
Heft 32

Professionalisierung durch Weiterbildung

Weiterbildungsbedarf und Weiterbildungsberufe für den
personenbezogenen Dienstleistungsbereich

Struktureller Wandel im Gesundheits- und Sozialwesen –
Herausforderungen an die Weiterbildungsforschung

Barbara Meifort

Dr. Wolfgang Becker

Dr. Gabriele Csongár

Dr. Horst Kramer

Gisela Mettin

Helena Podeszfa

Abteilung 4.3

*„Qualifikationsentwicklungen in
personenbezogenen Dienstleistungsbereichen“*

Bundesinstitut für Berufsbildung
Berlin

Die WISSENSCHAFTLICHEN DISKUSSIONSPAPIERE DES BIBB werden durch den Generalsekretär herausgegeben. Sie erscheinen als Namensbeiträge ihrer Verfasser und geben deren Meinung und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder. Sie sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Veröffentlichung dient der Diskussion in der Fachöffentlichkeit.

Vertriebsadresse:

Bundesinstitut für Berufsbildung
Abteilung 4.3
10707 BERLIN

Copyright 1998 by Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin und Bonn

Herstellung: Bundesinstitut für Berufsbildung, Berlin

Umschlag: HochDrei, Berlin

Druck: Bundesinstitut für Berufsbildung

Printed in Germany

ISBN 3 – 88555 – 644 – 8

Diese Netzpublikation wurde bei Der Deutschen Bibliothek angemeldet und archiviert.
URN: urn:nbn:de:0035-0160-2

INHALTSVERZEICHNIS

BARBARA MEIFORT

Professionalisierung über Weiterbildung – Weiterbildungsbedarf und Weiterbildungsberufe für den personenbezogenen Dienstleistungsbereich	1
1 Berufsbildungs- und Beschäftigungssituation im personenbezogenen Dienstleistungsbereich: Beispiel Gesundheits- und Sozialwesen	5
1.1 Qualifikationsstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen	6
1.2 Struktureller Wandel im Gesundheits- und Sozialwesen	7
1.3 Bedeutung der Weiterbildung für die Bewältigung des Strukturwandels	8
2 Professionalisierungsdefizite der Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen	9
3 Exemplarische Weiterbildungskonzepte zur Professionalisierung personenbezogener Dienstleistungen	11

BARBARA MEIFORT

3.1 Konzept berufsfeldbreite Aus- und Weiterbildung	18
---	----

WOLFGANG BECKER

3.2 Förderung von Schlüsselkompetenzen im Gesundheits- und Sozialwesen durch berufliche Weiterbildung	19
3.3 Weiterbildung als Instrument beruflicher Entwicklungsplanung?	21

GISELA METTIN

3.4 Fachhauswirtschafterin/Fachhauswirtschafter: Professionalisierung und Weiterbildung im Bereich der Sozialen Dienste	24
--	----

HORST KRAMER

3.5 Telemedizin und Qualifikation	26
-----------------------------------	----

HELENA PODESZFA

- 3.6 Neue Beschäftigungsfelder und Qualifikationsanforderungen
an Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation 38

WOLFGANG BECKER, BARBARA MEIFORT

- 3.7 Karrieremuster Pflege 43

GABRIELE CSONGÁR

- 3.8 Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf im
Funktionsbereich des mittleren und höheren Managements
von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen 45

HORST KRAMER

- 3.9 Weiterbildung für Fach- und Führungskräfte im Bereich Gesundheit
und Sport: Fortbildungsordnung Meister/Meisterin für Bäderbetriebe 54

HELENA PODESFA

- 3.10 Weiterbildung für Fachkräfte in den Werkstätten für Behinderte:
Welches Qualifikationsprofil ist zukünftig erforderlich? 55

GISELA METTIN

- 3.11 Arbeitsmarkt – Weiterbildung – professionelle Entwicklung:
Berufliche Weiterbildung von Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen 57

BARBARA MEIFORT, WOLFGANG BECKER

- 3.12 Beispiel Altenpflege – wie berufliche Fort- und Weiterbildung
auch „gelesen“ werden sollte 61

BARBARA MEIFORT

- 3.13 Modulares Weiterbildungskonzept „Haus- und Familienpflege“
(Gesundheitspflegerin/-pfleger) 62

BARBARA MEIFORT

- | | | |
|-----|---|----|
| 4 | Weiterbildungsforschung im BIBB im Bereich personenbezogener Dienstleistung – eine Profilbestimmung | 65 |
| 4.1 | Forschung zu „Qualifikationsentwicklungen in personenbezogenen Dienstleistungsbereichen“ | 66 |
| 4.2 | Forschungsprojekte des BIBB zur beruflichen Weiterbildung im Gesundheitswesen | 67 |
| 4.3 | Auf dem Weg in die Dienstleistungsgesellschaft | 69 |

BARBARA MEIFORT

Professionalisierung über Weiterbildung – Weiterbildungsbedarf und Weiterbildungsberufe für den personenbezogenen Dienstleistungsbereich

Der wirtschaftliche Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft, die sozialen Veränderungen in der Bundesrepublik Deutschland und die sich abzeichnende demografische Entwicklung beginnen auch die Berufsbildungslandschaft nachhaltig zu verändern. Die bisherige Entwicklung zeigt, daß in diesem Umbruch vor allem Berufsbereiche der personenbezogenen Dienstleistungen – wie Gesundheit, Erziehung, Soziales – wachsende Bedeutung erhalten. Während sich Industrie, Handwerk und Handel in einem grundlegenden Strukturwandel befinden und massive Beschäftigungseinbrüche verzeichnen, erhält der personenbezogene Dienstleistungsbereich zunehmende Aufmerksamkeit. Einerseits verbinden sich mit diesem Bereich im allgemeinen und dem Gesundheits- und Sozialbereich im besonderen Hoffnungen auf einen innovativen beschäftigungspolitischen Wachstumsmarkt mit einem Zuwachs an dauerhaften qualifizierten Arbeitsplätzen. Andererseits sind diese Sektoren des personenbezogenen Dienstleistungsbereichs selbst von weitreichenden Umstellungen betroffen. Schon seit langem werden weite Bereiche, insbesondere der ambulanten häuslichen Pflege und Betreuung hilfe- und betreuungsbedürftiger Personen nur von einem wachsenden Schattenarbeitsmarkt für Pflege- und Betreuungspersonal ohne adäquate Qualifizierung sowie mit Beschäftigten in zunehmend ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen aufrechterhalten (620,- DM Jobs ohne Sozialversicherungspflicht, Arbeit auf Abruf, befristete Arbeitsverhältnisse, etc.). Selbst klassische Tätigkeitsfelder, wie Gesundheitsförderung und Rehabilitation, die noch bis weit in die neunziger Jahre stetige und erhebliche Beschäftigungszuwächse bei den Rehabilitationsfachkräften verzeichneten, sind aufgrund der Veränderungen in der gesundheits- und sozialpolitischen Gesetzgebung in jüngster Zeit mit massiven Beschäftigungseinbrüchen konfrontiert. Diesen Veränderungen kommt insbesondere auch frauenpolitisch eine besondere Bedeutung zu, handelt es sich doch bei den personenbezogenen Dienstleistungen um einen frauenspezifischen Teilarbeitsmarkt, der bislang der ansonsten auf dem Arbeitsmarkt benachteiligten Gruppe der Frauen qualifizierte Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten bot.

Den Konsequenzen und Chancen für die berufliche Entwicklung der Beschäftigten in diesem neuen „Wirtschaftsbereich“ und Arbeitsmarkt der Zukunft widmet das Bundesinstitut für Berufsbildung in seinem Arbeitsschwerpunkt „Qualifikationsentwicklung in personenbezogenen Dienstleistungsbereichen“ ein Bündel neuer Forschungsprojekte zur Weiterbildungsforschung.

1 Berufsbildungs- und Beschäftigungssituation im personenbezogenen Dienstleistungsbereich: Beispiel Gesundheits- und Sozialwesen

Im Zentrum der Diskussion über die Zukunft von Berufsbildung und Beschäftigung steht der personenbezogene Dienstleistungsbereich als bedeutendes beschäftigungspolitisches Wachstumsfeld. Insbesondere das Gesundheits- und Sozialwesen zählt hier zu den Hoffnungsträgern für Berufsbildung und Beschäftigung. Alle neueren Projektionen zum Arbeitskräftebedarf stimmen darin überein, daß im Jahre 2010 rund zwei Drittel aller Erwerbstätigen im tertiären Bereich des Beschäftigungswesens, das heißt in hoch-

qualifizierten sekundären Dienstleistungsbereichen tätig sein werden; explizit werden dafür in den vorliegenden Projektionen übereinstimmend insbesondere Gesundheits- und Pflegedienste aufgeführt¹. In den entsprechenden Gutachten² wird geschätzt, daß der qualifikationsspezifische Zuwachs des Arbeitskräftebedarfs sich vor allem auf Erwerbstätige mit abgeschlossener Berufsausbildung und mit Fachhochschulbildung konzentrieren wird.

Im Gegensatz zu anderen Wachstumsfeldern des Dienstleistungssektors, wie beispielsweise Freizeit, Tourismus oder Sicherheit, die in diesem Zusammenhang ebenfalls genannt werden, ist der Gesundheits- und Sozialbereich aber kein „neues“ beschäftigungspolitisches Wachstumsfeld. Hier zeichnet sich der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft beschäftigungspolitisch schon seit langem kontinuierlich ab. Bereits seit den 60er Jahren ist der Gesundheits- und Sozialbereich, einschließlich dem Erziehungswesen, ein wichtiger und stabiler Wirtschaftsfaktor mit großer und seit dem stetig wachsender arbeitsmarktpolitischer Bedeutung. Nicht umsonst zählt er zu den innovativen Wachstumsfeldern für qualifizierte Berufsbildung und Beschäftigung. In diesem Zusammenhang ist vor allem herauszustellen, daß es sich hier um einen der wenigen wichtigen, weil qualifizierten Teilarbeitsmärkte für Frauen handelt. Ihr Anteil an den Beschäftigten in diesem Bereich reicht von 60% bis 99% und liegt im Durchschnitt bei 87%.

1.1 Qualifikationsstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen

Im Hinblick auf die Qualifizierungsformen unterscheidet sich der Gesundheits- und Sozialbereich fundamental von den übrigen sogenannten neuen Wachstumsfeldern, in denen formalisierte Aus- und Weiterbildungsstrukturen noch weitgehend fehlen. Insbesondere der Gesundheitsbereich ist ein beruflich stark durchstrukturierter und reglementierter Bereich mit einer Vielzahl von staatlich anerkannten Berufen auf formal hohem Niveau: Im Ausbildungsbereich sind 16 Gesundheitsberufe bundeseinheitlich in Berufsgesetzen geregelt, zuzüglich dreier Berufe in der Arzthilfe (Arzthelferin, Zahnarzt sowie Tierarzthelferin) sowie einem Beruf im Apothekenwesen (pharmazeutisch-technischer Angestellter) mit einer bundeseinheitlich geregelten Ausbildung nach Berufsbildungsgesetz (BBiG). Weitere 28 Gesundheitsberufe, beziehungsweise gesundheits- und sozialpflegerische und sozialpädagogische Berufe, sind nach Landesrecht geregelt. Hinzu kommen noch – je nach Zählweise – zwischen 19 und 66 Weiterbildungsberufe, die in 104 unterschiedlichen Länderregelungen oder -gesetzen für Weiterbildungsberufe im Gesundheitswesen geregelt sind; darüber hinaus sind mindestens zehn Weiterbildungsberufe gem. § 46,1 BBiG geregelt. Die Zahl derjenigen Gesundheitsberufe, deren Ausbildung nicht staatlich geregelt ist, nach denen aber dennoch „ausgebildet“ wird (zum Beispiel Heilpraktiker), ist gegenwärtig nicht überschaubar. So sind besonders im Schnittfeld von Gesundheits- und Sozialwesen und Betriebswirtschaft/Verwaltung in

1 Bedarfsprojektion der BUND-LÄNDER-KOMMISSION FÜR BILDUNGSPLANUNG, Bonn, November 1994.

2 IAB, Prognos, Weißhuhn-Wahse (Arbeitskräftebedarf bis 2010 nach Umfang und Tätigkeitsprofilen).

letzter Zeit zahlreiche regionale Fortbildungsregelungen gemäß 46.1 BBiG als insbesondere auch unregelmäßige Bildungsmaßnahmen unterschiedlicher Zielrichtung und Dauer entstanden.

Diese Intransparenz wird in letzter Zeit noch um spezifische Studiengänge bereichert. Besondere spezifische Studiengänge zusätzlich zu den klassischen Studiengängen im Gesundheits- und Sozialwesen, wie Medizin, Psychologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik sind im wesentlichen erst in den 90er Jahren aufgebaut worden. Nach unseren Recherchen müßten inzwischen bereits mindestens 25 Studiengänge gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Art sowie aus angrenzenden Disziplinen an Hochschulen und Universitäten existieren sowie etwa die doppelte Anzahl an Fachhochschulen.

1.2 Struktureller Wandel im Gesundheits- und Sozialwesen

Das Gesundheits- und Sozialwesen und die Berufsbildung für Gesundheits- und Sozialberufe sind mit tiefgreifenden Veränderungsanforderungen konfrontiert und in einem umwälzenden Wandlungsprozeß begriffen. Nach Jahren der Expansion, Spezialisierung und Technisierung werden im gesundheitsbezogenen und sozialen Versorgungssystem zunehmend neue strukturelle und qualitative Veränderungen erkennbar. Maßgeblich hierfür sind die Auswirkungen

- ▶ der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung (demografische Entwicklung, verändertes Panorama der Krankheitsbilder, Multimorbidität, chronische Leiden),
- ▶ die Veränderung der Versorgungsstrukturen (Dezentralisierung, Ausgründung, Diversifizierung, Spezialisierung, Trägervielfalt, Privatisierung),
- ▶ die Umgestaltung der rechtlichen Rahmen- und damit Finanzierungsbedingungen (Gesundheitsstrukturgesetz-GSG und Pflegeversicherungsgesetz-PfIVG).

Aufgrund des demografisch bedingten Zuwachses an älteren Menschen und der Morbiditätsentwicklung geraten zunehmend die Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker, alter und behinderter Menschen, gerontopsychiatrisch Erkrankter, Suchtkranke und sozial schwacher Familien ins Zentrum der Gesundheitsarbeit. Das häusliche Umfeld, die individuelle Lebens- und Arbeitssituation erhalten für Gesundheit und Gesundheitsarbeit eine zentrale Bedeutung. Durch den zunehmenden Abbau stationärer und die Stärkung häuslicher Betreuungsformen und angesichts individuell höchst differenzierter, in der Regel aber komplexer Hilfebedarfe werden bisher vorherrschende arbeitsteilige, hochspezialisierte durch ganzheitliche und kooperative Arbeitsverfahren zunehmend abgelöst. In allen Einrichtungen des Gesundheitsversorgungssystems ist ein zunehmender Einsatz von sozialpflegerischen sowie sozialpädagogischen Berufen zu beobachten und damit eine Annäherung der Tätigkeitsfelder Gesundheit und Soziales unverkennbar. Diese Veränderungsprozesse sind schon seit langem sichtbar. Bereits in den 80er Jahren setzte mit dem forcierten Auf- und Ausbau ambulanter dezentraler Versorgungsstrukturen ein grundlegender Veränderungsprozeß ein, der Arbeitsplatzstrukturen, Klientenstrukturen und Arbeitsanforderungen nachhaltig verändert. Den ent-

scheidenden Schub hat diese Entwicklung jedoch aufgrund der veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und das Pflegeversicherungsgesetz (PfIVG) bekommen. Im Kern setzen beide Gesetze auf weitere Dezentralisierung der institutionellen Strukturen und Diversifizierung ihrer Leistungen mit dem Ziel, über zunehmende Konkurrenz Kostensenkung bei Qualitätserhaltung zu erreichen. So neu ist auch das nicht, denkt man an die seit Mitte der 70er Jahre verabschiedeten Kostendämpfungsgesetze im Gesundheitswesen. Das Neue ist nicht der Veränderungsprozeß, sondern die Geschwindigkeit und die Radikalität des Wandels. Die wichtigsten Stichworte zur Bewältigung dieses Prozesses sind: Effektivität, Qualitätssicherung, Kundenorientierung, Vernetzung, Integration, Ganzheitlichkeit.

1.3 Bedeutung der Weiterbildung für die Bewältigung des Strukturwandels

Zur Bewältigung des Strukturwandels im Gesundheits- und Sozialwesen wird es darauf ankommen, Qualität und Effizienz der Versorgung über eine Modernisierung der vorhandenen Berufe und ihrer Berufsbildung sowie der Beschäftigung zu erreichen. Modernisierungen im Beschäftigungsfeld setzen Stärkung und Innovation der Weiterbildung zwingend voraus. Ob sich der Bedarf an hoher Professionalität und dementsprechender Weiterbildung zur Bewältigung des Strukturwandels allerdings auch zahlenmäßig in einem erkennbaren Zuwachs an qualifizierter Arbeit niederschlägt, steht demgegenüber auf einem anderen Blatt. Angesichts der bisherigen Erfahrungen mit dem GSG und PfIVG sind hier Zweifel angebracht.

Der Weiterbildung kommt zur Bewältigung des Strukturwandels aus mehreren Gründen eine herausragende Bedeutung zu: Eine Stärkung und Innovation der Weiterbildung ist zunächst aus rein quantitativen Gründen unverzichtbar, weil sich angesichts der demografischen Entwicklung der steigende Bedarf an Hilfeleistungen und die abnehmende Zahl an helfenden (Nachwuchs-)Kräften scherenförmig auseinanderentwickeln. Darüber hinaus verursacht Gesundheitsarbeit im Vergleich zu anderen Berufen auf der individuellen Ebene eher hohe und – angesichts der Bevölkerungs-, Morbiditäts- und wirtschaftlich-sozialen Entwicklungen – weiter zunehmende Anforderungen und Belastungen. Allerdings bestehen für die Berufsangehörigen kaum Möglichkeiten, einen fachlichen Schwerpunktwechsel vorzunehmen, um auf der individuellen Ebene steigenden Belastungen und Anforderungen zu begegnen; das heißt, die horizontale Mobilität ist eingeschränkt. Ebenso wenig besteht die Möglichkeit, beruflichen Aufstieg zu planen, das heißt: die vertikale Mobilität ist begrenzt. In der Regel setzen berufliche Veränderungen und berufliche Entwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen voraus, das Berufsfeld zu verlassen, woraus die zum Teil auffallend hohe berufliche Fluktuation, zum Beispiel in der Pflege, resultiert. Um die hohe Fluktuation, den vorhandenen Berufsausstieg und die damit verbundene Vergeudung von Ressourcen zu bremsen, muß deshalb vorrangig die Attraktivität der Berufslandschaft für die dort bereits Ausgebildeten und Beschäftigten verbessert werden.

Auch aus der Sicht der Betriebe ist angesichts der strukturellen Veränderungen sowie der demografisch bedingten Auseinanderentwicklung von steigendem Bedarf und relativ sowie absolut abnehmender Zahl an Nachwuchskräften eine gezielte Fort- und Weiterbildung prioritär. Außerdem besteht aufgrund des zunehmenden Versorgungsbedarfs und Kostendrucks sowie der sich verstärkenden Privatisierung und Konkurrenz, wie sie das Gesundheitsstrukturgesetz und Pflegeversicherungsgesetz forcieren, grundsätzlich die Notwendigkeit, Fach- und Führungskräfte mit hoher Professionalität einzusetzen.

Billigware ist erfahrungsgemäß in hochentwickelten Gesellschaften auf Dauer nicht konkurrenzfähig. Im Gegensatz zur materiellen Güterproduktion sind gesundheitsbezogene und soziale Dienstleistungen aber vor Ort zu erbringen. Daher zwingen die Veränderungen der Finanzierungsbedingungen auf der betriebswirtschaftlichen Ebene im Prinzip dazu, mit weniger, aber hochqualifiziertem Personal die gleiche oder möglichst verbesserte Leistungen bei hoher Qualität zu erbringen.

Ob die große Zahl an einzelberuflichen Qualifikationsspektren angesichts dieser Situation noch opportun ist, wird zunehmend fraglich. Die Vielfalt an Krankheitsbildern und Betreuungsvarianten schafft eine Bedarfssituation, die wesentlich komplexer und differenzierter ist, als daß sie mit der – zwar sehr differenzierten, aber – traditionell gewachsenen Berufsvielfalt angemessen bewältigt werden könnte. Die faktischen Qualifikationsspektren der meisten Berufe in diesem Bereich unterscheiden sich einerseits nur unwesentlich; aber ihre Spezialitäten spiegeln andererseits überwiegend nicht mehr den gesellschaftlich entstandenen zwar komplexen, aber dennoch sehr spezifischen Versorgungsbedarf. Außerdem erfordert die Praxis der Gesundheitsarbeit mit einem zunehmend unübersichtlich werdenden Angebot berufsübergreifende, ganzheitliche Arbeitsansätze und dementsprechendes Schnittstellenwissen, das mit den bestehenden traditionellen Berufsprofilen und deren Qualifikationen nicht abgedeckt wird.

2 Professionalisierungsdefizite der Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen

Die Analyse der vorhandenen Qualifikations- und Berufsstrukturen verdeutlicht demgegenüber, daß die Qualifizierungsstrategien über Jahrzehnte unverändert geblieben sind. Und es liegt die Vermutung nahe, daß es gerade die fast unübersehbare Vielfalt an Spezialberufen und deren Qualifikationsstruktur ist, die das Berufsbildungssystem im Gesundheits- und Sozialbereich gegenüber neuen Entwicklungen im Beschäftigungssystem so wenig flexibel macht. Das professionelle Selbstverständnis dieser Berufe wird mit exklusivem Spezialwissen begründet. Deshalb setzen die Qualifizierungsstrategien bereits in der Ausbildung auf enge berufsspezifische Abgrenzung, auf Ausgrenzung bestimmter, vor allem belastender Zielgruppen; sie werden speziellen Berufen mit geringem Prestige zugewiesen. Außerdem fällt eine geradezu übermächtige Affinität zum stationären Sektor auf. Es fehlt an umfassenden, das eigene spezielle Tätigkeitsfeld übergreifenden inhaltlichen Orientierungen und ganzheitlichen Handlungsansätzen.

Auf der bildungsrechtlichen Ebene sind die Defizite der Berufsbildung für Gesundheits- und Sozialberufe gekennzeichnet durch

- ▶ fehlende Einordnung in das Berufsbildungssystem,
- ▶ fehlendes einheitliches Rahmengesetz,
- ▶ Intransparenz von Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten,
- ▶ unterschiedliche regionale Reichweite und Dichte geregelter Bildungsmaßnahmen,
- ▶ Zugangsbarrieren zur Ausbildung,
- ▶ unklares Berufsbildungsziel,
- ▶ fehlende qualitätssichernde Durchführungsvorschriften für die Berufsbildung.

Die Gesamtsituation läßt sich mit dem Stichwort „Gettoisierung der Berufsbildung für Gesundheits- und Sozialberufe im Gesamtbildungssystem“ beschreiben. Es fehlt eine klare und verbindliche Einordnung in das Berufsbildungssystem; die Berufsbildung ist irgendwo zwischen dem Schulrecht der Länder und dem Berufsbildungsgesetz angesiedelt. In dieser Abschottung der Einzelberufe untereinander und gegenüber dem normalen Berufsbildungssystem liegt das primäre Dilemma der Berufsbildung für Gesundheits- und Sozialberufe. Diese Abschottung der Einzelberufe verhindert berufsübergreifende Veränderungen. Sie gestattet nur marginale Änderungen innerhalb des vorhandenen Einzelberufs und zusätzliche, weiterspezialisierende, monoberufliche Zusatzqualifizierungen, oder die Entwicklung neuer Berufe für beruflich noch nicht erfaßte Nischen im Tätigkeitsfeld.

Daraus ergibt sich im wesentlichen der Sackgassencharakter dieser Berufe:

- ▶ Es gibt kein einheitliches Rahmengesetz, wie das, das eine einheitliche Mindestqualität der Berufsbildung sichert. Inzwischen wird die Vielzahl an Rechtsvorschriften und die Intransparenz ihrer inhaltlichen Ausgestaltung noch in den Fachhochschul- und Hochschulbereich hinein verlängert. Darüber hinaus ist das Bildungsziel schulischer Berufsbildung in der Regel unklar.
- ▶ Bildungsrechtlich bestehen Zugangsbarrieren zur Ausbildung: Die meisten Rechtsverordnungen für die Regelung der Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen sehen besondere Zugangsvoraussetzungen vor, wie zum Beispiel Altersvorschriften und formale schulische Voraussetzungen. Nur in Ausnahmefällen wird eine Ausbildungsvergütung gezahlt; demgegenüber können die Vielzahl von Bildungsstätten in privater Trägerschaft Schulgeld erheben.
- ▶ Es fehlen qualitätssichernde Durchführungsvorschriften für die Berufsbildung: Die Bildungseinrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen erfüllen in der Regel nicht die gültigen Anerkennungskriterien für die Eignung als Ausbildungsstätte beziehungsweise als Lernort und die praktische Ausbildung wird in der Mehrzahl in Form von Praktika, das heißt nicht als systematisch geplante und fachlich geleitete Ausbildung durchgeführt.

- ▶ Daraus resultieren Intransparenz, unzureichende Qualitätssicherung von Aus- und Weiterbildung und fehlende Chancengleichheit der BildungsteilnehmerInnen im Vergleich zur Berufsbildung in anderen Berufsfeldern. Das bedeutet, daß die vorhandenen normativen Möglichkeiten zur Qualitätssicherung von Aus- und Weiterbildung, wie sie für die berufliche Bildung im Berufsbildungsgesetz und für die schulische Ausbildung im Schulrecht der Länder verankert sind, für die Berufsbildung der Gesundheits- und Sozialberufe nicht greifen. Die Vielzahl von länderrechtlichen Regelungen, besonders im Sozialwesen, bedeutet aber vor allem nicht nur ungleiche Bildungschancen hinsichtlich der Qualität, sondern auch Chancenungleichheit im Angebot und in der Verwertbarkeit von erworbenen Qualifikationen. Landesrechtlich geregelte Berufsbildung bedeutet nämlich, daß Art und Anzahl der geregelten Bildungsangebote sehr unterschiedlich sind und die regionale Reichweite der Anerkennung der Regelungen an Ländergrenzen endet.

3 Exemplarische Weiterbildungskonzepte zur Professionalisierung personenbezogener Dienstleistungen

Prinzipiell zeichnet sich der Bedarf an veränderten beziehungsweise neuen Qualifikationen zuerst in der beruflichen Weiterbildung ab. Die hohe Flexibilität des Weiterbildungssystems, Impulse aus dem Beschäftigungssystem rasch und direkt in die gewünschten Qualifikationen umzusetzen, ist in der Notwendigkeit begründet, zur Sicherung der Qualität der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen die beruflichen Kompetenzen der Fachkräfte sofort an sich abzeichnende Veränderungen anzupassen. Insofern wird der Weiterbildung in der Regel immer eine gewisse Vorlauffunktion zukommen. Dies verdeutlichen das insgesamt breite Fort- und Weiterbildungsangebot für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen und die allgemein hohe Fort- und Weiterbildungsmotivation der Berufsangehörigen; beispielhaft dafür sind aber vor allem auch die nach Inkrafttreten von GSG und PfIVG kurzfristig verabschiedeten Verordnungen auf regionaler Ebene gemäß § 46.1 BBiG zur Regelung der aktuell aufgetretenen neuen Weiterbildungserfordernisse für Leitungskräfte.

▶ Konzept berufsfeldbreite Aus- und Weiterbildung

Um die Korrekturfunktion der Weiterbildung auf Dauer stärker für Professionalisierungsprozesse der Beschäftigten und für die Modernisierung des Beschäftigungssystems zu nutzen, impliziert eine Verbesserung der Weiterbildungslandschaft zugleich eine Reform der Ausbildung. Insofern stehen eine Strukturreform von Aus- und Weiterbildung und eine Rekonstruktion von Aus- und Ausbildungsberufen in einem untrennbaren Zusammenhang (vgl. hierzu den Abschnitt 3.1).

► **Weiterbildung zur Förderung beruflicher Schlüsselqualifikationen**

Insbesondere die in der Praxis der Gesundheitsarbeit aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes und Pflegeversicherungsgesetzes zunehmend auftretenden Schnittstellen, die die multistrukturale mit einem zunehmend unübersichtlich werdenden Angebot schafft, erfordert übergreifendes Schnittstellenwissen (zu anderen Fachberufen, zu anderem Fachwissen). Es wird mit den bestehenden traditionellen Berufsqualifikationen nicht abgedeckt. Sowohl hinsichtlich der Möglichkeiten individueller beruflicher Mobilität als auch aus betrieblich-organisatorischer Sicht ist deshalb neben einer Strukturreform der Aus- und Weiterbildung und einer Rekonstruktion der Aus- und Weiterbildungsberufe vorrangig Weiterbildung für die bereits ausgebildeten Fachkräfte zur Erweiterung ihres Spezialwissens um das erforderliche Schnittstellenwissen erforderlich; das heißt die Einzelberufsprofile der vorhandenen Fachkräfte sind über Weiterbildung um berufsübergreifende Grundlagenqualifikationen und Kompetenzen zu erweitern (vgl. hierzu den Abschnitt 3.2).

► **Weiterbildung als Instrument beruflicher Entwicklungsplanung**

Während einerseits auffällt, daß die Weiterbildungsteilnahme im Berufsfeld Gesundheit/Soziales überproportional hoch ist,³ fällt umgekehrt auf, daß der Besuch von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen⁴ zumindest in empirisch überprüfbareren Sektoren, wie dem der Altenhilfe und der Arzthilfe überwiegend mit Ausbildungsdefiziten begründet wird.⁵ Darüber hinaus fällt auf, daß horizontale Umstiegsmöglichkeiten und vertikale Aufstiegsmöglichkeiten im ursprünglichen Berufsfeld oder in angrenzende berufliche Tätigkeitsfelder und entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten für diese Berufsgruppen offensichtlich fehlen. In dieser Situation kommt einer Analyse der Qualität und Relevanz der vorhandenen Weiterbildungsangebote für die berufliche Mobilität der Beschäftigten in der Gesundheits- und Sozialpflege grundsätzliche Bedeutung zu (vgl. hierzu den Abschnitt 3.3).

► **Weiterbildung an der Schnittstelle Gesundheit / Soziales / Hauswirtschaft**

Weiterbildung zur Vermittlung von Schnittstellenwissen besonderer Art ist die berufsfeldverbindende oder berufsfeldübergreifende Weiterbildung. Mit Zusatzqualifikationen aus bisher fremden Berufsfeldern und erweiterten Sichtweisen und Handlungskompetenzen im ursprünglichen Berufsfeld kann Weiterbildung „berufliche und qualifikatorische weiße Flecken“ ausfüllen und horizontale berufliche Mobilität ermöglichen. Im Schnittfeld Gesundheit (Pflege), Soziales, Hauswirtschaft be-

3 Vgl. BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG; FORSCHUNG UND TECHNOLOGIE (Hrsg.): Berichtssystem Weiterbildung IV. Bonn 1996

4 Zur Begriffsunterscheidung: Fortbildung im Sinne von Anpassungsfortbildung, Weiterbildung im Sinne aufstiegsbezogener beruflicher Weiterbildung

5 Vgl. hierzu die Forschungsprojekte 4.2008 und 4.1009 des BIBB sowie die Abschnitte 3.3 und 3.11

stand bislang ein solcher weißer Fleck, der mit der gesundheitspolitischen Schwerpunktverlagerung hin zu ambulanten häuslichen Betreuungsformen als Defizitbereich seit Mitte der 80er Jahre immer deutlicher zu Tage trat.

Keiner der vorhandenen Pflegeberufe ist auf die Strukturveränderungen im Gesundheitswesen der letzten zwanzig Jahre und auf die Bedarfsentwicklung hinsichtlich der ambulanten Versorgung insbesondere älterer und behinderter Menschen inhaltlich richtig vorbereitet. Mit Ausnahme der Haus- und Familienpflege ist die Ausbildung zu allen übrigen Pflegeberufen immer noch einseitig am stationären Arbeitsfeld orientiert. Die Arbeit im häuslichen Umfeld stellt jedoch gänzlich andere Anforderungen als im stationären Bereich; eine Fort- und Weiterbildung für Pflegefachkräfte allein reicht dafür weder quantitativ noch qualitativ aus.

Um das Fachkräfteangebot auch im hauswirtschaftlichen Betreuungsbereich zu erhöhen, hat das BIBB zusammen mit einem Fachbeirat inzwischen eine bundeseinheitliche für HauswirtschaftlerInnen zur Fachhauswirtschaftlerin/zum Fachhauswirtschaftler entwickelt. Die bundeseinheitliche Fortbildungsprüfungsordnung ist am 09.12.1996 in Kraft getreten. Als Beitrag zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von Weiterbildung zur Vorbereitung auf die Fortbildungsprüfung hat das BIBB in Zusammenarbeit mit Experten aus Wissenschaft und Praxis eine praxisorientierte Lehrgangsempfehlung erarbeitet und veröffentlicht (vgl. hierzu den Abschnitt 3.4).

► **Medizintechnik: Ein innovatives Tätigkeitsfeld**

Die Medizintechnik ist seit langem ein expandierendes Tätigkeitsfeld, in dem gerade im ökonomischen Kontext und im Zusammenhang mit der wachsenden Bedeutung der IuK-Techniken zukünftig erhebliche innovative Entwicklungen zu erwarten sind. Immer mehr Berufsgruppen im Gesundheitswesen werden von der zunehmenden Technisierung erfaßt. Aus qualifikatorischer Sicht dürften aus dieser Entwicklung nicht allein vielfältige technisch induzierte Weiterbildungsbedürfnisse und -bedarfe resultieren, die dem berechtigten Interesse nach einer verbesserten Beherrschung der Technik entspringen. Vielmehr ist zu erwarten, daß sich in diesem expandierenden innovativen Tätigkeitsfeld eine Vielzahl neuer beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten ergeben, die das Spektrum an qualifizierten beruflichen Einsatzfeldern im Gesundheitswesen erheblich erhöhen (vgl. hierzu den Abschnitt 3.5).

► **Gesundheitsförderung und Rehabilitation**

Auch der Bereich der Rehabilitation und Gesundheitsförderung ist von erheblichen Umstrukturierungen betroffen. Wies dieser Bereich bis weit in die 90er Jahre stetige und erhebliche Beschäftigungszuwächse auf, ist aufgrund der Veränderungen in der gesundheits- und sozialpolitischen Gesetzgebung in jüngster Zeit ein grundlegender Umbau im Tätigkeitsfeld Gesundheitsförderung und Rehabilitation eingeleitet, der maßgebliche Auswirkungen auf die Beschäftigungschancen und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten haben dürfte:

Zu vermuten ist, daß in dem klassischen Tätigkeitsfeld von Gesundheitsförderung und Rehabilitation etliche der abhängig beschäftigten Fachkräfte – insbesondere in Rehabilitations- und Kurkliniken sowie in physiotherapeutischen Praxen freiberuflich niedergelassener Fachkräfte – freigesetzt werden; demgegenüber kann bereits seit geraumer Zeit in dem bislang überwiegend informellen Sektor privat finanzierter Gesundheitsförderung, im Bereich Gesundheitssport und Gesundheitstourismus das zunehmende Entstehen neuer Tätigkeitsfelder beobachtet werden. Aus qualifikatorischer Sicht ist dieser Entwicklungsprozeß im Zuge eines zunehmenden Gesundheitsbewußtseins, insbesondere aus dem wachsenden Interesse an gesundheitsbewußter Freizeit- und Urlaubsgestaltung für die berufliche Mobilität der Fachkräfte aus dem klassischen Tätigkeitsfeld von spannendem Interesse (vgl. hierzu den Abschnitt 3.6)

► Karrieremuster „Pflege“

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird insbesondere zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe die Öffnung des Sackgassencharakters dieser Berufe unerläßlich. Hierzu wird der Ruf nach Durchlässigkeit der beruflichen Bildungsgänge wie in allen Berufsbereichen laut, um auch in diesem Berufsfeld berufliche Karrieren und damit einen Entwicklungsweg von der Ausbildung über die Berufstätigkeit und Weiterbildung – auch bis zur (Fach)Hochschule – zu ermöglichen. Diesem Umstand trägt das vom BIBB entwickelte Strukturreformkonzept einer berufsfeldbreiten Aus- und Weiterbildung nicht nur durch formale und inhaltliche Übergänge in den (Fach-)Hochschulbereich Rechnung, sondern auch durch die Schaffung von entsprechenden Funktionsprofilen in der Pflegepraxis (vgl. hierzu den Abschnitt 3.7).

► Gesundheits- und Sozialmanagement

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und veränderten Finanzierungsregelungen haben Leitungen und Management von Gesundheitsbetrieben und sozialen Diensten vor grundlegend neue Aufgaben gestellt. Statt ein Standardangebot an gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen auf der Basis einer Vollkostenerstattung regelgerecht sicherzustellen, gilt jetzt der Markt: Maßgeschneiderte Produkte zu einer Qualität und zu einem Preis anzubieten, die die Konkurrenz nicht zu scheuen brauchen. *Qualitätsarbeit, Flexibilität, Kreativität, Kundenorientierung* sind Schlüsselbegriffe dieser neuen Unternehmensstrategie. Diese Managementaufgabe steht zur klassischen Leitungsaufgabe der Betriebe des Gesundheits- und Sozialwesens wie die Lösung der Quadratur des Kreises. Allerdings gilt inzwischen als unbestritten, daß auch im Bereich der Gesundheits- und sozialen Dienste durchaus ein erhebliches Innovationspotential vorhanden ist, wenn es dem Management dieser Dienste gelingt, attraktive Dienstleistungsangebote zu entwickeln und diese flexibel auf die jeweils spezifische Bedarfslage hin zuzuschneiden. Darüber hinaus muß das Personal der Einrichtung für die Wahrnehmung dieser neuen Aufgaben motiviert und über Weiterbildung befähigt werden. Innovationen in der Arbeit der Gesundheits-

dienste und sozialen Dienste hängen insofern zum einen von den betrieblich strategischen Entscheidungen des Managements der Dienste und Einrichtungen zur Entwicklung neuer oder neu kombinierter attraktiver Dienstleistungsangebote ab; zum anderen von dessen Fähigkeit, diese Konzepte in kostengünstiger Weise in Arbeit bzw. Arbeitsplätze umzusetzen sowie das Personal für die Wahrnehmung dieser neuen Aufgaben zu motivieren und zu befähigen. Eine so umfassende Management- und Leitungsaufgabe, die Planung, Finanzierung, Organisations- und Personalentwicklung sowie betriebliche Fort- und Weiterbildung professionell verbindet, ist mit den vorherrschenden Leitungsprofilen und Weiterbildungsmaßnahmen nicht mehr angemessen zu bewältigen. Aus betrieblicher Sicht ist deshalb Weiterbildung für Managementaufgaben prioritär, vor allem auch zur Eröffnung betrieblicher Karrierewege, um die Deckelung der Gesundheitsberufe durch die enge hierarchische Struktur zu öffnen. Vor allem bei Klein und Mittelbetrieben wird die betriebliche Konkurrenzfähigkeit gestärkt, wenn es deren Management gelingt, über die Schaffung attraktiver Arbeitsplätze betriebliche Karrierewege für leistungsstarke MitarbeiterInnen zu eröffnen und so gerade qualifizierte und motivierte Fachkräfte an den Betrieb zu binden. Insbesondere mit der in jüngster Zeit zu beobachtenden Strategie von Fachhochschulen und Hochschulen für attraktive qualifizierte Positionen in innovativen Wachstumsfeldern gezielt grundständige Studiengänge anzubieten, geraten betrieblich oder berufsfach- und fachschulisch ausgebildete Fachkräfte ohne Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Studiengängen oder entsprechende gleichwertige Weiterbildung im Wettbewerb um die wenigen Aufstiegspositionen erneut und auf Dauer ins berufliche Abseits (vgl. hierzu den Abschnitt 3.8).

► Management von Sport- und Freizeiteinrichtungen

Gesundheitsförderung, Umweltschutz und effektives Management sind drei zentrale Komponenten im Rahmen einer Modernisierung des Beschäftigungsfeldes der personenbezogenen Dienstleistungen. Im Prinzip setzen Innovationen des Beschäftigungsfeldes bei allen personenbezogenen Dienstleistungsberufen eine Stärkung dieser drei Komponenten über Weiterbildung voraus. Im Rahmen eines zunehmend veränderten Freizeitverständnisses, erhöhten Gesundheitsbewußtseins, verstärkter ökologischer Sensibilität und knapper werdenden Ressourcen ist daher eine regelmäßige Anpassung vorhandener gesundheitsrelevanter Aus- und Weiterbildungsberufe des Sport- und Freizeitbereichs an die veränderten Anforderungen selbstverständliche Notwendigkeit.

Die professionelle Unterstützung gesundheitserhaltender und gesundheitsfördernder Lebensweisen durch aktivierende Freizeitgestaltung ist eine zentrale Aufgabe von Fach- und Führungskräften des Bäderwesens. Sie erhält angesichts knapper werdender Gesundheitsbudgets als Gesundheitsprävention zunehmende ökonomische Relevanz. Durch ihren kommunikativen und anleitend-pädagogischen Beitrag trägt die Arbeit von Fach- und Führungskräften des Bäderwesens vor allem auch zur Pflege sozialer Kontakte und von Geselligkeit bei und erhält damit eine sozial integrative Bedeutung.

Mit der abgestimmten Novellierung der Aus- und Weiterbildungsregularien für Fach- und Führungskräfte des Bäderwesens wird inhaltlich konzeptionell ein bruchloser beruflicher Entwicklungsweg von der Ausbildung über Berufstätigkeit und Weiterbildung in eine mittlere Führungsposition aufgezeigt. Darüber hinaus wird mit diesem exemplarischen Beitrag zur Entwicklung beruflicher Karrieren im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungsberufe zudem verdeutlicht, wie über das Regelungsverfahren die Attraktivität der Berufsbildung gestärkt und verbessert werden kann. Die bundeseinheitliche Fortbildungsprüfungsordnung gemäß § 46.2 BBiG „Meister/Meisterin für Bäderbetriebe“ wurde am 08.05.1998 vom ständigen Unterausschuß des Hauptausschusses einstimmig verabschiedet; sie tritt mit der in Kürze bevorstehenden Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt noch 1998 in Kraft (vgl. den Abschnitt 3.9).

► Weiterbildung für Fachkräfte in Werkstätten für Behinderte

Das Verständnis von Gesundheit und die Schwerpunkte von Gesundheitsarbeit haben sich in der Vergangenheit verändert. Mit der Stärkung eines gesundheitsfördernden Ansatzes gegenüber einem traditionellen kurativen Aufgabenverständnis von Gesundheitsarbeit haben sich die Schwerpunkte von einer medizinorientierten, vorrangig akutklinischen und kurativ-heilenden Ausrichtung verschoben und verbreitert zugunsten stärker sozialpflegerischer und sozialpädagogischer, präventiv und rehabilitativ therapeutisch-beratender und unterstützender Arbeitsansätze. Gesundheit wird immer weniger als Zustand normierter Abwesenheit von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit verstanden. Vielmehr stellt nach neuerem Verständnis Gesundheit einen Prozeß individuellen Wohlbefindens dar im Sinne einer relativen Balance zwischen gesundheitlichem, geistigem, psychischem und sozialem Befinden. Diese individuelle Befindlichkeit bedarf fördernder Lebensweisen und Lebensumstände sowie gegebenenfalls professioneller Unterstützung zu ihrer Erhaltung oder Wiederherstellung.

Insbesondere dauerhaft hilfebedürftige Menschen benötigen zur gesellschaftlichen und beruflichen Integration besondere Unterstützung. Den Hilfen zur beruflichen Integration Behinderter kommt hier eine zentrale Bedeutung zu, stellt die berufliche Integration doch mit ihrem Beitrag zur selbständigen Lebensführung zugleich eine Möglichkeit zur verbesserten sozialen Integration in die Gesellschaft dar. Sowohl veränderte Aufgabenstellungen und Rationalisierungen der Werkstätten für Behinderte im Zuge zunehmenden wirtschaftlichen Drucks, veränderte Zusammensetzung der behinderten Menschen hinsichtlich Art, Komplexität, Schweregrad der Behinderung als auch ein verändertes theoriegeleitetes Förderverständnis und veränderte Förderkonzepte erfordern eine fachliche Anpassung der Wissensbezüge und methodisch-didaktischen Kompetenzen des Anleitungspersonals in den Werkstätten für Behinderte. Hierfür bereitet das BIBB zur Zeit in Zusammenarbeit mit von den Sozialparteien benannten Sachverständigen einen Katalog der Qualifikationsanforderungen vor (vgl. hierzu den Abschnitt 3.10).

► **Weiterbildung: Fiktion und Realität bei Frauenberufen**

Fort- und Weiterbildung sind nicht nur ein Indikator für sich verändernde Qualifikationsanforderungen und für sich eröffnende berufliche Perspektiven. Sie können auch deutliche Aufschlüsse über die Qualifikationsleistung der vorangegangenen Ausbildung liefern. In dieser Hinsicht sind mindestens zwei Forschungsprojekte des BIBB von Bedeutung. Bei zwei völlig unterschiedlichen Berufsgruppen – bei Arzt- und ZahnarzthelferInnen einerseits sowie bei Altenpflegekräften andererseits – ergeben sich deutliche Anhaltspunkte dafür, daß in typischen Segmenten frauenspezifischer Berufsbildung Weiterbildung gar nicht in erster Linie die Funktion zugeordnet ist, berufliche Entwicklung zu unterfüttern und berufliche Karrieren einzuleiten. Vielmehr wird Weiterbildung vorrangig eine Reparaturfunktion beigemessen, unmittelbar nach Ausbildungsabschluß die größten Ausbildungsdefizite zu kompensieren (vgl. hierzu die Abschnitte 3.11 und 3.12).

► **Modulares Weiterbildungskonzept „Haus- und Familienpflege“
(Gesundheitspflegerin/-pfleger)**

Unabhängig von einer grundlegenden Strukturreform der Berufsbildung ist es unstrittig, daß einer gezielten Fort- und Weiterbildung und beruflichen Förderung sowohl bereits ausgebildeter Fachkräfte als insbesondere auch der großen Zahl formal nicht qualifizierter Hilfskräfte in zentralen ausgewählten Arbeitsfeldern vorrangige Bedeutung zukommt.

Darauf hat das BIBB aufgrund des zunehmenden Bedarfs an hauspflegerischer Versorgung einerseits und der abnehmenden Beschäftigungsmöglichkeiten gering oder nicht adäquat ausgebildeten Menschen andererseits bereits vor längerem mit einem konkreten modularen Weiterbildungskonzept für unterschiedlich Pflegehilfskräfte reagiert. Das Konzept gestattet eine flexible, an den individuellen berufs- und lebensbiografischen Besonderheiten insbesondere weiblicher Lebensläufe orientierte Qualifizierungs- und Karriereplanung. Das modulare Weiterbildungskonzept reicht von der Basisqualifizierung im Rahmen der HelferInnentätigkeit, über die Vorbereitung auf einen anerkannten Ausbildungsabschluß gemäß § 40 BBiG bis zu einem Weiterbildungsabschluß gemäß § 46.2, äquivalent zu einem vorhandenen staatlich anerkannten Pflegefachberuf (vgl. hierzu den Abschnitt 3.13).

BARBARA MEIFORT

3.1 Konzept berufsfeldbreite Aus- und Weiterbildung

Das BIBB hat seit Jahren wiederholt auf den Umstand hingewiesen, daß die Berufs- und Qualifikationsstrukturen im Berufsfeld Gesundheit/Soziales – gemessen an den zwischenzeitlichen Entwicklungen – überholt sind. Bereits seit 1984 wurde eine grundlegende Strukturreform für das gesamte Berufsfeld angemahnt.⁶ Zuletzt hat das BIBB 1994 speziell für die Berufsgruppe der Pflegeberufe ein konkretes Reformkonzept entwickelt.⁷ Das Konzept für Pflegeberufe des BIBB sieht eine berufsübergreifende, berufsfeldbreite Grundbildung vor mit darauf aufbauender, sich im Verlauf der Ausbildung zunehmend differenzierender Fachbildung, die zu Einzelberufsabschlüssen führt. Die Fachbildung differenziert sich im zweiten Ausbildungsjahr nach den zentralen Sektoren stationäre und ambulante, häusliche Pflege. Im Rahmen der sektorenspezifischen Fachbildung sind zum Beispiel zielgruppenspezifische Schwerpunktsetzungen möglich, um die fachgerechte Pflege und Betreuung bestimmter Zielgruppen mit spezifischem Hilfe- und Pflegebedarf zu gewährleisten.

Die entscheidende Veränderung gegenüber der herkömmlichen Berufsstruktur und die deutliche Abgrenzung zu den überwiegend berufsständischen orientierten Reformkonzepten anderer Institutionen und Gruppen betrifft einerseits die Stärkung des ambulanten häuslichen Pflegebereichs mit der Schaffung eines eigenständigen Ausbildungsberufs; sie besteht andererseits darin, daß einer Generalistenausbildung eine deutliche Absage erteilt wird. Mit dem neuen Pflegefachberuf wird der Entwicklung Rechnung getragen, daß sich der ambulante Bereich mit dem Auf- und Ausbau ambulanter Pflegedienste zum zentralen Einsatzfeld für die Pflege entwickeln wird. Mit der Schaffung eines eigenständigen Ausbildungsberufs gemäß § 25 BBiG für diesen Bereich mit dreijähriger Ausbildungsdauer und ohne die im Gesundheitswesen sonst weitgehend üblichen formalen Zugangsbarrieren (Mindestalter und/oder formale Schulabschlüsse beziehungsweise vorangegangene Berufsausbildung) besteht die Möglichkeit, das vorhandene Ausbildungsplatzangebot in (Berufs-)Fachschulen des Gesundheitswesens deutlich um zusätzliche Ausbildungsplätze für Pflege im Rahmen des dualen Systems zu erweitern und auch geeigneten HauptschulabsolventInnen den direkten Zugang zur Pflegeausbildung zu eröffnen. Mit der berufsfeldbreiten Grundbildung wird erstmals die überfällige Strukturreform für die Berufsbildung der Gesundheitsberufe eingeleitet und systematisch inhaltlich die Basis für berufliche Umstiege im Berufsfeld und berufliche Ent-

6 Vgl. MEIFORT, B., PAULINI, H.: Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Auf der Grundlage einer vergleichenden Curriculaanalyse für ausgewählte nichtärztliche Gesundheitsberufe und von Sachverständigengesprächen mit Berufspraktikern. In: Berichte zur beruflichen Bildung, Band 76. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Berlin/Bonn 1984

7 BECKER, W., MEIFORT, B.: Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berufe in der Gesundheits- und Sozialpflege: Ausbildung, Qualifikationen, berufliche Anforderungen. In: Berichte zur beruflichen Bildung, Band 169. Berlin/Bonn 1994

wicklungswege über Weiterbildung geschaffen. Das bedeutet, daß nicht Weiterbildung auf Kosten der Ausbildung gestärkt wird, sondern daß Ausbildung, die die Grundlagen für Weiterbildung und lebenslanges Lernen liefern muß, gestärkt wird. Damit werden erst die Voraussetzungen geschaffen, um die Segmentierungen in der Weiterbildung, insbesondere die nach Geschlecht, beruflicher Vorbildung und Stellung in der betrieblichen Hierarchie abzubauen.

WOLFGANG BECKER

3.2 Förderung von Schlüsselkompetenzen im Gesundheits- und Sozialwesen durch berufliche Weiterbildung

Ausgangslage

Die Qualität beruflicher gesundheits- und sozialpflegerischer Dienstleistungen hat sich grundsätzlich gewandelt. Aus „Jedermanns-Hilfsleistungen“ in der Tradition caritativer Liebedienste haben sich anspruchsvolle Fachberufe entwickelt. Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der Gesellschaft, der Morbiditätsentwicklung, veränderten Arbeitsorganisationen in und zwischen der ambulanten und stationären Versorgung sowie tiefgreifenden sozialen Verwerfungen haben sich die beruflichen Qualifikationsanforderungen in diesem Bereich deutlich erweitert und erhöht.

Neben der Krankenpflege erfahren vor allem die Altenpflege, die Heilerziehungspflege, die Haus- und Familienpflege sowie auf der Seite der sozialpädagogischen Berufe die ErzieherInnen, daß das erworbene Ausbildungswissen in immer geringerem Maße für eine fachlich anspruchsvolle berufliche Arbeit die erforderlichen professionellen Handlungskompetenzen bereitstellt. Neben der Zunahme an unmittelbaren beruflichen Anforderungen ist dies vor allem in den kaum „facharbeitsäquivalenten“ beruflichen Bildungsstrukturen des fachschulischen Bildungssystems begründet. Insbesondere die uneinheitliche und in der Regel geringere Qualifikationsdauer im Vergleich zur dualen Ausbildung, die fehlende Modernität von Bildungsinhalten und Bildungsorganisation, fehlende Ausbilderqualifikationen und kaum vorhandene berufliche Karrierewege prägen das insgesamt defizitäre Bild der beruflichen Bildung in der Gesundheits- und Sozialpflege.

Mit einer anforderungsgerechten Weiterentwicklung der Qualifikationsstandards für die beruflichen Ausbildungen im Gesundheits- und Sozialwesen ist realistischerweise in absehbaren Zeithorizonten nicht zu rechnen. Daher empfiehlt es sich, die sich aus der Praxis ergebende dringende Notwendigkeit zur Professionalisierung beruflicher Qualifikationen in der Gesundheits- und Sozialpflege durch Entwicklung und Umsetzung eines berufsübergreifend strukturierten Angebots abschluß- und themenorientierter Weiterbildungsgänge aufzugreifen.

*Professionalisierung durch Weiterbildung*⁸

Für die Weiterentwicklung der Qualität der Berufe und ihrer Handlungskompetenzen, fachlichen Orientierungen und Wissensbezüge bieten sich vor allem solche Weiterbildungskonzepte an, die sich auf eine Förderung beruflicher Schlüsselkompetenzen, die berufsübergreifende Struktur von Wissensbezügen, Handlungskonzepten und Methoden konzentrieren. Bei einer solchen „Professionalisierung durch Weiterbildung“ geht es nicht um eine Vermehrung von Wissen um seiner selbst willen. Vielmehr dient die Erweiterung von Wissen und beruflich bedeutsamen Wissenszusammenhängen dem Ziel einer sicheren Verwendung von wissenschaftlich gesichertem Berufswissen in ständig neuen und ständig interpretationsbedürftigen beruflichen Handlungszusammenhängen, wie dies insbesondere in den Berufen der Gesundheits- und Sozialpflege der Fall ist. Diese hier als „Professionalisierung“ beschriebene berufliche Modernisierungsstrategie stellt eine Qualifizierung beruflicher Praxis und Arbeit durch allgemeines, interdisziplinäres, wissenschaftlich bezogenes berufliches Lernen in den Mittelpunkt. Als „Professionalisierung durch Weiterbildung“ im Gesundheits- und Sozialwesen richtet sie sich darauf, übergreifende berufliche Kompetenzen zur Gestaltung und Verbesserung gesellschaftlicher Realität: von unterstützungsbedürftigen Lebenswelten zu vermitteln.

Der Kern dieser aus der beruflichen Praxis heraus und für die Berufspraxis definierten „Professionalität“ für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen liegt in der verantwortlichen Interpretation individueller sozialer und gesundheitlicher Lebenslagen sowie der Deutung dieser Beobachtungen.⁹ Das bedeutet, daß Professionelle in der Gesundheits- und Sozialpflege die in unmittelbarem Austausch mit ihren KlientInnen gewonnenen Interpretationen auf (wissenschaftlich abgesichertes) Wissen beziehen und die subjektive Bedeutungs- oder Wertdimensionen dieser Interpretationen zu reflektieren in der Lage sein sollten. Dies ist allerdings nur der erste Schritt. Das wichtige „Plus“ dieser praxisbezogenen Professionalität erschließt sich erst dann, wenn solche Interpretationen und Falldeutungen als Grundlage dazu dienen, mögliche soziale Auswirkungen professioneller Interpretationen und Interventionen zu beachten und für die Planung von Kommunikationen oder Interaktionen mit dem Patienten/Klienten oder anderen beruflichen Kooperationspartnern genutzt werden.

Erst durch diese um ihren Systembezug erweiterten Handlungskompetenzen und die Rückbeziehung beruflicher Tätigkeiten auf ihre sozialen Auswirkungen und erlangen berufliche Leistungen in der Gesundheits- und Sozialpflege professionelle Qualität: Systemisches Bewußtsein, berufsfeldbreites (Fach-)Wissen, Interpretationskompetenzen und „zusammenschauende“ Planungsfähigkeit sind nicht nur Hilfsmittel, um die Komplexität der für Pflege und Erziehung bedeutsamen Problemzusammenhänge zu vermin-

8 Vgl. BECKER, W.: Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Sozialwesen: Weiterbildung als Instrument beruflicher Entwicklungsplanung. Forschungsprojekt 4.1006 des Bundesinstituts für Berufsbildung. In: Arbeitsprogramm 1997 des BIBB, S. 26. Vgl. hierzu auch Abschnitt 3.3

9 Vgl. BECKER, W.: Professionalisierung – ein Qualifikationskonzept für die Gesundheits- und Sozialpflege? in: MEIFORT, B., BECKER, W. (Hrsg.): Berufliche Bildung für Pflege- und Erziehungsberufe. Reform durch neue Bildungskonzepte. In: Berichte zur beruflichen Bildung, Band 178. Berlin/Bonn 1995

dern, sondern gleichzeitig auch die Schlüssel dafür, daß vorgefundene Einschränkungen oder Beeinträchtigungen in der Lebenswelt der Klientel (beispielsweise Erkrankung, abweichendes Verhalten, psychosoziale Beeinträchtigungen usw.) nicht mehr zur Angelegenheit spezialisierter, auf Einzeldisziplinen orientierter akademischer ExpertInnen, sondern zur beruflichen Aufgabe aller gesundheits- und sozialpflegerischer Fachkräfte erklärt werden können.

WOLFGANG BECKER

3.3 Weiterbildung als Instrument beruflicher Entwicklungsplanung?¹⁰

In kaum einem Berufsfeld spielen berufliche Belastungen, Berufsunzufriedenheit und Berufsausstieg eine so große Rolle wie im gesundheits- und sozialpflegerischen Berufsfeld: Fluktuation, Abwanderung aus dem Beruf und fehlender Berufsnachwuchs verdeutlichen die Not der Pflegekräfte, die dauernden und stetig wachsenden physischen und psychischen Belastungen aus der Konfrontation mit Krankheit, Alter, Behinderung, mit Sterben und Tod, Isolation und zunehmender sozialer Verelendung mit den beruflichen Standardrepertoires aus Pflege und Betreuung nicht mehr hinreichend begegnen zu können.

Vor dem Hintergrund neuerer Forschungsergebnisse darf es mittlerweile als gesichert angesehen werden, daß es insbesondere den Berufen in der Gesundheits- und Sozialpflege beziehungsweise den sozialpädagogischen Berufen in der Kinder- und Jugendlicherarbeit an beruflichen Qualifikationen mangelt, um den gestiegenen und weiter steigenden Anforderungen an fachlich gesicherter und professionell angemessener Betreuung und Pflege unterstützungsbedürftiger Menschen gerecht werden zu können: Nach einer ersten Auswertung der Befragung von 450 Altenpflegekräften¹¹ im zweiten Berufsjahr (alte Bundesländer) wird der Besuch von fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen überwiegend mit *Ausbildungsdefiziten* begründet.¹² Für die übrigen gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe – die Heilerziehungspflege, Haus- und Familienpflege sowie die/den Erzieher/in, aber auch für Ergotherapie und Krankengymnastik/Physiotherapie – sind entsprechende Qualifikationsstudien bislang nicht angelegt

10 Vgl. BECKER, W.: Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Sozialwesen: Weiterbildung als Instrument beruflicher Entwicklungsplanung (Forschungsprojekt 4.1006 des BIBB)

11 Die Fallzahl entspricht ungefähr einer 10%-Stichprobe eines Ausbildungsjahrganges in den alten Bundesländern.

12 Vgl. FP 4.2008 des BIBB „Ausbildung, Weiterbildung und berufliche Entwicklung von Altenpflegekräften in Deutschland – Ergänzungs- und Wiederholungsbefragung zur Berufszufriedenheit und zu Verwertungsmöglichkeiten beruflicher Qualifikationen in der Altenpflege“

worden, doch darf aufgrund durchaus vergleichbarer Problemlagen in der Berufspraxis¹³ von ähnlichen Befunden ausgegangen werden.

Gleichzeitig spielen nicht anforderungsgerechte berufliche Qualifikationen auf der einen sowie fehlende oder nur unter erschwerten Bedingungen (zum Beispiel durch individuell zu tragende, nicht unerhebliche Kosten; Notwendigkeit zur Freistellung usw.) zugängliche fachbezogene Fortbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten auf der anderen Seite eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung massiver beruflicher Unzufriedenheiten, von Arbeitsplatzwechseln und Berufsfluchtbewegungen bei allen Berufen der Gesundheits- und Sozialpflege.¹⁴ Insbesondere aber häufiger Arbeitsplatzwechsel ist nach neueren Untersuchungen¹⁵ maßgeblich an der progressiven Verringerung der Verwertbarkeit beruflicher (Ausbildungs-)Qualifikationen beteiligt, so daß zusammen mit den nicht zureichenden Ausbildungsqualifikationen, der zunehmend erschwerten Weiterbildungsteilnahme sowie häufigen Arbeitsplatzwechseln eine Dequalifizierungsspirale in Bewegung gerät, die vor allem bei jüngeren Berufsangehörigen im Berufsfeld verbreitet zuerst in Überlegungen, dann in den Entschluß mündet, dem Beruf auf Dauer den Rücken zu kehren. Auf der anderen Seite läßt sich insbesondere bei den „therapeutischen Berufen“ Ergotherapie und Krankengymnastik/Physiotherapie die Tendenz beobachten, daß ohne ausbildungsergänzende, spezialisierende Weiterbildungen (therapeutische Spezialverfahren und -anwendungen) die Eingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt drastisch sinken.

Die Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung – als *Funktionsweiterbildung* mit der Perspektive auf die Übernahme beruflicher Leitungspositionen oder als *Fachweiterbildung* mit dem Ziel einer beruflichen Schwerpunktverlagerung – ist für die MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen traditionell die einzige Möglichkeit, berufliche Entwicklungsperspektiven zu gestalten. Die ohnehin eingegrenzten Karrierechancen im Beruf werden jedoch zunehmend durch betriebswirtschaftliche Reorganisationen der Altenhilfe-Einrichtungen und neue Formen der Arbeitsteilung in Frage gestellt.

Weiterbildung spielt im Bildungswesen insgesamt immer noch eine untergeordnete Rolle – obwohl die Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung seit Beginn der 80er Jahre erheblich zugenommen hat. Seither fand die Expansion der Weiterbildung vor allem in den Teilbereichen der (inner-)betrieblichen und der öffentlich geförder-

13 Hinweise für die Problemlagen in der Heilerziehungspflege sind zu entnehmen BECKER, W., MEI-FORT, B.: Pflegen als Beruf. Ein Berufsfeld in der Entwicklung. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 169. Berlin/Bonn³1996 bzw. BECKER, W.: Heilerziehungspflege – zur Arbeitssituation und Qualifikationsverwertung eines Leitberufs in der Rehabilitation. In: HEP-Informationen 1/1992, S. 8-64.; für die Erzieher RAUSCHENBACH, Th.: Die Erzieherin. Ausbildung und Arbeitsmarkt. Weinheim/München 1995.

14 Hierfür können ebenfalls die ersten Auswertungsergebnisse der Wiederholungsbefragung zu Ausbildung, Weiterbildung und beruflicher Entwicklung von Altenpflegekräften (FP 4.2008) herangezogen werden: Mehr als 30% derjenigen, die innerhalb des 2. Berufsjahres ihre Arbeitsstelle gewechselt haben, begründen dies damit, daß sie für ihrer Einschätzung nach fachlich notwendige Fortbildungen („Das Thema ist in der Ausbildung zu kurz gekommen ...“) nicht freigestellt wurden.

15 Vgl. u.a. BLECHINGER, D., PFEIFFER, F.: Verwertbarkeit beruflicher Erstausbildungen. Hrsg. v. Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung. Mannheim, November 1995.

ten Weiterbildung statt.¹⁶ Bei diesen Segmenten steht nicht der individuelle Bildungsanspruch im Vordergrund, sondern Weiterbildung übernimmt spezifische, auf das jeweilige Handlungssystem bezogene „Funktionen“. In diesem Sinne fungiert *betriebliche Weiterbildung* als Instrument der Personal- und Organisationsentwicklung auf der einen oder – am Beispiel *öffentlich geförderter Weiterbildung* – als Hilfsmittel der Arbeitsmarktpolitik auf der anderen Seite. Weiterbildung ist in diesen Zusammenhängen nicht in erster Linie ein Vehikel der Persönlichkeitsentwicklung, sondern dient der Pflege betrieblicher „Humanressourcen“ oder der arbeitsmarktpolitischen Steuerung weiterführender beruflicher Qualifizierungsprozesse.¹⁷

Als drittes, zu den beiden zuvor angesprochenen Weiterbildungstypen komplementäres Segment ist darüber hinaus die bislang zu großen Teilen *individuell initiierte*, meist auch selbstfinanzierte *berufliche Weiterbildung* zu beachten, in dem überwiegend aufstiegsorientierte, bildungsinteressierte Erwerbstätige als Nachfrager und Teilnehmer in Erscheinung treten. Als Aufstiegs- oder – der im Gesundheitswesen eher verbreitete Begriff – *Funktionsweiterbildung* richtet sich dieser Typus beruflicher Weiterbildung darauf, Fachkräfte dazu zu qualifizieren, Leitungsfunktionen wie zum Beispiel die der Wohnbereichs- oder Stationsleitung, der Pflegedienstleitung, der Heimleitung oder aber leitungsunabhängige Führungspositionen wie beispielsweise die der Unterrichts- oder Lehrkraft zu übernehmen. Welcher Hierarchieebene diese Fach- und Führungspositionen im konkreten Fall zuzuordnen sind, hängt im wesentlichen von der Einrichtungs- oder Betriebsgröße sowie dem beruflichen Einsatzbereich ab.

Herkömmliche Vorstellungen von Aufstiegs- oder Funktionsweiterbildung gehen implizit von einer Koppelung beruflicher Weiterbildung und betrieblicher/institutioneller Positionen aus. Danach mündet die Summe von Qualifizierungsaufwand und von mehr oder weniger allgemein anerkannten Zertifizierungen und Abschlüssen „folgerichtig“ in einer entsprechenden betrieblichen bzw. institutionellen Funktion und/oder (Leitungs-)Position.

Dieses Karrierebild lebt im wesentlichen von zwei Hypothesen, deren Tragfähigkeit für den Bereich der gewerblichen Wirtschaft wenigstens in der Rückschau empirisch belegt scheinen,¹⁸ für die Gesundheits- und Sozialpflege im allgemeinen, die Altenpflege im besonderen jedoch erst noch geprüft werden müssen: Zum einen – so die erste Hypothese – sind Berufsangehörige im Hinblick auf die (relativ) gesichert scheinenden Karriereaussichten zur Teilnahme an Aufstiegs- oder Funktionsweiterbildungen auf eigene Kosten bereit. Zum anderen – die zweite Hypothese – sind Einrichtungen und Betriebe

16 „*Öffentlich geförderte Weiterbildung*“ meint in diesem Zusammenhang insbesondere Maßnahmen der beruflichen Umschulung und – bis zur Ablösung durch das AFBG 1995 – AFG-geförderte berufliche Weiterbildungsmaßnahmen

17 Vgl. u.a. BUTTLER, F.: Berufliche Weiterbildung als öffentliche Aufgabe. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MITTAB) 1/1994, S. 33-42

18 Empirische Ergebnisse haben den Zusammenhang von Weiterbildungsabschlüssen und Erreichen einer Leitungsposition immer wieder bestätigt, zuletzt in der BIBB/IAB-Erhebung von 1992; nachzulesen in BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT, FORSCHUNG UND TECHNOLOGIE [BMBF] (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 1996, insbesondere S. 105

be an der Qualifizierung ihrer Mitarbeiter strategisch interessiert und honorieren deren Weiterbildungsanstrengungen mit Leitungs- oder übergeordneten Funktionsstellen. Beide Verfahrensmuster schließlich führen zu einer berufsbiografischen Entwicklungsspirale, in deren Verlauf sich Weiterbildungsaktivitäten der Berufsangehörigen und betriebliche Personalstrategien wechselseitig verstärken.¹⁹

Zunehmend mehren sich jedoch Anhaltspunkte dafür, daß die traditionellen Karriereewege für beruflich Qualifizierte von erheblichen Veränderungen betroffen sein werden: Vor allem Formen der vernetzten Arbeitsorganisationen („Outsourcing“) sowie die fortschreitende betriebswirtschaftlich dominierte Reorganisation von Einrichtungen und Betrieben auf Kosten des (einschlägig qualifizierten) Personalbestandes („Benchmarking“) sind die modernen Widersacher des eingefahrenen Wechselspiels zwischen individueller (Weiter-)Bildungsleistung und institutionell-hierarchischer Gratifikation. Mit anderen Worten: Neben dem klassischen beruflichen Aufstieg in Leitungspositionen und -funktionen werden für Berufe im Gesundheitswesen in Zukunft bislang kaum beachtete, ja sogar systematisch verhinderte Karriereoptionen oder berufliche Entwicklungswege an Bedeutung gewinnen.²⁰ Dazu zählt – neben den Chancen auf beruflichen Aufstieg – insbesondere auch die Entwicklung einer verlässlichen Option qualifizierter MitarbeiterInnen auf horizontale Mobilität zwischen den Berufsbereichen des Berufsfeldes Gesundheit oder sogar in andere Berufsfelder des Arbeitsmarktsegments „Humandienstleistung“ hinein sowie die Verbesserung der Möglichkeiten auf (Fach-)Hochschulzugang.

GISELA METTIN

19 Vgl. hierzu vor allem DREXEL, I.: Die Beziehung zwischen Weiterbildung und Aufstieg – das deutsche Modell, seine Stärken und Risiken in der Perspektive lebenslangen Lernens. In: Berufsbildung 8-9/1996, S. 67-74

20 Diese Situation spitzt sich vor dem Hintergrund noch einmal zu, daß die Konkurrenz zwischen den grundständig beruflich qualifizierten Fachkräften und der in Zukunft wachsenden Anzahl von (Fach-)Hochschulabsolventen mit Abschlüssen im Pflegemanagement oder in der Pflegewissenschaft um die kaum zu vermehrenden mittleren und oberen Funktions- und Führungspositionen zunehmen wird

3.4 Fachhauswirtschafterin/Fachhauswirtschafter: Professionalisierung und Weiterbildung im Bereich der Sozialen Dienste

Mit dem Erlass der Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Abschluß *Gepriüfte Fachhauswirtschafterin/Gepriüfter Fachhauswirtschafter* – vom 9. Dezember 1996 – ist die Fortbildung zur Fachhauswirtschafterin/zum Fachhauswirtschafter nach § 46.2 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) bundeseinheitlich geregelt.²¹

Die Fortbildungsregelung zur Fachhauswirtschafterin/zum Fachhauswirtschafter unterscheidet sich von herkömmlichen Fortbildungsordnungen gemäß BBiG dadurch, daß es sich hierbei nicht nur um eine Qualifikationserweiterung im ursprünglichen Berufsfeld (Hauswirtschaft) handelt, sondern daß über die Fortbildung das Berufsfeld Hauswirtschaft mit den tangierenden Berufsfeldern Gesundheit/Pflege und Soziales verbunden wird und damit zusätzliche Qualifikationen aus diesen Berufsfeldern erworben werden müssen.

Das Funktionsbild der Fachhauswirtschafterin/des Fachhauswirtschafters geht von komplexen Tätigkeiten aus, die sowohl das Beurteilen von und das Reagieren auf unterschiedlichste Lebens- und Haushaltssituationen, das Erkennen und Erfassen von Problemlagen sowie das Aufdecken von Ressourcen umfassen als auch das Entwickeln von Lösungsvorschlägen unter Erkennen der eigenen fachlichen Grenzen voraussetzen. Es handelt sich um eine kompetente Fachkraft, die eigenverantwortlich im Bereich zwischen privat-familiärer Pflege und berufliche erbrachter Alten- und Krankenpflege die Voraussetzungen für das Verbleiben betreuungsbedürftiger Personen im häuslichen Milieu schafft. Dabei nimmt sie sowohl präventive als auch komplementäre Aufgaben zur häuslichen Kranken- und Altenpflege wahr.

Die Einsatzmöglichkeiten der Fachhauswirtschafterin reichen vom ambulanten über den teilstationären bis hin zum stationären Bereich, wobei der Beschäftigungsschwerpunkt gegenwärtig im ambulanten Bereich liegt.

Sie wird in Haushalten arbeiten, wenn Personen, insbesondere älteren Menschen, die Lebensführung in ihrem gewohnten Umfeld ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich ist, bzw. wenn sie Unterstützung bei der Wiedereingliederung in ihr häusliches Umfeld benötigen.

Ziel ist es, zu betreuende Personen, insbesondere älteren Menschen bei der Erhaltung einer eigenständigen Lebensführung, das heißt bei personenbezogenen Alltagsverrichtungen, der Haushaltsführung sowie bei der Bewältigung von Problemlagen des Alltags zu unterstützen sowie bei Bedarf die hauswirtschaftliche Versorgung zu übernehmen.

21 Terminologisch wird nach dem Berufsbildungsgesetz nicht der Begriff „Weiterbildung“ verwendet, sondern begrifflich wird hier zwischen „Anpassungsfortbildung“ und „Aufstiegsfortbildung“ unterschieden.

Im erarbeiteten Funktionsbild ist vorgesehen, Betreuungs- und Versorgungsaufgaben unter Berücksichtigung der Haushaltssituation, des Gesundheitszustandes, der Bedürfnisse, Gewohnheiten, Wünsche und individueller Lebensverläufe der zu Betreuenden zu planen und durchzuführen, Tätigkeiten im Einvernehmen mit Fachkräften angrenzender Berufsfelder abzustimmen und zu koordinieren.

Konkrete Aufgabe der Fachhauswirtschafterin soll es sein, die zu betreuenden Personen insbesondere durch Einbeziehen in hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Betreuungsaufgaben zu fördern, zum Trainieren ihrer Fähigkeiten zu motivieren und zur eigenständigen Lebensführung zu aktivieren.

Weiterhin soll die Fachhauswirtschafterin die zu betreuenden Personen hinsichtlich ihrer Lebensgestaltungsmöglichkeiten beraten und ihnen praktische Hilfen vermitteln, auf eine reibungslose Zusammenarbeit von Hilfen und Diensten hinwirken, bei Gruppen- und Teamarbeit kooperieren, Grenzen ihrer fachlichen Handlungsmöglichkeiten erkennen und einhalten und ggf. weitere Fachkräfte hinzuziehen können.

Die Prüfungsordnung sieht für die Abschlußprüfung folgende Bereiche vor:

- ▶ Hauswirtschaftliche Leistungen,
- ▶ Betreuung bei alltagsbezogenen Verrichtungen,
- ▶ Kommunikation,
- ▶ Berufliche und rechtliche Rahmenbedingungen.

Aufgrund der besonderen Arbeitsbedingungen (ganzheitliche Arbeitsorganisation in unterschiedlich geordneten Haushalten) und der Anforderungen an selbständiges Arbeiten sind bei der Fachhauswirtschafterin im hohen Maße personale, fachliche und kooperative Kompetenzen zu entwickeln. Hierzu zählen unter anderem Fähigkeiten, eigenverantwortlich zu handeln, ein professionelles Selbstverständnis zu entwickeln und vor allem eigene Kompetenzen und Grenzen zu erkennen.

HORST KRAMER

3.5 Telemedizin und Qualifikation

Problemdarstellung

Das Gesundheitssystem wird momentan durch technische und finanzielle Rahmenbedingungen erheblich beeinflusst. Das Gesundheitsstrukturgesetz und die Pflegeversicherung sowie die Neuerungen durch die Informationstechnik und die Telemedizin haben zum Teil erhebliche Auswirkungen in Krankenhäusern, Sozialstationen und Pflegeheimen und werden das Weiterbildungspotential der medizintechnischen Assistenzberufe in spezifischer Weise tangieren.

Das BMBF forciert die Telemedizin in einer Reihe von Projekten im Rahmen des Gesundheitssystems. So sollen durch Vernetzung von Klinik, Arztpraxis und Krankenkasse Mehrfachdiagnosen vermieden und Betriebsabläufe effizienter organisiert werden und damit ein effektiveres Kostenmanagement erreicht werden. Forschungsaktivitäten rund um die Telemedizin beeinflussen Krankenhaus- und Arztinformationssysteme. Diese Systeme organisieren sowohl die Patientenerfassung als auch das Abrechnungswesen, sie dokumentieren und archivieren medizinische Daten und Bilder. Das Personal erhält Zugang zu medizinischem Fachwissen und neuester Produktinformation über Medikamente, Laborbefunde, Ultraschall- und Röntgenbilder.

Die neuen Technologien dringen in sämtliche medizinische Bereiche vor. Durch die Telemedizin gewinnt die Ausbildung im virtuellen Operationssaal (OP 2000) an Realität, bei der Planung und Durchführung von Operationen nicht nur simuliert, sondern in Zukunft auch realisiert werden, u.a. auch durch Zuschaltung einer externen Assistenz durch Videokonferenz via Satellit.

Im Berufsfeld MTA zeigt sich, daß die Reaktionen auf die Wandlungsprozesse physiologisch oder technologisch ausgerichtete Qualifikationsstrategien umfassen können. Das heißt, die Betroffenen schwanken schon bei der Orientierung im Tätigkeitsfeld zwischen einer Ausrichtung auf technische oder physiologische Verfahren. Diese Haltung wird sicherlich auch die Wahrnehmung von Weiterbildungsangeboten beeinflussen.

Weiterhin führen die Wandlungsprozesse zu einer sektorenübergreifenden Behandlungskette im Krankenhausbereich, von der insbesondere die Bereiche Medizintechnik und Kardiotechnik betroffen sind. Es wird vermutet, daß es zwischen den beiden Fortbildungsabschlüssen (Medizintechniker/in und Kardiotechniker/in) zu Tätigkeitsverschiebungen kommt, die durch unterschiedliche Zusatz- und Anpassungsqualifikationen kompensiert oder durch eine Aufstiegsfortbildung neutralisiert werden können. Es ist davon auszugehen, daß dieser Prozeß auch auf die vorgelagerte Ausbildung übergreift und hier Veränderungen hervorruft.

Zur Zeit ist unbekannt, mit welchen qualifikatorischen Strategien, Maßnahmen oder Entwicklungen die Betroffenen, die Kliniken und das Berufsumfeld sich auf diese technologisch und organisatorischen Wandlungsprozesse einstellen werden. Hier setzt das BIBB-Projekt: Berufsfeldanalyse im Bereich medizintechnischer Assistenz Tätigkeiten (Medizintechnik) an, um mit einer empirischen Analyse Hilfestellung für die Qualifikationsentscheidungen der betroffenen Berufsgruppen zu leisten, den Institutionen Aufschluß über das Qualifikationspotential zu geben und mögliche innovative Berufsfelder zu identifizieren.

3.5.1 *Medizintechnik / Telemedizin / Telematik im Gesundheitswesen*

Seit 1978 fördert die Bundesregierung die Gesundheitsforschung. Das entsprechende Programm zur Umsetzung wurde regelmäßig fortgeschrieben – zunächst unter dem Titel "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit", ab 1992 unter dem Titel "Gesundheitsforschung 2000".

Drei Ziele stehen im Vordergrund:

- ▶ Prävention und Gesundheitsvorsorge zu verbessern,
- ▶ Krankheitsursachen zu ergründen und wirksame Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln sowie
- ▶ ein leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheitswesen fortzuentwickeln.

Die Medizintechnik spielt im Rahmen der Verfolgung dieser Ziele selbstverständlich eine entscheidende Rolle; sowohl bei der Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten, Operationstechniken usw., aber auch im Rahmen der Gesundheitsökonomie, wo fortgeschrittene Informationstechnologien an Bedeutung gewinnen (Erfassung, Speicherung und Verarbeitung medizinisch relevanter Daten). Der „Sachstandsbericht zur Förderung im Bereich Medizintechnik“ (BMFT 1996) vom November 1993 gibt einen Einblick in die Bedeutung und Besonderheiten des Gebiets „Medizintechnik“.

Welche – auch ökonomische – Bedeutung die Medizintechnik im engeren Sinne (medizinische Geräte und Hilfsmittel in ihren Anwendungsspektren) hat, zeigt, daß 1993 bereits 422 Unternehmen der Medizintechnik in Deutschland mit ca. 60.000 Beschäftigten existierten (vgl. ebd. S. 42). Der „Innovationskreis Medizin und Technik“ steht in einem solchen ökonomischen Kontext, sollten doch in ihm als Beraterkreis des BMBF neben Wissenschaftlern und Ärzten Industrievertreter und Vertreter der Kostenträger im Gesundheitswesen medizintechnische Rahmenempfehlungen für die Industrie entwickeln (ebd., S. 50).

Der Sachstandsbericht ist auch für das BIBB-Projekt von Interesse, als er eine der wenigen Fundstellen enthält, wo auch die technologisch induzierten Qualifikationsveränderungen beim medizinischen Personal und damit auf die Aus- und Weiterbildung erwähnt werden: „Darüber hinaus ändert die Einführung des endoskopischen Operierens unter anderem auch die Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen Personals und damit an die Aus- und Weiterbildung“ (ebd., S. 42).

In der Vorhabenübersicht '96 über das Programm der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ wird ein anderer Zusammenhang neuer Telekommunikationstechniken und Ausbildung des medizinischen Personals deutlich: „Die immer komplexer werdenden Methoden der Bild- und Datenverarbeitung in der Medizin stellen wachsende Anforderungen an Ärzte und Pflegepersonal. Ziel des Projektes VIRTUS ist die modellhafte Installation eines Ausbildungsplatzes für die minimal invasive Chirurgie mit Nutzung von Telekommunikationstechniken. Grundlage ist eine leistungsfähige Grafik-Workstation, an der gegenwärtige anatomische Modelle verfeinert und komplettiert werden sollen, um eine realitätsnahe virtuelle Operationsumgebung zu schaffen. Langfristig soll dem Arzt ein vollständig der menschlichen Anatomie angepaßtes Trainingsszenario zur Verfügung gestellt werden. Durch Qualitätsverbesserung in der Ausbildung wird nicht nur eine bessere Patientenversorgung erreicht, sondern auch eine Kostensenkung im Gesundheitswesen angestrebt.“ (Deutsche Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt 1997, S. 59).

Hier stellen neue Informationstechnologien selbst neue Ausbildungsmöglichkeiten zur Verfügung und werden wiederum in den Kontext der Gesundheitsökonomie / Kostensenkung gestellt. In anderen aktuellen Projekten (MEDWIS: Wissensbasen und wissensbasierte Systeme in der Medizin) gewinnen die neuen Informationstechnologien eine noch weitergehende über die Dokumentation und über die Ausbildungsunterstützung hinausreichende Bedeutung als Systeme der Entscheidungsunterstützung: „Durch den Zuwachs an medizinischen Erkenntnissen und deren Umsetzung in moderne technische Verfahren in Diagnostik und Therapie haben sich der Umfang und die Dichte der zu verarbeitenden Informationen für den Arzt stark erhöht. Der technische Stand der Datenverarbeitung erlaubt die Entwicklung wissensbasierter Systeme für die Unterstützung bei Entscheidungen in der Patientenbehandlung“ (ebd., S. 148).

Informationstechnologien spielen also an sehr unterschiedlichen Orten des Gesundheitssystems eine zunehmende Rolle: in der Diagnostik, bei der Entscheidungshilfe, bei der Behandlung / Operation der Patienten, bei der Dokumentation der gesamten Behandlungs- und Entscheidungsvorgänge bis hin zur Ausbildung und Weiterbildung des Personals. Es erscheint daher sinnvoll, die Auswirkungen neuer Technologien an dieser Stelle, insbesondere der Kommunikationstechnologien, auf die sogenannten „Behandlungsketten“ zu verfolgen. Damit wird auch noch eine andere Schnittstelle mit in die Betrachtung einbezogen, die Schnittstelle von stationärer und ambulanter Versorgung (vgl. ebd., S. 155).

Auf den Zusammenhang von kostenbewußter Gesundheitsvorsorge, neuen Informationstechnologien und Behandlungsketten machte die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, Cornelia Yzer, anlässlich des 3. Telemedizin-Symposiums der Deutschen Telekom aufmerksam: „Jedem Patienten zu bezahlbaren Bedingungen die beste medizinische Versorgung, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und das Wissen der erfahrensten Spezialisten zukommen zu lassen, das ist heute noch Vision. Mit Telemedizin kann daraus morgen Realität werden. Die Informations- und Kommunikationstechnik eröffnet uns faszinierende Möglichkeiten im Gesundheitswesen. Telemedizin zielt auf ein Kernproblem gegenwärtiger Klinik- und Praxisarbeit: Die Datenmengen bei der Behandlungen von Patienten wachsen explosionsartig an. Es vermehrt sich nicht nur das medizinische Wissen mit großer Geschwindigkeit. Auch neue medizinische Geräte und Verfahren erzeugen immer mehr Daten und Bilder, die an unterschiedlichen Orten aufbewahrt werden. Mit Hilfe der Telemedizin kann es schon bald Alltag werden, daß der niedergelassene oder der in einer Klinik tätige Arzt über das Netz auf sämtliche medizinische Daten eines Patienten zurückgreifen kann, die beispielsweise in einer anderen Praxis oder einer anderen Klinik erstellt und in einer Datenbank gespeichert wurden. Dadurch können die Belastungen der Patienten bei der Diagnoseerhebung gesenkt und mehrfache diagnostische Prozeduren vermieden werden. Durch multimediale Kommunikation zwischen Ärzten, Kliniken und den Krankenkassen läßt sich ein wesentlich effektiveres Kostenmanagement erreichen“ (Yzer 1996).

Die Vorhabenübersicht '96 (DLR 1996) sowie der Anlagenband zu Berger & Partner (1998) zeigen, daß in Deutschland eine Vielzahl von Medizinprojekten gefördert und durchgeführt wurden, die die Sinnhaftigkeit der Telemedizin in einer Vielzahl von Anwen-

dungsbereichen beleuchten und belegen. Was jedoch fehlt, ist eine Vernetzung oder ein Ausbau derartiger Vorhaben. Dies liegt darin begründet, daß es keine einheitliche Infrastruktur und keine einheitliche Dimensionierung der Projekte gibt: „Die Pilotprojekte führten zum Aufbau einer Vielzahl nicht kompatibler Lösungen, aber nicht zu einem einheitlichen Kommunikationssystem, auf dem die Anwendungen aufsetzen können.“ (Berger & Partner 1998, S. 12).

Mit dem Gutachten von Berger & Partner wurde nach Auskunft eines Mitarbeiters des Projektträgers „Gesundheitsforschung 2000“ (DLR) der Auftrag eingelöst, der im Tätigkeitsbericht 1992-1996 des wissenschaftlichen Ausschusses dem als „etabliert“ angekündigten „Innovationskreis Medizin und Technik“ zugedacht war. Dieser hat nach dieser Auskunft seine Arbeit jedoch nie aufgenommen. Statt dessen wurde bei der Unternehmensberatung Roland Berger & Partner GmbH die Studie in Auftrag gegeben, die im Januar 1998 vorgelegt wurde. Die Inhalte dieser Studie wurde mit einem internationalen wissenschaftlichen Beirat abgestimmt.

Die Kernaussage der Studie besteht darin, daß es in der Bundesrepublik eine Vielzahl sinnvoller Anwendungen der Telemedizin gibt, die bundesweite Umsetzung jedoch ausgeblieben sei, da es erhebliche Diskrepanzen zwischen Möglichkeiten und deren Realisierung gäbe. Die Bundesminister Rüttgers und Seehofer (1998) fassen die Ergebnisse der Studie wie folgt zusammen: „Der Einsatz von Telemedizin kann Effizienz und Versorgung des Gesundheitssystems steigern und zugleich Kosten senken. Planung und Entscheidungsfindung im Gesundheitsteam werden verbessert. Die technologische Entwicklung für Anwendung der Telematik im Gesundheitswesen ist bereits weit fortgeschritten. Doch nicht ausreichend sind in Deutschland die organisatorischen Verzahnungen, um aus den bestehenden Insellösungen für Telemedizin zu einem integrierten System zu kommen. Die praktische Umsetzung blieb bisher trotz Förderung nur auf einzelne Kliniken, Städte oder Regionen beschränkt. Insbesondere fehlt eine koordinierte Vorgehensweise für die Etablierung der Infrastrukturelemente, um von Telemedizinanwendungen bundesweit Gebrauch machen zu können.“

Die Studie schlägt daher ein stufenweises Vorgehen für die bundesweite Anwendung der Telematik im Gesundheitswesen vor und zeigt einen Plan zu deren Realisierung auf. Empfohlen wird weniger der Start neuer Modellversuche als die Organisation von Initiativen, um „eine gemeinsame Infrastruktur für Telematik- und Telemedizinanwendungen im Gesundheitswesen zu schaffen“ (Rüttgers, Seehofer 1998).

3.5.2 Einsatzfelder der Telemedizin

In einem ersten Schritt lassen sich die Komponenten der Telemedizin anhand der Anwendung und Einsatzmöglichkeiten in unterschiedlichen Einsatzfeldern näher bestimmen (Vgl. auch Berger & Partner 1998, S.29 ff.):

- ▶ Praxissysteme
- ▶ Krankenhaus-Informationssysteme
- ▶ Wissensbasierte Systeme

► Elektronische Patientenakte

Praxissysteme

Mit Einführung der Personalcomputer ab 1980 wurden Datenverarbeitungssysteme für die Arztpraxen so kostengünstig, daß fast alle Tätigkeiten innerhalb der Arztpraxen unterstützt werden konnten. Im Mittelpunkt des Einsatzes der neuen Programme stand die Patientendatenverwaltung, die Abrechnung mit den Kassen und die Befunddokumentation durch Kommunikation mit externen Leistungserbringern und deren Befundrückmeldung.

Heute benutzen über 90% aller Ärzte einen Computer in der Praxis und 63% aller einer kassenärztlichen Vereinigung zugehörigen Ärzte rechnen mit EDV ab. Neben der Stammdatenverwaltung und der Abrechnung führen viele dieser Systeme intern eine elektronische Patientendatei und können online Befundergebnisse aus Laborpraxen erhalten. Der Versuch, den Online-Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Praxissystemen soweit zu standardisieren, daß Arztbriefe und Befunddaten übertragen werden können, scheiterte unter anderem an den fehlenden Möglichkeiten im Krankenhausbereich.

Viele Praxissysteme erlauben einen direkten Zugriff auf Arzneimittelbanken, teils mit Prüfung von Medikamenteninteraktionen, oder andere wichtige Informationsquellen. Einzelne Systeme besitzen Module zur Bilddatenverarbeitung oder Entscheidungsunterstützung für bestimmte Facharztgruppen. Der Schwerpunkt liegt allerdings auf der Abrechnung, wobei die Daten eines Patienten aus der Versichertenkarte direkt in den Praxiscomputer übernommen werden. Etwa 200 Systeme sind in Deutschland erhältlich, 20 Systeme davon haben einen Marktanteil von ca. 84%.

3.5.2.1 Krankenhaus-Informationssysteme

Die mittlere Datenverarbeitung mit ihren Servern aber auch vernetzte Personalcomputer liefern die notwendige Leistung um im Krankenhausbereich die Patientendaten und alle anfallenden Ergebnisse patientenbezogen zu dokumentieren. Häufig sind diese Systeme mit medizinischen Geräten (Analyser oder Röntgengerät) verbunden und empfangen die Ergebnisdaten online. Zur Unterstützung der Arbeitsabläufe und zur Leistungs- und Ergebnisdokumentation in abgrenzten Bereichen werden häufig autark arbeitende Abteilungssysteme eingesetzt.

Das vom Untersuchungsaufkommen her wichtigste Abteilungssystem dürfte das Laborsystem sein. Diese Systeme übermitteln den online angeschlossenen Analysegeräten die Untersuchungsanforderungen, speichern die Ergebnisse und vergleichen die Resultate mit den Normwerten, Vorwerten des Patienten und verwandten Werten, um pathologische Befunde oder Fehler bei der Bestimmung festzustellen. Diese Art der Datenübermittlung hat einen Qualitätssprung in der Labormedizin gebracht, aber auch zu einer Konzentration der Anbieter geführt.

Das Krankenhaus-Informationssystem bietet darüber hinaus die Möglichkeit, aus den Grunddaten Informationen zu bilden, diese zu präsentieren und in therapeutisch relevante Entscheidungen einfließen zu lassen. Dies bedeutet neben einer weiteren Steigerung der Effektivität der Mitarbeiter eine deutliche Qualitätsverbesserung, da sich mit Hilfe des Krankenhaus-Informationssystems viele Fehlermöglichkeiten ausschalten lassen. Die Daten eines Patienten können lebenslang in einer zentralen Datenbank abgespeichert werden.

Ein Krankenhaus-Informationssystem dient somit dem Erfassen und dem fehlerfreien Transport von Daten zwischen allen im Krankenhaus an der Diagnostik und Behandlung von Patienten beteiligten Stellen einschließlich der Verwaltung, so daß diese vollständig, aktuell und zeitgerecht dem berechtigten Empfänger zur Verfügung stehen. In der Regel werden Daten in schriftlicher Form transportiert, zunehmend wird aber auch die Übermittlung von Tönen, Bildern und Biosignalen (zum Beispiel EKG) möglich. Diese medizinischen Daten werden patientenbezogen übermittelt und abgespeichert.

3.5.2.2 *Wissensbasierte Systeme*

Die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung ist ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Einführung dieser Systeme. Durch die Integration von Unterstützungsfunktionen in Praxis-, Abteilungs- und Krankenhaus-Informationssystemen kann Fehlern bei Anordnungen vorgebeugt werden, ohne daß die therapeutische Freiheit eingeengt wird.

In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl von medizinischen wissensbasierten Systemen, vor allem in Form von Diagnosesystemen, zum Teil aber auch zur Therapieunterstützung entwickelt. Allerdings zeigte es sich, daß diese Arbeiten zwar einen guten Beitrag zur theoretischen Weiterentwicklung des Forschungsgebietes „Artificial Intelligence in Medicine“ leisten konnten, daß praktische Anwendung dieser Systeme aber sehr begrenzt blieb. Fast keines der großen bekannten medizinischen wissensbasierten Systeme wird heute in der klinischen Routine genutzt, sondern lediglich in der Ausbildung medizinischen Personals. Das Problem dieser isolierten Systeme liegt in der fehlenden Infrastruktur bzw. Einbindung in routinemäßig genutzte Informationssysteme. Dadurch ist bei isolierten wissensbasierten Systemen immer ein sehr hoher Eingabeaufwand erforderlich. Der dem gegenüberstehende Gewinn ist in der Praxis meist sehr begrenzt. Außerdem erweist sich die langfristige Pflege dieser meist sehr großen Wissensbasen in der Praxis als kaum lösbares Problem.

Wirklich genutzt werden also nicht die großen, allumfassenden Wissensbasen, die nur schwer zu pflegen sind, sondern kleine, manchmal fast trivial erscheinende Unterstützungsfunktionen (Überwachung von Patientenstatus und Therapieansätzen, Vorschläge zur Beachtung von Leitlinien und Erinnerungsfunktionen). So können verordnete Medikamente automatisch auf Kreuzreaktionen, Allergien des Patienten oder auf Verträglichkeit mit anderen Untersuchungsergebnissen abgeprüft werden.

3.5.2.3 Elektronische Patientenakte

Die Multimediale Elektronische Patientenakte dient dazu, verteilte Datenbestände zum Gesundheitszustand eines Patienten, die zur Zeit noch auf unterschiedlichen Medien verteilt dokumentiert sind, logisch zusammenzuführen. Bei der elektronischen Patientenakte werden alle Informationen zu einem Patienten in digitaler Form dokumentiert. Die Informationen sind über einen Identifikationsschlüssel miteinander verbunden und dem Patienten zugeordnet. Die elektronische Patientenakte kann den Bereich eines Krankenhaus-Informationssystems überschreiten.

Alle patientenbezogenen und leistungsrelevanten Informationen (Behandlungsschritte) werden in der Krankenakte dokumentiert. Somit sind die in ihr gesammelten Daten und Informationen wichtige Grundlage nicht nur für ärztliches Handeln, sondern auch Ausgangspunkt für administrative, leistungs- und abrechnungsrelevante als auch organisatorische Belange in der Gesundheitsversorgung. Schon früh kam daher der Wunsch auf, die Inhalte dieser Krankenakte auf elektronischem Weg für eine weit entfernt notwendig gewordene Behandlung zugänglich zu machen. Dies schien insbesondere dann sinnvoll, wenn die Inhalte bereits in digitaler Form vorlagen.

Eine standardisierte elektronische Akte, die allen Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden kann, ermöglicht die relativ komplikationsfreie Integration von Praxissystemen, Krankenhaus-Informationssystemen und von wissensbasierten Systemen. Voraussetzung dazu, ist die Standardisierung der elektronischen Patientengeschichte, die eine integrative Sicht auf alle für eine medizinische Behandlung notwendigen Patientendaten erlaubt. Dann spielt es auch keine Rolle mehr, ob diese vom Krankenhaus, einem Facharzt, Zahnarzt oder Physiotherapeuten kommen. Wo auch immer der Patient behandelt werden muß, der Zugriff auf vorhandene Daten und die Weiterschreibung der elektronischen Krankengeschichte wäre möglich.

Aus qualifikatorischer Sicht kann an dieser Stelle die Frage aufgeworfen werden, welche Voraussetzungen bei den Berufsgruppen (Zielgruppe der BIBB-Studie: u.a. Kardiotechniker, medizinisch-technische Assistenten und operationstechnische Assistenten) vorliegen müssen, um mit der neuen Technologie umgehen zu können. Oder anders ausgedrückt, mit Hilfe welcher Personal- und Qualifikationsentwicklungen wird in den Krankenhäusern sichergestellt, daß die Mitglieder der betroffenen Berufsgruppe den durch die Technikentwicklung aufgeworfenen Qualifikationsanforderungen genügen können? Nach einer ersten Recherche liegen hierzu bisher keine Untersuchungen vor.

3.5.3 BIBB-Fallstudie: Deutsches Herzzentrum Berlin

Hier setzt eine erste von mehreren BIBB-Fallstudien an, die im Frühjahr 1998 am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) durchgeführt wurde. In dieser Fallstudie wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- ▶ Auf welche Weise verändern die technisch-organisatorischen Wandlungsprozesse das Qualifikationsniveau der Arbeitsplätze?

- ▶ Welche Qualifikationsprozesse erfordern die neuen patientenbezogenen sektorübergreifenden Versorgungsketten?
- ▶ Welche Berufsgruppen sind betroffen?
- ▶ Welche Weiterbildungsangebote bieten/fördern die medizinischen Institutionen (an)?

Am Deutschen Herzzentrum Berlin wurden insgesamt zehn Interviews durchgeführt:

- ▶ auf der Leitungs- und Ärzteebene
- ▶ im Bereich Kardiotechnik
- ▶ mit MTA-Ls im Akut-Labor
- ▶ im Forschungsbereich (MTA-R und eine Ingenieurin für biochemische Laboratoriumstechnik)

Ergänzend wurden vier Interviews in der Intensivstation des Universitätsklinikums Benjamin Franklin (UKBF) geführt:

- ▶ eines mit dem Leiter der medizinischen Intensivstation
- ▶ eines mit der, für die Weiterentwicklung eines Patienten-Dokumentationssystems zuständigen Krankenschwester
- ▶ zwei mit Krankenschwestern, die mit diesem Patienten-Dokumentationssystem arbeiten.

Eine erste Auswertung dieser Interviews soll im Folgenden summarisch unter den Stichworten *Qualifizierung*, *Technikentwicklung* und *neue Qualifikationen* vorgestellt werden.

3.5.3.1 Fortbildung Kardiotechniker/in

An der Akademie für Kardiotechnologie (AfK) des DHZB wird derzeit 60% des kardiotechnischen Personals für das gesamte Bundesgebiet ausgebildet (für Berlin 100%). Nur in Berlin existiert ein staatlich geregelter Ausbildungsgang. Die Fortbildung zum Kardiotechniker/zur Kardiotechnikerin scheint so umfassend und gut zu sein, daß in der alltäglichen Arbeit nur ein geringer Weiterbildungsbedarf auftritt, der nicht durch die vom Personal besuchten Tagungen und einige Herstellerschulungen für neue Geräte etc. abgedeckt wird. Beim Versuch, diesen Weiterbildungsbedarf zu quantifizieren, kommen wir auf einen Wert von 3,8 Tagen/pro Person /Jahr.

Weiterhin ist eine Tendenz zur Akademisierung der Ausbildung / des Berufs zu verzeichnen. So sind an der Fachhochschule Jülich und an der Universität Dresden im Rahmen der Fachhochschul- bzw. Universitäts-Ingenieurausbildung entsprechende Schwerpunktsetzung / Zusatzausbildung möglich, die zu entsprechenden Abschlüssen führen. Über den Berufsverbleib der Absolventen dieser Studiengänge kann noch nichts

gesagt werden. Es deutet sich jedoch an, daß sie eher im Bereich der Entwicklung und Forschung in der Industrie tätig werden und sich in der klinischen Alltagsarbeit eher unterfordert fühlen bzw. ihre Qualifikationen nicht verwerten können.

Die Ergebnisse der BIBB-Fallstudie bezüglich den Ausbildungsanforderungen zum Kardiotechniker/in bzw. deren Arbeitssituation, erhoben an der Akademie für Kardiotechnik und am DHZB, lassen sich verkürzt in neun Punkten zusammenfassen:

- ▶ Die Ausbildung an der AfK scheint den Bedürfnissen in der Praxis der Krankenhäuser/Herzzentren gerecht zu werden.
- ▶ Die vermittelten Qualifikationen sind (bisher?) auch ausreichend, um den durch die Telematik, sofern überhaupt schon in den beruflichen Alltag integriert, auftretenden Anforderungen in den Bereichen IuK-Technologien gerecht zu werden.
- ▶ Geräteschulungen und der Besuch einschlägiger Tagungen und Kongresse sind die häufigsten Weiterbildungsformen.
- ▶ Im Durchschnitt besucht ein Kardiotechniker / eine Kardiotechnikerin des DHZB an 4 Tagen/Jahr eine derartige Weiterbildung.
- ▶ Der Markt für Absolventen ist ausgezeichnet, wenngleich sich gewisse Sättigungstendenzen abzeichnen.
- ▶ Fachhochschul- und Universitätsabschlüsse können von Bedeutung sein, wenn es um zukünftig wohl an Bedeutung gewinnendem Einsatz in Industrie und Entwicklung geht.
- ▶ Die Tendenzen zu einer Akademisierung der Ausbildung spielt in der Diskussion eine immer stärkere Rolle.
- ▶ Es gibt einen technisch induzierten, sozialpsychologischen Weiterbildungsbedarf in der Nachbetreuung von Herzpatienten.
- ▶ Überfachliche und extrafunktionale Qualifikationen werden in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

Mit einem abschließenden Zitat soll der letzte Punkt, dem weiter nachzuspüren erfolgsversprechend scheint, verdeutlicht werden: „Ein Problem ist schon damit verbunden, daß die meisten Kardiotechniker und Kardiotechnikerinnen ursprünglich aus dem Krankenpflegebereich kommen: das Pflegepersonal ist es gewohnt, Befehlsempfänger zu sein! Das Image und die Durchsetzungskraft fehlen unter Umständen. Zur Berufsausübung gehören neben technischem Wissen die Fähigkeit zu wissenschaftlichem Arbeiten. Das sollte vermittelt werden, denn es werden auch Berichte, Artikel für Fachzeitschriften, Forschungsberichte von einem Kardiotechniker verlangt! ... Neuerungen existieren z. B. bei der Materialauswahl: Die Kardiologen sind auch für diesen Bereich zuständig. Der Bereich Gesundheitsökonomie wird an Bedeutung gewinnen, weil die Materialien sehr teuer sind. Lernen, mit Ressourcen, die man hat, umzugehen. Das, was Manager oder Studenten der Betriebswirtschaft wissen müssen, muß zukünftig auch ein Kardiologe wissen!“ (Aus dem Interview mit einem Kardiotechniker am DHZB).

3.5.3.2 *Einsatz Telemedizin*

Überblickshaft können die Ergebnisse zum Einsatz der Technologie zusammengefaßt werden: so sehr in Einzelbereichen der Einsatz von Telemedizin/Telematik fortgeschritten ist, so sehr fehlen die infrastrukturellen Voraussetzungen diese einzusetzen. Selbst in Bereichen von Krankenhäusern, wo Telemedizinprojekte durchgeführt worden sind, scheint es bei der Umsetzung der Projektergebnisse in die alltägliche Arbeit Probleme zu geben. Insbesondere an der abteilungsübergreifenden Schnittstelle gibt es Abstimmungsprobleme, die sich in mangelnder Kompatibilität der eingesetzten Systeme äußern. Das zentrale Ziel der Telematik, die Vernetzung der „Handlungsketten“ scheitert bisher am Fehlen der infrastrukturellen Voraussetzungen.

Am Deutschen Herzzentrum Berlin ist im Projekt BERMED ein neues Krankenhaus-Informationssystem entwickelt worden, welches in der Endstufe auch als Modul eine elektronischen Patientenakte einschließt. In den Interviews spielte dieses System eine zu vernachlässigende Rolle. Auf die Frage nach der Einführung und dem Einsatz des Systems wurde mitgeteilt, daß die Einführung des Systems beim medizinischen Assistenzpersonal problemlos verlief, von den Klinikärzten anfangs aber stärker abgelehnt wurde. Es muß noch genauer geklärt werden, ob dies darauf zurückzuführen ist, daß dieses System so „anwendungsleicht bzw. bedienungsfreundlich“ ist, daß keine Probleme bei der Einführung des Systems auftreten oder ob bei der Anwendung dieses Systems bereichsspezifische Anwendungsprobleme auftreten, die unterschiedliche Berufsgruppen betreffen.

Durch die Hinzunahme des intensiv-medizinischen Bereichs am UKBF in die Untersuchung, sollte u.a. der Frage nach der Anwendung von Dokumentationssystemen in Behandlungsketten nachgegangen werden. Es zeigte sich, daß diese Bereiche zwar im Sinne von Behandlungsketten eng miteinander verknüpft sind (Patienten aus der Intensivstation gehen in das Herzzentrum und von dort wieder zurück auf die Intensivstation), und daß sie wechselseitig durch das Arbeiten mit den Dokumentationssystemen informiert sind. Aber bislang wurde nicht an eine Abstimmung der Dokumentationssysteme der unterschiedlichen Bereiche gedacht.

Das klinische Informationssystem HP Care Vue 9000 an der Medizinischen Intensivstation des UKBF hat zu einer völligen Umgestaltung der Arbeitsabläufe des Pflegepersonals (und der behandelnden Ärzte) geführt. Es hat auch einen erheblichen Qualifikationsbedarf induziert. Die Organisation und Wartung des hauptsächlich im nachsorgenden Pflegebereich eingesetzten Systems ist einer freigestellten Pflegekraft unterstellt worden. Es zeigt sich, daß durch die Einführung solcher differenzierten/tiefgestaffelten Abteilungssysteme, der Arbeitsablauf eines Krankenhausbereichs in erheblichem Umfang verändert werden kann. Der dadurch entstehende Weiterbildungsbedarf läßt sich dann nicht mehr durch Anwenderschulungen decken, sondern muß durch organisatorische und verwaltungstechnische Elemente gestützt werden.

3.5.3.3 *Neue Qualifikationen*

Bei den Interviewpartnern bestand eine hohe Sensibilität bezüglich Fragen zum Verhältnis von Technik und Medizin bzw. von Mensch und Maschine. Durch zunehmende Technisierung der Medizin dürfe der Mensch, der doch im Mittelpunkt aller Bemühungen stehe, nicht vergessen werden. Man dürfe daher bei dem technisch induzierten Weiterbildungsbedarf nicht nur an die Beherrschung der Technik denken, sondern müsse auch die Auswirkungen auf die Patienten bedenken und daran, welche Zusatzqualifikationen erforderlich seien, die Folgeprobleme zu bewältigen.

In beiden Kontexten „Technik“ und „Technikfolgen“ spielen überfachliche, extrafunktionale Qualifikationen eine wesentliche Bedeutung. Die in den Interviews explizit angesprochenen „Schlüsselqualifikationen“, wie Teamfähigkeit, Durchsetzungsvermögen, wissenschaftliches Arbeiten (Organisationsfähigkeit) und ökonomisches Handeln, im Sinne eines kostenbewußten Umgangs mit Ressourcen gewinnen unter dem Stichwort der Zusatzqualifikationen zunehmend an Bedeutung. Es ist allerdings nicht oder kaum zu erkennen, daß diese Erfordernisse sich in gezielten Weiterbildungsbemühungen im Krankenhausbereich niederschlagen. Hier wird bei entsprechenden Aufgaben auf das Personal zurückgegriffen, von dem angenommen wird, daß es am ehesten über diese Qualifikationen verfügt.

Im Bereich der Nachbetreuung von Patienten mit Kunstherzen deutet sich für Kardiotechniker ein neuer Arbeitsschwerpunkt an. Der technologisch induzierte Weiterbildungsbedarf richtet sich zukünftig auf die Gebiete der psychologischen und sozialtherapeutischen Beratung und Betreuung und erstreckt sich auch auf Bereiche außerhalb des Krankenhauses, zum Beispiel bei der Beratung der Familie des Patienten im Umgang mit der neuen Kunstherztechnik.

Die Arbeit im Bereich des Akut-Labors scheint weitgehend so routinisiert zu sein, daß der Fortbildungsbedarf bei den medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten/innen sich auf sog. Herstellerschulungen beschränkt. Beim Versuch der Quantifizierung dieses Bedarfs wird ein Wert von 1,8 Tagen/pro Person/Jahr errechnet. Dieser Wert scheint geeignet die Weiterbildungsintensität zu messen, denn in den Interviews bestand der deutliche Eindruck, daß er in dem untersuchten Laborbereich deutlich geringer ist als im Bereich Kardiotechnik, wo der Wert mit 3,8 über 100% höher lag.

Im Bereich der Forschung scheinen die beruflichen Anforderungen an medizinisch-technische Assistenten/innen (MTA) sehr hoch zu sein. Für diese Aufgabe kommen nach dem Eindruck der wenigen Interviews mit den MTAs und mit den sie beschäftigenden Ärzten lediglich Personen in Frage, die sich „on the job“ sowohl technologisch als auch überfachlich intensiv weiterqualifizieren. Eine Quantifizierung war in diesem Bereich noch nicht möglich, da die Fallzahlen hier noch zu klein sind. Es zeigt sich aber bereits in diesen Interviews, daß der Faktor „Weiterbildungsintensität“ ggf. zu ergänzen wäre um den Indikator Training „on the job“, denn im Forschungsbereich ist die Arbeit per Definition selbst permanente Weiterbildung.

Diese erste Auswertung der BIBB-Fallstudie hat schon jetzt gezeigt, daß es technologisch induzierte Entwicklungen im Krankenhausbereich gibt, auf die unterschiedliche Berufsgruppen mit einer spezifischen Weiterbildungsnachfrage reagieren. Die Intensität dieses Weiterbildungsbedarfs ist aber nicht so hoch und wird auch weniger differenziert

im Arbeitsfeld angeboten, wie ursprünglich im Projekt angenommen wurde. Allerdings sind die Fallzahlen dieser ersten Studie noch zu klein, um weitergehende Schlüsse auf das Weiterbildungsverhalten unterschiedlicher Berufsgruppen zu ziehen. Es ist beabsichtigt, durch andere BIBB-Fallstudien in verschiedenen Kliniken im Bundesgebiet diesen Themenkomplex weiter aufzuschlüsseln.

HELENA PODESZFA

3.6 Neue Beschäftigungsfelder und Qualifikationsanforderungen an Fachkräfte in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation

Das Gesundheits- und Sozialwesen gehört bereits seit den 70er Jahren zu den beschäftigungswirksamen Wachstumsfeldern und auch zukünftig werden für diesen Bereich des Arbeitsmarktes Zuwächse bei den Beschäftigtenzahlen erwartet. Insbesondere ein Teilausschnitt der Berufe aus dem Gesundheitswesen – die Berufsgruppe 852 „Masseur/innen, Krankengymnasten/innen und verwandte Berufe“ – weist auch noch in den 90er Jahren sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer erhebliche Zuwächse an Beschäftigten auf. Zwischen 1993 und 1997 hat die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 24% zugenommen. Bisher handelte es sich um Berufe, die vor allem der ansonsten auf dem Arbeitsmarkt benachteiligten Gruppe der Frauen qualifizierte Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten boten. Diese Berufsgruppe und ihr Tätigkeitsfeld in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation werden in einem BIBB-Forschungsprojekt²² exemplarisch untersucht, um Erkenntnisse über die Entwicklung des Bedarfs an personenbezogenen Dienstleistungen und der Qualifikationsanforderungen an die Fachkräfte in einem beschäftigungswirksamen Bereich von innovativer Bedeutung zu gewinnen. Denn auch zukünftig ist mit einem hohen Bedarf an personenbezogenen Dienstleistungen zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation zu rechnen: die demographische Entwicklung und in der Folge die Zunahme des Anteils älterer Versicherter bei der gesetzlichen Rentenversicherung sowie insbesondere die beschlossene Anhebung der Altersgrenzen begründen einen erhöhten Rehabilitationsbedarf ebenso wie die Zunahme des Anteils von Älteren und chronisch Kranken an der Wohnbevölkerung insgesamt läßt neue Zielgruppen für rehabilitative Angebote entstehen. Das gestiegene Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung ist ein weiterer Faktor, der den Bedarf an gesundheitsförderlichen Dienstleistungen bestimmt.

Durch gegensätzliche Entwicklungen – gestiegener Bedarf an rehabilitativen Leistungen und an Angeboten zur Gesundheitsförderung einerseits, andererseits Einschränkungen des Bedarfs an gesundheitsförderlichen und rehabilitativen Angeboten durch die Spar- und Gesundheitsstrukturgesetzgebung in den 80er und 90er Jahren – wurde ein Strukturwandel in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation eingeleitet, der Auswirkungen auf die Beschäftigungschancen und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten der einschlägigen Fachkräfte hat.

Gesundheitsförderung im Sinne von Prävention wurde durch Änderung des § 20 Sozialgesetzbuch V im wesentlichen in den Bereich der privaten Vorsorge verwiesen. Ab Juli 1997 können zwar die Krankenkassen auf Grundlage des 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz) Gesundheitsförderung in Form von erweiterten

22 Neue Qualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten von Fachkräften für Physiotherapie in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Arbeitsprogramm 1998, Berlin, 1998, S. 67-68.

Leistungen in ihr Angebot aufnehmen. Der Umfang dieses Angebots ist jedoch noch nicht absehbar. Auch für die betriebliche Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen sind in 1997 die gesetzlichen Grundlagen entfallen.

Die Bedingungen für die Durchführung von Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen wurden ebenfalls eingeschränkt und die Versicherten haben erhebliche Eigenanteile an der Kur oder Rehabilitation aufzubringen. Bestimmungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG), des Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG) und des 1. und 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung legen eine kürzere Kurdauer fest, größere Zeitabstände zwischen den Kuren, eine höhere Zuzahlung sowie die Möglichkeit der Anrechnung von Urlaubstagen für die Durchführung der Kur und Absenkung der Lohnfortzahlung um 20% während der Kur. Der Kreis der sozialversicherungsfinanzierten Klientel schrumpfte, bei der Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind tiefe Einschnitte bei der Inanspruchnahme zu verzeichnen.

Nach Berechnungen des Deutschen Bäderverbandes sind in Folge der geänderten Bestimmungen 240 Kurkliniken geschlossen und 30.000 Arbeitsplätze für Fachkräfte abgebaut worden. Andere Schätzungen gehen von einem Verlust von 80.000 Arbeitsplätzen, wenn nicht nur die Anzahl der unmittelbar betroffenen Fachkräfte einbezogen wird, sondern auch die mittelbar Betroffenen, zum Beispiel aus dem Hotel- und Gaststättengewerbe in den Kurorten. Durch Lockerungen bei den Sparvorgaben hat in 1998, im I. Quartal, die Zahl der Anträge auf medizinische Rehabilitation gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 13,7% zugenommen, blieb aber deutlich unter der Anzahl der Anträge im Vergleichszeitraum von 1996.

Bei den freiberuflich tätigen Physiotherapeuten dürfte ebenfalls der Kreis der sozialversicherungsfinanzierten Klientel abgenommen haben. Die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung war in 1997 für Heilmittel- und Hilfsmittel rückläufig (Rückgang um ca.6%). Im 1. Quartal 1998 sind im Geschäftsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung bei Heil- und Hilfsmitteln leichte Zunahmen zu verzeichnen.

Kurkliniken und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sowie die therapeutischen Praxen vor Ort versuchen den veränderten Rahmenbedingungen mit neuen Angeboten zu begegnen. Kurorte und Rehabilitationskliniken stellen ihre Konzepte um und entwickeln neue Angebote (Erlebniskur, Aktivkur, Lernen und Baden), um den Rückgang der Kurpatienten der Sozialversicherung durch Privatzahler auszugleichen. Pauschalangebote für Fitness- und Wohlfühl-Urlaube sowie Gesundheitsurlaube werden von den Kurkliniken und Kurorten über kommerzielle Reiseveranstalter angeboten. Die physiotherapeutischen Praxen vor Ort müssen ihre Angebote ebenfalls erweitern und um Privatzahler oder um Betriebe als Kunden werben bzw. andere Geschäftsfelder akquirieren.

Vermutlich werden bei diesem Umstrukturierungsprozeß auch Fachkräfte freigesetzt, und müssen mit einem beruflichen Statuswechsel von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zu freiberuflich Tätigen oder Honorarkräften rechnen. Des weiteren werden sich voraussichtlich auch die Inhalte der Tätigkeit der Fachkräfte, zum Beispiel

der Physiotherapeuten, verändern. Neben dem Tätigkeitsfeld „Akuttherapie“ dürften in Kostenträgerschaft der Sozialversicherung die Bereiche „Prävention/Gesundheitstraining“ sowie „Rehabilitation“ ein größeres Gewicht bekommen. Die Bereiche „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitstourismus“ und „Gesundheitssport“ dürften durch die privatfinanzierte Klientel an Bedeutung zunehmen.

Im folgenden wird kurz die Entwicklung des Rehabilitationsbedarfs insgesamt und der Verlagerung von der stationären zur ambulanten Rehabilitation mit ihren Implikationen für die Beschäftigungssituation der Fachkräfte in ländlichen und städtischen Regionen beschrieben. Des weiteren werden neue Geschäftsfelder für die physiotherapeutischen Praxen vor Ort angesprochen. Schließlich werden die aus diesen Entwicklungen voraussichtlich folgenden qualifikatorischen Anforderungen an die Fachkräfte benannt.

Für die hier kurz skizzierten Schwerpunktverlagerungen im Tätigkeitsfeld der Fachkräfte von der Akuttherapie in die Rehabilitation, insbesondere die ambulante Rehabilitation, können folgende Argumente und empirische Belege angeführt werden:

Aufgrund der demographischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen Erkrankungen und der veränderten Rechtsgrundlage wird davon ausgegangen, daß das Tätigkeitsfeld „Rehabilitation“ trotz der Einschränkungen im Bereich der stationären Rehabilitation in Kostenträgerschaft der Sozialversicherung für Fachkräfte zum Beispiel der Physiotherapie quantitativ an Bedeutung gewinnen wird.

Die Rentenversicherungsträger als Kostenträger eines Teils der rehabilitativen Leistungen gehen von einem steigenden Rehabilitationsbedarf aufgrund der Alterszusammensetzung der Versicherten und der Heraufsetzung der Altersgrenzen aus. Die gesetzlichen Einschränkungen der Rehabilitationsleistungen und die „Deckelung“ der Mittel einerseits sowie die gesetzliche Gleichstellung der ambulanten und stationären Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung (ab dem 1.1.1997 wurde im Recht der Rentenversicherung der Vorrang der stationären Rehabilitation im § 15 Abs.2 SGB VI aufgehoben) dürften zu einem Umstrukturierungsprozeß im Bereich der Rehabilitation führen. Es ist mit einer Zunahme der ambulanten und teilstationären Rehabilitation und einer Abnahme der stationären Angebote sowie mit einer regionalen Verschiebung zugunsten der städtischen rehabilitativen Angebote zu rechnen.

In den meist ländlichen Regionen der Kurorte und Rehabilitationskliniken wurden Arbeitsplätze für Fachkräfte im Bereich der Kur und medizinischen Rehabilitation als Folge der gesetzlichen Änderungen und der Mittelbeschränkung bereits abgebaut. Inwieweit durch die neuen Angebote vor allem an Privatzahler im Kurwesen und neue Zielgruppen ein weiterer Arbeitsplatzabbau für die in der medizinischen Rehabilitation und im Kurwesen tätigen Fachkräfte gestoppt oder gar rückgängig gemacht werden kann, ist noch offen (quantitativer Bedarf). Aufgrund der skizzierten Umstrukturierung (Abbau der Angebote und Betten in Kostenträgerschaft der Sozialversicherung, neue Angebote an Privatzahler und Gesundheitstouristen, etc.) zeichnet sich jedoch qualitativ andere Anforderungen an die Qualifikationen und Kompetenzen der Fachkräfte aus dem Bereich der Kur und stationären medizinischen Rehabilitation (Physiotherapeuten, Diätassistentinnen, etc.) in diesen Regionen ab.

Im Bereich der für die Fachkräfte aus dem Kurwesen und der Rehabilitation neuen Beschäftigungsfelder des Gesundheitstourismus und des Gesundheitssports müssen gesundheitsförderliche Angebote der Kliniken und Kurorte mit dem Bedürfnis der Klienten nach Spaß, Unterhaltung und Erholung in Einklang gebracht. Gruppenangebote bekommen im Verhältnis zur Einzelbehandlung ein größeres Gewicht und entsprechende Fähigkeiten und Kompetenzen für das Arbeiten mit Gruppen – auch unter freizeit- und erlebnispädagogischen Aspekten – sollten in der Weiterbildung erworben werden.

Vor allem in städtischen Regionen und Ballungszentren ist mit einer Zunahme von ambulanten und teilstationären medizinischen Rehabilitationsangeboten sowohl in Kostenträgerschaft der Rentenversicherung, vor allem aber in Kostenträgerschaft der Krankenversicherung zu rechnen.

Eine wissenschaftliche Begleituntersuchung der ambulanten Rehabilitationszentren befindet sich in der Abschlußphase. Die Zweckmäßigkeit dieser Angebote zeichnet sich bereits zum jetzigen Zeitpunkt ab, so daß vieles für die Zunahme der ambulanten Angebote in Rehabilitationszentren spricht. Insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation ist wegen der demographischen Entwicklung sowie der Morbiditätsentwicklung mit einer Zunahme von ambulanten Angeboten zu rechnen, da diese Form der Rehabilitation wegen der Wohnortnähe für die geriatrische Rehabilitation als besonders geeignet angesehen wird.

Darüber hinaus zeichnet sich die Zunahme des rehabilitativen Angebots an Akutkrankenhäusern – eine z.B. in den USA stark verbreitete Form der nichtstationären Rehabilitation – auch in der Bundesrepublik ab. Akutkrankenhäuser sehen im Rehabilitationsbereich Entwicklungsmöglichkeiten und Ersatz für im Rahmen von Umstrukturierungen der Akutkrankenhäuser frei werdenden räumlichen und personellen Ressourcen. Es liegen erste Ergebnisse und Erfahrungen mit Modellprojekten zur sogen. fachübergreifenden Rehabilitation an Akutkrankenhäusern vor.

Das Tätigkeitsfeld „Rehabilitation/ambulante/teilstationäre oder fachübergreifende Rehabilitation“ stellt an die bisher vor allem therapeutisch tätigen Fachkräfte spezifische Qualifikationsanforderungen. In der Ausbildung der Fachkräfte für Physiotherapie sind Prävention und Rehabilitation nur mit einem sehr geringen Unterrichtsstunden-Kontingent vorgesehen und sollten deswegen in der Weiterbildung vertieft und ausgebaut werden.

In den physiotherapeutischen Praxen vor Ort gewinnt neben der einzelfallbezogenen therapeutischen Arbeit mit dem Patienten/der Patientin die Arbeit mit besonderen Zielgruppen an Bedeutung, zum Beispiel Bewegungstherapie für Menschen mit Haltungsinuffizienz oder Bewegungsangebote für Osteoporosegefährdete. Nach § 43 SGB V können hier Krankenkassen Selbsthilfegruppen fördern, die diese Aufgaben wahrnehmen. Fachkräfte übernehmen in solchen Gruppen die fachliche Durchführung dieser Angebote.

Im Bereich der präventiven Arbeit – eine medizinische Indikation für die Anwendung von Heilmitteln liegt noch nicht vor – bestehen nach Änderung des § 20 Sozialgesetzbuch V keine gesetzlichen Ansprüche mehr auf eine Förderung durch die Sozialversiche-

zung. In Form von erweiterten Leistungen können die Krankenkassen nach § 56 GKV-Neuordnungsgesetz vom Juli 1997 solche Leistungen jedoch finanzieren.

Für die therapeutischen Praxen vor Ort stellt sich die Aufgabe, entsprechende Angebote zu entwickeln und 'Kunden' zu akquirieren. Potentielle Kunden sind erstens Krankenkassen, die präventive Angebote als erweiterte Leistungen in ihr Angebot aufnehmen können. Zu denken ist an Angebote wie z.B. aktive Muskelentspannung, Rückenschule für sitzende Tätigkeiten, Anleitung zu häuslichen Übungen vor dem Hintergrund neuester Erkenntnisse aus der Trainingswissenschaft, Sportmedizin und Krankengymnastik mit dem Ziel eines gesunden, „Krankmacher-Übungen“ vermeidenden Gesundheitstrainings.

Potentielle Kunden sind zweitens Betriebe, die im Rahmen einer verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung ihren Belegschaften Angebote wie zum Beispiel Rückenschule, Training zur Muskelaktivierung bei Rückenschmerzen oder Entspannungstechniken anbieten und als betriebliche Sozialleistung finanzieren.

Schließlich sind Privatpersonen potentielle Kunden von gesundheitsförderlichen Angeboten der therapeutischen Praxen vor Ort wie z.B. Wellness-Angeboten oder Fit und Schlank. Im Vergleich zu kommerziellen Anbietern solcher Gesundheitsangebote sind insbesondere für Gruppen von Kunden mittleren und höheren Alters von Fachkräften durchgeführte Angebote interessant.

Geht man davon aus, daß diese präventiven, privat oder von der Krankenversicherung zumindestens bezuschußten Angebote in der Zukunft für die wirtschaftliche Existenz der therapeutischen Praxen vor Ort an Bedeutung gewinnen werden, so hat dies auch Auswirkungen an die Qualifikationsanforderungen. Die Entwicklung und Vermarktung von neuen Angeboten erfordert Fähigkeiten und Kompetenzen, wie z.B. Ermittlung des potentiellen Bedarfs durch Gespräche mit Experten (Ärzten, Krankenkassen, Betrieben, Verbänden), Planung eines Angebots, Werbung für das Angebot im Umfeld der Praxis/des Anbieters, die in entsprechenden Weiterbildungsveranstaltungen erworben werden sollten.

Generell werden in Zeiten knapper Mittel erhöhte Anforderungen an die Effektivität und Effizienz von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen gestellt. Eine Qualitätskontrolle der erbrachten Leistungen ist bereits gesetzlich vorgesehen. Als Qualifikationsanforderung folgt hieraus, daß Konzepte der Qualitätskontrolle von personenbezogenen Dienstleistungen ein Inhalt der Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte für Gesundheitsförderung und Rehabilitation werden sollten.

WOLFGANG BECKER, BARBARA MEIFORT

3.7 Karrieremuster Pflege²³

Eine Strukturreform der beruflichen Bildung, die zur Attraktivitätssteigerung der Berufe im Berufsfeld beitragen soll, muß auch berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für die Beschäftigten eröffnen. Dazu reicht es nicht aus, ein aufeinander abgestimmtes Aus- und zu entwickeln; vielmehr muß das Bildungskonzept seine Entsprechungen im Beschäftigungssystem finden. Dies gilt im vorliegenden Fall um so mehr, als eine Bildungsreform in der Gesundheits- und Sozialpflege auch zur Reform der Pflegepraxis – zu einer humanen Betreuung von Pflegebedürftigen – führen soll. Das bedeutet, daß berufliches Lernen, Arbeiten und Berufsentwicklung aufeinander bezogen werden müssen. Für die Entwicklung eines beruflichen Weiterbildungskonzepts ist daher das Kriterium der Übertragbarkeit seiner Komponenten in operationalisierbare betriebliche Karrieremuster bestimmend.

Einer der wichtigsten Rückschlüsse, der in diesem Zusammenhang gezogen werden muß, ist der, daß eine humane Pflegepraxis in erster Linie durch die an der beruflichen Basis gesichert wird. Die Kompetenz und Verantwortung für die Qualitätssicherung der Pflegepraxis muß daher so nahe wie möglich an den "Pflegealltag", an seine Routinen herangeführt werden. Das erfordert neben einem hohen fachlichen Niveau der allgemeinen Pflege durch Pflegefachkräfte vor allem auch ein arbeitsorganisatorisches Konzept, das sowohl fachliche Kompetenz als auch funktionsbezogene Verantwortlichkeit bis zur täglich durchzuführenden Pflegearbeit zwischen Pflegebedürftigen und Pflegefachkraft gewährleistet.

Die physischen und psychischen Anforderungen und Belastungen im Beruf aufgrund der emotionalen Nähe zur Klientel und die hohen intellektuellen Ansprüche an Interpretations- und Deutungskompetenzen angesichts der vielschichtigen, häufig verdeckten oder sich plötzlich verändernden Problemlagen der Pflegebedürftigen erfordern an Schlüsselstellen beruflichen Handelns sog. „Schlüsselkompetenzen“. Als bedeutsamste Kompetenzen, die an wichtigen Schnittstellen des beruflichen Alltags in der Pflege über individuelles Scheitern oder gelungene Professionalität des Berufshandelns entscheiden, haben sich im Zuge der Untersuchungen reflektierte Empathie und Distanzierungsvermögen herausgestellt. Diese Schlüsselkompetenzen pflegerischen Berufshandelns können auf Dauer nur erbracht werden, wenn

- ▶ zusätzlich zur Ausbildung Berufserfahrung und systematische Weiterbildung hinzukommen und
- ▶ durch die Organisation der Pflegearbeit der Einsatz von Nähe und Distanz im Pflegeprozeß erst ermöglicht wird.

23 Aus BECKER, W., MEIFORT, B.: Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung, a.a.O., S. 276 f

Organisatorisch bietet sich hierfür die Arbeit in kleinen Pflegegruppen – nach dem Prinzip der Bezugspersonenpflege – an, deren Arbeit unter Leitung von Pflegefachkräften mit entsprechender Fachweiterbildung geplant, angeleitet, durchgeführt und verantwortet wird.

Die hier angesprochene Fachweiterbildung soll zur Gruppenleitung von Pflegegruppen befähigen; sie beinhaltet eine Spezialisierung für die verantwortliche Pflegearbeit in Fachbereichen von Kliniken, Heimen oder in der ambulanten häuslichen Pflegearbeit mit besonderer inhaltlicher Schwerpunktsetzung zum Beispiel auf Geriatrie und Gerontopsychiatrie oder auf Anästhesie- und Intensivpflege. Die Fachweiterbildung kann und sollte in Form von Modulen aufgebaut sein, weil eine Reihe von fachlichen Inhalten für die Fachalten-, Fachbehinderten-, Fachkinderkranken- und Fachkrankenpflege der stationären und der ambulanten Pflege weitgehend identisch sind.

Die Fachweiterbildung sollte obligatorisch zusätzlich zur fachlichen Spezialisierung die Befähigung zur Praxisanleitung vermitteln. Der Abschluß beispielsweise zur/zum Fachschwester/-pfleger für Intensivpflege oder zu/zum Fachschwester/-pfleger in der Hauspflege in Altenhaushalten sollte eine Prüfung nach der Ausbildereignungsverordnung (AEVO) beinhalten. Abgerundet wird die Fachweiterbildung durch allgemeinbildende Fächer (zum Beispiel Literatur, Deutsch, Fremdsprachen oder Kulturwissen), die in ihren Inhalten eine Affinität zur fachlichen Arbeit im Human-Dienstleistungsbereich aufweisen sollten.

Mit der funktionsbezogenen Weiterbildung zur Stations- bzw. Abteilungsleitung wird die zweite Hierarchieebene erreicht. Im Gegensatz zur/ zum Fachschwester/-pfleger, die aufgrund ihrer Fachweiterbildung und Anleitungskompetenz eine fachlich herausgehobene und verantwortliche Position in der täglichen Pflegearbeit einnimmt, ist die Stations- oder Abteilungsleitung eine Leitungsfunktion auf der mittleren Managementebene, vergleichbar mit dem Meister-Abschluß in Handwerk und Industrie.²⁴ Neben den organisatorisch-verwaltenden und personalbezogenen Leitungsaufgaben obliegt der Stations- bzw. Abteilungsleitung die Fachaufsicht für die Pflegegruppen; sie verantwortet letztlich die Pflegeplanung und -dokumentation der Teams. Schon um die Berufsarbeit aller Gruppen in den Blick nehmen zu können, sollte sie nicht in die Schichtarbeit einer Pflegegruppe einbezogen werden. Durch tägliche Übergabebesprechungen mit den Fachschwestern/-pflegern – abgesehen von regelmäßigen Stations- oder Abteilungsbesprechungen mit allen Pflegegruppen in größeren Abständen – wird somit der Pflegealltag nicht gestört und detaillierte patientInnenbezogene Förderungsgespräche können regelmäßig geführt werden.

Während die/der Fachschwester/-pfleger Anleitungsaufgaben im Rahmen der Pflegearbeit des Pflgeteams wahrnehmen muß (PraxisanleiterIn), ist die Stations- bzw. Abteilungsleitung als verantwortliche(r) Ausbildungsbeauftragte(r) für die praktische

24 Wir plädieren für einen Regelzugang vom Berufsbildungssystem zum (Fach-)Hochschulsystem. Ob dies über eine Gleichstellung des Berufsbildungsabschlusses oder eines Weiterbildungsabschlusses mit der Fachhochschulreife oder der (fachgebundenen) Hochschulreife erreicht wird, kann erst nach dem Ausgang über den Gleichwertigkeitsstatus der beruflichen Bildung endgültig entschieden werden.

Berufsausbildung auf der Station oder Abteilung zuständig, erstellt den individuellen betrieblichen Ausbildungsplan und führt die Lernzielkontrollen durch.

Die Pflegedienstleitung des Pflegebereichs einer Klinik,²⁵ die Heimleitung oder die Leitung einer sozialen Dienstleistungseinrichtung (zum Beispiel Sozialstationen, mobile soziale Dienste usw.) stellt die dritte und höchste Hierarchieebene im Karrieremuster „Pflege“ dar. Der Schwerpunkt dieses Aufgabenbereichs liegt im betriebs- und personalwirtschaftlichen Aufgabenfeld. Für alle Berufs- und Wirtschaftsbereiche wird Managementweiterbildung auf allen Ebenen des Bildungswesens durchgeführt. Allerdings ist in allen Wirtschafts- und Berufsbereichen auch der Trend zur Akademisierung der oberen Managementpositionen festzustellen. Die beruflichen Bildungsvoraussetzungen legen die jeweiligen Landeshochschulgesetze für die verschiedenen Fachbereiche fest; in der Regel ist dies neben der (Fach-)Hochschulzugangsberechtigung eine Ausbildung oder ein Praktikum in einem im Einzelfall zu bestimmenden Beruf oder Berufsfeld. Nach diesem Muster könnte auch bei Studiengängen für Pflege- oder Sozialmanagement an Fachhoch- und Hochschulen verfahren werden.

Unabhängig von dem hier geschilderten betrieblichen Karrieremuster „Pflege“ sind die für Pflegeberufe an Universitäten zu sehen. Studiengänge für das Lehramt an berufsbildenden Schulen sehen als Regelzugang neben der allgemeinen Hochschulreife o.ä. eine abgeschlossene Ausbildung in einem adäquaten Ausbildungsberuf vor oder ein in der Regel mindestens einjähriges Praktikum in einem entsprechenden Tätigkeitsfeld. Fachhochschulabsolventen werden im Normalfall zwei Semester des Fachhochschulstudiums auf das achtsemestrige Hochschulstudium für das Lehramt angerechnet.

GABRIELE CSONGÁR

3.8 Beschäftigungsentwicklung und Qualifikationsbedarf im Funktionsbereich des mittleren und höheren Managements von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen

Ausgangslage

Die Diskussion um veränderte Tätigkeitsanforderungen und Qualifikationsprofile ist aufgrund der Strukturveränderungen im Gesundheits- und Sozialbereich in vollem Gange. Gesundheitsstrukturgesetz und Pflegeversicherung erzwingen im Hinblick auf Einsparung materieller und personeller Ressourcen – ohne damit an Qualität nachzulassen – eine Verbesserung des Managements in diesem Bereich. In dieser Phase des Strukturwandels gewinnt die Weiterbildung von Fach- und Führungskräften mittlerer Positionen, die maßgeblich die veränderten Rahmenbedingungen in ihren Einrichtungen umsetzen eine neue Qualität. Nicht nur aufgrund der großen strukturellen Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen sondern auch wegen des starken Auf- und Ausbaus von ge-

25 Neben dem/der ärztlichen DirektorIn und dem/der VerwaltungsleiterIn

sundheits- und pflegebezogenen Studiengängen an (Fach-) Hochschulen ist mit einem Wandel in der Rekrutierung von Fach- und Führungskräften in mittleren Positionen zu rechnen. Muß daher nicht davon ausgegangen werden, daß es zu Verdrängungsprozessen von beruflich Qualifizierten durch (Fach-)Hochschulabsolventen kommen wird? Wird für beruflich Qualifizierte in mittleren Positionen die angemessene Weiterbildung zu einer „Überlebensstrategie“? Das hieße: Substitution oder Qualifikation durch Weiterbildung im Funktionsbereich des mittleren und höheren Managements im Gesundheits- und Sozialwesen?

Das Bundesinstitut für Berufsbildung hielt es aus dieser Problemlage heraus für erforderlich, die berufliche Situation der Fach- und Führungskräfte im Gesundheits- und Sozialwesen näher zu untersuchen.²⁶ Einerseits soll die Beschäftigungsentwicklung und neue Tätigkeitsprofile in mittleren Positionen des stationären und ambulanten Bereichs untersucht, andererseits daraus resultierende Anforderungen an die berufliche Weiterbildung abgeleitet werden.

Wie sieht die berufliche Situation des stationären Bereichs aus?

Die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes, neue Pflegekonzepte, die Formulierung von Pflegestandards in Qualitätssicherungsprogrammen, neue Krankenhausfinanzierungssysteme, der steigende Kostendruck sowie der zunehmende Einsatz von IT- und Kommunikationstechniken haben erhebliche strukturelle Umbrüche in der stationären gesundheitlichen Versorgung und für die Berufsangehörigen in diesem Bereich zur Folge. Für die Pflegedienstleitung auf Abteilungsebene, aber möglicherweise auch für die Besetzung der Stationsleitungen werden berufsübergreifend qualifizierte Fachleute in den Kliniken notwendig. Dem Wandel der Anforderungen ist durch eine zunehmende Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte in der Pflegeplanung Rechnung zu tragen. Allen Anzeichen nach wird sich die bislang übliche bedarfsorientierte Personalplanung zu einem kostenorientierten Personaleinsatz entwickeln.

Die Tätigkeitsfelder der Pflegedienstleitung verändern sich in Richtung Abteilungsgeschäftsführung. Auch auf der Stationsebene bildet sich eine multidimensionale interdisziplinäre Geschäftsführung heraus, die medizinische, pflegerische, organisatorische und betriebswirtschaftliche Aspekte verknüpfen und in Beziehung setzen kann.

Organisationsentwicklung und Personalentwicklung

Das Krankenhaus organisiert sich zunehmend in eigenständige Abteilungen um, die als Profitcenter arbeiten. Pflege- und Medikamentenplanung, Pflegedokumentation, Dienst- und Einsatzplanung sowie Berichtswesen oder Aktenführung werden über IT erstellt. Das führt zu veränderten Handlungsabläufen und Arbeitsanforderungen (Bedside Com-

26 Vgl. CSONGÁR, G.: Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung“. (FP 4.1008) In: Arbeitsprogramm 1997 des Bundesinstituts für Berufsbildung.

puting, Krankenhauslogistik, Logistik auch in Überleitung zur ambulanten Pflege / Schnittstellenkommunikation mit tangierenden Dienstleistungen).

Die sich derzeit im Krankenhausbereich entwickelnden Pflegestandards werden wahrscheinlich mit neuen Organisationskonzepten der Pflege korrespondieren. Die Organisation der Pflege wird sich an neuen Pflegemodellen am einzelnen Kostenträger Patient (Case/Management) orientieren. Insofern ist es denkbar, daß sich ein Pflegekonzept durchzusetzen wird, das auf der Trennung von Anordnung und Durchführung basiert.

Für das Pflegepersonal würden sich hieraus erhebliche berufliche Veränderungen ergeben. Die Pflege wird zunehmend mit betriebsorganisatorischen Aufgaben konfrontiert. Das eröffnet nicht nur dem fortgebildeten Personal sondern auch entsprechenden Seiteneinsteiger – Absolventen des Fachhochschul- bzw. Hochschulbereichs – ein wachsendes Betätigungsfeld.

Zudem könnten sich neue Informationsberufe im Krankenhaus wie hochspezialisierte Krankenhausinformatiker und technisches Personal für Hardware- und Datenpflege entwickeln. Andererseits ergeben sich Aufstiegschancen für das vorhandene Pflegepersonal, wenn sich weitere Qualifikationsdifferenzierungen innerhalb des Pflegeberufs vollziehen und auch die Softwareprogramme bedienerfreundlicher werden.

Der Pflegeberuf wird in jedem Falle durch die Informations- und Kommunikationstechnologie, Management und Controlling komplexer werden, da sich die Informationsverarbeitung von der Dateneingabe bis zur Interpretation ohne pflegerisch-medizinisches Fachwissen schwerlich erschließen läßt. Die Abteilungspflegeleitung muß neben pflegerisch-fachlichen Aufgaben, neue Funktionen erfüllen: Personalentwicklungsplanung, Marketing für das spezifische Patientensegment der Abteilung, Qualitätssicherung, Controlling, Koordination mit anderen Berufsgruppen und anderen Einrichtungen der Gesamtorganisation Krankenhaus. Bei der Erfüllung dieser Managementaufgaben wird, neben kommunikativer und fachlicher Kompetenz insbesondere ein kompetenter Umgang mit der IT zu einer Schlüsselqualifikation werden. Es besteht wiederum die Gefahr für bereits in diesen Positionen arbeitende beruflich Qualifizierte, durch Absolventen von Fachhochschulen sowie Hochschulen und Universitäten substituiert zu werden.

Gesundheitsstrukturgesetz und Marktentwicklung sowie Marktorientierung

Durch neue Rechts- und Betriebsformen der klinischen Einrichtungen besteht die Möglichkeit, die Entscheidungs- und Planungsfreiheit des Krankenhausmanagements auszubauen. Neue Organisationsformen und Finanzierungsregelungen auch auf der Abteilungsebene manifestieren sich, das Informationsmanagement wird auch auf dieser Ebene zu einem wesentlichen Faktor der Umstrukturierung. Schon auf der Abteilungsebene bilden sich Wettbewerbsparameter mit anderen Krankenhäusern bzw. anderen pflegerischen und medizinischen Leistungsanbietern heraus.

Neue, attraktive Märkte sind zum Beispiel die Kurzzeitpflege, die Nachsorge, der Rehabilitationsbereich sowie zu organisierende Schnittstellen zwischen dem stationä-

ren und ambulanten Bereich. Neue Konkurrenten wie ambulante Pflegedienste, private teilstationäre Anbieter, die ambulant tätigen, niedergelassenen Ärzte (mit neuen Arbeitsanforderungen für die Arzthilfepersonen) und andere werden gute Chancen auf diesem Dienstleistungsmarkt haben, wenn man ihnen größere Flexibilität unterstellt, auf neue Bedürfnisse kundenorientierter und schneller als Krankenhäuser reagieren zu können.

Für die Organisation, das Marketing, die Qualitätssicherung sowie das strategische und operative Controlling wird eine entsprechende personelle Umsetzung in der Geschäftsführung der Abteilung stattfinden müssen. Schlußfolgerung: Für die Entwicklung und Implementierung solcher marktorientierten Arbeitsprogramme sind die Krankenhäuser (auch auf Abteilungsebene) noch nicht ausreichend gerüstet.

Welche Konsequenzen hat die Einführung der Pflegeversicherung für Fach- und Führungskräfte in mittleren Positionen der ambulanten Dienste?

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden auch für die ambulante Pflege grundlegende Rahmenbedingungen verändert. Danach sind gemeinnützige und private sowie freiberufliche Träger gleichrangig. Durch die damit erzeugte Wettbewerbs- und Konkurrenzsituation erhalten betriebswirtschaftliche Fragestellungen eine zusätzliche Bedeutung.

Die Fach- und Führungskräfte der ambulanten Dienste stehen derzeit unter dem Druck, einerseits möglichst kostengünstig arbeiten zu müssen, andererseits Qualität nicht vernachlässigen zu dürfen. Daher wird sich ihr Tätigkeitsprofil ändern müssen.

Betriebswirtschaft, Wettbewerb und Konkurrenz

Die gemeinnützigen ambulanten Dienste sind der unmittelbaren Konkurrenz privatgewerblicher Anbieter ausgesetzt. Mit den neuen gesetzlichen Verordnungen zur Buchführung und Statistik sind auf die Mitarbeiter der ambulanten Dienste vielfältige neue Herausforderungen zugekommen. Jeder Dienst und jede Einrichtung wird als eigenständiger Betrieb geführt. Die leitenden Positionen der ambulanten Dienste müssen mit Personal besetzt werden, das im Bezug auf Marketing und betriebliches Rechnungswesen diese Anforderungen erfüllt.

Es ist davon auszugehen, daß vermehrt Pflegefachkräfte den Weg in die Selbständigkeit suchen werden. Insofern ergäbe sich hier eine Karrierechance für Frauen, da das Berufsfeld der Pflege eindeutig von Frauen dominiert wird. Allerdings ist bekannt, daß die kaufmännische Leitung des entsprechenden ambulanten Dienstes häufig bei einer zweiten Person liegt. Diese ist oft eine fachfremde Person (Seiteneinsteiger) mit kaufmännischer Ausbildung, die die betriebswirtschaftlichen und personalpolitischen Geschäfte führt. Einerseits könnten für Pflegefachkräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation neue Karrierewege, Chancen auf neue Positionen entstehen und auch die Möglichkeit, sich zu verselbständigen. Andererseits ergeben sich für kaufmännisch ausgebildete Berufsgruppen, für fachfremde Seiteneinsteiger nach entsprechender Zusatzqualifikation

fikation analoge Chancen. Eine Konkurrenz zwischen beruflich Qualifizierten und Absolventen von einschlägigen - aber berufsfernen Hoch- und Fachhochschulstudiengängen (als berufliche Einstiegsmöglichkeit) könnte sich um diese neuen Positionen entwickeln.

Vernetzung der Pflegedienste mit anderen sozialen Dienstleistungsangeboten

Wichtige und zentrale Dienstleistungsangebote, die Berührungspunkte zu den ambulanten Pflegediensten aufweisen, sind:

- ▶ Stationäre Pflegeeinrichtungen
- ▶ Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Kurzzeit- und Tagespflege)
- ▶ Wohnheime und Betreutes Wohnen
- ▶ Geriatrische Rehabilitationseinrichtungen
- ▶ Therapeutische Praxen
- ▶ Gerontopsychiatrische Einrichtungen
- ▶ Klinik-Sozialdienste.

Nicht nur, daß die ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege künftig zunehmend unter einem gemeinsamen Dach angeboten werden. Der Prozeß der funktionalen Differenzierung im sozialen Dienstleistungsbereich wird weiter fortschreiten, indem man z.B. den ambulanten pflegerischen Bereich um rehabilitative Leistungen wie z.B. Ergotherapie oder Krankengymnastik erweitern wird. Die Angebote verschiedener Dienstleister müssen in zentralen Leitstellen verknüpft werden. Dort beschäftigtes Personal muß u.a. über fundierte Kenntnisse von Angeboten sozialer Dienstleistungen verfügen. Hier eröffnen sich neue Tätigkeitsfelder für Personen mit beruflichem Bildungsabschluß und entsprechender Weiterbildung wie auch für Absolventen von Hoch- und Fachhochschulen. Auch zwischen Betriebswirten und Sozialarbeitern findet auf dem beschriebenen Einsatzfeld des Managements ein zunehmender Wettbewerb statt. Erstere machen sich zusätzlich im Sozialwesen kundig, um dann in der Geschäftsführung sozialer Dienste und Einrichtungen Positionen zu besetzen. Letztere wollen durch Zusatzausbildungen ihre betriebswirtschaftliche Kompetenz begründen, um der Konkurrenz standhalten zu können.

Da die beschriebenen Veränderungen zur Zeit stattfinden, wird von Experten über eine Besetzung der mittleren Positionen noch keine feste Aussage getroffen. Soweit über das spezielle Problem der möglichen Substitution reflektiert wird, wird derzeit noch von der Fachmeinung der Absolvent beruflicher Bildung mit einschlägiger Weiterbildung für die Besetzung der neuen Tätigkeitsfelder favorisiert²⁷.

Was geschieht derzeit in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Hinblick auf die Bewältigung der neuen Aufgaben in diesem Berufsfeld?

27 Wissenschaftliche Expertise erstellt von xit GbR Nürnberg 1996.

Im stationären Bereich wird deutlich intensiver auf den Einsatz von Hoch- und Fachhochschulkräften gesetzt. Die Begründung liegt sicherlich auch darin, daß die einrichtungsinterne Anerkennung der Pflegedienstleitungen gegenüber der Ärzteschaft (ärztlicher Direktor) besser durch akademische Fachkräfte zu gewährleisten ist. Für die unterhalb dieser Pflegedienstleitung liegenden mittleren Positionen können noch keine gesicherten Aussagen getroffen werden. Hier müssen die Ergebnisse derzeitiger laufender Untersuchungen abgewartet werden. Konkretere Aussage zu vorhandenen Kompetenzen und den deutlichen Defiziten in der beruflichen Qualifikation von Führungskräften liegen bisher zum ambulanten Bereich vor. Aber auch hier existieren bislang keine Konzepte der Personalentwicklung, die einen gezielten Aufbau neuer Führungskräfte leisten und auch verhindern, daß Mitarbeiter, die sich beruflich und fachlich weiterentwickeln wollen, die Einrichtung oder den Verband wechseln.

Auch die ökonomischen und technischen Neuheiten im sozialen Bereich haben bislang noch nicht dazu geführt, daß alle dafür notwendigen Kompetenzen aufgebaut wurden.

Was sind Management-Kompetenzen und kann man sie allgemeingültig in den verschiedenen Einrichtungen des Berufsfeldes anwenden?

Die Befragung von Führungskräften in 35 Einrichtungen sozialer Dienste²⁸ hat hier zu folgenden Ergebnissen geführt:

Die Schwerpunkte des/der Leiters/in in o.g. Einrichtungen liegen in den Tätigkeitsbereichen

a) Personalwirtschaft

(Personalführung / Personalplanung / Personalbeschaffung / Personalbeurteilung / Personalentlohnung / Personalbetreuung / Personalentwicklung, insbesondere Fortbildung / Personalverwaltung / Personalaustritt)

b) Konzeptionelle Arbeit (Organisationsentwicklung)

- Kommunikations- und Kooperationsverhalten in der Einrichtung
- Arbeit an Aufbau- und Ablaufstruktur
- Entwicklung von Standards für den eigenen Arbeitsbereich
- Ausarbeiten inhaltlicher Schwerpunkte
- Beratung von Vorgesetzten
- Erarbeiten von Maßnahmen zur Steigerung von Effizienz und Effektivität

28 Befragt wurden:

- 12 Einrichtungen der Altenhilfe
- 12 Einrichtungen der Jugendhilfe
- 11 Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe

Vgl. CSONGÁR, G.: Analyse spezifischer Handlungskompetenz für das mittlere und höhere Management in Einrichtungen sozialer Dienste – ein Beitrag zur beruflichen Weiterbildung von Führungskräften (FP 4.2005). In: BIBB-Forschungsergebnisse 1995

- Anordnen, Durchführen, Begleiten, (Moderieren) von Maßnahmen
- Evaluieren von Ergebnissen
- Entscheidungsfindung und Controlling

c) Kommunikation/Beratung

Gestaltung des Informationsflusses (intern und extern), Bewältigung der Informationsflut, Kontakte außerhalb der Einrichtung, Ausschuß-, Arbeitsgruppen und Gremienarbeit, Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikationsmittel, Veröffentlichungen

d) Verwaltung, Finanzplanung

Marketing:

Analyse der Marktsituation, der Marktteilnehmer, der Einrichtungs- und Verbands-umwelt, Entwicklung einer Marketingstrategie, Gremien-/Ausschußarbeit, Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit; Marketing nach innen, wirtschaftliches Controlling

Betriebswirtschaftliches Rechnungswesen:

- Kostenrechnungen/Leistungsrechnungen - Budgetkompetenz
- Gewinn- und Verlustrechnungen
- Haushaltsplanung
- Pflegesatzplanung
- Kalkulation künftiger Kosten / Verhandlung mit Kostenträgern
- Tarif- und Arbeitsrecht (BAT und AFG, Sozialrecht)

Elektronische Datenverarbeitung:

Ausstattung, Nutzung, Softwareeinsatz, Qualifizierungsbedarf.

Mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes gilt dieses Profil weitreichend auch für mittlere Führungspositionen im stationären Bereich.

Unübersehbar ist im ambulanten Berufsfeld, daß Personalentwicklung und Fortbildung noch nicht in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit gesehen werden. Hier liegen deutliche Defizite. Die Kopplung von Personalentwicklung und Fortbildung wird in ihrer Relevanz häufig von übergeordneten Stellen und den untergeordneten Mitarbeitern nicht erkannt. In Bezug auf Karrierewege muß der einzelne Mitarbeiter von sich aus aktiv werden.

Nach den o.g. Untersuchungen wurde deutlich, daß befragte Führungskräfte folgende Kompetenzdefizite und damit Qualifizierungsbedarf aufzeigen:

- ▶ Zeitmanagement
- ▶ Management (Kontrollieren und Entscheiden mittels brauchbarer Kriterien)
- ▶ Führungsstile/Konfliktmanagement
- ▶ Psychologische Hintergründe der Personalführung
- ▶ Personalentwicklung

- ▶ Sozialrecht
- ▶ einschlägige Vorschriften im EU-Vertrag
- ▶ Sozial-Sponsoring
- ▶ Akquirieren von Spenden
- ▶ Alternative Finanzierungsmöglichkeiten
- ▶ Tarif- und Arbeitsrecht (u.a. auch BAT und AFG)
- ▶ Rechnungswesen
- ▶ Entscheidungsfindung und Controlling, Qualitätssicherung.

Die Untersuchungen haben gezeigt, daß nur in wenigen Fällen Personalentwicklung und Fortbildung als sich bedingende Faktoren – und damit als Einheit – konzeptionell festgehalten werden. In der traditionellen Weiterbildung wird Sachkompetenz favorisiert und häufig überbetont. Die Entwicklung der Persönlichkeit und die Entwicklung der Organisation werden eher vernachlässigt. Deutlich wird immer wieder, daß Weiterbildung als ein wichtiges Führungsinstrument – auch zur Entwicklung der Organisation – noch nicht optimal genutzt wird. Leistungssteigerungen liegen aber heute bei den meisten Unternehmen neben der Organisation in der Motivation zur Arbeit, der Art und Weise der Zusammenarbeit, der Kommunikation - in der Führung. In dieser Hinsicht sollten Überlegungen zur Qualitätsverbesserung der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation (einschließlich der Weiterbildung) auch der hohen Fluktuation im personalen Dienstleistungsbereich entgegenwirken. Auch das sind Führungsaufgaben.

Wie qualifiziert man sich für dieses Berufsfeld?

Zur Zeit können drei Qualifizierungswege für mittlere Positionen beobachtet werden. Erstens: der Weg über eine einschlägige berufliche Bildung mit entsprechenden Zusatzqualifikationen. Noch unlängst wurden Funktionen zum Beispiel in der Pflegedienstleitung von berufserfahrenen Pflegekräften bewältigt, die nicht durchweg Leitungslehrgänge besucht haben. Zweitens: der Weg über Zusatzqualifikationen für artfremde Seiteneinsteiger und schließlich drittens: der Weg über die Fachhochschulen bzw. Universitäten mit einschlägigen Studiengängen. Aufgrund des starken Auf- und Ausbaus von gesundheits- und pflegebezogenen Studiengängen an (Fach-)Hochschulen²⁹ ist mit

29 Die Diplomstudiengänge umfassen in der Regel acht Semester. Um Praxisbezug zu gewährleisten, werden praktische Studiensemester eingelagert, die in der Regel am Ende des Grundstudiums (4. Semester) und am Ende des Hauptstudiums (8. Semester) durchgeführt werden. Berufsbegleitende Studiengänge werden z.B. an den Hochschulen Frankfurt, Freiburg und Köln unter Vorlage des Nachweises eines Teilzeitarbeitsplatzes angeboten. Die Schwerpunkte liegen in der Pflege und im Management. Mit den Diplomprüfungen werden unterschiedliche Abschlüßtitel erworben: *Diplom-Pflegewirt/in*, *Diplom-Pflegepädagogin/in*, *Diplom-Pflegewissenschaftler/in*, *Diplom-Pflegedienstleiter/in*, *Diplom-Pfleger/in*, *Diplom-Pflegeleiter/in*, *Diplom-Pflegemanager/in*, *Diplom-Sozialökonom/in*, *Diplom-Krankenpfleger/in*, *Diplom-Kauffrau/mann im Studiengang Krankenpflegemanagement*.

einem erheblichen Wandel auch in der Rekrutierung von Fach- und Führungskräften in mittleren Positionen zu rechnen.

An der Berufsakademie Villingen-Schwenningen wird die Einrichtung eines selbständigen Studienganges zum *Diplom-Sozialwirt (BA)* – als Aufbaustudiums oder in Gabelung des Schwerpunktstudiums nach einem gemeinsamen Grundstudium mit den angehenden Sozialarbeitern (dreijähriges dual angelegtes Studium, das Inhalte der Betriebswirtschaftslehre in die sozialarbeiterische Ausbildung integriert) vorgeschlagen. An der Berufsakademie Stuttgart wird dagegen eine partikulare Verknüpfung der Ausbildung von Betriebswirten speziell in der Fachrichtung Gesundheitswesen/Soziale Dienste mit der Sozialarbeiter-Ausbildung praktiziert. Zunehmend werden Kooperationsmo-

delle von Fachhochschulen mit der Praxis geschaffen (zum Beispiel FHS Hamburg), über die den Absolventen der beruflichen Bildung weitere berufliche Entwicklungschancen eröffnet werden. Dabei werden anwendungsbezogene sozial-, gesundheits- und arbeits- sowie betriebswirtschaftliche Fragestellungen im Zusammenhang mit Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen unter intensiver Teilnahme von Praktikern behandelt. Absehbar ist, daß das Management im Gesundheits- und Sozialwesen auf das Zusammenwirken von Fachkräften mit unterschiedlicher beruflicher Ausbildung nicht verzichten wird.

Derzeitig auf dem freien Weiterbildungsmarkt angebotene Sozialmanagement-Weiterbildungen sind für die Bedürfnisse häufig zu allgemein gehalten. Teilweise dadurch bedingt, ist auch der Teilnehmerkreis in solchen Weiterbildungsveranstaltungen sehr inhomogen. Die Ziele, die die Teilnehmer an Sozialmanagement-Lehrgängen verfolgen, sind nicht einheitlich. Während bereits Beschäftigte nach höherer Professionalität streben, spekulieren andere damit, ihre Einstiegschancen auf dem Arbeitsmarkt durch die Weiterbildung zu verbessern. Daher sollten Fortbildungsangebote für das mittlere Management von potentiellen Teilnehmern besser auf ihre eigene Bedarfslage hin

ausgewählt werden. Deutlich wird auch, daß „Sozialmanagement“ als Umschulungsmaßnahme keineswegs mit hohen Vermittlungschancen für die Teilnehmer verbunden ist, trotzdem findet man noch derartige Angebote.

Ausblick

In der Diskussion ist eine modulare Anordnung von Weiterbildungsangeboten - nach Bausteinprinzip und damit frei kombinierbar. Der Teilnehmer kann gezielt „seine“ Module wählen.³⁰ Im Rahmen der Vermittlung über Module ist zudem eine projektbezogene Zusammenarbeit von Bildungsstätte und Praxis empfehlenswert. Die Bausteine ließen sich einzeln zertifizieren und könnten als Paket zusammengenommen die Grundlage für eine Fortbildungsordnung und damit einen neuen Fortbildungsberuf (z.B. Leitungskraft in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs) darstellen.

HORST KRAMER

30 Vgl. CSONGÁR, G.: Professionalisierungstrends im Gesundheits- und Sozialmanagement - Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. In: MEIFORT, B. (Hrsg.): Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 221, Berlin/Bonn 1998

3.9 Weiterbildung für Fach- und Führungskräfte im Bereich Gesundheit und Sport: Fortbildungsordnung Meister/Meisterin für Bäderbetriebe

Die Ablauforganisation des normalen Badebetriebes, zu der Aufsichtspflichten, Rettung und Erste Hilfe, die Sicherung der vorgeschriebenen Betriebszustände, sowie die Organisation und Durchführung betrieblicher Maßnahmen gehören, wird heute immer mehr durch zusätzliche Freizeitangebote im Bad ergänzt. Diese Freizeitangebote aus dem Sport-, Kultur- und Gesundheitsbereich müssen zielgruppenorientiert und für unterschiedliche Anlässe organisiert und durchgeführt werden. Hierzu sind Grundkenntnisse zur Bewältigung gruppenspezifischer Vorgänge, wie zum Beispiel Konfliktbewältigung, Animation, Kommunikation und Anleitung erforderlich.

Auch mit der zunehmenden Gewalt in Bädern und den damit verbundenen müssen sich Meister/innen heute mehr als früher auseinandersetzen. Die fachliche Befähigung zur Unterweisung von Einzelpersonen und Gruppen in unterschiedlichen Schwimmsportarten und sportlichen Spielen, Kenntnisse über technische Einrichtungen sowie Fertigkeiten zur Installation, Pflege und Wartung von Anlagen gehören ebenso zum Qualifikationsbereich eines/r Meisters/in, wie die Befähigung zum Einschätzen von Belastungsgrenzen von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen, dem Erkennen von gefährlichen Situationen, bei denen prophylaktisches Eingreifen als Schutzmaßnahme erforderlich ist.

Die Sicherung des Betriebsablaufs stellt heute andere Qualifikationsansprüche als früher. Angesichts der immer komplizierteren Technik und Anlagen, für die in der Vergangenheit noch Reparaturkenntnisse erforderlich waren, sind zukünftig auch in kleineren Bädern bei Störungen der Betriebstechnik spezielle Dienstleistungen erforderlich, die es differenziert zu organisieren gilt.

Der Qualifikationsrahmen im Bereich der Organisation und Verwaltung, zu der die betriebliche Organisation, die Personalverwaltung, das Rechnungswesen, die Werbung und Öffentlichkeitsarbeit gehören, werden zunehmend zum Arbeitsschwerpunkt des Meisters/in werden, ebenso wie der Arbeits- und Gesundheitsschutz, der Umweltschutz und die rationelle Energieverwendung.

Im BIBB wurde der seit 1971 bestehende Ausbildungsberuf Schwimmeistergehilfe/Schwimmeistergehilfin durch eine Neuordnung des Berufsbildes auf die oben geschilderten Erfordernisse ausgerichtet und in die Berufsbezeichnung "Fachangestellte/r für Bäderbetriebe" umbenannt. Desgleichen wurde in diesem Zusammenhang eine Überarbeitung der Fortbildung zum Schwimmeister/Schwimmeisterin vorgenommen, nun mit der neuen Berufsbezeichnung "Meister/in für Bäderbetriebe", um die neuen Ansprüche aus der Praxis und die Veränderung der Aufgabenbereiche in den Bädern in einer zeitgemäßen Fortbildungsregelung aufzunehmen.

3.10 Weiterbildung für Fachkräfte in den Werkstätten für Behinderte: Welches Qualifikationsprofil ist zukünftig erforderlich?

Werkstätten für Behinderte sind Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation, deren Hauptaufgabe darin besteht, behinderten Menschen eine Teilhabe am Arbeitsleben und eine Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen.

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich der Charakter dieser Einrichtungen wesentlich gewandelt. Zwei Pole können diese Entwicklung charakterisieren:

- ▶ Zunächst war es das Verdienst der Vorläufer der heutigen Werkstätten, behinderte Menschen aus der häuslichen Isolation, dem „Versteckt – werden“ herauszuholen und eine Beschäftigung und damit Teilhabe am gesellschaftlichen Leben anzubieten.
- ▶ In den 80er und 90er Jahren verändern sich die Werkstätten für Behinderte im Zuge Entwicklungen hin zu komplexen Dienstleistungsbetrieben, die mit modernen Technologien und Managementformen arbeiten müssen, damit die notwendige Zusammenarbeit mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes möglich bleibt.

Diese noch anhaltende Entwicklung ist von den Werkstätten für Behinderte mit einer schwieriger werdenden Klientel (neben den geistig Behinderten werden zunehmend auch Schwerst- und Mehrfachbehinderte sowie psychisch Behinderte in die Werkstätten aufgenommen) zu realisieren. Darüber hinaus sind im Zuge des gesellschaftlichen Wertewandels die Ansprüche der Behinderten und ihrer Familien an die Qualität der beruflichen und persönlichen Förderung des Behinderten – weg vom Betreuungs- hin zum Förderprinzip – gestiegen.

Seit 1980 werden die Fachkräfte der Werkstatt für Behinderte, die in der Regel eine berufliche Vorbildung als Facharbeiter, Gesellen oder Meister, aber keine systematisch erlernten Kenntnisse für die berufliche und persönliche Förderung von behinderten Menschen mitbringen, im Rahmen einer 540 Stunden umfassenden, berufsbegleitenden Fortbildung, der „sonderpädagogischen Zusatzausbildung“, qualifiziert.

Dieser Rahmen erwies sich Ende der 80er Jahre vor dem Hintergrund der skizzierten Veränderungen im Umfeld und bei der Klientel der Werkstätten als zeitlich und inhaltlich zu eng.

Die Bundesanstalt für Arbeit, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte haben in 1996 eine gemeinsame Empfehlung zur Fortbildung von Fachkräften zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Behinderte herausgegeben. Die sonderpädagogische Zusatzqualifikation soll gemäß dieser Empfehlung um die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten aus den Gebieten der Arbeits-, Sozial- und Heilpädagogik sowie der Förderdiagnostik ergänzt werden.

Träger von Werkstätten, Kostenträger, Weiterbildungseinrichtungen, Experten der Sozialparteien sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte

führen derzeit eine Diskussion über die Weiterentwicklung der sonderpädagogischen Zusatzausbildung und die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Fortbildungsregelung. Hierzu liegen Empfehlungen über Kriterien und Verfahren für den Erlass von Fortbildungsordnungen des Bundesausschuß für Berufsbildung vor. Danach muß für die zu regelnde Qualifikation vor allem ein quantitativer und qualitativer Bedarf bestehen. Darüber hinaus können folgende berufsbildungspolitische Argumente für die bundeseinheitliche Regelung der Fortbildung für die Fachkräfte der Werkstätten für Behinderte angeführt werden.

- ▶ Die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung mit staatlich anerkanntem Abschluß könnte die berufliche Mobilität der Fachkräfte für Arbeits- und Berufsförderung in den Werkstätten für Behinderte im gesamten Bereich der beruflichen Rehabilitation bzw. in Teilausschnitten des Bildungsbereichs (zum Beispiel bei Bildungsträgern, die mit schwierigen Zielgruppen arbeiten) fördern. Im Vergleich zu einem Zertifikat des Bildungsträgers nach dem Abschlußverfahren entsprechend dem derzeit gültigen Rahmenprogramm für die sonderpädagogische Zusatzausbildung (herausgegeben von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte) könnte den Fachkräften aus den Werkstätten für Behinderte ein staatlich anerkannter Fortbildungsabschluß mehr Chancen auf dem Arbeitsmarkt eröffnen.
- ▶ Eine Fortbildung mit anerkanntem Abschluß könnte darüber hinaus im Vergleich zu einer nur zertifizierten Fortbildung einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität des dualen Systems der Berufsausbildung leisten. Im dualen System ausgebildeten Fachkräften stünde nach Ausbildungsabschluß und Berufstätigkeit ein geordneter und einheitlicher Fortbildungsgang zur Verfügung, der Arbeitsmöglichkeiten im tertiären Sektor eröffnet. Der tertiäre Sektor und insbesondere die sogen. sekundären Dienstleistungstätigkeiten (zum Beispiel Betreuen, Unterweisen) lassen nach den Arbeitsmarktprognosen die stärksten Zuwachsraten bei Beschäftigung erwarten.
- ▶ Im Bericht des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBFT) „Reformprojekt Berufliche Bildung – Flexible Strukturen und moderne Berufe“ wird der Ausbau des Systems zugangsoffener Fortbildungsprüfungen nach dem Berufsbildungsgesetz angeregt. Qualität, Transparenz und Verwertbarkeit von Fortbildungsabschlüssen auf dem Arbeitsmarkt sollen durch Fortbildungsverordnungen gewährleistet werden. Durch eine Fortbildungsregelung für die Fachkräfte aus den Werkstätten für Behinderte könnten Qualitätsstandards für die Fortbildung in diesem Bereich gesetzt werden und die Verwertbarkeit der erworbenen Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt durch einen anerkannten Fortbildungsabschluß verbessert werden.

Das Bundesministerium für BMBFT hat das Bundesinstitut für Berufsbildung beauftragt, Qualifikationsanforderungen an Fachkräfte zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Behinderte unter Beteiligung von Sachverständigen der Sozialparteien als Grundlage einer Diskussion über den etwaigen Erlass einer Fortbildungsverordnung aufgrund des § 46 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz zusammenzustellen.

GISELA METTIN

3.11 Arbeitsmarkt – Weiterbildung – professionelle Entwicklung: Berufliche Weiterbildung von Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen

Die Berufe Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferin stellen für viele junge Mädchen und Frauen nach wie vor den „Traumberuf“ dar, der vielfältige Aufgaben im medizinischen und sozialen Bereich für sie bereithält. Die beiden erstgenannten Berufe rangierten 1996 unter den drei beliebtesten Ausbildungsberufen für junge Frauen.³¹ Gegenwärtig sind laut Aussagen des Berufsverbandes der Arzt- Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen bundesweit knapp 500.000 Frauen als Helferinnen in ärztlichen Praxen beschäftigt. Diese Berufsgruppe stellt nach den Beschäftigten in der Krankenpflege die zweitgrößte Berufsgruppe im Bereich des Gesundheitswesens dar.

Konträr dazu ist die Tatsache zu werten, wonach etwa die Hälfte der beschäftigten Frauen nach vierjähriger Berufstätigkeit wieder aus ihrem „Traumberuf“ aussteigen. Ursachen dafür werden sowohl in unattraktiven Arbeitsbedingungen, der Familienplanung als auch in den außerordentlich begrenzten professionellen Entwicklungsperspektiven für die Frauen gesehen.³²

Die Aus- und Weiterbildung der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen nimmt gegenüber den übrigen in der Gesundheits- und Sozialpflege beschäftigten Berufsgruppen einen Sonderstatus ein. Sie unterscheidet sich von der sonst üblichen gesundheits- und sozialpflegerischen Aus- und Weiterbildung grundsätzlich dadurch, daß die Abschlüsse nach dem Berufsbildungsgesetz geregelt sind. Gegenwärtig existieren auf Länderebene insbesondere für die Arzt- und Zahnärzthelferinnen eine Fülle unkoordinierte Weiterbildungsregelungen gemäß § 46.1 BBiG sowie eine unüberschaubare Vielzahl von themen-, träger- oder einrichtungsspezifischen Weiterbildungsangeboten, die aber kein systematisches Qualifizierungskonzept für den jeweiligen Beruf - und damit für Aufstiegs- und Umstiegschancen erkennen lassen. Die Akzeptanz der vorhandenen Weiterbildungsregelungen nach § 46.1 BBiG ist sehr different:

Während die Absolventenzahlen der weitergebildeten Zahnärzthelferinnen auf eine hohe Arbeitsmarktrelevanz schließen läßt, liegt die Zahl der weitergebildeten Arzthelferinnen im Vergleich dazu auf einem unteren Level. Hier ist zu vermuten, daß zum Teil vorhandene Weiterbildungsregelungen durch die Ausbildungsneuordnung der achtziger Jahre und den erheblichen Strukturwandel im Gesundheitswesen in ihrer Relevanz überholt sind. So stellen Weiterbildungsmöglichkeiten oft nur eine Wiederholung und Vertiefung der Erstausbildung dar oder werden Inhalte aus Regelungen nach § 46.1 BBiG zum Teil in Zusatzkursen bereits in der Ausbildung ausgewählten Gruppen von Auszubildenden angeboten. Die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, die darüber eröffnet werden, sind auf das bisherige Tätigkeitsspektrum beschränkt.

31 Grund- und Strukturdaten 1997/98. Hrsg.: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, Bonn 1997, S. 119.

32 Vgl. Hecker, Ursula: Arzthelferinnen – Fünf Jahre nach der Ausbildung. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 134, Herausgeber: BIBB 1991.

Auf aktuelle Weiterbildungsbedürfnisse sowie auf die aus den veränderten strukturellen Rahmenbedingungen (Gesundheitsstrukturgesetz, Pflegeversicherungsgesetz) resultierenden Qualifikationsbedarfe (z.B. Anforderungen aus dem Verwaltungsbereich [einschließlich kaufmännischer Anforderungen], der Gesundheitsprophylaxe, neuen Medizintechniken) wird mit den bestehenden Qualifizierungskonzepten nicht oder nur bedingt eingegangen.

Bei der Analyse der bestehenden Fortbildungsprüfungsordnungen der Länder, insbesondere bei den Arzthelferinnen (z. Teil auch bei den Zahnarzthelferinnen) zeigt sich, daß die dort fixierten Prüfungsinhalte der Aufstiegsfortbildungen weitgehend eine Reparatur- bzw. Kompensationsfunktion zur Ausbildung aufweisen.

Insgesamt sind die Verwertungsmöglichkeiten der in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Berufspraxis erworbenen Qualifikationen sehr begrenzt. Es mangelt für die ärztlichen Helferinnenberufe an horizontalen und vertikalen Auf- und Durchstiegsmöglichkeiten. Derzeit gibt es keine akzeptablen Perspektiven, die aus der beruflichen Sackgasse herausführen.

Prinzipiell ist ein unterschiedlicher Entwicklungsverlauf in den Bereichen Zahn-, Human- und Veterinärmedizin zu verzeichnen:

- ▶ Mit Ausnahme des Saarlandes wurden in allen Bundesländern zur Weiterbildung von Zahnarzthelferinnen verschiedene Kammerregelungen nach § 46.1 BBiG erlassen, die von den Weiterbildungsteilnehmerinnen in hohem Maße angenommen werden. Gegenwärtig existieren 31 unterschiedliche Regelungen in 15 Bundesländern. Da diese Regelungen größtenteils in den neunziger Jahren – also nach Inkrafttreten der neuen Ausbildungsordnung (1989) – erlassen worden sind, ist davon auszugehen, daß sie den aktuellen Stand der Veränderungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen – insbesondere den Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin weg von der Zahnsanierung hin zu einer umfassenden präventiven Versorgung – widerspiegeln. In den Bundesländern werden für Zahnarzthelferinnen neben den Weiterbildungen nach § 46.1 BBiG unregelte themenbezogene Weiterbildungen wie zum Beispiel im chirurgischen Bereich oder auch in der Kieferorthopädie angeboten. Immer häufiger werden heute von Zahnärzten alternative Praktiken wie Hypnose, Akupunktur oder Homöopathie in die Behandlung integriert.
- ▶ Geregelt Weiterbildungen zur fortgebildeten Zahnarzthelferin – fachkundlicher Nachweis/Aufstiegsfortbildung – finden wir gegenwärtig in vier Bundesländern, zur Zahnmedizinischen Fachhelferin in zwölf Bundesländern, zur Zahnmedizinischen Verwaltungshelferin in sieben Bundesländern, zur Zahnmedizinischen Prophylaxe-Helferin in fünf Bundesländern, zur Dentalhygienikerin in zwei Bundesländern und zur Kieferorthopädischen Prophylaxe-Helferin in einem Bundesland.
- ▶ Die auf Länderebene geregelten Weiterbildungen nach § 46.1 BBiG weisen zwischen den zugehörigen Regelungen einen niedrigen Grad der Einheitlichkeit und Koordination auf. Fortbildungsordnungen mit gleicher Berufsbezeichnung unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland zum Teil erheblich in den Zulassungsvoraussetzungen, den Inhalten, den Prüfungsverfahren sowie der Fortbildungsdauer. Wel-

che beruflichen Qualifikationen z.B. eine Zahnmedizinische Fachhelferin hat, kann nur mit Blick auf das jeweilige Bundesland, indem die Fortbildungsprüfung absolviert wurde, beantwortet werden. Die Unterschiedlichkeiten der Regelungen lassen keinen Zusammenhang zu divergierenden regionalen Bedarfen erkennen.

Um eine Qualitätsverbesserung der bestehenden Aufstiegsfortbildungen bezüglich Ganzheitlichkeit und Stimmhaftigkeit zu erlangen, ist demnach zu untersuchen, ob sie einer Vereinheitlichung sowie insbesondere einer Abstimmung mit der Ausbildung bedürfen. So ist es z.B. besonders befähigten auszubildenden Zahnarzhelferinnen im Bereich der Zahnärztekammer Hamburg möglich, nach dem zweiten Ausbildungsjahr zusätzlich zur Erstausbildung bereits die Weiterbildung zur zahnmedizinischen Verwaltungshelferin zu durchlaufen.

Ein grundsätzlicher Neuordnungsbedarf in der Ausbildung von Zahnarzhelferinnen im Hinblick auf die zwischenzeitlich im Gesundheitswesen feststellbaren Veränderungen ist von den Sozialpartnern bereits angemeldet. Bei einem entsprechenden Neuordnungsverfahren gilt es, Schnittstellen zwischen Aus- und Weiterbildung neu zu definieren.

- Die Ausbildung zur Arzhelferin wurde 1985 neu geordnet. Der Erlaß der Mehrzahl der Weiterbildungsregelungen nach § 46.1 BBiG erfolgte - analog den Zahnarzhelferinnen - in den neunziger Jahren. 7 Bundesländer verfügen über solche „neuen“ Weiterbildungsregelungen; nur zwei Länder prüfen noch nach Regelungen, die aus der Zeit vor der Neuordnung der Ausbildung stammen. Um so überraschender ist die Tatsache, daß die Teilnehmerzahl an geregelten Weiterbildungsmaßnahmen für Arzhelferinnen bundesweit sehr gering ist (ca. 1.500). Im Gegensatz zur Weiterbildung der Zahnarzhelferinnen stellt sich bei der Weiterbildung von Arzhelferinnen die Frage, warum sie nur in so geringem Maße goutiert wird. Es ist zu vermuten, daß mit den bestehenden Qualifizierungskonzepten für Arzhelferinnen in der Humanmedizin - trotz „relativ neuer“ Weiterbildungsregelungen - nicht oder nur bedingt auf aktuelle Weiterbildungsbedürfnisse sowie auf die aus den veränderten strukturellen Rahmenbedingungen (Gesundheitsstrukturgesetz, Pflegeversicherungsgesetz) resultierenden Weiterbildungserfordernisse (z.B. Anforderungen aus dem Verwaltungsbereich, der Gesundheitsprophylaxe, Praxismanagement) eingegangen wird. Insbesondere die zunehmende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor, die verstärkte Herausbildung von Praxisverbänden und Gemeinschaftspraxen, die Vernetzung von Praxen, die Stärkung der Prävention, der häuslichen Versorgung usw. werden erhebliche Veränderungen der Qualifikationsanforderungen an die Arzhelferinnen nach sich ziehen. Auf die aus diesen Entwicklungen im Gesundheitswesen resultierenden Veränderungen im Aufgabenspektrum und dementsprechenden beruflichen Anforderungen muß in den Weiterbildungsregelungen reagiert werden. Das wird auch durch das Angebot von themenbezogenen, unregelmäßig weitergeführten Weiterbildungsmaßnahmen und die entsprechende Teilnahme belegt. Nachgefragt wird Weiterbildung insbesondere auf Gebieten wie ambulantes Operieren, Abrechnungsfragen, Gesundheitspädagogik und Prävention, Ausbildungsfragen, aber auch Weiterbildung für Anforderungen in speziellen Facharztpraxen.

Bei der Weiterbildung der Arzthelferinnen ist demnach zu fragen, ob die relativ neuen Regelungen bereits wieder überholt sind und somit am Markt vorbeiquifizieren. Außerdem gilt es zu durchdenken, ob die genannten Veränderungen nicht auch eine Überprüfung der Ausbildung und ein gewandeltes Verhältnis von Aus- und Weiterbildung erfordern.

- Bis zum Jahre 1993 gab es für Tierarzthelferinnen mit mehrjähriger Berufserfahrung im gesamten Bundesgebiet keine Aufstiegsmöglichkeit im Rahmen der beruflichen Weiterbildung. Gegenwärtig existieren in Baden-Württemberg und Nordrhein Fortbildungsregelungen zur Tierarztfachhelferin nach § 46.1 BBiG. Die dazu angebotenen Weiterbildungsmaßnahmen werden aber von den Tierarzthelferinnen nicht in erwartetem Maße angenommen. Aus Forschungssicht ist zu ermitteln, warum diese Aufstiegsfortbildung bei den Tierarzthelferinnen bislang auf so geringes Interesse und so wenig Zustimmung stößt.

Aufgrund der geschilderten Problemlage ist es das Ziel eines Forschungsprojektes im Bundesinstitut für Berufsbildung auf Grundlage einer umfangreichen Analyse der bestehenden Weiterbildungsangebote, eine Empfehlung für ein an den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes orientiertes beschäftigungswirksames Aus- und Weiterbildungskonzept für Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen zu erarbeiten, das den Markterfordernissen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung in der Bundesrepublik sowie den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen entspricht. Dazu ist notwendig, die aktuellen Weiterbildungsbedürfnisse im Bereich der Primärversorgung für diese Berufsgruppe zu ermitteln und mit dem gegenwärtigen Stand der Aus- und Weiterbildung zu vergleichen.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen insgesamt zur strukturellen und inhaltlichen Gestaltung von Weiterbildungsgängen in der Gesundheits- und Sozialpflege, insbesondere zur Systematisierung beruflicher Karriereplanung in diesem Bereich beitragen.

3.12 Beispiel Altenpflege – wie berufliche Fort- und Weiterbildung auch „gelesen“ werden sollte³³

Die Gesundheits- und Sozialberufe sind sehr fort- und weiterbildungsintensive Berufe und dies, obwohl es sich hier um ein frauenspezifisches Berufs- und Tätigkeitsfeld handelt.³⁴ Zum ersten Mal wird dies im Vergleich zur Weiterbildungsintensität und zum Weiterbildungsumfang in Industrie, Handwerk, Handel und öffentlichem Dienst im Berichtssystem Weiterbildung (VI) der Bundesregierung von 1996 empirisch belegt. Im differenzierten Branchenvergleich verzeichnet die Branche Gesundheitswesen, Medizin sowie sonstige Dienstleistungen überdurchschnittliche Teilnahmequoten der Erwerbstätigen an Weiterbildung: Das Gesundheitswesen liegt hinter der Branche Banken und Versicherungen an zweiter Stelle, die sonstigen Dienstleistungen an vierter Stelle von insgesamt 14 Branchenkategorien.³⁵ Das Spektrum der Gründe ist generell sehr breit. Die Spitzengruppe der mit Weiterbildung verbundenen Interessen sind: „Anpassung an neue Entwicklungen oder Anforderungen im Beruf“, „Vermeidung beruflicher Verschlechterungen“ sowie „Erreichen beruflicher Verbesserungen“. Interesse an kompensatorischer Weiterbildung wird sehr viel seltener geäußert, so der Weiterbildungsbericht der Bundesregierung.³⁶

Demgegenüber liest sich die Begründung für Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege etwas anders, so daß wir zu dem Schluß kommen, daß die herausragende Intensität der Weiterbildungsteilnahme – zusammen mit den gewählten Themen – als deutliche Indizien für fehlqualifizierende Ausbildung und vorbereitete Berufsfucht zu werten sind.

Fortbildung:

70% der Befragten besuchen bereits im ersten Ausbildungsjahr durchschnittlich drei Fortbildungen – mit Themen, die eigentlich als „Schlüsselqualifikationen“ in der Ausbildung eine zentrale Rolle hätten spielen sollen. Im Mittelpunkt stehen Wissensvermittlungen in Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Arzneimittellehre.

Diese Themen stehen (ergänzt um eine Reihe von zyklisch neu definierten „Modethemen“ wie Validation und Kinästhetik) bis ins dritte Berufsjahr an erster Stelle. Erst danach gewinnen Fortbildungsthemen, die sich mit der Kompensation berufstypischer psychischer Belastungen auseinandersetzen, an Bedeutung und stehen 1996 zum ersten Mal an erster Stelle. Dies muß unseres Erachtens als deutliches Zeichen für die mit

33 Aus BECKER, W., MEIFORT, B.: Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? In: Dr. med. Mabuse – Zeitschrift im Gesundheitswesen Nr. 11, Januar/Februar 1998, S. 41-47

34 Im Durchschnitt beteiligen sich Frauen seltener an beruflicher Weiterbildung als Männer. Vgl. BMBFT (Hrsg.): Berichtssystem Weiterbildung VI. Bonn 1996

35 Ebda., S. 190 f

36 Ebda., S. 85

der Dauer der Berufsarbeit zunehmende „Unerträglichkeit“ des Berufs gewertet werden.

Weiterbildung:

1997 haben ca. 50% der befragten AltenpflegerInnen eine Aufstiegsweiterbildung besucht. Rechnet man diejenigen ab, die für sich explizit die Übernahme von „Leitungspositionen“ ablehnen, sind bereits am Ende des vierten Berufsjahres die im Beruf erreichbaren Positionen (oder besser gesagt: Nischen?) besetzt. Das heißt: „Berufliche Entwicklung“ findet von diesem Zeitpunkt an – wenn überhaupt – nicht mehr in der Altenpflege statt, sondern als meist teuer erkaufte (Weiterbildungs-)Fluchtbewegung aus dem Beruf heraus. Gerichtet ist diese Fluchtbewegung vorzugsweise auf die Beschäftigungstherapie sowie die Physiotherapie/Krankengymnastik.

Neben den erheblichen Kosten, die mit einer solchen Weiterbildung in ein neues berufliches Tätigkeitsfeld verbunden sind, ergibt sich ein weiteres Problem: Verlässliche Weiterbildungsstrukturen, die einen kontrollierten und planbaren Umstieg im eigenen Tätigkeitsfeld oder in benachbarte Berufsbereiche, also beispielsweise die Rehabilitation oder Sozialpädagogik, ermöglichen könnten stehen für die AltenpflegerInnen nicht zur Verfügung.

BARBARA MEIFORT

3.13 Modulares Weiterbildungskonzept „Haus- und Familienpflege“ (Gesundheitspflegerin/-pfleger)

Seitdem das Pflegeversicherungsgesetz in Kraft getreten ist, sind eine Vielzahl an institutionalisierten hauspflegerischen Diensten entstanden. Deshalb sind dringend Steuerungsansätze zur Qualitätssicherung im Bereich der Hauspflege erforderlich. Inzwischen ist die vom Bundesinstitut für Berufsbildung auf Weisung der Bundesregierung bundeseinheitliche Fortbildungsverordnung „FachhauswirtschaftlerIn für ältere Menschen“ in Kraft getreten.³⁷ Diese Verordnung kann aber nur als erster Schritt betrachtet werden, wie ein erweitertes hauspflegerisches Versorgungs- und Betreuungsangebot durch entsprechende fachliche Qualifizierungen des dort einzusetzenden Personals abzudecken ist.

Zwar ist Hauswirtschaft wesentlicher und integrativer Bestandteil von Hauspflege. Das bedeutet, daß eine hauswirtschaftliche Vorbildung für die Aufgaben der Hauspflege unerlässlich ist – sei es als vorangegangene Ausbildung oder als Bestandteil der Bildungsmaßnahme für die Hauspflege. Aber der Bereich "Hauspflege" ist ein Teilbereich

37 Vgl. hierzu den Abschnitt 3.5

der Gesundheits- und Sozialpflege und erfordert eine umfassende sozialpflegerische Qualifizierung: Jede personenbezogene, pflegende Arbeit muß in ihren Standards und Qualifikationen fachlich-inhaltlich unzweideutig abgesichert sein. Da Hauspflege in der Regel Einzelarbeit ist, werden an die fachliche Qualifikation und die Verantwortung der Berufsangehörigen zudem eindeutig höhere Anforderungen zu stellen sein als an beruflich Pflegende in stationären Einrichtungen, in denen ständig weitere Pflegefachkräfte zur Unterstützung zur Verfügung stehen. Im Rahmen des vom BIBB 1994 entwickelten Reformkonzepts für die Pflegeberufe wird dieser Entwicklung mit der Schaffung eines eigenständigen Ausbildungsberufs für die ambulante häusliche Pflege Rechnung getragen.³⁸ Für die Ausbildung zur/zum „Gesundheitspfleger/in“ sind grundsätzlich zwei alternative Qualifizierungswege vorstellbar – sowohl als Ausbildungs- als auch als Weiterbildungskonzept. Das Bundesinstitut für Berufsbildung hatte bereits 1990 im Rahmen eines Vorschlags für eine bundeseinheitliche Ausbildung (nach den Vorgaben des BBiG) zur „Hauspflegefachkraft (Haus- und Familienpflege)“ eine Weiterbildungskonzeption für den Bereich der Hauspflege entwickelt.³⁹ Das modulare Weiterbildungskonzept zielt darauf ab, die vorhandene Berufsstruktur nicht weiter zu zersplittern und die hauswirtschaftliche Grundorientierung und -qualifikation, wie sie bei dem Beruf „Haus- und Familienpflege“ vorhanden ist, zu stärken. Das heißt, als Leitberuf für neue berufliche Qualifizierungskonzepte im Pflegebereich soll ein bereits etablierter und geeigneter Pflegeberuf dienen.⁴⁰ Dabei ist das Weiterbildungskonzept für bereits in diesem Bereich Berufstätige gedacht, weil in dieser Gruppe die wesentliche quantitative Ressource zur zusätzlichen Personalgewinnung für die Pflegearbeit gesehen wird.⁴¹

Der Bildungsgang fußt auf einem , das bei der quantitativ großen Gruppe nicht hinreichend fachlich qualifizierter Pflegehilfskräfte (beispielsweise Stationshilfen, Schwesternhelferinnen, Hauspflegehelferinnen) ansetzt. Er soll ihnen entsprechend ihren jeweils besonderen Interessen und Präferenzen hinsichtlich Einkommenssicherung, zeitlicher Autonomie usw. anrechenbare auf- und ausbaubare Qualifikationsbündel bis hin zum Abschluß auf dem Niveau staatlich anerkannter Pflegeberufe anbieten. Das heißt, wir setzen an zusätzlich erschließbaren Personalressourcen an und versuchen auf dem

38 Vgl. hierzu den Abschnitt 3

39 Vgl. MEIFORT, B.: Häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen – umfassende Aufgaben und neue Berufsprofile: zum Beispiel Hauswirtschaft. In: DIES. (Hrsg.): Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Alsbach 1991, S. 59ff. Von dem ursprünglichen Arbeitstitel „Hauspflegefachkraft“ wurde zwischenzeitlich Abstand genommen, weil durch Berufsbezeichnungen mit dem Zusatztitel „Fachkraft“ Irritationen hinsichtlich des Qualifikationsniveaus entstehen könnten. Als Arbeitstitel ist vorstellbar: „Fachfrau/-mann für Betreuung und Pflege“ oder „Gesundheitspfleger/in“.

40 Mit der Schaffung eines entsprechenden Ausbildungsberufs für die häusliche Pflege und Betreuung nach § 25 BBiG („Gesundheitspfleger/in“) wäre dieser neue eigenständige Ausbildungsberuf der „Leitberuf“ für das modulare Weiterbildungskonzept (vgl. Abschnitt 3)

41 So belegen beispielsweise Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), daß die Nachwuchsquote für Pflegeberufe angesichts abnehmender Jahrgangszahlen sich nicht nennenswert erhöhen lassen. Vgl. INSTITUT FÜR ARBEITSMARKT- UND BERUFSFORSCHUNG: Teilarbeitsmarkt „Kranken- und Altenpflege“ – Situation und Perspektiven. Nürnberg, November 1990, S. 9 f

Weg der Anerkennung ihres Erfahrungswissens Bildungs- und Motivierungsstrategien zu entwickeln, die der zunehmenden Polarisierung zwischen den etablierten Standards von Professionalität und sozialer Sicherheit auf der einen Seite und dem wachsenden Schattenarbeitsmarkt „geringfügiger“ und sozial ungesicherter Arbeit in der Pflege entgegenwirken.

Als Einstieg in dieses Modell zur Professionalisierung der Hauspflege dient die vom Hauptausschuß des Bundesinstituts empfohlene Basisqualifizierung für die Gruppe der pflegerisch formal nicht qualifizierten Laienkräfte im gesundheits- und sozialpflegerischen Bereich.⁴² Dieser Qualifikationsbaustein soll so angelegt sein, daß er die beruflichen Grundqualifikationen der Laien (anerkannte Familienarbeit, anerkannte Beschäftigung als Pflegehilfskraft) revidiert, systematisiert und die TeilnehmerInnen auf einen nach dem Berufsbildungsgesetz anerkannten Berufsabschluß vorbereitet. Gedacht ist dabei an eine Externenprüfung vor der zuständigen Stelle gem. § 40 BBiG zur Hauswirtschafterin.⁴³

Darauf aufbauend kann ein Weiterbildungsgang nach § 46,2 BBiG anschließen, der bis zum staatlich anerkannten Abschluß zur/zum „Gesundheitspfleger/in“ mit den drei Fachrichtungen „*Familienhaushalte mit Kindern*“, „*Altenhaushalte*“ und „*Behindertenhaushalte*“ führt – gleichwertig zum vorhandenen „Leitberuf“. Zugangsmöglichkeiten zur Weiterbildung haben sowohl die AbsolventInnen der Externenprüfung gem. § 40 BBiG im Anschluß an die Basisqualifizierung als auch – als SeiteneinsteigerInnen – TeilnehmerInnen mit einer abgeschlossenen erzieherischen, hauswirtschaftlichen oder sozialpflegerischen Ausbildung. Der Weiterbildungsgang kann mit einem berufstauglichen Zwischenabschluß entsprechend dem Niveau der „Fachhauswirtschafterin für ältere Menschen“ unterbrochen werden. Das heißt, jeder einzelne Baustein und jede Stufe muß gesicherten fachlichen Standards des etablierten Leitberufs entsprechen, damit der Weiterbildungsabschluß vom Niveau her gleichwertig ist.

Innovative Berufsbildung, so die zentrale Idee, die dem modularen Weiterbildungskonzept zugrundeliegt, besteht weniger darin, krampfhaft nach "neuen" Berufen zu suchen; vielmehr wird sich die berufliche Relevanz veränderter und neuer Qualifikationsbündel, die sich durch Weiterbildung entwickeln, erst in einem längeren Prozeß im Beschäftigungssystem entwickeln und behaupten müssen. Statt eines vordergründigen Aktionsmus' wird es eher darauf ankommen, vielfältige flexible, an den individuellen berufs- und biografischen Besonderheiten orientierte Zugangswege zu vorhandenen tragfähigen berufsqualifizierenden Abschlüssen zu eröffnen; damit wird eine lebenslaufbezogene Qualifizierungs- und Karriereplanung im Sinne lebenslangen Lernens für die einzelnen erst als lebensgestaltende Kategorie erfahrbar. Durch eine flexible, aber quali-

42 Vgl. hierzu die Hauptausschuß-Empfehlung vom 19.6.1989 zur Gestaltung einer Fortbildungskonzeption für Beschäftigte in Sozialstationen. In: Bundesanzeiger Nr. 120 vom 1.7.1989

43 Vgl. hierzu beispielsweise auch KUHN, F.-G.: Modulare Qualifizierungskonzepte in gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen. In: MEIFORT, B. (Hrsg.): Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern. Berichte zur beruflichen Bildung, Band 221. Berlin/Bonn 1998

tätssichernde Gestaltung der Berufsbildung wird die Leerformel vom „lebenslangen Lernen“ mit Sinn erfüllt.

BARBARA MEIFORT

4 Weiterbildungsforschung im BIBB im Bereich personenbezogener Dienstleistung – eine Profilbestimmung

Personenbezogene Dienstleistungen sind nach einer Definition des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) „*Dienstleistungen immaterieller Art für einzelne, für Personengruppen und für die Gesellschaft insgesamt*“. Tätigkeitsschwerpunkte sind beispielsweise Pflegen, Heilen, Erziehen, Beraten, Unterrichten, Informieren usw. Insgesamt werden für diesen Bereich 2.546 Berufsbenennungen aufgeführt.⁴⁴ Nur ein geringfügiger Anteil davon beruht auf staatlich geregelten Qualifizierungsgängen.

Zwar fallen in allen Wirtschaftsbereichen die Zahl der staatlich geregelten Aus- und Weiterbildungsberufe und der Erwerbsberufe erheblich auseinander; bezeichnend für die Berufsbildungssituation im personenbezogenen Dienstleistungsbereich ist jedoch nicht eine zu geringe Zahl an staatlich geregelten Qualifizierungsgängen und Berufen, als vielmehr die große Zahl an länderspezifischen Besonderheiten in der Berufsbildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe. Nur 16 der Gesundheits- und Sozialberufe verfügen über bundeseinheitlich geregelte Bildungsgänge; für weitere 26 Berufe sind demgegenüber in über 90 unterschiedlichen Länderregelungen die Ausbildungswege geregelt. Ausschließlich die Ausbildung der drei ArzthelferInnenberufe (Arzt-, Zahnarzt- und TierarzthelferIn) sowie des Berufs des/der pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten (ehemals ApothekenhelferIn) sind bundeseinheitlich auf der Grundlage des BBiG geregelt. Es existiert keine einzige Fortbildungsordnung des Bundes in diesem Bereich; 43 Weiterbildungsberufe, -funktionen und -zusatzqualifikationen sind in über 60 verschiedenen Verordnungen, Erlassen und Gesetzen der Länder geregelt. Darüber hinaus sind mindestens 10 Weiterbildungsberufe gemäß § 46,1 BBiG geregelt. Die Zahl derjenigen Gesundheitsberufe, deren Ausbildung nicht staatlich geregelt ist, nach denen aber dennoch „ausgebildet“ wird (z.B. Heilpraktiker) ist gegenwärtig nicht überschaubar. Besonders im Schnittfeld von Gesundheits- und Sozialwesen und Betriebswirtschaft/Verwaltung sind in letzter Zeit zahlreiche regionale Fortbildungsregelungen gemäß § 46.1 BBiG als insbesondere auch unregelte Bildungsmaßnahmen unterschiedlicher Zielrichtung und Dauer entstanden. Diese Intransparenz wird neuerdings noch um spezifische Studiengänge bereichert. Neue Studiengänge zusätzlich zu den klassischen Studiengängen im Gesundheits- und Sozialwesen, wie Medizin, Psychologie, Sozialarbeit

44 Vgl. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 1/88, S. 152

und -pädagogik sind im wesentlichen erst in den 90er Jahren aufgebaut worden. Nach unseren Recherchen müßten inzwischen bereits mindestens 25 Studiengänge gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Art sowie aus angrenzenden Disziplinen an Hochschulen und Universitäten existieren sowie noch einmal etwa die doppelte Anzahl an Fachhochschulen.

4.1 Forschung zu „Qualifikationsentwicklungen in personenbezogenen Dienstleistungsbereichen“

Vornehmliche Aufgabe der Abteilung „Qualifikationsentwicklungen in personenbezogenen Dienstleistungsbereichen“ im BIBB ist es angesichts dieser Situation, über Forschung Transparenz zu schaffen über Qualifikations- und Berufsstrukturen, über Benachteiligungen im Aus- und Weiterbildungssystem, über Qualitätsmängel hinsichtlich der organisatorischen und inhaltlichen Gestaltung der Bildungsmaßnahmen. Der zweite Aufgabenschwerpunkt besteht darin, konkrete Hilfen zur Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Berufsbildungspraxis zu leisten. Dies geschieht über die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für Bildungsmaßnahmen, -einrichtungen und -personal für konkrete Berufe, durch die Mitwirkung an der Schaffung bundesweit gültiger Abschlüsse und die exemplarische Entwicklung von Lehrgängen und Konzepten von beruflichen Bildungsmaßnahmen. Hierzu wurden im BIBB von der Abteilung „Qualifikationsentwicklungen in personenbezogenen Dienstleistungsbereichen – Schwerpunkt Gesundheit, Soziales, Erziehung“ Qualifikationsstrukturanalysen (z.B. für die verschiedenen pflegerischen Tätigkeitsfelder) durchgeführt, Berufs- und Qualifizierungskonzepte (z.B. Konzept zur integrierten Ausbildung von AltenpflegerInnen und ErzieherInnen; modulares Weiterbildungskonzept zur Hauspflege) entwickelt und bei der Entwicklung und Vorbereitung von bundesweit gültigen Fortbildungsregelungen und -abschlüssen auf der Grundlage von § 46,2 BBiG (FachhauswirtschaftlerIn, geprüfter SchwimmeisterIn) mitgewirkt.

Seit Mitte der 90er Jahre werden in der Qualifikationsforschung des BIBB in den personenbezogenen Dienstleistungsbereichen neue Akzente in der Weiterbildungsforschung gesetzt. Anlaß sind die derzeitigen Umbrüche im Beschäftigungsfeld insbesondere der Gesundheits- und Sozialberufe. Aufgrund der demografischen Entwicklung, der Veränderung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, wie sie das Gesundheitsstrukturgesetz und das Pflegeversicherungsgesetz setzen sowie der damit verbundenen Entwicklung der Organisationsstrukturen im Gesamtversorgungssystem (z.B. Dezentralisierung, Ausgründung, Diversifizierung, Spezialisierung, Trägervielfalt, Privatisierung), befindet sich das Gesundheitssystem derzeit in einem grundlegenden Veränderungsprozeß. Dabei steht die Berufsbildung für die Gesundheits- und Sozialberufe vor erheblichen Anforderungen. Mit Hilfe der Forschung sind deshalb sowohl die Qualifikations- und Berufsstrukturen als auch die Defizite in der organisatorischen und inhaltlichen Gestaltung der Qualifizierungsmaßnahmen transparent zu machen und Lösungswege für die Berufsbildungspraxis aufzuzeigen.

Neue Akzente werden dabei auf zwei Ebenen gesetzt: Zum einen werden Qualifikationsstrukturanalysen in innovativen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens

durchgeführt, die bisher noch nicht mit so dramatischen Umbrüchen konfrontiert waren wie der Pflegebereich bereits seit den 80er Jahren. Auf einer zweiten Ebene werden grundlegende Analysen zur Qualität und praktischen Relevanz des Weiterbildungsmarktes in diesem grundsätzlich sehr weiterbildungsintensiven Dienstleistungsbereich durchgeführt. Hier werden auch aus dem eher frauenspezifischen Blickwinkel anhand exemplarisch ausgewählter Sektoren und Funktionsbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens die Qualifikationsleistungen und die Funktion von beruflicher Weiterbildung untersucht

4.2 Forschungsprojekte des BIBB zur beruflichen Weiterbildung im Gesundheitswesen

Im Mittelpunkt der Arbeit im Bereich der Weiterbildungsforschung zu personenbezogenen Dienstleistungen steht eine grundlegende Strukturanalyse zur beruflichen Weiterbildung im Berufsfeld Gesundheit/Soziales. Ausgangspunkt dieses Forschungsprojektes sind die Ergebnisse aus einer Befragung von Altenpflegekräften in den alten Bundesländern, wonach der Besuch von Fortbildungsmaßnahmen überwiegend mit Ausbildungsdefiziten begründet wird. Aufgrund der hohen physischen und psychischen Belastungen in diesem Arbeitsfeld fällt umgekehrt auf, daß berufliche Umstiegsmöglichkeiten im Berufsfeld und entsprechende Weiterbildungsangebote offensichtlich fehlen. In dieser Situation kommt einer grundlegenden Strukturanalyse von Angebot und Verwertbarkeit beruflicher Fort- und Weiterbildung im Kernbereich der Gesundheits- und Sozialpflege grundsätzliche Bedeutung zu. Auf der Grundlage einer umfangreichen Analyse des Fort- und Weiterbildungsangebots sowie von Stellenanzeigenanalysen und Befragungen von Beschäftigten und Betrieben ist es Ziel des Projektes, Aussagen zur Qualität und praktischen Relevanz der Weiterbildungsangebote im Hinblick auf horizontale und/oder vertikale berufliche Mobilität aus Teilnehmersicht zu machen.⁴⁵

Ergänzt wird diese Weiterbildungsstrukturanalyse durch Felduntersuchungen in ausgewählten innovativen Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens: der Medizintechnik sowie der Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Ziel dieser Projekte ist es, die Auswirkungen von Innovation und Umstrukturierungen auf die Beschäftigungschancen und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten der in diesen Bereichen Beschäftigten zu untersuchen und die daraus resultierenden Weiterbildungsbedürfnisse und -bedarfe zu ermitteln.

Die Felduntersuchungen in der Medizintechnik und in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation gehen von ganz gegensätzlichen Entwicklungen aus. Die Medizintechnik ist seit langem ein expandierendes Tätigkeitsfeld, in dem gerade im ökonomischen Kontext und im Zusammenhang mit der wachsenden Bedeutung der luK-Techniken zukünftig erhebliche innovative Entwicklungen zu erwarten sind. Immer mehr Berufsgruppen

45 Vgl. BECKER, W.: Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales – Weiterbildung als Instrument beruflicher Entwicklungsplanung (Strukturanalyse zur beruflichen Weiterbildung (Forschungsprojekt 4.1006)

im Gesundheitswesen werden von der zunehmenden Technisierung erfaßt. Aus qualifikatorischer Sicht dürften aus dieser Entwicklung nicht allein vielfältige technisch induzierte Weiterbildungsbedürfnisse und -bedarfe resultieren, die dem berechtigten Interesse nach einer verbesserten Beherrschung der Technik entspringen. Vielmehr ist zu erwarten, daß sich in diesem expandierenden innovativen Tätigkeitsfeld eine Vielzahl neuer beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten ergeben, die das Spektrum an qualifizierten beruflichen Einsatzfeldern im Gesundheitswesen erheblich erhöhen.⁴⁶

Das Forschungsprojekt im Bereich der Gesundheitsförderung und Rehabilitation befaßt sich mit den Auswirkungen auf die Beschäftigungschancen und beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, die aus den Veränderungen in der gesundheits- und sozialpolitischen Gesetzgebung in jüngster Zeit resultieren. Während bis weit in die 90er Jahre dieser Bereich stetige und erhebliche Beschäftigungszuwächse aufwies, ist zu vermuten, daß in Zukunft in den klassischen Tätigkeitsfeldern von Gesundheitsförderung und Rehabilitation (insbesondere in Rehabilitations- und Kurkliniken sowie in Praxen freiberuflich niedergelassener Physiotherapeuten) abhängig beschäftigte Fachkräfte in großer Zahl freigesetzt werden. Auf der anderen Seite kann bereits seit längerem im Bereich privat finanzierter Gesundheitsförderung, im Bereich Gesundheitssport und Gesundheitstourismus das Entstehen neuer Tätigkeitsfelder beobachtet werden. Für die berufliche Mobilität der Fachkräfte aus dem klassischen Tätigkeitsfeld bietet dieser Entwicklungsprozeß, der mit einem zunehmenden Gesundheitsbewußtsein, insbesondere auch mit dem wachsenden Interesse an gesundheitsbewußter Freizeit- und Urlaubsgestaltung zusammenhängt, vielfältige neue berufliche Einsatzmöglichkeiten; er ist deshalb aus qualifikatorischer Sicht von spannendem Interesse.⁴⁷

Abgerundet wird die Weiterbildungsforschung im Bereich der Berufe des Gesundheitswesens durch drei Forschungsprojekte, denen sowohl bildungs- als auch frauenpolitische Exemplarität zukommt. Am Beispiel der Arbeit von Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzt-helferInnen in der Primärversorgung und des Arbeitsfeldes der Altenpflege wird auf der Ebene der Facharbeit sowie am Beispiel des Funktionsbereichs Leitung und Management auf der mittleren Funktionsebene in sozialen und Gesundheitsdiensten nach den Verwertungsmöglichkeiten beruflicher Qualifikationen, die unterhalb der (Fach-) Hochschulebene erworben wurden und nach den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten der Fachkräfte gefragt.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und veränderten Finanzierungsregelungen haben Leitungen und Management von Gesundheitsbetrieben und sozialen Diensten vor grundlegend neue Aufgaben gestellt. Statt ein Standardangebot an gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen auf der Basis einer Vollkostenerstattung regelgerecht sicherzustellen, gilt jetzt der Markt: Maßgeschneiderte Produkte zu einer Qualität und zu einem Preis anzubieten, die die Konkurrenz nicht zu scheuen brauchen. Qualitätsarbeit, Flexibilität, Kreativität, Kundenorientierung sind Schlüsselbegriffe dieser neuen

46 Vgl. KRAMER, H.: Berufsfeldanalyse im Bereich medizintechnische Assistenz Tätigkeiten (Medizintechnik; FP 4.1010)

47 Vgl. PODESZFA, H.: Neue Qualifikationsanforderungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation am Beispiel der Physiotherapie (FP 4.1009)

Unternehmensstrategie. Eine so umfassende Management- und Leitungsaufgabe, die Planung, Finanzierung, Organisations- und Personalentwicklung professionell miteinander verbindet, ist mit den vorherrschenden Funktionsprofilen und Weiterbildungsmaßnahmen für Führungskräfte jedoch nicht mehr angemessen zu bewältigen. Aus betrieblicher Sicht ist deshalb Weiterbildung für Managementaufgaben prioritär, insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe. Deren betriebliche Konkurrenzfähigkeit wird gestärkt, wenn es deren Management gelingt, über die Schaffung attraktiver Arbeitsplätze betriebliche Karrierewege für leistungsstarke MitarbeiterInnen zu eröffnen und so gerade die qualifizierten und motivierten Fachkräfte an den Betrieb gebunden werden können.⁴⁸

Fort- und Weiterbildung sind jedoch nicht nur ein Indikator für sich verändernde Qualifikationsanforderungen und für sich eröffnende berufliche Perspektiven. Sie können auch Aufschlüsse über die Qualifikationsleistung der vorangegangenen Ausbildung liefern. In dieser Hinsicht sind mindestens zwei Forschungsprojekte des BIBB von Bedeutung. Bei zwei völlig unterschiedlichen Berufsgruppen - bei Arzt- und ZahnarztthelferInnen einerseits sowie bei Altenpflegekräften andererseits - ergeben sich deutliche Anhaltspunkte dafür, daß in typischen Segmenten frauenspezifischer Berufsbildung Weiterbildung gar nicht in erster Linie die Funktion zugeordnet ist, berufliche Entwicklung zu unterfüttern und berufliche Karrieren einzuleiten. Vielmehr wird Weiterbildung hier vorrangig eine Reparaturfunktion beigemessen, unmittelbar nach Ausbildungsabschluß die größten Ausbildungsdefizite zu kompensieren.⁴⁹

4.3 Auf dem Weg in die Dienstleistungsgesellschaft

Wirtschaft und Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland befinden sich seit langem in einem Veränderungsprozeß von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft: „Während 1950 in Westdeutschland nur ein Drittel aller Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor tätig war, sind es heute etwa 60%.“⁵⁰ Inzwischen sind die klassischen Wirtschafts- und Beschäftigungsbereiche von einem anhaltend starken Arbeitsplatzabbau – und hier insbesondere in den Sektoren der Niedrigqualifikationen – geprägt. Demgegenüber zählen die personenbezogenen Dienstleistungsbereiche zu den innovativen Wachstumsfeldern für qualifizierte Berufsbildung und Beschäftigung. Vorliegende Projektionen zur Entwicklung des Arbeitskräftebedarfs stimmen darin überein,

48 Vgl. CSONGÁR, G.: Untersuchung der Beschäftigungsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs in mittleren Positionen des Gesundheits- und Sozialwesens – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung (FP 4.1008)

49 Vgl. METTIN, G.: Arbeitsmarkt - Weiterbildung - professionelle Entwicklung: Berufliche Weiterbildung von Arzt-, Zahnarzt- und TierarztthelferInnen (FP 4.1009); sowie MEIFORT, B., BECKER, W.: Ausbildung, Weiterbildung und berufliche Entwicklung von Altenpflegekräften in Deutschland – Ergänzungs- und Wiederholungsbefragung zur Berufszufriedenheit und zur Verwertungsmöglichkeiten beruflicher Qualifikationen in der Altenpflege (FP 4.2008)

50 SCHNUR, P.: Sektorale Entwicklung der Beschäftigung in Deutschland. In: ALEX, L., TESSARING, M. (Hrsg.): Neue Qualifizierungs- und Beschäftigungsfelder. BIBB/IAB-Workshop. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Berlin/Bonn 1996, S. 37

daß bis zum Jahre 2010 in allen Wirtschafts- und Beschäftigungsbereichen, auch in den Dienstleistungssektoren, 70% aller Arbeitsplätze im Bereich mittlerer und gehobener Positionen angesiedelt sein werden; für die restlichen 15 - 18 % wird eine Hochschulbildung erforderlich sein.⁵¹ Das bedeutet bei einer differenzierten Betrachtung des Dienstleistungssektors, daß die Beschäftigung bei den sogen. primären Dienstleistungen (z.B. Büro- und Handelstätigkeiten wie Ein- und Verkaufen, allgemeine Büroarbeiten; allgemeine Dienste wie Lager-, Versand-, Transporttätigkeiten; oder Dienstleistungen, die direkt konsumiert werden, wie Reinigen, Bewirten/Verköstigen, Körperpflege) zurückgeht, bestenfalls stagniert. Demgegenüber werden nach den o.g. Projektionen bei den sekundären Dienstleistungen (wie Disponieren, Management, Forschen, Entwickeln, Planen, Rechtsberatung, Betreuen/Pflegen, Heilbehandlung, Beraten, Erziehen, Lehren, etc.) deutliche Beschäftigungszuwächse erwartet.⁵² In diesen Bereichen dürften sich danach die Zuwächse insbesondere auf Fachkräfte mit abgeschlossener Berufsausbildung und mit Fachhochschulbildung konzentrieren.

Die Beantwortung der Frage nach den Chancen und Risiken des Strukturwandels für Berufsbildung und Beschäftigung kann sich deshalb nicht in der Schaffung sog. *neuer Berufe* vornehmlich in Dienstleistungsfeldern oder dienstleistungsnahen Tätigkeitsfeldern erschöpfen. Vielmehr hängen Risiken und Chancen der Zukunft der Arbeit entscheidend davon ab, inwieweit es gelingt, speziell in den sogen. sekundären Dienstleistungen, d.h. in den Dienstleistungssektoren mit gehobenen Qualifikationsanforderungen an den Arbeitsplätzen – wie z.B. gesundheitsbezogene und soziale Dienstleistungen – den Beschäftigungsanteil im Bereich qualifizierter Berufsarbeit auszubauen. Wie die bisherigen Analysen in den gesundheits- und sozialpflegerischen Tätigkeitsfeldern sowie in der Gesundheitsförderung und Rehabilitation und in der Primärversorgung im Tätigkeitsfeld der Arzthilfe nahelegen, ist es nämlich keineswegs zwangsläufig, daß beschäftigungsintensive Dienstleistungssektoren ausgerechnet im Bereich der qualifizierten Arbeitsplätze automatisch Beschäftigungszuwächse erfahren – zumindest dann nicht, wenn es sich dabei um traditionelle frauenspezifische Sektoren handelt.

51 Vgl. CHABERNY, A.: Beschäftigungschancen von Frauen im Strukturwandel. In: *ibv* Nr. 51 vom 20.12.1995, S. 4010

52 DIES., *ebda*, S. 4011