

bildung (Hrsg.): Berlin 1982 (Materialien und statistische Analysen zur beruflichen Bildung, Heft 34, S. 44).

Schon wenn die Analyse, wie geschehen, auf Berufe im IHK- und ÖD-Bereich beschränkt wird, die mindestens zehn männliche und zehn weibliche Auszubildende aufweisen, und damit gerade jene gewerblichen Berufe entfallen, in denen keine oder so gut wie keine weiblichen Auszubildenden vertreten sind, errechnen sich für Frauen etwas günstigere Ergebnisse, unabhängig davon, ob auf eine auf den durchschnittlichen Beruf bezogene Lösungsrate (männl.: 11,4%; weibl.: 10,8%) oder eine auf alle Auszubildende bezogene Lösungsrate (männl.: 9,5%; weibl.: 9,4%) ermittelt wird.

- [9] Vgl.: Koch, B.: Erfahrungen junger Frauen in der gewerblich/technischen Berufsausbildung. In: Alt, Ch.; Bardeleben, R. v.; Ostendorf, H., und Mitglieder der wissenschaftlichen Begleitung: Werkstattberichte aus den Modellversuchen zur Erschließung gewerblich/technischer Ausbildungsberufe für Mädchen; Hrsg. Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin 1982.
- [10] (Vgl. nebenstehende Tabelle.) Zunahme weiblicher Auszubildender in den Berufen <sup>1)</sup> 1978 bis 1982
- [11] Vgl.: Gieffers, F.: Probleme der beruflichen Bildung unter besonderer Berücksichtigung der Gründe für die Auflösung von Ausbildungsverhältnissen, Dissertation, Paderborn 1975; Weiß, R.: Die vorzeitige Lösung von Berufsausbildungsverträgen, Frankfurt/M. und Bern 1982; Weiß, R.: Ausbildungsabbruch im Handwerk, a.a.O.; Grieger, D.: Wer bricht ab? a.a.O.; Brüggemann, W.: Über Motive zum Abbruch der Lehre. Fallstudien zu Motivuntersuchungen, Dissertation, Münster 1974; Bunk, G.P./Schelten, A.: Ausbildungsverzicht – Ausbildungsabbruch – Ausbildungsversagen. Jugendliche Problemgruppen unter empirischem Aspekt, Frankfurt/M., Bern, Cirencester 1980.

Zunahme weiblicher Auszubildender in den Berufen<sup>1)</sup> 1978 bis 1982

Durchschnittlicher Anteil weiblicher Auszubildender im Beruf; – Berufe geordnet nach Klassen mit steigendem Anteil (in %)	Durchschnitt pro Klasse in %	durchschnittliche Steigerung des Anteils (in %) pro Beruf
1. Berufe mit Anteil weiblich 0 – 20 %	3,8	141,3
2. Berufe mit Anteil weiblich 20 – 40 %	30,0	113,0
3. Berufe mit Anteil weiblich 40 – 60 %	51,0	104,4
4. Berufe mit Anteil weiblich 60 – 80 %	65,6	102,6
5. Berufe mit Anteil weiblich 80 – 100 %	92,3	100,2
Durchschnitt pro Beruf	30,7	124,3

<sup>1)</sup> Es sind nur Berufe berücksichtigt, die mindestens über zwei Jahre weibliche Auszubildende aufweisen.

**Lesebeispiel:** Bei den nach dem Anteil weiblicher Auszubildender geordneten Berufen weist das erste Fünftel der Berufe (mit einem durchschnittlichen Anteil weiblicher Auszubildender von 3,8 Prozent pro Beruf) die höchste durchschnittliche jährliche Steigerungsrate von 141 Prozent pro Beruf auf.

\* \* \*

Barbara Meifort

## Bedingungen für eine ganzheitliche, patientenorientierte und kooperative Gesundheitsversorgung

In den 60er und frühen 70er Jahren bestimmte in zunehmendem Maße die Technik die Gestaltung der Gesundheitsversorgung; ihre Arbeitsabläufe wurden technischen Prinzipien wie Arbeitsteilung, Spezialisierung und Rationalisierung unterworfen. Diese Entwicklung wurde im Verlauf der 70er Jahre immer stärker kritisiert. Mit der Forderung „Humanität im Krankenhaus“, Abbau der Apparatemedizin und der Fließbandversorgung“ stellte sich vielmehr die Frage nach neuen, umfassenderen Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Damit erhob sich zugleich die Frage nach den Konsequenzen für die verschiedenen Gesundheitsberufe, wie z. B. die, welche neuen Inhalte und veränderten Arbeitsformen zur Realisierung umfassender, patientenorientierter Gesundheitsversorgung erforderlich wären. Das Zauberwort war „Teamarbeit“. Über die Entwicklungen im Gesundheitswesen auf der Basis eines einschlägigen BIBB-Projekts wurde an verschiedenen Stellen bereits berichtet [1]. Über die inhaltlichen Ausgangsbedingungen und Voraussetzungen zur Realisierung von patientenorientierter, kooperativer Gesundheitsarbeit wurde in Curriculumanalysen und Fallstudien versucht, Klarheit zu schaffen. Über Ergebnisse daraus soll an dieser Stelle berichtet werden.

**Ausgangsbedingungen für die Forderung nach umfassender, patientenorientierter und kooperativer Gesundheitsarbeit**

Zahlreiche Veränderungen im Gesundheitswesen haben in den vergangenen Jahren zu Kritik, zu Diskussionen, Forderungen

und zur Entwicklung von Modellansätzen für veränderte Formen der Gesundheitsversorgung auf vielfältigen Ebenen geführt. Technologisierung, Arbeitsteilung und Rationalisierung betreffen einen wichtigen Aspekt in diesem Entwicklungsprozess. Dieser Aspekt hat jedoch zu ganz grundsätzlichen Diskussionen über Struktur und Formen gesundheitlicher Versorgung herausgefordert und zu ganz gegenläufigen Konsequenzen für die Berufsangehörigen geführt.

Während in den 60er und frühen 70er Jahren die Technik weitgehend die Gestaltung der Gesundheitsversorgung mit ihren Arbeitsabläufen nach den Prinzipien von Arbeitsteilung, Spezialisierung und Rationalisierung bestimmte, wurde daran im Verlauf der 70er Jahre zunehmend Kritik laut. Forderungen nach „Abbau der Apparatemedizin“, „Humanität im Krankenhaus“, „Abbau der Anonymität und Fließbandversorgung“ bildeten die Schwerpunkte der Diskussion. Anstatt den Menschen zu behandeln, wie ein Mechaniker eine Maschine auseinandernimmt und wieder zusammensetzt oder statt Gesundheitsarbeit wie am Fließband zu verrichten, indem verschiedene Spezialisten nur ausgewählte, spezielle Arbeiten ausführen, ohne um das ganze Produkt zu wissen, sollten, so nunmehr die Forderung, Gesundheits„arbeiter“ den psychosozialen Kontext von Gesundheit und Krankheit, d. h. den ganzen Menschen und seine Lebensbedingungen berücksichtigen [2].

Diese Sichtweise, den Patienten in den Mittelpunkt der Gesundheitsarbeit zu stellen und ihn nicht an vorgegebene, an technischen Bedingungen orientierte Arbeitsabläufe anzupassen,

warf die Frage nach umfassenderen, neuen Ansätzen in der Gesundheitsversorgung auf. Dabei stellte sich zugleich die Frage, welchen Beitrag die verschiedenen Gesundheitsberufe in solchen neuen Formen umfassender, medizinisch-psychosozialer Gesundheitsversorgung leisten können, welche (neuen) Inhalte und (veränderten) Arbeitsformen Voraussetzung zur Realisierung ganzheitlicher, patientenorientierter Gesundheitsarbeit erforderlich sind. Mit der Forderung nach „mehr Teamarbeit“ bzw. „kooperativen Arbeitsformen“ schien die Lösung gefunden [3]. Welche Ausgangsbedingungen zu bedenken und welche Voraussetzungen zu schaffen sind zur Realisierung von patientenorientierter, kooperativer Gesundheitsarbeit soll im folgenden angesprochen werden.

#### **Ein überholtes Aufgaben- und Funktionsverständnis von den nichtärztlichen Gesundheitsberufen behindert gleichberechtigte Teamarbeit**

Eine Analyse der einschlägigen Literatur, der gesundheitspolitischen Programme relevanter gesellschaftlicher Gruppen, der vorhandenen Rechtsverordnungen und der Aus- und Weiterbildung staatlich geregelter Gesundheitsberufe sowie die Anhörung von sachverständigen Berufsangehörigen verschiedener in Frage kommender Berufe aus diesem Berufsfeld ergibt zusammengefaßt folgendes Bild über die Aufgaben der Berufe bzw. Anforderungen an die Berufe im Gesundheitswesen:

- Die **assistierende Funktion**, wie sie die meisten gebräuchlichen Oberbegriffe für die Berufe im Gesundheitswesen suggerieren [4], spiegelt ein Aufgaben- und Funktionsverständnis wider, das bereits für eine Reihe der sogenannten klassischen Heilhilfsberufe heute nicht mehr stimmt (z. B. Krankengymnasten, Masseur, usw.). Seit eh und je arbeiten z. B. diese Berufe selbständig, wenn auch – bei Kassenvergütung – auf ärztliche Verordnung, aber nicht unter ärztlicher Aufsicht oder assistierend. Gerade auch aus berufsbildungspolitischen Gründen sollte dieses überholte Aufgaben- und Funktionsverständnis, wie es Begriffe wie **Heilhilfsberuf oder medizinischer Assistenzberuf** nahelegen, für die Zukunft auch begrifflich nicht weiter verbreitet werden.
- Die Einschränkung der Ausbildung und Arbeit von Gesundheitsberufen auf **medizinisch-naturwissenschaftliche Inhalte**, wie dies auch begrifflich zum Teil zum Ausdruck kommt, wird bereits bei Ärzten als zu eng angesehen. Um so mehr muß für die Mehrzahl der hier betroffenen nichtärztlichen Berufe ein erweitertes Gesundheitsverständnis entwickelt werden, gerade auch, weil sich deren Arbeit seit jeher in einem Grenzgebiet zur ärztlichen und in diesem Sinne medizinischen Aufgabe bewegt.
- Die bisherige und noch fortschreitende Entwicklung zur **Zersplitterung** im Ausbildungsbereich wird durch eine immer weitergehende **Spezialisierung** im Weiterbildungsbereich unterstützt. Veränderte Aufgaben werden kaum für berufsübergreifende Weiterbildungsgänge berücksichtigt [5]. Diese ausschließlich reaktive Berufs- und Berufsbildungspolitik hat dazu geführt, eng spezialisierte und berufsständischem Denken verhaftete Berufe zu sanktionieren – Berufe, die Kooperationswissen und -bereitschaft sowie gegenseitige Durchlässigkeit kaum ermöglichen.
- Die bisherigen Berufskonstruktionen entsprechen einer quasi **industriell organisierten Arbeitsteilung**. Das Aufgaben- bzw. Arbeitsverständnis dieser Berufe entspricht weitgehend einer an bloßen Verrichtungen oder an der Anwendung von Techniken orientierten Handlungsweisen (z. B. Verbände anlegen, Blutabnehmen, zukünftig vielleicht auch noch „Gespräche führen“).
- Anforderungen an diese Berufe, wie sie sich aus programmatischen Forderungen zur veränderten, umfassenden Gesundheitsversorgung ableiten lassen, machen jedoch ein neues, berufsübergreifendes, an gemeinsamen Aufgaben orientiertes Handlungsmodell erforderlich.

#### **Inhaltliche Gemeinsamkeiten in den Ausbildungen und Tätigkeitsbereichen sind Anknüpfungspunkte für Teamarbeit und für Durchlässigkeit**

Hier schließt sich die Frage an, auf welcher Basis die neuen Anforderungen nach kooperativer, ganzheitlicher und patientenorientierter Gesundheitsarbeit realisiert werden können, wenn man davon ausgeht, daß nicht bestehende, historisch gewachsene Berufe plötzlich einfach abgeschafft und durch neue Konstrukte ersetzt werden können.

Um Aufschlüsse über die **inhaltlichen Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit und Durchlässigkeit** zwischen bestehenden Berufen des Gesundheitswesens zu erhalten, wurden im Rahmen des o. g. Projektes Curricula ausgewählter Berufe analysiert [6]. Ausgangshypothese dieser Analyse war die Annahme, daß es zumindest für einige Gruppen der Berufe im Gesundheitswesen inhaltliche Gemeinsamkeiten in der Ausbildung und in den Tätigkeiten gibt, die Grundlage für die angestrebte Durchlässigkeit und Kooperationsfähigkeit darstellen könnten. Zu diesem Zweck wurden die bestehenden nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu Berufsgruppen zusammengefaßt. Dieser Vorschlag, der an den inhaltlichen Schwerpunkten gegenwärtiger und künftig wichtiger Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen ansetzt, soll auch als Anknüpfungspunkt für Bildungsmaßnahmen dienen [7].

Eine ursprüngliche hypothetische Gruppierung der in Frage kommenden Berufe [8] wurde aufgrund theoretischer Überlegungen, aufgrund der Materialergebnisse und insbesondere auch unter Zugrundelegung von Sachverständigenbefragungen bei Berufsangehörigen mehrmals geändert. Schließlich ergab sich folgende Gruppierung:

##### **Gesundheitsberufe in der Primärversorgung**

(z. B. Arzthelferinnen),

##### **Pflegeberufe**

(Krankenschwestern),

##### **diagnostisch-technische Gesundheitsberufe**

(z. B. technische Assistenten in der Medizin, kurz MTA),

##### **therapeutisch-rehabilitative Berufe**

(z. B. Masseur).

#### **Berufsgruppenbezogene Weiterbildung als Ansatzpunkt für kooperative, patientenbezogene Gesundheitsarbeit**

Diese Einteilung der bestehenden Gesundheitsberufe in Berufsgruppen hat einmal den Zweck, über inhaltliche Gemeinsamkeiten in der Tätigkeit und Ausbildung Anknüpfungspunkte für Weiterbildungsmaßnahmen zu finden. Die Anknüpfung an gemeinsamen Kompetenzen ermöglicht die Bildung homogener Lerngruppen, für die sich Curricula zur Vermittlung von neuen Lerninhalten aufgrund neuer Anforderungen sehr viel leichter entwickeln und umsetzen lassen:

Die Bildung von Berufsgruppen hat aber auch berufsbildungs- und gesundheitspolitische Bedeutung. Berufsbildungspolitisch können die Berufsgruppen mittel- bis langfristig bei einer Entwicklung bzw. Neuschneidung von Berufsprofilen einer weiteren Zersplitterung entgegenwirken. Darüber hinaus ermöglicht es die Berufsgruppenbildung, die relativ abstrakte gesundheitspolitische Programmatik, wie sie z. B. die Forderung nach umfassender psychosozialer Versorgung darstellt, für die Gesundheitsarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe zu konkretisieren, weil sie, eingebunden in die konkreten, spezifischen Arbeiten und Aufgaben einer Berufsgruppe, leichter zu identifizieren und zu realisieren ist.

Ein Weiterbildungsmodell für die Verbesserung der Kooperation und Durchlässigkeit muß daher in Zukunft, so unsere Ergebnisse, von folgendem ausgehen:

Für die oben angeführten vier Berufsgruppen lassen sich zum Teil relativ homogene und zentrale Qualifikations- und Anforderungsbündel identifizieren [9], die als Ansatzpunkt für berufsgruppenbezogene, an gemeinsamen Aufgaben orientierte Weiterbildung dienen können. Zum Beispiel unterscheiden sich die verschiedenen Pflegeberufe wie Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Gemeindepflege, usw. oder die verschiedenen MTA-Berufe (Labor, Radiologie, Veterinärmedizin) innerhalb der eigenen Berufsgruppe in ihren Grundqualifikationen jeweils nicht oder nur marginal. Demgegenüber sind z. T. erhebliche inhaltliche Unterschiede zwischen den Berufen der verschiedenen Berufsgruppen feststellbar.

Ferner haben unsere Fallstudien, die wir im Nachtrag zu den bisherigen Ergebnissen durchgeführt haben [10], ergeben, daß Qualifikationsplattform für eine funktionierende psychosoziale Versorgung jeweils **praktische Fertigkeiten** sind. Das heißt, daß nicht isoliert und quasi aufgesetzt Zusatztechniken für den „verbesserten Umgang mit Patienten“ zu vermitteln bzw. einzuüben sind. Vermittelt werden müssen vielmehr praktische Fertigkeiten, die erst, mit den entsprechenden theoretischen Kenntnissen [11] untermauert, wichtige Grundbedürfnisse der Patienten befriedigen und dadurch konkrete Bedeutung erlangen. Bei diesen wichtigen, patientenbezogenen Aufgaben handelt es sich in der Regel um **berufsgruppenbezogene bzw. berufsgruppenspezifische Tätigkeiten** der o. a. Berufsgruppen. Als Ansatzpunkt für die **berufsfeldbezogene** Einübung und Realisierung patientenbezogener Versorgung könnte demgegenüber z. B. die pflegerische Fähigkeit als Grundqualifikation für alle Gesundheitsberufe angesehen werden [12].

Darüber hinaus besteht im Hinblick auf berufsübergreifende Zusammenarbeit aller Berufe und Berufsgruppen ein großes Defizit im Bereich der Berufskunde [13]. Das Defizit betrifft eine berufs- und **berufsgruppenübergreifende Berufskunde**, was auch generell als mangelnder Berufsfeldbezug aller Gesundheitsberufe bezeichnet werden kann. Eine übergreifende berufsfeldbezogene Berufskunde könnte einen Teil von Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Berufen abdecken; sie wäre mit dem Wissen um die eigenen Grenzen und um die Kompetenzen der anderen Berufe beschreibbar. Das gemeinsame Einüben von kooperativer Fähigkeit kann und sollte Kooperationswissen zwar ergänzen, nie aber ersetzen.

#### **Berufsbildungspolitische Konsequenzen für berufsübergreifende kooperative Gesundheitsarbeit**

In den von uns analysierten Curricula der beruflichen Bildungsgänge für nichtärztliche Gesundheitsberufe ist – neben einiger Defizite – vor allem eine starke **berufsspezifische Ausprägung der Inhalte** erkennbar, in der sich Spezialisierung und Arbeitsteilung deutlich widerspiegeln. Allerdings lassen sich hinter den berufsspezifisch vermittelten Inhalten aus den analysierten Curricula eine Reihe von gemeinsamen inhaltlichen Grundlagen feststellen, die zumindest für Berufe einer Berufsgruppe Ausgangspunkt sein können, inhaltliche Defizite gemeinsam über berufsübergreifende Weiterbildung abzubauen bzw. veränderte Verhaltensweisen gegenüber dem Patienten gemeinsam aufzubauen: Eine **berufsfeldbezogene Berufskunde** und die **Einbindung psychosozialer Kenntnisse und Fähigkeiten** in berufsgruppenbezogene und patientenbezogene Aufgaben, welche wichtige Grundbedürfnisse der Patienten betreffen, erscheint als wichtigster und umsetzungsfähiger Ansatzpunkt in Richtung ganzheitlicher, kooperativer Versorgung.

Berufsbildungspolitisch aber müssen wir noch einen Schritt weitergehen. **Berufsstrukturell und arbeitsorganisatorisch** ist das Berufsfeld Gesundheit nicht auf Kooperation und psychosoziale Orientierung hin angelegt. Es wurde gezeigt, daß das bisherige Aufgaben- und Funktionsverständnis von den nichtärztlichen Gesundheitsberufen, ihre zersplitterte Berufs- und Bildungsstruktur, die herrschende Arbeitsteilung und das technisch orientierte

Handlungsmodell einem umfassenden, berufsübergreifenden Handlungsmodell, wie es die patientenorientierte Gesundheitsarbeit im Team erfordert, entgegensteht.

Die vorliegenden Erfahrungen, die wir im Rahmen unserer Projektarbeit direkt in der Berufspraxis in dieser Hinsicht sammeln konnten, bestätigen uns in der Annahme, daß gleichberechtigte Teamarbeit grundsätzlich **andere Berufsstrukturen** voraussetzt [14]. Diese Forderung kann auch nicht mit dem Hinweis auf neue Einrichtungen bzw. Formen der Gesundheitsversorgung relativiert werden [15]. Tatsächlich besteht nämlich hinsichtlich der Kooperation und Delegation zwischen Ärzten und nicht-ärztlichem Personal kein wesentlicher Unterschied zwischen **Modelleinrichtungen** (Gruppenpraxen/Gesundheitszentren) und herkömmlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Dabei besteht jedoch die Gefahr, daß über der gemeinsamen Begeisterung über das Modell veränderter Patientenversorgung die unterschiedlichen Interessen und Arbeitsbedingungen von Ärzten und nicht-ärztlichem Personal verwischt bzw. in den Hintergrund gedrängt werden.

Gleichberechtigte Teamarbeit muß nicht bedeuten, daß alle beteiligten Berufe mindestens auf Fachhochschul- oder Hochschulniveau ausgebildet werden. Das zwiespältige Verhältnis zwischen Ärzten und Psychologen belegt, daß dies alleine nicht ausschlaggebend ist [16]. Die Tatsache aber, daß sich mit der Forderung nach mehr Teamarbeit zunächst Berufe mit Fachhochschul- und Hochschulniveau – und gelegentlich noch einige ausgewählte, auf jeden Fall nur an der Hierarchiespitze stehende nichtärztliche Gesundheitsberufe – selbstbewußt neben den Arztberufen stellen, bestärkt mich in folgender Annahme:

- Die Einübung von Kooperation zwischen den herkömmlich hierarchisch strukturierten Berufen untereinander im Rahmen von Weiterbildung bleibt ein „Spiel“, das keine erkennbare realitätsbezogene Umsetzungschance hat.
- Ebenso wenig reicht für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Richtung umfassender, patientenorientierter, kooperativer Versorgung, wie sie mit dem Begriff „psychosoziale Versorgung“ gemeint ist, die bloße Hinzufügung einer neuen, isoliert dastehenden Qualifikation, (etwa mit dem Lerninhalt „Gesprächsführung“, „Beratung“) aus.
- Eine Verbesserung der Kooperation und eine ganzheitliche und patientenorientierte Versorgung erfordert erweiterte, **eigenständige Aufgabenbereiche mit rechtlich abgesicherten Kompetenzen** auf untereinander vergleichbarem Niveau. Nur rechtlich abgesicherte, gegenüber dem Arztberuf abgrenzungsfähige und in ihren Kompetenzen anerkannte Berufe werden die Durchsetzungsfähigkeit und das Selbstbewußtsein entwickeln, das für eine gleichberechtigte Teamarbeit erforderlich ist [17].

#### **Anmerkungen**

[1] Meifort, B.; Paulini, H.: Auswirkungen der Entwicklung in der Medizin auf nichtärztliche Medizinalberufe, Projekt 4.033, BIBB-Forschungsprogramm 1983; vgl. hierzu:

Meifort, B.: Die Regulationssituation in der Aus- und Weiterbildung zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Bildungspolitische Defizite und notwendige Konsequenzen. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 9. Jg. (1980), Heft 4, S. 5–9.

Meifort, B.: Entwicklungen im Gesundheitswesen erfordern Konsequenzen für die Anforderungen an die nichtärztlichen Gesundheitsberufe. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 10. Jg. (1981), Heft 4, S. 10–13.

Die hier vorgestellten Ergebnisse wurden zum erstenmal anlässlich einer Arbeitstagung des Sonderforschungsbereichs 101 der Universität München zum Thema „Berufsübergreifende Gruppenpraxis. Neue Formen medizinisch-psychosozialer Versorgung im ambulanten Bereich“, Arbeitstagung am 2./3. Dezember 1982, vorgebracht. Sie werden hier in überarbeiteter Form vorgelegt. Vgl. hierzu:

Meifort, B.: Berufsschneidung im Berufsfeld Gesundheit unter dem Gesichtspunkt einer ganzheitlichen, patientenorientierten, koopera-

tiven Gesundheitsversorgung. In: Berufsübergreifende Gruppenpraxen. Neue Formen medizinisch-psychosozialer Versorgung im ambulanten Bereich. Dokumentation einer Arbeitstagung. Hrsg. Ute Hoffmann, Carmen Tatschmurat, Ortrud Zettel, Sonderforschungsbereich 101 der Universität München, München 1983.  
Vgl. ferner: Meifort, B.; Paulini, H.: Das Berufsfeld Gesundheit – Entwicklungen, Probleme, Lösungsvorschläge. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, Hrsg. Deutscher Gewerkschaftsbund, Düsseldorf, Heft 7/8, Juli/August 1983, Seite 170 ff.

- [2] Vgl. ebenda.  
[3] Umfassendere Versorgungsansätze im Gesundheitswesen und kooperierende Arbeitsformen werden beispielsweise in Gruppenpraxen und Gesundheitszentren angestrebt.  
[4] Heilhilfsberufe, medizinische Assistenzberufe, Medizinalfachberufe, Gesundheitsdienstberufe, (nichtärztliche) Gesundheitsberufe, Gesundheits- und Sozialberufe.  
[5] Eine Ausnahme stellen die Modellversuche zur Ausbildung von Lehrkräften im Gesundheitswesen dar.  
[6] Veröffentlichung in Vorbereitung.  
[7] Vgl. Meifort, B.; a. a. O. (1981), S. 13.  
[8] Vgl. ebenda.  
[9] Vgl. hierzu Anmerkung [6]  
[10] Im Rahmen des Projekts 4.033 wurden von mir und Hannelore Paulini Fallstudien für ausgewählte Berufe durchgeführt; die Ergebnisse werden z. Z. ausgewertet.  
[11] Vgl. Anmerkung [6]: Defizite bestehen hinsichtlich der hier zur Diskussion stehenden Anforderungen bezüglich verbesserter psychosozialer Versorgung in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe im Bereich der psychologischen und soziologischen Grundlagen. Am stärksten sind diese Defizite jedoch in der Ausbildung der diagnostisch-technischen Berufe und der Berufe der Primärversorgung im ambulanten Bereich.  
[12] Vgl. Anmerkung [6].  
[13] Vgl. ebenda  
[14] Vgl. Anmerkung [10].  
[15] Vgl. zur Frage der Zusammenarbeit in Gruppenpraxen: Hoffmann, U.; Schubert, I., u. a.: Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum. Neue Modelle medizinischer und psychosozialer Versorgung. Frankfurt/M./New York 1982.  
[16] Beim Kampf um die Kassenzulassung haben sich die Psychotherapeuten nicht gegenüber den Ärzten durchsetzen können. Sie können in Ausnahmefällen nach ärztlicher Diagnose und auf ärztliche Überweisung hin ihre psychotherapeutische Arbeit mit Krankenkassen abrechnen.  
[17] Der herausragenden Stellung des Arztes im Berufsfeld Gesundheit bin ich mir sehr wohl bewußt, auch der realen Machtstruktur, die der Ärztestand repräsentiert. Dennoch lassen sich, wie dies z. B. die Rehabilitationsberufe zeigen, weitgehend eigenständige breite Aufgabenbereiche für nichtärztliche Berufe definieren, die eine hochqualifizierte Ausbildung für ihre Bewältigung erfordern, ohne daß das bestehende Rechtsgefüge dadurch tangiert wird (Art. 74, Abs. 19 GG).

#### BIBLIOGRAPHIE – weitere Literatur zum Thema –

- BAU, H.: Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin 1983 (Berichte zur beruflichen Bildung. Heft 63)  
BERGMANN-KRAUSS, B.; SPREE, B., unter Mitarbeit von TILLMANN, H.: Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Ein Überblick über die Ordnungssituation in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin 1980 (Berichte zur beruflichen Bildung. Heft 26)  
HOFFMANN, U.; SCHUBERT, I.; TATSCHMURAT, C.; ZETTEL, O.: Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum. Neue Modelle medizinischer und psychosozialer Versorgung. Frankfurt a. M. 1982  
KAHLKE, W.; STURM, E.; SCHÜTZE, H.-G.: Neue Wege der Ausbildung für ein Gesundheitswesen im Wandel. München, Wien, Baltimore 1980  
MEIFORT, B.; PAULINI, H.: Materialien zur beruflichen Bildung im Gesundheitsbereich (Teil II). Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Auf der Grundlage einer vergleichenden Curriculumanalyse für ausgewählte nichtärztliche Gesundheitsberufe (Bearbeiter: Petra Botschafter-Leitner, Rainer Maikowski) und von Sachverständigengesprächen mit Berufspraktikern. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): (Veröffentlichung in Vorbereitung)  
MEYER, S.; THIELE, W.; VOLKHOLZ, V.: Gesundheitsversorgung. Daten des Gesundheitssystems der BRD. Hamburg 1978  
NOACK, M.; MEIFORT, B.: Materialien zur beruflichen Bildung im Gesundheitsbereich (Teil I). Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin 1982 (Berichte zur beruflichen Bildung. Heft 42)  
*Ohne Verfasser:* Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000. Primäre Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe. Kongreßbericht 1981. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V. (Hrsg.). Schriftenreihe Band 39, Frankfurt a. M. 1982  
SCHIPPERGES, H.: Medizinische Dienste im Wandel. Analysen, Strukturen, Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen. Baden-Baden 1975

Gisela Kreyenschmidt

## Verbindungsstellen Banken – Berufsschulen: Zehn Jahre bewährte Zusammenarbeit \*)

Im dualen System leisten Ausbildungsbetrieb und Schule einen eigenständigen Beitrag zur beruflichen Qualifizierung der Jugendlichen. Eine effiziente Berufsausbildung setzt von daher ein zielgerichtetes Zusammenwirken der beiden Lernorte voraus. Dies gilt um so mehr, wenn ein Ausbildungsberuf – wie der des Bankkaufmanns – durch steigende Anforderungen und verkürzte Ausbildungszeiten gekennzeichnet ist und zudem auf sich stetig ändernde Arbeitsinhalte im Bankgeschäft vorbereiten soll.

Zukunftsorientierte Berufsausbildung erfordert Anpassung an den Wandel. Die Ausbildungsordnung Bankkaufmann und der Rahmenlehrplan der Berufsschule ermöglichen grundsätzlich eine flexible Interpretation der Ausbildungsziele bzw. Lerninhalte und sichern damit eine langfristig verwertbare Qualifikation. Allerdings setzt ein derart gestaltunfähigster Rahmen einen fortwährenden Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Ausbildern und Lehrern voraus.

Im Kreditgewerbe erfolgt die Zusammenarbeit zwischen Banken und Berufsschulen über sog. Verbindungsstellen, die der Arbeitgeberverband des privaten Bankgewerbes mit Beginn der von

\*) Genehmigter Abdruck des Sonderdruckes Nummer 9/September 1983 aus „Die Bank“, Zeitschrift für Bankpolitik und Bankpraxis.