

Stellungnahme

des Dachverbandes für Technologen/innen und Analytiker/innen in der Medizin Deutschland e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze (MTA-Reform-Gesetz)

Stand: 21.08.2020

Grundsätzliches

Der Dachverband für Technologen/innen und Analytiker/innen in der Medizin Deutschland e.V. (DVTÄ) begrüßt den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze außerordentlich und bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Der vorliegende Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit kommt der Forderung des DVTÄ nach, die dringend notwendige Novellierung der MTA-Regelungen vorzunehmen.

MTA gehen täglich mit sich rasant schnell verändernden Technologien, der Digitalisierung und dem medizinischen Fortschritt um, üben jedoch den Beruf auf der Basis eines Berufsgesetzes (MTA - Gesetz) aus dem Jahr 1993 und einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (MTA - APrV) aus dem Jahr 1994 aus. Das männerdominierte Pendant, der Mechatroniker, wird hingegen auf der Basis des Berufsbildungsgesetzes aus dem Jahr 2020 und der Mechatroniker-Ausbildungsverordnung aus dem Jahr 2018 ausgebildet und tätig, welche insbesondere die digitale Vernetzung und IT-Sicherheit bereits beinhalten und zudem, die auch den MTA-Berufen bereits zugesagte Teilzeitausbildung, Karriereoptionen, eine bundeseinheitliche Ausbildungsvergütung mit Mindestlohn regelt. Dies alles fehlte bisher bei den eher frauendominierten MTA-Berufen und wird nun im Referentenentwurf aufgenommen.

Die Novellierung muss aus Sicht des DVTÄ vor allem auch dazu beitragen, die Stellung der MTA-Berufe der vier Fachrichtungen Laboratoriumsmedizin, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin durch eine adäquate Berufsbezeichnung, zeitgemäße Handlungsfelder wie Kompetenzen zu stärken und durch klare bundeseinheitliche, zeitgemäße Regelungen der Ausbildung, inklusive Ausbildungsvergütung, Durchlässigkeit und Abschaffung des Schulgelds, deren Attraktivität und Homogenität zu steigern.

Die Steigerung der Attraktivität der MTA-Ausbildung wie des MTA-Berufes ist auch dringend notwendig, um dem Fachkräftemangel zu begegnen.

Die Nachfrage nach MTA auf dem Arbeitsmarkt ist ungebrochen hoch, wie das Gutachten des DKI (Blum, 2019) deutlich belegt. Aktuell haben 46% der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme bei der medizinisch-technischen Radiologieassistenz (MTRA), 24% bei der medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenz (MTLA) und 17% bei der medizinisch-technischen Assistenz für Funktionsdiagnostik (MTAF). Hochgerechnet auf die Gesamtheit der Krankenhäuser sind aktuell 1170 Vollzeitstellen für MTA unbesetzt. 2011 waren es noch 425 Vollkraftstellen. Zudem verschärft sich der Fachkräftemangel noch in der Corona-Krise, in der sich zeigt, dass MTA systemrelevant sind und dringend benötigt werden.

Vorbemerkungen zum Referentenentwurf

Der DVTA dankt dem Bundesministerium für Gesundheit, dass die, als Ergebnis der Bund-Länder-Arbeitsgruppe mitgeteilten Eckpunkte einer Neuordnung der Gesundheitsberufe, für die vier MT(A)-Berufe so zügig und gut umgesetzt worden sind und der DVTA seinen fachlichen Input beisteuern kann.

Die neuen Berufsbezeichnungen für die fachschulisch ausgebildeten „Medizinischen Technologinnen und Medizinischen Technologen“ (im weiteren MT) der jeweiligen Fachrichtung, erfüllt eine wesentliche Forderung des DVTA und wird daher sehr begrüßt.

Die Modernisierung, Spezifizierung und Kompetenzorientierung der Ausbildungsziele, wie die Regelung von Mindestvorgaben für die Ausbildung, sind zwingend erforderlich für eine zeitgemäße und bundeseinheitliche Ausbildung. Die Attraktivität der Ausbildung durch Abschaffung von Schulgeld und Zahlung einer Ausbildungsvergütung zu steigern, ist wichtig, um den dringend notwendigen Nachwuchs für diese Berufe gewinnen zu können und in der Konkurrenz zu anderen Ausbildungsberufen besser bestehen zu können.

Wichtig ist, dass der Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung konkret geregelt und die Kostenfreiheit der Ausbildung tatsächlich gewährleistet wird. Die Sicherung der Finanzierung der Ausbildung über das Krankenhausfinanzierungsgesetz ist zu begrüßen. Sie muss aber alle MT-Schulen und Einrichtungen der praktischen Ausbildung (z.B. auch ambulante Einrichtungen wie auch Privatkliniken) mit umfassen.

Die Forderung des DVTA nach einer Teilakademisierung, entsprechen den Vorgaben des Wissenschaftsrats (2012), wird insoweit umgesetzt, als dass die hauptberufliche Schulleitung und die Lehrkräfte an MT-Schulen über eine hochschulische Ausbildung als Mindestanforderung verfügen müssen.

Wichtig ist, eine klare Bestandsschutzregelung, ohne Nachqualifizierungspflicht, für bereits tätige hauptberufliche Schulleitungen und bisher tätige Lehrkräfte konkret zu regeln, um die notwendigen Lehrkräfte und Schulleitungen aktuell parat zu haben und die entsprechenden Studiengänge auszubauen oder zu schaffen.

Bedauerlich ist, dass eine Modellklausel für die Erprobung einer grundständigen hochschulischen Ausbildung, wie etwa für Leitungs- oder hochspezialisierte Tätigkeiten der MT, in dem Referentenentwurf fehlt, um eine Fortentwicklung der MT- Berufe in einem dynamischen Umfeld zu gewährleisten.

Wichtig ist daher eine Modellklausel aufzunehmen und eine Berufsbildungsforschung zu regeln, die das Datenmaterial über den Stand und die Entwicklung der MT-Berufe durch ausreichende Datenerhebung und Datenauswertungen frühzeitig sichtet, Veränderungen erkennt und eine Anpassung an veränderte Aufgaben und Anforderungen nach aktuellen wissenschaftlichen wie technologischen Erkenntnissen vornehmen kann.

Im Sinne des Konzepts des lebenslangen Lernens sind horizontale und vertikale Durchlässigkeiten durch Aus- und Weiterbildungsangebote wichtig, auch um dem bisherigen Sackgassencharakter der MT – Berufe durch Karriereoptionen zu begegnen und damit die Attraktivität des MT-Berufs zu steigern. Die Forderung, dass die bestehende Anerkennung gleichwertiger Ausbildungen als Anspruch auf Anerkennung und nicht als Ermessensentscheidung der zuständigen Behörde geregelt wird und darüber hinaus auch solche Qualifikationen anerkannt werden, die durch Lebenslanges Lernen wie Fort- und Weiterbildung, non-formale oder informelle Bildung, durch Berufserfahrung oder Ausübung von anrechenbaren Tätigkeiten erlangt werden, wurde leider nicht aufgegriffen.

Wichtig ist die Durchlässigkeit zu erhöhen, um so dem Fachkräftemangel in den MT-Berufen zu erhöhen. Hierzu gehört neben der Modellklausel wie der Berücksichtigung von

Lebenslangem Lernen, auch die Möglichkeit des Fernunterrichts, z.B. entsprechend § 12 Masseur - und Physiotherapeutengesetz, um die Ausbildung zur MT (früheres Model Hamburg – Saar, indem z.B. MFA zur MTRA auch per Fernunterricht ausgebildet werden konnten) zu ermöglichen aber auch, wie die Corona-Pandemie gezeigt hat, die Ausbildung digital, soweit möglich, durchführen zu können. Dies wäre auch im Sinne der besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehr wichtig.

Im Einzelnen nehmen wir zu dem Referentenentwurf wie folgt Stellung:

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Der DVTA begrüßt die **Finanzierung der Ausbildung** über den Ausgleichfond nach § 17 a Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie das davon als „notwendigerweise verbundenen Ausbildungseinrichtungen“, auch privatwirtschaftlicher MT-Schulen und praktischer Ausbildungseinrichtungen mit umfasst sind, die bisher nicht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz oder von tariflichen Regelungen erfasst wurden. Der DVTA hält es für erforderlich, dass die Regelung der Finanzierung der praktischen Ausbildung im ambulanten Bereich und bei privaten Kliniken klar von der Finanzierung mit umfasst wird, um die praktische Ausbildung zu sichern.

Der DVTA vermisst die Finanzierung für die veterinärmedizinischen MT-Fachrichtung, da auf Seite 2 nur von den human - medizinischen Fachrichtungen gesprochen wird und diese auch nach der Begründung nicht vorgesehen ist.

In Bezug auf die Ausbildungsvergütung und die Schulgeldfreiheit schlägt der DVTA eine klare Regelung, wie z.B. in den §§ 26 Abs. 2 Ziffer 5, 6, 27 Abs. 2, 29, 30 ATA-OTA-G vor. Siehe dazu auch die Anregungen unter Abschnitt 4 Ausbildungsverhältnis. Es bedarf einer klaren Regelung des Anspruchs auf Ausbildungsvergütung und Kostenfreiheit für die gesamte Ausbildung.

Teil 1 Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

§ 1 Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Die neuen Berufsbezeichnungen machen deutlich, dass MT nicht assistieren, sondern die ihnen vorbehaltenen Tätigkeiten selbstständig und eigenverantwortlich ausüben, was sich auch aus dem Begriff "Technologie", nämlich den beiden griechischen Wörtern "téchne" für Technik und "lógos" für Logik oder Vernunft, ableiten lässt. MT wissen, wie sie Technologien aufgrund ihrer medizinischen Fachexpertise für valide Ergebnisse in der Medizin einsetzen und haben daher eine Schlüsselposition inne. Die neuen Berufsbezeichnungen stellen eine Wertschätzung der Leistungen der MT-Berufe dar, die, wie auch Corona gezeigt hat, systemrelevant und sehr wichtig sind. Dies trägt zur Stärkung des MT-Berufes bei.

Änderung:

Da Labor nur eine Abkürzung für Laboratorium ist und die Laboratoriumsmedizin die Bezugswissenschaft ist, wäre in § 1 Abs. 1 Nr. 1 richtigerweise die Berufsbezeichnung in:

„Medizinische Technologin für „Laboratoriums“analytik oder Medizinischen Technologen für „Laboratoriums“analytik zu ändern. **Diese Änderung muss dann auch in § 5 Abs. 1 und § 9 Abs.1 bezüglich der Berufsbezeichnung MTL geändert werden.**

Teil 2 Vorbehaltene Tätigkeiten

§ 5 Vorbehaltene Tätigkeiten für Medizinische Technologinnen und Medizinische Technologen

Der DVTA hält es für sehr wichtig, dass, aus Gründen der Gefahrenabwehr, den MT-Berufen in § 5 des Referentenentwurfes Tätigkeiten vorbehalten bleiben und diese aktualisiert werden.

Aus fachlicher Sicht fehlen in § 5 Abs. 1 Nr. 1 noch die „biologischen und mikrobiologischen“ Methoden und Verfahren, die als essenziell für die MT der Fachrichtung Laboratoriumsanalytik angesehen werden.

Änderung:

Als Änderung wird daher in § 5 Abs. 1 Nr. 1 hinter physikalischer die Einfügung von „biologischer, mikrobiologischer“ gewünscht.

Der DVTA bedauert, dass die „Validierung“ in § 5 Abs.1 Nr. 1 und Nr. 2 nicht hinter der „Plausibilitätskontrolle“, wie gefordert, eingefügt wurde, da die „Validierung“ nicht von der Plausibilitätskontrolle und der Qualitätssicherung vollumfänglich umfasst ist. Die Validität stellt das wichtigste Testgütekriterium dar. Es gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem eine Untersuchung das erfasst, was sie erfassen soll (z.B. Persönlichkeitsmerkmale). Die Überprüfung der Gültigkeit wird idR mit Hilfe der Korrelation mit einem Außenkriterium vorgenommen. Die Plausibilitätskontrolle stellt demgegenüber nur eine Vorstufe des Strebens nach Validität dar. Es bedarf daher der Plausibilitätskontrolle wie der Validierung.

Änderung:

Der DVTA sieht es als wichtig an, dass die „Validierung“ nach der „Plausibilitätskontrolle“ in § 5 Abs.1 Nr. 1 wie § 5 Abs. 1 Nr. 2 noch eingefügt wird.

In § 5 Abs.1 Nr. 2 sollte noch eingefügt werden: „Durchführung von Vorbefundungen von „histologischen oder zytologischen“ Präparaten...

Der DVTA bittet um diese Änderung, da die Präparate entweder histologisch oder zytologisch sind und dies mit der bisherigen Formulierung nicht zum Ausdruck kommt.

Änderung:

Im Weiteren ist in § 5 Abs.1 S. 2 (der letzte Absatz) für die Laboratoriumsmedizin: „Ausgenommen von den in Satz 1 genannten Tätigkeiten...Ausscheidungen und Blut.“ zu streichen, da es keine einfachen Tätigkeiten gibt. Gleiches gilt auch für die Funktionsdiagnostik und die Veterinärmedizin. § 5 Abs. 3 S. 2 (letzter Absatz): „Ausgenommen sind ...und die Spirometrie“ sowie § 5 Abs. 4 S. 2 (letzter Absatz): „Ausgenommen ...Ausscheidungen und Blut“, sind daher ebenfalls zu streichen.

In § 5 Abs. 3 Nr. 1 fehlt die Schlafmedizin und die Angiologie. Beide sind seit 1993 eigenständig etablierte Fachdisziplinen, in denen MT der Fachrichtung Funktionsdiagnostik (MTF) auch schwerpunktmäßig tätig sind.

Die Aufnahme der Schlafmedizin ist aus dem Grund geboten, dass die Schlafmedizin auch in nicht aufgeführten Fachgebieten, wie z.B. der Inneren Medizin, der Psychotherapie, der Psychiatrie und der Kinder und Jugendmedizin, verortet ist. Wird die Schlafmedizin nicht explizit als eigenes Fachgebiet aufgeführt, führt dies zu einem unterschiedlichen Standard für die schlafmedizinische Diagnostik. Ähnliches gilt für die Angiologie, deren Untersuchungsstandards nicht in den aufgeführten Gebieten verortet sind, jedoch in das Aufgabengebiet der MTF fallen.

Änderung:

Der DVTA schlägt daher die Einfügung in § 5 Abs. 3 Nr. 1 hinter Neurologie mit „Schlafmedizin, Angiologie“ vor.

MTF führen Indikationsprüfungen der Untersuchungen und Anpassung der Parameter zur Gewährleistung der Patientensicherheit durch. Die Ergometrie als ausgenommene Tätigkeit von den in Satz 1 genannten Tätigkeiten, stellt keine einfache Funktionsprüfung dar. Im Umfang hat sie eine hohe Komplexität, z.B. ST-Streckenanalyse zur Erkennung eines Herzinfarktes, Erkennung von Reizüberleitungsstörungen (z.B. Linksschenkelblock etc.). Die Untersuchungen enthalten ein hohes Patientengefährdungspotential, das zu einem letalen Ausgang führen kann. Aus diesem Grunde ist die Aufnahme in die vorbehaltenen Tätigkeiten erforderlich zum Patientenschutz und zur Qualitätssicherung.

Änderung:

In § 5 Ab. 4 Nr. 1 muss hinter physikalischer, „biologischer, mikrobiologischer“ noch eingesetzt werden, damit das Tätigkeitsspektrum vollumfänglich abgebildet wird.

In § 5 Abs. 4 Nr. 3 muss noch die Änderung in: „Vorbefundung von histologischen „oder“ zytologischen...“, da es sich um unterschiedliche Verfahren handelt.

Der DVTA bittet insoweit um Änderung.

Der DVTA bedauert sehr, dass der Vorbehalt in § 5 nicht, wie bei den Hebammen und der Pflege, als absoluter ausgestaltet ist.

Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass damit der Vorbehalt der MT-Berufe, der diesen gerade wegen ihrer besonderen Sach- und Fachkunde und Verantwortung für die Ausübung der ihnen vorbehaltenen Tätigkeiten gegeben wird, um die Gefahrenabwehr zu gewährleisten, relativiert wird. Dies dient nicht dem Patientenschutz und der Qualität der Gesundheitsversorgung.

Der DVTA fordert daher, dass die vorbehaltenen Tätigkeiten als absoluter Vorbehalt geregelt werden. Dies würde auch zur Schärfung des Berufsbildes und zur klaren Abgrenzung der Berufsprofile zu anderen Gesundheitsfachberufen führen, wie schon das Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung (Robert Bosch Stiftung, 2011) mit „Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten“ gefordert hatte.

Sollte es beim relativen Vorbehalt bleiben, ist wichtig, dass das Regel - Ausnahmeverhältnis gilt, d.h. im Regelfall die MT der jeweiligen Fachrichtung, die ihnen vorbehaltenen Tätigkeiten ausüben und nur ausnahmsweise, z.B. vorübergehender Personalausfall (Igl, 2010), d.h. wenn MT der jeweiligen Fachrichtung ausfällt, eine Ausübung durch die in § 6 des Referentenentwurfes Benannten zugelassen wird. Der Personalausfall darf dabei nicht durch ökonomische Erwägungen verursacht sein.

Nur dies entspricht dem Zweck, der mit den vorbehaltenen Tätigkeiten verfolgt wird. Es gilt hier den Fachkräftemangel durch eine attraktive MT-Ausbildung und einen attraktiven MT-Beruf mit angemessenen Arbeitsbedingungen zu bekämpfen und nicht durch zu großzügige Ausnahmeregelungen, die nicht zweckentsprechend und nicht im Sinne des Patientenschutzes sind.

Änderung:

Das Regel-Ausnahmeverhältnis muss rechtssicher formuliert werden, z.B. indem die **Überschrift von § 6 in: „Ausnahmsweise Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten durch andere entsprechend qualifizierte Personen“ geändert wird.**

Dies liegt darin begründet, dass es sich nicht um „Ausnahmen von den vorbehaltenen Tätigkeiten“ handelt, sondern um die ausnahmsweise Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten durch Personen gemäß § 6.

Änderung:

In § 6 Abs. 1 sollte zudem am Ende hinter „können“ ergänzt werden:

„für den Fall, dass eine in § 5 benannte MT der jeweiligen Fachrichtung ausfällt, ausnahmsweise auch von folgenden Personen unter folgenden Voraussetzungen ausgeübt werden:“

In § 6 Abs. 1 Nr. 1 sollte anstelle von „einer“ „ihrer“ eingefügt werden. Auch sollte anstelle von „Fachkenntnisse“ eine „Sach – und Fachkunde“ geregelt werden.

Durch „ihrer“ wird die Systematik unterstrichen, dass die Person selbst diese Qualifikation aufweisen muss und die Einfügung von „Sach – und Fachkunde“ ist erforderlich zur Qualitätssicherung und um den Patientenschutz zu gewährleisten.

Änderung:

Die Ausnahmeregelung in § 6 Nr. 2 sollte gestrichen werden.

Die Aufspaltung des ehemaligen § 10 Nr. 1 MTAG in § 5 Nr. 1 und Nr. 2 ist nicht nachvollziehbar, da auch Zahnärzte unter die in § 6 Nr. 1 Benannten (bisher insbesondere die Ärzt*innen, die auch nicht konkret benannt werden, u.a.) fallen und daher ihre konkrete Benennung in § 6 Nr. 2 nicht nachvollziehbar ist, da dann auch in § 6 Nr. 1 als Konsequenz eine konkrete Benennung der gemeinten Professionen erfolgen müsste. Auch Heilpraktiker*innen, die bisher in § 10 Nr. 1 MTAG benannt wurden, sollten gestrichen werden, da diese nicht, entsprechend der Personen mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung, über die erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten verfügen und auch in der Praxis der Einsatz von Heilpraktiker*innen auf den in § 5 benannten vorbehaltenen Tätigkeiten nicht zu verzeichnen ist. Ungeachtet dessen fehlt der Zusatz, dass

diese über die erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten verfügen müssen.

Die Regelung in § 6 Nr. 1 ist umfassend und § 6 Nr. 2 aus den benannten Gründen nicht notwendig.

Sofern die Regelung in § 6 Nr. 2 bestehen bleiben sollte, muss der oben benannte Zusatz, dass diese über die erforderlichen Fachkenntnisse (bzw. Sach – und Fachkunde, s.o.), Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten verfügen müssen, wie dies auch in § 10 Nr. 1 MTAG geregelt ist, noch aufgenommen werden.

Änderung:

Bei der **Verweisung in § 6 Nr. 4 auf § 7 Abs. 1** dürfte es sich um ein Versehen handeln, da offensichtlich **§ "5" Absatz 1** gemeint sein soll.

Änderung:

Der DVTA ist für eine Streichung des § 6 Nr. 8, da dieser systemwidrig ist.

Die anderen in § 6 Ziffer 1-7 benannten Personen verfügen alle selbst über die entsprechenden Qualifikationen, Fachkenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten. Im Gegensatz dazu verfügen „Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung“, nicht selbst über die erforderlichen Qualifikationen wie notwendigen Fachkenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im erforderlichen Umfang, sondern diese wird ersetzt, indem sie nur unter Aufsicht und Verantwortung einer der in § 6 Nr. 1 genannten Personen (z.B. Ärzt*innen etc.) tätig werden dürfen. Dies ist beim akut herrschenden Ärztemangel nicht sinnvoll und widerspricht auch dem Patientenschutz, der gerade bei der Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten eine hohe Sach- und Fachkunde erfordert. Eine Streichung ist daher im Sinne des Patientenschutzes zu fordern.

Sollte es nicht zur Streichung kommen, müssten dafür Sorge getragen werden, dass die in § 6 Nr. 8 Benannten selbst die erforderlichen Voraussetzungen zur Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeiten im erforderlichen Umfang schon durch ihre Ausbildung oder Fort- und Weiterbildung aufweisen. Zur Arztentlastung könnte eine Aufsicht auch durch MT zusätzlich geregelt werden.

Teil 3 Ausbildungen und Ausbildungsverhältnis

Abschnitt 2 Ziele der Ausbildung

Der DVTA begrüßt die sehr gelungene Regelung der allgemeinen und fachrichtungsspezifische Ausbildungsziele, die aktuelle wie zukünftige Entwicklungen gut abdecken.

§ 9-12 Fachrichtungsspezifische Ausbildungsziele

Änderungen:

Zu ergänzen wäre hier noch, wie oben in § 5 ausgeführt: **in § 9 Abs. 1 Nr. 1 wie in § 5 Abs. 1 Nr. 1 hinter „physikalischer“, „biologischer, mikrobiologischer“, in § 11 Abs.1 Nr. 1 wäre hinter „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ „Schlafmedizin, Angiologie“ sowie bei § 12**

Abs. 1 Nr. 1 hinter „physikalischer“ „biologischer, mikrobiologischer.“ und in **§ 12 Abs. 1 Nr. 3** „Vorbefundung von histologischen oder zytologischen...“.

In **§ 10 Abs. 1 Nr. 1** hinter „Pharmaka“ für „bildgebende Verfahren“ noch einzufügen, da dies ansonsten nicht den vorbehaltenen Tätigkeiten in **§ 5 Abs. 2 Nr. 1** des Referentenentwurfes entspricht.

In **§ 10 Abs. 1 Nr. 3** ist „ärztliche Anordnung“ zu streichen, da die MTR immer nur auf ärztliche Anordnung tätig werden darf, siehe **§ 5 Abs. 5** des Referentenentwurfes sowie spezialgesetzlicher Regelungen (z.B. Die rechtfertigende Indikation in **§ 83 Abs. 3** des Strahlenschutzgesetzes als auch in **§ 119** der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) für die Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlung unmittelbar am Menschen in Ausübung der Heilkunde oder Zahnheilkunde).

Änderung:

In **§ 9 Abs. 2 Nr. 5**, **§ 10 Abs. 2 Nr. 6**, **§ 11 Abs. 2 Nr. 6** und **§ 12 Abs. 2 Nr. 4** jeweils in medizinische „und“ technische zu ändern, da beide Fachexpertisen auszubilden sind.

Abschnitt 3 Ausbildung

§ 13 Dauer und Struktur der Ausbildung

Der DVTA begrüßt sehr, dass nunmehr die zugesagte Teilzeitausbildung geregelt ist und für alle einheitlich 4600 Stunden, mit einer Stärkung des Praxisanteils, für die Ausbildung gelten.

Änderung:

In **§ 13 Absatz 2** hält der DVTA eine **Änderung** der bisherigen Formulierung in: Die Ausbildung zur Medizinischen Technologin oder zum Medizinischen Technologen „**dauert unabhängig vom Zeitpunkt der staatlichen Abschlussprüfung**“ in Vollzeitform drei Jahre, in Teilzeitform höchstens fünf Jahre, für wichtig.

Hintergrund dieser Änderung ist, dass Versorgungsansprüche schon ab dem letzten Tag der Prüfung gewertet werden und damit eine Versorgungslücke entstehen kann, sofern die Ausbildung schon vor Ablauf der drei Jahre durch den Prüfungstag abgeschlossen ist. Dies gilt es durch diese Formulierung zu vermeiden.

Änderung:

In **§ 13 Absatz 4 Ziffer 2** wird um eine **Anpassung der Stundenzahl dahingehend gebeten, dass für die Medizinische Technologin für Radiologie oder für den Medizinischen Technologen für Radiologie 2600 Stunden theoretischer und praktischer Unterricht, sowie 2000 Stunden praktischer Ausbildung eingesetzt werden.**

Die Änderung wird gewünscht, da die hohen technischen Anforderungen und die Komplexität abzudecken sind. Hierfür bedarf es einer entsprechenden Vorbereitung in der Schule im Rahmen des theoretisch-praktischen Unterrichts.

Der DVTA sieht die Verankerung einer Modellklausel, wie dies auch bei anderen Gesundheitsfachberufen der Fall ist, als wichtig an.

Änderung:

Der Referentenentwurf sollte daher in § 13 um einen Absatz 4 Modellklausel ergänzt werden, die z.B. entsprechend § 9 Abs. 2-4 des Physiotherapeutengesetz abgefasst werden könnte.

§ 14 Voraussetzungen für den Zugang zur Ausbildung

Die technischen wie medizinischen Anforderungen und ihre Komplexität sind nach Ansicht des DVTA nicht mehr mit einem mittleren Schulabschluss oder einem gleichwertigen Schulabschluss zu bewältigen. Die Zugangsvoraussetzung sollte daher mindestens Fachhochschulreife oder Abitur sein, allenfalls als Minus der mittlere Bildungsabschluss.

§ 15 Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen

Die horizontale wie vertikale Durchlässigkeit ist ein wichtiges Anliegen des DVTA. Der Fachkräftemangel an MT der jeweiligen Fachrichtung wird auch durch die Möglichkeit für andere Professionen, wie z.B. BTA, VTA, Biologen etc., z.B. die MTL- Ausbildung zu durchlaufen, gewährleistet. Zudem brauchen auch die MT-Berufe untereinander die Möglichkeit, sich in einer anderen Fachrichtung unter Anrechnung der bisherigen Ausbildung schneller ausbilden zu lassen. Hier greift die im Referentenentwurf enthaltene Regelung zu kurz, da sie, wie bisher, nur die Möglichkeit der Anrechnung einer fachschulischen oder hochschulischen Ausbildung oder abgeschlossenen Teilen davon, mit der Möglichkeit der Ausbildungsverkürzung regelt. Die Möglichkeit der Ausbildungskürzung wird begrüßt. Maßgebend für die Kürzung muss der Umfang der Gleichwertigkeit sein und die Zielsetzung, die in § 15 Abs. 3 klar geregelt ist, nämlich, dass die Ausbildungsverkürzung nicht die Erreichung der Ausbildungsziele gefährden darf. Dies auch vor dem Hintergrund, dass ein gleicher Maßstab bei der Anerkennung angelegt werden sollte, wie bei der Anerkennung von außerhalb des Geltungsbereiches dieses Referentenentwurfes erworbener Berufsqualifikationen. Die in den §§ 45-48 aufgestellten Grundsätze für die Gleichwertigkeit (§ 45 Abs. 3), die wesentlichen Unterschiede (§ 46), der Ausgleich durch Berufserfahrung oder lebenslanges Lernen (§ 47), der in § 15 gänzlich fehlt und Anpassungsmaßnahmen (§ 48) sollten daher entsprechend auch in § 15 geregelt werden, um hier einen einheitlichen Bewertungsmaßstab zu haben, Diskriminierungen damit zu vermeiden und mehr Rechtssicherheit wie Planungssicherheit für die MT-Schulen zu haben.

Änderung:

Der DVTA schlägt daher vor, den § 15 entsprechend der Regelungen in §§ 45-48 OTA/ATA-Gesetz zu ergänzen, wie oben ausgeführt. Nur so wird ein einheitliches, objektives Verfahren wie dessen Umsetzung gewährleistet und die Attraktivität der MT-Berufe für Quereinsteiger gewährleistet.

§ 16 Anrechnung von Fehlzeiten

Da grundsätzlich ein **Anspruch auf Elternzeit** besteht, stellt sich die Frage, warum dieser nicht als Fehlzeit berücksichtigt wurde? Sollte der Anspruch berücksichtigt werden, sollte eine **Obergrenze für diese Fehlzeiten** geregelt werden, sodass das allgemeine und fachrichtungsspezifische Ausbildungsziel noch erreicht werden kann.

§ 18 Mindestanforderungen an Schulen

Bei § 18 Abs. 2 Ziffer 1 ist sehr zu begrüßen, dass die hauptberufliche Leitung einer Schule u.a. durch eine Hochschulausbildung qualifiziert sein muss. Als kritisch sieht der DVTA an, dass neben einer Ausbildung in einem medizinisch-technischen Gesundheitsfachberuf „die jeweilige Fachrichtung“ als Zusatz fehlt sowie, dass eine Ausbildung in „einem Gesundheitsberuf“ ausreichen soll. Aufgrund der hohen Fachspezifik ist dies nicht sinnvoll.

Änderung:

Der DVTA regt daher an in § 18 Abs. 2 Ziffer 1: „einem Gesundheitsberuf“ zu streichen und hinter „medizinisch-technischen Gesundheitsberuf mit einer Erlaubnis nach § 1 oder einer gleichwertigen Ausbildung“ einzufügen, um die erforderliche Ausbildungsqualität zu gewährleisten.

Dies auch vor dem Hintergrund, dass Schulleitungen maßgeblich an der curricularen Entwicklung beteiligt sind. Daher sollte die Schulleitung von MT- Berufen gestellt werden, anders als in der Pflege ist hier die Expertise nicht von den Lehrkräften zu erwarten.

Änderung:

§ 18 Abs. 2 Nr. 2 sollte entsprechend § 18 Abs. 2 Nr. 1 abgefasst werden, d.h. „Lehrkräfte, die pädagogisch qualifiziert sind, über eine abgeschlossene Hochschulausbildung, mindestens auf Bachelor oder vergleichbarem Niveau verfügen und eine Ausbildung in einem medizinisch-technischen Gesundheitsfachberuf der jeweiligen Fachrichtung aufweisen“.

Dies ist der Erwägung geschuldet, dass ansonsten nur das Studium der Medizinpädagogik für Lehrkräfte in der Regel in Betracht kommt, bei der Leitung einer MT – Schule jedes abgeschlossene Hochschulstudium auf Masterniveau nebst einer pädagogischen Qualifikation und Ausbildung in einem medizinisch-technischen Gesundheitsfachberuf demgegenüber ausreicht.

Aus Gründen der Qualitätssicherung ist eine bundeseinheitliche Fortbildungspflicht für das Lehrpersonal im Referentenentwurf zu verankern oder für die MT-APrV vorzugeben. Nur so kann sichergestellt werden, dass das Lehrpersonal die neuesten Entwicklungen in der Medizin und im Gesundheitssystem vermittelt.

Die Fortbildungspflicht der Lehrkräfte sollte daher z.B. in § 18 Nr. 5 mit „Fortbildungsverpflichtung für Lehrkräfte“ neu aufgenommen werden.

Die flankierende **Bestandsschutzregelung in § 73** ist zu begrüßen. **Es sollte jedoch klar geregelt werden, dass diese für schon tätige Schulleitungen und schon tätige Lehrkräfte ohne Nachqualifizierungspflicht gilt.** Auch ist dafür Sorge zu tragen, dass es die erforderlichen Studiengänge gibt oder diese zeitnah geschaffen werden.

In § 18 Abs. 2 Nr. 3 hält der DVTA ein Schüler-Lehrerverhältnis von 1:15 wie in den Ländern Niedersachsen, Bayern, Baden – Württemberg und entsprechend der Empfehlungen des Europarats für angemessen, um Lernformen, wie z.B. blended learning oder digitale Unterrichtsformate, die, wie Corona gezeigt hat, wichtig und zukunftsweisend sind, besser umsetzen zu können. Auch Schulen müssen sich weiter entwickeln und brauchen für digitale Konzepte ausreichend Lehrpersonal. Auch ist die Ausbildung zur MT der jeweiligen Fachrichtung nicht mit den Pflegeberufen und OTA/ATA vergleichbar (dort ist der Schlüssel 1:20). Hier ist maßgebend, dass, im Vergleich zur Pflege und OTA/ATA, an MT- Schulen ein höherer Anteil an praktischem Unterricht, welcher an Großgeräten in Kleingruppen durchgeführt werden muss, gegeben ist und die Lehrkräfte auch die Praxisbegleitung (§ 20) sichern müssen. Dies bindet personelle Ressourcen in einem höheren Umfang, daher ist die Regelung 1:20 nicht sinnvoll.

Änderung:

Der DVTA tritt daher für eine Korrektur auf 1:15 wie folgt ein:

§ 18 Abs. 1 Nr. 3 am Ende „zu **15** Ausbildungsplätzen.“

§ 19 Praktische Ausbildung

§ 19 Abs. 1

Die Formulierungen in § 19 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 schließen Privatkliniken nicht ausdrücklich mit ein.

Änderung:

Damit diese praktischen Ausbildungsplätze nicht fehlen, schlägt der DVTA vor, diese in § 19 Abs. 1 Nr. 3 mit „Privatkliniken“ neu aufzunehmen.

Auch muss die Finanzierung der praktischen Ausbildung bei den Privatkliniken gewährleistet werden.

§ 19 Absatz 2

Bezüglich der Regelung in **§ 19 Abs. 2:** „Eine Anleitung der Auszubildenden durch eine praxisanleitende Person im Umfang von mindesten 10% der zu absolvierenden Stundenzahlen erfolgt“, schlägt der DVTA eine Konkretisierung vor:

Änderung:

„Während der praktischen Ausbildung in der jeweiligen Fachrichtung muss eine Praxisanleitung der Auszubildenden gemäß § 20 im Umfang von mindesten 10% der zu absolvierenden Stundenzahl erfolgen.“

§ 20 Praxisanleitung und § 23 Praxisbegleitung

Bei §§ 20 wie 23 ist wichtig, dass die Mindestqualifikation, die Fortbildungspflicht wie ein Schlüssel für Praxisanleitung wie Praxisbegleitung bundeseinheitlich festgelegt werden, um die Qualität der Ausbildung zu gewährleisten.

Änderung:

§ 20 sollte daher wie folgt ergänzt werden:

Die Praxisanleitung ist durch qualifizierte Personen nach § 1 sicherzustellen, welche die Auszubildenden an die praktischen und fachrichtungsspezifischen Tätigkeiten in der medizinischen Technologie heranzuführen und den Lernprozess während der praktischen Ausbildung begleiten. Die Mindestqualifikation der Praxisanleiter, deren Fortbildungsverpflichtung und der Schlüssel von Praxisanleitern zu Auszubildenden, sind in der Ausbildungs – und Prüfungsverordnung für Medizinische Technologinnen und Medizinische Technologen konkret zu regeln.

Änderung:

§ 23 wäre entsprechend zu ergänzen:

§ 23 Abs. 3: „Die Mindestqualifikation der Praxisbegleiter und der Schlüssel von Praxisbegleitern zu Auszubildenden sind in der Ausbildungs – und Prüfungsverordnung für Medizinische Technologinnen und Medizinische Technologen konkret zu regeln.“

Dies liegt darin begründet, dass in § 68 Abs. 1 Nr. 1 keine Vorgaben gemacht werden, diese (Vorgaben) aber, nach Ansicht des DVTA, wichtig sind, um die Qualität der Praxisanleitung und Praxisbegleitung bundeseinheitlich zu regeln.

§ 22 Aufgaben und Gesamtverantwortung der Schule

Änderung:

In § 22 Nr. 3 hält der DVTA eine Änderung, wie folgt, für sinnvoll:

„erstellt im Kontext des Lehrplanes (Curriculums) gemeinsam mit dem Träger der praktischen Ausbildung einen Ausbildungsplan und prüft dessen Umsetzung in der praktischen Ausbildung.“

Hiermit können § 22 Nr. 3 und 4 zusammengefasst werden. Die Gesamtverantwortung der MT-Schulen wird hiermit konkretisiert und gleichzeitig ein Einvernehmen mit dem Träger der praktischen Ausbildung hergestellt. Dies ist auch für die notwendige gute Zusammenarbeit von MT-Schule und dem Träger der praktischen Ausbildung sinnvoll.

§ 24 Schulinternes Curriculum und Ausbildungsplan

Derzeit besteht eine hohe Heterogenität.

Änderung:

Es wäre daher **wünschenswert, wenn, wie in § 53 Pflegeberufegesetz, eine Fachkommission für die Erarbeitung von Rahmenplänen geregelt wird**, damit hier eine bundeseinheitliche klare Vorgabe existiert. Dies würde auch zur Qualitätssicherung beitragen.

Änderung:

In § 24 Abs. 1 und Abs. 2 ist jeweils das Wort „nach“ zu streichen. Es dürfte sich um redaktionelle Versehen handeln.

Abschnitt 4

Ausbildungsverhältnis

§ 26 Ausbildungsvertrag

Die Novellierung beinhaltet die Abschaffung des Schulgeldes und die Zahlung einer Ausbildungsvergütung. Im Referentenentwurf fehlt aber ein klarer Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung für die gesamte Ausbildungszeit und die Kostenfreiheit der Ausbildung. Diese Ansprüche müssen daher klar, wie z.B. in §§ 26 Abs. 2 Nr. 5, 6; § 27 Abs. 2, 29, 30 OTA/ATA-Gesetz, geregelt werden.

Änderung:

§ 27 Abs. 1 ist daher um:

„Nr. 5 die Höhe der Ausbildungsvergütung einschließlich des Umfangs weiterer Sachbezüge nach § ... (noch einzufügen),

„Nr. 6 die Modalitäten zur Zahlung der Ausbildungsvergütung“ ergänzt werden.

Änderung:

§ 31 Abs. 1 Nr. 7 wäre noch neu einzufügen: „die Ausbildungsvergütung während der Ausbildung zu zahlen.“

Änderung:

Zusätzlich wäre, entsprechend §§ 29, 30 des OTA/ATA-Gesetzes einzufügen:

„§ .. Ausbildungsvergütung

(1) Der Ausbildungsträger hat der oder dem Auszubildenden eine angemessene monatliche Ausbildungsvergütung zu gewähren.

(2) Der oder dem Auszubildenden ist die Vergütung auch zu zahlen

1. für die Zeit, in der die oder der Auszubildende teilnimmt

- a) am theoretischen und praktischen Unterricht,**
- b) an Prüfungen und**

- c) an Ausbildungsmaßnahmen, die außerhalb der Ausbildungsstätte durchgeführt werden,

oder

2. bis zur Dauer von sechs Wochen, wenn

a) Bestandteile der Ausbildung, für die sich die oder der Auszubildende bereitgehalten hat, nicht durchgeführt werden oder

b) die oder der Auszubildende ihre oder seine Pflichten aus dem Ausbildungsverhältnis nicht erfüllen kann aus Gründen, die er oder sie nicht zu vertreten hat.“

§ ... Sachbezüge

- (1) Auf die Ausbildungsvergütung können Sachbezüge angerechnet werden. Maßgeblich für die Bestimmung der Werte der Sachbezüge sind die Werte, die in der Verordnung über die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung von Zuwendungen des Arbeitgebers als Arbeitsentgelt in der jeweils geltenden Fassung bestimmt sind.
- (2) Die Anrechnung von Sachbezügen ist nur zulässig, soweit dies im Ausbildungsvertrag vereinbart worden ist.
- (3) Der Wert der Sachbezüge darf 75 Prozent der Bruttovergütung nicht überschreiten. Kann die oder der Auszubildende aus berechtigtem Grund Sachbezüge nicht abnehmen, so ist der Wert für diese Sachbezüge nach den Sachbezugswerten auszuzahlen.

§ 27 Inhalt des Ausbildungsvertrages

Änderung:

In § 27 Abs. 2 Nr. 2 müsste entsprechend § 16 Abs.1 Nr. 1 noch „Ferien“ hinter Urlaub hinzugefügt werden. Der DVTA bittet um entsprechende Änderung.

§ 28 Wirksamkeit des Ausbildungsvertrages

Das Zustimmungserfordernis stellt nach Ansicht des DVTA einen Eingriff in die Privatautonomie der Vertragspartner dar, der so nicht zulässig sein dürfte.

Änderung:

Die Empfehlung wäre daher das Zustimmungserfordernis in § 28 zu streichen oder als Minus im letzten Halbsatz zu regeln: „über den Ausbildungsvertrag informiert wird und keine begründeten Bedenken hat.“

§ 31 Pflichten der praktischen Ausbildung

Änderung

In § 31 Absatz 1 Ziffer 3 würden wir eine **Klarstellung**, der Pflichten in Bezug auf die Praxisanleitung, wie folgt, begrüßen: „sicherzustellen, dass die nach § 20 zu gewährleistende Praxisanleitung der oder des Auszubildenden im Umfang von mindestens 10% der während eines Einsatzes zu leistenden Ausbildungszeit stattfindet.“

§ 38 Wirksamkeit der Kündigung

Nach Ansicht des DVTA greift § 38 Abs. 2 mit „zuvor das Benehmen der Schule“ in die Privatautonomie ein, siehe auch Anmerkung zu § 28.

Änderung:

Es wird daher eine **Streichung von: „zuvor das Benehmen der Schule“ gefordert und als Minus eine Änderung in: „ist zuvor die Schule zu informieren“**, als sinnvoll angesehen.

§ 40 Nichtigkeit von Vereinbarungen

Mit § 40 Abs. 3 Nr. 1 wird die Schulgeldfreiheit geregelt.

Diese muss eine Kostenfreiheit der Ausbildung gewährleisten, um den Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Ausbildungen tatsächlich zu gewährleisten.

§ 68 Ermächtigung zum Erlass einer Ausbildungs – und Prüfungsverordnung

Der DVTA würde hier eine **zeitliche Vorgabe für den Erlass der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung begrüßen**. Idealerweise sollte diese noch innerhalb der laufenden Legislaturperiode erlassen werden und mit dem MT-Gesetz in Kraft treten.

§ 69 Bußgeldvorschrift

Bei den Bußgeldvorschriften in **§ 69 des Referentenentwurfs fehlt nach Ansicht des DVTA der Vollständigkeit halber noch:**

Änderung § 69:

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorbehaltene Tätigkeiten nach § 5 Absatz 1 bis 4 ohne die jeweilige Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 oder den Ausnahmen nach § 6 durchführt.

(3) Ordnungswidrig handelt, wer vorbehaltene Tätigkeiten nach § 5 Absatz 1 bis 4 von Personen ohne Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 oder den Ausnahmen nach § 6 durchführen. lässt.

§ 72 Abschluss begonnener Ausbildungen

Wie bei den Fehlzeiten (§ 16) ausgeführt, stellt sich hier die Frage, ob die Regelung in Abs. 1 mit dem **Recht auf Elternzeit** vereinbar ist.

§ 73 Mindestanforderungen an Schulen

Die Übergangsregelungen in § 73 sollte auch auf die Praxisanleiter ausgeweitet werden, damit die Träger der praktischen Ausbildung, ausreichend Zeit haben, sich auf die neuen Anforderungen einzustellen. Gleiches gilt für einen Bestandsschutz für schon tätige Schulleitungen und schon tätige Lehrkräfte, die ohne Nachqualifizierungspflicht, weiterhin ihre Tätigkeit ausüben können sollen. Diese Änderungen sind noch konkret zu regeln.

§ 74 Finanzierung von Ausbildungskosten; Kooperationsvereinbarungen

Hier fehlt nach Ansicht des DVTA die Finanzierung der ambulanten Einrichtungen (§ 19 Abs. 1 Nr. 2 des Referentenentwurf), die die praktische Ausbildung durchführen und die Praxisanleitung mit den damit verbundenen Kosten gewährleisten müssen. Gleiches gilt, wie in § 19 ausgeführt auch für Privatkliniken, die die praktische Ausbildung durchführen.

Der DVTA sieht es daher als wichtig an, die Finanzierung der ambulanten Einrichtungen und der Privatkliniken für die praktische Ausbildung mit in § 74 des Referentenentwurfes bei der Finanzierung aufzunehmen.

Fehlende Regelungen:

Der DVTA bedauert sehr, dass die weiteren Forderungen des DVTA mit der Novellierung nicht umgesetzt wurden, wie:

- eine Modellklausel oder die hochschulische Ausbildungsmöglichkeit, parallel zur fachschulischen Ausbildung, um eine Weiterentwicklung des MT-Berufes zu ermöglichen und Karriereoptionen für den Sackgassenberuf im Rahmen der Empfehlungen des Wissenschaftsrates zuzulassen, siehe auch obige Anmerkung zu § 13 Abs. 4 und nachstehend.
- eine Fernunterrichtsklausel wie im Physiotherapeutengesetz, um die digitale Transformation auch in der Ausbildung zu ermöglichen, siehe auch Anmerkungen zu § 13 und nachstehend.
- Berufsfeldforschung, siehe auch Anmerkungen zu § 13 und nachstehend.
- Finanzierung der MT-Schulen (z.B. Investitionen, Baukosten), siehe nachstehende Anmerkungen.

Der demographische Wandel und die daraus resultierende Veränderung der medizinischen Versorgungsbedarfe, die fortschreitende technische Entwicklung, der zunehmende Kostendruck in der Gesundheitsversorgung sowie das Qualifizierungs- und

Professionalisierungsinteresse der Beschäftigten im Gesundheitswesen haben zu der Forderung einer Neugestaltung des Gesundheitswesens geführt. (Sachverständigenrat 2007, Wirtschaftsrat 2012, Robert-Bosch-Stiftung 2013, Wissenschaftsrat 2014). Zentraler Aspekt dabei war die bedarfsgerechte Neugestaltung der medizinischen Versorgung mit einer Neuordnung der Verteilung der Gesundheitsfachberufe, was bedeutet, dass berufliche Qualifikationen zu überdenken und weiterzuentwickeln sind, Aufgabengebiete neu zu definieren oder anders zu verteilen sind. Dies ist mit dem vorliegenden Referentenentwurf nur zum Teil umgesetzt worden.

Horizontale und vertikal durchlässige Aus – und Weiterbildungsangebote sind elementare Bestandteile einer zeitgemäßen Bildungspolitik. Dazu gehören auch hochschulische Ausbildungsoptionen. Die Implementierung einer (teil-)akademischen Ausbildung der medizinisch-technischen Berufe ist zwingend notwendig, um diesen aufgezeigten Änderungen gerecht zu werden. Dies haben wir schon in der Stellungnahme zur Akademisierung ausgeführt, deren wesentlichen Aussagen wir hier wiedergeben.

Die Verlagerung der Ausbildung der medizinisch-technischen Berufe aus dem postsekundären in den tertiären Bildungssektor schafft mannigfaltige Optionen, um sich den Herausforderungen der Gesundheitsversorgung der Zukunft zu stellen und die geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe voranzutreiben (Robert-Bosch-Stiftung 2011). Die im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in Auftrag gegebene GesinE Studie als Bestandsaufnahme in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich kommt zu dem Ergebnis, dass die Aufgabenfelder und Tätigkeitsbereiche der medizinisch-technischen Berufe in den Ländern am weiterstehenden vorhanden sind, in den die Ausbildung im Hochschulsektor stattfindet (BMBF 2014:105). Vor dem Hintergrund des Ärztemangels bietet die akademische Ausbildung auch in Deutschland die Möglichkeit, die Kompetenzen der medizinisch-technischen Berufe so zu erweitern, dass Versorgungsengpässe durch die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten vermieden werden können. In internationalen Studien wird empirisch belegt, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Radiologen und akademisch ausgebildeten Radiographen bei der Begutachtung von Übersichtsröntgenaufnahmen in der Notfallaufnahmen z.B. bei speziellen CT- Untersuchungen gibt (Brealey et al. 2005; Kakinuma et al.2012), sodass die Patientensicherheit gewährleistet ist. Zusätzliche Kompetenzerweiterung zeigt in den europäischen Vergleichsländern die Verbesserung der Kommunikation mit anderen Gesundheitsfachberufen sowie in der Kommunikation mit Ärzten, die durch die Anhebung auf Bachelorniveau verbessert wurde (BMBF 2014:92ff). Sozialkompetenzen, wie über fachliche Qualifikationen, wie beispielsweise Gerätetechnologie.

Management und betriebswirtschaftliche Fähigkeiten werden zunehmend von den medizinisch-technischen Berufen erwartet (Blum 2009:55ff).

Am Beispiel der Akademisierung der Pflegeausbildung kann empirisch belegt werden, dass sich neben den individuellen Karrieremöglichkeiten und der Kompetenzerweiterung, auch der Patienten Outcome verbessert hat. Zahlreiche Studien dokumentieren, dass für die Erhöhung an akademisch ausgebildetem Pflegepersonal der Patienten Outcome gesteigert werden kann (z.B. Icon et al. 2014).

Ein wichtiger Aspekt ist auch die Notwendigkeit der Etablierung fachspezifischer Forschungszweige, um evidenzbasiert den Bedarf an Fort- und Weiterbildungen sowie an relevanten Forschungsfragen zu befriedigen (Evers et al. 2012; Unterhumer 2014).

Professionspolitisch ergibt sich im Zuge der Akademisierung die Herausforderung der Wissenschaftsentwicklung und der Anforderung des Anforderungswandels.

Zudem stehen die MT(A) - Berufe vor der Herausforderung, die Menschen für das Berufsfeld zu begeistern, da immer weniger Nachwuchs von den Schulen kommt und im Weiteren auch, dass Gesamtgesellschaftsniveau stark geändert ist, sodass die Studienberechtigungsquote in Deutschland von 1960 von 7% bis 2019 56,2% betrug.

In der Folge müssen die medizinisch-technischen Berufe neben einer Ausbildungsvergütung und der Abschaffung des Schulgeldes zur Attraktivitätssteigerung auch Karrierewege aufzeigen, um junge Menschen für das Berufsbild zu begeistern. Die Akademisierung der Ausbildung bietet, wie im europäischen Ausland zu sehen ist, eine Möglichkeit Nachwuchskräfte für die medizinisch-technischen Berufe zu gewinnen und die Zufriedenheit im Beruf durch die institutionelle Option des lebenslangen Lernens im Rahmen der hochschulischen Qualifikation zu gewährleisten.

Der DVT sieht daher die Regelung einer Modellklausel als geboten an und schließt sich den Empfehlungen des Wissenschaftsrates an, der eine Akademisierung von 10-20% der benannten Berufsgruppen für sinnvoll erachtet. Die medizinisch-technischen Berufsgruppen werden in den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 2012 ausdrücklich zwar nicht berücksichtigt, eine Übertragbarkeit auf die MTA Berufsgruppen wird aber ausdrücklich auf Seite 12 der Empfehlungen erwähnt: „Der Wissenschaftsrat ist sich der Tatsache bewusst, dass weitere Berufe existieren, für die eine Akademisierung sinnvoll sein kann, in diesem Zusammenhang sind insbesondere die medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten zu nennen, die in vielen Fällen nur komplexe Aufgaben wahrnehmen. Auch macht der Wissenschaftsrat deutlich, dass die Überlegungen für die ausgewählten Gesundheitsversorgungsberufe unter geeigneten Bedingungen auch auf weitere Berufe, wie MTA Berufe übertragen werden können. Hierbei sollte die Möglichkeit einer grundständigen akademischen MTA-Ausbildung parallel zur fachschulischen Ausbildung gegeben werden. Dies wäre auch wichtig für die Anschlussfähigkeit in Europa, da dort die MT-Ausbildung idR hochschulisch erfolgt.“

Zudem fehlt es an der Regelung einer **Berufsbildungsforschung**, die den Status Quo, Entwicklungstendenzen und Anpassungsbedarf der Berufsbildung systematisch erfasst, was aber gerade im Hinblick auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dringend geboten ist.

Die Corona-Pandemie hat deutlich aufgezeigt, wie wichtig es ist, dass auch die Ausbildung digital möglich ist. Eine **Fernunterrichtsklausel**, digitale Kompetenzen der Lehrer*innen und eine entsprechende Ausstattung der MT-Schulen etc. sind daher unerlässlich.

Der Referentenentwurf schreibt die **Kostenfreiheit der Ausbildung** vor. Der schulische Anteil der Ausbildungskosten, wie z.B. Investitionskosten, Baukosten zum Erhalt der Schulen, muss bei Wegfall des Schulgeldes von den Ländern finanziert werden.

Das Land Hessen hat diese Finanzierung bereits übernommen. Dies muss jedoch auch in den anderen Ländern sichergestellt werden, um die MT-Schulen zu erhalten und damit den wegen des Fachkräftemangels dringend benötigten Nachwuchs generieren zu können.

Mit freundlichen Grüßen



Christiane Maschek
Präsidentin
Laboratoriumsmedizin/Veterinärmedizin
DVTA e.V.



Claudia Rössing
Präsidentin
Radiologie/Funktionsdiagnostik
DVTA e.V.

Verwendete Literatur:

Blum, Dr. K., DKI (2019), Fachkräftemangel und Fachkräftebedarf bei MTA im Krankenhaus. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.: Düsseldorf.

Blum, K. (2009): Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Deutsches Krankenhausinstituts e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf.

Brealey, S. et al. (2005): Accuracy of radiographer plain radiograph reporting in clinical practice: a meta-analysis. In: Clinical Radiology Vol. 60: 232-241.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.) (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bonn. Centrum für Hochschulentwicklung (CHE) (2014): Hochschulbildung wird zum Normalfall. Ein gesellschaftlicher Wandel und seine Folgen.

Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./Voigt-Radloff, S./Walkenhorst, U. (2012a): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Vol. 137: 34-36.

Ewers, M./Grewe, T./Höppner, H./Sayn-Wittgenstein, F./Stemmer, R./Voigt-Radloff, S./Walkenhorst, U. (2012b): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Vol. 137: 37-73.

Igl, Dr. jur. Gerhard, Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe, (2010) Urban und Vogel. ISBN 978-3-89935-265-8.

Robert Bosch Stiftung (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven — Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung (2011): Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Sondergutachten 2012 — Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007):

Unterhumer 2014, Masterarbeiten 2014, Perspektiven der Radiologietechnologie 3, March 2016, Edition: Book of Abstracts, Publisher: FH Campus Wien, ISBN: 978-3-902614-36-0.

Wissenschaftsrat (WR) (2014): Empfehlungen zur Gestaltung des Verhältnisses von beruflicher und akademischer Bildung. Berlin.

Wissenschaftsrat (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin.