

**Anmerkungen**

- [1] Sikorski, H.: Bemerkungen zur Entwicklung des Hochschulstudiums, in: Studentenwerk, Jahrgang 1930, Seite 285, 286.
- [2] Absolventenangebot und berufliche Flexibilität, in: Die deutsche Hochschule zwischen Numerus clausus und Akademikerarbeitslosigkeit, Hannover 1975.
- [3] Sozialistische Bildungsökonomie, Hrsg. A. Knauer, H. Maier, W. Wolter, Berlin (Ost) 1972, Seite 11.
- [4] Bolte, K.M. u. a.: Bildungsreform und Berufsreform, in: Mitt. AB, Heft 4, 1976, Seite 496.
- [5] Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder, Dokumentation 50, April 1976.
- [6] Beckerhoff, D., Jochimsen, R.: Bedarfsorientierung eines expandierenden Bildungssystems? In: Soziale Probleme der Industriegesellschaft, Hrsg. Verein für Sozialpolitik, Neue Folge, Bd. 92 II, Seite 714.
- [7] so u. a. Riese, H.: Die Entwicklung des Bedarfs an Hochschulabsolventen in der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1967; Wildmaier, H.P.: Bildung und Wirtschaftswachstum, Villingen, 1966; Alex, L., Blüm, A.: Quantitative und qualitative Vorausschau auf dem Arbeitsmarkt der Bundesrepublik Deutschland mit Hilfe eines Strukturmodells 1967, 1969 (Battelle Institut); auch die neuere Studie des Battelle Instituts von 1975 von Blüm und Frenzel mit gleichlautendem Titel wie oben; Alex, L. u. Mitarbeiter: Angebot und Bedarf an hochqualifizierten Arbeitskräften in der Bundesrepublik Deutschland bis 1980, München 1972; Jeschek, W.: Projektion der Qualifikationsstruktur des Arbeitskräftebedarfs in den Wirtschaftsbereichen der Bundesrepublik Deutschland bis 1985, DIW Heft 28, Berlin 1973; Auch die neuen fachrichtungsspezifischen Untersuchungen im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft über Ingenieure und Naturwissenschaftler (Battelle Institut, 1975) über Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler (Hochschul-Informationssystem GmbH, 1975) basieren im wesentlichen auf dem Ableitungszusammenhang des MRA-Ansatzes.
- [8] Solche Art von Fehlern kann natürlich durch die Wahl von Funktionen mit einem Wendepunkt (logistische Kurve) vermieden werden. Hierbei ist allerdings zu bedenken, daß Arbeitskräftestrukturprognosen meist auf einer sehr schmalen Basis beruhen (oft nur auf wenigen „Punkten“ in der Vergangenheit) und daher die Setzung von Sättigungsgrenzen mehr oder weniger willkürlich — nach „Fingerspitzengefühl“ — erfolgen müßte.
- [9] Krafft, A., u. a., Hochschulqualifizierte Arbeitskräfte in der Bundesrepublik Deutschland bis 1980, München 1971.
- [10] Vgl. Alex, L., Forschungsprogramm zum qualitativen und quantitativen Bedarf an Hochschulabsolventen im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft, 1972.
- [11] Deutsche Übersetzung, Juni 1977, Seite 26.
- [12] a. a. O., Seite 19.

Wolfgang Becker

## Problembereiche der Weiterbildung im Gesundheits- und Sozialwesen – Aus einer Analyse des Weiterbildungsangebots 1978 –

Im Rahmen des Projekts „Weiterbildung im Gesundheits- und Sozialwesen“ (FP-Nr. 4.025) wurde eine möglichst vollständige Bestandsaufnahme von Weiterbildungsmaßnahmen in diesem Bereich für die Jahre 1977 und 1978 in Angriff genommen. Die Untersuchung hatte das Ziel, die bestehende Lehrgangsvielfalt zu dokumentieren und Regelungsmöglichkeiten bzw. zukunftsweisende Aufgabenbereiche für die Weiterbildung zu eruieren. Im nachfolgenden Beitrag sollen offenliegende Problemfelder der Weiterbildung in diesen Tätigkeitsbereichen angesprochen und kritisch hinterfragt werden.

### 1. Untersuchungsgrundlage

Auf der Grundlage der Daten der Bundesanstalt für Arbeit in „Einrichtungen zur beruflichen Bildung“ [1] für 1977 wurden für 1978 insges. 321 Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung im Bereich Gesundheitswesen und für den gleichen Zeitraum insges. 290 Maßnahmen im Sozialwesen für zusammen ca. 7500 Teilnehmer registriert und ausgewertet. Die vorliegende Bestandsaufnahme umfaßt zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht alle tatsächlich im Berichtszeitraum durchgeführten Maßnahmen; für einen beträchtlichen Teil der gesammelten Daten gab es zunächst keinen offenliegenden Zugang, viele Informationen ergaben sich erst im Rahmen mündlicher Befragungen oder durch zufällige Hinweise. Zudem erwies sich die Mitteilungsbereitschaft vieler Weiterbildungsinstitutionen als sehr gering. Dennoch stellt die jetzt

erarbeitete Dokumentation für den vorgegebenen Bereich hinsichtlich der Vielfalt des Angebots, der Themenstreuung und der regionalen Abdeckung eine erste „flächendeckende“ Darstellung des Weiterbildungsangebots im Gesundheits- und Sozialwesen dar [2].

Aufgenommen wurden grundsätzlich nur diejenigen Angebote, die sich über mehr als 1 Woche (6 Tage) erstreckten oder die im Vergleich eine Unterrichts- oder Schulungszeit von mehr als 40 Stunden anboten. Bei dieser auf den ersten Blick willkürlich erscheinenden Einschränkung wurde davon ausgegangen, daß sie die Grenzziehung zwischen „Informationsverabreichung“ und „initiiender, praxisrelevanter Schulung“ ziemlich genau markiert; nichtsdestoweniger wird erst eine detaillierte Analyse der Curricula und des entsprechenden Praxisfeldes sowie eine Lernerfolgsuntersuchung genauere Angaben über die Berechtigung dieses Schrittes möglich machen.

### 2. Gesellschaftlicher Stellenwert des Gesundheits- und Sozialwesens

Untersuchungen über die Veränderungen des gesellschaftlichen Wertsystems unter den Bedingungen des ökonomischen, sozialen und technologischen Wandels in der postindustriellen westlichen Gesellschaft [3] weisen immer wieder auf die manifeste Ablösung der klassischen „bourgeois values“ (i. e.: Selbstkontrollierte, ökonomische Lebensfüh-

rung, forciertes Erwerbsleben, Selbstverpflichtung zum Arbeitseinsatz) durch „humanitär-soziale“ Werte (z. B. Akzeptanz seitens sozialer Gruppen, soziale Wohlfahrt, öffentliche Daseinsfürsorge etc.) hin. Entsprechend dieser Entwicklung hat sich die öffentliche Erwartungshaltung an die Wohlfahrtsleistungen des Staates ebenso verändert und intensiviert [4], wie sich aus Anlaß der Kostenexplosion innerhalb des medizinischen Versorgungsapparates immer mehr die Notwendigkeit einer veränderten Betrachtung des Krankheitsbegriffs im weitesten Sinne herauschält [5]: In Kenntnis der gesundheitsschädigenden Wirkung bestimmter Umweltfaktoren erscheint eine verstärkte Vermittlung und Kooperation zwischen Medizin- und Sozialsystem unbedingt erforderlich.

Diesen Entwicklungen, auf die Medizin- und Sozialsystem ebenso wie auch die politische Planungsebene zu reagieren hätten, steht jedoch ein Wohlfahrtsapparat gegenüber, in dem, gerade im Bereich der Gesundheitsversorgung, Veränderungen des Aufgabenbereichs und des Selbstverständnisses nur zögernd und reaktiv sowie meist analog der dort vorherrschenden strengen Hierarchisierung eingeleitet werden. Inwieweit und wo sich diese spezifischen Hemmnisse gerade im Bereich beruflicher Weiterbildung niederschlagen und registrieren lassen, soll im folgenden beispielhaft thematisiert werden.

### 3. Zur Beschäftigungslage und -struktur im Gesundheits- und Sozialwesen

Nach den neuesten Erhebungen [6] sind im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens insges. ca. 4,5 v. H. aller beschäftigten Arbeitnehmer tätig. Der Anteil an Arbeitslosen ist hier mit 6,4 v. H. relativ hoch. Um diese Tatsache hinreichend erklären zu können, muß dabei zunächst auf den vergleichsweise großen Anteil erwerbstätiger Frauen im Gesundheits- (90 v. H.) und Sozialbereich (ca. 60 v. H.) verwiesen werden; er macht sich, wie sich zeigen soll, in den Arbeitslosenzahlen eklatant bemerkbar: Während von allen Arbeitslosen aus Gesundheitsdienstberufen nur 9,9 v. H. Männer sind, mußten sich hier neunmal mehr Frauen — 90,1 v. H. — arbeitslos melden [7]. Zwar entspricht diese Differenz exakt dem geschlechtsspezifischen Beschäftigtenanteil — dem Neunfachen — jedoch bleiben Frauen dennoch die Problemgruppe. Indem sie sich auf einige wenige Berufsbereiche wie hier den Gesundheitsdienst konzentrieren, werden sie auch, sofern Beschäftigungsprobleme auftauchen, besonders stark von Arbeitslosigkeit betroffen. Ähnlich stellt sich die Situation innerhalb des Sozialwesens dar: 34,6 v. H. der hier arbeitslosen Männern steht ein fast doppelt so hoher Anteil arbeitsloser Frauen (65,4 v. H.) gegenüber. Dieser Trend der die Frauen entsprechend ihrem Beschäftigungsanteil belastenden Arbeitslosigkeit setzt sich auch in den einzelnen Berufsordnungen weiter fort.

Analysiert man die Statistik der Arbeitsuchenden für die Berufsbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens, wird man feststellen, daß die Nachfrage exakt die bestehende geschlechtsspezifische Beschäftigtenverteilung reproduziert: In Gesundheitsdienstberufen stehen 9,9 v. H. arbeitsuchenden Männern 90,1 v. H. Frauen gegenüber; im Sozialwesen lautet das Verhältnis 34,6 v. H. zu 65,4 v. H. Diese Zahlen scheinen ein außerordentliches Beharrungsvermögen traditioneller Sozialisationsspezifika zu signalisieren. Könnte angesichts der zuvor beschriebenen Veränderung der gesellschaftlichen Werte u. a. auch davon ausgegangen werden, daß sie ein geschlechtsunabhängigeres Berufswahlverhalten zur Folge haben würden (Gesundheitsdienst- und Sozialberufe werden nicht mehr als „frauenspezifisch“ von Männern gemieden; Frauen befreien sich aus der in vieler Hinsicht einengenden Berufswahl- und -verlaufsperspektive dieser Bereiche), scheinen die vorliegenden Daten genau das Gegenteil auszusagen:

Trotz einer vergleichsweise hohen Qualifikationsebene in

beiden Berufsbereichen wechseln Männer kaum in diese und Frauen kaum aus ihnen heraus [9].

### 4. Weiterbildung im Gesundheits- und Sozialwesen

Die Teilnehmerzahlen der Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen weisen auf eine ausgesprochen geringe Fortbildungsintensität hin: Nur ca. 2,0 v. H. aller Teilnehmer kamen aus dem Gesundheitsbereich, ca. 6,5 v. H. aus dem Sozialbereich. Unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Stellenwertes beruflicher Fortbildung für die Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens, auf den bei der Einzelanalyse noch einzugehen sein wird, muß an dieser Stelle auf die sozialpsychologische Komponente dieser „depressiven“ Bildungshaltung hingewiesen werden: Die enttäuschte Erwartungshaltung gerade in diesem Bereich Beschäftigten hinsichtlich der Innovationsfähigkeit und Veränderungskompetenz des Gesellschaftssystems schlägt sich an dieser Stelle ganz augenscheinlich in einer globalen Bildungsdemotivation nieder [10].

Dabei vollzieht sich dieses Verhalten im Sozialwesen unter gänzlich anderen Bedingungen als im Gesundheitsbereich. Im Bereich der Sozialberufe erfüllen Weiterbildungsangebote grundsätzlich eher die Funktion „methodischer Anpassung“ (Verstärkung der individuellen Sachkompetenz für die sozialpädagogische Praxis), wobei der Faktor „horizontaler Mobilität“ gegenüber „vertikal“ orientierten Maßnahmen stark ausgeprägt ist. An dieser Tendenz hat sich bislang auch nichts geändert, nachdem nach der Öffnung des sozialpädagogischen Berufsfeldes für graduierte Fachkräfte und der damit einhergehenden Hierarchisierung zunehmend männliche Bewerber in diesen Bereich drängen. Zwar erfüllen nunmehr die Berufe des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen (grad.) über den formalen Abschluß genau diejenigen Status- und Einkommenserwartungen [11], die den zuvor überwiegend von Frauen besetzten Berufsbereich für Männer interessant machen; die möglichen Berufsentwicklungen aufgrund von Weiterbildungsmaßnahmen vollziehen sich jedoch nach wie vor in ihrer überwiegenden Mehrzahl „horizontal“.

Hingegen erweist sich der Weiterbildungsbereich für Krankenpflege- bzw. Heilhilfsberufe sowie auch für alle Berufe der Arzthilfe als ausgesprochen „aufstiegsbewußt“. 84,4 v. H. aller in diesem Sektor angebotenen Maßnahmen vermitteln trotz der faktisch sehr engen hierarchischen Grenzen die Möglichkeit zu allerdings beschränkter „vertikaler Mobilität“. Dabei ist die motivationale Orientierung der Lehrgangsinhalte am Berufsleitbild „Arzt“ überaus auffällig. Diese Tatsache ist um so bedeutsamer, als einerseits mit emotionalen Komponenten („Die rechte Hand des Arztes werden...“) Handlungsspezifika von Berufen verdeckt werden, die in ihrer Mehrzahl als Hilfsfunktionen ohne individuellen Entscheidungsspielraum bestimmt werden müssen (z. B. Sprechstundenhelferin, Arzthelferin, Krankenpflegehelfer, -in usw.). Andererseits scheint das didaktisch genutzte Leitbild „Arzt“ gerade im Rahmen der sog. „Aufstiegsfortbildung“ im Krankenpflegebereich einen Aktions- und Entscheidungsspielraum anzubieten, der jedoch bei genauerer Prüfung der Lehrgangsinhalte und der oftmals nur rudimentär beschriebenen Aufgabenfelder (z. B. Reinigen und Instandhalten der Gerätschaften, Wiederbelebungsversuche bis zum Eintreffen des Arztes usw.) nicht mehr eingehalten wird [12].

Vordergründig scheinen die drei Aufgaben- und Autoritätskomplexe, die gleichzeitig auch die hierarchische Struktur des Gesundheitswesens gerade im Krankenhaus ausleuchten (1. Medizin, 2. Pflege, 3. Verwaltung), mit Hilfe von fachqualifizierenden Weiterbildungsmaßnahmen durchlässiger gemacht werden zu können. Tatsächlich hingegen werden lediglich die beiden ranguntersten Bereiche — „Pflege“ und Teilbereiche der „Verwaltung“ — „durchlässiger“: Der „Aufstieg“ von (Kinder-)Krankenschwestern und -pflegern zu „Fachkräften“ in verschiedenen medizinischen Spezialdiszi-

plinen bzw. zu mittleren oder höheren Führungs- und Einsatzleitungskräften (Stationsleitung, Unterrichtsleitung, Krankenpflegedienstleitung) bedeutet eine Spezialisierung, die die faktische Aufstiegsbeschränkung in diesem Bereich ein wenig in den Hintergrund treten läßt. Die in den verfügbaren Weiterbildungsinhalten und -curricula immer wieder angesprochene Zielvorstellung — weitgehende Angleichung der Krankenpflegetätigkeit an die Funktionsebene der oberen Medizinhierarchie — wird letztlich nicht eingelöst. Wie sinnvoll diese Einschränkung ist, wie sehr sie als Behinderung typisch für einen überwiegend mit Frauen besetzten Berufsbereich sein mag (90 v. H. der hier Beschäftigten sind Frauen), wie wünschenswert die Öffnung von einzelnen Fachberufen in der Krankenpflege (z. B. in der Anästhesie) zu sog. „medizinischen Fachberufen“ sein und welche Funktion Weiterbildung an dieser Stelle im Verhältnis zur Ausbildung übernehmen kann, um nicht zu „Sackgassenfortbildung“ zu verhelfen, können erst spätere Detailanalysen ergeben.

Ein weiteres Problemfeld des Gesundheitswesens, dessen individuelle Auswirkungen gerade den Bereich der Weiterbildung berühren, ist die zunehmende Technologisierung und Computerisierung des Pflege- und Assistenzbereichs (etwa: postoperative Versorgung, Diagnose): Auf der einen Seite verbirgt sich hier die Gefahr einer schleichenden Dequalifizierung der in diesen Bereichen eingesetzten Fachkräfte zu „Gerätebedienern“ (wieder sind es mehr als 90 v. H. Frauen). Zum anderen könnte sich dieser Sektor gegenüber der medizinisch-pflegerischen Behandlung und Versorgung so sehr verselbständigen, daß der Einsatz neuer Technologien über die damit zusammenhängende Einführung einer qualitativ „neuen“ Hierarchie für die ehemaligen, nun nicht mehr anforderungsgemäß einsetzbaren „Fachkräfte“ wiederum „Dequalifizierung“ bedeutete (Inwieweit beschleunigen z. B. „Diagnostische Zentren“ diese Entwicklung?).

In diesem Zusammenhang wäre u. U. zu klären, welchen Einfluß der immer deutlicher absehbare vermehrte Einsatz computerisierter Medizin-Technologie

- auf die berufsbezogene geschlechtsspezifische Verdrängung etwa im Bereich der Laborassistenten- und medizinisch-technischen Assistenzberufe hat: Werden bei höherer Technologisierung mehr Männer eingestellt? (Ein möglicher Hinweis wäre die sukzessive Veränderung der offiziellen Berufsbezeichnung „Medizinisch-technische Assistentin“ zu „Medizinisch-technischer Assistent“)
- auf das Fortbildungsverhalten der betroffenen Krankenpflege-, Assistenz- und Heilhilfsberufe hat: Wie groß ist der Anteil derjenigen Lehrgänge, die diese Entwicklung aufnehmen? Wird verstärkt spezialisierende, labor-apparative oder eine die Hierarchie stabilisierende/aufbauende Fortbildung angeboten?
- auf die Funktion der Weiterbildung überhaupt haben kann: Inwieweit muß sich Weiterbildung auf „reaktive“ Funktionen beschränken? Inwieweit kann sie, in ein homogenes Konzept von integrierter Aus- und Weiterbildung eingebracht, (auch) im Gesundheitswesen zur Einebnung bestimmter, stark ausgeprägter Funktionshierarchien beitragen?

#### 4.1 Zielgruppenspezifik der Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen

Entsprechend der hierarchischen Berufsstruktur im Gesundheitswesen, aber auch orientiert an der sachlichen Notwendigkeit hoher Spezialisierung in der Krankenpflege (im Krankenhaus), waren die hier angebotenen Maßnahmen

- *stark funktionsspezialisierend/aufstiegsorientiert* (84,4 v. H. aller registrierten Maßnahmen nannten einen „Fachberuf“ als Weiterbildungsziel)
- *auf einige wenige Zielgruppenberufe zugeschnitten* (In der Heilhilfe und Krankenpflege waren ca. 50 v. H. (Kinder-)Krankenschwestern, -pfleger, zu 14 v. H. übriges Krankenpflegepersonal, zu 14 v. H. medizinisch-technische

Assistenten und zu ca. 17 v. H. (Zahn-)Arztthelferpersonal angesprochen, denen dann auch gleichzeitig der Löwenanteil an Fortbildungsberufen offenstand)

- *nur zum geringsten Teil methodisch orientiert* (Nur 15,6 v. H. aller registrierten Lehrgänge vermittelte berufsübergreifende Qualifikationen).

Genau entgegengesetzt verhielt es sich mit den im Rahmen der vorliegenden Dokumentation registrierten Weiterbildungsmaßnahmen im Sozialwesen. Neben einer auffälligen Unsicherheit in der berufsbezogenen Benennung der Zielgruppen (ca. 30 v. H. aller Maßnahmen bezogen sich auf „Mitarbeiter in...“) fiel auf, daß dementsprechend wenigen „echten“ Zielgruppenberufen eine verhältnismäßig geringe Anzahl an „Weiterbildungsberufen“ offenstand. Auch war im Sozialwesen keine eindeutige Zielgruppenpräferenz festzustellen, obwohl sich, entsprechend dem Beschäftigtenanteil, Sozialarbeiter (31,7 v. H.), Sozialpädagogen (29,3 v. H.) und Erzieher (10 v. H.) eindeutig hervorhoben.

Ebenso auffällig war das überwiegende Angebot an funktionsbezogenen methodischen Lehrgängen — auch und gerade über einen längeren Zeitraum —, das grundsätzlich allen Zielgruppen offenstand (69 v. H. aller registrierten Maßnahmen im Sozialwesen hatten methodischen Charakter) oder thematisch differenziert für bestimmte Zielgruppenebenen angeboten wurde.

#### 4.2 Zugangsvoraussetzungen

Entsprechend der Aufstiegsorientierung und Hierarchisierung im Gesundheitsbereich üben hier Zugangsvoraussetzungen bei beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen eine stark selektierende und chancenverteilende Wirkung aus. Geht man von der Annahme aus, daß diese einschränkenden Voraussetzungen ihre scheinbare Sachbezogenheit (Koppelung von Berufserfahrung meist nicht erkennbar begründete Dauer mit der Berechtigung, an beruflicher Fortbildung teilnehmen zu können) nur schwer oder nur in Einzelfällen geltend machen können, bleibt angesichts einer willkürlich anmutenden Spanne von keiner bis zu 2 Jahren Berufserfahrung als Zugangsvoraussetzung für das gleiche Fortbildungsziel bei gleichbleibender Zielgruppe nur die Forderung nach einer differenzierten Stellenwertanalyse dieses „numerus clausus“ [13]. Auf der Grundlage der vorliegenden Dokumentation kann nicht eingesehen werden, aufgrund welcher Notwendigkeit Weiterbildungsmaßnahmen den Wettbewerbsdruck des Beschäftigungssystems scheinbar unhinterfragt und vollständig aufnehmen und so Möglichkeiten zu beruflicher Entwicklung, ohne daß oder besser: gerade weil kaum Regelungen bestehen, über Zugangsbeschränkungen behindern (nur ca. 5 v. H. aller Maßnahmen wurden ohne Zugangsvoraussetzungen angeboten).

Jedoch auch ohne regelnde Handhabe hat sich bei fachqualifizierenden Maßnahmen im Krankenpflegebereich und im technischen Assistenzbereich grundsätzlich die Forderung nach einer zweijährigen Berufserfahrung als „Zugangsnorm“ (ca. 38 v. H.) herausgeschält; die Zufälligkeit dieser „Norm“ zeigt sich daran, daß sie sich selbst im Bereich landesrechtlich geregelter Weiterbildungsmaßnahmen nicht einheitlich durchgesetzt hat. Daneben verlangen ca. 9 v. H. aller Maßnahmen im Gesundheitswesen 1 Jahr Berufspraxis, ca. 24 v. H. mehr als 2 Jahre.

Auch im Sozialbereich ist die überwiegende Mehrzahl der registrierten Maßnahmen — trotz der mehrheitlich horizontalen Ausrichtung ihrer Inhalte — an die Zugangsvoraussetzung „Berufserfahrung“ gebunden, ohne sich jedoch erkennbar an bestimmten „Praxisfristen“ (Dauer der Berufserfahrung) zu orientieren. Obwohl vermutet werden darf, daß die vornehmlich methodisch qualifizierende Ausrichtung der Maßnahmen den Vorbehalt „Berufserfahrung“ eher rechtfertigt als etwa bei deutlich aufstiegsorientierten Lehrgängen wie im Gesundheitswesen, muß auch hier gelten, daß die inhalt-

lichen Begründungen einer solchen Bildungsbeschränkung offengelegt und sorgfältig hinsichtlich ihrer Berechtigung untersucht werden müssen.

#### 4.3 Bildungsziele und Abschlüsse bei Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen

##### 4.3.1 Gesundheitswesen

Die Weiterbildungssituation im Gesundheitswesen zeichnet sich dadurch aus, daß sie nur für einige wenige fachqualifizierende Maßnahmen (insges. 8) im Krankenpflegebereich landesrechtliche Regelungen — in den Bundesländern Hamburg, Niedersachsen und Berlin — aufweist, die allerdings in sich sehr unterschiedliche Durchführungsbestimmungen beinhalten. Diesen wenigen landesrechtlich verbindlich geregelten Lehrgängen steht eine relativ große Anzahl von Maßnahmen gegenüber (für insges. 28 „Fachberufe“ in der Krankenpflege), für die es keine rechtlich geregelten Bestimmungen gibt. In ihnen hat sich bei Weiterbildungsträgern, die nach „Empfehlungen“ oder „Richtlinien“ von Fachverbänden vorgehen (insges. 4 Fachverbände empfehlen 13 „Fachberufe“), eine „Grauzone“ von Maßnahmen entwickelt, deren curriculare Grundlagen und deren Arbeitsmarktrelevanz für Interessenten kaum zu durchschauen ist. Schließlich kristallisierte sich im Verlauf der Dokumentation zusätzlich noch eine „Dunkelzone“ von Maßnahmen heraus, bei denen weder eine Aussage über das Bildungsziel noch eine über die Form des Abschlusses (als beispielhaft wichtige Angaben) gemacht wurde.

Auf diese Weise ergibt sich eine mehrfach konkurrierende Situation der Weiterbildungsregelungen untereinander:

- Zwischen den landesrechtlich geregelten Weiterbildungsmaßnahmen in Hamburg, Niedersachsen und Berlin, die bei gleichlautenden Zielqualifikationen nicht einheitlich sind (Differenzen bestehen hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen, der Lehrgangsdauer und der curricularen Gestaltung).
- Zwischen den nach Landesrecht vorgehenden Lehrgängen und denjenigen Maßnahmen, die nach Fachverbandempfehlungen organisiert sind.
- Zwischen den in beliebiger Weise geregelten und den nicht eindeutig strukturierten Maßnahmen.

Aufgrund dieser Situation kann mit Recht vermutet werden, daß sich landesrechtlich geregelte Weiterbildungsmaßnahmen bislang gegenüber ihrer Konkurrenz nicht eindeutig durchgesetzt haben; die bislang erfaßten Daten scheinen diese Annahme zu bestätigen: Nur 9 v. H. der Lehrgänge gehen entsprechend den Vorgaben des Landesrechts vor.

Neben dieser Regelungsvielfalt für eine Vielzahl fachqualifizierender Maßnahmen macht sich die mangelnde Berücksichtigung eines inhaltlichen Schwerpunktes jenseits aller fachspezialisierenden Angebote, wie es etwa die Fähigkeit zu „kommunikativer Interaktion“ [14] mit dem Ziele der Verbesserung des „psychologischen Umgangs mit Kranken in der gesamten Krankenversorgung“ [15] sein könnte, stark bemerkbar. Zwar wird die Notwendigkeit des Erwerbs „kommunikativer“ Kompetenzen gerade für Krankenpflege- und Heilhilfsberufe vielerorts betont und gefordert, jedoch ist die Hypothetik einer solchen Forderung angesichts eines weit überhängenden „Aufstiegsangebots“ [16] bei Weiterbildungslehrgängen (84,4 v. H.) nicht zu übersehen. Lediglich 6 Maßnahmen (1,9 v. H.) widmen sich ausdrücklich dem Thema „Kommunikation“.

Diese Einseitigkeit des registrierten Angebots ist wahrscheinlich auf eine Arbeitsmarktsituation zurückzuführen, in der eine hohe Spezialisierung noch am ehesten dazu geeignet zu sein scheint, drohender Arbeitslosigkeit („Disfunktionalität“) vorzubeugen. Der Behauptung, „kommunikative Qualifikationen“ stellten das wichtigste, weit mehr als alle manuelle Verrichtung ins Gewicht fallende Tätigkeitsmerkmal dar, kann

zwar nicht widersprochen werden, doch zeigt sich die Grenze ihrer Umsetzbarkeit in Weiterbildungsveranstaltungen genau dort, wo die offenbare **Ungleichzeitigkeit** zwischen

##### — Technologisierung/Spezialisierung

(als beherrschenden Einflußfaktoren auf den ökonomischen und den Arbeitsmarktbereich und der daraus resultierenden zunehmenden Rationalisierung und Arbeitslosigkeit)

und der

##### — Notwendigkeit zur Wertinnovation

(als bestehender Forderung an die Ebene politischer Planung und gesellschaftlichen Selbstverständnisses)

fortgesetzt individuelles Anpassungsverhalten an die „Erfordernisse des Arbeitsmarktes“ produziert.

Auf dieser Grundlage wäre u. U. beispielhaft zu untersuchen, inwieweit die mit Prüfung abgeschlossenen, aufstiegsorientierten Fortbildungsberufe in der Krankenpflege (die jeweils nur einmal angeboten wurden)

— Fachschwester, -pfleger für patientenzentrierte Pflege und psychosomatische Medizin

— Fachschwester, -pfleger für medizinische Rehabilitation und Geriatrie

die Vermittlung psychosozialer/sozialpsychiatrischer und kommunikativ zu bezeichnender Qualifikationen mit fachspezialisierender, aufstiegsbetonter Fortbildung verbinden. Möglicherweise wird innerhalb dieser Lehrgänge eine praktikable Synthese zwischen arbeitsmarktbezogener Funktionalität und nicht in erster Linie funktionsbezogener Kommunikativität vollzogen, so daß erste Vorbehalte, in ihnen würden lediglich träger- oder regionalspezifische Bedürfnisse abgedeckt, aufgehoben wären.

Neben aller Problematik der Weiterbildung im Krankenpflegebereich besteht für die hier angesiedelten Berufe grundsätzlich die Möglichkeit, berufliche Aufgaben im Sozialwesen zu übernehmen: Für (Kinder-)Krankenschwestern oder -pfleger wurde ein Wechsel in sozialpflegerische Berufe (Altenpfleger, Heil- oder Sonderpädagoge u. a.) insges. 23 mal angeboten. Ob damit jedoch die angestrebte Interaktion zwischen Medizin- und Sozialsystem erreicht wird, muß angesichts der Tatsache, daß nur vom Gesundheits- in den Sozialbereich gewechselt werden kann, bezweifelt werden. Die Möglichkeit *gegenseitiger Offenheit* beider Berufsfelder und eines Ausbildungsabschlusses, der nicht notwendig auf eine auf einen bestimmten Bereich beschränkte Tätigkeit hinführt, wäre zu prüfen.

Auch der anerkannte Ausbildungsberuf der „Arzthelferin“ (Zahnarzthelferin, Tierarzthelferin) weist keine rechtlich geregelten Weiterbildungsmaßnahmen auf. Er ist vor allem dadurch gekennzeichnet, daß den in ihm zu 99,9 v. H. beschäftigten Frauen kaum eine Berufsentwicklungsmöglichkeit gegeben ist — sieht man einmal von dem möglichen Seitenausstieg über die „Röntgen-“ bzw. „Laborhelferin“ zur „Röntgen-“ bzw. „Laborassistentin“ in das Umfeld der MTA ab (nur 8, das sind 15 v. H. aller Kurse für Arzthelferinnen). Läßt man zunächst einmal außer acht, daß 37, das sind 69 v. H. aller Maßnahmen für Arzthelferinnen durch sog. „Labor-kurse“ (Vermittlung apparativer, med.-techn. Grund- und Aufbaukenntnisse) in Anspruch genommen werden, muß auffallen, daß die übrigbleibenden Angebote (9) neben den Fortbildungsberufen „Arztfachhelferin“ (3) und „Arzthelferin mit klin. Labor“ (1) in der Mehrzahl als Qualifikationsziel „Arzthelferin (kaufm.-prakt.)“ nennen (5).

Geht man vom herkömmlichen Orientierungsrahmen für den Beruf der Arzthelferin/Arztfachhelferin aus — Erfüllung praktischer medizinischer Hilfsfunktionen für den praktizierenden Arzt — muß über die im Rahmen der Weiterbildung zur „kaufm.-prakt. Arzthelferin“ vorgenommene Zusammenlegung von Verwaltungsaufgaben und Heilhilfe- bzw. medizinischen

Hilfstätigkeiten eine schleichende Dequalifizierung der Arzthelferin befürchtet werden. Tendenziell scheint die Grenze zum Sekretärinnen-Beruf ohnehin bereits aufgehoben: Bei mehreren Fällen institutionalisierter Weiterbildung zur „kaufm.-prakt. Arzthelferin“ werden als Zugangsvoraussetzung u. a. „Erfahrungen im kaufm.-verwaltenden Bereich“ und „Schreibmaschinenkenntnisse“ genannt.

Abschließend stellt sich die Frage nach der Verwertbarkeit der durch berufliche Fortbildungsmaßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens erworbenen Qualifikationen; sie ist um so wichtiger, als der Weiterbildungssektor in diesem Bereich überwiegend aufstiegsorientierte berufsqualifizierende Maßnahmen anbietet. Da zudem ein nicht unerheblicher Teil von ihnen (63 v. H.) in Vollzeitform durchgeführt wird, was beinahe in jedem Fall gleichzeitig den Austritt aus dem bisherigen Beschäftigungsverhältnis impliziert, verbindet sich mit der Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme ein hohes soziales Risiko.

Ein zentraler Punkt für die Verwertbarkeit der in der Fortbildungsmaßnahme erworbenen Qualifikationen ist natürlich auch (im Augenblick nur für den Krankenpflegesektor) die Durchsetzungsfähigkeit des aufgrund einer landesrechtlichen Regelung erworbenen formalen Abschlusses auf dem Arbeitsmarkt — etwa gegenüber auf der Grundlage von Fachverbandsempfehlungen erworbenen Qualifikationen. Auch die Durchsetzungsfähigkeit landesrechtlicher Regelungen untereinander dürfte die regionale Fortbildungsbereitschaft stark beeinflussen.

#### 4.3.2 Sozialwesen

Ganz im Gegensatz zum Gesundheitswesen zeichnet sich der Sozialbereich dadurch aus, daß

- einigen wenigen Zielgruppenberufen (insges. 6) wenige Fortbildungsberufe gegenüberstehen (10);
- allen Zielgruppen (auch da, wo sie nicht mit „echten“ Berufsbezeichnungen identisch sind) methodisch orientierte Weiterbildung angeboten wird;
- beinahe allen Zielgruppen (mit 4 Ausnahmen) die Möglichkeit zum Erwerb einer „Zusatzqualifikation“ offensteht;
- die Abschlußintensität sich entsprechend der geringen Zahl berufsqualifizierender Maßnahmen in Grenzen hält [17].

Der faktischen Unterentwicklung der Aufstiegsbezogenheit im Sozialbereich entspricht die Konzentration der Weiterbildungscurricula auf methodische Qualifikationen. Ganz offensichtlich werden hier diejenigen praxisrelevanten Kenntnisse und Fertigkeiten zu „kommunikativer Interaktion“ thematisiert und vermittelt, die sich in Weiterbildungsgängen des Gesundheitsbereichs nur schemenhaft herausgeschält hatten: Patienten- und/oder klientenzentrierte Gesprächsführung, Verhaltensbeobachtung und -beschreibung, sozialpädagogische und -pflegerische Methodik.

Auffällig häufig wurde bei den im Sozialbereich registrierten Weiterbildungsmaßnahmen die Zielgruppe „Sozialarbeiter/Sozialpädagoge“ genannt (60 v. H.). In diesem Zusammenhang wirft die oftmalige Nennung des Lernziels „Supervisor“ für diese Zielgruppe einige Fragen und Probleme auf.

Bei einer methodisch nicht fundierten und daher nicht repräsentativen Auswertung von Stellenangeboten für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (in drei überregionalen Tageszeitschriften; Dauer: 1 Monat; ausgewertete Stellenangebote: 190) konnte festgestellt werden, daß

- ca. 30 v. H. der Stellenangebote auf graduierte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen ausgerichtet waren;
- ca. 65 v. H. der Stellenangebote für Sozialarbeiter/Sozialpädagogen als Qualifikationsanforderung entweder Kenntnisse in klientenzentrierter Gesprächsführung, Besuch von Supervisionskursen oder „Ausbildung zum/als Supervisor“ nannten.

Bedeutsam scheint an dieser Entwicklung die augenscheinlich zentrale Funktion des Weiterbildungsangebots „Supervision“/„Supervisor“ für die berufliche Mobilität/Flexibilität der Berufsgruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Ursprünglich unter dem Begriff „Supervision“ als Zusatzqualifikation (z. B. zur/bei „klientenzentrierter Gesprächsführung“) eingeführt, scheint es möglich, daß sich diese Maßnahme unter der Titelführung „Supervisor“ zur Berufsqualifikation verselbständigt und sich als hierarchische Ebene im Berufsfeld der Sozialarbeit einrichtet. Die Dauer der Berufspraxis oder „Bereitschaft zur Teamarbeit“, eine Kategorie, die sich bei allen registrierten Weiterbildungsmaßnahmen im Sozialwesen als überaus signifikant erwiesen hatte, stellten sich demgegenüber bei der o. a. Untersuchung der Stellenangebote als nur von zweitrangiger Bedeutung dar.

Auf der Grundlage der durch die Dokumentation vorliegenden Daten ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Führt die Mobilitätsrelevanz der methodischen Kenntnisse („Supervision“) zur durchsetzungsfähigeren, wettbewerbsintensiveren Berufsbezeichnung „Supervisor“?
- Führt die Vermittlung der Methodik zu sozialer, kommunikativer Interaktionsfähigkeit („Supervision“), als Berufsqualifikation ausgewiesen („Supervisor“), zur **Berechtigung** der so Qualifizierten, kontrollierte, kommunikative Interaktion zu betreiben?

Abschließend kann festgestellt werden, daß sich die Frage der Verwertbarkeit der in Fortbildungsmaßnahmen erworbenen Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt für den Sozialbereich nicht in der Schärfe stellt, wie es zuvor für den Gesundheitsbereich angedeutet wurde: Zum einen erfordert die Praxisbezogenheit der Mehrzahl aller hier registrierten Maßnahmen die ständige Umsetzung und Erprobung des Unterrichtsstoffes (nicht selten wird die Möglichkeit zur Umsetzung der Weiterbildungsinhalte **im Beruf** zur Zugangsvoraussetzung erhoben), zum anderen verringert das überwiegende Angebot an Teilzeitmaßnahmen den Zwang zur Beschäftigungsaufgabe und somit auch das soziale Risiko.

#### 5. Schlußbemerkung

Im Zuge der Bestandsaufnahme von Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen hat sich immer wieder herausgestellt, daß beide Bildungsbereiche, sieht man einmal von der Grundqualifikation des „Umgangs mit Menschen“ ab, nur selten inhaltliche oder funktionale Bezüge zueinander aufweisen. Wo im Sozialbereich Kooperation und Teamarbeit vermittelt werden, geht es im Gesundheitswesen um beruflichen Aufstieg und Leistungsfunktionen; was dort an berufsübergreifenden Qualifikationen vermittelt wird, wird hier als fachspezialisierende Weiterbildung angeboten. Diese Gegensätze verschärfen sich zusätzlich dort, wo im Gesundheitswesen neben die Vielfalt *nicht geregelter* berufsqualifizierender Maßnahmen die mehrfach konkurrierende Situation *unterschiedlich geregelter* Lehrgänge tritt. Für das Sozialwesen gilt ähnliches: Neben *nicht geregelten* fachqualifizierenden Maßnahmen hat sich ein Weiterbildungsbereich entwickelt, der zum weitaus größten Teil damit befaßt ist, Ausbildungsmängel (Theorieüberhang, fehlendes Praxisbewußtsein etc.) zu kompensieren. Diese Situation in beiden Bereichen führt dazu, daß qualifikatorische Entwicklungen, mit denen sowohl das Gesundheits- als auch das Sozialwesen auf eine in vieler Hinsicht veränderte Anforderungs- und Bedürfnislage zu reagieren hätten, nur reaktiv, zögernd und im Rahmen des hergebrachten institutionellen Bedingungsrahmens stattfinden.

#### Anmerkungen:

- [1] Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.): Einrichtungen zur beruflichen Bildung, Band 2, Teil C (Berufliche Weiterbildung), Nürnberg 4/1977.
- [2] Im Verhältnis zu den von der Bundesanstalt für Arbeit in den „Einrichtungen zur beruflichen Bildung“ registrierten Maßnahmen

- für den Bereich Gesundheits- und Sozialwesen konnte die vorliegende Dokumentation um ca. 35—40 v. H. erweitert werden.
- [3] Vgl. etwa Hillmann, K.-H.: Die Wachstumskrise als Wertproblem. In: Gegenwartskunde 1, S. 19.
- [4] Vgl. etwa Infratest Sozialforschung: Soziale Indikatoren — Sekundärauswertung von Umfragedaten 1968/73 auf Grundlage der von der OECD erarbeiteten Liste gesellschaftlicher Anliegen. München 1974.
- [5] Bayer, K.: Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor. In: Mitscherlich, A. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln 1972, S. 45 ff.
- [6] Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA): Sondernummer Arbeitsstatistik v. 20. 6. 1978, 26. Jg. (1978). Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA), 26. Jg., Nr. 6 (1978).
- [7] Vgl. ANBA Arbeitsstatistik, a. a. O.: 9,9 v. H. arbeitslose Männer in Gesundheitsdienstberufen entsprechen einem Anteil von 0,6 v. H. an allen männlichen Arbeitslosen; bei den Frauen entsprechen 90,1 v. H. einem Anteil an allen arbeitslosen Frauen von 5,4 v. H.
- [8] Vgl. ANBA Arbeitsstatistik, a. a. O.: 34,6 v. H. arbeitslose Männer im Sozialbereich entsprechen einem Anteil von 2,4 v. H. an allen männlichen Arbeitslosen; bei den Frauen entsprechen 65,4 v. H. einem Anteil an allen arbeitslosen Frauen von 4,6 v. H.
- [9] Zur Interpretation dieser Aussagen muß berücksichtigt werden, daß sich die oben zitierte INFAS-Untersuchung („Wertinnovation“) auf einen Zeitraum ausgesprochener wirtschaftlicher Prosperität (1968—1973) erstreckte, während für die Statistik der Arbeitssuchenden eine veränderte, *regressive* wirtschaftliche Situation zugrunde gelegt werden muß, die Werterneuerungen nur schwer zuläßt.
- [10] Vgl. etwa Kmiecik, D.: Wertstrukturen und Wertwandel in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlegungen einer interdisziplinären Wertforschung mit einer Sekundäranalyse von Umfragedaten. (Studie im Auftrag der Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel) Bonn 1975, S. 355 ff.
- [11] Vgl. Bayer, M., Ortner, G. E.: Institutionelle Bedingungen zur Herstellung von Flexibilität. In: Mertens, D., Kaiser, M. (Hrsg.): Berufliche Flexibilitätsforschung in der Diskussion (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30), Materialienband 3: Berufliche Flexibilität als Dimension von Bildungs- und Sozialisationsprozessen. S. 13 f. Nürnberg 1978.
- [12] Vgl. etwa Curricula zur „Fachschwester für Anästhesie und Intensivpflege“.
- [13] Das o. a. Beispiel gilt für die Zielgruppe der (Kinder-)Krankenschwestern, -pfleger für das Weiterbildungsziel „Stationenleitung“/„Stationsschwester, -pfleger“; es ließen sich jedoch noch mehrere entsprechende Beispiele anführen.
- [14] Bergmann-Krauss, B.: Problemanalyse „Öffentlicher Dienst“, BIBB, Berlin 1977, S. 110.
- [15] Vgl. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête), Bundestagsdrucksache 7/4200, S. 219.
- [16] Die Lehrgangsinhalte und Curricula der „aufstiegsbezogenen“ Weiterbildungsmaßnahmen widmen sich der Vermittlung „kommunikativer Kompetenzen“ in der Regel nur marginal.
- [17] „Abschlüsse“ bezeichnen im Sozialbereich 1. einen staatlich anerkannten Ausbildungsabschluß, der auf dem Wege der „Zusatzqualifikation“ erworben wurde (An dieser Stelle wäre es interessant zu untersuchen, ob und wo der Grenzbereich zwischen Weiterbildung und Umschulung bzw. zwischen Weiterbildung und Ausbildung überschritten und inwieweit sich möglicherweise hier bereits still praktizierte Ansätze zur Integration von Aus- und Weiterbildung in entsprechende integrierende Regelungen umgießen lassen.); 2. Abschlüsse aufgrund von länderspezifischen Rahmenvereinbarungen, die sich ebenfalls „staatlich anerkannter Abschluß“ nennen; 3. in der weitaus überwiegenden Mehrzahl „colloquiale“ lernortspezifische Abschlüsse, denen aufgrund der Lehrgangsteilnahme ein die Lehrgangsinhalte beschreibendes Zertifikat folgt.

Peter-W. Kloas

## Berufsschüler ohne Hauptschulabschluß: Ausbildungs- und Berufsstartprobleme benachteiligter Jugendlicher

**Um die Situation und die besonderen Probleme von Jugendlichen mit Sonderschulabschluß und Schulabgängen ohne Abschluß (im Vergleich zu Jugendlichen mit Hauptschulabschluß) beurteilen zu können, wurden in einer Vorstudie zum BIBB-Projekt „Vorberufliche und berufliche Bildung für lernbehinderte Jugendliche“ Daten aus einer repräsentativen Befragung (random-sample) von 3 565 Jugendlichen an Berufsschulen gesondert ausgewertet. Die Erhebung wurde im Rahmen der Jungarbeiter-Untersuchung des BIBB in der Zeit vom Dezember 1975 bis November 1976 in allen Bundesländern und in Berlin (West) durchgeführt und diente der Ermittlung bisher fehlender, bundesweit repräsentativer, sozialer, ökonomischer und persönlichkeitsbezogener Daten über berufsschulpflichtige Jugendliche. Im Mittelpunkt der Untersuchung standen Jugendliche ohne Ausbildungsplatz. 640 Auszubildende wurden als Kontrollgruppe befragt.**

Angesichts der zunehmenden Zahl von Jugendlichen, die das allgemeinbildende Schulsystem verlassen, und einer wirtschaftlichen Entwicklung mit — im Vergleich zu den 60er Jahren — deutlich verringerten Wachstumsraten ist anzunehmen, daß Jugendarbeitslosigkeit und Ausbildungsplatzmangel bis in die achtziger Jahre hinein akute Probleme bleiben. Die düstere Zukunftsperspektive gilt in erster Linie für Jugendliche ohne Hauptschulabschluß. Damit ist allerdings nicht gesagt, daß schulische „Defizite“ zwangsläufig als bedingende Faktoren von Arbeitslosigkeit oder fehlender Ausbil-

dung zu betrachten sind: Entgegen dem in der öffentlichen Diskussion vorherrschenden Eindruck handelt es sich bei den Ausbildungs- und Arbeitsmarktproblemen dieser Jugendlichen nicht allein um Schwierigkeiten, die durch individuelle Defizite hervorgerufen werden. Auch der Hinweis auf die geburtenstarken Jahrgänge reicht als Erklärung nicht aus. Die Verschärfung der Selektionskriterien auf dem Ausbildungsstellen- und Arbeitsmarkt, die insbesondere für sogenannte Problemgruppen spürbar wird, ist ebenso auf die veränderte wirtschaftliche Situation zurückzuführen. Unter günstigeren ökonomischen Bedingungen — vergleichbar etwa denen der 60er Jahre — hätten vermutlich die meisten dieser Jugendlichen einen Ausbildungs- und/oder Arbeitsplatz gefunden.

Die hier vorgelegten Ergebnisse sind Teil einer vergleichenden Analyse der Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Arbeitsmarktbedingungen, der sozialen und ökonomischen Verhältnisse in der Familie sowie der persönlichen Voraussetzungen und Zielvorstellungen von Jugendlichen mit Sonderschulabschluß (Gruppe S), Schulabgängern ohne Abschluß (Gruppe oA) und Jugendlichen mit Hauptschulabschluß (Gruppe mH).

Die ausgewiesenen Zahlenwerte und die daraus abgeleiteten Aussagen beziehen sich grundsätzlich auf die Stichprobe der Jugendlichen ohne Ausbildungsplatz (JoA) und die Stichprobe der Auszubildenden. Die absoluten Zahlenwerte sind für die Auszubildenden-Stichprobe und für Gruppen, in denen