

- [11] Die sofortige Einberufung ist vor allem eine Folge der rückläufigen Jahrgangsstärken Ende der 60er Jahre und eines 1984 verfügbaren Erlasses, Studienberechtigte unverzüglich einzuziehen, sofern sie das wünschen bzw. keinen Ausbildungsplatz eingenommen haben.
- [12] 19 Prozent der männlichen und 6 Prozent der weiblichen Entlassschüler des Jahres 1986 haben neben dem Reifezeugnis auch eine Berufsausbildung – fast ausschließlich eine betriebliche – abgeschlossen.  
Frauen mit (a) Abitur = 3 Prozent,  
mit (b) Fachhochschulreife = 21 Prozent;  
Männer mit (a) Abitur = 4 Prozent,  
mit (b) Fachhochschulreife = 61 Prozent.
- [13] Vater hat: Universitätsexamen = 17 Prozent; Fachhochschulexamen = 21 Prozent; Abitur = 23 Prozent; Mittlere Reife = 22 Prozent; Hauptschulabschluß = 23 Prozent.

#### Literaturverzeichnis

BAETHGE, M., HARTUNG, D., TEICHLER, U., 1985  
Studium und Beruf – Neue Perspektiven für die Beschäftigung von Hochschulabsolventen. Gutachten im Auftrag der GEW und der Hans-Böckler-Stiftung. Frankfurt, Oktober (Manuskript)

BMBW (Hrsg.)  
1983 ff Berufsbildungsbericht 1983 ff

IBW = Informationen Bildung Wissenschaft, verschiedene Jahrgänge

1985 a Werthaltungen, Zukunftserwartungen und bildungspolitische Vorstellungen der Jugend 1985. Eine Repräsentativitätsbefragung des EMNID-Instituts. Studien Bildung Wissenschaft, Band 20. Bonn

1986 a Bildung heute. Bedeutung und Anerkennung in der Gesellschaft. Repräsentativuntersuchung des Instituts für Demoskopie Allensbach. Studien Bildung Wissenschaft, Band 29. Bonn

BUND-LÄNDER-KOMMISSION für Bildungsplanung und Forschungsförderung 1985 Künftige Perspektiven von Hochschulabsolventen im Beschäftigungssystem. Bericht verabschiedet am 24. Juni 1985. Bonn

1987 Künftige Perspektiven von Absolventen der beruflichen Bildung im Beschäftigungssystem. Materialien zur Bildungsplanung, Heft 15. Bonn

DURRER-GUTHOF, Franz, KAZEMZADEH, Foad, 1984  
Berufliche Ausbildung – Alternative zum Studium. Ergebnisse einer Untersuchung zum Übergangverhalten von Studienberechtigten von der Schule zu weiterführender Ausbildung. Hochschulplanung, Band 53. Hannover: HIS GmbH

DURRER-GUTHOF, F., PIESCH, R., SCHAEFER, H., 1986  
Studienberechtigte 83. Studienentscheidung – Einfluß von Arbeitsmarkt und Studienfinanzierung. Hochschulplanung, Band 57. Hannover: HIS GmbH

HERGET, Hermann, 1985  
Abiturienten in der Berufsausbildung – Studienaufschub oder Studienverzicht? In: KAISER, M., u. a. (Hrsg.): Berufliche Verbleibsforschung in der Diskussion. Materialienband 2. Studienberechtigte, berufliche Ausbildung und Hochschule. BeitrAB 90.2. Nürnberg, S. 77–96

1988 a Abiturienten mit betrieblicher Ausbildung vor der Wahl. Studieren oder Geld verdienen? Analysen zur Ausbildung und beruflichen Integra-

tion von Absolventen des Jahres 1984. Bonn: Manuskript, Veröffentlichung vorgesehen in der Reihe „Berichte zur beruflichen Bildung“ des Bundesinstituts

1988 b Berufseinstieg heute: Konzeptionelle Überlegungen und Ergebnisse zum Übergang Jugendlicher in die Arbeitswelt. In: DEUTSCHES JUGENDINSTITUT (Hrsg.): Jugend im Übergang in Arbeit und Beruf – Rahmenbedingungen, Maßnahmen, Forschungsansätze. Ein Tagungsbericht. München: DJI (im Druck)

HERGET, Hermann; LEWIN, Karl, 1985  
Abiturienten vor der Entscheidung: Studium oder Berufsausbildung? Entwicklungstrends der Ausbildungswahl seit Anfang der 70er Jahre. In: Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit. 1985/31 vom 31.7.1985

HERGET, H., SCHÖNGEN, K., WESTHOFF, G., u. a. 1987  
Berufsausbildung abgeschlossen – was dann?  
Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung zum Übergang der Jugendlichen nach Abschluß einer betrieblichen Berufsausbildung in das Beschäftigungssystem. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin/Bonn 1987 (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 85)

LEWIN, Karl, 1985  
Strategien von Studienberechtigten-Jahrgängen auf dem Weg zum Beruf. In: KAISER, M., u. a. (Hrsg.): Berufliche Verbleibsforschung in der Diskussion. Materialienband 2. Studienberechtigte, berufliche Ausbildung und Hochschule. BeitrAB 90.2. Nürnberg, S. 147–183

LEWIN, K., LESZCZENSKY, M., SCHACHER, M., 1985  
Deutsche Studienanfänger im Dezember 1984/85 in 27 ausgewählten wissenschaftlichen Hochschulen – Studienwunsch und Studienwahl, berufliche Orientierungen. Hannover: HIS GmbH, März 1985

LEWIN, Karl, SCHACHER, Martin  
1982 Studienberechtigte 78 – Studienaufnahme, Studienfinanzierung, Zufriedenheit. Bestandsaufnahme zwei Jahre nach Erwerb der Hochschulreife und Vergleich mit Studienberechtigten 76. Hochschulplanung, Band 42. Hannover: HIS GmbH

1987 Studienanfänger im Wintersemester 1986/87. Immer mehr Abiturienten an Fachhochschulen. Hochschulplanung. Band 62. Hannover: HIS GmbH

MERTENS, Dieter, 1984  
Das Qualifikationsparadox. Bildung und Beschäftigung bei kritischer Arbeitsmarktperspektive. In: Zeitschrift für Pädagogik 30. Jg. (1984), Heft 4, S. 439 ff

PEISERT, Hansgert, 1967  
Soziale Lage und Bildungschancen in Deutschland. München: Pieper

PEISERT, Hansgert, DAHRENDORF, Ralf, 1967  
Der vorzeitige Abgang vom Gymnasium. Bildung in neuer Sicht, Reihe A, Nr. 6. Villingen: Neckar-Verlag

PRESSE- UND INFORMATIONSAMT DER BUNDESREGIERUNG 1984  
Das bildungspolitische Konzept der Bundesregierung, in: Bulletin Nr. 85 vom 12. Juli 1984, S. 753 ff

STEGMANN, Heinz, KRAFT, Hermine  
1983 Abiturient und Berufsausbildung. Nachfrage nach Ausbildungsplätzen, Übergang in eine betriebliche Berufsausbildung und späteres Studium. In: MittAB 16. Jg. (1983), Heft 1, S. 28–38

1987 Knapp zehn Jahre nach dem Abitur: Ausbildungs- und Berufswege von Studienberechtigten des Entlassjahres 1976 bis Ende 1985. In: MittAB 20. Jg. (1987), Heft 4, S. 410–440

Barbara Meifort

## Berufliche Diskriminierung von Frauen in „Frauenberufen“: Das Beispiel „Gesundheitsberufe“

Die gegenwärtige Situation der Berufsbildung und Berufsbildungsforschung im Bereich der Gesundheitsberufe wird unter dem Aspekt „berufliche Benachteiligung von Frauen“ einer kritisch bewertenden Analyse unterzogen. Ausgehend von der Tatsache, daß sogenannte „typische Frauenberufe“ für Ausbildung und Beruf von Frauen weiterhin eine große Bedeutung behalten, wird das Berufsfeld „Gesundheit“ als exemplarisches Berufsfeld sogenannter Frauenberufe analysiert. Ziel ist es, Ansätze für offene und versteckte sowie für nicht (mehr) bewußt wahrgelebene Diskriminierungen von Frauen im Berufsbildungs-

und Beschäftigungssystem eines Teilarbeitsmarktes aufzuzeigen, der gemeinhin als ein Frauenarbeitsmarkt besonderer Art und Güte gilt.

### 1 Berufsbildungsforschung in „Frauenberufen“

Nachdem das Argument widerlegt war, Frauen seien aufgrund geringerer formaler Qualifikation beruflich benachteiligt, wurde das Berufsspektrum als entsprechendes (Ersatz-)Argument für die weiterhin offenkundige berufliche Benachteiligung von

Frauen herangezogen. Frauen, so wurde in der Diskussion über „Problemgruppen“ des Berufsbildungs- und Arbeitsmarktsystems behauptet, werden (zwangsläufig) benachteiligt, weil sie sich in Ausbildung und Beschäftigung vorzugsweise auf eine enge Zahl von Berufen konzentrierten. Letzten Endes lenken solche Erklärungsmuster der beruflichen Benachteiligung von Frauen jedoch von der Analyse grundsätzlicher Diskriminierungstatbestände in der Berufsbildung ab.

Tatsache ist, daß Ansätze zur beruflichen Förderung von Frauen, die darauf zielen, verstärkt Möglichkeiten zur Erweiterung des Berufswahlspektrums für Frauen zu erschließen, bislang nur von einer – gemessen an der Gesamtzahl der weiblichen Auszubildenden – geringen Zahl der Betroffenen genutzt werden konnten; 1984 waren dies 7,5 Prozent aller weiblichen Auszubildenden, die beispielsweise im Rahmen der Modellversuche zur Öffnung gewerblich-technischer Berufe für Frauen ausgebildet wurden. [1] Nach den zunächst recht erfolgreich angelaufenen und vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft mit Millionenaufwand unterstützten Modellversuchen lag der Frauenanteil bei Bewerbungen in diesem Bereich Ende 1985/Anfang 1986 nur noch in einer Größenordnung von lediglich 3 Prozent. [2] Zum anderen waren auch die Informationen über die Durchsetzbarkeit in diesen Berufen erworbenen Qualifikationen für Frauen auf dem Arbeitsmarkt bislang wenig ermutigend: „Mädchen, die in bislang typischen Männerberufen im gewerblich-technischen Bereich ausgebildet wurden, haben offensichtlich beträchtliche Schwierigkeiten, nach der Lehre eine Festeinstellung in ihrem Ausbildungsberuf zu finden. Nach Untersuchungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung finden junge Frauen mit einer Ausbildung für einen Frauen- oder Mischberuf häufiger einen Arbeitsplatz als mit einer Qualifikation in einem Männerberuf.“ [3] „Bundesweit sind nach Abschluß der Ausbildung nur 64,7 Prozent der jungen Facharbeiterinnen und Gesellinnen im erlernten Beruf tätig geblieben. 6,8 Prozent wurden arbeitslos.“ [4]

Das heißt: In Ausbildung und Beschäftigung konzentrieren sich Frauen weiterhin auf sogenannte „frauentypische“ Berufe. Neben den „anerkannten Ausbildungsberufen“ wie Friseurin, Verkäuferin, Bürokauffrau, Arzthelferin, Verkäuferin im Nahrungsmittelhandwerk, Industriekauffrau, Zahnarzthelferin, Einzelhandelskauffrau, Bankkauffrau und Bürohilfin steht hier die große Zahl von Berufen, für die nicht im dualen System, sondern in den (überwiegend) schulischen Ausbildungsgängen ausgebildet wird. Es handelt sich hierbei vorwiegend um Dienstleistungsberufe. Das sind, abgesehen von den kaufmännischen Berufen, vor allem die sozialpädagogischen und die therapeutisch-pflegerischen Berufe. In der berufsbildungspolitischen Diskussion über die Benachteiligung von Frauen wird mit dem Argument, daß Frauen sich auf eine – angeblich – geringe Zahl von Ausbildungsberufen konzentrierten, immer die Vielzahl typischer Frauenberufe, zu denen in schulischen Ausbildungsgängen ausgebildet wird, übersehen. „Übersehen“ werden damit auch die vielfältigen Diskriminierungsansätze in Berufsbildung und Beschäftigung in diesen Berufen. Am Beispiel des Teilarbeitsmarktes Gesundheit, der gemeinhin als Frauenarbeitsmarkt besonderer Art und Güte gilt, läßt sich zeigen, daß in Berufsfeldern von Frauen Arbeitsteilung, Spezialisierung und Rationalisierung bestimmendes Strukturierungskriterium für die Berufsbildungspolitik sind. Ausgehend von der grundsätzlichen Aufgabe, die Qualität der Berufsbildung zu erhöhen, muß es daher Aufgabe der Berufsbildungsforschung bei Maßnahmen zum Abbau beruflicher Diskriminierung von Frauen sein, gerade auch in den sogenannten „typischen Frauenberufen“ nach Ansätzen für offene und versteckte Benachteiligung in der Berufsbildung zu forschen, an die wir uns schon gewöhnt haben oder die wir einfach für gegeben hinnehmen. Weil, so die Hypothese, die sogenannten „typischen Frauenberufe“ für Frauen auch weiterhin ihre Bedeutung behalten, wird es weniger darauf ankommen, Frauen „... rein formal den Zugang zu Männerberufen zu verschaffen“. [5] Viel wichtiger ist es, die Bedingungen

der Arbeitswelt zu analysieren, insbesondere auch in den Bereichen, in denen Frauen vorrangig beschäftigt sind, um diese „Bedingungen ... mit(zu)bestimmen, die hierarchischen Organisationen und Verwaltungsstrukturen ab(zu)bauen und die Aufteilung der Arbeit (zu) verändern.“ [6]

## 2 Die quantitative Bedeutung des Berufsfeldes Gesundheit für die Berufssituation von Frauen

Das Gesundheitswesen hat außer seiner wichtigen gesellschaftspolitischen Funktion der Gesundheitsförderung und -sicherung eine erhebliche arbeitsmarktpolitische Bedeutung. Es expandierte zwischen 1970 und 1980, in zehn Jahren, um 73 Prozent – von 439.067 auf 761.300 Beschäftigte in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen – und von 1980 bis 1982 abermals um 14 Prozent auf 871.000 Beschäftigte. [7] Aufgrund des überdurchschnittlich hohen Frauenanteils ist es sowohl ein wichtiger Teilarbeitsmarkt als auch ein bedeutender Berufsbildungsbereich für Frauen.

Alein 109.000 von insgesamt 208.000 (Berufsfach-)Schülern besuchten 1984 die Schulen des Gesundheitswesens. 86 Prozent von ihnen waren weiblich. [8] Hinzu kamen 1984 noch einmal 69.700 Auszubildende (Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen); der Anteil der Frauen betrug hier 99 Prozent. [9] Berufe wie Arzthelferin, Zahnarzthelferin, Krankenschwester, medizinisch-technische Assistentin usw. stehen bei der Nennung der Berufswünsche unter Schulabgängerinnen neben Berufen wie Kindergärtnerin, Verkäuferin, Friseurin usw. seit Jahren ungebrochen an der Spitze.

Daß sich die nichtärztlichen Gesundheitsberufe bei Frauen großer Beliebtheit erfreuen, läßt sich entsprechend auch für das Beschäftigungssystem nachweisen. Die Bedeutung des Berufsfeldes „Gesundheitswesen“ für Frauen wird deutlich, wenn man bedenkt, daß hier von den nahezu 900.000 Erwerbstätigen der Anteil an Frauen im Durchschnitt 87 Prozent beträgt. Er reicht in den verschiedenen Berufsgruppen und in den einzelnen Berufen dieses Berufsfeldes von 60 bis 99 Prozent: Am niedrigsten ist der Frauenanteil bei den therapeutisch-rehabilitativen Berufen, am höchsten bei der zweitgrößten Berufsgruppe, den Arzt- und Zahnarzthelferinnen (Berufe in der Primärversorgung); in der zahlenmäßig größten Berufsgruppe, den Pflegeberufen, liegt er bei 85 Prozent. Geringfügige Frauenanteile verzeichnen – neben den akademisch ausgebildeten Ärzten – bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen insbesondere die Berufe Masseur/med. Bademeister, Rettungssanitäter und Heilpraktiker. [10]

## 3 Gesundheitsberufe – Frauenberufe – Sackgassenberufe

Wie im folgenden gezeigt wird, sind Arbeitsteilung, Spezialisierung, Rationalisierung und in ihrer Folge Dequalifizierung, Verdrängung, Arbeitslosigkeit und Streß als beschäftigungspolitische Merkmale sogenannter „typischer Frauenberufe“ auch das Kennzeichen der Berufssituation von Frauen im Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite kennzeichnen arbeitsplatzbezogene, eng spezialisierte Ausbildung, fehlende Durchlässigkeit, fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten, berufliche Sackgassen als berufsbildungspolitisches Spiegelbild der beschäftigungspolitischen Situation des Berufsbildungssystem im Gesundheitswesen. Dies ist das Ergebnis einer vorrangig an Verwertungsinteressen ausgerichteten Berufsbildungspolitik. Diese stetige Anpassung der Berufs- und Qualifikationsstruktur an die expansiven technologischen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen im Beschäftigungssystem begründet die berufliche Benachteiligung von Frauen im Berufsfeld Gesundheit.

### 3.1 Die Entwicklung der Arbeitsstrukturen im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen expandierte in den vergangenen Jahren beständig. Diese Entwicklung führte tendenziell zu einer Vergrößerung und Zentralisierung der Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung sowie zu Spezialisierung und Arbeitstei-

lung zwischen den Einrichtungen und innerhalb der Einrichtungen. Es entwickelten sich Spezialabteilungen, Spezialeinrichtungen, spezielle Funktionsabteilungen und Spezialstationen; zentrale Dienste wurden gebildet und zunehmend automatisiert; andere Dienste wurden abgeschafft und nach außen an externe Einrichtungen abgegeben. Vergleichbare Entwicklungen lassen sich für die ambulante und stationäre Versorgung nachweisen. [11]

Expansion des Gesundheitswesens sowie Effektivitäts- und Kostengesichtspunkte und die wachsenden technischen Möglichkeiten in der Medizin haben die Arbeitsstrukturen im Gesundheitswesen nachhaltig geprägt. Immer mehr Medizintechnik, immer mehr technikorientierte Verfahren wie Spezialisierung und Arbeitsteilung dominierten das Gesundheitswesen und die gesundheitliche Versorgung. Ganzheitliche Aufgabenbereiche wurden dadurch auseinandergerissen und auf die verschiedenen Spezialeinrichtungen und -abteilungen verteilt oder an externe Einrichtungen abgegeben.

### 3.2 Die Entwicklung der Berufs- und Qualifikationsstrukturen im Berufsfeld Gesundheit

Die expansiven strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen und vor allem die alle Behandlungsverfahren dominierende Technik wirkten sich nach innen auf die Berufsangehörigen, auf ihre Arbeitsstrukturen, auf die Organisation ihrer Aufgabewahrnehmung aus. Dementsprechend veränderten sich die Berufs- und Qualifikationsstrukturen.

In den hochspezialisierten Einrichtungen, Spezialabteilungen und Funktionsbereichen wurden für diese Organisationseinheiten und Einrichtungen entsprechend hochspezialisierte Arbeitsplätze geschaffen und in der Folge wurden für diese speziellen Arbeitsplätze immer stärker spezialisierte Berufe entwickelt. Klassische Medizinalfachberufe wie Krankenschwester und MTA spezialisierten sich. Gerade auch aufgrund der medizintechnischen Entwicklung im diagnostisch-technischen Bereich entstanden neue Berufe, z. B. Zytologieassistentin infolge der Expansion der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen als Kassenregelleistung. Im Rehabilitationsbereich führte der institutionelle Aufbau von Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation zur Schaffung und Expansion spezieller Rehabilitationsfachberufe.

Für die wachsende Zahl immer stärker spezialisierter Berufe wurden fachlich spezialisierte Ausbildungsgänge eingerichtet. Zwar ist seit Verabschiedung des Berufsbildungsgesetzes, also seit 1969, weitgehend Allgemeingut, daß eine breite Grundlagenausbildung in der Ausbildung die langfristigen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten grundsätzlich und besser fördert als eine frühe Spezialisierung. Aber im Berufsfeld Gesundheit wurde dieser Anspruch bisher nicht eingelöst. Vielmehr wurde die ursprünglich eher berufsständisch begründete Abgrenzung der Gesundheitsberufe bildungspolitisch durch Rechtsverordnungen, Gesetze und Erlasse verrechtlicht. Damit wurde die zersplitterte Berufsstruktur durch ein Netz differenzierter spezialisierter, voneinander abgeschotteter, hierarchisch aufgebaute Aus- und Weiterbildungsgänge festgeschrieben.

Insgesamt zählen wir für 15 Ausbildungsberufe neun verschiedene bundesrechtliche Ausbildungsvorschriften; für weitere elf Ausbildungsberufe 26 Länderregelungen und zusätzlich für 18 Weiterbildungsberufe im Gesundheitswesen 33 Länderregelungen. [12] Daneben existiert noch eine Reihe unregelter Berufe mit zum Teil großer gesellschafts- und gesundheitspolitischer Bedeutung und hoher Verantwortung, wie beispielsweise Rettungssanitäter, Heilpraktiker. Versucht man, die Spezialisierungen und Zersplitterungen zu ordnen, so stellt man fest, daß sie sich völlig unsystematisch und nach unterschiedlichsten Kriterien entwickelten: Zum Beispiel nach Altersgruppen der Patienten (Krankenschwester – Kinderkrankenschwester – Altenpflege), nach Organen und Methoden (z. B. Logopädie für Stimm- und Sprachtherapie und Orthoptistik für die Schulung des Sehvermögens; oder passiv-rehabilitative Methoden der Massage und

Hydrotherapie sowie aktiv-rehabilitative Methoden der Krankengymnastik), nach dem Technikeinsatz (beispielsweise MTA-L für den Laborbereich und MTA-R für den Röntgenbereich), oder auch nach dem vorherrschenden Aufgaben- und Funktionsverständnis, das von diesen Berufen besteht (z. B. die drei Berufe in der Arzthilfe in Abhängigkeit von der prinzipiellen ärztlichen Fachrichtung Human-, Zahn- und Tiermedizin).

Neben der horizontalen Zersplitterung fällt die Hierarchisierung der Berufe auf. Zum einen ist der berufliche Status, d. h. gesellschaftliches Ansehen und Bewertung, die sich auch in einer entsprechenden tariflichen Eingruppierung niederschlagen, zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sehr unterschiedlich. Zum anderen gibt es zusätzlich zu den verschiedenen nichtärztlichen Berufen des Gesundheitswesens noch eine Reihe sogenannter „Helfer/Helferinnen-Berufe“. Das sind wiederum Hilfsberufe für die Heilhilfe- bzw. Assistenzberufe (beispielsweise Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe usw.).

Der größte Teil der Berufe hat nur relativ kurze, in der Regel zweijährige Ausbildungsgänge. Sie sind sehr eng spezialisiert und arbeitsplatzspezifisch ausgerichtet mit zum Teil zwar sehr hohen, aber so spezifischen Anforderungen und Qualifikationen, daß sie nur wenig Verwendungsvielfalt bieten. In einer vergleichenden Analyse der Ausbildungsinhalte in den Ausbildungsgängen unterschiedlicher nichtärztlicher Gesundheitsberufe wurde festgestellt, daß in den meisten Ausbildungsgängen alle Fächer zu berufsspezifisch unterrichtet werden und allgemeine Informationen aus dem Berufsfeld für alle Berufe zu kurz kommen. Bezüge zwischen den verschiedenen Fächern werden kaum hergestellt. Dadurch wird zusammenhängendes, problemorientiertes Wissen nur ansatzweise und eher zufällig vermittelt. [13] Vor allem aber bieten Berufe mit sehr eng spezialisierten, arbeitsplatzspezifisch ausgerichteten und zum Teil zwar hohen, aber sehr speziellen Anforderungen nur wenig Verwendungsvielfalt. Damit wird der **Sackgassencharakter der nichtärztlichen Gesundheitsberufe** erklärt.

Im Zuge von Technologisierung und Arbeitsteilung wurden aber nicht nur neue Berufe geschaffen, wurde nicht nur spezialisiert und hierarchisiert, sondern auch zunehmend rationalisiert. Vor allem im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe setzten mit zunehmender Finanzierungsverschlechterung verstärkt Rationalisierungsprozesse ein. Durch die Tendenz zur Teilung und Verkürzung von bestehenden Ausbildungsgängen, zur Abspaltung von Einzelaufgaben und Hierarchisierung wurden bestehende Ausbildungsgänge rationalisierungsfähig, da ganzheitliche Aufgaben zerstückelt und höherqualifizierte abgespalten wurden. So ist zu erklären, daß trotz hoher Fluktuation und Abwanderung (die in dem niedrigen Durchschnittsalter der Beschäftigten zum Ausdruck kommen) auch die Arbeitslosigkeit steigt. Zum Beispiel betrug die Arbeitslosenquote in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen 1983 noch 7,2 Prozent. Mit 9,3 Prozent im Jahre 1985 näherte sich die Arbeitslosenquote im Gesundheitsbereich der generellen Arbeitslosenquote an [14]; d. h., der gute Ruf von den „krisenfesten“ Berufen im Gesundheitswesen ist inzwischen hinfällig. Die steigende Tendenz bei der Arbeitslosigkeit ist ebenfalls ein Ausdruck des Sackgassencharakters dieser Berufe. Abgesehen davon, daß sich generell die zukünftigen Beschäftigungschancen im Dienstleistungsbereich gerade für Frauen nicht unverändert positiv entwickeln werden, sind hier die fehlenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb einer sowohl horizontal als auch vertikal weit verzweigten und eng spezialisierten Struktur von Hilfs- und Assistenzberufen ursächlich. Einerseits ist eine Spezialausbildung in der Regel kürzer und deshalb billiger als eine breite Ausbildung (mit entsprechenden tarifpolitischen Konsequenzen nach der Ausbildung). Andererseits verfügen Berufe, die speziell ausgebildet wurden, nur über Spezialwissen. Ihnen fehlt die inhaltliche Basis für eine umfassende, das ursprüngliche Tätigkeitsfeld übergreifende Arbeit bei Veränderungen im ursprünglichen Arbeitsbereich.

Neben der steigenden Arbeitslosigkeit insgesamt ist die Berufsstruktur der Arbeitslosen im Berufsfeld Gesundheit ein weiteres Indiz für die Sackgassenausbildung einzelner Gesundheitsberufe. Die fehlenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten angesichts der Fragwürdigkeit einer rein arbeitsplatzbezogenen Schmalspurausbildung fallen besonders bei den Berufen in der Arzthilfe ins Auge. Sie sind seit Jahren mit nahezu gleichbleibenden Anteilen von über 40 Prozent an der Gesamtzahl der Arbeitslosen in diesem Berufsfeld am stärksten betroffen. Abgesehen von der Perspektivlosigkeit dieser Ausbildung kommt hier auch zum Ausdruck, daß der Grundsatz „Regelung der Berufsbildung nach Berufsbildungsgesetz“ allein nicht ausreicht, um die Diskriminierung von Frauen in Frauenberufen abzubauen. Die Situation der Berufe in der Arzthilfe bestätigt nämlich, daß die Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze für Arzt- und Zahnärztinnen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte den Nachwuchsbedarf um ein Vielfaches übersteigt. Das heißt aber auch, daß ganz offensichtlich die Ausbildung von Mädchen in diesem Bereich für die Praxisinhaber/Praxisinhaberinnen wesentlich lohnender ist als die Einstellung fertig ausgebildeter Arzt- und Zahnärztinnen.

Der Sackgassencharakter der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ist aber auch Ausdruck einer einseitigen Weiterbildungspolitik. Die weitgehende Einsicht in der Berufsbildungspolitik, daß eine fachliche Spezialisierung erst in der Weiterbildung erfolgen sollte, wird im Berufsfeld Gesundheit nämlich insofern konterkariert als auf den zersplitterten, eng spezialisierten Ausbildungsberufen noch weitergehende Spezialisierungen im Weiterbildungsbereich aufbauen und der Sackgassencharakter damit weiter verschärft wird. Die Berücksichtigung veränderter Aufgaben für **berufsübergreifende Weiterbildungsgänge**, beispielsweise im Bereich der Medizintechnik, wurde bislang dagegen kaum in Erwägung gezogen. [15] Inzwischen haben Männer, angelockt „durch die Faszination der Technik“, entwicklungssträchtige Gebiete in der Medizintechnik, z. B. Kardiotechnik, besetzt. Hier deuten sich frappierende Ähnlichkeiten zu anderen frauentypischen Dienstleistungsbereichen an. Beispielsweise stieg im Bereich der Büroberufe – einer bisherigen Frauendomäne, die bislang aufgrund der Entwicklung der modernen Bürotechnik als gefährdeter Berufsbereich für Frauen angesehen wurde – zwischen 1980 und 1982 der Anteil der hier beschäftigten Männer um 9 Prozent, während die Zahl der hier beschäftigten Frauen im gleichen Zeitraum um 5 Prozent sank. Dabei ist schon längst nicht mehr klar, ob die Frauen in den Büroberufen von den technischen Geräten verdrängt worden sind, oder nicht eher „... von der durch die Faszination der Technik angelockten (männlichen – B. M.) Konkurrenz“. [16]

#### 4 Das Berufs- und Handlungsverständnis

In der frauenspezifischen Berufswahl und dem offensichtlichen Desinteresse an sogenannten entwicklungsträchtigen Tätigkeitsbereichen im Gesundheitswesen kommt eine spezifische weibliche Erwartungshaltung gegenüber den Gesundheitsberufen zum Ausdruck. Entsprechend der gesellschaftlichen Rollenteilung und der dabei definierten Zuständigkeit der Frau für den Bereich der Sorge, des Hegens und Pflegens spielen persönliche Beziehungsmomente in der Berufsarbeit, Interaktion und Kommunikation für Frauen häufig eine große Rolle. Sie werden unter dem Schlagwort „Umgang mit Menschen“, „Menschen helfen“ in der Regel als zentrales Berufswahlmotiv von Frauen in Gesundheitsberufen angeführt.

Unter den geschilderten Berufs- und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen lassen sich personenbezogene Beziehungsmomente zwischen den Berufsangehörigen und zwischen Berufsangehörigen und Patienten jedoch kaum noch befriedigend aufbauen. Angesichts von Rationalisierungsprozessen und Stellenstreichungen haben Arbeitsintensität und Streß für die Beschäftigten in der Gesundheitsarbeit zugenommen. In einer neueren

empirischen Untersuchung wurden als Belastungsfaktoren insbesondere repetitive Tätigkeiten, Zeitdruck, Überstunden, Schicht- und Nacharbeit und die körperliche Anstrengung allgemein genannt. [17] Ausfluß dieser Entwicklung ist eine hohe Unzufriedenheit im Beruf, die sich in der hohen Fluktuation der Berufsangehörigen und Abwanderung aus den beruflichen Sackgassen niederschlägt.

In diesem Zusammenhang muß auch das sogenannte „Helfersyndrom“ gesehen werden. Die im Gesundheitswesen verbleibenden Berufsangehörigen klagen vermehrt über „Ausbrennen“, „Perspektivlosigkeit“. Sich von der Arbeit mit Kranken und Hilfsbedürftigen von der Erwartung nach Fürsorge „ausgesaugt“ zu fühlen, angesichts der unübersehbaren, nicht endenwollenden Notlagen, ständig mit der Begrenzung des eigenen Tuns konfrontiert zu sein, überfordert die im Gesundheitswesen verbleibenden Berufsangehörigen auf die Dauer. Um für die Betroffenen Wege zu finden, wie die Widersprüche zwischen Versorgungsformen, Arbeitsorganisation und berufspolitischer Entwicklung einerseits und neueren gesundheitspolitischen Erkenntnissen über ganzheitliche, patientenorientierte Gesundheitsversorgung andererseits zu bewältigen sind, wurden bislang überwiegend individualisierte Fortbildungsformen gewählt. Dabei werden die Grenzen zwischen eigener Fachlichkeit und strukturellen, arbeitsorganisatorischen Grenzen beruflicher Handlungsmöglichkeiten kaum offengelegt. Nur im Rahmen eines Modellversuchs „Menschengerichte Krankenpflege“, gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, wurden die Möglichkeiten zur Vermittlung von Kompetenzen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung auch in ihrer Abhängigkeit von institutionellen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen thematisiert; die Maßnahmen wurden nach Auslaufen des Versuchs nicht weitergeführt. Ab Winter 1988/89 bietet die ÖTV in einem Modellversuch der Hans-Böckler-Stiftung entwickelte Lehrgänge, die berufsfachliche Inhalte mit gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Arbeitsbedingungen verknüpfen, als regionale Seminare im Regelangebot an. [18]

Die spezifische weibliche Erwartungshaltung gegenüber den Gesundheitsberufen, die das Berufs- und Handlungsverständnis dieser Berufe prägt, wird nicht nur durch die im Rahmen der gesellschaftlichen Rollenteilung definierte Zuständigkeit der Frau für den Bereich der Pflege usw. geprägt. In ihr kommt auch die darin definierte Nachrangigkeit eines Berufs für Frauen, allenfalls zu helfen im Sinne von Assistieren – „dem Mann zur Hand gehen“ – zum Ausdruck. Diese geschlechtsspezifische Zuschreibung von Beruflichkeit bei Frauen schlägt sich bereits in der Entwicklung der definitorischen Bestimmungen über Aufgaben und Funktionen sowie in den Berufsbezeichnungen der **nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe** nieder. In Gesetzen, in der amtlichen Statistik und in der Literatur finden sich – in etwa in dieser zeitlichen Folge – die Begriffe: **Heilhilfsberufe**, **medizinische Assistenzberufe**, (übrige) **Gesundheitsdienstberufe**. Diese Bezeichnungen verdeutlichen mehr als alle Berufsbilder und Tätigkeitsprofile, was diese Berufe nach dem gesellschaftlichen Konsens sind, was die Berufsangehörigen tun dürfen oder tun sollen.

Diese bislang immer noch gebräuchlichen Berufssammelbezeichnungen vermitteln eine überwiegend traditionelle Sichtweise vom gesellschaftlich zugeschriebenen Handlungsvermögen dieser Berufsgruppen, das sich in einzelnen Berufsbezeichnungen (wie **Arzthelferin**, **medizinisch-technische Assistentin**) noch besonders verstärkt: **Frauen, die dem Arzt bzw. dem Mediziner helfen bzw. assistieren**. Erst die in letzter Zeit eingeführten Begriffskategorien „**Medizinal-Fachberufe**“ und „(nichtärztliche) **Gesundheitsberufe**“ weisen den Versuch auf, in der Begrifflichkeit zu einem eigenständigen Berufs- und Handlungsverständnis zu kommen. [19]

Die beschriebene traditionelle, geschlechtsspezifische Rollenzuschreibung hat – wie im folgenden bei der Darstellung der Rechtslage gezeigt wird – für die Entwicklung von Berufsbildern in Frauenberufen erhebliche bildungspolitische Konsequenzen.

## 5 Die Rechtslage – versteckte Diskriminierung in Ausbildung und Beruf

Die Diskussion über berufliche Diskriminierung von Frauen im Berufsfeld Gesundheit bedarf auch einer Reflexion der Rechtslage im Bereich der Berufsbildung dieser Berufe. Der Regelungsstatus der beruflichen Bildung im Berufsfeld Gesundheit ist uneinheitlich und unübersichtlich. Neben der Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz gibt es als Rechtsgrundlage besondere Berufsgesetze des Bundes sowie zahlreiche Verordnungen der Länder. Lediglich für die drei ärztlichen Helferberufe (Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferin) erfolgt die Aus- und Weiterbildung nach dem Berufsbildungsgesetz. Die Ausbildung wird nur in diesen Berufen als Ausbildung im sogenannten dualen System anerkannt. Für die übrigen bundesgesetzlich und landesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe findet das Berufsbildungsgesetz keine Anwendung. Zwar ist die Regelungskompetenz des Bundes für die Ausbildung der Gesundheitsberufe unstrittig. [20] Der Bund hat inzwischen auch alle traditionell bekannten und zahlenmäßig am stärksten besetzten Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen geregelt. Das Hebammen- und das Krankenpflegegesetz sind erst jüngst novelliert; an einer Novellierung des Krankengymnastengesetzes und einer bundeseinheitlichen Ordnung der beruflichen Bildung für Rettungssanitäter wird gearbeitet. Damit deutet sich an, daß der Bund in der Ausbildung der Gesundheitsberufe seine Regelbefugnis nach Art. 74 in Verbindung mit Art. 72 Grundgesetz auszuschöpfen gewillt ist.

Durch die Konstruktion, die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für alle Gesundheitsberufe – außer den drei ärztlichen Helferberufen – mit Berufszulassungsgesetzen zu koppeln, gibt es in diesem Bereich so gesehen zwar eine ganze Reihe bundesgesetzlich geregelter Ausbildungsvorschriften. [21] Aber die Ausbildungsgänge werden – **unabhängig von ihrer tatsächlichen Organisation** – pauschal als sogenannte schulische Ausbildungsgänge deklariert, und die Durchführung der schulischen Ausbildung ist nach der föderalistischen Staatsform der Bundesrepublik Deutschland Angelegenheit der Länder. Dies führt letztlich dazu, daß für die Ausbildung Schulgeld erhoben werden kann. Bei einer Anwendung des Berufsbildungsgesetzes wären demgegenüber an die Auszubildenden tarifvertraglich geregelte Ausbildungsvergütungen zu zahlen, und zwar unabhängig davon, ob im Labor, auf der Station oder im Lehrgang in der Schule ausgebildet wird.

Durch die Kopplung „gesetzlich vorgeschriebene Zugangsvoraussetzung des mittleren Bildungsabschlusses“, (daraus abgeleitet) „hohe gesellschaftliche Wertschätzung schulischer Ausbildungsgänge“ und „Schulgeld“ wird zwar eine sehr hohe Erwartungshaltung hinsichtlich des beruflichen Status der Gesundheitsberufe suggeriert, die aber in den tatsächlichen Verhältnissen der Berufsrealität hinsichtlich Beschäftigungschancen und -sicherheit, beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen und Bezahlung keine Entsprechung findet. Insofern stellt die ebenso im Gesundheitswesen wie für viele andere Frauenberufe gängige und geduldete Praxis „... durch Etikettierung als Schule, die Anwendung von Berufsbildungsrecht des Bundes (und vom sonstigen Arbeits- und Wirtschaftsrecht) zu vermeiden, letztlich, weil das teuer ist und die Direktionsfreiheiten erheblich tangiert“ [22] eine **Diskriminierung von Frauen durch das Berufsbildungsrecht** dar. Die Verschleierung dieses Zusammenhangs – das Aufrechterhalten von Klischees um einer auf Kostengesichtspunkte reduzierten Berufsbildungspolitik willen – macht den Ansatzpunkt für die Benachteiligung der Frauen in Berufen des Gesundheitswesens aus.

Abgesehen von der Kostensituation werden Frauen durch die Zuordnung zum Schulrecht aber auch hinsichtlich der Ausbildungsqualität benachteiligt. Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Altenheime, Krankenhäuser, Laboratorien sind „keine öffentlichen Schulen. Soweit sie Ausbildungsfunktionen ausüben, können sie nach den schulrechtlichen Definitionen meist nur Ergänzungsschulen sein. Die staatliche Schulaufsicht ist dann im wesentlichen auf die Registrierung der Einrichtung und auf eine

allgemeine ordnungsrechtliche Überwachung beschränkt.“ [23] Das bedeutet für die Träger der Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen eine große Souveränität und hinsichtlich der Ausbildungsqualität für die Auszubildenden ein erhebliches Gefälle zwischen den verschiedenen Ausbildungsstätten. Fredebeul nennt deshalb nicht umsonst „Kosten“ der Ausbildung und „Direktionsfreiheiten“ in einem Atemzug.

Aber nicht nur die Anwendung von Berufsbildungsrecht diskriminiert Frauen in ihrer beruflichen Entwicklung. Legitimiert durch Art. 74, 19 des Grundgesetzes (GG), der dem Arztberuf eine herausragende Stellung im Berufsfeld Gesundheit einräumt, werden die nichtärztlichen Gesundheitsberufe auf „assistierende Hilfsfunktionen“ eingeschränkt. Die Reduzierung des beruflichen Handlungsspielraums auf die „Arbeit nach ärztlicher Anweisung“ behindert berufsbildungspolitisch die Entwicklung breiter und eigenständiger Aufgabenbereiche und Tätigkeitsprofile auf hohem Qualifikationsniveau entsprechend den Facharbeiter-Berufen in anderen Berufsfeldern. Die Definition von Berufsbildern, des beruflichen Handlungsspielraums und die Festlegung von Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalten stoßen überall da, wo die ärztlichen Tätigkeiten tangiert sind, an Grenzen. Das heißt, durch die im Grundgesetz verankerte herausragende Stellung des Arztes im Gesundheitswesen wird Glauben gemacht, die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe wären ein für allemal auf die ärztliche Weisungsgebundenheit in ihrem beruflichen Tun festgeschrieben. Artikel 74, 19 GG räumt zwar den Heilberufen – und insbesondere den Ärzten einen „beruflichen Ausnahmezustand“ ein, weil die Ärzte das bürgerliche Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit „verletzen“ (dürfen), indem sie z. B. spritzen, schneiden usw., da sie sonst „für ihre beruflichen Tätigkeiten strafrechtlich belangt werden (könnten). Dieser Zusammenhang ist also mit Heilen im rechtlichen Sinne gemeint... Daneben machen aber die verschiedenen Berufe, die sich mit dem Heilen beschäftigen, auch noch sehr viele Sachen, die nicht unbedingt etwas mit Heilen im rechtlichen Sinne zu tun haben.“ [24] Ein Beispiel sind die Angehörigen der Rehabilitationsberufe: Sie arbeiten, auch wenn sie – zum Beispiel bei Kassenvergütungen – auf ärztliche Verordnung hin tätig werden, völlig selbständig, nämlich auch freiberuflich.

Die in der berufspolitischen Diskussion des Pflegepersonals seit Jahren geführten Kämpfe um eine eigenständige Pflege in Abgrenzung zur ärztlichen Tätigkeit und die in diesem Zusammenhang zu sehende Ablehnung des Pflegepersonals, im Berufsalltag immer wieder die ihnen zugemuteten ärztlichen Tätigkeiten zu übernehmen (wie Blut abnehmen, Spritzen geben), sind ein weiteres Beispiel dafür und für die Widersprüchlichkeit, die im Hinblick auf Art. 74 GG in der Realität besteht. Das heißt, die aus dem Grundgesetz abgeleitete herausragende Stellung des Arztes rechtfertigt keineswegs, daß sämtliche Gesundheitsberufe in ihrem beruflichen Handlungsspielraum durch die ärztliche Weisungsgebundenheit eingegrenzt werden. Die Ärzte können auch gar nicht die verschiedenen, sich im Laufe der Zeit verändernden Arbeitsmethoden sämtlicher nichtärztlicher Gesundheitsberufe kennen und beurteilen, geschweige denn verantworten.

## 6 Qualitätsverbesserung der Berufsbildung in „Frauenberufen“

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß Überlegungen zum Abbau von Diskriminierungen von Frauen in Ausbildung und Beruf zunächst davon ausgehen müssen, daß sich weder das Berufswahlverhalten der Frauen, noch das Verhalten der Ausbildungsplatzanbieter in absehbarer Zeit grundlegend ändern dürfte. Das bedeutet, daß die Mehrzahl der Frauen zunächst einmal weiterhin sogenannte „typische Frauenberufe“ wählen wird. Ausgehend von diesem Tatbestand soll für Analysen der Bedingungen und Strukturen in den Bereichen geworben werden, in denen vorrangig Frauen beschäftigt sind, wenn wir ernsthaft darangehen wollen, Diskriminierungen von Frauen zu beseitigen.

Die vorliegende Analyse des Berufsfeldes Gesundheit, eines Teilarbeitsmarktes, in dem die hier ausgebildeten und beschäftigten Frauen einen überdurchschnittlich hohen formalen Schulbildungsabschluß aufweisen und in dem der berufliche Status der Berufe gemeinhin als hoch und angesehen gilt, sollte zweierlei zeigen: Erstens: Die Konzentration von Frauen auf bestimmte Berufsfelder und Berufe ist nicht ursächlich für ihre berufliche Diskriminierung. Zweitens: Diese Diskriminierung ist nicht zufällig oder schicksalhaft. Sie ist vielmehr als systematisch und bewußt verursacht zu erkennen. Insofern sollte sich Berufsbildungsforschung nicht damit abfinden, wenn die Argumentation und berufsbildungspolitischen Maßnahmen auf Nebengeleise – Änderung des Berufswahlverhaltens, Änderung des Berufsspektrums – verschoben werden.

#### Anmerkungen

- [1] Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) Nr. 24, 29.01.1986: Mädchen in „Männerberufen“. In Bonn wurden die Ergebnisse eines Modellversuchs erörtert.
- [2] dpa-Dienst für Kulturpolitik, 23.12.1985, S. 12: Berufsbildung/Frauen, Mädchen in Männerberufen haben Schwierigkeiten bei Festeinstellung.
- [3] ebenda.
- [4] FAZ, Nr. 24, 29.01.1986, a. a. O.
- [5] JANSSEN-JURREIT, M.: Frauenprogramm. In: Dieselbe (Hrsg.): Frauenprogramm. Gegen Diskriminierung. Gesetzgebung – Aktionspläne – Selbsthilfe. Ein Handbuch. Rororo-aktuell/Frauen aktuell. Reinbek bei Hamburg. 1979, S. 366.
- [6] ebenda.
- [7] Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 1985. Grundlagen und Perspektiven für Bildung und Wissenschaft, Band 7, Bonn 1985, S. 61. Vgl. auch: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Fachserie 1, Reihe 4.2, 1984, August 1985, S. 50 und S. 61.
- [8] Vgl.: BMBW (Hrsg.): Grund- und Strukturdaten 1985/86, S. 48.
- [9] Ders., ebenda 1982/83, S. 87; 1983/84, S. 46 und S. 83, 1985/86, S. 48 und S. 89.
- [10] Nur für „sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer“, ohne Selbständige und nicht-sozialversicherungspflichtige Teilzeit- und auf Abruf Beschäftigte. Vgl.: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, a. a. O.
- [11] Vgl.: MEIFORT, B., PAULINI, H.: Das Berufsfeld Gesundheit – Entwicklungen, Probleme, Lösungsvorschläge. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, 7/8, 1983, S. 170–176, sowie Ergebnisse von „Infratest-Gesundheitsforschung“ 1981. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 34, 1981, S. 1589.
- [12] Vgl.: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe. Jährliche Ausgaben.
- [13] MEIFORT, B., PAULINI, H.: Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen ... Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin/Bonn 1984 (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 76).
- [14] Zwei Drittel der Beschäftigten sind 15–35 Jahre alt. Vgl.: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Fachserie 1, Reihe 4.1.2, 1982, Dezember 1983, S. 64. Zur Arbeitslosenquote vgl.: ANBA 3/1984, S. 403, ANBA 1/1985, S. 9, ANBA 1986 1/1986, S. 10 und S. 7.
- [15] Zwar hat der Berufsverband der technischen Assistenten in der Medizin (MTA) beispielsweise die Gefährdung durch die Entwicklung in der Medizintechnik erkannt und fordert in seiner Verbandspublikation die Mitglieder auf, die medizintechnische Entwicklung nicht zu verschlafen; allerdings – wie ich meine – ohne echte berufspolitische Perspektiven aufzuzeigen. Von den Krankenpflegeverbänden hört man in Richtung Medizintechnik nichts. Sie haben seit Jahren ein zwar wichtiges, im technokratisch strukturierten Medizinsystem jedoch für die berufliche Entwicklung von Frauen weniger durchsetzungsfähiges Thema besetzt: Die **Eigenständigkeit der Pflege** als Abgrenzung von der Medizin.
- [16] dpa-Dienst für Kulturpolitik, 23.12.1985, a. a. O.
- [17] BAU, H.: Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnisse in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berlin/Bonn 1983 (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 63).
- [18] „Medizinisch-psychoziale Basisqualifikation für Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen“; vgl.: ÖTV-Report Soziales und Gesundheit, April 1988, S. 12 ff.
- [19] MEIFORT, B., PAULINI, H.: Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen ... , a. a. O.
- [20] Vgl.: MEIFORT, B.: Die Regulationssituation in der Aus- und Weiterbildung zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP), 9. Jg. (1980), Heft 4, S. 5 ff.
- [21] Vgl.: Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe, a. a. O.
- [22] FREDEBEUL: Betriebliche Ausbildung in Schulen? oder die „Dualität“ in der Berufsausbildung als Ordnungs- und Rechtsproblem. Ein Beitrag zur Systemfrage. – In Gewerbearchiv 1985.
- [23] ebenda.
- [24] CRAMER, M.: Berufsrechtliche Grundlagen des „Heilens“ und Arbeitsmarkt für psychosoziale Berufe. In: Ute HOFFMANN u. a. (Hrsg.): Berufsübergreifende Doppelpraxen ... München 1983, S. 95 ff.

Helga Foster

## Frauenspezifische Weiterbildung im technischen Bereich – Überlegungen zum zehnjährigen „Jubiläum“ der Modellversuche zur Umschulung von Frauen in gewerbliche und technische Berufe

### Einleitung

Es ist zehn Jahre her, als die ersten Modellversuche zur Umschulung von Frauen in gewerbliche und technische Berufe begannen und dadurch eine Reihe weiterer, gleichartiger Modelle einleiteten. [1] Vom Bundesinstitut für Berufsbildung wurden dann seit 1980 weitere solcher Modellversuche fachlich und sachlich betreut. [2]

Im Rahmen der Modellversuchsreihe zur „beruflichen Qualifizierung von Erwachsenen, die keine abgeschlossene Berufsaus-

bildung haben und ein besonderes Arbeitsmarktrisiko tragen“ gibt es ebenfalls Maßnahmen, die sich gezielt an Frauen richten. Allerdings liegen bei den letztgenannten Modellversuchen die Schwerpunkte nicht nur auf der „Erschließung“ von gewerblichen oder technischen Berufen für Frauen. Vielmehr soll die sogenannte geringe Qualifikation, also der fehlende Berufsabschluß, auch in Berufen nachgeholt werden, in denen es bereits einen beachtlichen Frauenanteil gibt, wie z. B. Hotel- und Restaurationsfachkraft, Fotografin, Köchin, Schauwerbegestalterin u. a. [3]