



UNIVERSITÄTS-
BIBLIOTHEK
PADERBORN

Universitätsbibliothek Paderborn

Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau des Bildungswesens im Hochschulbereich nach 1970

Anlagen

Wissenschaftsrat

Bonn, 1970

k) Ausbildung im Bereich der nichtärztlichen Berufe des
Gesundheitswesens

urn:nbn:de:hbz:466:1-8323

Ausbildung im Bereich der nichtärztlichen Berufe
des Gesundheitswesens

Inhalt

	Seite
I. Berufszweige im Bereich des Gesundheitswesens und ihre Funktionen	231
1. Allgemeines	231
2. Tätigkeitsbereiche	232
3. Derzeitige Ausbildung	232
II. Veränderungen und Ausweitungen der beruflichen Anforderungen	234
III. Überlegungen zu einer neuen Konzeption der Ausbildung in der Gesamthochschule	236
1. Ärztliche Hilfsberufe	236
2. Verknüpfung des Medizinstudiums mit der Ausbildung für Heilhilfsberufe	239
3. Ort der Ausbildung	240
4. Weitere Berufszweige im Gesundheitswesen	240

I. Berufszweige im Bereich des Gesundheitswesens und ihre Funktionen

I. 1. Allgemeines

Im Bereich des Gesundheitswesens arbeiten heute neben Ärzten und Zahnärzten zahlreiche Angehörige anderer Berufsgruppen, die unter der Bezeichnung Heilhilfsberufe bzw. ärztliches Hilfspersonal zusammengefaßt werden. Außerdem gehört in diesen Bereich die Gruppe der Heilpraktiker, auf die jedoch im vorliegenden Zusammenhang nicht weiter eingegangen wird.

Die Tätigkeit des ärztlichen Hilfspersonals erfolgt zwar in weitem Ausmaß nach ärztlicher Anweisung oder auf ärztliche Veranlassung, doch ist sie in vielen Fällen durchaus selbständig. Rechtsbestimmungen grenzen die Tätigkeitsbereiche der Heilhilfsberufe scharf von denen der Ärzte und Zahnärzte ab. Bestimmte Tätigkeiten dem wissenschaftlich ausgebildeten Arzt vorzubehalten, ist zwingend geboten, denn erst die wissenschaftliche Ausbildung schafft die Voraussetzungen, verantwortlich diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Kranken und prophylaktische Maßnahmen bei Gesunden einzuleiten.

Diese Abgrenzung ist notwendig, muß aber in ihren Einzelheiten von Zeit zu Zeit überprüft werden. Die Entwicklung der diagnostischen und therapeutischen Techniken, aber auch der Organisationsformen der ärztlichen Tätigkeit kann bewirken, daß im Laufe der Zeit gewisse Maßnahmen für den wissenschaftlich ausgebildeten Arzt zum Ballast werden und an anders ausgebildetes Personal delegiert werden sollten. Unter diesen Gesichtspunkten hat der Wissenschaftsrat in den Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten von 1968 (S. 97) zu prüfen gefordert, ob alle Funktionen, die zur Zeit von den Ärzten ausgeübt werden, eine vollärztliche Ausbildung voraussetzen, oder ob nicht ein Teil dieser Funktionen durch Hilfspersonal ausgeübt werden kann. Dies gilt besonders für Krankenhäuser, im Bereich des werksärztlichen Dienstes, aber auch in starkem Maß für die sozialmedizinische Versorgung der Bevölkerung, z. B. für den gegenwärtigen Tätigkeitsbereich von Gemeindeschwestern.

Die Überlegungen über die zukünftige Ausbildung der Angehörigen der Heilhilfsberufe müssen neben dem Gesichtspunkt der Entlastung des Arztes noch zwei weitere Aspekte berücksichtigen: Die Änderungen in den beruflichen Anforderungen, die an das ärztliche Hilfspersonal bisheriger Prägung gestellt werden, und die Konsequenzen, die sich aus der vorgesehenen Umgestaltung des Schulwesens ergeben.

I. 2. Tätigkeitsbereiche

Nach den Ausbildungsanforderungen lassen sich derzeit bei den Heilhilfsberufen zwei Gruppen unterscheiden: eine Gruppe mit zwei- bis dreijähriger Fachschulausbildung und staatlich vorgeschriebener und beaufsichtigter Abschlußprüfung sowie eine weitere Gruppe mit geringeren Ausbildungsanforderungen, die bisher in der Bundesrepublik in mancher Hinsicht noch nicht einheitlich sind.

Zur ersten Gruppe gehören: Krankenschwestern bzw. -pfleger, Kinderkrankenschwestern, Hebammen, medizinisch-technische Assistenten, pharmazeutisch-technische Assistenten, Krankengymnasten, medizinische Bademeister, Diätassistenten, ferner Sozialarbeiter (Fürsorger), soweit sie auf dem Gebiet der Gesundheitspflege tätig sind, schließlich einige kleinere Berufsgruppen, z. B. Beschäftigungstherapeuten, Logopäden, Orthoptisten. Die Gesamtzahl der Angehörigen der aufgeführten Berufe betrug 1968 nach Angabe des Statistischen Bundesamtes rund 185 000. Die Gruppe der Krankenschwestern bzw. -pfleger und der Kinderkrankenschwestern macht gut zwei Drittel der Gesamtzahl aus. Die Zahl der berufstätigen Ärzte betrug dagegen rund 100 000 einschließlich der Medizinalassistenten.

Zur anderen Gruppe der ärztlichen Hilfsberufe gehören Krankenpflegehelfer, Gesundheitsaufseher, Desinfektoren, außerdem Arzthelferinnen, deren Ausbildungsanforderungen in der letzten Zeit erheblich gesteigert wurden. Außerdem gibt es noch zahlreiche im Anlernverhältnis oder in privaten Kursen ausgebildete Kräfte, wie z. B. Röntgen- und Laborhelferinnen. Insgesamt handelt es sich um eine ziemlich große Personengruppe. So schätzt man heute allein die Zahl der Arzthelferinnen in der Bundesrepublik auf etwa 70 000. Ihre Zahl sowie die der Krankenpflegehelfer (1968: rund 14 000) sind in raschem Anstieg begriffen.

Im folgenden wird vor allem auf die erste Gruppe eingegangen; für sie kommt eine Ausbildung im Gesamthochschulbereich in Betracht.

I. 3. Derzeitige Ausbildung

Nach dem Stand von 1968 (Statistisches Bundesamt) gab es in der Bundesrepublik rund 1 600 Schulen des Gesundheitswesens mit rund 54 000 Schülern und rund 17 000 Lehrern¹⁾. In der folgenden Tabelle sind diese Schulen nach Schultypen sowie Schülern und Lehrern dargestellt.

¹⁾ In diesen Zahlen sind auch die der Schulen für Krankenpflegehelfer und Arzthelfer enthalten, die in die zweite Gruppe der ärztlichen Hilfsberufe gehören.

Schultyp	Schulen	Schüler		Lehrer	
		insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich
Insgesamt	1 574	53 988	47 989	16 705 a)	5 470 a)
davon:					
Krankenpflegesschulen	792	30 637	26 588	10 167 a)	2 941 a)
Kinderkrankenpfleges- schulen	198	8 617	8 617	2 502 a)	1 005 a)
Schulen für Kranken- pflegehelfer(innen)	368	4 290	3 494	1 694 a)	682 a)
Hebammenschulen	31	710	710	181 a)	61 a)
Wochenpflegesschulen	14 a)	91 a)	91 a)	58 a)	31 a)
Schulen für Kranken- gymnasten, Masseure u. medizin. Bademeister	60	3 260	2 311	729 a)	259 a)
Diätschulen	31	615	615	191 a)	83 a)
Schulen für medicin.- techn. Assistenten	62	4 773	4 671	918 a)	313 a)
Schulen für kfm.-prakt. Arzthelfer	5	391	391	45	25
Schulen für Beschäfti- gungstherapeuten	7	376	371	122 a)	52 a)
Sonst. Schulen des Gesundheitswesens	6	228	130	98	18

a) Ohne Niedersachsen.

Der Zugang zu diesen Schulen hat sich im letzten Jahrzehnt außerordentlich gesteigert; so betrug im Jahre 1956 die Zahl der in Ausbildung befindlichen Krankenschwestern und Krankenpfleger 12 320, der Kinderkrankenschwester-Schülerinnen 3 665. Diese Zahlen haben sich bis 1968 mehr als verdoppelt. In noch stärkerem Maße hat der Zugang bei der Ausbildung von medizinisch-technischen Assistenten, Krankengymnasten und Diätassistenten zugenommen. Die Zahl der Absolventen reicht trotzdem nicht aus, um den hohen Bedarf zu befriedigen. Dieser resultiert aus dem ständig fortschreitenden Ausbau von Krankenhäusern mit Vermehrung von Pflegebetten und aus der Vermehrung von Arbeitsplätzen für die betreffenden Berufe, aus der Verkürzung der Arbeitszeit und aus der relativ geringen Verweildauer im Beruf. Die geringe Verweildauer ist vorwiegend dadurch bedingt, daß in diesen Berufen fast durchweg Frauen tätig sind, die mit der Heirat häufig den Beruf aufgeben. So wurde z. B. für Krankenschwestern eine durchschnittliche Berufsverweildauer von rund fünf Jahren errechnet.

Die Qualität der Ausbildungsstätten ist in einigen der aufgeführten Ausbildungsbereiche gut, in anderen recht unterschiedlich. Die staatliche Kontrolle beschränkt sich im wesentlichen darauf, daß ein staatlicher Vertreter an den Prüfungen aktiv teilnimmt. Aus der

Tabelle ergibt sich, daß die durchschnittlichen Schülerzahlen der Schulen meist gering sind. Sie betragen bei den Hebammen-Schulen 23, bei den Schulen für Krankenpflege 39, bei den Schulen für Kinderkrankenpflege 43,5. Die kleinen Schulen haben zwar den Vorzug, daß sich für den Unterricht relativ kleine Arbeitsgruppen ergeben, leiden aber in einigen Ausbildungsbereichen an unzureichender Sachausstattung, teilweise fehlt es auch an Lehrpersonal.

II. Veränderungen und Ausweitungen der beruflichen Anforderungen

Die Bedingungen, aus denen sich die Aufgaben des ärztlichen Hilfspersonals ergeben, haben sich gegenüber der Zeit, in der diese Berufsgruppe entstanden ist, zunehmend geändert. Mit der Veränderung und Erweiterung der ärztlichen Wirkungs- und Eingriffsmöglichkeiten sind gleichzeitig auch die Anforderungen an das ärztliche Hilfspersonal gestiegen. Die Krankenpflege, die sich früher im wesentlichen auf exakte Pflichterfüllung, persönliches Eingehen auf den Patienten und manuelle Tätigkeiten beschränken konnte, kommt damit schon seit längerem nicht mehr aus. Zwar gehört dies nach wie vor zu den selbstverständlichen und unverzichtbaren Voraussetzungen pflegerischer Dienstleistungen, doch haben in Pflege und Therapie zunehmend Verfahren Eingang gefunden, die ganz andere Anforderungen an Übersicht, Einsicht in Funktionszusammenhänge, Urteilsvermögen und Entscheidungsfähigkeit stellen, als es früher der Fall war: Einsatz und Handhabung komplizierter Apparaturen, maschinelle Beatmung, Telemetrie, Ansetzen und Überwachung von Dauerinfusionen, Hilfe bei langdauernden Funktionsprüfungen usw. Die Einsicht in psychosomatische Wechselwirkungen, aber auch die mit den gesellschaftlichen Veränderungen einhergehenden Änderungen in der Mentalität der Patienten, verlangen überdies in vielen Fällen eine Aufgeschlossenheit und ein Verständnis für die Psyche des Kranken, die ohne eine entsprechende Ausbildung allzusehr zufälligen Eignungen und Neigungen überlassen bleiben.

Was hier für die Krankenpflege ausgeführt wurde, gilt in ähnlicher Weise für die Tätigkeit der medizinisch-technischen Assistenten, der Krankengymnasten, der Diätassistenten usw. Die theoretischen Grundlagen und das methodische Können, die für eine Ausübung des Berufs notwendig sind, haben sich außerordentlich erweitert; aus der einfachen Hilfskraft ist ein spezialisierter Mitarbeiter geworden.

Die veränderten beruflichen Anforderungen haben bereits dazu geführt, teils die Ausbildung zu erweitern, teils durch Fortbildung am Arbeitsplatz den ursprünglichen Ausbildungsstand anzuheben.

Außerdem wurden Ausbildungsgänge differenziert. So kam man in der Bundesrepublik, in Österreich und in der Schweiz in der Krankenpflege zu der Abtrennung der Ausbildung der Kinderkrankenschwestern von der für die allgemeine Krankenpflege. Von dieser fortschrittlichen und in der Praxis bewährten Lösung sollte auch im Zusammenhang mit den derzeitigen Bestrebungen zur Vereinheitlichung der Ausbildung im EWG-Raum nicht abgegangen werden.

Für medizinisch-technische Assistenten liegt der Entwurf eines Gesetzes vor, durch das die bisher einheitliche Ausbildung in eine getrennte Ausbildung für medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten und für medizinisch-technische Radiologieassistenten aufgegliedert und zusätzlich der Beruf eines veterinärmedizinisch-technischen Assistenten vorgesehen wird.

Im Bereich der Zahnmedizin wird derzeit die Schaffung eines neuen Hilfsberufs diskutiert, der dem „Dental Hygienist“ in den USA entspricht. Dieser zahnärztlich-technische Assistent soll den Zahnarzt von gewissen Aufgaben entlasten, wie Anfertigung von Abdrücken, Entfernen von Zahnbelägen, Legen von provisorischen Verschlüssen, Kariesprophylaxe, Unterweisung in der Mundhygiene usw., für deren Ausführung nicht die volle zahnärztliche Ausbildung erforderlich ist.

Beschäftigungstherapeuten, Orthoptisten und Logopäden sind Beispiele für Berufszweige, die aus einem dringenden Bedarf entstanden sind, für die jedoch noch keine bundeseinheitlichen Ausbildungsrichtlinien existieren.

Es ist unausweichlich, daß unter dem Druck der steigenden beruflichen Ansprüche nicht nur diese und weitere Differenzierungen sich ausprägen, sondern daß auch an die Ausbildung wachsende Anforderungen gestellt werden.

Die zunehmende Differenzierung und Technisierung der Krankenversorgung sind jedoch nur eine Seite der neuen Aufgaben. Auch aus erhöhten Ansprüchen auf dem Gebiet der Sozialhygiene entstehen zusätzliche Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens. Während die Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern und medizinischen Dienstleistungs-Instituten bereits beachtlich ausgebaut ist, ist die sozialhygienische Versorgung noch wenig entwickelt. Durch die weitgehende Auflösung der Großfamilie steigt die Zahl der Personen, die auf sich selbst angewiesen sind und auch bei geringfügigen Gesundheitsstörungen in ernste Schwierigkeiten geraten. Dies gilt besonders für alte Menschen. Derzeit teilen sich Gemeindeschwestern und Fürsorgerinnen (Sozialarbeiter) in ihre Betreuung. Diese Berufsgruppe ist weder ihrer Zahl noch — teilweise — ihrer Ausbildung nach in der Lage, wirksam helfen zu

können, was wiederum zu an sich nicht notwendigen Krankenhaus-einweisungen führt. Hier wird ein neuer Beruf von „Gesundheitspflegern“ benötigt, deren Ausbildung Gesundheitsvorsorge mit Krankenpflege und Sozialarbeit verbindet.

Die von der Sozialhygiene erarbeiteten Erkenntnisse auf den Gebieten der gruppenspezifischen Prävention und Rehabilitation müssen in individuelle Betreuung umgesetzt werden. Hierfür sind besondere Hilfskräfte erforderlich. Als Beispiel sei auf die in der Bundesrepublik noch ungenügend bewältigte Aufgabe der Förderung behinderter Kinder hingewiesen. Ein großer Aufgabenbereich liegt auch im Gebiet des werksärztlichen und schulärztlichen Dienstes. Schließlich sei angesichts der bedrängenden Rolle, die heute Unfälle spielen, auf die Wichtigkeit von speziell ausgebildeten Notfall-sanitätern hingewiesen.

Neue Aufgaben stellt die biomedizinische Technik ¹⁾, die im Laufe der letzten Jahre vor allem in den USA, in England, in Frankreich und in den Niederlanden an Bedeutung gewonnen hat. Sie will die Fortschritte der modernen Technik für die Medizin durch Konstruktion und Anwendung von zweckmäßigen Geräten für die Überwachung und die Behandlung von Patienten, für die Diagnostik, aber auch für die Forschung nutzen. Die sachgerechte Bearbeitung dieser Aufgaben erfordert speziell ausgebildete Kräfte, zu denen neben biomedizinischen Diplomingenieuren mit einer stärker theoretisch orientierten Ausbildung gerade auch biomedizinisch-technische Assistenten gehören. Die biomedizinisch-technischen Assistenten werden sowohl in der Klinik, z. B. in modernen Intensivpflegestationen mit einer Massierung elektronischer Geräte verschiedenster Art, als auch in medizinischen Forschungsstätten für die Arbeit an komplizierten Apparaturen benötigt.

Die Angehörigen der ärztlichen Hilfsberufe rekrutieren sich in hohem Maße aus Frauen, in der Kinderkrankenpflege und bei den medizinisch-technischen Assistenten fast ausschließlich. Es ist nicht einzusehen, warum hier nicht ein Umdenken erfolgen könnte.

III. Überlegungen zu einer neuen Konzeption der Ausbildung in der Gesamthochschule

III. 1. Ärztliche Hilfsberufe

Die steigenden Anforderungen an die Angehörigen medizinischer Hilfsberufe machen eine anspruchsvollere Ausbildung notwendig. Nicht alle derzeitig bestehenden Schulen werden dazu in der Lage sein. Angesichts der im Sekundarschulbereich zu erwartenden Ver-

¹⁾ Vgl. G. Klasmeier: Biomedizinische Technik, Göttingen 1969.

änderungen und der Planung für den tertiären Bereich ist es daher naheliegend, ein neues Konzept für die Ausbildung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu erarbeiten.

Zugangsvoraussetzung zu den meisten der besprochenen Ausbildungsgänge ist bisher ein Realschulabschluß, zum Teil auch ein Volksschulabschluß mit zusätzlicher Ausbildung. Der Anteil der Abiturienten ist relativ gering; er beträgt in den Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegesschulen knapp 5%, in Schulen für medizinisch-technische Assistenten etwa 20%. Wenn nach den Plänen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates in Zukunft etwa die Hälfte eines Geburtsjahrgangs die Sekundarstufe II besucht, kommt vor allem diese Gruppe für die Ausbildung im Gesundheitswesen in Betracht. Das Eingangsalter wird dann 18 bis 19 Jahre betragen. Da für die meisten dieser Berufe ein Mindestalter von 17 Jahren vorgeschrieben, der größte Teil der Schülerinnen aber jetzt schon älter ist, wird im durchschnittlichen Alter der Auszubildenden keine entscheidende Verschiebung eintreten.

Bereits in der Sekundarstufe II sollte ein spezifischer biologisch-technisch akzentuierter Ausbildungsgang vorhanden sein. Dies würde für die weitere Ausbildung besonders günstige Voraussetzungen bieten. Absolventen der Sekundarstufe II mit anderer Ausrichtung müßten sich die Eingangsvoraussetzungen in Zusatzkursen erarbeiten können. Entsprechende Möglichkeiten müssen aber auch für Absolventen der Sekundarstufe I eröffnet werden, besonders dann, wenn sie bereits in einem medizinischen Beruf tätig sind (z. B. Krankenpflegehelfer, Arzhelfer).

Auf dieser Basis kann für die besprochenen Berufsbereiche im Gesundheitswesen ein einheitliches Grund- oder Eingangsstudium durchgeführt werden. Seine Dauer ist auf ein Jahr zu veranschlagen, da es bei einer längeren Dauer nicht möglich ist, den späteren sehr verschiedenen Ausbildungsinhalten gerecht zu werden. Bei einem gemeinsamen Grundstudium brauchen sich die Studenten für einen bestimmten Ausbildungsgang erst dann zu entscheiden, wenn sie einen besseren Überblick über die Studieninhalte im Gesundheitswesen gewonnen haben.

Für das Grundstudium werden Aspekte und Lehrstoffe aus folgenden Gebieten in Betracht zu ziehen sein:

- Anatomie, Physiologie, allgemeine Krankheitslehre;
- Entwicklung und Entwicklungsstörungen, Reifung und Alterung, Fortpflanzung, Schwangerschaft;
- Krankheitsverhütung bzw. -vorbeugung, Hygiene, Organisation und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens;

Ernährung, Umwelteinflüsse, soziale Medizin;
Grundzüge der Psychologie und Psychosomatik.

Hinzu kommen ein Krankenpflegepraktikum und ein Praktikum der Ersten Hilfe. Das Krankenpflegepraktikum soll drei Monate umfassen; es gibt dem Studenten Gelegenheit, in eigener Erfahrung seine Eignung für die Betreuung kranker Menschen zu prüfen.

Im zweiten Studienabschnitt findet die Differenzierung nach verschiedenen Ausbildungsgängen statt. Die Studienpläne sollten so gestaltet werden, daß ein Wechsel des Ausbildungsganges im zweiten Studienjahr möglich ist. Die Dauer des zweiten Studienabschnittes wird im allgemeinen zwei Jahre betragen. Das Studium schließt mit einer Diplomprüfung und der Verleihung eines Diploms ab.

Die Ausbildung für Pflegeberufe muß im zweiten Studienabschnitt auch eine gründliche manuelle Schulung in der Pflorgetechnik umfassen, da für die Wirksamkeit einer Schwester eine trainierte Hand unbedingte Voraussetzung ist. Die Studierenden müssen erkennen lernen, daß pflegerische Hand anzulegen differenziertes Können verlangt und entscheidende Bedeutung für das Vertrauen des Patienten in seine Behandlung und damit für seine Heilung hat. Nicht minder bedeutsam ist das manuelle Training für die Krankengymnasten.

Sondersituationen bestehen für biomedizinisch-technische Assistenten und für den Gesundheitspfleger. Hier muß eine sinnvolle Kombination von Ausbildung im Gesundheitswesen mit einer technischen bzw. einer Ausbildung in Sozialarbeit¹⁾ gefunden werden.

Den Absolventen dieser neuen Ausbildungsgänge müssen geeignete Weiterbildungsmöglichkeiten eröffnet werden. Ein Beispiel hierfür sind die von den Schwesternverbänden geschaffenen Zusatzausbildungen für Unterrichtsschwestern und Oberschwestern. Die Weiterbildung kann ferner durch die Einrichtung von geeigneten Kontaktstudien oder auch dadurch erreicht werden, daß zwischen den verschiedenen Studiengängen im gesamten Bereich des Gesundheitswesens weitgehende Durchlässigkeit herbeigeführt wird.

Bei einer Neuordnung der Ausbildung für die nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens werden neben den im Hochschulbereich Ausgebildeten auch weiterhin Kräfte benötigt werden, die nach Abschluß der Sekundarstufe I eine Ausbildung im Rahmen der Sekundarstufe II erhalten. Voraussetzungen, Inhalt und Umfang beider Ausbildungsbereiche müssen im einzelnen noch aufeinander abgestimmt werden.

¹⁾ Vgl. auch Anlage 2 j (S. 215 ff.)

III. 2. Verknüpfung des Medizinstudiums mit der Ausbildung für Heilhilfsberufe

Es erhebt sich die Frage, ob die Ausbildung des Arztes und Zahnarztes mit der für die ärztlichen Hilfsberufe so verknüpft werden kann, daß die Durchlässigkeit zwischen allen Ausbildungsgängen im Bereich des Gesundheitswesens erreicht wird. Wenn heute medizinisch-technische Assistenten oder Krankenschwestern nach Abschluß ihrer Ausbildung Medizin studieren, kommen ihnen dabei zwar die bisher erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten persönlich zugute, doch wird ihnen ihre Ausbildung für das Medizinstudium nicht angerechnet. Ähnliche Probleme stellen sich, wenn Studenten ihre ärztliche Ausbildung aufgeben und sich einer anderen Ausbildung im Bereich des Gesundheitswesens zuwenden wollen.

Nach den derzeitigen Studienplänen ist eine Verbindung des ärztlichen und zahnärztlichen Studiums, das zunächst eine gründliche naturwissenschaftliche Schulung vorsieht, mit der Ausbildung für die nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens nicht möglich. Eine Umgestaltung der ärztlichen und zahnärztlichen Ausbildung, die diese Verbindung ermöglicht, ist jedoch durchaus denkbar. In diesem Fall würde von den in einem gemeinsamen einjährigen Studium vermittelten Grundkenntnissen (vgl. S. 237 f.) ausgegangen und durch wiederholte Aufnahme der Themen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der notwendigen naturwissenschaftlichen Fakten zu immer intensiveren und differenzierten Kenntnissen fortgeschritten werden. Das bedeutet nicht, daß etwa der naturwissenschaftliche Hintergrund der Ausbildung verlassen oder verwässert würde. Dem Studenten wird die Notwendigkeit der Beherrschung physikalischer und chemischer Fakten vielmehr gerade dadurch deutlich, daß sie im Zusammenhang mit biologischen und medizinischen Phänomenen und Gesetzmäßigkeiten behandelt werden. Der Student würde somit von Anfang an im Gedankenbereich seines künftigen Berufs stehen und nicht, wie es derzeit häufig der Fall ist, den naturwissenschaftlichen Unterricht der ersten Semester als enttäuschende Durststrecke empfinden. Nach dem einjährigen gemeinsamen Grundstudium werden die Anforderungen rasch gesteigert werden müssen, um den Ausbildungsstandard nicht absinken und die besonderen Anforderungen der ärztlichen Ausbildung deutlich hervortreten zu lassen.

Ein solcher Studienplan würde ein völliges Umdenken in bezug auf die ärztliche Ausbildung erfordern und einen Bruch mit den hergebrachten Vorstellungen bedeuten. Die Vorzüge einer solchen Neuordnung erscheinen aber so wichtig, daß entsprechende Möglichkeiten ernsthaft geprüft werden sollten.

Sicher ist, daß eine solche Regelung nicht in einem Schritt für das Bundesgebiet verbindlich gefunden werden kann. Man muß die

Frage heranreifen lassen und dann eine solche neue Ausbildungsordnung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Möglichkeiten an ein oder zwei Hochschulen durchspielen und erproben.

III. 3. Ort der Ausbildung

Es ist naheliegend, für das gemeinsame Grundstudium und für die in vielen Beziehungen vergleichbaren zweiten Studienabschnitte einen gemeinsamen Ausbildungsort anzustreben. Das würde einen wirkungsvollen und rationellen Einsatz von Lehrern und Lehrmaterial gewährleisten. Der derzeitige Zustand mit zahlreichen sehr kleinen Schulen ist nicht befriedigend. Aus diesen Gründen und um die wissenschaftliche Fundierung der Ausbildung zu sichern, kommt als Ort der Ausbildung nur die Gesamthochschule in Betracht.

Die Ausbildung der medizinisch-technischen Assistenten und auch der Krankengymnasten findet bereits heute vielfach in Anlehnung an Universitätsinstitutionen statt. Es ist jedoch zu bedenken, daß die Zahl der Studienanfänger in den medizinischen Hilfsberufen ein Mehrfaches der derzeitigen Zahl der Anfänger des Medizinstudiums betragen würde. Allein in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege beginnen derzeit jährlich rund 12 000 Personen die Ausbildung (deutsche Studienanfänger der allgemeinen Medizin im Jahre 1969: 3 029). Die Bewältigung dieser quantitativen Fragen zwingt zu gründlichen Überlegungen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die Ausbildung in den Krankenpflegeberufen, aber auch für Krankengymnasten und medizinisch-technischen Assistenten in weitem Umfang am Patienten erfolgen muß. Wie schon die Überlegungen zur Frage des Unterrichts am Krankenbett für Studenten der allgemeinen Medizin gezeigt haben, ist diese Aufgabe nicht ohne großzügige Heranziehung von akademischen Lehrkrankenhäusern zu bewältigen.

III. 4. Weitere Berufszweige im Gesundheitswesen

Die bereits eingangs erwähnte Gruppe der Krankenpflegehelfer, Sprechstundenhelfer für Ärzte und Zahnärzte, Gesundheitsaufseher, Desinfektoren usw. wird auch weiterhin ihre besondere Bedeutung haben. So ist es z. B. im allgemeinen unnötig, daß ein Arzt in seiner Praxis eine diplomierte medizinisch-technische Assistentin beschäftigt. Es ist auch nicht nötig, daß alle Schwestern den vorstehend dargestellten Ausbildungsstand erreichen.

Die Gruppe der Krankenpflegehelfer entstand erst in den letzten Jahren aus der Notwendigkeit, die nicht ausreichende Versorgung mit examinierten Schwestern auszugleichen. Sie haben sich bewährt

und dürften in Zukunft eher eine noch größere Bedeutung für die rein pflegerischen Aufgaben in Krankenhäusern bekommen. Gleichwohl werden auch die künftig diplomierten Schwestern in der Pflege tätig sein, denn die Pflege selbst ist es, die — zumindest in Akutkrankenhäusern — heute so hohe Anforderungen an die Ausbildung stellt.

Der Bedarf an diplomierten Schwestern im Pflegedienst ist hoch, wenn den Notwendigkeiten einer gesicherten Versorgung im Schichtdienst und auch für Urlaubs- und Krankheitsperioden genügt werden soll. Für Akutkrankenhäuser dürfte überschlägig ein Verhältnis von 5 diplomierten Schwestern zu 3 Helferinnen, zumindest aber ein Verhältnis von 1 zu 1 anzusetzen sein. In Intensivstationen wird man praktisch ausschließlich diplomierte Kräfte brauchen. In Krankenhäusern für chronisch Kranke kann die Zahl der diplomierten Schwestern niedriger und dementsprechend die der Helferinnen relativ höher sein.

Die Gruppe der ärztlichen Hilfspersonen mit geringeren Ausbildungsanforderungen wird vornehmlich aus Absolventen der Sekundarstufe I hervorgehen. Inwieweit man hier einheitliche Ausbildungsgänge schaffen soll, ist nicht Gegenstand der vorliegenden Überlegungen. In jedem Fall sollte aber, wie bereits erwähnt, die Möglichkeit bestehen, durch Zusatzkurse die Voraussetzungen zum Eintritt in die Hochschulausbildung zu erlangen.

Auch ohne diese Hochschulausbildung sollte jedoch eine ärztliche Hilfsperson die Chance haben, durch Leistung beruflich aufzusteigen. Es muß erreichbar sein, bei einer Neuregelung der Ausbildungsbestimmungen auch die Laufbahnbestimmungen so zu modifizieren, daß die derzeit bestehende unglückliche Koppelung zwischen jeweils bestimmten Ausbildungsnachweisen und bestimmten Gehaltsgruppen abgebaut wird.

