere Studien (s. Tabelle 22) zeigen, dass verschiedene rechtliche, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen für Delegation hinderlich sein können. Hierzu zählen rechtliche Unsicherheiten bezüglich der Haftungsfrage sowie unklare Finanzierungs- und Abrechnungsregeln. Sorge vor Qualitätsverlust, eine unzureichende Qualifikation oder Weiterbildung der MFA, Akzeptanzprobleme bei Patientinnen und Patienten sowie erhöhter organisatorischer Aufwand werden ebenfalls als zentrale Barrieren gesehen [75]. Im Kontext der VERAH-Evaluation wurde von folgenden erschwerenden Faktoren für die Delegation berichtet: Umstellungsaufwand in der Praxis, Zeitmangel für Weiterbildung und Implementierung, begrenzte Verfügbarkeit von VERAH, Personalmangel, unzureichende Honorierung und Haftungsfragen, insbesondere bei Hausbesuchen [84]. Auch Radaëlli et al. [82] heben hervor, dass strukturelle Praxisbedingungen (Zeit- und Personalmangel, fehlende organisatorische Umsetzung) dazu führen, dass das Entlastungspotenzial trotz vorhandener Qualifikation nicht ausgeschöpft wird. Grenzen der Delegierbarkeit durch fehlende Qualifikation, die Gefahr der Selbstüberschätzung aufseiten der MFA, medizinisch riskante Situationen und die Notwendigkeit ärztlicher Erreichbarkeit werden auch als erschwerende Faktoren genannt [80]. Zusätzlich werden Unsicherheiten bei Zuständigkeiten, mangelndes Bewusstsein für delegierbare Aufgaben aufseiten der Ärzteschaft, Bürokratie und komplexe rechtliche Vorgaben als relevante Hindernisse beschrieben [76, 85].

Obwohl Entlastungspotenzial wahrgenommen wird, bestehen Barrieren bei der Umsetzung.

Fehlendes Bewusstsein, rechtliche Unsicherheiten, organisatorische Hürden und Personalmangel erschweren die Delegation von Aufgaben.

Zusammenfassend lassen sich die Hinderungsgründe in fünf übergeordnete Kategorien einordnen:

1. Rechtlich-regulatorische Unsicherheiten (unklare Haftung und Verantwortung, Unsicherheit bei Delegationsgrenzen, Informationsdefizit bei Ärztinnen und Ärzten)
2. Finanzielle und ökonomische Hürden (unzureichende Vergütung delegierbarer Leistungen, fehlende Refinanzierung von Qualifikationen, Personalmangel als Kostenproblem, Delegation lohnt sich wirtschaftlich nicht)
3. Organisatorische und strukturelle Barrieren (aufwendige Umstellung der Praxisabläufe, hoher Zeit- und Implementierungsaufwand, fehlende strukturelle Voraussetzungen wie Personal und Zeit)
4. Qualifikation und Personal (fehlende bzw. unzureichende Qualifikationen, Zeit und Kosten für Weiterbildung, Fachkräftemangel und Fluktuation)
5. Kulturelle bzw. akzeptanzbezogene Faktoren (Ärztinnen und Ärzte „lassen nicht los“, geringes Vertrauen in Kompetenz des Personals, Unklarheit über Rollen im Team, Wahrnehmung „nicht delegierbar“, Akzeptanzproblem bei Patientinnen und Patienten)

4.6.7 Herausforderungen bei der Delegation von Tätigkeiten aufgrund bestehender Abrechnungssysteme

Die bestehenden Abrechnungs- und Finanzierungsregelungen sowie unzureichende Anreize begrenzen den Einsatz erweiterter Kompetenzen von MFA.

In einigen Publikationen wird darauf hingewiesen, dass unklare Abrechnungs- und Finanzierungsregeln eine zentrale Barriere für die Übertragung von Aufgaben an (qualifizierte) MFA darstellen [75, 76]. In den Evaluationen des VERAH-Einsatzes in der HzV Baden-Württemberg [84, 96] wird gezeigt, dass spezifische Vergütungsbestandteile (z. B. VERAH-Zuschlag) Delegation zwar erleichtern, die insgesamt engen Grenzen des vertragsärztlichen Systems und eine als unzureichend empfundene Honorierung aber die umfassende Nutzung erweiterter Kompetenzen begrenzen.

In einigen Publikationen wird darauf hingewiesen, dass unklare Abrechnungs- und Finanzierungsregeln eine zentrale Barriere für die Übertragung von Aufgaben an (qualifizierte) MFA darstellen [75, 76]. In den Evaluationen des VERAH-Einsatzes in der HzV Baden-Würt-

Die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ [30] ist vielen Hausärztinnen und -ärzten nicht bekannt oder zu wenig konkret; hinzu kommen fehlende finanzielle Anreize sowie Weiterbildungs- und Einarbeitungskosten, was den Einsatz von NÄPA/EVA- und VERAH-Modellen einschränkt [78, 86].

Abrechnungssysteme wie die Fallpauschale für den Einsatz einer bzw. eines VERAH in der Praxis zeigen nur an, dass eine bzw. ein VERAH im Team sein muss. Die Frage, ob diese bzw. dieser VERAH tatsächlich ein erweitertes Aufgabenspektrum erfüllt, ist damit nicht beantwortet und müsste einer Kontrolle unterliegen.

4.6.8 Herausforderungen bei der Delegation von Tätigkeiten aufgrund bestehender berufsrechtlicher Regelungen

Die zentrale Grundlage für Delegations- und Einsatzmöglichkeiten von MFA ist das ärztliche Berufsrecht, insbesondere die Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte [31]. Diese legt fest, dass ärztliche Tätigkeiten zwar delegiert, aber nicht substituiert werden dürfen. Die Gesamtverantwortung bleibt immer bei der Ärztin oder dem Arzt. Diese Regelung löst möglicherweise Unsicherheiten in Haftungsfragen aus und könnte so Delegation erschweren.

Die Delegationsvereinbarung [30] erweitert einerseits die Einsatzmöglichkeiten von MFA, führt gleichzeitig aber zu Unsicherheiten, da einzelne Leistungen genannt sind, andere aber nicht. Zu den delegierbaren Tätigkeiten zählen beispielsweise Blutentnahmen, Injektionen, diagnostische Maßnahmen wie EKGs oder Lungenfunktionstests sowie die Vorbereitung, Nachbereitung und Dokumentation ärztlicher Leistungen (vgl. Abschnitt 3.4). Alles, was nicht explizit genannt wurde, kann unter Einhaltung der Anforderungen an die Delegation, wie z. B. Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht, delegiert werden, es kann aber auch als nicht delegierbar empfunden werden.

In beiden Dokumenten wird deutlich, dass Tätigkeiten wie Diagnosestellung, Aufklärungsgespräche, Therapieentscheidungen und Indikationsstellungen oder die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. MFA dürfen nur unter Anleitung und Aufsicht

arbeiten und keine eigenständigen medizinischen Entscheidungen treffen. Daraus ergibt sich in der Praxis oft, dass gut qualifizierte MFA trotz vorhandener Kompetenzen, wie z. B. der Fähigkeit zu einem geriatrischen Assessment, nicht eingebunden werden, da eine solche „diagnoseunterstützende“ Tätigkeit auch unter den Arztvorbehalt eingeordnet werden kann.

Insgesamt wird zwar Delegation ermöglicht, gleichzeitig jedoch eine grundlegende Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitssystem erschwert, da einerseits detailliert in einzelnen Tätigkeiten gedacht wird und andererseits ganze Bereiche der Versorgung (z. B. Therapie) gedanklich unter den Arztvorbehalt gestellt werden.

Das Sozialrecht (SGB V) begrenzt die Einsatzmöglichkeiten insofern, als viele Leistungen nur abrechenbar sind, wenn sie ärztlich angeordnet und verantwortet werden. Dies könnte mit Unsicherheiten verbunden sein, da „ärztlich verantwortet“ kein klar abgegrenzter Begriff ist. Dadurch entstehen Interpretationsspielräume bei Verantwortung, Haftung und konkreter Umsetzung im Arbeitsalltag und möglicherweise eine begrenzte Umsetzung von Delegation.

Zusätzlich setzt die Ausbildungsordnung aus dem Jahr 2006 einen formalen Rahmen [72], berücksichtigt jedoch neue Anforderungen wie Digitalisierung, Case Management oder Telemedizin nicht ausreichend (vgl. Abschnitt 4.5). Dies erschwert sowohl die Entwicklung neuer Aufgabenprofile als auch eine rechtssichere Übertragung erweiterter Kompetenzen. In der Praxis führt dies häufig dazu, dass entweder in rechtlichen Graubereichen gearbeitet wird oder sich der vorsorgliche Verzicht auf erweiterte Einsatzmöglichkeiten durchsetzt.

Das Haftungsrecht verstärkt diese Einschränkungen, da Fehler von MFA dem Arzt oder der Ärztin zugerechnet werden. Dies führt zu vorsichtiger Delegation und Zurückhaltung bei erweiterten Aufgaben. Auch dadurch werden die Handlungsspielräume von MFA faktisch begrenzt.

Insgesamt entsteht ein Spannungsfeld zwischen den steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen an eine teambasierte und effiziente Versorgung, etwa durch Ärztemangel, zunehmende Patientenzahlen und komplexere Versorgungsprozess, und den bestehen-

den rechtlichen Rahmenbedingungen. Innovative Versorgungsmodelle bleiben daher häufig an Zusatzqualifikationen im Rahmen von Modellprojekten oder regionalen Sonderregelungen geknüpft (vgl. Kapitel 5) und erfahren somit keine Verbreitung. Da Studien zeigen, dass Erfahrung mit Delegation auch eher zu Delegation führt, bringt diese geringe Verbreitung auch mit sich, dass Unsicherheit und selbst auferlegte Beschränkungen persistieren.

Erfahrung mit Delegation erleichtert weitere Aufgabenübertragung im Team.

5 Good-Practice-Beispiele

Im folgenden Themenblock werden vier ausgewählte Beispiele dargestellt, in denen MFA eine besondere Rolle einnehmen oder innovative Modelle der teambasierten Zusammenarbeit in einer ambulanten Praxis erkennbar sind. Diese Beispiele sind:

1. PraCMan – ein praxisbasiertes Case und Care Management, in dem der Rollenwechsel einer bzw. eines MFA von der Assistenz zur aktiven Mitgestaltung der Versorgung deutlich wird
2. Rheumatologische Fachassistenz (RFA) – eine MFA übernimmt die Versorgung entlang des gesamten Versorgungspfades
3. Teampraxis-Ansatz der KVWL – nimmt nicht nur die Delegation einzelner Aufgaben der MFA in den Blick, sondern buchstabiert interprofessionelle Kooperation in der Praxis aus
4. Avatarpraxis 1.0 – ein existierendes Beispiel einer Teampraxis, in dem ein erweitertes Aufgabenspektrum für MFA durch digitale Lösungen unterstützt wird

5.1 PraCMan – ein praxisbasiertes Case und Care Management

PraCMan ist ein bereits implementiertes und gut evaluiertes praxisbasiertes Case und Care Management-Programm (kurz Case Management), das ein strukturiertes Management von chronisch Kranken in der Hausarztpraxis erlaubt. Bei diesem Case Management ist die Rolle einer bzw. eines MFA in Form einer Versorgungsassistentin bzw. eines Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) zentral. Diese bzw. dieser ist zuständig für das initiale Assessment von Symptomen und Begleitproblemen und führt bei Bedarf optional Hausbesuche durch. Die bzw. der VERAH übernimmt sodann das regelmäßige Monitoring der Patientinnen und Patienten und unterstützt sie in der Befähigung zum Selbstmanagement. In Absprache mit dem ärzt-

lichen Personal wird die Intervention angepasst und wiederum von den VERAH gemanagt. PraCMan stellt die Anpassung von Behandlungskonzepten auf MFA dar, die im internationalen Kontext ausschließlich von Pflegefachpersonen übernommen werden [97, 98]. In der weiteren Entwicklung wurde PraCMan um telemedizinische Optionen erweitert [99].

Was kann das PraCMan-Konzept zur möglichen Rolle der MFA beitragen und welche Grenzen ergeben sich?

Das PraCMan-Konzept erfordert zu VERAH weiterqualifizierte MFA in einer Hausarztpraxis. Es zeigt die bedeutende und umfassende Rolle, die VERAH beim Management und Selbstmanagement von chronisch Erkrankten spielen können. PraCMan ist die Fortentwicklung von praxisbasierten Gesundheitsinterventionen (hier Case Management), die international von höher ausgebildeten Pflegefachpersonen übernommen werden.

Als Möglichkeiten und Grenzen eines solchen MFA-basierten Case Managements sind zu nennen: MFA können bedeutsame patientennahe Versorgung übernehmen, wenn diese strukturiert und nach einem definierten Ablaufschema erfolgt, sodass sie delegiert bzw. erlernt werden kann. MFA bzw. VERAH erhalten damit mehr Verantwortung innerhalb ihres – vom ärztlichen Personal abgegrenzten – Tätigkeitsfeldes. In diesem Good-Practice-Beispiel wird ein Paradigmenwechsel sichtbar: von einer Assistenzrolle zur aktiven Mitgestaltung der Versorgung von Patientinnen und Patienten.

PraCMan zeigt den Paradigmenwechsel von einer Assistenzrolle zur aktiven Mitgestaltung der Versorgung von Patientinnen und Patienten.

5.2 Rheumatologische Fachassistenz (RFA)

Die RFA (MFA mit Weiterbildung zur Rheumatologischen Fachassistenz) übernimmt in Form von de-

legierten Leistungen eine Früharthritis-Sprechstunde, erfasst Komorbiditäten und Risikofaktoren, führt Gruppenschulungen durch und übernimmt die strukturierte Patienteninformation für die rheumatoide Arthritis (StruPI-RA). Eine Tabelle in Krause et al. (s. Tabelle 3) [100] zeigt, dass von insgesamt 41 beschriebenen Leistungen und Aufgaben bei einer von Rheuma betroffenen Person 56 % als komplett delegierbare Leistungen gelten können. Diese sehr unterschiedlichen Aufgaben gehören zu den Bereichen

Erstvorstellung, Assessments, Diagnostik, Therapie, Verlaufsbetreuung, Patientenschulung sowie Hygiene- und Datenmanagement und reichen von Injektionen über Zwischenanamnesen bis zur Erstsicherung von Laborbefunden. Die restlichen 44 % der Aufgaben werden als nicht delegierbar oder als Arztunterstützung und teilweise delegierbar eingeordnet. Diese teambasierte Versorgungsform war hinsichtlich der Veränderung der Krankheitsaktivität und der Lebensqualität der Standardversorgung nicht unterlegen [90, 101].

TABELLE 3 **Auflistung delegierbarer, teilweise delegierbarer und nicht delegierbarer ärztlicher Leistungen**

Leistung	Arztvorbehalt / nicht delegierbar	arztunterstützend / teils delegierbar	delegierbar
Erstvorstellung			
Anamnese / Körperliche Untersuchung	●	●	
strukturierter Anamnesebogen			●
Assessments			
Assessments / Standardisierte Stuserhebungen / Dokumentation / Dateneingabe			●
Diagnostik			
Diagnosestellung	●		
Aufklärung über diagnostische Maßnahmen	●	●	
Röntgen / DXA			●
US Gelenke / Kapillarmikroskopie	●	●	
Vorbereitung von und Assistenz bei invasiven diagnostischen Maßnahmen			●
Gelenkpunktion / Lippenbiopsie, Hautbiopsie	●		
Blutentnahme / Erstsichtung Laborbefunde / Spirometrie			●
Therapie			
Therapieeinstellungen / Therapieanpassungen	●		
Aufklärung Therapie	●	●	
Injektionen intraartikulär / Erstinjektion i. v.	●		
Injektionen s.c., i.m.	●		●
Folgeinjektion i. v. / Infusionen / Prämedikation zu Infusionen	●	●	
Prophylaxe / Impfungen / RFA-Visiten / Verlaufsbetreuung bei stabiler Erkrankung / Zwischenanamnese: Symptome, Therapietreue Krankheitsaktivität, Assessment / Einhaltung notwendiger Verlaufsuntersuchungen / Erfassung Komorbiditäten / Telefonsprechstunde / Helpline			●
Patienteninformation, -schulung			
Patientenschulung	●	●	
Patienteninformation / Hygienemanagement / Datenmanagement			●

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten aus Krause et al. (2020), Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie. [100]

Was kann das Konzept der RFA zur möglichen Rolle der MFA beitragen und welche Grenzen ergeben sich?

Aufgrund entsprechender Weiterbildungen können MFA verantwortungsvolle Aufgaben entlang der ganzen Versorgungskette übernehmen. Die meisten Aufgaben innerhalb von Erstvorstellung über Diagnostik und Therapie bis zu, Wiedervorstellungen im Rahmen eigener Visiten und Patientenaufklärung gelten dabei als komplett oder teilweise delegierbar. Der Einführung gingen umfangreiche Absprachen in der rheumatologischen Fachgesellschaft voraus zu der Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen und welche Leistungen als delegierbar erscheinen [100]. In diesem Zusammenhang mussten einzelne über die Delegationsvereinbarung hinausgehende Leistungen definiert und auf Delegierbarkeit geprüft werden.

MFA und RFA übernehmen entlang des gesamten Versorgungspfades eine aktive Rolle.

Aus diesem Good-Practice-Beispiel lässt sich ein Paradigmenwechsel dergestalt ablesen, dass die Erweiterung der Assistenzrolle der MFA in Richtung einer aktiven Mitgestaltung der Versorgung von Patientinnen und Patienten entlang des ganzen Versorgungspfades möglich ist.

5.3 Teampraxis-Ansatz der KVWL

Die KV Westfalen-Lippe zeichnet sich durch eine besondere Beschäftigung mit dem Modell der Teampraxis aus. Sie setzt dabei auf eine „abgestimmte interprofessionelle Kooperation mit Delegation von Verantwortung, optimierten Prozessen und der langfristigen Sicherung einer hohen Qualität der Patientenversorgung“ mithilfe des publizierten „Teampraxis-Kompasses“ [102], d. h. mithilfe einer veranschaulichten Modellpraxis, in der genau definiert ist, welche Tätigkeiten von welcher Profession übernommen werden können.

Dabei zeigen sich Funktionsbereiche, in denen MFA eine zentrale Rolle spielen, Funktionsbereiche, in denen MFA durch eine nichtmedizinische Assistenz selbst Entlastung erfahren können, und Funktionsbereiche, die von einer höher qualifizierten Person (z. B. PA oder PCM) zu übernehmen sind (vgl. Abbildung 9).

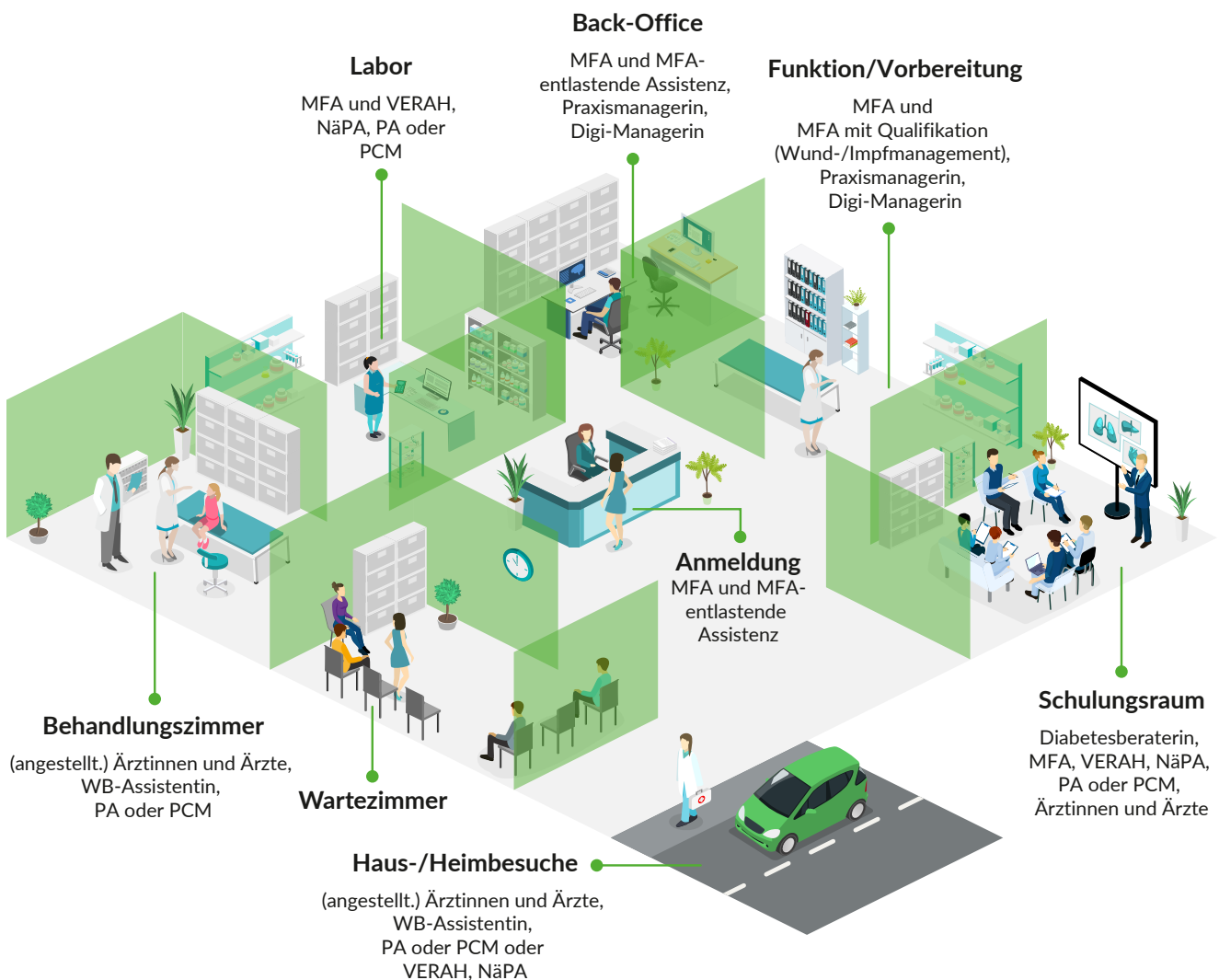
Begleitet wird dieser Teampraxis-Kompass von einem Positionspapier [103] und einem Leitfaden [104], der aus einem Modellprojekt zur Einführung von Physician Assistants (PA) entstanden ist. Beide Papiere enthalten wertvolle Hinweise zur Umsetzung eines teambasierenden Ansatzes und berücksichtigen dabei explizit die MFA. So wird dargestellt, dass bei der Integration von PA in die Praxis einerseits die MFA selbst zu PA werden können; es wird aber auch darauf hingewiesen, dass bei der Integration neuer PA in eine Praxis auch das bestehende MFA-Team zu berücksichtigen und zu beteiligen sowie zu informieren ist. Neben diesem neuen Berufsbild der PA findet im Teamkonzept der KVWL auch die sogenannte Digi-Managerin Erwähnung, die als weitergebildete MFA den aktuellen Digitalisierungsgrad der jeweiligen Praxis analysieren und im nächsten Schritt dann eine eigene Digitalisierungsstrategie entwickeln und neue Projekte anstoßen und unterstützen soll.

Was kann das Konzept der KVWL-Teampraxis zur möglichen Rolle der MFA beitragen und welche Grenzen ergeben sich?

Das Konzept der KVWL-Teampraxis dient insofern als Good-Practice-Beispiel, weil es explizit Funktionsbereiche (z. B. Backoffice) ausweist, in denen die MFA selbst durch Assistenzberufe Entlastung erfahren sollen bzw. MFA mit ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten gewinnbringend eingesetzt werden können. Daneben wird die Rolle einer Digi-Managerin eingeführt die mit der Analyse des Digitalisierungsgrades sowie dem Erstellen eines eigenständigen Digitalisierungskonzeptes und damit verbundener eigener Digitalisierungsprojekte umfangreiche Kompetenzen eingeräumt werden. Auch bei der Einführung des neuen PA-Berufsbildes macht das Konzept der Teampraxis mit einer Handlungsanleitung und Best- sowie Worst-Case-Szenarien deutlich, dass ohne eine gut vorbereitete Beteiligung der MFA die Einführung von PA zum Scheitern verurteilt sein kann.

Eine mögliche Grenze einer so durchbuchstabierten Teamleistung stellt vermutlich die Größe einer Praxis dar. Die vielfältigen Rollen, verteilt auf viele Schultern, berücksichtigen die zentrale Rolle von MFA, machen aber auch deutlich, dass zukünftige Rollen nicht mehr „eine Person für alles“ repräsentieren, sondern arbeitsteilig gedacht werden müssen. Das Konzept der Digi-Managerin bzw. des Digi-Managers beinhaltet

ABBILDUNG 9 Übersicht Teampraxis-Modell



Legende

Digi-Managerin
Weiterbildung der KVWL für MFA

MFA
Medizinische Fachangestellte

NÄPA
Nichtärztliche Praxisassistenz

PA
Physician Assistant

PCM
Primary Care Managerin

VERAH
Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis

WB-Assistenten
Weiterbildungsassistenten

Quelle: Eigene Darstellung adaptiert nach Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. (2026), Teampraxis. [102]. | BertelsmannStiftung

Funktionen von Change-Management, da Prozesse analysiert und angepasst werden müssen. Eine solche Rolle macht die MFA zu zentralen Personen nicht nur im Rahmen der Umsetzung, sondern auch im Rahmen der Definition von Prozessen in einer Praxis. Eine solche Rolle erfordert die Zuschreibung von Gestaltungs-kompetenz, d. h. die komplette Neudefinition von MFA-Kompetenz(en).

In der Zusammenschau lässt sich ein Paradigmenwechsel erkennen, der folgendermaßen beschrieben werden kann: von der Assistenz zur aktiven Mitgestaltung der Praxis durch die Übernahme von Change-Management-Aufgaben, aber auch durch die Beteiligung an der Einführung neuer Berufsgruppen (wie Assistenten oder PA).

5.4 Avatarpraxis 1.0

Die hier beschriebene Praxis nennt sich selbst „Avatarpraxis“. Sie stellt eine real betriebene Hausarztpraxis dar, die nach eigener Auskunft über zwei Jahre so restrukturiert und digitalisiert wurde, dass sie heute ein gut funktionierendes „Konzept der heutigen und künftigen Landarztpraxis“ darstellt (<https://www.praxis-gerlach.de/avatarpraxis-1-0/>). Die Praxis vereint zentrale Versorgungsstrukturen „niedergelassener Praxisbetriebe“, den Teamgedanken und die „mobile Versorgung“, wobei digitale Tools auch von MFA in einer Weise genutzt werden, die ihr Tätigkeitsspektrum deutlich verändern und erweitern.

Ziel ist es laut eigener Aussage in verschiedenen vorliegenden Präsentationen, durch digitale Transformation in der Medizin die Belastungen in der Praxis zu reduzieren und vorhandene Ressourcen besser auszuschoöpfen. In Zeiten des Fachkräftemangels müsse man sich bewusst machen, dass MFA Fachangestellte und damit eine medizinische Ressource sind. Tätigkeiten wie der Empfang von Patientinnen und Patienten am Tresen oder andere Routineaufgaben wie das Terminmanagement könnten hingegen von Verwaltungsfachangestellten übernommen werden [105].

5.4.1 Niedergelassener Praxisbetrieb

Im Praxisbetrieb kommt ein Self-Check-in-Terminal zum Einsatz, und Terminplanung, Dokumentation und Kommunikation mit Patientinnen und Patienten erfolgen über verschiedene Softwarelösungen unter Zuhilfenahme Künstlicher Intelligenz (KI). Damit seien ein modernes Arbeitsumfeld mit reduziertem Verwaltungsaufwand und die Möglichkeit der Implementierung von Ausbildungsinhalten bei MFA sowie der digitalen Assistenz geschaffen.

Folgende Tätigkeitsfelder konnten und mussten entsprechend neu definiert werden: Rezeption und Terminverwaltung, Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie die Patientenverwaltung. Konkret bedeutet das für MFA u. a. digitale anstatt telefonische Terminvergabe, Self-Check-in in der Praxis, Hilfe bei der Installation und der Kommunikation mit einer Patienten-App, Interaktion mit zu Behandelnden auch vom Homeoffice aus sowie innovative Weiterbildungsmöglichkeiten.

5.4.2 Mobile Versorgung

Für die mobile Versorgung auf dem Land stehen den MFA eine Art rollende Arztpraxis (Avamobil) und für Hausbesuche und Altenheimvisiten ein telemedizinischer Koffer zur Verfügung. Der telemedizinische Koffer sorgt in der Praxis dafür, dass für die Hausbesuche MFA und NÄPA zuständig sind, die Ärzte diagnostizieren aus der Ferne [106].

Das Avamobil ist ein mit Telemedizin umgerüsteter ehemaliger Krankenwagen, mit dem MFA eigenständig über Land fahren und unter fernmündlicher Hinzuziehung von ärztlichem Personal die Versorgung übernehmen können [106].

Was kann das Konzept der Avatarpraxis zur möglichen Rolle der MFA beitragen und welche Grenzen ergeben sich?

Die telemedizinischen Möglichkeiten erlauben die ärztliche Verantwortungsübernahme, während im Patientenkontakt die Versorgung durch MFA durchgeführt wird. Damit erleben Patientinnen und Patienten sowie auch MFA (MFA sich selbst) sozusagen in der behandelnden Rolle. Durch die „Umrüstung“ dieser Praxis auf digitale Tools ergaben sich vielfältige Möglichkeiten, über einen sinnvollen Ressourceneinsatz und damit über Aufgaben nachzudenken und diese neu zu verteilen. Gleichzeitig erfordert der Einsatz digitaler Tools Ressourcen in Form von Geld und Zeit, zumindest bis zu deren erfolgreicher Implementierung. Eine solche Praxis erfordert für eine gelingende Versorgung das Vertrauen des Praxisteam und der Patientinnen und Patienten.

Die Avatarpraxis 1.0 zeigt, wie Digitalisierung und Telemedizin die Rolle der MFA deutlich erweitern und somit stärken.

6 Analyse der Stakeholder-Positionen

Im Folgenden sind die Rechercheergebnisse und eine thematische Analyse der Perspektive der Stakeholder dargelegt. Am Anfang des Kapitels stehen eine Zusammenfassung sowie eine Ableitung politischer Forderungen inklusive möglicher Maßnahmen. Im Anhang findet sich, welche Stakeholder wir in die Analyse einbezogen haben und welche Aufgaben diese im Gesundheitssystem übernehmen sowie eine ausführliche Darstellung der Positionen der einzelnen Stakeholder.

Als Teil der Einordnung der bisherigen und der zukünftigen Rolle der MFA in der ambulanten Versorgung werden hier zentrale Stakeholder und ihre Positionen näher betrachtet. Diese Stakeholder-Positionen bilden in weiten Teilen den Status quo ab, d. h., sie adressieren in ihren Beschreibungen des Berufes der MFA i. d. R. Istzustände. Gleichzeitig erhebt der Verband medizinischer Fachberufe e. V. (vmf) sehr konkrete Forderungen, die in diesem Bericht ebenso aufgearbeitet werden. Zudem wird die Rolle einzelner Stakeholder im Gesundheitssystem betrachtet, die für die potenzielle Weiterentwicklung des Berufsbildes infrage kommen könnten.

Eine Abfrage von Stakeholder-Positionen zeigt, dass den MFA unisono eine zentrale Rolle in der ambulanten Versorgung attestiert wird. Nahezu alle Organisationen (KBV, BÄK, DEGAM, LÄK, ver.di, Virchowbund und vmf) beschreiben MFA als essenzielle Säule in der ambulanten Versorgung.ⁱ Ein breiter Konsens besteht darin, dass MFA seit einigen Jahren und auch zukünftig mehr Aufgaben übernehmen und stärker in die Patientenversorgung eingebunden sind und werden.ⁱⁱ Gleichzeitig wird die Bedeutung von Qualifikationen als Voraussetzung für die Rollenentwicklung von MFA vonseiten der Akteure betont.ⁱⁱⁱ Insofern besteht Einigkeit darin, dass der MFA-Beruf gestärkt werden muss, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, sei es durch Imagekampagnen, bessere Rahmenbedingungen oder eine gezielte Ausbildungsförderung.^{iv}

In Bezug auf die Vergütung von MFA als eine der zu verbessernden Rahmenbedingungen nimmt vor al-

lem der vmf eine führende Rolle ein und wird dabei von Gewerkschaften wie ver.di unterstützt.^v Ärztliche Verbände argumentieren hingegen moderater und nehmen eher die finanzielle Gesamtsituation einer Praxis in den Blick. Hinsichtlich der Finanzierung wird deutlich, dass sich Kostenträger hierzu nicht äußern.

Ärztliche Verbände (BÄK, KBV, HÄV, Virchowbund, Marburger Bund und DEGAM) sowie Arbeitnehmervertretungen sehen MFA als unverzichtbar für die Versorgung und fordern strukturelle Anerkennung. Darunter ist u. a. zu verstehen, dass die Leistungen von MFA im Finanzierungssystem abgebildet sein sollten, eine rechtliche Definition und Absicherung bestehen sollte, sie aktiv in Versorgungsmodelle (z. B. Hausbesuchs- oder Chronikerprogramme) eingeplant werden sollten und verbindliche Qualifikations- und Karrierewege bestehen sollten.^{vi}

In manchen Positionen spiegelt sich die ärztliche Verantwortung in Fragen der Delegation stärker wider als in anderen. So betonen etwa BÄK, KBV, Hausärzteverbände und auch der GKV-Spitzenverband, dass Delegation grundsätzlich möglich ist, aber klar geregelt sein muss, unter ärztlicher Verantwortung steht und durch Qualifikationen wie VERAH oder vergleichbare Fortbildungen gestützt werden sollte.^{vii} Demgegenüber betont der vmf eine Stärkung und Aufwertung der Berufsgruppe und eine qualifikationsbasierte Aufgabenerweiterung, während der DBfK MFA als Assistenzberuf (unter ärztlicher Verantwortung agierend) einordnet und ihnen weniger Autonomie als den Pflegeberufen zuschreibt.^{viii}

Als zentraler Akteur benennt der vmf neben finanziellen und qualifikationsbezogenen Aspekten die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Stärkung der Rolle von MFA, die Weiterentwicklung berufrechtlicher Rahmenbedingungen sowie die Erhöhung von Sicherheit und Gesundheitsschutz als zentrale Handlungsfelder. Gefordert werden bessere strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen, eine stärkere Einbindung in Versorgungsprozesse sowie klar

definierte rechtliche Grundlagen zur Aufwertung des Berufsbildes. Ergänzend werden die Reduktion von Arbeitsbelastungen und der Ausbau von Maßnahmen zum Schutz vor Stress, Gewalt und Übergriffen hervorgehoben.^{ix}

Stakeholder, die aufgrund ihrer gestaltenden Rolle besondere Relevanz für zukünftige Entwicklungen haben, werden nachfolgend einzeln aufgeführt, ihre Position kurz dargestellt und potenzielle Gestaltungsaufgaben eingeordnet.

Der **Verband medizinischer Fachberufe e. V. (vmf)** ist der wichtigste Berufsverband für Medizinische Fachangestellte sowie für weitere medizinische Assistenzberufe. Er vertritt die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder gegenüber Politik, Arbeitgebern und Öffentlichkeit. Zu seinen zentralen Aufgaben gehören die Mitwirkung an Tarifverhandlungen für MFA, die Beratung von Mitgliedern zu arbeitsrechtlichen und beruflichen Fragen sowie die Förderung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Der Verband engagiert sich zudem für eine Weiterentwicklung des Berufsbildes und setzt sich für bessere Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung von MFA ein. Hervorzuheben ist eine Resolution des vmf aus dem Jahr 2024 (<https://www.vmf-online.de/hervorzuhebene-news/2024-06-10-resolution>), in der zu den o. g. Themen sehr detailliert Forderungen ausgeführt sind.

Die **Bundesärztekammer (BÄK)** ist die Dachorganisation der deutschen Ärztekammern. Sie vertritt die Interessen der Ärzteschaft auf Bundesebene und hat grundlegende strukturelle Aufgaben, die die Rahmenbedingungen für ärztliche Berufe und angrenzende Gesundheitsfachberufe definieren.

Für MFA spielt die Bundesärztekammer insofern eine Rolle, als sie an der Weiterentwicklung des Berufsbildes in Form von Ausbildungsrichtlinien und Fortbildungsangeboten (Mustercurricula, Ausbildungsordnung) beteiligt ist. Eine weitere von der BÄK übernommene Aufgabe ist die Nachwuchsgewinnung. Die BÄK fördert gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Initiativen zur Nachwuchswerbung für diesen Beruf, z. B. „Von Beruf wichtig: MFA – Ausbildung mit Zukunft“ (<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-21/kbv-und-baek-werben-fuer-den-mfa-beruf>).

Die BÄK sieht in Fort- und Weiterbildungen auch einen Weg für MFA, mehr Verantwortung oder Spezialisierung im Praxisalltag zu übernehmen (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-fortbildung>).

Die BÄK schließt auch, über die bei ihr angesiedelte AAA (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten), Tarifverträge mit dem Verband medizinischer Fachberufe ab (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-tarife>).

Auch die BÄK betont die Bedeutung von MFA in der teamorientierten Versorgung und formuliert in ihren Publikationen, dass MFA einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung leisten (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe>).

Landesärztekammern (LÄK) vertreten als Teil der ärztlichen Selbstverwaltung die Interessen der Ärztinnen und Ärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich. Gleichzeitig sind sie für die Umsetzung der Ausbildung von MFA in ihrer Region zuständig. Dazu gehören die Registrierung von Ausbildungsverträgen, die Organisation von Zwischen- und Abschlussprüfungen sowie die Beratung von Auszubildenden und Ausbildungsbetrieben. Darüber hinaus bieten LÄK vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten an, etwa Spezialisierungen für einzelne Fachrichtungen und Qualifizierungen zum Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung sowie zur Nichtärztlichen Praxisassistenz in der ambulanten Versorgung. Damit qualifizieren sie MFA für spezialisierte und erweiterte Verantwortlichkeiten.

Auf der Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung und der Organisation der ambulanten Versorgung kommt der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** eine wichtige Rolle zu. Sie vertritt die Interessen der Vertragsärztinnen und -ärzte gegenüber den Krankenkassen und gestaltet die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung mit.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband entwickelten die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“, die die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die

Tätigkeiten beispielhaft auflistet (https://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MFA/Delegation_KBV_GKv.pdf).

Die KBV hebt hervor, dass MFA hohe Verantwortung tragen und weit mehr leisten als klassische „Arzt-helferinnen und Arzthelfer“ (<https://www.aerzteblatt.de/news/neue-infoseite-zum-beruf-der-medizini-schen-fachangestellten-7709b1d0-ff96-459f-841f-d380f0ffe940>).

Ein wiederkehrendes Thema in den Stellungnahmen und Kampagnen der KBV ist der Fachkräftemangel bei MFA und die Notwendigkeit, junge Menschen für den Beruf zu gewinnen. Im Kontext der Nachwuchsgewinnung macht die KBV explizit darauf aufmerksam, dass vielseitige Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen (z. B. im Praxismanagement, Qualitätsmanagement, Studium) (<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-21/kbv-und-baek-werben-fuer-den-mfa-beruf>).

Das **Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)** ist eine zentrale Einrichtung der Bundesregierung zur Förderung und Weiterentwicklung der beruflichen Bildung in Deutschland. Es führt Forschung zur Berufsbildung durch, entwickelt Ausbildungsordnungen und berät Politik und Praxis in Fragen der beruflichen Qualifikation. Im Zusammenhang mit MFA ist das BIBB an der Entwicklung und Modernisierung der Ausbildungsordnung beteiligt und analysiert Qualifikationsanforderungen im Gesundheitswesen.

Das BIBB dokumentiert diesen Beruf im Ausbildungs- und Berufsbildbereich, bereitet Ausbildungsrahmenpläne auf und veröffentlicht fachbezogene Hilfestellungen (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/8989>). Es forscht auch gezielt zur Kompetenzentwicklung bei MFA (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/7986>). Es wurde u. a. untersucht, welche Kompetenzen heute fehlen, z. B. im Bereich der digitalen Praxis, der Patientenkommunikation sowie organisatorischer und rechtlicher Fähigkeiten (<https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-fachinformationen/2025-05-02>).

Der **Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV)** vertritt die berufspolitischen Interessen der Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland. Der Verband

setzt sich für eine starke hausärztliche Versorgung ein und wirkt an gesundheitspolitischen Entscheidungen sowie an Vertragsmodellen wie der Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) mit. In Bezug auf MFA spielt der Verband eine wichtige Rolle, da er Qualifizierungsprogramme wie VERAH (Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis) entwickelt und im Rahmen der HzV-Vergütungsrichtlinien vorgelegt hat. Allerdings besteht eine starke Betonung auf Delegation statt Substitution, womit sich Letztverantwortlichkeit des ärztlichen Personals ausdrückt (<https://www.haev.de/themen/delegation>).

Die **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)** ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Sie fördert Forschung, Lehre und Qualitätssicherung in der hausärztlichen Versorgung und entwickelt evidenzbasierte Leitlinien für die medizinische Praxis. Ihre Positionspapiere beziehen sich auf die Rolle der Allgemeinmedizin und enthalten zunehmend Aussagen zur Einbindung und Weiterentwicklung nichtärztlicher Gesundheitsberufe (darunter auch MFA) in die Primärversorgung. Die DEGAM betont in ihrem Statement zur Ausgestaltung des Primärversorgungssystems, dass MFA sowie weitergebildetes nichtärztliches Personal eine zentrale Rolle für die Sicherstellung der Versorgung spielen.

Die DEGAM fordert eine effektive Nutzung der Arztzeit durch interprofessionelle Zusammenarbeit im Praxisteam. Konkret sieht die Forderung eine Vergütung bzw. finanzielle Anreize für eine Aufgabenverteilung im Praxisteam vor. Dies soll über die Einführung des Praxis-Patient-Kontaktes anstelle des Arzt-Patient-Kontaktes im Abrechnungssystem (wie in der HzV bereits umgesetzt) erfolgen (<https://www.degam.de/primaerversorgungssystem/genug-hausaerztinnen-hausaerzte>).

Die Finanzierung und strukturelle Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung wird aufseiten der Krankenkassen maßgeblich durch den **GKV-Spitzenverband** beeinflusst. Als Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen wirkt er an Vereinbarungen mit der ärztlichen Selbstverwaltung mit. Die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung von Versicherten liegt im zentralen Interesse der GKV; in diesem Zusammenhang fordert der Verband u. a., gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Qualifikations-

förderung des nichtärztlichen Personals erlauben und die Übertragung geeigneter medizinischer Aufgaben unterstützen (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2023872.jsp).

Insgesamt wird der Fachkräftemangel in GKV-Statements anerkannt, eine explizite Struktur- oder Förderagenda für MFA als Berufsgruppe ist in GKV-Papieren jedoch wenig ausgeprägt (siehe z. B. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1899200.jsp).

Die Analyse der verschiedenen Positionen zeigt einen breiten Konsens darüber, dass MFA künftig eine zentrale und weiter an Bedeutung gewinnende Rolle in der ambulanten Versorgung einnehmen werden. Übereinstimmend werden sie als unverzichtbare Fachkräfte beschrieben, deren Aufgaben und Verantwortung zunehmen.

Gleichzeitig bestehen jedoch deutliche Unterschiede in der Interpretation dieser Entwicklung. Während ärztliche Organisationen die Erweiterung der Tätigkeiten klar im Rahmen der Delegation unter ärztlicher

Verantwortung verorten, betonen berufsständische Vertretungen wie der vmf stärker die Eigenständigkeit und Professionalisierung der MFA. Andere Akteure wie der DBfK ordnen die MFA eher als unterstützende Berufsgruppe ein und grenzen sie gegenüber stärker autonom agierenden Pflegeberufen ab.

Daraus ergeben sich Spannungsfelder insbesondere hinsichtlich der zukünftigen Autonomie, der Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen sowie der Frage nach angemessener Vergütung und Anerkennung. Insgesamt entsteht ein Bild, in dem die MFA zwar deutlich aufgewertet werden sollen, ihre Rolle jedoch weiterhin überwiegend funktional definiert ist.

- ⁱ <https://www.kbv.de/presse/pressemitteilungen/2025/einen-alltag-ohne-mfas-moechte-ich-mir-nicht-vorstellen>, <https://www.laekh.de/presse/pressemitteilungen/detail/mfa-beruf-mit-zukunft-landesarzttekammer-hessen-geht-mit-infoportal-online>, <https://www.virchowbund.de/praxisaerzte-blog/mfa-fachkraeftemangel-wir-sind-mittendrin>, <https://www.verdi.de/gesundheits-soziales-bildung/mein-beruf/medizinische-fachangestellte/zahnmedizinische-fachangestellte> (Abruf: 20.03.2026)
- ⁱⁱ <https://www.hausarzt-thueringen.de/mfa/weiterbildung-zur-verah>, https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2026_positionspapier_hausaerzte-primarversorgungssystem.pdf, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Positionen_BAEK_zu_einer_interdisziplinaeren_u_teamorientierten_Patientenversorgung_2023-12-20.pdf (Abruf: 20.03.2026)
- ⁱⁱⁱ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Positionen_BAEK_zu_einer_interdisziplinaeren_u_teamorientierten_Patientenversorgung_2023-12-20.pdf, <https://www.haev.de/themen/fortbildungen> (Abruf: 20.03.2026)
- ^{iv} <https://www.kbv.de/presse/pressemitteilungen/2025/einen-alltag-ohne-mfas-moechte-ich-mir-nicht-vorstellen> (Abruf: 20.03.2026)
- ^v <https://medecon.ruhr/2024/02/unverzichtbar-fuer-die-zukunft-der-medizinischen-fachangestellten/>, <https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2024-06-10-resolution> (Abruf: 20.03.2026)
- ^{vi} <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe>, https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2026_positionspapier_hausaerzte-primarversorgungssystem.pdf, <https://www.virchowbund.de/praxisaerzte-blog/mfa-fachkraeftemangel-wir-sind-mittendrin>, <https://www.aerzteblatt.de/news/mfa-verband-will-bessere-arbeitsbedingungen-erreichen-79be61fc-bcaf-4d30-812a-b94fbcc3b572> (Abruf: 20.03.2026)
- ^{vii} <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe#c29257>, <https://www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/delegation>, <https://www.haev.de/themen/delegation> (Abruf: 20.03.2026)
- ^{viii} <https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2024-08-23-mfa-bb>, <https://mfa-heute.de/2024/08/warnung-vor-neuen-berufsbildern-im-aufgabenbereich-mfa/>, <https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-perspektiven/aufstiegsfortbildungen-1/naepa-verah/gesetzliche-regelungen-vereinbarungen/2015-04-23-baek-naepa-curriculum>, https://www.dbfk.de/media/docs/Berufspolitik/stellungnahmen/DBfK-Stena-PflAssEinfG_2024-07-31.pdf (Abruf: 20.03.2026)
- ^{ix} <https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2024-06-10-resolution> (Abruf: 20.03.2026)

7 Zusammenfassung und Ausblick

Die rund 475 Tsd. MFA, die im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt sind, bilden eine Gruppe von beachtlichem Ausmaß und übersteigen die Zahl des ärztlichen Personals aus dem ambulanten Sektor (Ende 2024 ca. 170.000) um ein Mehrfaches. Die Gruppe der MFA hat einen außergewöhnlich hohen Frauenanteil (96 %). Dies zeigt sich auch in der Beliebtheit dieses Berufsbildes: Die MFA-Berufsausbildung belegt bei den Frauen den ersten Platz. Hinsichtlich der Ausbildung lässt sich weiter festhalten, dass einem positiven Prüfungsabschluss nichts entgegensteht, wenn die Ausbildung vollständig durchlaufen wurde. Jährlich rund 30 % Vertragslösungen während der Ausbildungszeit deuten allerdings auf strukturelle Herausforderungen der Ausbildungsbedingungen hin. So ist eine frühe Überprüfung der Passung der Berufswahl sinnvoll, und MFA in Ausbildung weisen selbst darauf hin, dass Arbeitsüberlastung abschreckend wirkt und zu wenig Zeit für die nötige Aufarbeitung des Lernstoffes lässt.

Die Ausbildung erfolgt im dualen System, d. h., ein wesentlicher Teil der Ausbildung findet in der Praxis statt. Allerdings gibt es keine ausreichenden finanziellen Anreize für Praxen zur Ausbildungstätigkeit, d. h., Ausbildungskosten werden nicht systematisch kompensiert. Zu erwähnen ist zudem die veraltete Ausbildungsordnung, deren Überarbeitung derzeit geprüft wird, wobei zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser Veröffentlichung noch unklar ist, welche Veränderungen diese Überarbeitung mit sich bringt.

Insgesamt ist die Nachwuchsgewinnung von zentraler Bedeutung, da eine zunehmende Alterung der Beschäftigungsstruktur sichtbar wird und es sich bei MFA um einen Engpassberuf handelt. Dem Ausstieg von MFA aus Alters- oder anderen persönlichen Gründen kann nicht mit einer Erhöhung der Stundenzahl der aktuell Beschäftigten begegnet werden. Zwar arbeiten mehr als 50 % in Teilzeit, aber Teilzeitmodelle sind aus mehreren Gründen attraktiv: So können vonseiten der Ärztinnen und Ärzte lange Praxisöffnungszeiten abgedeckt, aber auch familienfreundliche Arbeitszeiten für die MFA angeboten werden.

Als Maßnahme zur strategischen Sicherung des MFA-Nachwuchses ist zunächst die notwendige Überarbeitung der Ausbildungsordnung zu nennen. Neben Ausbildungsinhalten, die moderne Formen der (digitalen) Versorgung abdecken, können bei dieser Überarbeitung auch Kenntnisse zur Passung helfen, wobei durch Studien abgesicherte Eignungskriterien und Prädiktoren der Passung derzeit eine Forschungslücke darstellen. Da die Ausbildungszeit eine vulnerable Phase für Vertragslösungen darstellt, kommt der Passung zwischen Auszubildenden, Praxis und Ausbildungsinhalten eine entscheidende Bedeutung zu.

Der Verbleib im Beruf und in der ambulanten Versorgung nach der Ausbildung ist multifaktoriell bedingt. Allerdings zählt das Einkommen, das MFA mit ihrem Beruf erwirtschaften können, zu den von MFA selbst am schlechtesten bewerteten Bedingungen, die sich auf Arbeitszufriedenheit und Berufsbindung auswirken. Trotz Lohnanpassungen liegen MFA-Einkommen im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen, mit starkem Ost-West-Gefälle, im unteren Einkommensbereich. MFA, die in Krankenhäusern beschäftigt sind, erhalten höhere Einstiegsgehälter als MFA, die in Praxen arbeiten. Tatsächlich arbeiten zunehmend mehr MFA im höher dotierten stationären Sektor; zahlenmäßig ist diese Gruppe allerdings noch klein (15 % an Vollzeit-äquivalenten). Allerdings können mit entsprechenden Qualifikationen (NäPA/EVA, VERAH etc.) höhere Tätigkeitsgruppen und damit eine höhere Vergütung auch in der ambulanten Praxis (z. B. schon nach fünf Jahren Berufstätigkeit) erreicht werden.

Die Vergütung ambulanter Leistungen ist gesetzlich reguliert und gedeckelt (vor allem über den EBM und den Orientierungswert). Insgesamt verfügen Praxen nur über einen begrenzten Spielraum für wettbewerbsfähige MFA-Gehälter. Im Zusammenhang mit dem niedrigen Einkommensniveau ist zudem zu berücksichtigen, dass dieses im Kontext des Familieneinkommens Teilzeitbeschäftigung begünstigen kann, was wiederum zu einem noch niedrigeren Einkommen führt.

Zur Verbesserung der Vergütung sollten nicht (nur) höhere Gehälter Teil des Forderungskatalogs sein, sondern auch die (Re-)Finanzierung von Leistungen insgesamt in den Blick genommen werden. Höhere Tarifgehälter, die verbindliche Umsetzung von Tarifverträgen und tarifliche Mindeststandards bieten Sicherheit für MFA, und für die Praxis wirkt die Re-finanzierung der Personalkosten durch angepasste Leistungsvergütung absichernd. Im Zuge der Ausdifferenzierung eines Vergütungsmodells in einem Primärversorgungssystem der Zukunft scheint z. B. die Vergütung eines Praxis-Patienten-Kontakts flexiblere Modelle zu erlauben als die ausschließliche Orientierung an Arzt-Patienten-Kontakten.

Fortbildungs- und Karrieremöglichkeiten stellen ebenfalls Wege zur Einkommenssteigerung dar und sind Voraussetzungen für eine sinnstiftende und aus der Sicht der Arbeitsorganisation sinnvolle Aufgabenteilung. Neben akademischen Karrierewegen gibt es für MFA vielfältige curriculare Qualifizierungsmöglichkeiten, um ihre Kompetenzen zu erweitern (z. B. maßgeblich zur Digitalisierung einer Praxis beizutragen) und auch spezifische oder neue Versorgungsbereiche (z. B. Case Management) abdecken zu können. Manche der Bachelor-Studiengänge richten sich speziell an MFA, indem sie deren Kompetenzen und Fähigkeiten als Vorleistung anerkennen. Akademische und curriculare Fortbildungen zeigen zwei unterschiedliche Stoßrichtungen: Einmal zielen sie auf die Erweiterung von administrativen, aber auch von Leitungskompetenzen (z. B. Fachwirtin bzw. Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen), und zum anderen zielen die Qualifikationen auf patientennahe neue Aufgabengebiete (z. B. VERAH/NäPA oder Physician Assistant). In einer ersten Näherung lassen sich abgrenzbare Profile, wie „patientennahe Versorgung“ (z. B. durch VERAH/NäPA) und „Organisation und Management“ (z. B. durch die Fachwirtinnen und Fachwirte), sowie erweiterte patientennahe und organisatorische Rollen (durch Studium wie PA, PCM etc.) erkennen. Im besten Fall lassen sich so in einer Praxis Rollen ausdifferenzieren, die den jeweiligen Interessen und Fähigkeiten der MFA entsprechen.

Als Maßnahme zur systematischen Förderung von Fort- und Weiterbildung kann der konsequente Ausbau standardisierter Fortbildungscurricula entlang von neu entstehenden Rollen (z. B. Digitalisierungsmanagement, Teamwork) und speziell qualifizierten Rollen

(z. B. VERAH, NäPA/EVA) gelten. Vor der Weiterentwicklung von Curricula empfiehlt sich die Entwicklung von verbindlichen Kompetenzprofilen (z. B. Praxisma-nagement, Wundmanagement, Prävention). Vor jedem neuen Studiengang ist eine Reflexion der Zugangsbedingungen vorzunehmen, sodass sie für ausgebildete MFA zugänglich sind. Im Zusammenhang mit qualifizierenden Maßnahmen ließen sich auch spezielle Angebote für Zugewanderte mitdenken. Insgesamt sind auch Wege festzulegen, wie Informationen über Qualifizierungen zu den Praxen und den MFA kommen. Aktuell ist es noch sehr den Praxen überlassen, ob und wie sie sich mit der potenziellen Weiterqualifizierung von MFA beschäftigen.

Qualifizierungen tragen nicht nur zur Möglichkeit funktionaler Arbeitsteilung bei, sondern befördern auch die Professionalisierung und ermöglichen die strukturierte Versorgung der wachsenden Gruppe von chronisch Kranken, indem sie für delegierte Aufgaben qualifizieren. Delegation meint die Übertragung von gut strukturierbaren Tätigkeiten, die dann der Durchführungsverantwortung von MFA unterliegen, während die Gesamtverantwortung beim ärztlichen Personal verbleibt. Es ist davon auszugehen, dass die Durchführungsverantwortung qualitativ hochwertig übernommen werden kann, weil patientennahe Aufgaben bereits Teil des bestehenden Tätigkeitsprofils von MFA sind.

Studienergebnisse zeigen eine zunehmende Bereitschaft von Hausärztinnen und -ärzten, Aufgaben an MFA und qualifizierte Praxisassistenten wie VERAH und NäPA/EVA zu delegieren. Besonders häufig delegiert werden standardisierte medizinische, organisatorische und koordinierende Tätigkeiten, etwa Hausbesuche, strukturierte Assessments, Fallmanagement sowie die Koordination von Unterstützungsangeboten. Auch hier zeigt sich, dass eine stärkere Arbeitsteilung in hausärztlichen Praxen vorgenommen wird und werden kann. Delegation kann die Versorgungsqualität und Effizienz steigern, die Teamzufriedenheit verbessern und ärztliche Ressourcen für komplexere Aufgaben freisetzen. Für MFA bedeutet diese Entwicklung eine Erweiterung des Tätigkeitsprofils verbunden mit mehr Verantwortung und Selbstbestimmung in der Durchführung von komplexen Versorgungsprozessen, was sich wiederum positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken kann.

Delegation ist rechtlich durch die Delegationsvereinbarung legitimiert, jedoch listet diese beispielhaft Tätigkeiten auf und kann zu Unsicherheit führen. Um den Ausbau von Delegation voranzubringen bzw. erweiterte Rollen von MFA zu fördern, ist eine Überarbeitung der Vereinbarung zu empfehlen. Die aktuelle Vereinbarung regelt vor allem die wichtige Letztverantwortung einer ärztlichen Person, lässt aber vieles zur konkreten Umsetzung und rechtlichen Folgen offen, was eben zu Unsicherheiten führt. Good-Practice-Beispiele wie Care und Case Management von Multimorbiden (PraCMan) oder die rheumatologische Versorgung durch MFA zeigen, dass die Vorstrukturierung von Versorgung und die Übergabe strukturierter Aufgaben eine gute Aufteilung von Durchführungs- und Letztverantwortung darstellen. Gegebenenfalls könnte die Delegationsvereinbarung um Hinweise in dieser Richtung erweitert werden.

Auch die Förderung interprofessioneller Teamstrukturen ist bei einem Update der Delegationsvereinbarung zu adressieren. Da MFA von vielen Stakeholdern eine zentrale Rolle in einer Praxis bescheinigt wird, stellt die Delegationsvereinbarung einen rechtlichen Rahmen dar, der diese „moderne“ Sicht einer Primärversorgung berücksichtigen sollte. Es bleibt allerdings zu betonen, dass jede Praxis individuell und für sich der Ort ist, an dem Delegation und auch Wertschätzung jeder dort arbeitenden Person stattfinden muss. Es kann nichts „verordnet“ werden, es können aber Anreize gestaltet werden, die Sicherheit schaffen.

Insgesamt begrenzen Abrechnungs- und berufsrechtliche Rahmenbedingungen derzeit noch die Nutzung erweiterter Kompetenzen von MFA und die Umsetzung innovativer Versorgungsmodelle. Die Finanzierung delegierter Leistungen ist stark abhängig von Einzelverträgen (z. B. HzV mit VERAH-Einsatz), erweiterte Rollen der MFA ließen sich jedoch bei einer Definition der Rahmenbedingungen eines Primärversorgungssystems flächendeckend systematisch verankern. Die bestehende Fort- und Weiterbildungslandschaft zeigt auch jetzt schon klares Potenzial zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Sinne eines teambasierten Zukunftsmodells, aber die Verankerung auf regulatorischer und kultureller Ebene im Gesundheitssystem steht noch aus.

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Attraktivität des Berufsbildes und damit verbunden der

Berufsbindung liegt in einer erhöhten Wertschätzung des Berufes, die über Qualifikation und Diversifikation von Rollen in der ambulanten Praxis erreichbar ist. Man könnte sagen: Der Übergang von arztzentrierter Versorgung auf eine teambasierte Versorgung ist das Gebot der Stunde. Innerhalb der Praxen lassen sich konkrete Handlungsfelder erkennen, die zur Berufszufriedenheit und damit zum Verbleib von MFA beitragen können. Dazu zählen eine gute Organisation teambasierter Arbeitens und Führungskompetenz. Eine verlässliche Arbeitsorganisation sorgt für klare Aufgaben und verringert das Risiko für Überstunden. Ein positives Teamklima, in dem Wertschätzung und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten gelebt werden, zählt zu einer unterstützenden Führungskultur, die in Fortbildungen und in der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten verpflichtend verankert werden sollte. Die Führung eines interprofessionellen Praxisteam anstelle einer Praxis mit ärztlichem und „Assistenz“-Personal erfordert bereits heute und in der Zukunft neue Führungsaufgaben sowie die Kompetenzen zur Gestaltung einer tragfähigen Teamkultur. Eine Versorgung im Team könnte bei der Ausgestaltung eines Primärversorgungssystems zur gedanklichen Grundlage von Leistungsvergütung und Organisation werden.

Zu einer höheren Anerkennung und Sichtbarkeit der Berufsgruppe der MFA könnte aber auch eine stärkere Berücksichtigung in gesundheitspolitischen Debatten beitragen, in denen bislang häufig vor allem der Bereich der Pflege oder der Ärzteschaft hörbar wahrzunehmen ist. Da Untersuchungen zudem zeigen, dass Patientinnen und Patienten gegenüber neuen Rollen von MFA aufgeschlossen sind, ließen sich diese öffentlichkeitswirksam zur Stärkung der Anerkennung präsentieren.

Da in Untersuchungen zu Arbeitszufriedenheit und Berufsbindung immer wieder Überstunden zur Sprache kommen, ist zu berücksichtigen, dass (auch bei Teilzeitbeschäftigung) die Anzahl an Wochenarbeitsstunden derzeit als belastend wahrgenommen wird. Insgesamt wird die Arbeitsbelastung von MFA als hoch empfunden, gerade wenn viele Aufgaben gleichzeitig zu bewältigen sind. An dieser Stelle sei das empirisch für Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit sorgende Team- und Führungsverhalten in einer Praxis noch einmal erwähnt. Dieses lässt sich nur begrenzt durch externe Strukturen beeinflussen und ist maßgeblich von der Haltung und Kompetenz der jeweiligen Praxiseigner geprägt.

Es existieren einzelne Interventionen aus entsprechenden Studien sowie beispielhafte Umsetzungen von (neuen) Rollen und Aufgabengebieten in niedergelassenen Praxen im Sinne von Good-Practice-Beispielen. Die Beispiele zeigen, dass innovative Modelle mit Übernahme von neuen Rollen oder Aufgaben (z. B. Case und Care Management) bereits möglich sind und gute Ergebnisse zeitigen. Mit der fortschreitenden Digitalisierung im Blick lässt sich aus den genannten Praxismodellen ableiten, dass gerade Telemedizin bei entsprechender Neuaufteilung von Rollen zu eigenständigem Arbeiten von MFA, z. B. bei Hausbesuchen, beitragen kann. MFA können bei einem Hausbesuch bei Bedarf ärztlichen Rat zuschalten, sie sind also alleine unterwegs, können aber jederzeit unterstützt werden. Auch das eigenständige Abhalten eigener Sprechstunden sowie eine Reflexion von organisatorischen Tätigkeiten, die keine MFA-Kompetenz benötigen (Verwaltung), zählen zu den nachahmenswerten Beispielen, um eine Praxis zu gestalten, in der MFA in einem teambasierten Ansatz mehr Wahrnehmung und eine Aufwertung ihrer Tätigkeit erfahren können.

Die Ausgestaltung der Teamversorgung der Zukunft begleitend sind einige Forschungslücken zu schließen, die derzeit das Wissen um gute Rahmenbedingungen und Berufsbindung begrenzen. Dazu zählen Prädiktoren für den Verbleib im Beruf oder nach der Ausbildung in einer Praxis. Auch existieren keine Untersuchungen, die explizit die Sichtweise und Erwartungen von MFA auf die Delegationsmöglichkeiten und mögliche neue Rollen in der ambulanten Versorgung analysieren. Weiterhin existieren keine Untersuchungen dazu, welche Auswirkungen auf die Rolle der bereits in einem Team arbeitenden MFA zu berücksichtigen sind, wenn PA oder anderweitig qualifizierte MFA (PCM, VERAH, NäPA/EVA oder spezialisierte MFA) neu hinzukommen. Gerade in größeren Einheiten (z. B. MVZ mit angestellten Ärztinnen und Ärzten) ist davon auszugehen, dass Rollenaufteilungen anders vorgenommen werden als in kleineren Einheiten. Die in unseren Analysen einbezogenen Studien wurden vielfach auch in kleineren Praxen durchgeführt bzw. auch in Praxen, die zudem als besonders forschungsaffin gelten.

Das bereits mehrfach erwähnte Primärarzt- bzw. Primärversorgungssystem stellt eine grundlegende Reformidee dar, und mit den zu erwartenden strukturellen Änderungen ergeben sich geeignete Ansatzpunkte für eine Umsetzung der hier genannten Handlungsfelder.

8 Literatur und Quellenverweise

1. Verband medizinischer Fachberufe e. V. (2006) Berufsordnung für Medizinische Fachangestellte. <https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-berufsordnung>. Zugegriffen: 17. März 2026
2. Flick U (2007) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, 1. Aufl. der Neuausg. Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, Band 55694. Rowohlt-Taschenbuch-Verl., Reinbek bei Hamburg
3. Zahnärztliche Mitteilungen (2024) MFA nicht mehr auf Platz eins. <https://www.zm-online.de/news/detail/mfa-nicht-mehr-auf-platz-eins>. Zugegriffen: 22. Januar 2026
4. Sachverständigenrat für Integration und Migration (2022) Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 11. März 2026
5. Mergenthal K, Gerlach FM, Güthlin C (2012) Vorhandene Ressourcen effektiv nutzen – Medizinische Fachangestellte mit Migrationshintergrund in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 88:466–474. <https://doi.org/10.3238/zfa.2012.0466-0474>
6. Schnabel S (2009) Mehrsprachige MFA: Versorgung und Dolmetschen. PPA Praxisteam professionell (Arztpraxis). https://www.iww.de/ppa/archiv/patientenkommunikation-mehrsprachige-mfa-versorgen-und-dolmetschen-f30188?utm_source=chatgpt.com. Zugegriffen: 14. März 2026
7. Oettel J, Oltmanns S, Zschille M, Leibner M (2024) Fortbildung und Qualifizierung der nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der vertragsärztlichen Versorgung. *Zi-Paper* 29 / 2024. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_29_Fortbildung.pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2026
8. Bundesärztekammer (2023) Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA_Fortbildungscurricula/Nicht-aerztliche_Praxisassistentin_Curriculum_3.Auflage_2023.pdf. Zugegriffen: 23. Januar 2026
9. Institut für hausärztliche Fortbildung (2025) Fortbildungsangebot für das Praxisteam. <https://verah.ihf-fortbildung.de/>. Zugegriffen: 13. Februar 2026
10. Verband der Ersatzkassen (2025) NäPA und VERAH. https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/nichtaerztliche-praxisassistentinnen-versorgungsassistentinnen.html?utm_source=chatgpt.com. Zugegriffen: 22. Januar 2026
11. MFA-mal-anders (2026) Weiterbildung Näpa und EVA. <https://www.mfa-mal-anders.de/karriere/fort-und-weiterbildung/ueberblick/naepa-und-eva>. Zugegriffen: 14. März 2026
12. Statistisches Bundesamt (2025) 1,0 % weniger neue Ausbildungsverträge in der dualen Berufsausbildung im Jahr 2024. Pressemitteilung Nr. 314 vom 28. August 2025. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_314_212.html. Zugegriffen: 21. Januar 2026
13. Berkefeld T, Simon S, Fröhlich M (2025) Ausbildungsabbrüche bei medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten. *Präv Gesundheitsf*. <https://doi.org/10.1007/s11553-025-01259-8>
14. Uhly A, Neises F (2023) Vorzeitige Vertragslösungen in der dualen Berufsausbildung. Aktuelle empirische Befunde der Berufsbildungsstatistik und Maßnahmen - Ein Überblick. https://www.bibb.de/dokumente/pdf/dazubi_informationsbeitrag_vertragsloesungen-befunde-massnahmen-ueberblick.pdf?utm_source=chatgpt.com. Zugegriffen: 14. Februar 2026
15. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. <https://repository.publisso.de/resource/fri:6476886/data>. Zugegriffen: 23. März 2026
16. Mergenthal K, Banduhn S, Gerlach I, Marini A, März B, Müller V, Restle S, Schluckebier I, Schmiedeberg E, Schulz-Rothe S, Güthlin C (2014) Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. *Z Allg Med*:445–450. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0445-0450>
17. Mergenthal K, Schulz-Rothe S, Siebenhofer A, Gerlach FM, Rossmann T, Petersen JJ (2020) Schulung von Medizinischen Fachangestellten bei hausärztlichen Forschungsprojekten. *Z Allg Med* 69:24–30. <https://doi.org/10.3238/zfa.2020.0024-0030>
18. Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg (2013) Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2010-2011). https://neueversorgung.de/images/PDF/Evaluation_2016/HzV-Ergebnisbericht2012_GESAMT_FINAL_Stand_07-02-2013-1.pdf. Zugegriffen: 10. März 2026

19. Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Heidelberg (2014) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach §73b SGB V in Baden-Württemberg (2013-2016). Ergebnisbericht (Stand 09.09.2014). https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/bw_hzv_evaluation_2013-2014.pdf. Zugegriffen: 10. März 2026
20. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2024) Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2023. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2019 bis 2022. https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2023.pdf. Zugegriffen: 4. Februar 2026
21. mfawerk (2026) Als MFA in Teilzeit arbeiten. Ein Leitfaden mit allen wichtigen Informationen zur Arbeit als MFA in Teilzeit. https://mfawerk.de/teilzeit/?utm_source=chatgpt.com. Zugegriffen: 14. März 2026
22. Pfohl W (2025) PKV Institut: Zufriedenheit von MFA leicht gestiegen. https://www.arzt-wirtschaft.de/praxiswissen-fuer-mfa/pkv-institut-zufriedenheit-von-mfa-gestiegen?utm_source=chatgpt.com. Zugegriffen: 14. März 2026
23. Bundesagentur für Arbeit (2024) Entgeltatlas. Entgelt für den Beruf Medizinische/r Fachangestellte/r. Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten. <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/beruf/33213>. Zugegriffen: 15. März 2026
24. Bundesärztekammer (2024) Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA/2024_12_16_Gehaltstarifvertrag-MFA_ab_01_01_2025_final.pdf. Zugegriffen: 15. März 2026
25. MFA-mal-anders (2026) MFA Gehalt 2026. Aktueller Tarifvertrag und Gehalt für Medizinische Fachangestellte. <https://www.mfa-mal-anders.de/karriere/mfa/gehalt#gehaltstarifvertrag>. Zugegriffen: 15. März 2026
26. Statistisches Bundesamt (2026) Verdienste. Tarifverdienste, Tarifbindung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Tarifverdienste-Tarifbindung/_inhalt.html. Zugegriffen: 15. März 2026
27. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2018) Zi-Befragung zur Tarifstruktur und zur Personalsituation von medizinischen Fachangestellten. Aktuelle Fachinformation. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Fachinformationen/2019-12-13_Fachinformation_MFA.pdf. Zugegriffen: 15. März 2026
28. Döpfmer S, Toutaoui K, Kuschick D, Wolf F, Heintze C, Kümpel L (2025) Die MFA-Vergütung aus Sicht von MFA und Hausärzt*innen. *Z Allg Med* 101:264–271. <https://doi.org/10.1007/s44266-025-00376-z>
29. Verband medizinischer Fachberufe e.V. (2006) Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten / zur Medizinischen Fachangestellten vom 26.04.2006. <https://www.vmf-online.de/mfa/ausbildung-im-verband-mfa/mfa-ausbildungsordnung>. Zugegriffen: 17. März 2026
30. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband (2015) Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V - Stand 01.01.2015. https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-24-delegation/24_Delegation.pdf. Zugegriffen: 2. März 2026
31. Bundesärztekammer (2011) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf. Zugegriffen: 17. März 2026
32. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2026) Berufsbildungsgesetz (BBiG). § 1 Ziele und Begriffe der Berufsbildung. https://www.gesetze-im-internet.de/bbig_2005/_1.html. Zugegriffen: 17. März 2026
33. Bundesärztekammer (2025) Fortbildungsangebote der Ärztekammern für Medizinische Fachangestellte nach den Mustercurricula der Bundesärztekammer. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-fortbildung>. Zugegriffen: 17. Februar 2026
34. Bundesärztekammer (2025) Musterfortbildungscurricula. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-fortbildung>. Zugegriffen: 17. Januar 2025
35. Verband medizinischer Fachberufe e. V. (2026) Aufstiegsfortbildungen und Studiengänge. <https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-perspektiven/aufstiegsfortbildungen-1>. Zugegriffen: 17. März 2026
36. Bundesärztekammer (2023) Rahmencurriculum und Musterfortbildungsprüfungsordnung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung (Geprüfte/r Berufsspezialist/in für ambulante medizinische Versorgung). https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA_Fortbildungscurricula/Rahmencurriculum_Fachwirtin_ambulante_Versorgung_2023-02-16.pdf. Zugegriffen: 17. März 2026
37. Bundesinstitut für Berufsbildung (2026) Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen (Geprüfter) / Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen (Geprüfte) (Fortbildung/Umschulung). https://www.bibb.de/dienst/berufesuche/de/index_berufesuche.php/profile/advanced_training/geso7869. Zugegriffen: 17. März 2026
38. Deutsche Gesellschaft für Physician Assistance e. V. (2026) Das Studium Physician Assistance (B.Sc. & M. Sc.). <https://www.pa-deutschland.de/studium>. Zugegriffen: 17. März 2026

39. FOM Hochschule (2026) Primary Care Management. Bachelor of Science (BSc.). https://www.fom.de/de/hoerschulbereiche/gesund-heit-und-soziales/primary-care-management-ba.html?utm_source=chatgpt.com. Zugegriffen: 17. März 2026
40. SRH Fernhochschule - The Mobile University (2026) Praxis- und Versorgungsmanagement (B.Sc.). <https://www.mobile-university.de/bachelor-fernstudium/praxis-versorgungsmanagement/>. Zugegriffen: 17. März 2026
41. Bundesagentur für Arbeit (2026) Engpassanalyse. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html?Thema%3Denglist%26DR_Region%3Dd%26DR_Engpassbewertung%3De%26DR_Anf%3D2%26mapHadSelection%3Dfalse%26toggleswitch%3D0. Zugegriffen: 22. Januar 2026
42. Bundesagentur für Arbeit (2025) Arbeitsmarkt verstehen - Die Analyse von Fachkräftengpässen. Materialien der Statistik der Bundesagentur für Arbeit für Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Lernmaterialien/Generische-Publikationen/Statistik-macht-Schule-Blatt-8.pdf?__blob=publicationFile&v=8. Zugegriffen: 9. Februar 2026
43. Arndt F, Tiedemann J, Werner D (2024) Die Fachkräftesituation in Gesundheits- und Sozialberufen. https://www.kofa.de/media/Publikationen/KOFA_Kompakt/Fachkraeftesituation__Gesundheits-_und_Sozialberufe.pdf. Zugegriffen: 22. Januar 2026
44. Burstedde A, Tiedemann J (2025) IW-Arbeitsmarktfortschreibung 2028. Aktualisierung mit Daten bis 2023. Allgemeine Trendabschwächung. IW-Report 34/2025. https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2025/IW-Report_2025-IW-Arbeitsmarktfortschreibung-bis-2028.pdf. Zugegriffen: 22. Januar 2026
45. Oettel J, Wolf R, Zschille M, Leibner M (2021) Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Zi-Paper 17/2021. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_17-2021_Personalsituation.pdf. Zugegriffen: 17. Januar 2026
46. Vu-Eickmann P, Li J, Müller A, Angerer P, Loerbroks A (2018) Associations of psychosocial working conditions with health outcomes, quality of care and intentions to leave the profession: results from a cross-sectional study among physician assistants in Germany. *Int Arch Occup Environ Health* 91:643–654. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1309-4>
47. Martsch M, Thiele P (2017) Ausbildungszufriedenheit und Vertragsauflösungen als regionaler Spiegel betrieblicher Ausbildungsqualität. http://www.bwpat.de/ausgabe32/martsch_thiele_bwpat32.pdf. Zugegriffen: 25. Januar 2026
48. Guhl D, Jäkel M (2023) Personalmangel in Zahnarztpraxen spitzt sich weiter zu. <https://www.zm-online.de/artikel/2023/zm-2023-22/personalmangel-in-zahnarztpraxen-spitzt-sich-weiter-zu>. Zugegriffen: 25. Januar 2026
49. Oettel J, Zschille M, Leibner M (2022) Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. Zi-Paper 23/2022. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_23-2022_MFA_Ausbildung_update.pdf. Zugegriffen: 21. November 2025
50. Viehmann A, Kersting C, Thielmann A, Weltermann B (2017) Prevalence of chronic stress in general practitioners and practice assistants: Personal, practice and regional characteristics. *PLoS One* 12:e0176658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176658>
51. Schmidt-Stiedenroth K, Mambrey V, Dreher A, Loerbroks A (2024) Psychosocial working conditions and mental health among medical assistants in Germany: a scoping review. *BMC Public Health* 24:716. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17798-2>
52. Vu-Eickmann P, Loerbroks A (2017) Psychosoziale Arbeitsbedingungen Medizinischer Fachangestellter: Ergebnisse einer qualitativen Studie zu den berufsspezifischen Belastungen, Ressourcen, Präventionsmöglichkeiten und Interventionsbedürfnissen (Psychosocial working conditions of physician assistants: results from a qualitative study on occupational stress, resources, possible approaches to prevention and intervention needs). *Z Evid Fortb Qual Gesundh wesen* 126:43–51. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.06.005>
53. Mergenthal K, Güthlin C (2021) Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten (Predictors of job satisfaction among health care assistants). *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 167:78–85. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.09.006>
54. Tsarouha E, Preiser C, Weltermann B et al. (2020) Work-Related Psychosocial Demands and Resources in General Practice Teams in Germany. A Team-Based Ethnography. *Int J Environ Res Public Health* 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197114>
55. Goetz K, Berger S, Gavartina A, Zaroti S, Szecsenyi J (2015) How psychosocial factors affect well-being of practice assistants at work in general medical care?--a questionnaire survey. *BMC Fam Pract* 16:166. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0366-y>
56. Göbel J, Degen L, Minder K, Rieger MA, Weltermann BM (2025) Strong Association of Perceived Chronic Stress with Leadership Quality, Work-Privacy Conflict and Quantitative Work Demands: Results of the IMPROVEjob Study. *Behav Sci (Basel)* 15. <https://doi.org/10.3390/bs15050624>
57. Gavartina A, Zaroti S, Szecsenyi J et al. (2013) Practice assistants in primary care in Germany--associations with organizational attributes on job satisfaction. *BMC Fam Pract* 14:1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-110>
58. Göbel J, Schmidt M, Seifried-Dübon T et al. (2022) Higher Work-Privacy Conflict and Lower Job Satisfaction in GP Leaders and Practice Assistants Working Full-Time Compared to Part-Time: Results of the IMPROVEjob Study. *Int J Environ Res Public Health* 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052618>
59. Degen L, Göbel J, Minder K et al. (2022) Leadership program with skills training for general practitioners was highly accepted without improving job satisfaction: the cluster randomized IMPROVEjob study. *Sci Rep* 12:17869. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22357-z>

60. Loerbroks A, Winkler J, Vu-Eickmann P, Muth T (2022) Mögliche Verbesserungen der psychosozialen Arbeitsbedingungen in Hausarztpraxen: Entwicklung eines Gesprächsleitfadens für Medizinische Fachangestellte zur Nutzung für Mitarbeitergespräche (Potential improvements of psychosocial working conditions in general practices: Development of a discussion guide for medical assistants for staff appraisals). *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 174:82–89. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.08.004>
61. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2025) Zi-Praxis-Panel - Aktuelle Ergebnisse aus der Erhebung 2024. Beurteilung zur Zufriedenheit und aktuellen Lage im ersten Halbjahr 2025. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Themen/Praxis-Befragungen/Veroeffentlichungen/Fachinformationen/ZiPP2024_Vorabinformation.pdf. Zugegriffen: 11. März 2026
62. PKV Institut (2022) Digitalisierung geht nicht nebenbei: Umfrage des PKV-Instituts zeigt Herausforderungen für Arzt- und Zahnarztpraxen. <https://www.pkv-institut.de/magazin/artikel/digitalisierung-geht-nicht-nebenbei-umfrage-des-pkv-instituts-zeigt-herausforderungen-fuer-arzt-und-zahnarztpraxen>. Zugegriffen: 21. März 2026
63. Gerlof H (2026) IT-Ausfall? Ein Fall für die Digi-Managerin! (Not Available). *MMW Fortschr Med* 168:37. <https://doi.org/10.1007/s15006-026-5733-1>
64. Akademie für medizinische Fortbildung (2026) Digi-ManagerIn. <https://www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog/kategorien/kategorie/fortbildungen-fuer-medizinische-fachangestellte/digi-managerin-6511>. Zugegriffen: 22. März 2026
65. Müller J, Breitinger F, Bräuer P et al. (2025) Drivers and barriers to career entry and retention of nurses with initial higher education: A scoping review. *GMS J Med Educ* 42:Doc35. <https://doi.org/10.3205/zma001759>
66. Mittelstätt K, Keppner C, Mohr J, Reiner M, Sheu T, Spätz J (2024) Übergänge in Weiterbildung und deren Verwertung in der Praxis - Gelingensfaktoren, Herausforderungen, Gestaltungsspielräume. https://datapool-bibb.bibb.de/pdfs/Mittelstaet_et-al_UEbergaenge_in_Weiterbildung_und_derer_Verwertung_in_der_Praxis.pdf. Zugegriffen: 16. Februar 2026
67. Medatixx (2025) Was kann man als MFA machen, um mehr Geld zu verdienen? Tipps, Weiterbildungsmöglichkeiten & mehr. <https://medatixx.de/blog/detail/mfa-gehalt-steigern-weiterbildung-karriere-tipps>. Zugegriffen: 24. Februar 2026
68. Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 16. Februar 2026
69. Seyda S, Köhne-Finster S (2024) Weiterbildungskultur in KMU. Studie 01/2024. https://www.kofa.de/media/Publikationen/Studien/2024-Studie_Weiterbildungskultur-in-KMU.pdf. Zugegriffen: 17. Februar 2026
70. Campus Berlin (2025) Ohne Sie geht nichts. Berufschancen von Medizinischen Fachangestellten (MFA). <https://www.campus-berlin.de/blog/mfa-berufschancen-arbeitsmarkt/>. Zugegriffen: 17. Februar 2026
71. Karrieresprung GmbH (2026) Jobprofil: Medizinische Fachangestellte. <https://www.karrieresprung.de/jobprofil/medizinische-fachangestellte/>. Zugegriffen: 17. Februar 2026
72. Bundesministerium für Gesundheit (2006) Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MFA_Verordnung_05052006.pdf. Zugegriffen: 2. März 2026
73. Peters M, Tschöpe T, Konheiser S, Raecke J, Schnitzler A (2023) Development of a digital training for social and emotional competences for medical assistants in vocational education and training in Germany. *Empirical Res Voc Ed Train* 15. <https://doi.org/10.1186/s40461-023-00143-z>
74. Borowiec T, Jörgens J, Kiedrowski M von (2024) 2.2.419 - Voruntersuchung der beruflichen Aus- und Fortbildung für Medizinische Fachangestellte. Wissenschaftliche Dienstleistung: Projektbeschreibung. https://www.bibb.de/dienst/dapro/daprodocs/pdf/at_22422.pdf. Zugegriffen: 19. März 2026
75. Dini L, Sarganas G, Boostrom E, Ogawa S, Heintze C, Braun V (2012) German GPs' willingness to expand roles of physician assistants: a regional survey of perceptions and informal practices influencing uptake of health reforms in primary health care. *Family practice* 29:448–454. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr127>
76. Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J (2017) At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany - a questionnaire survey. *BMC Fam Pract* 18:102. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0697-y>
77. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Guethlin C (2016) Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PLoS One* 11:e0157248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157248>
78. Dini L, Gisbert Miralles J, Heintze C (2018) Delegation in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2018_df/befragung_delegation_hausaerztl_taeatigkeiten.pdf. Zugegriffen: 4. März 2026
79. Wiedemann T (2025) Hausärztliche Versorgung im Wandel. *Z Allg Med* 101:420–428. <https://doi.org/10.1007/s44266-025-00455-1>
80. Egidi G, Bülders S, Diederichs-Egidi H, Mergenthal K (2015) Könnte das nicht auch die MFA erledigen? *Z Allg Med* 91:517–521. <https://doi.org/10.3238/zfa.2015.0517-0521>

81. Dini L, Koppelow M, Reuß F, Heintze C (2021) Die Delegations-Vereinbarung und ihre Umsetzung innerhalb und außerhalb der hausärztlichen Praxis aus Sicht der Niedergelassenen (The Delegation Agreement and its Implementation Inside and Outside the GP Office from the Perspective of Practice Owners). *Gesundheitswes* 83:523–530. <https://doi.org/10.1055/a-1162-8244>
82. Radaëlli M, Bassünier S, Teschner D, Stock S (2014) Medizinische Fachangestellte können mehr. Online-Befragung von VERAH-Absolventen und Praxisinhabern. *Z Allg Med* 90:517–522. <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0517-0522>
83. Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K et al. (2015) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsbl* Volume 58:398-4071–10. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2122-9>
84. Mergenthal K, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C (2016) Wie werden Delegationskonzepte in Hausarztpraxen ausgestaltet? Eine Analyse am Beispiel der VERAH in der HzV. *Z Allg Med* 92:402–407. <https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0402-0407>
85. Stumm J, Thierbach C, Peter L et al. (2019) Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners - a qualitative study. *BMC Fam Pract* 20:160. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y>
86. Gisbert Miralles J, Heintze C, Dini L (2020) Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten (Delegation modalities for general practitioners in North Rhine-Westphalia: Results of a survey among general practitioners on the assignment of defined tasks to EVA, VERAH and VERAH Plus). *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen* 156-157:50–58. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.07.010>
87. Döpfmer S, Trusch B, Stumm J et al. (2021) Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für Hausärzte in der Versorgung von Patienten mit komplexem Bedarf: Eine Fragebogenerhebung Berliner Hausärzte (Support for General Practitioners in the Care of Patients with Complex Needs: A Questionnaire Survey of General Practitioners in Berlin). *Gesundheitswes* 83:844–853. <https://doi.org/10.1055/a-1173-9225>
88. Bortz M, Schübel J, Pochert M, Bergmann A, Voigt K (2021) Delegation von Hausbesuchen und Qualifikation nicht-ärztlicher Mitarbeiter in sächsischen Hausarztpraxen – Ergebnisse der Querschnittstudie SESAM-5 (Delegation of Home Visits and Qualification of Health Care Assistants in Family Practices in Saxony, Germany - Results of the Cross-Sectional Study SESAM-5). *Gesundheitswes* 83:95–102. <https://doi.org/10.1055/a-1130-6266>
89. Wolf F, Krause M, Meißner F et al. (2023) Einstellungen von Hausärzt:innen und Medizinischen Fachangestellten zur Delegation ärztlicher Leistungen – Ergebnisse einer Befragung in Berlin, Brandenburg und Thüringen (Attitudes of general practitioners and medical practice assistants towards the delegation of medical services: Results of a survey in Berlin, Brandenburg and Thuringia). *Gesundheitswes* 85:1115–1123. <https://doi.org/10.1055/a-2158-8982>
90. Amelung VE, Achtert K, Schiller J, Schikowski T, Böker M, Püschner F (2025) DELIVER-CARE - Delegation und Vernetzung bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen. Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/929/2025-08-22_DELIVER-CARE_Evaluationsbericht.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2026
91. Damm K, Hoepfer J, Kriependorf M, Noll L, Witte T, Hoepfer K (2025) Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Mitarbeitende: qualitative Analyse von Erfahrungen im Rahmen der DELIVER-CARE Studie (Delegating clinical tasks to medical practice assistants: qualitative analysis of experiences from the DELIVER CARE study). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.10.006>
92. Landesärztekammer Hessen (2025) Online-Befragung zur praktischen Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Hessen. Zentrale Ergebnisse. https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/MFA/Berufsausbildung/Befragungsergebnisse_MFA_Ausbildung_2025.pdf. Zugegriffen: 22. März 2026
93. Hildebrandt H, Schlißke M, Renner S, Sturm H, Wendel P (2026) Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung: Potenzialanalyse zum Einsatz weitergebildeter und akademisierter Praxisassistentenberufe in der hausärztlichen Versorgung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/delegation-im-praxisteam-ein-starker-hebel-fuer-die-sicherung-der-versorgung>. Zugegriffen: 2. März 2026
94. Senft JD, Wensing M, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G (2019) Effect of involving certified healthcare assistants in primary care in Germany: a cross-sectional study. *BMJ Open* 9:e033325. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033325>
95. Leinert J, Hamburg A, Schilcher C (2026) Teamarbeit gegen den Ärztemangel. Aufgabenteilung aus Sicht der Hausärzte, der Bevölkerung und der Patienten. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-teamarbeit-gegen-den-aerztemangel>. Zugegriffen: 2. März 2026
96. Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM (2013) Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortb Qual Gesundheitswesen* 107:386–393. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2013.07.003>
97. Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J et al. (2011) Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial ISRCTN56104508. *Trials* 12:163. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-163>
98. Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM et al. (2016) Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 164:323–330. <https://doi.org/10.7326/M14-2403>
99. Wiezorreck L, Litke N, Freund T et al. (2020) A mHealth-intervention to support the self-management of multimorbid patients in general practices in Germany (TelePraCMan) – Study protocol of a randomized pilot study. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-36801/v2>

100. Krause A, Schuch F, Braun J et al. (2020) Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie (Delegation of medical tasks in rheumatology). *Z Rheumatol* 79:123–131. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00760-z>. Zugegriffen: 20.02.2026
101. Krause D, Mai A, Denz R et al. (2022) The Structured Delegation of Medical Care Services for Patients With Inflammatory Rheumatic Diseases. *Dtsch Arztebl Int* 119:157–164. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0109>
102. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2026) Teampraxis. Zukunftsmodell Teampraxis: Mehr als interprofessionelle Kooperation. <https://publikationen.kvwl.de/teampraxis-kompass/68754626>. Zugegriffen: 23. März 2026
103. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2024) Teampraxis - Positionspapier der KVWL. https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Themen_A_bis_Z/Teampraxis/KVWL_Positionspapier_Teampraxis_A4_StB_Politik.pdf. Zugegriffen: 10. Februar 2026
104. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2025) Ein Leitfaden zur Integration in die Teampraxis. https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Medien/Sonderbroschueren/Physician_Assistants_in_der_ambulanten_Versorgung_Leitfaden.pdf. Zugegriffen: 10. März 2026
105. Menz L (2025) Der Think-Tank. Die Avatar-Praxis ist eine normale Arztpraxis - und doch ganz anders. <https://www.kvn-magazin.de/251/der-think-tank/>. Zugegriffen: 24. März 2026
106. Fekete H (2025) Eine Praxis setzt komplett auf Digitalisierung. Innovative Versorgung. <https://www.arzt-wirtschaft.de/praxis/praxisfuhrung/innovative-versorgung-eine-praxis-setzt-komplett-auf-digitalisierung>. Zugegriffen: 24. März 2026
107. Bundesagentur für Arbeit (2020) Klassifikation der Berufe KldB 2010 - überarbeitete Fassung 2020. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/KldB2010-Fassung2020-Nav.html>. Zugegriffen: 24. März 2026
108. Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M (2011) Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf* 20:508–514. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2009.038166>
109. Mergenthal K, Leifermann M, Beyer M, Gerlach FM, Güthlin C (2016) Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein? *Z Allg Med* 92:36–40. <https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0036-0040>
110. Statistisches Bundesamt (2025). GPR, Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) nach Geschlecht, Einrichtung und Beruf. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=65&p_archiv_id=7194001&p_sprache=D&p_action=A. Zugegriffen: 23.11.2025
111. Statistisches Bundesamt (2026). GPR, Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) nach Alter und Beruf. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=62&p_archiv_id=7297778&p_sprache=D&p_action=A. Zugegriffen: 28.01.2026
112. Bundesinstitut für Berufsbildung (2026). Verfügbar unter: <https://www.bibb.de/dienst/dazubi/de/2235.php?st%5Bq%5D=Fachangestellte&st%5Battribute%5D=5&st%5Bcountries%5D%5B%5D=30&st%5Boccupations%5D%5B%5D=81102820&st%5Byear%5D=1993&st%5Bsearch%5D=>. Zugegriffen: 28.01.2026
113. Statistisches Bundesamt (2026). GPR, Gesundheitspersonal nach Alter, Beschäftigungsart und Beruf. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=96&p_archiv_id=7298786&p_sprache=D&p_action=A. Zugegriffen: 29. Januar 2026
114. praktischArzt (2026). Verfügbar unter: <https://www.praktischerarzt.de/medizinische-berufe/mfa-gehalt-medizinische-fachangestellte/#mfa-gehalt-im-vergleich-zu-anderen-ausbildungsberufen> Zugegriffen: 29.01.2026

9 Anhang

Allgemeine Anmerkung

Sofern vorhanden, wurden für die Auswertungen

- die Berufsbezeichnung 8110 Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung – oS) mit den beiden Untergruppen 81102 Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten – und die Berufsbezeichnung 81103 Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) – komplexe Spezialistentätigkeiten – sowie
- die Klassifikationsgruppe 8118 Medizinische Fachangestellte (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe – ssT) mit den beiden Untergruppen 81182 Medizinische Fachangestellte (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten – und die Klassifikationsgruppe 81183 Medizinische Fachangestellte (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe) – komplexe Spezialistentätigkeiten –

zusammengerechnet und als „Medizinische Fachangestellte“ bezeichnet (Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) der Bundesagentur für Arbeit [107], siehe Anhang A, Seite 86).

9.1 Tabellen

TABELLE 4 MFA, Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht

Medizinische Fachangestellte in 1.000

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alle Geschlechter	415	426	431	436	441	445	445	451	457	494	492	474	475
weiblich	406	416	421	426	431	434	434	440	445	472	472	458	459
männlich	9	10	10	10	10	11	11	11	12	22	20	16	16

Berufsbezeichnungen 8110 Medizinische Fachangestellte (oS) und 8118 Medizinische Fachangestellte (ssT) zusammengefasst zu Medizinische Fachangestellte.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2026) GPR, Gesundheitspersonal nach Geschlecht, Einrichtung und Beruf. GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=89&p_archiv_id=7299035&p_sprache=D&p_action=A (Abruf: 29. Januar 2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 5 MFA (Vollzeitäquivalente), Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht

Medizinische Fachangestellte in 1.000

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alle Geschlechter	280	288	291	294	297	299	298	303	306	320	317	313	314
weiblich	275	282	286	288	291	292	291	296	298	309	306	304	304
männlich	5	5	5	5	7	7	7	7	8	11	11	9	10

Berufsbezeichnung 8110 Medizinische Fachangestellte (oS) und 8118 Medizinische Fachangestellte (ssT) zusammengefasst zu Medizinische Fachangestellte

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025) GPR, Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) nach Geschlecht, Einrichtung und Beruf.

GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=65&p_archiv_id=7194001&p_sprache=D&p_action=A (Abruf: 28. Oktober 2025).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 6 MFA (Vollzeitäquivalente), Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter

Medizinische Fachangestellte in 1.000, (Prozent in Klammern)

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Alle Altersgruppen	280	288	291	294	297	299	298	303	306	320	317	313	314
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
Unter 30 Jahre	77	78	77	76	75	73	71	70	70	77	74	72	71
	(27,5)	(27,1)	(26,5)	(25,9)	(25,3)	(24,4)	(23,8)	(23,1)	(22,9)	(24,1)	(23,3)	(23,0)	(22,6)
30 bis unter 40 Jahre	64	68	69	70	71	71	71	73	73	75	73	72	71
	(22,9)	(23,6)	(23,7)	(23,8)	(23,9)	(23,8)	(23,8)	(24,1)	(23,9)	(23,4)	(23,0)	(23,0)	(22,6)
40 bis unter 50 Jahre	70	68	66	65	65	64	64	65	66	69	70	71	71
	(25,0)	(23,6)	(22,7)	(22,1)	(21,9)	(21,4)	(21,5)	(21,5)	(21,6)	(21,6)	(22,1)	(22,7)	(22,6)
50 bis unter 60 Jahre	59	62	65	68	70	71	71	72	71	72	70	69	67
	(21,1)	(21,5)	(22,3)	(23,1)	(23,6)	(23,8)	(23,8)	(23,8)	(23,2)	(22,5)	(22,1)	(22,0)	(21,3)
60 Jahre und älter	12	14	15	16	18	20	22	24	26	28	29	31	33
	(4,3)	(4,9)	(5,2)	(5,4)	(6,1)	(6,7)	(7,4)	(7,9)	(8,5)	(8,8)	(9,2)	(9,9)	(10,5)

Berufsbezeichnungen 8110 Medizinische Fachangestellte (oS) und 8118 Medizinische Fachangestellte (ssT) zusammengefasst zu Medizinische Fachangestellte.

Prozentwerte wurden von uns zusätzlich berechnet und ergänzt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2026) GPR, Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) nach Alter und Beruf. GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=62&p_archiv_id=7297778&p_sprache=D&p_action=A (Abruf: 28. Januar 2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 7 MFA (ggf. mit Vorgänger): Neuabschlüsse, Vertragslösungen, Absolventen, Auszubildende, Vergütung

Deutschland, Zuständigkeitsbereich: Freie Berufe

 Ausbildungsdauer laut Ausbildungsordnung: 36 Monate,
bis 2006 Vorgänger siehe: Arzthelfer/-in

Ausbildungsordnung von: 2006

Berichtsjahr (BJ) ¹	1998	2006	2008	2022	2023	2024
Neuabschlüsse² im BJ	15.987	13.557	14.637	17.523	16.422	16.995
darunter jeweils: ³						
Frauen	15.942	13.440	14.505	16.731	15.591	16.092
Ausländer/-innen ⁴			1.212	2.766	2.790	3.303
Anschlussverträge			0	0	0	0
überw. öffentl. finanziert			294	12	12	30
Ausbildungsstätte ÖD			240	525	651	795
Teilzeitberufsausbildung			135	264	324	1.959
Duales Studium				0	0	39
Vertragslösungen im BJ	4.149	2.607	2.928	6.351	5.862	6.417
darunter: Frauen	4.122	2.574	2.880	6.039	5.487	6.027
Ausländer/-innen ⁴			267	1.164	1.125	1.257
Lösungsquote ⁵ in %	23,6	17,5	18,8	32,2	30,0	32,8
Absolventen⁶ im BJ	16.008	12.654	12.801	12.201	12.243	12.798
darunter: Frauen	15.975	12.555	12.687	11.871	11.838	12.288
Ausländer/-innen ⁴			936	1.839	2.283	1.569
Erfolgsquote I ⁷ in %	91,2	87,8	*	84,8	86,7	86,8
Erfolgsquote II ⁷ in %	99,9	94,4	96,6	88,3	91,0	89,8
Auszubildende am 31.12.	46.206	41.085	39.990	44.115	44.469	43.977
darunter: Frauen	46.080	40.743	39.633	42.381	42.465	41.799
Ausländer/-innen ⁴	4.647	3.489	3.486	7.770	7.362	7.917
Vergütung⁸ arith. Mittel 1. AJ				916	939	985
Standardabweichung				82	99	122

BJ: Berichtsjahr = Kalenderjahr; AJ: Ausbildungsjahr; *Keine Berechnung

- Daten vor 1991 liegen nur für die Regionalauswahl alte Länder, westliches Bundesgebiet sowie die einzelnen alten Bundesländer vor.
- Begonnene Ausbildungsverträge, die am 31.12. noch bestehen (Achtung: keine Anfängerzahlen). Details siehe: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/dazubi_daten.pdf
- Insbesondere in den ersten Jahren der Einführung neuer Merkmale können größere Meldeprobleme auftreten, vor allem auf der Ebene der Einzelberufe ist Vorsicht bei der Interpretation geboten. Details zu den Merkmalen siehe: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/dazubi_daten.pdf
- Staatsangehörigkeit bis BJ 2006 nur für Auszubildende am 31.12. insgesamt erhoben, vor 1993 allerdings nicht für alle Einzelberufe.
- Vorwiegend Schichtenmodell (neue Berechnungsweise ab BJ 2009), sonst vermerkt: D: Dreijahresdurchschnitt, E: Einfache Lösungsquote (LQ). Keine Abbruchquote!
- Bestandene Abschlussprüfungen; bis zum BJ 2006: inklusive „Externenzulassungen“ und im Handwerk auch inklusive Umschulungsprüfungen.
- Erfolgsquote (EQ) I ist prüfungsteilnehmerbezogen (ab BJ 2008 verbesserte Berechnungsweise).
- Vertraglich vereinbarte Vergütung im 1. AJ (mehr als 100 Neuabschlüsse im 1. AJ, überwiegend betrieblich finanziert in Vollzeit). Details siehe: https://www.bibb.de/dokumente/xls/dazubi_zusatztabellen_verguetung_2022-2024.xlsx Die durchschnittliche Tarifvergütung über alle Ausbildungsjahre wird nicht mehr ausgewiesen, siehe hierzu Themenseite Vergütung: <https://www.bibb.de/de/12209.php>

Hinweis: Aus Datenschutzgründen sind alle Daten (Absolutwerte) jeweils auf ein Vielfaches von 3 gerundet. Weitreichende methodische Umstellung der Berufsbildungsstatistik ab Berichtsjahr 2007, daher teilweise nur eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Vorjahren.

 Quelle: Auszug aus „Datenbank Auszubildende“ des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31. Dezember) Stand 28.10.2025. Verfügbar unter: <https://www.bibb.de/dienst/dazubi/de/1872.php?sd%5Bcountries%5D%5B%5D=30&sd%5Boccupations%5D%5B%5D=1205&department=0&sd%5Bsearch%5D=> (Abruf: 27.01.2026).

TABELLE 8 **MFA-Abschlussprüfungen, Prüfungsteilnehmende sowie erfolgreiche Prüfungsteilnahmen (Absolventen/Absolventinnen) nach Geschlecht**

absolute Zahlen

Jahr	Abschlussprüfungen			Prüfungsteilnehmer/-innen			Absolventen/Absolventinnen		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
2010	13.728	129	13.599	13.356	123	13.233	12.645	108	12.537
2011	13.536	141	13.395	13.158	138	13.020	12.603	126	12.477
2012	13.245	147	13.095	12.735	144	12.591	11.976	132	11.844
2013	13.248	162	13.086	12.885	162	12.726	12.168	144	12.024
2014	13.056	180	12.876	12.555	174	12.384	11.739	159	11.580
2015	13.110	213	12.897	12.504	204	12.300	11.628	189	11.439
2016	12.957	201	12.756	12.306	195	12.111	11.427	174	11.250
2017	13.176	234	12.942	12.567	222	12.345	11.400	195	11.205
2018	13.467	267	13.200	12.876	258	12.615	11.736	231	11.505
2019	13.740	303	13.437	13.044	279	12.765	11.910	252	11.658
2020	13.992	351	13.644	13.362	333	13.026	12.345	309	12.036
2021	15.366	402	14.964	14.301	375	13.926	13.071	336	12.735
2022	14.394	405	13.989	13.815	387	13.428	12.201	330	11.871
2023	14.124	483	13.641	13.455	456	12.999	12.243	405	11.838
2024	14.742	597	14.145	14.250	582	13.668	12.798	507	12.288

Absolutwerte aus Datenschutzgründen jeweils auf ein Vielfaches von 3 gerundet; der Gesamtwert kann deshalb von der Summe der Einzelwerte abweichen.

Erfasst werden Teilnahmen an Abschlussprüfungen (keine Teilprüfungen) in den dualen Ausbildungsberufen im Kalenderjahr. Auch Wiederholungsprüfungen werden erhoben (teilweise legen Personen innerhalb eines Kalenderjahres mehr als eine Abschlussprüfung ab - erster Prüfungsversuch und eine Wiederholungsprüfung, zwei Wiederholungsprüfungen). Deshalb stimmt die Zahl der Prüfungsteilnahmen i. d. R. nicht mit der Zahl der Prüfungsteilnehmer/-innen überein. Die Zahl der Prüfungsteilnehmer/-innen kann erst seit dem Berichtsjahr 2008 ermittelt werden. Unter Absolventen/Absolventinnen werden Prüfungsteilnehmer/-innen mit bestandener Abschlussprüfung verstanden.

Kommentar: Mit der Aggregatdatenerfassung bis Berichtsjahr 2006 wurden zu den Abschlussprüfungen auch die Teilnahmen an den sogenannten Externenzulassungen – also Prüfungen, die nach § 45 Absatz 2 oder § 43 Absatz 2 Berufsbildungsgesetz zugelassen werden können – sowie im Zuständigkeitsbereich Handwerk auch die Umschulungsprüfungen gezählt. Mit der Einzeldatenerfassung seit dem Berichtsjahr 2007 werden nur noch die Abschlussprüfungen der Auszubildenden gezählt.

Für das Berichtsjahr 2007 wurden keine Abschlussprüfungen veröffentlicht. Für die Berichtsjahre 2008 und 2009 wurde maximal eine Wiederholungsprüfung gezählt. Seit dem Berichtsjahr 2010 werden alle Wiederholungsprüfungen erfasst.

Aufgrund einer weitreichenden methodischen Umstellung der Berufsbildungsstatistik sind die Daten und Berechnungen ab dem Berichtsjahr 2007 nur eingeschränkt mit denen aus den Vorjahren vergleichbar.

Quelle: „Datensystem Auszubildende“ des Bundesinstituts für Berufsbildung auf Basis der Daten der Berufsbildungsstatistik der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Erhebung zum 31.12.). <https://www.bibb.de/dienst/dazubi/de/2235.php?st%5Bq%5D=Fachangestellte&st%5Battribute%5D=5&st%5Bcountries%5D%5B%5D=30&st%5Boccupations%5D%5B%5D=81102820&st%5Byear%5D=1993&st%5Bsearch%5D=> (Abruf: 28.01.2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 9 MFA (Vollzeitäquivalente), Gliederungsmerkmale: Jahre, Einrichtung

Medizinische Fachangestellte in 1.000

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022	2023	2024
Einrichtungen insgesamt	280	288	291	294	297	299	298	303	306	320	317	313	314
Gesundheitsschutz	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
Ambulante Einrichtungen insgesamt	234	238	240	240	241	242	243	243	242	246	246	242	240
Arztpraxen	210	213	216	218	219	219	220	221	221	223	222	221	220
<i>Anteil MFA in Arztpraxen zu Einrichtungen insgesamt, in Prozent</i>	75,00	73,96	74,23	74,15	73,74	73,24	73,83	72,94	72,22	69,69	70,03	70,61	70,06
Zahnarztpraxen	13	12	11	11	10	9	9	8	7	7	6	6	6
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	10	10	10	11	12	12	12	12	12	13	14	13	13
Apotheken	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Einzelhandel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulante Pflege	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen insgesamt	34	38	39	42	43	45	32	38	41	44	47	50	52
Krankenhäuser	33	35	36	38	41	42	30	35	38	42	44	47	49
<i>Anteil MFA in Krankenhäusern zu Einrichtungen insgesamt, in Prozent</i>	11,79	12,15	12,37	12,93	13,80	14,05	10,07	11,55	12,42	13,13	13,88	15,02	15,61
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Stationäre/teilstationäre Pflege	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rettungsdienste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verwaltung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige Einrichtungen	10	10	10	10	10	10	21	21	21	26	24	19	18
Vorleistungsindustrien der Gesundheitswesen	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1

Berufsbezeichnung 8110 Medizinische Fachangestellte (oS) und 8118 Medizinische Fachangestellte (ssT) zusammengefasst zu Medizinische Fachangestellte.

Anteil MFA in Arztpraxen und Anteil MFA in Krankenhäusern von uns berechnet und ergänzt.

* In den Einrichtungen Gesundheitsschutz, Arztpraxen, Apotheken und den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens ist das Personal im Jahr 2021 besonders stark gestiegen. Grund hierfür ist das zusätzlich eingestellte Personal zur Pandemiebekämpfung (etwa in der Kontaktnachverfolgung von Infizierten, sowie Corona-Teststellen und Impfzentren). In den genannten Einrichtungen kann nicht exakt quantifiziert werden, wieviel zusätzliches Personal zur Pandemiebekämpfung insgesamt eingestellt wurde, da dieses Personal keiner eigenen Berufsgruppe zugeordnet werden kann:

Das Personal in Testzentren wird in den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens erfasst, sofern es in einem medizinischen Gesundheitsberuf (ohne Tier-mezizin), einem Beruf in der Altenpflege oder in der Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik gemeldet wurde. Das Personal in Gesundheitsämtern und von öffentlicher Hand betriebenen Impfzentren wird in der Einrichtung „Gesundheitsschutz“ auf Basis der Personalstandstatistik des öffentlichen Dienstes erfasst.

Auch in Apotheken und Arztpraxen wurden zahlreiche Coronatest und -impfungen durchgeführt. Daher ist die Zahl der Beschäftigten in diesen Einrichtungen stark angestiegen.

Quellen: Statistisches Bundesamt (2026) GPR, Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) nach Geschlecht, Einrichtung und Beruf.

GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=65&p_archiv_id=7297876&p_sprache=D&p_action=A (Abruf: 28. Januar 2026)

TABELLE 10 Nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter und vollzeitäquivalente Stellen je Praxis nach Regionstyp, Versorgungsbereich und Organisationsform im Jahr 2022

Praxen, Mitarbeitende (MA) und vollzeitäquivalente Stellen in absoluten Zahlen

Regionstyp, Versorgungsbereich, Organisationsform	Praxen	Gesamt		Medizinische Fachangestellte		Auszubildende		Sonstige	
		Mitarbeiter*innen	VZÄ-Stellen	Mitarbeiter*innen	VZÄ-Stellen	Mitarbeiter*innen	VZÄ-Stellen	Mitarbeiter*innen	VZÄ-Stellen
Gesamt	2.325	5,2	3	3	2	0,4	0,3	1,7	0,6
Ärztliche Versorgung (ohne psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung)	2.019	5,8	3,4	3,5	2,3	0,5	0,4	1,8	0,7
Regionstyp									
Stadt	741	4,8	2,8	2,7	1,9	0,5	0,3	1,6	0,6
Umland	1.143	5,5	3,0	3,2	2,1	0,4	0,3	1,8	0,6
Land	441	5,2	3,1	3,1	2,1	0,3	0,3	1,8	0,8
Versorgungsbereich									
Hausärztliche Versorgung	1.064	5,8	3,4	3,5	2,3	0,5	0,4	1,8	0,7
Fachärztliche Versorgung	947	5,7	3,3	3,4	2,3	0,4	0,3	1,8	0,7
Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	306	1,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	1,3	0,2
Organisationsform									
Einzelpraxis	1.845	4,3	2,4	2,4	1,6	0,3	0,2	1,6	0,6
Berufsausübungsgemeinschaft	480	8,6	5,3	5,4	3,7	0,9	0,7	2,3	1,0

Hinweis: Ungewichtete Mittelwerte für Praxen mit nicht-ärztlichen Mitarbeitern/-innen basierend auf der Querschnittsauswahl (Tabelle 16) mit dem zusätzlichen Kriterium, dass verwertbare Angaben zu den Arbeitszeiten der nicht-ärztlichen Mitarbeiter/-innen vorlagen. „VZA-Stellen“ steht für „vollzeitäquivalente Stellen“. Berichtet wird die Gesamtzahl von Mitarbeitern/-innen je Praxis über das gesamte Jahr 2022. Bei der Berechnung der vollzeitäquivalenten Stellen werden die Beschäftigungswochen im Jahr 2022 und die wöchentliche Arbeitszeit berücksichtigt. Unter „Gesamt“ sind auch übergreifend tätige Praxen berücksichtigt. Als sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden Praxisassistentinnen und -assistenten, Pflegefachkräfte, Technische Assistentinnen und Assistenten, speziell qualifiziertes Praxispersonal und sonstiges Personal wie beispielsweise Hilfskräfte oder Reinigungspersonal zusammengefasst. Die Regionstypen basieren auf den Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), welche auf Grundlage der jeweiligen Bevölkerungsdichte entsprechend zusammengefasst werden. Weitere Informationen zu den Versorgungsbereichen befinden sich in Tabelle 20. Wenn der relative Standardfehler einer Kennzahl 15 % übersteigt, erfolgt eine Graumarkierung der betreffenden Werte.

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2024) Zi-Praxis-Panel – Jahresbericht 2023. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2019 bis 2022. Tabelle 56, Seite 168. Verfügbar unter: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2023.pdf (Abruf 03.02.2026)

| BertelsmannStiftung

TABELLE 11 **Arbeitslosigkeit MFA, ZFA, Zahntechnikerinnen und -techniker, 1998–2025**

absolute Zahlen

Jahr	MFA	ZFA	TFA	Zahntechniker
März 1998	19.144	11.243	859	
März 1999	18.675	13.697	825	
März 2000	17.184	12.023	818	
März 2001	15.700	10.129	799	
März 2002	15.301	9.559	817	
März 2003	17.491	10.804	981	
März 2004	19.201	11.591	976	
März 2005	23.506	15.185	1.238	
März 2006	23.711	15.957	1.258	
März 2007	17.865	10.828	910	
März 2008	14.851	9.757	804	
März 2009	14.135	8.775	818	
März 2010	12.902	7.874	755	2.056
März 2011	12.282	6.907	709	1.722
März 2012	10.918	5.807	649	1.538
März 2013	10.990	5.920	685	1.667
März 2014*	11.601	5.686	731	1.632
März 2015	10.468	5.357	649	1.445
März 2016	9.666	4.983	669	1.407
März 2017	8.886	4.714	593	1.308
März 2018	8.357	4.250	586	1.153
März 2019	7.788	4.024	575	1.091
März 2020	7.508	3.951	529	1.009
März 2021	9.080	5.335	691	1.307
März 2022	8.210	4.237	539	1.084
März 2023	9.319	4.183	679	1.348
März 2024	9.523	4.647	821	1.483
März 2025	10.708	5.009	921	1.601

*zum Januar 2014 wurden neue Berufsklassifikationen eingeführt.

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Verbands medizinischer Fachberufe e. V. (2025) Zahlen und Fakten. Stand 10.11.2025.

Verfügbar unter: <https://www.vmf-online.de/downloaddateien/downloads-pressebereich/zahlen-und-fakten.pdf>
(Abruf: 23. 11.2025).

TABELLE 12 MFA, Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Beschäftigungsart

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Medizinische Fachangestellte in 1.000 (Prozent in Klammern)													
Gesundheitspersonal gesamt	414 (100)	426 (100)	431 (100)	436 (100)	441 (100)	444 (100)	446 (100)	453 (100)	458 (100)	493 (100)	487 (100)	475 (100)	475 (100)
Vollzeit													
Vollzeit gesamt	192 (46,4)	195 (45,8)	195 (45,2)	194 (44,5)	195 (44,2)	193 (43,5)	191 (42,8)	191 (42,2)	191 (41,7)	195 (39,6)	193 (39,6)	190 (40)	189 (39,8)
Unter 30 Jahre	68 (16,4)	69 (16,2)	68 (15,8)	66 (15,4)	65 (14,7)	63 (14,2)	61 (13,7)	60 (13,3)	60 (13,1)	62 (12,6)	61 (12,5)	59 (12,4)	59 (12,4)
30 bis unter 40 Jahre	43 (10,4)	45 (10,6)	45 (10,4)	46 (10,6)	47 (10,7)	47 (10,6)	46 (10,3)	46 (10,2)	46 (10)	47 (9,5)	46 (9,5)	45 (9,5)	44 (9,3)
40 bis unter 50 Jahre	40 (9,7)	38 (8,9)	37 (8,6)	35 (8,0)	35 (7,9)	34 (7,7)	33 (7,4)	33 (7,3)	34 (7,4)	35 (7,1)	36 (7,4)	37 (7,8)	37 (7,8)
50 bis unter 60 Jahre	35 (8,5)	36 (8,5)	37 (8,6)	38 (8,7)	39 (8,8)	39 (8,8)	39 (8,7)	38 (8,4)	38 (8,3)	37 (7,5)	36 (7,4)	35 (7,4)	34 (7,2)
60 Jahre und älter	6 (1,5)	7 (1,6)	7 (1,6)	9 (2,1)	10 (2,3)	11 (2,5)	11 (2,5)	12 (2,7)	13 (2,8)	14 (2,8)	14 (2,9)	15 (3,2)	15 (3,2)
Teilzeit und geringfügig Beschäftigte													
Teilzeit gesamt	223 (53,9)	231 (54,2)	236 (54,8)	241 (55,3)	246 (55,8)	251 (56,5)	255 (57,2)	262 (57,8)	266 (58,1)	298 (60,5)	294 (60,4)	284 (59,8)	286 (60,2)
Unter 30 Jahre	25 (6,0)	25 (5,9)	25 (5,8)	25 (5,7)	25 (5,7)	25 (5,6)	25 (5,6)	25 (5,5)	27 (5,9)	43 (8,7)	39 (8,0)	32 (6,7)	32 (6,7)
30 bis unter 40 Jahre	53 (12,8)	55 (12,9)	56 (13,0)	57 (13,1)	57 (12,9)	58 (13,1)	58 (13,0)	59 (13,0)	59 (12,9)	63 (12,8)	63 (12,9)	60 (12,6)	59 (12,4)
40 bis unter 50 Jahre	72 (17,4)	71 (16,7)	70 (16,2)	69 (15,8)	68 (15,4)	68 (15,3)	67 (15,0)	68 (15,0)	70 (15,3)	75 (15,2)	76 (15,6)	76 (16)	77 (16,2)
50 bis unter 60 Jahre	56 (13,5)	60 (14,1)	64 (14,9)	67 (15,4)	72 (16,3)	73 (16,4)	74 (16,6)	75 (16,6)	75 (16,4)	78 (15,8)	76 (15,6)	74 (15,6)	72 (15,2)
60 Jahre und älter	16 (3,9)	18 (4,2)	20 (4,6)	22 (5,1)	24 (5,4)	28 (6,3)	30 (6,7)	33 (7,3)	35 (7,6)	39 (7,9)	40 (8,2)	43 (9,1)	46 (9,7)

Berufsbezeichnung 8110 Medizinische Fachangestellte (oS) mit 8118 Medizinische Fachangestellte (ssT) zu Medizinische Fachangestellte zusammengefasst. Gesundheitspersonal gesamt, Vollzeit und Teilzeit gesamt sowie Anteil Beschäftigte an Gesundheitspersonal gesamt (in %) von uns berechnet und ergänzt.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2026) GPR, Gesundheitspersonal nach Alter, Beschäftigungsart und Beruf.

GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=96&p_archiv_id=7298786&p_sprache=D&p_action=A (Abruf: 29. Januar 2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 13 **Bruttojahresverdienste (Brutto p. a.): Jahre, Geschlecht**

Bruttojahresverdienste (Brutto p.a.) in Euro (inkl. Sonderzahlungen)

Jahr	Berufe (KB2010)	männlich		weiblich		gesamt	
		durchschnittlich	mittel	durchschnittlich	mittel	durchschnittlich	mittel
2022	KB10-81102 Medizinische Fachangestellte (oS) – Fachkraft	/	/	35.302	35.079	35.386	35.079
	KB10-81103 Medizinische Fachangestellte (oS) – Spezialist	/	/	37.184	35.333	38.301	35.333
	KB10-81182 Medizinische Fachangestellte (ssT) – Fachkraft	39.706	37.756	38.153	36.779	38.740	37.046
	KB10-81183 Medizinische Fachangestellte (ssT) – Spezialist	58.417	49.634	42.601	38.792	43.644	40.207
2023	KB10-81102 Medizinische Fachangestellte (oS) – Fachkraft	45.133	40.825	36.741	36.542	36.894	36.546
	KB10-81103 Medizinische Fachangestellte (oS) – Spezialist	/	/	36.499	36.178	37.044	36.178
	KB10-81182 Medizinische Fachangestellte (ssT) – Fachkraft	42.385	40.321	40.364	39.056	41.137	39.583
	KB10-81183 Medizinische Fachangestellte (ssT) – Spezialist	58.004	52.436	44.049	41.023	45.002	41.189
2024	KB10-81102 Medizinische Fachangestellte (oS) – Fachkraft	46.061	42.216	40.455	39.600	40.567	39.650
	KB10-81103 Medizinische Fachangestellte (oS) – Spezialist	89.077 ¹	76.734 ¹	39.996	38.953	40.378	38.953
	KB10-81182 Medizinische Fachangestellte (ssT) – Fachkraft	43.777	42.494	42.919	41.792	43.280	42.070
	KB10-81183 Medizinische Fachangestellte (ssT) – Spezialist	52.537	45.504	46.684	44.133	47.467	44.347

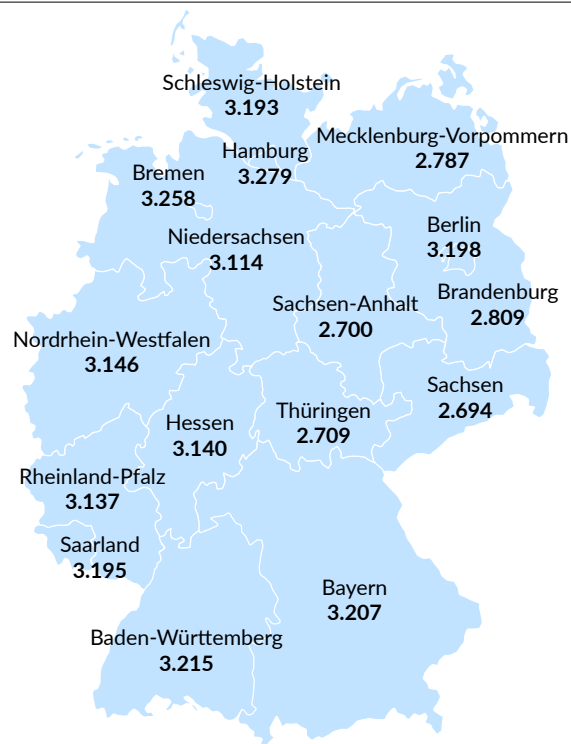
¹ 2024 gab es mutmaßlich weniger als 1.000 männliche Medizinische Fachangestellte (oS) – Spezialist, sodass man bei diesem Wert von einem Ausreißer ausgehen kann.

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) (2025). Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/url/fa268a3c> (Abruf: 24.11.2025).

TABELLE 14 **Mittleres monatliches Bruttoentgelt (Median) für vollzeitbeschäftigte MFA (ohne Spezialisierung) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (Fachkraft)**

In Euro

Bundesland	Entgelt
Hamburg	3.279
Bremen	3.258
Baden-Württemberg	3.215
Bayern	3.207
Berlin	3.198
Saarland	3.195
Schleswig-Holstein	3.193
Nordrhein-Westfalen	3.146
Hessen	3.140
Rheinland-Pfalz	3.137
Niedersachsen	3.114
Brandenburg	2.809
Mecklenburg-Vorpommern	2.787
Thüringen	2.709
Sachsen-Anhalt	2.700
Sachsen	2.694



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (2026) Entgeltatlas. Verfügbar unter: <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/beruf/33213> (Abruf: 16.03.2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 15 Gehälter für voll- und teilzeitbeschäftigte Medizinische Fachangestellte

In Euro, ab dem 01.01.2026 gilt folgende Gehaltstariftabelle für Vollzeitbeschäftigte

Berufsjahr	Tätigkeitsgruppe I	Tätigkeitsgruppe II	Tätigkeitsgruppe III	Tätigkeitsgruppe IV	Tätigkeitsgruppe V	Tätigkeitsgruppe VI
1. Stufe: 1.-4.	2.939,59	3.115,97	3.292,34	3.468,72	3.762,68	4.174,22
2. Stufe: 5.-8.	2.992,56	3.172,11	3.351,67	3.531,22	3.830,48	4.249,44
3. Stufe: 9.-12.	3.045,53	3.228,26	3.410,99	3.593,73	3.898,28	4.324,65
4. Stufe: 13.-16.	3.098,49	3.284,40	3.470,31	3.656,22	3.966,07	4.399,86
5. Stufe: 17.-20.	3.235,88	3.430,03	3.624,19	3.818,34	4.141,93	4.594,95
6. Stufe: 21.-24.	3.288,84	3.486,17	3.683,50	3.880,83	4.209,72	4.670,15
7. Stufe: 25.-28.	3.341,81	3.542,32	3.742,83	3.943,34	4.277,52	4.745,37
8. Stufe: 29.-32.	3.394,76	3.598,45	3.802,13	4.005,82	4.345,29	4.820,56
9. Stufe: ab 33.	3.447,73	3.654,59	3.861,46	4.068,32	4.413,09	4.895,78

Quelle: Bundesärztekammer (2024) Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte ab 01.01.2025.
 Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA/2024_12_16_Gehaltstarifvertrag-MFA_ab_01_01_2025_final.pdf (Abruf: 16.02.2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 16 TVöD-B (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, Bereich Bund)

In Euro, Tariftabelle 2025, gültig von 01.04.2025 bis 30.04.2026

Entgeltgruppe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
E 15Ü	6.870,54	7.601,27	8.293,50	8.755,01	8.826,70	-
E 15	5.669,12	6.039,84	6.453,36	7.017,89	7.598,61	7.980,65
E 14	5.153,96	5.489,64	5.928,03	6.414,51	6.956,78	7.346,09
E 13	4.767,62	5.135,53	5.554,35	6.009,06	6.544,14	6.834,50
E 12	4.295,43	4.718,78	5.213,52	5.762,47	6.406,61	6.712,24
E 11	4.153,35	4.542,72	4.908,59	5.305,54	5.848,79	6.154,45
E 10	4.012,19	4.317,28	4.664,10	5.040,24	5.459,10	5.596,64
E 9c	3.869,93	4.134,21	4.464,10	4.823,53	5.213,22	5.338,33
E 9b	3.729,09	3.848,41	4.150,81	4.482,62	4.847,83	5.153,45
E 9a	3.590,97	3.810,67	3.872,64	4.082,05	4.465,76	4.617,59
E 8	3.391,44	3.596,59	3.738,68	3.883,66	4.040,37	4.115,73
E 7	3.205,23	3.441,58	3.582,38	3.724,47	3.860,94	3.935,06
E 6	3.152,04	3.346,55	3.482,94	3.617,92	3.750,49	3.819,26
E 5	3.038,99	3.227,67	3.355,11	3.490,06	3.615,47	3.680,28
E 4	2.912,62	3.103,55	3.263,75	3.363,48	3.463,20	3.521,60
E 3	2.872,69	3.078,02	3.127,99	3.242,21	3.327,92	3.406,43
E 2Ü	2.711,60	2.945,82	3.031,62	3.146,03	3.224,63	3.283,31
E 2	2.692,16	2.894,28	2.944,67	3.016,58	3.174,63	3.339,97
E 1	-	2.465,52	2.498,86	2.540,55	2.579,42	2.679,47

Quelle: praktischArzt (2026) MFA-Tarifvertrag 2026 – alle Gehaltstarifverträge auf einen Blick. Verfügbar unter: <https://www.praktischarzt.de/medizinische-berufe/tarifvertrag-mfa/> (Abruf: 29.01.2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 17 MFA-Gehalt kirchliche Einrichtungen

In Euro, gültig ab 01.03.2025

Entgeltgruppe	1	2	3	4	5
EG 1		2.374,05	2.473,43		
EG 2		2.666,23	2.780,27		
EG 3	2.825,21	2.956,33	3.087,44		
EG 4	3.016,72	3.157,91	3.299,09		
EG 5	3.257,22	3.411,06	3.564,92	3.718,76	
EG 6	3.369,50	3.529,26	3.689,02	3.848,79	
EG 7	3.761,31	3.941,27	4.127,12	4.316,98	4.413,36
EG 8	4.118,87	4.327,88	4.540,04	4.752,18	4.858,25
EG 9	4.497,47	4.729,29	4.961,12	5.192,94	5.308,86
EG 10	5.111,79	5.375,28	5.638,78	5.902,27	6.034,02
EG 11	5.804,69	6.103,90	6.403,09	6.702,31	6.851,92
EG 12	6.115,84	6.431,09	6.746,35	7.061,60	7.219,22
EG 13	6.911,43	7.267,69	7.623,94	7.980,19	8.158,34

Quelle: praktischArzt (2026) MFA-Tarifvertrag 2026 – alle Gehaltstarifverträge auf einen Blick.

Verfügbar unter: <https://www.praktischarzt.de/medizinische-berufe/tarifvertrag-mfa/> (Abruf: 29.01.2026).

| BertelsmannStiftung

TABELLE 18 Tätigkeitsgruppen für MFA nach aktuellem Gehaltstarifvertrag

Tätigkeitsgruppe	Kriterien für die Tätigkeitsgruppe	Fortbildungsleistungen im Umfang von...	Fortbildungsmaßnahmen sind zum Beispiel:
I	Berufseinsteiger nach abgeschlossener Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten. Tätigkeiten gemäß Ausbildungsordnung	keine	
II	Weitgehend selbständige Übernahme von Aufgaben und vertiefte Kenntnisse und Fertigkeiten in einem Arbeitsbereich	40 Fortbildungsstunden und/oder entsprechende Berufserfahrung.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulante Versorgung älterer Menschen ■ Wundmanagement ■ Hygienemanagement ■ Qualitätsmanagement ■ Klimawandel und Gesundheit ■ Patientenbegleitung und Koordination ■ Datenschutz und Datensicherheit ■ Elektronische Praxiskommunikation und Telematik ■ Notfallmanagement/ Erweiterte Notfallkompetenz ■ Impfmanagement ■ Disease-Management-Programme
III	Weitgehend selbständiges Ausführen von Tätigkeiten, wobei gründliche und/oder vielseitige Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, die durch Aneignung spezialisierter Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in einem oder mehreren Arbeitsbereich(en) erworben wurden.	80 Fortbildungsstunden und/oder entsprechende Berufserfahrung und/oder Tätigkeiten in der Durchführung der Ausbildung der MFA.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulantes Operieren (94 Stunden) ■ Demenz ■ Elektronische Praxiskommunikation und Telematik ■ Gynäkologie und Geburtshilfe ■ Urologie ■ Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen ■ Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden) ■ Strahlenschutzkurs lt. § 49 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchV (90 Stunden)
IV	Selbständiges Ausführen von Tätigkeiten, wobei besonders gründliche und/oder vielseitige Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, die durch Aneignung zusätzlicher umfassender Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in komplexen Arbeitsbereichen erworben wurden.	120 Fortbildungsstunden	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ambulantes Operieren (120 Stunden) ■ Ambulantes Operieren in der Augenheilkunde ■ Augenheilkundlich-technische Assistenz ■ Dialyse und Nephrologie ■ Ernährungsmedizin ■ Gastroenterologische Endoskopie ■ Onkologie ■ Palliativversorgung ■ Pneumologie ■ Prävention im Kindes- und Jugendalter/Sozialpädiatrie (130 Std.) ■ Strahlenschutzkurs lt. § 24 (2) RöV alte Fassung (120 Stunden) ■ Qualitätsmanagement ■ Hygienemanagement ■ Nichtärztliche Praxisassistenz ■ Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®)
V	Ausführen von leitungsbezogenen Tätigkeiten, wobei besonders gründliche und vielseitige Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, die durch Aneignung zusätzlicher umfassender Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in komplexen Arbeitsbereichen erworben wurden.	360 Fortbildungsstunden (1x 120 Stunden und weitere von mind. 40 Stunden innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachwirtin/Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung gemäß § 54 BBiG3
VI	Ausführen von leitungs- und führungsbezogenen Tätigkeiten, wobei besonders umfassende, gründliche und vielseitige Fachkenntnisse vorausgesetzt werden, die durch zusätzliche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten zur Organisation und Steuerung mehrerer umfassender Arbeitsbereiche erworben wurden. Die Tätigkeiten sind mit hoher Problemlösungs- und Sozialkompetenz verbunden.	600 Fortbildungsstunden und entsprechende Berufserfahrung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Betriebswirtin/Betriebswirt für Management im Gesundheitswesen gemäß § 54 BBiG ■ Fachwirtin/Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen gemäß § 53 BBiG

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der Bundesärztekammer, Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA/2024_12_16_Gehaltstarifvertrag-MFA_ab_01_01_2025_final.pdf (Abruf: 15.03.2026).

TABELLE 19 Übersicht der Studien zur Delegation hausärztlicher Aufgaben

Autorinnen und Autoren	Delegierte Berufsgruppe	Delegierte Aufgaben
Dini et al. (2012) [75]	MFA / qualifizierte Praxisassistentinnen	Unterstützende medizinische Tätigkeiten, organisatorische Aufgaben, Beteiligung an strukturierter Patientenversorgung
Institut für Allgemeinmedizin (2013) [18]	MFA/VERAH	Unterstützung bei Routineuntersuchungen, organisatorische Tätigkeiten, Unterstützung in der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten
Raedaelli et al. (2014) [82]	VERAH / erfahrene MFA	Hausbesuche, Präventionsmanagement, Koordination der Versorgung, organisatorische Praxisaufgaben
Institut für Allgemeinmedizin (2014) [19]	MFA/VERAH	Hausbesuche, strukturierte Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, Koordination von Versorgungsleistungen
Laux et al. (2015) [83]	VERAH	Routine- und Kontrolluntersuchungen, Medikamentenmanagement, telefonische Betreuung, Hausbesuche
Egidi et al. (2015) [80]	MFA	Anamneseerhebung, geriatrisches Basis-assessment, DMP-Kontrollen, Medikations-überprüfung, Antikoagulationsmanagement, Wundmanagement, Infusionen, Patientenschulungen, Hausbesuche
Mergenthal et al. (2016) [77]	MFA oder VERAH	Impfungen, diagnostische Messungen (z. B. Blutdruck, Blutzucker), einfache medizinische Prozeduren, Wundmanagement, Schulungen, organisatorische Tätigkeiten
Mergenthal et al. (2016) [84]	VERAH	Hausbesuche, strukturierte Assessments, Fallmanagement, Vorbereitung ärztlicher Konsultationen
Goetz et al. (2017) [76]	MFA / nichtärztliches Praxispersonal	Technisch-diagnostische Tätigkeiten (EKG, Blutdruck, Blutzucker, Spirometrie), Blutentnahmen, Impfungen
Dini et al. (2018) [78]	MFA, VERAH, EVA	Diagnostische Untersuchungen, Blutentnahmen, Beratung zu Lebensstiländerungen, Patientenschulungen, Dokumentation, Hausbesuche
Stumm et al. (2019) [85]	MFA/Praxispersonal	Koordination der Versorgung, Terminorganisation, Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen, Organisation von Transporten
Gisbert Miralles et al. (2020) [86]	MFA / qualifizierte MFA (VERAH, EVA)	Administrative Tätigkeiten, Unterstützung in der Patientenversorgung, Haus- und Heimbesuche
Dini et al. (2021) [81]	Nichtärztliches Praxispersonal	Diagnostische Tests, Teile der Anamnese, Medikamentenübersicht, intramuskuläre Injektionen, Wundmanagement, Schulungen
Döpfmer et al. (2021) [87]	Nichtärztliches Praxispersonal/akademisch qualifizierte Fachkräfte	Haus- und Heimbesuche, Impfungen, Wundversorgung, diagnostische Untersuchungen, administratives Management, Betreuung chronisch Kranker
Bortz et al. (2021) [88]	Nichtärztliches Praxispersonal	Durchführung von Hausbesuchen
Wolf et al. (2023) [89]	MFA / teilweise VERAH oder NÄPA	Erstanamnese, (Telefon-)Triage, DMP- und Chronikerkontrollen, Impfungen, EKG-Vorbefundung, Hausbesuche
Amelung et al. (2025) [90]	MFA	Geriatrische Assessments, strukturierte Hausbesuche, Beratung zu Unterstützungsangeboten, Versorgungskoordination
Wiedemann (2025) [79]	MFA, VERAH, NÄPA	Diagnostische Untersuchungen (z. B. EKG, Langzeit-Blutdruck), Blutentnahmen, Impfungen, Wundmanagement, Betreuung chronisch Kranker, Hausbesuche
Damm et al. (2026) [91]	MFA	Bedarfserhebung bei älteren Patientinnen und Patienten, Koordination von Versorgungsleistungen, Dokumentation

Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

TABELLE 20 Übersicht der Studien zu Auswirkungen von Delegation

Autorinnen und Autoren	Delegierte Berufsgruppe	Auswirkungen von Delegation auf Versorgungsqualität, Arbeitssituation der MFA und auf Zufriedenheit im Praxisteam
Szecsényi et al. (2011) [108]	Nichtärztliches Praxispersonal	Höhere Arbeitszufriedenheit nichtärztlicher Mitarbeitender verbessert Patientenzufriedenheit und Praxisorganisation
Mergenthal et al. (2012) [5]	MFA mit Migrationshintergrund	MFA mit Migrationshintergrund stärken Kommunikation, Vertrauen und kulturelle Verständigung
Institut für Allgemeinmedizin (2013) [18]	VERAH	VERAH verbessern Versorgung chronisch Kranker, übernehmen mehr Verantwortung und stärken Teamabläufe
Institut für Allgemeinmedizin (2014) [19]	VERAH	Delegation an VERAH fördert strukturierte Versorgung, erhöht Arbeitszufriedenheit und verbessert Zusammenarbeit im Team
Mergenthal et al. (2016) [109]	VERAH	VERAH unterstützen Patient:innen durch Beratung, Motivation und bessere Krankheitsbewältigung
Goetz et al. (2017) [76]	MFA / nichtärztliches Praxispersonal	Task Shifting entlastet Ärzt:innen, stärkt multiprofessionelle Teams und erweitert Entwicklungsmöglichkeiten für MFA
Dini et al. (2018) [78]	MFA, VERAH, EVA	Delegation verbessert Versorgung, erweitert Kompetenzen der MFA und fördert effiziente Teamarbeit
Senft et al. (2019) [94]	Praxen mit VERAH vs. Praxen ohne VERAH	Einsatz von VERAH senkt Krankenhausaufenthalte, Facharztbesuche und Medikamentenkosten
Gisbert Miralles et al. (2020) [86]	MFA / qualifizierte MFA (VERAH, EVA)	Aufgabenverteilung nach Kompetenzen optimiert Versorgung und entlastet Hausärzt:innen organisatorisch
Damm et al. (2026) [91]	MFA	Delegation verbessert Erreichbarkeit, Praxisabläufe, Patientenzufriedenheit und Zusammenarbeit im Praxisteam

Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

TABELLE 21 Übersicht der Studien zu Wünschen und Erwartungen von MFA bezüglich Delegation

Autorinnen und Autoren	Delegierte Berufsgruppe	Wünsche und Erwartungen von MFA bezüglich Delegation
Institut für Allgemeinmedizin (2013) [18]	MFA/VERAH	Wunsch nach mehr Verantwortung, beruflicher Weiterentwicklung und Anerkennung der erweiterten Rolle
Raedaelli et al. (2014) [82]	VERAH / erfahrene MFA	VERAH möchten ihre erweiterten Kompetenzen aktiv einsetzen und stärker patientennah arbeiten
Institut für Allgemeinmedizin (2014) [19]	MFA/VERAH	Wunsch nach konsequenter Nutzung der erworbenen Qualifikationen und besserer Einbindung in Delegationsprozesse
Egidi et al. (2015) [80]	MFA	Interesse an eigener MFA-Sprechstunde, mehr selbstständigen Aufgaben und erweiterten Tätigkeitsbereichen
Mergenthal et al. (2016) [84]	VERAH	Wunsch nach Vertrauen, mehr Handlungsspielraum und Unterstützung durch Ärzt:innen
Amelung et al. (2025) [90]	MFA	Wunsch nach klaren Rollen, mehr Zeitressourcen, Anerkennung sowie finanzieller und struktureller Absicherung

Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

TABELLE 22 Übersicht der Studien zu Hinderungsgründen für Delegation

Autorinnen und Autoren	Delegierte Berufsgruppe	Hinderungsgründe für Delegation
Dini et al. (2012) [75]	MFA / qualifizierte Praxisassistentinnen	Rechtliche Unsicherheiten, fehlende Finanzierung und organisatorischer Mehraufwand erschweren Delegation
Institut für Allgemeinmedizin (2013) [18]	MFA/VERAH	Zeitmangel, Haftungsfragen, Personalmangel und Akzeptanzprobleme hemmen Delegation
Raedaelli et al. (2014) [82]	VERAH / erfahrene MFA	Zeit- und Personalmangel sowie fehlende Praxisstrukturen begrenzen Delegation
Institut für Allgemeinmedizin (2014) [19]	MFA/VERAH	Umstrukturierung der Praxis, Ressourcenmangel und rechtliche Unsicherheiten erschweren Umsetzung
Egidi et al. (2015) [80]	MFA	Fehlende Qualifikation, Sicherheits-bedenken und mangelnde Erreichbarkeit der Ärzt:innen setzen Grenzen
Mergenthal et al. (2016) [109]	VERAH	Unzureichende Zeitressourcen, fehlendes Vertrauen der Ärzt:innen und geringe Patientenakzeptanz behindern Delegation
Goetz et al. (2017) [76]	MFA / nichtärztliches Praxispersonal	Unsicherheit zu Verantwortung, Vergütung und delegierbaren Aufgaben erschwert die Umsetzung
Dini et al. (2018) [78]	MFA, VERAH, EVA	Informationsdefizite, rechtliche Unsicherheiten und hoher Anfangsaufwand gelten als zentrale Hürden
Stumm et al. (2019) [85]	MFA/Praxispersonal	Bürokratische Vorgaben, rechtliche Rahmenbedingungen und Zeitmangel begrenzen Delegation
Gisbert Miralles et al. (2020) [86]	MFA / qualifizierte MFA (VERAH, EVA)	Aufwendige Einarbeitung und Zweifel an der Eignung des Personals hemmen Delegation
Wolf et al. (2023) [89]	MFA / teilweise VERAH oder NÄPA	Unterschiede in Einstellungen von Ärzt:innen und MFA beeinflussen die Bereitschaft zur Delegation
Amelung et al. (2025) [90]	MFA	Herausforderungen durch Organisation und Vernetzung bei delegierten Versorgungsmodellen
Wiedemann (2025) [79]	MFA, VERAH, NÄPA	Wandel der hausärztlichen Versorgung erfordert Anpassung von Rollen und Aufgabenverteilung
Damm et al. (2026) [91]	MFA	Fehlende Finanzierung, Fachkräftemangel und unzureichende Vergütung erschweren die Etablierung delegierter Aufgaben

Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

TABELLE 23 **Klassifikation der Berufe**

Bundesagentur für Arbeit, Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) – Aufbau und anwendungsbezogene Hinweise

8	Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung
81	Medizinische Gesundheitsberufe
811	Arzt- und Praxishilfe
8110	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung – oS)
81102	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten
81103	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) – komplexe Spezialistentätigkeiten
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte
8114	Tiermedizinische Fachangestellte
8118	Medizinische Fachangestellte (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe – ssT)
81182	Medizinische Fachangestellte (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten
0	„ohne Spezialisierung“ Berufs- und Tätigkeitsbezeichnungen, die innerhalb der Berufsfachlichkeit einer Berufsgruppe (3-Steller) keinen spezifischen Tätigkeitsschwerpunkt erkennen lassen, werden den Berufsuntergruppen zugeordnet, die „keine Spezialisierung“ vorsehen. Diese Berufsuntergruppen können i. d. R. über die ‚0‘ an der vierten Stelle des numerischen Codes sowie den Zusatz „ohne Spezialisierung“ in der Bezeichnung der Berufsuntergruppe identifiziert werden.
8	„sonstige spezifische Tätigkeitsangabe“ Liegt ein Tätigkeitsschwerpunkt oder eine Spezialisierung vor und ist diese keiner anderen Berufsuntergruppe (4-Steller) innerhalb der gewählten Berufsgruppe berufsfachlich zuzuordnen, so ist die Berufsbezeichnung eine „sonstige spezifische Tätigkeitsangabe“ und wird entsprechend in der Berufsuntergruppe, deren vierstelliger Code mit einer ‚8‘ endet, zugeordnet. Diese Einheit dient nicht als Sammelbecken, sondern soll vielmehr Gelegenheit bieten, bei einer Weiterentwicklung evtl. notwendige, weitere Berufsuntergruppen zu identifizieren.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit. Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) – Aufbau und anwendungsbezogene Hinweise.
<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/Klassifikation-der-Berufe-Nav.html> (Abgerufen: 24.03.2026).

9.2 Ausführliche Methodenbeschreibung

In dieser Studie zu Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der ambulanten Versorgung wurden unterschiedliche methodische Ansätze eingesetzt. Neben einer Daten- und Quellenrecherche (Bestandsaufnahme) sowie einer klassischen Literaturrecherche und -analyse (Stand der Forschung) kam insbesondere bei der Analyse der Stakeholder-Positionen eine Recherche mit KI-gestützten Tools sowie eine Dokumentenanalyse zum Einsatz. Die Auswahl der Good-Practice-Beispiele basierte auf vorhandenen Fachkenntnissen.

9.2.1 Methodik Bestandsaufnahme

Die Internetrecherche zur Bestandsaufnahme orientierte sich an den Prinzipien wissenschaftlicher Literatursuche; diese wurden jedoch auf frei zugängliche Suchmaschinen (z. B. Google) sowie auf ein KI-gestütztes Tool (ChatGPT basierend auf GPT-5.3) angewendet.

Die Suchstrategie orientierte sich an den Fragestellungen zur Bestandsaufnahme unter Verwendung folgender Suchbegriffe:

1. Beschäftigungssituation und Arbeitsmarkt

- Anzahl der Beschäftigten, Geschlecht, Altersstruktur, Migrationshintergrund der MFA
- Weitergebildete MFA: Art und Anzahl
- Ausbildungszahlen, Abbruch- und Prüfungsquoten
- Berufsein- und -austritte, Berufsverweildauer
- Verteilung auf Versorgungsbereiche: ambulant (haus- und fachärztlich), stationär, weitere Bereiche (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Labore, Reha etc.)
- Stille Reserven, offene Stellen, Fachkräftelücke

2. Beschäftigungs- und Arbeitsverhältnisse

- Vollzeit-/Teilzeitverhältnisse, Flexibilität von Arbeitszeitmodellen, Befristung
- Vergütung, Tarife / Tarifbindung (Quote) / Eingruppierungen
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Entwicklungs- und Karrierepfade

3. Tätigkeitsprofil und Zusammenarbeit

- Einsatzfelder und konkrete Aufgabenbereiche von MFA
- Grad der Spezialisierung und Sonderrollen
- Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Ergänzend wurde eine gezielte Suche in relevanten Datenbanken und Veröffentlichungen zentraler Institutionen vorgenommen, wie des Statistischen Bundesamtes (Destatis), der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) sowie der Bundesagentur für Arbeit. Zusätzlich wurden relevante Verweise aus identifizierten Quellen im Sinne eines Schneeballprinzips einbezogen.

Die gefundenen Quellen wurden überprüft und anhand der inhaltlichen Passung zur Fragestellung in die Analyse eingeschlossen. Die Identifikation und Auswahl relevanter Quellen erfolgte iterativ im Zeitraum Oktober und November 2025. Relevante Daten wurden extrahiert und in Tabellen überführt, teilweise durch eigene Berechnungen ergänzt. Sämtliche Tabellen sind im Text oder im Anhang dokumentiert. Ziel war die Bündelung verfügbarer Daten zur deskriptiven Darstellung des aktuellen Kenntnisstands.

9.2.2 Methodik zum Stand der Forschung

Das methodische Vorgehen in der Literaturanalyse zum Stand der Forschung begann mit der präzisen Formulierung der Forschungsfragen bzw. der Zusammenfassung zu Themengebieten. Am Beispiel der Frage „Welche Tätigkeiten delegieren Ärztinnen und Ärzte an MFA?“ stellen wir den Ablauf exemplarisch dar.

Wir führten die Literatursuche in Datenbanken wie MEDLINE, PubMed und Google Scholar durch. Dabei verwendeten wir folgende Suchbegriffe: Medizinische Fachangestellte, Delegation, Aufgabenübertragung, Arbeitsteilung, Hausarztpraxis, Hausärztinnen, Hausärzte und Deutschland.

Anschließend sichteten wir die gefundene Literatur und schlossen gezielt Studien ein, die a) mit MFA durchgeführt wurden, b) Elemente der Delegation bzw. Aufgabenteilung enthielten, c) in hausärztlichen Praxen stattfanden und d) in Deutschland durchgeführt wurden. Studien schlossen wir aus, wenn sie a) nur mit Physician Assistants durchgeführt wurden, b) zu unspezifische bzw. zu allgemeine Aussagen über Delegation bzw. Arbeitsteilung enthielten oder c) nur die Patientensichtweise erhoben.

Ergänzend wurden Literaturverzeichnisse geeigneter Quellen für die weitere Recherche herangezogen, und wir berücksichtigten zusätzliche Literatur, die dem Studienteam bekannt war. Für Fragestellungen, die wir nicht auf Basis vorhandener Literatur beantworten konnten, führten wir eine Daten- und Quellenrecherche analog zur Bestandsaufnahme durch.

Abschließend reflektierten wir die Passung der Literatur kritisch im Hinblick auf die zugrunde liegende Fragestellung und strukturierten die Ergebnisse in Ergebnistabellen (Tabellen 19 bis 22) durch Kategorisierung bzw. thematische Clusterbildung, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Forschungslücken sichtbar zu machen. Darüber hinaus bewerteten wir die Themen und ordneten sie in einen größeren wissenschaftlichen Kontext ein. Ziel war es, einen fundierten Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu geben und Implikationen für weitere Untersuchungen abzuleiten.

9.2.3 Methodik zu Good-Practice-Beispielen

Die Auswahl zu den Good-Practice-Beispielen basiert auf vorhandenen Kenntnissen des ambulanten Sektors im deutschen Gesundheitswesen. Es wurden innovative und aussagekräftige Modelle und Konzepte ausgesucht und gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung auf Passung geprüft.

9.2.4 Methodik zur Analyse der Stakeholder-Positionen

Für die vorliegende Arbeit wurde eine qualitative Dokumentenanalyse durchgeführt mit dem Ziel, Perspektiven relevanter Stakeholder zur Rolle der MFA in der Gesundheitsversorgung systematisch zu erfassen und thematisch auszuwerten. Der Untersuchungszeitraum umfasste Veröffentlichungen ab dem Jahr 2015 bis zum Zeitpunkt der Analyse.

Im ersten Schritt wurden relevante Stakeholder im deutschen Gesundheitswesen identifiziert. Hierzu wurde ein strukturierter Prompt in ChatGPT verwendet, der auf die Identifikation von Berufsverbänden, Organisationen und Institutionen abzielte, die seit 2015 Aussagen zur Rolle von MFA veröffentlicht haben.

Für die **Auswahl der Stakeholder** erfolgte eine erste Abfrage bei ChatGPT mit folgendem Prompt:

- Welche Berufsverbände, Verbände, Gesundheitsorganisationen haben seit 2015 ein Statement, eine Meinung oder irgendetwas zur Rolle der Medizinischen Fachangestellten in der Gesundheitsversorgung veröffentlicht. Bitte gib mir eine Liste mit den Organisationen und eine kurze Zusammenfassung zu deren Meinung und ergänze jeweils die Quellen.

Die Quellenangaben der genannten Stakeholder wurden überprüft und bei korrekter Wiedergabe in die Analyse einbezogen.

Zusätzlich wurden weitere Akteure direkt über eine Suche über Google zu relevanten Statements, Veröffentlichungen oder Positionspapieren untersucht. Hierzu gehörten die 17 Landesärztekammern und die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Bei hoher Relevanz (z. B. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe aufgrund ihres dezidierten Teamansatzes) zu unserem Untersuchungsgebiet wurden diese Stakeholder auch in die Analyse einbezogen.

Die resultierende Liste potenzieller Stakeholder wurde gesichtet und die Quellenangaben überprüft sowie hinsichtlich ihrer Relevanz für das Thema bewertet.

Für die identifizierten Stakeholder wurde in einem zweiten Schritt eine gezielte Suche nach Positionspapieren, Stellungnahmen und weiteren einschlägigen Veröffentlichungen durchgeführt. Auch hierbei wurde ChatGPT unterstützend eingesetzt, um systematisch Perspektiven einzelner Stakeholder im definierten Zeitraum zu erfassen.

Nachdem die Stakeholder festgelegt waren, erfolgte eine umfassende systematische Erhebung der Positionen der Stakeholder. Dafür wurde über ChatGPT zu jedem Stakeholder eine eigene Abfrage mit folgendem Prompt erstellt:

- Welche Perspektive nimmt „Stakeholder xy“ gegenüber der Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten ein? Bitte durchsuche Positionspapiere und Stellungnahmen „Stakeholder xy“ im Zeitraum von 2015 bis heute.

Im Sinne einer Quellvalidierung wurden alle durch ChatGPT identifizierten Quellen unabhängig von uns manuell überprüft. Dabei wurde sichergestellt, dass die Dokumente tatsächlich existieren, dem angegebenen Stakeholder zugeordnet werden können und die extrahierten Inhalte korrekt wiedergegeben wurden. Nicht verifizierbare oder unklare Quellen wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Die inhaltliche Auswertung erfolgte mittels qualitativer, induktiver Kategorienbildung. Hierzu wurden aus den analysierten Dokumenten alle Textpassagen extrahiert, die sich explizit auf die Rolle, Aufgaben, Kompetenzen oder Bedeutung von MFA in der Gesundheitsversorgung beziehen und mit einer überprüfbaren Quelle belegt waren.

Im Sinne einer adaptierten Dokumentenanalyse wurden anschließend die Inhalte codiert, d. h. deduktiv (aufbauend auf der Fragestellung) und induktiv (Themen aus den Stakeholder-Positionen heraus) Kategorien gebildet. Hierzu wurden aus den analysierten Dokumenten alle Textpassagen extrahiert, die sich explizit auf die Rolle, Aufgaben, Kompetenzen oder Bedeutung von MFA in der Gesundheitsversorgung beziehen und mit einer überprüfbaren Quelle belegt waren. Die Kategorien wurden iterativ entwickelt und im Analyseprozess fortlaufend angepasst. Themen, die die MFA direkt betrafen, wurden bei Bedarf zusammengefasst. Darauf aufbauend erfolgte die Auswertung, bei der zentrale Themen, Muster und Zusammenhänge identifiziert wurden. Abschließend wurden die Ergebnisse interpretiert und im Hinblick auf die Forschungsfrage eingeordnet [2].

Recherche zu den Stakeholdern

Zur Beschreibung der identifizierten Stakeholder wurden über ChatGPT folgende Anfragen gestartet:

- Welche Rollen nehmen folgende Organisationen und Verbände in Bezug auf die Medizinischen Fachangestellten (MFA) ein? Bundesärztekammer (BÄK), Verband medizinischer Fachberufe (vmf), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Hausärzterverband / Hausärztinnen- und Hausärzterverband (HÄV), GKV-Spitzenverband, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Marburger Bund (Ärztegewerk-

schaft / Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte), Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Ärztekammer Westfalen-Lippe, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Virchowbund e. V., ver.di (Fachbereich Gesundheit / Sozial- und Erziehungsdienst), Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)

- Welche Aufgaben nehmen folgende Organisationen und Verbände in Bezug auf die Medizinischen Fachangestellten (MFA) wahr? Bundesärztekammer (BÄK), Verband medizinischer Fachberufe (vmf), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Hausärzteverband / Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV), GKV-Spitzenverband, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Marburger Bund (Ärztengewerkschaft / Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte), Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Ärztekammer Westfalen-Lippe, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Virchowbund e. V., ver.di (Fachbereich Gesundheit / Sozial- und Erziehungsdienst), Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)

9.3 Ausführliche Darstellung der Stakeholder-Positionen

Im Folgenden werden die relevanten Stakeholder (in alphabetischer Reihenfolge) dargestellt sowie ihre jeweilige Rolle im Gesundheitswesen und ihre Position in Bezug auf MFA erläutert.

9.3.1 Ärztekammern und Bundesärztekammer (BÄK)

Rolle der Ärztekammern bzw. der Bundesärztekammer

Ärztekammern sind regionale Körperschaften des öffentlichen Rechts und Teil der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland. Sie vertreten die Interessen der Ärztinnen und Ärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich, organisieren Fort- und Weiterbildungsangebote und überwachen die Einhaltung beruflicher Standards. Gleichzeitig sind sie für die Ausbildung der MFA in ihrer Region zuständig. Sie registrieren Ausbildungsverträge, organisieren Prüfungen und beraten Auszubildende und Ausbildungsbetriebe. Sie führen (weiterführende) Fortbildungen durch, um MFA für erweiterte Tätigkeitsgebiete und höhere Verantwortlichkeiten zu qualifizieren.

Die **Bundesärztekammer (BÄK)** ist die Dachorganisation der deutschen Ärztekammern. Sie vertritt die Interessen der Ärzteschaft auf Bundesebene und koordiniert grundlegende Regelungen für ärztliche Berufe und angrenzende Gesundheitsfachberufe.

Für MFA spielt die BÄK eine Rolle, da sie an der Weiterentwicklung des Berufsbildes sowie von Ausbildungs- und Fortbildungsstrukturen beteiligt ist und damit Rahmenbedingungen für die Tätigkeit von MFA in Arztpraxen mitgestaltet. Die BÄK entwickelt gemeinsam mit den Landesärztekammern (LÄK) bundesweite Mustercurricula für MFA-Fortbildungen. Auf regionaler Ebene setzen die einzelnen LÄK diese Aufgaben konkret um.

Position der Bundesärztekammer zur Berufsgruppe der MFA

Die Bundesärztekammer nimmt die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten grundsätzlich wertschätzend und unterstützend wahr, insbesondere als fundamentale Stütze für die ambulante ärztliche Versorgung. Sie fördert Ausbildung, Qualifikation und Nachwuchs und engagiert sich bei gesetzlichen Rahmenbedingungen und tarifpolitischen Fragen sowie bei der professionellen Weiterentwicklung, während sie gleichzeitig den ärztlichen Verantwortungs- und Kompetenzbereich betont und bei Delegationsfragen klare Grenzen zieht. https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe?utm_source=chatgpt.com

Position zur Anerkennung des Berufsbildes und Bedeutung im Gesundheitswesen

Wesentliche Aussagen:

- Die BÄK betrachtet die MFA als zentrale, unverzichtbare Fachkräfte in der ambulanten ärztlichen Versorgung mit einem vielseitigen Aufgabenprofil und hoher Bedeutung für den Praxisalltag.
- Die BÄK beschreibt den Ausbildungsberuf als beliebt, zukunftsorientiert und sicher und informiert aktiv über Ausbildung und Tätigkeitsfelder (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-ausbildung>).

Schwerpunkte der Perspektive:

- MFA sind Multitalente mit medizinischen, organisatorischen und administrativen Aufgaben in Arztpraxen und Versorgungseinrichtungen (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-ausbildung>).
- Die BÄK fördert gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Initiativen zur Nachwuchswerbung für diesen Beruf (z. B. „Von Beruf wichtig: MFA – Ausbildung mit Zukunft“) (<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-21/kbv-und-baek-werben-fuer-den-mfa-beruf>).

Kernbotschaft: MFA sind für eine funktionierende ambulante Versorgung unentbehrlich und müssen in ihrer Rolle gestärkt und nachhaltig besetzt werden.

Position zur Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung

Ausbildung:

- Die BÄK unterstützt die Ausbildung von MFA im Rahmen des dualen Systems und ist über die Landesärztekammern an Ausbildungsfragen beteiligt, etwa durch Musterprüfungsordnungen und beratende Aufgaben (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-ausbildung>).

Fortbildung:

- Die BÄK entwickelt und veröffentlicht umfangreiche Musterfortbildungscurricula für MFA zu zahlreichen Fachgebieten (z. B. Impfmanagement, Dermatologie, ambulante Anästhesie), um Qualifikationen zu stärken und Spezialisierungen zu ermöglichen (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-ausbildung/musterfortbildungscurricula>).
- Die BÄK sieht in Fort- und Weiterbildungen auch einen Weg für MFA, mehr Verantwortung oder Spezialisierung im Praxisalltag zu übernehmen (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-fortbildung>).

Kernbotschaft: Die BÄK fördert eine qualitativ hochwertige und vielseitige Aus- und Weiterbildung, um Einsatz und Kompetenzen der MFA weiterzuentwickeln.

Position zu Arbeitsbedingungen, Wertschätzung und Tariffragen

Bedeutung und Anerkennung:

- In Tätigkeitsberichten äußert die BÄK, dass sich MFA durch hohes Engagement im Praxisalltag auszeichnen und dass ihre Leistungen oft unzureichend gewürdigt werden, etwa in politischen Diskussionen über Arbeitsbedingungen und Vergütung (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Taetigkeitsbericht/ePaper/2023/26/).

Tarifpolitik:

- Die BÄK bezieht tarifpolitische Aspekte mit ein, etwa über die bei ihr angesiedelte AAA (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten), die Tarifverträge mit dem Verband medizinischer Fachberufe abschließt; die BÄK ist also auch strukturell an Arbeitsbedingungen beteiligt (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-tarife>).

Kernbotschaft: Die BÄK erkennt Herausforderungen bei Wertschätzung und Vergütung von MFA an und beteiligt sich an tariflichen Regelungen.

Position zu gesetzlichen Rahmenbedingungen, Validierung und beruflicher Qualifikation

Gesetzgebung zur beruflichen Validierung:

- In einer Stellungnahme zur Berufsbildungsfeststellungsverordnung (BBFVerfV) hat die BÄK kritisiert, dass MFA durch ein neues Feststellungsverfahren der beruflichen Handlungskompetenz korrekt berücksichtigt werden müssen, und fordert z. B. verschobene Umsetzungsfristen, um den Zuständigen Zeit zu geben (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Berufsbildungsfeststellungsverfahrensverordnung_SN_BAEK_13092024.pdf).

Externenprüfung und Anerkennung von Qualifikation:

- Die BÄK kommentierte den Entwurf des Berufsbildungsvalidierungs- und -digitalisierungsgesetzes (BVaDiG) dahin gehend, dass Erfahrungszeiten und ausländische Berufsqualifikationen berücksichtigt werden sollen, um den MFA-Berufsabschluss zugänglich zu machen; sie analysiert damit auch die rechtliche Seite der Berufszulassung (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Berufvalidierungsgesetz_und_Berufsdigitalisierungsgesetz_SN_BAEK_21122023.pdf).

Kernbotschaft: Die BÄK engagiert sich bei rechtlichen Rahmenbedingungen zur Anerkennung, Validierung und Qualifikation, um die berufliche Integrität und Mobilität für MFA zu sichern.

Sonderfragen – Delegation und Weiterentwicklung des Berufes

Delegation ärztlicher Leistungen:

- Grundsätzlich befürwortet die BÄK die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Leistungen an entsprechend qualifiziertes Personal unter ärztlicher Verantwortung; dies betrifft nicht nur MFA, sondern auch erweiterte Rollen wie Physician Assistants (PA) (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe>).

Diskussion um Aufgaben- und Kompetenzlage:

- Während MFA im klassischen Beruf überwiegend assistierende und organisatorische Aufgaben wahrnehmen, erachtet die BÄK eine klare Abgrenzung zwischen ärztlichen Kernaufgaben und delegierbaren Tätigkeiten als wichtig – um Patienten- und Therapiesicherheit zu gewährleisten und rechtliche Verantwortlichkeiten klar zu halten (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe>).

Kernbotschaft: Die BÄK unterstützt eine Delegation nichtärztlicher Aufgaben im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit und ärztlicher Aufsicht, sieht aber klare Limitationen bei der Übernahme ärztlicher Kernkompetenzen.

Zusammengefasst: Gesamtperspektive der BÄK gegenüber MFA

Bereich	Haltung der BÄK
Bedeutung des Berufes	MFA zentrale Fachkräfte der ambulanten Versorgung
Aus- und Weiterbildung	Engagement für vielfältige Fortbildungscurricula und Qualifizierung
Arbeitsbedingungen	Anerkennung hoher Belastung, Engagement in tarifpolitischen Strukturen
Gesetzliche Einordnung	Kritik und Mitgestaltung bei Validierungs- und Ausbildungsrechtsfragen
Delegation und Teamarbeit	Befürwortung interprofessioneller Zusammenarbeit, aber klare ärztliche Verantwortung

9.3.2 Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)

Das **Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)** ist eine zentrale Einrichtung der Bundesregierung zur Förderung und Weiterentwicklung der beruflichen Bildung in Deutschland. Es führt Forschung zur Berufsbildung durch, entwickelt Ausbildungsordnungen und berät Politik und Praxis in Fragen der beruflichen Qualifikation. Im Zusammenhang mit MFA ist das BIBB an der Entwicklung und Modernisierung der Ausbildungsordnung beteiligt und analysiert Qualifikationsanforderungen im Gesundheitswesen. Dadurch trägt es zur Anpassung der MFA-Ausbildung an aktuelle Entwicklungen in Medizin und Gesundheitsversorgung bei.

Position des BIBB zur Berufsgruppe der MFA

Auf Grundlage der ausgewerteten BIBB-Quellen lässt sich festhalten:

1. Systematische Beschreibung des Berufs: BIBB dokumentiert den Beruf umfassend inklusive Ausbildungsprofil, Kompetenzen und rechtlicher Rahmenbedingungen.
2. Forschung zu Kompetenzen und Ausbildungsqualität: Das Institut forscht nicht nur zu technischen Fertigkeiten, sondern betont soziale, kommunikative und reflektierende Kompetenzen als wichtige Ausbildungsziele.
3. Reform und Weiterentwicklungsinteresse: Eine aktuelle Untersuchung zur Neuordnung der MFA-Ausbildung zeigt, dass das BIBB aktiv Veränderungen in Inhalten und Strukturen vorbereitet und dabei auch digitale Anforderungen und Praxisrealitäten berücksichtigt.
4. Qualitäts und Krisenperspektive: BIBB-Analysen zur Coronapandemie verdeutlichen, dass die Ausbildungsbedingungen selbst unter Belastung erforscht und als wichtig für die Vermittlung beruflicher Handlungskompetenz bewertet werden.

Grundlegende Rolle des BIBB gegenüber dem Beruf MFA

Aufgaben des BIBB allgemein

Das BIBB ist die zentrale Forschungs-, Entwicklungs- und Beratungseinrichtung des Bundes für die berufliche Aus- und Weiterbildung. Es erarbeitet Erkenntnisse zur Weiterentwicklung von Ausbildungsberufen, stellt empirische Daten bereit, unterstützt Gesetzes- und Ausbildungsordnungsprozesse und entwickelt praxisnahe Lösungsansätze (https://de.wikipedia.org/wiki/Bundesinstitut_f%C3%BCr_Berufsbildung).

Relevanz für den Beruf MFA

Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten ist ein anerkannter dualer Ausbildungsberuf nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG). Das BIBB dokumentiert diesen Beruf im Ausbildungs- und Berufsbildbereich, bereitet Ausbildungsrahmenpläne auf und veröffentlicht fachbezogene Hilfestellungen (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/8989>).

Schwerpunkt Publikationen und Forschungsergebnisse zum Beruf MFA

Kompetenz- und Ausbildungsforschung

Soziale Kompetenzen als Lernziel

Eine BIBB-Fachpublikation aus dem Jahr 2016 untersucht, inwieweit MFA-Auszubildende berufsrelevante soziale Kompetenzen erwerben. Die Studie hebt hervor, dass Aspekte wie Perspektivenkoordination, Emotionsregulation und kommunikative Fähigkeiten bei MFA-Auszubildenden im Laufe der Ausbildung relevant sind und stärker curricular berücksichtigt werden sollten (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/7986>).

Implikationen der Forschung

Der Fokus des BIBB-Forschungsinteresses liegt nicht nur auf fachlich-technischen Inhalten, sondern auch auf sozial-emotionalen Kompetenzen, die im Praxisalltag der MFA zentral sind z. B. in Patientenkommunikation und Teamarbeit.

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die MFA-Ausbildung

Das BIBB führte eine Erhebung mit über 1.200 MFA-Auszubildenden durch, die zeigt, dass pandemiebedingte Veränderungen die Ausbildungsqualität belastet haben (z. B. reduzierte Übungszeiten, gestiegene Anforderungen, eingeschränkte Lernmöglichkeiten). In der Studie wird gefordert, Ausbildungsprozesse auch in Krisenzeiten qualitativ nachhaltig zu sichern (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/17386>).

Interpretation

Hier zeigt das BIBB Perspektiven, die über rein curriculare Inhalte hinausgehen: Damit wird die Bedeutung der Ausbildungskonstanz und der Lernumgebung, auch unter externen Belastungen betont.

Laufende BIBB-Aktivitäten und Perspektiven zur Weiterentwicklung (2025/26)

Novellierungsbedarf der MFA-Ausbildung

Seit Frühjahr 2025 führt das BIBB (im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit [BMG] und im Einverneh-

men mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF]) eine Voruntersuchung zum Novellierungsbedarf des Berufes durch. Ziel ist es, Vorschläge für die zukünftige Strukturierung der Aus- und Fortbildung zu erarbeiten. Dafür wurde eine Online-Befragung mit MFA, auszubildenden Ärztinnen und Ärzten sowie Personalverantwortlichen durchgeführt (März–Mai 2025) (<https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2025-03-31-bibb-voruntersuchung>).

Bedeutung dieser Untersuchung

- Das BIBB nimmt eine aktuelle Bestandsaufnahme vor, um die Ausbildungsordnung (seit 2006 unverändert) an moderne Anforderungen anzupassen (<https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2025-03-31-bibb-voruntersuchung>).
- Es wird gezielt gefragt, welche Kompetenzen heute fehlen, z. B. im Bereich digitaler Praxis, Patientenkommunikation sowie organisatorischer und rechtlicher Kompetenzen (<https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-fachinformationen/2025-05-02>).

Interpretation

Das BIBB sieht konzeptionellen Reformbedarf: Ausbildungsinhalte, Lernorte und Qualifikationsprofile sollen neu ausgerichtet werden, um aktuellen beruflichen Anforderungen gerecht zu werden.

Forschungsprojekte zur Kompetenzentwicklung

Ein BIBB-Projekt (ProSECoM) forscht zur Förderung sozioemotionaler Kompetenzen im Rahmen der Ausbildung. Hier zeigt das BIBB Interesse an innovativen Methoden z. B. digitalen Trainings zur sozialen Kompetenzentwicklung für MFA (<https://www.bibb.de/de/185832.php>).

Interpretation

Das BIBB engagiert sich aktiv in berufsbildungswissenschaftlicher Forschung, die über traditionelle Lehrpläne hinausgeht und auch digitale sowie strukturelle Elemente in den Fokus stellt.

BIBB-Perspektive in der Gesamtbewertung

Berufsbild und Ausbildungsziele

Aus BIBB-Dokumenten ergibt sich:

- Die MFA-Ausbildung ist als breit angelegter dualer Beruf konzipiert. Medizinisch-technische, organisatorische, kommunikative, verwaltungsbezogene und datenschutzbezogene Aufgaben sind im Ausbildungsprofil festgelegt (https://www.bibb.de/dienst/berufesuche/de/index_berufesuche.php/profile/apprenticeship/n233444).
- BIBB-Publikationen unterstützen die praktische Umsetzung der Ausbildungsordnung durch Handreichungen und Umsetzungshilfen (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/8989>).

Forschungs und Reformorientierung

- Das BIBB forscht zur Kompetenzentwicklung allgemein und speziell zur Kompetenzentwicklung bei MFA (<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/en/7986>).

- Durch neuere Projekte wie ProSECoM zeigt das BIBB Interesse an innovativen pädagogischen Ansätzen, etwa digital gestützten Lernformaten (<https://www.bibb.de/de/185832.php>).
- Die laufende Voruntersuchung signalisiert, dass das BIBB den Beruf für zukunftsorientierte Neuordnungsprozesse offen sieht, insbesondere im Kontext sich wandelnder Arbeitsanforderungen.

9.3.3 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Rolle des Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Die **DEGAM** ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Sie fördert Forschung, Lehre und Qualitätssicherung in der hausärztlichen Versorgung und entwickelt evidenzbasierte Leitlinien für die medizinische Praxis. Für MFA hat die Arbeit der DEGAM Bedeutung, da deren Leitlinien und Versorgungskonzepte häufig die Arbeitsabläufe, Organisation und Zusammenarbeit der Praxisteams in Hausarztpraxen beeinflussen.

Position der DEGAM zur Berufsgruppe der MFA

Die DEGAM ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Allgemeinmedizin in Deutschland, die hausärztliche Versorgung, Forschung und interprofessionelle Zusammenarbeit fördert. Ihre Positionspapiere beziehen sich zwar primär auf die Rolle der Allgemeinmedizin, enthalten aber zunehmend Aussagen zur Einbindung und Weiterentwicklung nichtärztlicher Gesundheitsberufe, darunter auch MFA.

Die DEGAM nimmt gegenüber der Berufsgruppe der MFA eine grundsätzlich positive und zukunftsorientierte Perspektive ein:

- Anerkennung als zentrale Teammitglieder im hausärztlichen Versorgungssystem
- Förderung von Qualifizierungs- und Delegationsmöglichkeiten
- Integration in Primärversorgungskonzepte und politische Reformdebatten
- Betonung der Notwendigkeit formaler Rahmenbedingungen und Vergütungssysteme zur Umsetzung dieser erweiterten Rolle

Insgesamt versteht die DEGAM MFA nicht als bloße Assistenzkräfte, sondern als professionell qualifizierte Fachpersonen, deren Kompetenzen für eine moderne, effiziente und patientenzentrierte hausärztliche Versorgung systematisch gestärkt werden sollen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Rollenverteilung

Stärkung der Teamarbeit

In ihren jüngsten Positionspapieren zur Primärversorgung argumentiert die DEGAM, dass eine effizientere und patientenorientierte Versorgung nicht alleine durch Ärztinnen und Ärzte, sondern durch interprofessionelle Teams erreicht werden kann. Sie betont klar:

- Es müssten formale und inhaltliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Aufgaben, die keine ärztliche Expertise erfordern, von anderen Gesundheitsberufen übernommen werden können, darunter MFA mit speziellen Qualifikationen (https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2026_positionspapier_hausaerzte-primarversorgungssystem.pdf).
- Dies könne dazu beitragen, ärztliche Ressourcen freizusetzen und die hausärztliche Versorgung besser zu nutzen (https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2026_positionspapier_hausaerzte-primarversorgungssystem.pdf).

Das Positionspapier „Ambulant forschen – vernetzt denken“ (2023) zur Primärversorgungsforschung betont die Schlüsselfunktion der Zusammenarbeit mit qualifizierten Fachkräften wie MFA sowie Versorgungsassistentinnen und -assistenten (VERAH) im Team der Hausarztpraxis. Die DEGAM macht klar, dass diese Rollen für eine hochwertige Primärversorgung und die Forschungspraxis notwendig sind (https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2023_pp_forschung_primarversorgung.pdf).

Kernbotschaft: MFA werden als wichtiger Bestandteil des hausärztlichen Teams gesehen, dessen Kompetenzen auszubauen sind, um die hausärztliche Versorgung zu stärken, statt die Verantwortung allein bei Ärztinnen und Ärzten zu belassen.

Rolle der MFA im Primärversorgungssystem

Aufgaben und Weiterentwicklung

In der Darstellung der DEGAM wird regelmäßig darauf hingewiesen, dass MFA, insbesondere MFA mit qualifizierter Zusatzqualifikation,

- bisher häufig im Rahmen hausärztlicher Versorgung eingebunden sind,
- zunehmend jedoch erweiterte Verantwortlichkeiten übernehmen sollten und
- stärker in Versorgungsmodelle wie hausarztzentrierte Versorgung integriert werden müssen (<https://www.aok.de/pp/gg/update/degam-primarversorgung/>).

Die DEGAM nennt dabei oft Beispiele wie Weiterbildungen zur/zum VERAH oder ähnliche Qualifikationen, die MFA befähigen können, delegierbare Leistungen zu erbringen und damit die ärztliche Arbeit sinnvoll zu ergänzen (<https://www.aok.de/pp/gg/update/degam-primarversorgung/>).

Position: Eine explizite Forderung nach qualifizierter Anerkennung und struktureller Verstärkung dieser Rollen, z. B. durch geeignete Abrechnungswege und Vergütungsmodelle, findet sich in allen relevanten aktuellen DEGAM-Papieren.

Positionen zu Gesundheitspolitik und Gesetzgebung

Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen

Auch in Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Reformvorhaben, etwa zur Stärkung der Pflegekompetenz, hebt die DEGAM hervor:

- Die Kompetenzen von MFA müssen gleichermaßen wahrgenommen und gestärkt werden, innerhalb oder unabhängig von spezifischen Gesetzen (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP21/PKG/DEGAM_Stellungnahme_RefE_PKG.pdf).

Dies verdeutlicht, dass die DEGAM MFA nicht als „Randgruppe“, sondern als zentrale Leistungsträger im hausärztlichen Team betrachtet, und eine Anerkennung dieser Rolle im Gesundheitsrecht befürwortet.

Implizite Aussagen in übergreifenden Positionen

Auch wenn frühere DEGAM-Positionen (vor 2025) nicht immer explizit auf MFA eingehen, lassen sich folgende Trends in Positionspapieren zur Primärversorgung (zwischen 2023 und 2026) erkennen:

- eine Verschiebung von Tätigkeiten, die bisher ärztlich erbracht wurden, zu delegierbaren Aufgaben,
- die Förderung von Weiterbildung und Rollenvielfalt und
- der erklärte Wille, hausärztliche Teams stärker zu professionalisieren (https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2025_positionspapier_hae_steuerung.pdf).

Dies lässt sich als strukturelle Anerkennung der Bedeutung von MFA verstehen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Rolle des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe

Der **DBfK** versteht sich als berufsständische Interessenvertretung für Pflegefachpersonen, die sich um pflegewissenschaftliche Qualität, Selbstverwaltung (z. B. Pflegekammern) und berufliche Weiterentwicklung kümmert. Obwohl der DBfK nicht direkt die Interessen von MFA vertritt, bestehen Berührungspunkte bei Themen wie der interprofessionellen Zusammenarbeit, Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen und der Weiterentwicklung von Gesundheitsberufen.

Position des DBfK zur Berufsgruppe der MFA

Der DBfK nimmt gegenüber der Berufsgruppe der MFA keine eigene zentrale politische oder berufspolitische Perspektive ein. Stattdessen bleibt der Fokus auf den professionellen Pflegefachpersonen, und MFA werden – wenn überhaupt – im Kontext von multiprofessioneller Versorgung oder übergeordneter berufs- und berufspolitischer Diskussion erwähnt. Die Interessen und Belange der MFA-Berufsgruppe werden nicht eigenständig vom DBfK adressiert oder vertreten.

DBfK-Fokus und berufliche Abgrenzung

Der DBfK vertritt primär die Interessen der professionell Pflegenden (Pflegefachpersonen in Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege). Dies ist das zentrale Selbstverständnis des Verbandes und zieht sich durch alle Positionen und Stellungnahmen:

- Der Verband versteht sich als berufsständische Interessenvertretung für Pflegefachpersonen, die sich um pflegewissenschaftliche Qualität, Selbstverwaltung (z. B. Pflegeberufekammern) und berufliche Weiterentwicklung kümmert.

Konsequenz: MFA als eigenständige Berufsgruppe im Gesundheitswesen werden nicht zum Kernfeld des DBfK erklärt. Der Bezug, den der DBfK zu MFA herstellt, geschieht fast ausschließlich indirekt über pflegepolitische Rahmenbedingungen oder in Abgrenzung zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen.

Keine direkte Schwerpunktstellung zu Medizinischen Fachangestellten

In den durchsuchten Positionspapieren und Stellungnahmen des DBfK (2015–2026) findet sich keine eigenständige, explizite Positionierung des Verbandes zur Berufsgruppe der MFA als zentrale oder gleichwertige Profession (anders als etwa zur Pflegefachassistentenausbildung, zur Pflegequalität, zu Pflegekammern etc.). Dies bedeutet:

- Der DBfK hat keine eigene DBfK-Positionspapierreihe speziell zu MFA veröffentlicht.
- Auch in den aktuellen DBfK-Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen kann keine Passage identifiziert werden, die die MFA-Berufsgruppe in den Fokus rückt oder eine gemeinsame professionelle Position beschreibt (etwa zur Ausbildung, zur Rolle im Versorgungssystem oder zu gemeinsamen Kompetenzen) (<https://www.dbfk.de/de/berufspolitik/stellungnahmen/>).

Interpretation: Der Verband nimmt MFA nicht als gleichwertige „professionelle Partner“ im Sinne der Pflegeberufe wahr, sondern sie fallen eher unter den allgemeinen Kontext der multiprofessionellen Versorgung, ohne eigenen politischen Schwerpunkt.

Indirekte Aussagen durch berufspolitische Positionen

Trotz fehlender direkter Stellungnahmen zu MFA hat der DBfK aber an zahlreichen berufs- und gesundheitspolitischen Diskussionen teilgenommen, die indirekt auch für MFA relevant sind:

Multiprofessionelle Versorgung und Rollenverteilung

- In verschiedenen Forderungen, z. B. zu Primärversorgungszentren oder zur Umverteilung von Aufgaben zwischen Gesundheitsberufen, betont der DBfK, dass die professionellen Kompetenzen der Pflege stärker genutzt und formal anerkannt werden sollen. Darin steckt implizit die Vorstellung, dass Pflegekompetenz nicht durch andere Berufsgruppen ersetzt wird, sondern als eigenständiger Beitrag zur Versorgung notwendig ist (<https://dbfk.de/de/newsroom/pressemitteilungen/meldungen/2025/Forderungen-an-zukuenftige-Bundesregierung.php>).

Ausbildungspolitik – Fokus Pflegefachassistenz

- Der Verband kommentiert Entwürfe zur Pflegefachassistenz und zur generalistischen Pflegeausbildung. Dabei werden deutliche Grenzen zwischen Pflegenden und Assistenzrollen gezogen, in dem Sinne, dass Assistenzqualifikationen zwar wichtig sind, aber Pflegefachpersonen nicht ersetzen dürfen, was indirekt auch für Abgrenzungen zu MFA-Aufgaben relevant ist (<https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/267626/e8f07e7e40ee8789a7ebc53035e502ee/dbfk-data.pdf>).

Stärkung der Pflegekompetenz

- Der DBfK hat sich für Gesetze zur Stärkung der Pflegekompetenz ausgesprochen, bei denen die Kompetenzen der Pflegefachpersonen klar hervorgehoben werden. Dies spricht gegen eine Reduktion des Pflege-Professionsanspruchs zugunsten anderer Assistenzberufe (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/PKG/DBfK_Stellungnahme_Pflegekompetenzgesetz_RefE.pdf).

Zusammengefasst: Perspektive des DBfK auf MFA

Auf Basis der recherchierten Dokumente lässt sich die Perspektive des DBfK wie folgt zusammenfassen:

Professionalität und Abgrenzung

- Der DBfK stellt die professionelle Pflege als eigene Berufsgruppe in den Mittelpunkt seiner berufspolitischen Arbeit.
- MFA werden nicht als gleichwertige Opponentinnen und Opponenten oder Hauptadressatinnen und -adressaten bezüglich berufspolitischer Forderungen adressiert.

Indirekter Bezug über Versorgungsdiskurse

- Wo der DBfK über die Verteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen spricht, wird deutlich, dass er die pflegerische Expertise stärker nutzen möchte, ohne Assistenzberufe (wie MFA) als Ersatz zu sehen.

Keine eigenständige MFA-Positionierung

- Es gibt keine dedizierte DBfK-Position zu MFA etwa zur Ausbildung, Kompetenzabgrenzung und Vergütung oder zu einer gemeinsamen berufspolitischen Plattform.

9.3.5 GKV-Spitzenverband

Rolle des GKV-Spitzenverbandes

Die Finanzierung und strukturelle Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung wird aufseiten der Krankenkassen maßgeblich durch den **GKV-Spitzenverband (GKV-SV)** beeinflusst. Als Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen wirkt er an Vereinbarungen mit der ärztlichen Selbstverwaltung mit. Für MFA wirkt sich die Arbeit des GKV-SV vor allem indirekt aus, da Entscheidungen über Vergütungssysteme, Versorgungsprogramme oder Qualitätsanforderungen die Organisation und Arbeitsbedingungen in Arztpraxen beeinflussen.

Position des GKV-SV zur Berufsgruppe der MFA

Der GKV-SV sieht MFA nicht als isolierte Zielgruppe in eigenen Positionspapieren, sondern positioniert sie im Kontext des nichtärztlichen Praxispersonals als wichtigen Bestandteil guter und effizienter Versorgung. Er unterstützt die stärkere Einbindung und Förderung nichtärztlicher Kompetenzen, erkennt den Fachkräftemangel an und berücksichtigt indirekt die Relevanz von MFA in Finanzierungsgesprächen ohne jedoch eine eigenständige, explizite MFA-Agenda zu entwickeln.

Allgemeine Haltung: MFA als Teil des nichtärztlichen Praxispersonals

Der GKV-SV erkennt mehrfach an, dass nichtärztliches Praxispersonal, zu dem auch MFA gehören, eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung spielt:

- In einer GKV-Versichertenbefragung 2025 wird hervorgehoben, dass nichtärztliches Personal sowohl verwaltungstechnische als auch medizinische Aufgaben übernimmt, z. B. Impfungen, Blutabnahmen und Informationsvermittlung, und als Entlastung für Ärztinnen und Ärzte gilt. Die stärkere Einbindung dieses Personals wird ausdrücklich als sinnvoll beurteilt (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2023872.jsp).

- Der Verband fordert, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Qualifikationsförderung des nichtärztlichen Personals erlauben und die Übertragung geeigneter medizinischer Aufgaben unterstützen (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2023872.jsp).

Der GKV-SV erkennt den Beitrag von MFA zur Versorgungspraxis implizit an, ohne sie aber als eigene Berufsgruppe in politischen Forderungen stark herauszustellen (<https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2025-04-25-gkv>).

Stellung des GKV-SV im Kontext des Fachkräftemangels

- In Positionspapieren zur Stärkung der ambulanten Versorgung sieht der GKV-SV den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel als zentrale Herausforderungen. Dies betrifft MFA indirekt, denn sie gehören zu den nichtärztlichen Fachkräften, deren Verfügbarkeit für eine funktionierende Versorgung essenziell ist (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2023872.jsp).
- Die Erschöpfung von Ressourcen und der zunehmende Druck auf Praxisteams sind thematisierte Punkte, bei denen der GKV-SV eher auf organisatorische und digitale Lösungen (z. B. digitale Terminvergabe, Verzahnung von Versorgungsebenen) setzt, um die Effizienz zu erhöhen, als auf direkte professionelle Aufwertungsmaßnahmen für MFA (<https://www.aerzteblatt.de/news/ambulante-versorgung-gkv-spitzenverband-legt-positionspapier-vor-8bba5bdc-9449-4751-8619-4e0bf6f430bf>).

Fachkräftemangel wird anerkannt, sodass auch personelle Ressourcen von MFA hierunter fallen; eine explizite Struktur- oder Förderagenda für MFA als Berufsgruppe ist in GKV-Papieren bislang weniger ausgeprägt (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2023872.jsp).

Praktische Auswirkungen auf MFA-Arbeitsbedingungen (indirekt über Honorarverhandlungen)

- Die jährlichen Honorarverhandlungen zwischen GKV-SV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben einen direkten Effekt auf die wirtschaftliche Lage der Arztpraxen – und damit auch auf die Beschäftigung und Vergütung von MFA. So wurde z. B. ein Orientierungswert-Anstieg 2025 um 3,85 % vereinbart, der auch die Tarifverträge für MFA-Gehälter berücksichtigt (<https://mfa-heute.de/2024/09/wichtig-auch-fuer-mfa-orientierungswert-steigt-2025-um-385-prozent>).

Dies zeigt eine indirekte Anerkennung der wirtschaftlichen Bedeutung von MFA-Personalkosten für die Versorgung, wenn auch nicht explizit als Berufsgruppenpolitik (<https://mfa-heute.de/2024/09/wichtig-auch-fuer-mfa-orientierungswert-steigt-2025-um-385-prozent>).

Konfliktlinien mit Verbänden der Leistungserbringer

Obwohl der GKV-Spitzenverband selbst keine direkten negativen Aussagen über MFA veröffentlicht hat, gibt es Kritik an seinen Positionspapieren zur ambulanten Versorgung, die Auswirkungen auf MFA-Arbeitskontexte haben können:

- Ärzte- und Praxisverbände sehen bestimmte GKV-SV-Vorschläge als Risiko für die Praxisautonomie und Versorgungskapazität, was mittelbar die Arbeitsbedingungen von MFA beeinflussen könnte. Kritikpunkte umfassen etwa stärkere zentrale Steuerungsmodelle und digitale Melde- bzw. Koordinationspflichten (<https://spifa.de/gkv-sv-positionspapier/>).

Spannungsfeld: Der GKV-Spitzenverband denkt Versorgung gesamtstrukturell, während Praxen und Verbände eher die operative Praxisrealität (inklusive Arbeitsbelastung der MFA) hervorheben (<https://spifa.de/gkv-sv-positions-papier/>https://spifa.de/gkv-sv-positions-papier/?utm_source=chatgpt.com).

Zusammengefasst: Perspektive des GKV-Spitzenverbandes auf MFA

Aspekt	GKV-SV-Position
Anerkennung	MFA gehören zum wichtigen nichtärztlichen Praxispersonal; ihre Rolle wird betont.
Forderungen	Stärkung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Kompetenzerweiterung nichtärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; kein eigenes Berufsgruppenpapier nur für MFA
Fachkräftemangel	Wird gesehen, MFA sind Teil des Problems/Lösungsansatzes in der ambulanten Versorgung
Honorar und Finanzierung	Honorarentwicklungen berücksichtigen indirekt MFA-Tarife über Praxisfinanzen.
Streitpunkte mit Leistungserbringern	GKV-SV-Positionspapiere werden teilweise als praxisfern kritisiert, was indirekt Einfluss auf MFA-Arbeitsbedingungen haben kann.

9.3.6 Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV)

Rolle des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes

Der **Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV)** vertritt die berufspolitischen Interessen der Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland. Der Verband setzt sich für eine starke hausärztliche Versorgung ein und wirkt an gesundheitspolitischen Entscheidungen sowie an Vertragsmodellen wie der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) mit. Der HÄV bietet über das Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF) Fortbildungen für MFA an und hat u. a. das Qualifizierungsprogramm „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)“ entwickelt. Ziel ist es, MFA stärker in die Patientenversorgung einzubinden und ihnen zusätzliche Verantwortungsbereiche im Praxisteam zu ermöglichen.

Position des HÄV zur Berufsgruppe der MFA

Der HÄV sieht MFA als unverzichtbaren Teil der hausärztlichen Versorgung, fördert die strukturelle und qualitative Weiterentwicklung dieser Berufsgruppe (insbesondere über Fortbildung und Delegationsmodelle) und befürwortet effiziente Teamarbeit, immer jedoch unter der Leitung und Verantwortung der Hausärztin bzw. des Hausarztes.

Grundsätzliche Haltung: MFA sind zentrale Stütze des hausärztlichen Teams

Der HÄV sieht MFA als essenzielle Unterstützung in der hausärztlichen Versorgung und als wichtigen Teil des Praxisteam. MFA tragen, insbesondere über qualifizierte Fortbildungen – zur Sicherstellung der Versorgung bei und entlasten die Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag. Diese Sichtweise zieht sich durch die Verbandskommunikation und Angebote auf Bundes- und Landesebene (<https://www.haev.de/themen/delegation>).

Delegation statt Substitution – Verantwortung bleibt ärztlich

Ein zentrales Element der Verbandsposition ist die Förderung der Delegation hausärztlicher Leistungen an MFA, aber nicht die Übertragung ärztlicher Verantwortung an nichtärztliches Personal:

- Der Verband tritt klar für Delegation ein, nicht für Substitution. Ärztliche Leistungen dürfen nur unter der Aufsicht von Hausärztinnen und -ärzten an qualifizierte MFA übertragen werden. Die Verantwortung bleibt beim Arzt bzw. der Ärztin, einschließlich der Entscheidung, welche Tätigkeiten delegiert werden (<https://www.haev.de/themen/delegation>).
- Es wird betont, dass eine Delegation nur dann sinnvoll ist, wenn keine fehleranfälligen Schnittstellen zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und MFA entstehen (<https://www.haev.de/themen/delegation>).

Diese Haltung entspricht dem klassischen Standpunkt der hausärztlichen Selbstverwaltung und unterstreicht die Bedeutung der ärztlichen Leitungsverantwortung, auch bei erweiterten Rollen nichtärztlicher Praxispersonalien.

Förderung und Entwicklung qualifizierter MFA-Fortbildung (VERAH)

Ein wesentliches konkretes Verbandsprojekt ist die Qualifizierung der MFA zu Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAH®):

- Das VERAH-Konzept wurde vom IHF gemeinsam mit dem vmf entwickelt und gilt als eines der wichtigsten Fortbildungsprogramme für MFA in der Hausarztpraxis (<https://www.haev.de/themen/delegation>).
- Ziel der VERAH-Fortbildung ist es, MFA zu befähigen, delegierte, arztentlastende Aufgaben zu übernehmen (z. B. Case Management, Hausbesuche, bestimmte koordinierende Tätigkeiten), selbstverständlich im Rahmen ärztlicher Verantwortung (https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/VERAH_ab_01.01.26___AOK_RH_HH_in_NO__offen_.pdf).
- Landesverbände wie in Westfalen-Lippe oder Niedersachsen bieten Fortbildungen und Unterstützung speziell für MFA an und bewerben explizit die VERAH-Qualifikation (<https://www.haev-wl.de/>).

Die starke Unterstützung dieser Qualifizierung zeigt sowohl den hohen Stellenwert, den der HÄV qualitativ gut ausgebildetem nichtärztlichem Personal beimisst, als auch, dass dieses Konzept an vielen Orten praktisch umgesetzt wird.

Teamorientierte Versorgungsmodelle (HÄPPI) mit stärkerer Rolle für Praxispersonal

Der Verband entwickelt neben der klassischen MFA-Delegation auch weiter gehende Versorgungskonzepte, die eine noch intensivere Zusammenarbeit im Team vorsehen:

- Mit dem Konzept „HÄPPI“ (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell) wird eine Struktur für Teamarbeit skizziert, in der MFA und andere nichtärztliche Kräfte stärker in die Versorgung eingebunden werden, jedoch unter hausärztlicher Leitung und Verantwortung (<https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-fachinformationen/2023-11-08-haepi>).
- Solche Modelle betonen, dass Teamarbeit helfen kann, die zunehmenden Anforderungen und den Versorgungsdruck zu bewältigen, ohne die fachliche Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten aufzugeben (<https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-fachinformationen/2023-11-08-haepi>).

Politische, rechtliche Stellungnahmen mit Bezug auf Delegation, teambasierte Versorgung und Arbeitsstrukturen

Auch in formellen Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben zeigt sich ein konsistenter Grundsatz:

- Bei Gesetzgebungsverfahren, etwa zur Stärkung der Pflegekompetenzen oder zu Delegationsrechten, äußert sich der HÄV grundsätzlich offen für eine kompetenzorientierte, interprofessionelle Zusammenarbeit, will aber klarstellen, dass es sich um Delegation und nicht um Substitution handeln soll (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP21/PKG/HAEV_Stellungnahme_RefE_PKG.pdf).

Zusammengefasst: HÄV-Perspektive auf MFA

Themenbereich	Position des HÄV
Wertschätzung der MFA	MFA werden als zentrale Unterstützung für die hausärztliche Versorgung angesehen.
Delegation	Befürwortung von Delegation unter ärztlicher Aufsicht; Ablehnung von Substitution
Qualifizierung	Förderung der VERAH-Weiterbildung für MFA zur Übernahme anspruchsvollerer Aufgaben
Teamarbeit	Entwicklung interprofessioneller Modelle (z. B. HÄPPI), MFA stärker einzubinden, aber unter ärztlicher Leitung
Politische Stellungnahmen	Unterstützung kompetenzorientierter Zusammenarbeit bei klarer Abgrenzung ärztlicher Verantwortung

9.3.7 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Rolle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Auf der Ebene der ärztlichen Selbstverwaltung und der Organisation der ambulanten Versorgung kommt der **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** eine wichtige Rolle zu. Sie vertritt die Interessen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen und gestaltet die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung mit. Die KBV regelt Inhalte in Bezug auf die MFA z. B. Rahmenbedingungen der Delegation (z.B. Vereinbarung zur Delegation) und Qualifikation (z. B. Musterfortbildungscurricula).

Position der KBV zur Berufsgruppe der MFA

Die KBV nimmt gegenüber den MFA eine wertschätzende und unterstützende Perspektive ein: Sie sieht sie als unverzichtbare Säule der ambulanten Versorgung, fördert aktiv ihre Ausbildung und Fortbildung, fordert eine angemessene Refinanzierung der Personalkosten und bezieht sie, auch über gemeinsame Initiativen mit der Bundesärztekammer, in die öffentliche Wahrnehmung und Nachwuchsgewinnungsmaßnahmen ein. Gleichzeitig bleibt sie bei leitenden gesundheitspolitischen Positionen der engen Kooperation im Praxisteam und delegationsgerechter Zusammenarbeit verpflichtet.

Grundsätzliche Würdigung des Berufsbildes

Die KBV betont regelmäßig die zentrale Rolle der MFA für die ambulante Versorgung in Deutschland. In ihren Pressemitteilungen und Informationsmaterialien wird der MFA-Beruf als unverzichtbar für das Funktionieren von Arztpraxen dargestellt:

- MFA gelten als „Herz jeder Arztpraxis“, weil sie unentbehrlich für organisatorische und medizinische Abläufe sind, von Anmeldung über Assistenz bei Untersuchungen bis zur Praxisorganisation. (<https://www.kbv.de/video/5708>)
- Die KBV hebt hervor, dass MFA hohe Verantwortung tragen und weit mehr leisten als klassische „Arzthelferinnen/Arzthelfer“. (<https://www.aerzteblatt.de/news/neue-infoseite-zum-beruf-der-medizinischen-fachangestellten-7709b1d0-ff96-459f-841f-d380f0ffe940>)

Fazit: Die KBV sieht MFA als fundamentalen Bestandteil des ambulanten Praxisteam, dessen Aufgaben sowohl medizinisch-technisch als auch organisatorisch entscheidend für die Versorgung sind.

Nachwuchsgewinnung und Image des Berufs

Ein wiederkehrendes Thema in den Stellungnahmen und Kampagnen der KBV ist der Fachkräftemangel bei MFA und die Notwendigkeit, junge Menschen für den Beruf zu gewinnen:

- Die KBV beteiligt sich gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) an der Ausbildungsinitiative „Von Beruf wichtig – MFA: Ausbildung mit Zukunft“. Diese Initiative hat zum Ziel, Schulabsolventinnen und -absolventen für den MFA-Beruf zu begeistern, die Vielfalt des Berufs zu zeigen und damit aktiv dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. (<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-21/kbv-und-baek-werben-fuer-den-mfa-beruf>)
- In diesem Kontext wird explizit darauf aufmerksam gemacht, dass vielseitige Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen (z. B. im Praxismanagement, Qualitätsmanagement, Studium). (<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/08-21/kbv-und-baek-werben-fuer-den-mfa-beruf>)

Fazit: Die KBV fördert aktiv Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des MFA-Berufs, indem sie Ausbildung, Fortbildung und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten hervorhebt.

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Refinanzierung zur Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen für Praxen im Kontext steigender Personalkosten:

- Die Vertreterversammlung der KBV hat mehrfach beschlossen, dass die real steigenden Personalkosten, insbesondere für MFA-Stellen, refinanziert werden müssen, um faire Wettbewerbsbedingungen und nachhaltige Nachwuchsgewinnung zu ermöglichen.

Dies ist besonders relevant, weil die Honorierung ärztlicher Leistungen und damit indirekt auch die Finanzierung von MFA-Löhnen über das Gesundheitssystem verhandelt werden.

Teamarbeit in der ambulanten Versorgung

Auch wenn keine eigenen umfangreichen Positionspapiere zu MFA vorliegen, thematisiert die KBV im Rahmen ihrer konzeptionellen Aussagen zur ambulanten Versorgung die Zusammenarbeit im Praxisteam:

- In übergeordneten Konzepten zur ambulanten Praxis sieht die KBV eine Kooperation auf Augenhöhe zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und qualifizierten Praxismitarbeitenden, wobei ärztliche Verantwortung und Delegation klar geregelt bleiben (https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Themen_A_bis_Z/Teampraxis/KVWL_Positionspapier_Teampraxis_A4_StB_Politik.pdf).

- Die KBV tritt nicht für eine Substitution der ärztlichen Leistungen durch MFA ein, sondern für eine Delegation unter ärztlicher Verantwortung (https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Themen_A_bis_Z/Teampraxis/KVWL_Positionspapier_Teampraxis_A4_StB_Politik.pdf).

Fazit: Die KBV versteht MFA als integralen, qualifizierten Teil des Praxisteams, betont aber gleichzeitig die ärztliche Gesamtverantwortung.

Beteiligung an gesundheitspolitischen Debatten

Direkte Stellungnahmen der KBV zu Gesetzes- oder Reformprozessen betreffen den MFA-Beruf meist nicht isoliert, sondern im Kontext allgemeiner Versorgungsfragen (z. B. Digitalisierung, Fachkräftemangel, Vergütungssystem). Diese Dokumente listen zwar nicht speziell MFA, zeigen aber, dass die KBV bei allen relevanten Reformvorhaben die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung, und damit i. d. R. auch des Praxispersonals, berücksichtigt (<https://www.kbv.de/positionen/stellungnahmen>).

Zusammengefasst: KBV-Perspektive auf MFA

Thema	KBV-Position
Bedeutung des Berufes	MFA sind zentrale, unverzichtbare Akteurinnen und Akteure in der ambulanten Versorgung.
Nachwuchs und Image	Aktive Förderung des Berufsbildes und von Ausbildungsinitiativen
Wirtschaftliche Wertschätzung	Forderung nach Refinanzierung realer Personalkosten
Teamarbeit	MFA arbeiten eng mit Ärztinnen und Ärzten zusammen, Delegation unter ärztlicher Verantwortung.
Gesundheitspolitik	Einbindung in Reformdebatten, z. B. Digitalisierung und Versorgungsstrukturen

9.3.8 Marburger Bund (MB)

Rolle des Marburger Bundes

Der **Marburger Bund (MB)** ist die Gewerkschaft und zugleich der Berufsverband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Er vertritt deren Interessen insbesondere in Tarifverhandlungen mit Krankenhäusern und anderen Arbeitgebern sowie in gesundheitspolitischen Fragen. Ziel des Marburger Bundes ist es, gute Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu sichern und die Qualität der medizinischen Versorgung zu fördern. Für MFA ist der Einfluss des Verbandes eher indirekt, da seine Aktivitäten vor allem die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten betreffen, was wiederum Auswirkungen auf die Zusammenarbeit und Organisation in medizinischen Einrichtungen haben kann.

Position der Marburger Bundes zur Berufsgruppe der MFA

Fokus des Marburger Bundes: Ärztliche Interessenvertretung

Der Marburger Bund versteht sich als ärztliche Gewerkschaft und Verband für die angestellten Ärztinnen und Ärzte – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Seine Stellungnahmen und Positionspapiere adressieren i. d. R.

- Arbeitsbedingungen, Tarifpolitik und Arbeitszeitregelungen für Ärztinnen und Ärzte,
- gesundheitspolitische Gesetzesentwürfe mit dem Schwerpunkt ärztliche Versorgung,
- Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgungssysteme und Notfallversorgung sowie
- Anerkennungsverfahren und Berufsausübung für Ärztinnen und Ärzte (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/der-marburger-bund/stellungnahmen>).

Fehlende direkte Bezugnahme auf MFA

In den relevanten Stellungnahmen des Marburger Bundes der vergangenen Jahre werden MFA nicht gesondert thematisiert: Sie tauchen nicht als eigene Berufsgruppe auf, zu der der Marburger Bund Positionen entwickelt hätte. Die sichtbaren Stellungnahmen konzentrieren sich ausschließlich auf ärztliche Berufsthemen und gesundheitspolitische Reformen (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/der-marburger-bund/stellungnahmen>).

Damit unterscheidet sich der Marburger Bund deutlich von Verbänden, die speziell MFA vertreten (z. B. Verband medizinischer Fachberufe).

Warum es keine direkten Positionen gibt

Die Analyse der Stellungnahmen des Marburger Bundes ergibt, dass

- der Verband eindeutig den ärztlichen Beruf und dessen Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt stellt und entsprechend nur aus der Perspektive der ärztlichen Profession argumentiert und
- interprofessionelle Themen, wie Zusammenarbeit im ambulanten Team oder sektorübergreifende Aufgabenverteilung zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und MFA, in den verfügbaren MBDokumenten nicht als gesonderte Themen aufgegriffen werden.

Das spricht dafür, dass der Marburger Bund keine eigenständige inhaltliche Position zur Berufsgruppe der MFA erarbeitet oder veröffentlicht hat, sondern diese nur implizit im Kontext ärztlicher Versorgungsfragen mitdenkt (z. B. bei Reformen der ambulanten Versorgung) (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/der-marburger-bund/stellungnahmen>).

Zusammengefasst: MB-Perspektive auf MFA

Aspekt	Ergebnis
Eigene Positionen/ Positionspapiere zu MFA	Keine gefunden
Thematische Auseinandersetzung mit MFA	Nicht vorhanden
Kontextbezug zu MFA im Verbandsdiskurs	Nicht systematisch, allenfalls indirekt über Versorgungsthemen
Fazit	Der Marburger Bund behandelt MFA nicht als eigenständiges Thema, sondern konzentriert sich auf ärztliche Interessen.

9.3.9 ver.di

Rolle von ver.di

Auch die Gewerkschaft **ver.di** vertritt Beschäftigte im Gesundheitswesen und kann in bestimmten Kontexten, etwa in größeren medizinischen Versorgungszentren oder Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, ebenfalls MFA vertreten, wobei ihr Schwerpunkt stärker auf anderen Gesundheitsberufen wie Pflege oder sozialpädagogischen Tätigkeiten liegt.

Position von ver.di zur Berufsgruppe der MFA

Zusammengefasst lässt sich aus den vorhandenen ver.di-Quellen zur Perspektive auf die Berufsgruppe der MFA sagen:

- ver.di vertritt gegenüber MFA eine breit unterstützende Position. Die Gewerkschaft betrachtet MFA als wichtigen Teil der Gesundheits- und Sozialberufe und bindet sie ein in interne berufs- und gewerkschaftspolitische Informationen zu Ausbildung, Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine gewerkschaftliche Forderungen zu besseren Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen.

ver.di nimmt die Berufsgruppe der Gesundheitsfachberufe ernst – MFA gehören aber nicht zu den zentralen eigenen Positionen

ver.di veröffentlicht umfangreiche Inhalte zu den Gesundheits- und Sozialberufen insgesamt, mit Informationen zu MFA und ZFA in ihrem Bereich „Mein Beruf“. Hier finden sich berufspolitische Inhalte zur Gestaltung der Berufe, zur Ausbildung und zu Arbeitsbedingungen der MFA. Diese Inhalte werden von ver.di selbst bereitgestellt (<https://www.verdi.de/gesundheit-soziales-bildung/mein-beruf/medizinische-fachangestellte/zahnmedizinische-fachangestellte>).

Allerdings sind keine eigenständigen offiziellen Positionspapiere oder Stellungnahmen gefunden worden, in denen ver.di ausschließlich oder besonders detailliert zur Berufsgruppe der MFA Stellung nimmt (z. B. als Positionspapier zu Tarifpolitik, Fachkräftebedarf oder Berufsaufwertung). Trotz intensiver Suche zeigt sich:

- ver.di informiert zu den MFA und ZFA unter „ver.di – Mein Beruf“, veröffentlicht aber keine große, eigenständige ver.di-Position speziell zu MFA mit durchgängiger Analyse oder Forderungslisten als offizielles Papier (<https://www.verdi.de/gesundheit-soziales-bildung/mein-beruf/medizinische-fachangestellte/zahnmedizinische-fachangestellte>).

Thematische Einordnung durch ver.di: Gesundheit und Fachkräfte

Auch wenn nicht als singuläre Stellungnahme zu MFA, hat ver.di doch wiederholt allgemeine berufspolitische Positionen zu Gesundheitsberufen veröffentlicht, in denen die Qualität der Ausbildung, Arbeitsbedingungen und Fachkräftesicherung übergreifend adressiert werden (z. B. in Stellungnahmen zu Reformen im Gesundheitsbereich). Dabei betont ver.di,

- dass Gesundheitsfachberufe grundlegende Bedeutung für die Versorgung haben und die Ausbildung qualitativ hochwertig sein muss,
- dass Arbeitsbedingungen, Ausbildungsvergütung und Fachkräftebedarf zentral für die Sicherstellung der Versorgung sind und

- dass die Attraktivität der Berufe erhöht werden muss (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/MTAPrV/Stellungnahme_ver.di.pdf).

Diese Positionen gelten auch implizit für MFA, da sie zur Gruppe der Gesundheits- und Sozialberufe gehören.

Tarif und Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich

ver.di ist in Tarfkämpfen und Aktionen im Gesundheits- und Sozialbereich aktiv, auch in Bereichen, die MFA unmittelbar betreffen (etwa bei öffentlichen Tarifverhandlungen für Gesundheits- und Sozialdienste). Dazu gehören:

- Tarifrunden und Warnstreiks für bessere Arbeitsbedingungen und Entgelte im öffentlichen Gesundheits- und Sozialbereich (inklusive Pflege, Soziale Arbeit, Kitas). ver.di fordert höhere Löhne, mehr Personal und Entlastung (<https://hessen.verdi.de/presse/pressemitteilungen/%2B%2Bco%2B%2B141dc6ac-f9de-11ef-af1b-73869d2c7750>).
- ver.di vertritt allgemeine Forderungen gegen Fachkräftemangel, schlechte Arbeitsbedingungen und Überlastung, die auch auf Praxen und ambulante Einrichtungen sowie Beschäftigte wie MFA ausstrahlen (<https://hessen.verdi.de/presse/pressemitteilungen/%2B%2Bco%2B%2B141dc6ac-f9de-11ef-af1b-73869d2c7750>).

Während diese Forderungen nicht spezifisch für MFA adressiert sind, sind MFA durch diese gewerkschaftlichen Rahmenforderungen im Gesundheits- und Sozialdienst mitgemeint, weil sie Teil der Gesundheitsversorgung sind.

9.3.10 Verband medizinischer Fachberufe e. V.

Rolle des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V.

Der **Verband medizinischer Fachberufe e. V. (vmf)** ist der Berufsverband für MFA sowie für weitere medizinische Assistenzberufe. Er vertritt die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder gegenüber Politik, Arbeitgebern und Öffentlichkeit. Zu seinen zentralen Aufgaben gehören die Mitwirkung an Tarifverhandlungen für MFA, die Beratung von Mitgliedern zu arbeitsrechtlichen und beruflichen Fragen sowie die Förderung von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Der vmf engagiert sich zudem für eine Weiterentwicklung des Berufsbildes und setzt sich für bessere Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung von MFA ein.

Position des vmf zur Berufsgruppe der MFA

In seiner Gesamtsicht nimmt der vmf gegenüber der Berufsgruppe der MFA eine arbeitnehmerorientierte, berufspolitisch aktive und qualitätsfokussierte Perspektive ein:

- Stärkung der beruflichen Anerkennung im Gesundheitswesen
- Verbesserung von Arbeits- und Ausbildungsbedingungen
- Faire Entlohnung durch Tarifpolitik
- Qualitativ hochwertige Ausbildung und Weiterentwicklung
- Politische Sichtbarkeit in Gesetzgebungsverfahren

Diese Perspektive zieht sich konsistent durch die Stellungnahmen, Pressemitteilungen und politischen Positionen des vmf in den letzten Jahren.

Grundlegende Rolle des vmf gegenüber MFA

Der vmf ist eine interessenvertretende Gewerkschaft und der Berufsverband für MFA, Zahnmedizinische und Tiermedizinische Fachangestellte sowie angestellte Zahntechnikerinnen und -techniker. Er verbindet Gewerkschaftsarbeit (Tarifverhandlungen) mit fachpolitischen Stellungnahmen und setzt sich für gesellschaftliche Anerkennung, gute Arbeitsbedingungen und faire Entlohnung ein.

Zentrale Positionen und Perspektiven (2015–2026)

1. Berufliche Anerkennung und Rolle im Gesundheitssystem

a. Wertschätzung und Sichtbarkeit

Der Verband betont wiederholt, dass MFA eine zentrale Rolle in der ambulanten Versorgung spielen und nicht nur administrative Aufgaben wahrnehmen, sondern medizinische Leistungen und die Patientenbetreuung wesentlich unterstützen. Er kritisiert z. B. den GKV-Spitzenverband dafür, die Berufsgruppe in einer Umfrage nicht zu benennen bzw. zu berücksichtigen – was als Geringschätzung verstanden wird (<https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2025-04-25-gkv>).

b. Bedeutung für Versorgungsprozesse

Der vmf sieht MFA als wesentliche Säule für die kontinuierliche Patientenversorgung, etwa im hausärztlichen Bereich, und befürwortet deren stärkere Einbeziehung in koordinierende Versorgungsaufgaben (<https://www.verbaende.com/news/pressemitteilung/verstaerkte-einbeziehung-des-praxispersonals-befuerwortet-verband-medizinischer-fachberufe-e-v-bezieht-stellung-zum-referentenentwurf-des-versorgungsstaerkungsgesetzes-99983/>).

2. Tarifpolitik und Arbeitsbedingungen

Der Verband führt Tarifverhandlungen für MFA mit der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA), in denen er faire Löhne, tarifliche Standards und bessere Arbeitsbedingungen fordert (<https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-tarife-vorwort/mfa-tarife>).

Wichtige Aussagen aus dem Tarifkontext:

- **Verbesserung der Arbeitsbedingungen:** Der vmf fordert höhere Gehälter, die Reduzierung von Stressbelastungen und bessere berufliche Rahmenbedingungen (<https://www.aerzteblatt.de/news/mfa-verband-will-bessere-arbeitsbedingungen-erreichen-79be61fc-bcaf-4d30-812a-b94fbcc3b572>).
- **Kritik an Arbeitgeberangeboten:** In Tarifrunden bringt der vmf zum Ausdruck, dass vorgeschlagene Lohn-erhöhungen nicht ausreichen und die Gehälter im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen (z. B. Pflege) weiter hinterherhinken (<https://medecon.ruhr/2024/02/unverzichtbar-fuer-die-zukunft-der-medizinischen-fachangestellten/>).
- **Tarifabschlussumsetzung:** Der vmf appelliert an Praxen, die vereinbarten Tariflöhne auch tatsächlich umzusetzen, um MFA vor niedriger Entlohnung und Altersarmut zu schützen (<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/vmf-appelliert-an-Praxen-Nur-faire-Gehaelter-schuetzen-vor-Altersarmut-447834.html>).

Fazit Tarifarbeit: Die Perspektive ist klar arbeitnehmerorientiert: MFA sollen durch flächendeckende Tarifverträge und verbesserte Standards gerechter entlohnt werden und arbeitsrechtlich abgesichert sein.

3. Berufsausbildung, Qualifikation und Fachkräfteentwicklung

Ausbildung neu denken, aber qualitativ sichern

Der Verband beteiligt sich aktiv an Diskussionen zur Novellierung der MFA-Ausbildung. Er sieht dabei die Fort- und Weiterentwicklung der Kompetenzen als essenziell an, warnt aber zugleich vor neuen Berufsbildern oder Ausbildungswegen mit reduzierten Inhalten, die die Qualität der Versorgung untergraben und den Fachkräftemangel nicht lösen würden (<https://www.vmf-online.de/download/2024-stellungnahme-mfa-bb>).

Kernpunkte aus Stellungnahmen (<https://www.vmf-online.de/download/2024-stellungnahme-mfa-bb>):

- **Kritik an reduzierten Ausbildungsmodellen:** Der vmf lehnt Ausbildungsformen ab, die nur geringe theoretische Inhalte bieten und damit die Qualität der Ausbildung und die Patientensicherheit gefährden. Stattdessen fordert er gut qualifizierte, breit ausgebildete MFA.
- **Kompetenzentwicklung:** Eine qualitativ hochwertige Ausbildung und qualifizierte Fachkräfteentwicklung sind aus Sicht des vmf unabdingbar für eine funktionierende Praxisarbeit.

4. Gesundheitspolitische Stellungnahmen

Der Verband bezieht sich in mehreren Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen und gesundheitspolitischen Regelwerken explizit auf MFA:

- **Pflegekompetenzgesetz:** Der vmf begrüßt Reformziele, weist jedoch darauf hin, dass die Kompetenzen von rund 340.000 MFA weitreichender sind, als dies in Entwürfen oft berücksichtigt wird (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP21/PKG/vmf_Stellungnahme_RefE_PKG.pdf).
- **Gesetz zum Masernschutz:** Der Verband hebt hervor, dass MFA bereits aktiv in Impfprozesse eingebunden sind, und fordert entsprechende digitale Dokumentationsrechte (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Masernschutzgesetz/VmF_Stellungnahme_Masernschutzgesetz.pdf).

Zusammengefasste Perspektive des vmf auf MFA

1. MFA als unverzichtbare Gesundheitsfachkräfte

Der Verband sieht MFA nicht nur als Assistenzpersonal, sondern als zentrale, qualifizierte Fachkräfte mit eigenständigen Aufgaben in der Patientenversorgung.

2. Gerechte Bezahlung und Arbeitsbedingungen

Er fordert faire Tarifverträge sowie bessere Gehälter und Arbeitsbedingungen, um Fachkräfte zu halten und den Beruf attraktiver zu machen.

3. Qualitätsorientierte Ausbildung

Der vmf setzt sich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung ein und lehnt Ausbildungsmodelle ab, die Kompetenzen verwässern oder die Versorgung gefährden.

4. Politische Sichtbarkeit und Anerkennung

Der Verband kritisiert gesundheitspolitische Entwürfe, in denen die Rolle von MFA zu wenig gewürdigt wird, und fordert mehr Anerkennung sowie Einbeziehung in Gesundheitsgesetzgebungen.

9.3.11 Virchowbund

Rolle des Virchowbundes

Der **Virchowbund** ist ein Berufsverband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Er vertritt deren berufspolitische und wirtschaftliche Interessen und berät sie insbesondere zu Fragen der Praxisführung, Niederlassung und Gesundheitspolitik. Für MFA ist der Einfluss des Verbandes vor allem indirekt, da seine Aktivitäten die Rahmenbedingungen für Arztpraxen und damit auch für die Beschäftigung und Organisation von Praxispersonal betreffen.

Position des Virchowbundes zur Berufsgruppe der MFA

In den dokumentierten Positionen lässt sich eine klare, mehrgliedrige Haltung des Virchowbundes gegenüber Medizinischen Fachangestellten (MFA) erkennen:

Positive Würdigung

- MFA werden als essenzielle Stütze der ambulanten Versorgung und als hoch qualifizierte Gesundheitsfachkräfte anerkannt.

Forderungen an Politik und System

- Gleichwertige gesellschaftliche und finanzielle Anerkennung im Gesundheitssystem
- Rechtzeitige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch Krankenkassen
- Verstärkte Maßnahmen gegen Fachkräftemangel und Ausbildungsrückgang

Kritikpunkte

- Unzureichende staatliche Honorierung (z. B. kein Corona-Bonus)
- Systembedingte Wettbewerbsnachteile gegenüber anderen Gesundheitssektoren bei Gehalt und Arbeitsbedingungen

Einschränkungen der Analyse

- Direkte offizielle, formale Positionspapiere speziell nur zu MFA (z. B. zur akademisierten Berufsentwicklung oder Berufspolitik) mit systematischer Programmatik konnten in den frei zugänglichen Quellen nur begrenzt identifiziert werden; viele Aussagen stammen aus Pressemitteilungen, Jahresberichten und medien-spezifischen Artikeln des Verbandes.

Die Einordnung basiert auf öffentlichen Statements und Verbandsdokumenten, nicht auf internen Strategiepapieren des Virchowbundes, die möglicherweise nicht frei zugänglich sind.

Wertschätzung und Anerkennung des Berufsstands MFA

Der Virchowbund positioniert sich mehrfach deutlich für Anerkennung und Wertschätzung der Leistungen von MFA – sowohl gesellschaftlich als auch politisch:

- In einem Jahresbericht fordert der Verband mehr Wertschätzung, höhere Bezahlung und bessere Arbeitsbedingungen für MFA, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die MFA sind nach Ansicht des Verbandes zentral für die ambulante Versorgung und müssen entsprechend honoriert werden (https://www.virchowbund.de/fileadmin/virchowbund/dokumente/Jahresberichte/Jahresbericht_2022_Virchowbund.pdf).
- Bei politischen Debatten zur Coronapandemie hat der Virchowbund gefordert, dass MFA ebenfalls staatliche Bonuszahlungen erhalten sollen, wie es z. B. im Pflegebereich der Fall war. Das Ausbleiben dieser Zahlungen hat der Virchowbund als mangelnde Wertschätzung seitens der Politik kritisiert (<https://www.virchowbund.de/verbandsarbeit/landesgruppen/fehlender-corona-bonus-fuer-medizinische-fachangestellte-ist-eine-schande>).

Kernaussage: MFA werden als systemrelevant und unverzichtbar für die ambulante Patientenversorgung gesehen, der Virchowbund fordert entsprechende politische und finanzielle Anerkennung.

Tarif- und Vergütungsfragen

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Positionssichtung betrifft Tarifverträge und Bezahlung:

- Der Virchowbund informiert über MFA-Tarifverträge (Gehaltstarifvertrag und Manteltarifvertrag) und deren Anwendung in Praxen (https://www.virchowbund.de/fileadmin/virchowbund/dokumente/Freie_Praxisinfos/Tarifvertrag_-_Gehaltstarifvertrag_fuer_Medizinische_Fachangestellte.pdf).
- Er setzt sich dafür ein, dass Tarifierhöhungen für MFA vom Gesundheitssystem (insbesondere von den Krankenkassen) zeitgerecht refinanziert werden, da sonst Praxisärztinnen und -ärzte die Kosten tragen müssen und dies zu Wettbewerbsnachteilen gegenüber Kliniken oder Krankenkassenverwaltungen führen kann (https://www.virchowbund.de/fileadmin/virchowbund/dokumente/Jahresberichte/Jahresbericht_2025_Virchowbund.pdf).
- In früheren Tarifrunden hat der Verband Tarifabschlüsse begrüßt und zugleich kritisiert, wenn die Tarifentwicklung hinter der allgemeinen Preissteigerung bzw. anderen Sektoren zurückblieb (<https://www.bvou.net/tarifabschluss-mfa-nav-virchow-bund-begruesst-einigung/>).

Kernaussage: Der Virchowbund betrachtet faire, inflationserhaltende und refinanzierte Tarifverhandlungen als Schlüssel für die Attraktivität des MFA-Berufes und für die Sicherstellung ambulanter Versorgung.

Fachkräftemangel und Ausbildung

Der Verband thematisiert wiederholt Probleme bei Ausbildung und Nachwuchs:

- Er äußert Besorgnis über sinkende Ausbildungszahlen und damit drohende Versorgungsengpässe im ambulanten Bereich, weil MFA als qualifizierte Fachkräfte für den Praxisbetrieb unerlässlich sind (<https://www.virchowbund.de/pressemitteilungen/details/hessen-weniger-mfa-nachwuchs-ist-ein-grund-zur-sorge>).
- In diesem Kontext kritisiert der Virchowbund, dass MFA trotz steigender Verantwortung und Belastung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen schlechter gestellt seien – z. B. durch Abwerbung in Krankenhäuser

oder Krankenkassen (<https://www.virchowbund.de/pressemitteilungen/details/hessen-weniger-mfa-nachwuchs-ist-ein-grund-zur-sorge>).

Kernaussage: Der Verband sieht die Sicherung von Nachwuchs und Ausbildungsbedingungen als entscheidend für die Zukunft der ambulanten Versorgung.

Arbeitsbedingungen und Praxisstrukturen

In konkreten Stellungnahmen und Aktionen äußert sich der Virchowbund auch zur täglichen Arbeitssituation:

- Er unterstützte den Arbeitskampf des Verbandes medizinischer Fachberufe (vmf) im Zusammenhang mit MFA-Streiks, um auf Belastungen, Arbeitsbedingungen und drohende Praxisprobleme aufmerksam zu machen (<https://www.virchowbund.de/pressemitteilungen/details/streik-der-medizinischen-fachangestellten-mfa-kampf-um-erhalt-ambulanter-strukturen>).
- Der Verband hat sich, teils gemeinsam mit anderen ärztlichen Verbänden, für Konzepte wie das einer Vier-tage-woche mit vollem Lohnausgleich für MFA ausgesprochen, um Arbeitsbedingungen attraktiver zu machen und den Fachkräftemangel zu mildern (<https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2023-01-04-4-tage-woche>).

Kernaussage: Der Virchowbund unterstützt Maßnahmen zur Entlastung und Attraktivitätssteigerung des Berufsstands, auch jenseits klassischer Tariffragen.

9.3.12 Weitere Akteure

Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Landesärztekammern (LÄK), z. B. Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL)

Kernaussagen zur Berufsgruppe der MFA

- **Wertschätzung und Anerkennung:** MFA werden von Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern als wichtige Fachkräfte betrachtet, sowohl praktisch im Versorgungsalltag als auch strategisch für die Sicherstellung der Versorgung.
- **Delegation und Aufgabenverteilung:** Die Praxismodelle werden weiterentwickelt, um MFA stärker einzubinden, ohne ärztliche Gesamtverantwortung aufzugeben.
- **Qualifikation und Fortbildung:** Es wird aktiv in Fort- und Weiterbildung investiert, um MFA für anspruchsvollere Aufgaben zu befähigen und Karrierewege zu eröffnen.
- **Tarifliche und strukturelle Rahmenbedingungen:** Diskussionen um faire Vergütung und Arbeitsbedingungen finden statt, jedoch oft in Kooperation mit Arbeitgeber und Arbeitnehmerorganisationen.

Perspektive der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere der KV WestfalenLippe

Die **Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL)** ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und Teil der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie organisiert die ambulante Versorgung gesetzlich Versicherter in Westfalen-Lippe und vertritt die Interessen niedergelassener Ärztinnen, Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Diese KV ist hier explizit genannt, da sie im Bereich der Delegation ärztlicher Leistungen an qualifizierte MFA und der Unterstützung einer effizienten Arbeitsteilung im Praxisteam einen Fokus gesetzt hat. Zudem bietet sie Fortbildungen an, etwa zu Praxisorganisation, Abrechnung, Hygiene und digitalen Anwendungen, und fördert so die fachliche Entwicklung der MFA.

1. Modell „Teampraxis“ und Delegation nichtärztlicher Aufgaben

- Die KVWL hat mit einem Positionspapier zum Modell „Teampraxis“ eine strategische Vision zur Sicherung der ambulanten Versorgung vorgestellt. Dieses Modell setzt stark auf interprofessionelle Kooperation, Delegation und gemeinsame Aufgabenverteilung im Praxisteam, einschließlich moderner Assistenzberufe (<https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-fachinformationen/2024-09-17-teampraxis>).
- Die KVWL fordert im Kern
 - eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und qualifizierten Praxisassistentinnen und -assistenten bzw. MFA,
 - eine Arbeitsaufteilung, bei der MFA und ggf. weiterqualifizierte Assistenzberufe ärztliche Tätigkeiten übernehmen können, ohne die Gesamtverantwortung der Ärztin bzw. des Arztes aufzugeben, und
 - die Entwicklung geeigneter Rahmenbedingungen für Delegation innerhalb der sogenannten Teampraxis (https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Themen_A_bis_Z/Teampraxis/KVWL_Positionspapier_Teampraxis_A4_StB_Politik.pdf).
- Dabei wird betont: Die Delegation ärztlicher Leistungen an MFA ist möglich, wenn hierfür entsprechende Qualifikationen und gesetzliche/vertragliche Voraussetzungen bestehen, wobei die Verantwortung letztlich bei der Ärztin bzw. dem Arzt bleibt (<https://www.kvwl.de/themen-a-z/delegation>).

2. Rolle der MFA im Praxisteam

- Die KVWL beschreibt das Berufsbild der MFA als zentral für den Praxisalltag, das durch Fortbildungen (z. B. EVA, Digi-Managerin bzw. Digi-Manager) an Verantwortung gewinnen kann (<https://www.kvwl.de/themen-a-z/medizinische-fachangestellte-mfa>).
- MFA leisten nicht nur organisatorische Aufgaben, sondern können als qualifizierte Assistenz in Verwaltung, Praxismanagement, Patientenkoordination und, in engen Grenzen, klinischen Prozessen den Praxisbetrieb entlasten (<https://www.kvwl.de/themen-a-z/medizinische-fachangestellte-mfa>).

3. Indirekte Positionierungen

- In anderen KV-Kontexten (z. B. bei der KV Bremen) wird die Abwanderung von MFA aus Praxen in besser bezahlte Krankenhausjobs als Risiko für die ambulante Versorgung dargestellt, ein indirekter Hinweis auf die strategische Bedeutung dieser Berufsgruppe für die KV-Interessen (<https://www.kvvhb.de/ueber-uns/presse> „Praxenkollaps: Umfrage belegt, Medizinische Fachangestellte kehren Praxen den Rücken“ 14.08.2023).

Fazit KV-Perspektive: Die KVen sehen MFA als wichtige Teammitglieder in der medizinischen Versorgung, die im Rahmen von Delegation und Teampraxis-Modellen stärker eingebunden werden sollen, um Arbeitslasten zu verteilen und Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die Verantwortung für ärztliche Leistungen bleibt jedoch eindeutig bei der ärztlichen Leitung.

Perspektive der Ärztekammern (z. B. Ärztekammer Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

1. Ausbildung, berufliche Entwicklung und Fortbildung

- Die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) ist als zuständige Stelle für die MFA-Ausbildung aktiv. Sie bietet nicht nur reguläre Ausbildung, sondern auch weiterführende Fortbildungsmöglichkeiten (z. B. Fachwirtin/ Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung), um MFA für höhere Verantwortlichkeiten qualifizieren zu können (<https://www.akademie-wl.de/mfa-1/fortbildungen-fuer-mfa>).
- ÄKWL und Bundesärztekammer koordinieren Musterfortbildungscurricula, die auf aktuelle Anforderungen reagieren und MFA bei der Weiterqualifikation unterstützen (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe/mfa-fortbildung>).

2. Tarif und berufsbildungsbezogene Stellungnahmen

- Die ÄKWL berichtet über Tarifverhandlungen und -abschlüsse, z. B. zur MFA-Gehaltstabelle, was die Bedeutung einer angemessenen Entlohnung und Ausbildung hervorhebt (<https://www.aekwl.de/fuer-aerzte/mfa/aktuelles>).
- Diese kommunizierten Entwicklungen implizieren, dass MFA als professionell ausgebildete und weiterqualifizierte Akteurinnen und Akteure im Versorgungsalltag anerkannt werden, sowohl was ihre Rolle als auch ihre wirtschaftliche Attraktivität betrifft.

3. Anerkennung und Wertschätzung

- Die ÄKWL würdigt besondere Leistungen von MFA (z. B. Auszeichnungen für Prüfungsbeste), was auf eine positive Grundhaltung gegenüber dieser Berufsgruppe hindeutet (<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/westfalen-lippe-aerztekammer-zeichnet-pruefungsbeste-medizinische-fachangestellte-und-fachwirtinnen-aus-1>).

4. BundesärztekammerPositionen zur Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe

- Auch die Bundesärztekammer (BÄK) betont die Bedeutung von MFA in der teamorientierten Versorgung und formuliert in ihren Publikationen, dass MFA einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung leisten (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe?>).
- Die BÄK hebt die Delegationsvereinbarungen hervor, die genau regeln, welche ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal delegiert werden können (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MFA/Delegation_KBV_GKv.pdf).

Fazit Ärztekammer-Perspektive: Die Ärztekammern sehen MFA als zentrale Fachkräfte innerhalb der ambulanten Versorgung, unterstützen Fort- und Weiterbildung, betonen die Qualität der Ausbildung und würdigen Leistungen. Die Rolle der MFA wird modernisiert im Sinne qualifikationsorientierter Aufgabenübernahme, ohne die ärztliche Verantwortung aufzuweichen.

Ergänzende Perspektiven aus Fachgesellschaften (Bundesebene)

1. Interprofessionelle Zusammenarbeit

- BÄK-Dokumente zur interdisziplinären und teamorientierten Versorgung betonen, dass MFA in strukturierte Versorgungsprozesse integriert werden sollten, inklusive Fort- und Weiterqualifizierung (<https://www.bun- desaerztekammer.de/themen/gesundheitsfachberufe>).

2. Delegationsregelungen durch KBV/BÄK

- Die KBV/BÄK-Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung definiert klar, welche ärztlichen Aufgaben MFA übernehmen dürfen und welche nicht, wobei MFA im Rahmen ihrer Qualifikation ärztliche Tätigkeiten unter Aufsicht und Verantwortung der Ärztin bzw. des Arztes ausführen dürfen (<https://www.kbv.de/praxis/praxisfuehrung/delegation>).

Zusammenfassende Bewertung aller Positionen

Akteursgruppe	Wesentliche Perspektive zur MFA-Berufsgruppe
Kassenärztliche Vereinigungen (KVWL u. a.)	MFA als essenzieller Teil des Praxisalltags; Fokus auf Delegation, Entlastung und Teampraxis-Strukturen
Ärztekammer WestfalenLippe	MFA als professionell ausgebildete Fachkräfte mit Entwicklungsmöglichkeiten; Fokus auf Ausbildung, Fortbildung, beruflicher Anerkennung
Bundesärztekammer	MFA als integraler Bestandteil einer interprofessionellen Versorgung; betont klare Delegationsregelungen
Fachgesellschaften (allgemein)	Unterstützung der Qualifizierung von MFA und deren Rolle in strukturierten Versorgungskonzepten

Die Autorinnen



**Dr. rer. med.
Karola Mergenthal,
M. Sc. Public Health**
Gesundheitswissenschaftlerin
und Versorgungsforscherin

Institut für Allgemeinmedizin
der Goethe-Universität
Frankfurt am Main



**Dipl.-Dok.
Tatjana Blazejewski**
Wissenschaftliche
Projektmitarbeiterin

Institut für Allgemeinmedizin
der Goethe-Universität
Frankfurt am Main



**Dr. phil.
Corina Güthlin,
Dipl.-Psych.**
Versorgungsforscherin und
Organisationsentwicklerin

Institut für Allgemeinmedizin
der Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Das Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin ist eine der deutschlandweit führenden allgemeinmedizinischen Lehr- und Forschungseinrichtungen. Wir verstehen uns als Brücke zwischen medizinischer Wissenschaft und hausärztlicher Praxis. Unsere Arbeiten zielen auf eine qualitativ hochwertige Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte sowie eine bestmögliche Patientenbetreuung in hausärztlichen Praxen. Für eine hochwertige hausärztliche Versorgung schaffen wir wissenschaftliche Grundlagen aus der Praxis für die Praxis. Mit praxisnaher Forschung zu relevanten Fragestellungen entwickeln wir die hausärztliche Primärversorgung gezielt weiter.

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
bertelsmann-stiftung.de

Dr. Christian Schilcher
Senior Project Manager
Programm Gesundheit
Telefon: +49 5241 81-81362
christian.schilcher@bertelsmann-stiftung.de

Anastasia Hamburg
Project Managerin
BSt Gesundheit gGmbH
Telefon: +49 30 275788 320
anastasia.hamburg@bst-gesundheit.de

www.bertelsmann-stiftung.de/gesundheit