

Barbara Meifort

## Entwicklungen im Gesundheitswesen erfordern Konsequenzen für die Anforderungen an die nichtärztlichen Gesundheitsberufe

Auch nichtärztliche Gesundheitsberufe sehen sich ständig verändernden beruflichen Anforderungen gegenüber. Auf der Grundlage hierfür ursächlicher Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen sollen im Rahmen eines Forschungsprojekts Empfehlungen zur Gestaltung des Systems beruflicher Bildung im Berufsfeld Gesundheit erarbeitet werden. Ausgangspunkt dieses Vorhabens war die Analyse der bestehenden Regelungssituation – als Kennzeichen für den Stand und die bisherige Entwicklung im Berufsfeld Gesundheit. In Heft 4/1980 von „Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis“ wurde darüber bereits berichtet. Für die Entwicklung eines aufeinander abgestimmten Aus- und Weiterbildungssystems, das gerade den bereits Ausgebildeten sinnvolle berufliche Entwicklungslinien sichert, sollen hier nun mögliche inhaltliche Schwerpunkte künftiger Tätigkeitsbereiche im Gesundheitswesen zur Diskussion gestellt werden. Sie wurden auf der Basis von Literaturrecherchen, gesundheitspolitischen Programmen relevanter gesellschaftlicher Gruppen und Expertengesprächen entwickelt. Die Frage nach den Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen richtet sich zunächst sowohl auf deren Inhalte als auch auf ihre Relevanz für veränderte berufliche Anforderungen des Personals im Gesundheitswesen. Schließlich ist auch nach daraus resultierenden Konsequenzen für berufliche Bildungsmaßnahmen in diesem Bereich zu fragen.

### Die Entwicklungen im Gesundheitswesen verändern die fachlichen Schwerpunkte in den Gesundheitsberufen

Im Zentrum aller gesundheitspolitischen Programme steht die Forderung nach Verstärkung von Rehabilitation, Prävention, Primärversorgung und einer überlegteren Anwendung der Medizintechnik. Darüber hinaus wird die verstärkte psychosoziale Orientierung der Gesundheitsdienste gefordert – zur Zeit noch vorwiegend an die Adresse stationärer Pflege und ärztlicher Versorgung gerichtet. In zunehmendem Maße kann jedoch beobachtet werden, daß sich entsprechende Forderungen auch an den Rehabilitationsbereich sowie den gesamten Bereich der – ambulanten – Primärversorgung wenden.

Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen, wie sie sich aus Literatur und gesundheitspolitischen Programmen ableiten lassen, haben einen unterschiedlichen Konkretisierungsgrad. Von daher sind ihre Umsetzungs- und Realisierungschancen unterschiedlich einschätzbar. Das heißt, die Frage nach den Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen richtet sich nicht nur auf die inhaltlichen Schwerpunkte künftiger wichtiger Tätigkeitsbereiche als Anknüpfungs- und Bezugspunkt für Bildungsmaßnahmen, sondern auch auf deren Relevanz für veränderte berufliche Anforderungen. Anknüpfend daran ist nach Konsequenzen für Bildungsmaßnahmen zu fragen, die für die Bewältigung bestehender und künftiger Aufgaben im Gesundheitswesen befähigen.

### Entwicklungstendenzen im Pflegebereich

Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe ist die der Pflegekräfte. Technikgläubigkeit und starke Ausweitung der Medizintechnik

und in deren Folge die arbeitsorganisatorische Entwicklung der Funktionspflege haben zunächst Kritik an der stationären Versorgung und Pflege ausgelöst. Die Forderungen nach verstärkter psychosozialer Orientierung der Gesundheitsdienste, patientenorientierter Versorgung, Kooperation und Teamarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe werden daher zur Zeit noch vorwiegend an die stationäre Versorgung und Pflege gestellt.

Zahlenmäßig konzentrieren sich die Pflegekräfte schwerpunktmäßig noch auf den stationären Bereich. Neuere Diskussionen deuten jedoch auf die Notwendigkeit zur Verstärkung der ambulanten, regional gleichmäßig verteilten und gemeindenahen Pflege hin, der die bisherige berufsstrukturelle Entwicklung zur (stationären) Funktionspflege allerdings entgegensteht.

Die Verstärkung der ambulanten Pflege wird insbesondere mit steigenden Versorgungsaufgaben für die zunehmende Zahl chronisch und geriatrisch Kranker und der patientengerechteren Versorgung in der häuslichen Umgebung begründet.

Entwicklungen im stationären Bereich, die im Umfeld von Kostendämpfungsmaßnahmen auf Bettenabbau und auf Verkürzung der Liegezeiten zielen, dürften diese Entwicklung tendenziell unterstützen.

Tatsächlich jedoch ist die Umsetzung dieser gesundheitspolitischen Zielvorstellungen nicht weit gediehen. Abgesehen davon, daß es fraglich ist, ob – wie vielfach unterstellt – eine qualitativ verbesserte ambulante Pflege tatsächlich kostengünstiger sein kann [1], werden Bettenabbau und Verkürzung der Liegezeiten in der stationären Pflege oft auf dem Rücken der Patienten, ihrer Angehörigen und des Pflegepersonals ausgetragen. Die ambulante Pflege ist personell sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht unzureichend ausgestattet [2]. Die Einkommenssituation des ambulanten Pflegepersonals ist oft unbefriedigend [3]. Sowohl aus diesem Grund, aber auch angesichts des weiterhin bestehenden Personalmangels im stationären Bereich [4] ist eine Personal-„Umschichtung“ zwischen stationärem und ambulanten Bereich wenig realistisch.

Die Entwicklung von Weiterbildungsmaßnahmen mit dem Ziel einer ganzheitlichen, patientenorientierten Versorgung als qualitative Verbesserung zur bestehenden Funktionspflege gerät angesichts der bestehenden Situation in der stationären Pflege in Gefahr, zu individuellen Weiterbildungsleistungen zu motivieren, ohne daß dafür reale Verwendbarkeit erkennbar ist. Allerdings sollte in der Zukunft bei der Erstausbildung des Pflegepersonals das mögliche Einsatzfeld in der ambulanten Pflege bereits berücksichtigt werden. Bei der bisher ausschließlich auf klinischen Einsatz ausgerichteten Ausbildung bleibt das Qualifikationsprofil angesichts des in vieler Hinsicht unvergleichbaren Aufgabenspektrums der ambulanten und der klinischen Pflege zu einseitig. Selbst bei einer Ergänzung der traditionellen Gesundheitspflegeausbildung um soziale und psychologische Grundlagenkenntnisse ist der Hilfe- und Betreuungsbedarf in der ambulanten Gesundheits- und Sozialpflege nicht identisch mit dem Anforderungsprofil der stationären Pflege und Betreuung.

### Arbeitsorganisatorische und technologische Veränderungen

Die Technologisierungswelle im Gesundheitswesen wird übereinstimmend sowohl mit ökonomischen als auch mit medizinischen Argumenten begründet. Die Anwendung von technischen Apparaten durch nichtärztliches Personal und die hohe Bewertung technischer Leistungen begünstigt die „Apparatemedizin“ ebenso wie damit verbundene Rationalisierungsprozesse. Hohe Anschaffungskosten, schnelle Veraltungsrate, hochspezialisierte Apparate und hochspezialisiertes Personal erfordern eine ökonomische Ausnützung großer Betriebseinheiten. Außerdem hat die naturwissenschaftlich orientierte Medizin das Bedürfnis nach differentialdiagnostischen Untersuchungen erhöht und die „Flucht in die Technik“ mangels anderer Instrumentarien begünstigt.

Neben den Anwendungsbereichen der Medizintechnik in Diagnostik, Pflege und Therapie gibt es weitere Anwendungsbereiche im Verwaltungs- und Dokumentationsbereich.

Die medizinisch-technischen Berufe stellen zahlenmäßig die zweitgrößte Berufsgruppe [5]. Negative Entwicklungstendenzen sind – neben engen Spezialisierungstendenzen – vor allem auch die aus anderen Bereichen bekannten Rationalisierungs-, Mechanisierungs- und Automatisierungsprozesse. Verstärkt sind diese bereits erkennbar in den patientenfernen Leistungsbereichen des Labors und den kaufmännisch-verwaltenden Arbeiten. Disqualifizierungs- und Verdrängungstendenzen sind für die MTA-Labors bereits erkennbar angesichts des steigenden Einsatzes von angelerntem Hilfspersonal (Laborhelfer, Arzthelfer). Auch dieses Hilfspersonal wird aufgrund des ihm verbliebenen engen Qualifikationsprofils seiner Arbeitsplätze mittel- bis langfristig durch personalkostensparende technische Verfahren ersetzt werden.

Aber auch in den bislang unbestritten stark personenbezogenen Gesundheitsberufen der Prävention und Rehabilitation greift der Rationalisierungsprozeß durch den Einsatz von Technik immer weiter um sich. Statt Massage werden beispielsweise zunehmend elektrophysikalische Geräte verwendet; der Schwimmmeister überwacht – entfernt von den Badegästen – über Monitoren die Schwimmhalle; Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten sowie Logopäden, insbesondere Sprachtherapeuten, ziehen in verstärktem Maß audiovisuelle Medien zu ihrer Therapie heran. Abgesehen von der zweifellosen Unterstützung für diagnostische und therapeutische Zwecke sind dabei personaleinsparende und die Therapie normierende Rationalisierungstendenzen unausweichlich.

Die Technik ist aus der modernen Medizin nicht mehr fortzudenken. Ihre Anwendung zu beherrschen, d. h. sowohl Einsatzmöglichkeiten und Funktionsweise der technischen Geräte zu kennen und beurteilen zu können als auch deren Grenzen realistisch einschätzen zu können, setzt deshalb für alle Berufe eine naturwissenschaftlich-technische Grundbildung voraus. Grundbegriffe der Elektrotechnik zu kennen, Störungen und deren Ursachen zu erkennen und zu beurteilen, gehört nach Meinung befragter Experten zur Grundbildung der Gesundheitsberufe [6]. Darüber hinaus wäre zu prüfen, inwieweit durch eine fundierte naturwissenschaftlich-technische Grundbildung die Grundlagen für eine Weiterqualifizierung im medizinisch-technischen Bereich gebildet werden können. Angesichts der Rationalisierungs- und Verdrängungstendenz durch die technologische Entwicklung ist insbesondere für das naturwissenschaftlich-technische Personal im Gesundheitswesen die Eröffnung neuer beruflicher Perspektiven unabdingbar. Tatsächlich aber werden bestehende Weiterbildungsangebote für den Bereich Medizintechnik den Angehörigen von Gesundheitsberufen bislang mit dem Hinweis auf die fehlenden Grundlagenkenntnisse, insbesondere im elektrotechnischen Bereich, vorenthalten [7]. Daneben sind aufgrund technologischer Entwicklungen weitere neue Aufgabenbereiche beispielsweise im Bereich der Dokumentation und Datenverarbeitung des Gesundheitswesens entstanden. Auch bei diesen Bereichen ist zu prüfen, ob sie sich als Weiterbildungsaufgaben für bestehende Gesundheitsberufe eignen.

### Erweiterung der Rehabilitationsmaßnahmen

Konkretere Formen hat die Entwicklung neuerer Berufe im Bereich der Rehabilitation angenommen. Mit dem institutionellen Aufbau von Sozialstationen und Berufsbildungswerken ist auch eine entsprechende berufliche Entwicklung einhergegangen, die für die Rehabilitationsfachkräfte neben Krankengymnasten den verstärkten Einsatz von Logopäden, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Psychologen, Sportlehrern und psychiatrischen Fachkräften vorsieht.

Der **therapeutisch-rehabilitative Bereich** ist für die zunehmende Spezialisierung und die Herausbildung neuer Berufe geradezu beispielhaft. Diese Entwicklung ist angesichts der differenzierten und wachsenden Aufgabenstellung verständlich. Die Bewältigung vielschichtiger physischer, psychischer, psychiatrischer, sozialer und beruflicher Probleme aufgrund von Erkrankungen und Behinderungen hat diese Funktionsdifferenzierungen durch Spezialisierungen hervorgerufen. Unbestritten ist aber auch die Überschneidung der Funktionen im Rehabilitationsbereich und die Notwendigkeit und Chance zur Entwicklung von berufsübergreifenden Teamkonzepten. Die besondere gesundheitspolitische Chance zur Entwicklung der hier angesiedelten Berufe liegt in ihrem engen Kontakt zum Patienten. Wenn die hier Beschäftigten qualifiziert werden, ihre Beeinflussungsmöglichkeiten (Motivierung) gegenüber dem Patienten nachhaltig wahrnehmen zu können, wird sich der Therapieerfolg der Rehabilitationsmaßnahme auch für die folgenden Ebenen sekundärer oder tertiärer Prävention positiv auswirken, indem Wiedererkrankungen, soweit sie mit dem Bereich individuellen Verhaltens in Beziehung stehen sollten, weitgehend vermieden werden können.

Die notwendigen beruflichen Veränderungen im Bereich der therapeutisch-rehabilitativen Arbeit lassen sich folgendermaßen skizzieren:

- **Bedeutung der Teamarbeit:** Kenntnis über die Arbeitsweise von Teams und von Arbeitsteilung; Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft; Kenntnis und Anerkennung der Funktionen der an Teams Beteiligten; Abbau traditioneller berufsständischer Abgrenzungsstrategien.
- **Aktive Einbeziehung und nachhaltige Motivation des Patienten:** Gerade in einem Bereich mit zum Teil stark eingegrenzten Zielen angesichts chronischer Erkrankungen und bleibender Behinderungen werden die allergrößten Anforderungen im Hinblick auf psychosoziale Aspekte und pädagogische sowie psychotherapeutische Qualifikationen gestellt werden müssen.

### Verstärkte Anstrengungen im Bereich Vorsorge/Prävention

Beträchtliche Erwartungen werden in gesundheitspolitischen Programmen an den Bereich Vorsorge/Prävention geknüpft. Umsetzungskonzepte hierzu sind aber noch nicht weit gediehen. Klassische Heilhilfsberufe und Gesundheitsdienstberufe einerseits und neue Berufe andererseits (z. B. Gesundheitserzieherischer Assistent) sollen Präventionsstrategien stützen und umsetzen.

Der Schwerpunkt liegt hier in Ansätzen zur individuellen Verhaltensänderung, also im Bereich der **Gesundheitserziehung und -beratung**. In Ansätzen wird dies bei Patienten durch Ärzte und Pflegekräfte in den herkömmlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens versucht. Vereinzelt gibt es Versuche, Aufklärung systematisch zu betreiben. In **Gesundheitszentren** beispielsweise wird gezielt im Rahmen des Erstkontaktes durch Ärzte, Apotheker- und Helferberufe z. B. hinsichtlich Familienplanung, Hygiene, Ernährung usw. beraten und werden spezielle Gesprächskreise – unter Supervision von Psychologen – betreut. Umfassendere Konzepte bestehen bei Versicherungsträgern, Kurverwaltungen, Krankenkassen und Gesundheitsämtern. Hier werden teils auch schon **interdisziplinäre Teams** eingesetzt, vorwiegend Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, Sprachtherapeuten, Ernährungsberater/Diätassistenten, psychotherapeutische Fachkräfte für Suchtberatung.

Das Hauptproblem liegt bei der Gesundheitsberatung in der fehlenden Qualifikation der einzusetzenden Berufe. Reine Belehrung ist wenig erfolgversprechend. Eine erfolgversprechende Motivation setzt psychosoziale und pädagogische Kenntnisse und Fähigkeiten voraus, die in der Ausbildung der Gesundheitsberufe bislang nicht vermittelt werden.

Andererseits ist Prävention wirkungsvoll nur zu betreiben, wenn die Lebens- und Arbeitsbereiche mit einbezogen werden, in denen schließlich Krankheiten entstehen. Prävention ist angesichts zunehmender Gesundheitsbelastungen im Umwelt- und Arbeitsbereich nur kompensatorisch wirksam, wenn sie nicht auf den Bereich individueller Verhaltensänderungen beschränkt bleibt. Der individuelle Gestaltungsspielraum ist durch Umwelt- und Arbeitsbedingungen so stark eingeschränkt, daß der präventive Auftrag bei der Gestaltung dieser Umgebungsbedingungen im politischen Raum durchzusetzen ist.

Die Bedeutung von Umwelt- und Arbeitshygiene für den medizinischen Fortschritt ist historisch nichts Neues. Nur dürften sich in diesen Bereichen, trotz dieser Tradition, die Probleme nicht verringert haben, auch wenn wir es heute nicht mehr mit Seuchen im herkömmlichen Sinne zu tun haben. Die Chance von Prävention hängt in diesem Zusammenhang einerseits weitgehend davon ab, wieweit es berufsbildungspolitisch gelingt, Berufen, die sich bisher nicht oder wenig als Gesundheitsberufe einschätzten, ihren präventiven Auftrag zu verdeutlichen (z. B. Schwimmmeistern, arbeitsmedizinischen Assistenten). Dazu gehört mit Sicherheit aber auch eine Verschiebung des fachlichen Schwerpunktes der bislang hauptsächlich organisatorisch-administrativ ausgerichteten Gesundheitsdienstberufe des öffentlichen Gesundheitswesens hin zum präventiven Auftrag. Außerdem bedarf es zur wirkungsvollen Umsetzung von Prävention einer Neubestimmung des Begriffs „Hygiene“. Der Aufgabenbereich der Hygiene muß sowohl für die Gesundheitsdienstberufe des öffentlichen Gesundheitswesens als auch für den arbeitsmedizinischen Bereich auf den psychosozialen Bereich ausgedehnt werden. Angesichts der Zunahme streßverursachender Faktoren z. B. aufgrund der Verhältnisse im Wohnungsbau, im Straßenverkehr, angesichts der Arbeitsbedingungen usw. ist diese Sichtweise für die Gesundheitsberufe ebenso zu verdeutlichen wie für andere, in diesen Aufgabenbereichen tätige Berufsgruppen. Andererseits sind die Chancen von Prävention ohne wirkungsvolle, d. h. politisch gewollte Kontroll- und Durchsetzungsmöglichkeiten präventiver Gesundheitsaufsicht des öffentlichen Gesundheitswesens sehr gering. Das heißt, wirkungsvolle Prävention ist nur sehr bedingt über den qualifikatorischen Bereich durchsetzbar.

### Verbesserung der Primärversorgung

Der Schwerpunkt der Verbesserung der Primärversorgung liegt auf der Verstärkung der mobilen häuslichen Gesundheitsversorgung — insbesondere auf dem Pflegebereich von Älteren — und in der Zusammenfassung verschiedener Gesundheitsdienste in neuen organisatorischen Einheiten. Wie oben bereits angemerkt, ist eine Abschätzung der Realisationschancen und zahlenmäßigen Entwicklung solcher neuen Einrichtungstypen schwierig, zumal die von allen Seiten geforderte Kostenreduzierung über veränderte Angebote gesundheitlicher Versorgung in diesen Fällen — zumindest kurzfristig — nicht nachweisbar ist.

Neue Einrichtungen in der Primärversorgung, wie Gesundheitszentren und Gruppenpraxen, zielen zwar auf eine veränderte, d. h. patientenzentrierte, ganzheitliche und abgestimmte Versorgung. Aber die Aufgaben des nichtärztlichen Gesundheitspersonals verändern sich dadurch kaum. Vielmehr zwingt der Kostendruck auch in diesen Einrichtungen zu Rationalisierungsmaßnahmen im Bereich des nichtärztlichen Personals.

Bisher vernachlässigte Bereiche von zunehmender Bedeutung in der Primärversorgung sind z. B. die Arbeitsmedizin und das Ret-

tungswesen (einschließlich des betrieblichen Rettungswesens und der Notfallmedizin im klinischen Bereich). Im krassen Widerspruch zu den programmatisch erhobenen Forderungen nach verstärktem Ausbau der Primärversorgung steht die Berufsbildungssituation des nichtärztlichen Personals in diesen Bereichen.

Die Herausstellung der Arbeitsmedizin und Notfallmedizin sowie deren Bedeutung bleibt reine Programmatik, wenn in zwei entscheidenden Umsetzungsbereichen hierzu — den verschiedenen Rettungsdiensten, einschließlich des betrieblichen Rettungswesens und den betrieblichen arbeitsmedizinischen und sozialmedizinischen Diensten — kein entsprechend qualifiziertes Personal bereitgestellt wird. Tatsächlich aber beschränken sich alle rechtlichen Vorschriften und darauf begründete Weiterbildungsangebote auf das ärztliche und das technische Sicherheitspersonal.

### Gemeinsame Aufgaben beruflicher Tätigkeiten beruhen auf gemeinsamen fachlichen Schwerpunkten

Unabhängig von den künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen häufen sich bereits im bestehenden System der gesundheitlichen Versorgung Forderungen nach Teamarbeit und Kooperation der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen. Sie werden angesichts der ausgeprägten Arbeitsteilung und Spezialisierung der zur Diskussion stehenden Berufe in der Zukunft noch dringlicher gestellt werden müssen. Denn grundsätzliches Ziel derartiger Überlegungen ist es, die patientenorientierte Versorgung als zentralen künftigen Aufgabenbereich nichtärztlicher Gesundheitsberufe zu fördern und zu entwickeln. Grundlage hierfür ist die Feststellung einer gemeinsamen fachlichen Handlungsgrundlage als gemeinsamen Bezugspunkt für Berufsbildungsmaßnahmen und für die gemeinsame berufliche Tätigkeit. Die Berufe des Gesundheitswesens lassen sich analog zu diesen Entwicklungsschwerpunkten zusammenfassen. Eine eindeutige, logisch konsequente Aufgaben- und Berufsgruppenscheidung scheidet jedoch am Nebeneinander und den vielfältigen Aufgabenüberschneidungen bestehender, gewachsener Einrichtungen. Gerade bei den verschiedenartigen neuen Aufgaben im Bereich von Prävention, Rehabilitation, Primärversorgung, Medizintechnik usw., die in den letzten Jahren entstanden sind bzw. in allen gesundheitspolitischen Programmen verstärkt gefordert werden, lassen sich Überschneidungen bei der Zuordnung von Berufen zu bestimmten inhaltlichen Schwerpunkten einzelner Tätigkeitsbereiche nicht vermeiden.

Erschwert wird eine klare Aufgabenschneidung für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe zusätzlich durch die bisher zentrale Stellung der ärztlichen Tätigkeit, die eine funktionsgerechte Arbeitsteilung mit professioneller Eigenständigkeit und Verantwortung innerhalb der verschiedenen Gesundheitsberufe und -bereiche nicht erleichtert [8].

Diese Diversifizierung der Gesundheitsberufe durch Aufgabendifferenzierung zwischen spezialisierten Berufen, durch Überschneidungen bei der Aufgabenzuweisung zu Leistungsbereichen, Institutionen und Berufen des Gesundheitswesens verschleiert häufig tatsächliche Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen Berufen. Darüber hinaus behindern sie Kooperationserfordernisse und Mobilitätsbedürfnisse.

Bei der in der folgenden Übersicht dargestellten Aufgaben- und Berufsgruppenscheidung habe ich versucht, nach den z. Z. erkennbaren wichtigsten und zentralen Zielsetzungen der (fachlichen) Leistung sowie nach der zentralen Ausrichtung des (berufsspezifischen) theoretischen Grundlagenwissens zu gliedern: Dabei sind selbstverständlich historisch gewachsene Vorverständnisse und bestehende berufsstrukturelle Entwicklungen mit eingeflossen. — Darüber hinaus wird zusätzlich noch nach der zentralen institutionellen Versorgungsinstanz bzw. nach der (berufs)typischen Versorgungsfunktion zu unterscheiden sein.

- Gruppe 1: Pflegeberufe (sozialpflegerische Ausrichtung)**  
Krankenpflege, Hebamme, Haus- und Familienpflege, Altenpflege, Gemeindepflege, sozialpsychiatrische Fachpflege
- Gruppe 2: Medizintechnisch-diagnostische Berufe (naturwissenschaftlich-technische Ausrichtung)**  
Technische(r) Assistent(in) in der Medizin (für Labor, Strahlen, Veterinärmedizin), pharmazeutisch-technische(r) Assistent(in), Medizintechniker(in), Zytologieassistent(in), Orthoptist(in)
- Gruppe 3: Therapeutisch-rehabilitative Berufe (sozialpädagogische Ausrichtung)**  
Masseur, medizinische(r) Bademeister(in), Krankengymnast(in), Arbeits- und Beschäftigungstherapeut(in), Logopäde(in), Heilerziehungspfleger(in)
- Gruppe 4: Präventionsberufe (sozialpädagogische Ausrichtung)**  
Arbeits- und sozialmedizinische(r) Assistent(in), Diätassistent(in), Schwimmmeister(in), Gymnastik- und Sportlehrer(in)
- Gruppe 5: Gesundheitsdienstberufe (organisatorisch-administrative Ausrichtung)**  
Arzthelfer(in), Arztsekretär(in), Arztassistent(in), Gesundheitsaufseher(in), Desinfektor(in), Fleisch- und Trichinenbeschauer(in), Krankenhauskaufmann/Krankenhauskauffrau, Stationssekretär(in), Dokumentationsassistent(in).

Dieser Vorschlag zur Gruppierung bestehender nichtärztlicher Gesundheitsberufe, der an den inhaltlichen Schwerpunkten gegenwärtiger und künftiger Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen ansetzt, soll als Anknüpfungspunkt für Bildungsmaßnahmen dienen. Zur Überwindung bestehender beruflicher Sackgassen und zur Vorbereitung auf künftige wichtige Aufgaben sowie zur Verbesserung der Teamarbeit und Kooperation wird für die im Gesundheitswesen bereits Ausgebildeten und Beschäftigten eine berufsübergreifende, an gemeinsamen Aufgaben ausgerichtete Fort- und Weiterbildung erforderlich. Zugleich aber ist zu prüfen, inwieweit die vorgeschlagene Berufsgruppierung auch für eine künftige Neuordnung des Berufsfelds Gesundheit im Bereich der Ausbildung geeignet ist.

#### Entwicklungen im Gesundheitswesen erfordern ein abgestimmtes Aus- und Weiterbildungssystem

Für die Berufsbildungsforschung ergibt sich angesichts der Entwicklungen und der Herausbildung neuer Tätigkeitsfelder im Bereich des Gesundheitswesens die Aufgabe festzustellen, ob die veränderten und neuen Aufgaben in diesem Bereich vorzugsweise über Zusatzqualifizierungen im Rahmen von Fortbildung wahrgenommen werden können oder ob sie nicht auch neue, eigenständige Weiterbildungsberufe zur Folge haben sollten. Insofern ist nicht nur klärungsbedürftig, ob die veränderten Qualifikationsanforderungen nur neue Berufsbilder für Ausbildungsberufe rechtfertigen, wie die bisherige Entwicklung zeigt, sondern auch, ob sich diese beruflichen Veränderungen nicht am ehesten für eigenständige, neue Weiterbildungsberufe eignen.

Angesichts der erheblichen Anpassungsbereitschaft und -fähigkeit, die den Erwerbstätigen aufgrund der technologisch-arbeitsorganisatorischen und strukturellen Veränderungen des Arbeitsmarktes im Gesundheitsbereich abverlangt wird, müssen vordringlich die Defizite, die durch Veränderungen der Berufswirklichkeit bei gleichzeitig unverändert bleibenden Berufsbildungsnormen entstanden sind, für die bereits Ausgebildeten und Berufstätigen überbrückt werden. Kurzfristig lassen sich Grund-

lagenkenntnisse und Fähigkeiten, insbesondere aus den Bereichen Sozialmedizin, Sozialpädagogik und Psychologie sowie Technologie, einschließlich Datenverarbeitung und Dokumentation sowie Hygiene, am ehesten über Zusatzqualifizierung im Rahmen von — berufsübergreifenden — Fortbildungslehrgängen vermitteln. Mittel- bis langfristig sind jedoch grundlegende Neuüberlegungen der Ordnung des Berufsfeldes Gesundheit erforderlich. Neben einer Neuordnung der bisherigen Ausbildungsberufe, einschließlich von Überlegungen zur Neuschneidung der Berufsprofile, gehört dazu insbesondere die Einbeziehung sinnvoller beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten über Weiterbildung. Voraussetzung für die Entwicklung berufsübergreifender Weiterbildungsmaßnahmen zur Öffnung der bestehenden beruflichen Sackgassen ist die Feststellung gemeinsamer fachlicher Schwerpunkte bisheriger Berufe, die auch in künftig wichtigen Aufgabenbereichen gemeinsam Leistungen erbringen.

Um den in bestehenden Berufen des Gesundheitswesens bereits Ausgebildeten und Beschäftigten ebenfalls qualifizierte Weiterbildungsmöglichkeiten zu erschließen, ist es erforderlich, bei der Analyse der Entwicklungstendenzen des Gesundheitswesens von vornherein neue und ausreichend breite Tätigkeitsbereiche zu identifizieren, die einen eigenständigen und qualifizierten beruflichen Handlungsspielraum im Sinne von Weiterbildungsberufen ermöglichen. Dabei ist die Frage nach Aufgaben, die aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse wahrzunehmen sind und nicht unbedingt ärztliche Aufgaben sind, bei dem Ziel der Entwicklung beruflicher Perspektiven für die Gesundheitsberufe von besonderer Bedeutung. Gerade im Zusammenspiel von verbesserten diagnostischen Erkenntnissen und therapeutischen Maßnahmen läßt sich die zunehmende Bedeutung eigenverantwortlich arbeitender nichtärztlicher Gesundheitsberufe festmachen. Als Beispiel sei im Bereich der Rehabilitationsberufe auf die Tätigkeit von Logopäden/innen und Krankengymnasten/innen verwiesen, die auf Verordnung fachspezifisch und selbständig Erhebungen und Therapien vornehmen. Vor allem aber ist es gerade für die Gruppe der ärztlichen „Helferberufe“ wichtig — und dies besonders unter dem Aspekt der beruflichen Förderung von Frauen — über Weiterbildung aus dem engen Abhängigkeitsverhältnis und Hilfscharakter der weiblichen Assistenz-tätigkeit für männliche Vorgesetzte herauszukommen.

Die arbeitsmedizinische Beratung und Betreuung wurde als ein wichtiger Bereich von zunehmender Bedeutung für die Prävention und Primärversorgung skizziert. Ein weiterer wichtiger Aufgabenschwerpunkt von besonderer Bedeutung für die Weiterentwicklung der Berufsbildung im Berufsfeld Gesundheit ist die Qualifizierung des Lehrpersonals und der Ausbilder (Praxisanleiter). Es muß als ein besonderes Problem angesehen werden, daß im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe die Lehrkräfte- und Ausbilderqualifizierung gegenüber anderen Berufsbereichen immer noch unterentwickelt ist.

#### Anmerkungen

- [1] Vgl. hierzu: Grunow, D., u. a.: Sozialstationen, Forschungsgruppe, Sozialplanung und Sozialverwaltung e.V. Schriftenreihe, Bd. 3, Bielefeld 1979.
- [2] Ebenda.
- [3] Ebenda.
- [4] Vgl. z. B. Roland Berger & Partner: Bestandsanalyse nichtärztlicher Heilberufe und sonstiger Gesundheitsberufe. Schriftenreihe des BMJFG, Bd. 72. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1979, S. 153, und ötv-magazin, 1/81, S. 3.
- [5] Vgl. Statistisches Bundesamt: (laufende) Statistik der Berufe des Gesundheitswesens. Fachserie 12, Reihe 5.
- [6] BIBB-Expertengespräch, Berlin, Dezember 1980.
- [7] In zwei in Baden-Württemberg als Modellversuch laufenden und mit Bundesmitteln geförderten Weiterbildungskursen zu Medizintechnikern sind keine Gesundheitsberufe als Zugangsberufe zugelassen.
- [8] Kahlke, W., Sturm, E., Schütze, H.-G. (Hrsg.): Neue Wege der Ausbildung für ein Gesundheitswesen im Wandel. München/Wien/Baltimore 1980, S. 1.