



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

Potenziale des Berufsbildes Sprechstundenschwester (DDR) für die interprofessionelle Gesundheitsversorgung

Dagmar Möbius



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

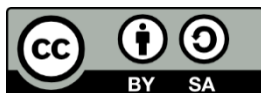


Veröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin im März 2025.

Zitiervorschlag

Möbius, Dagmar (2025): Potenziale des Berufsbildes Sprechstundenschwester (DDR) für die interprofessionelle Gesundheitsversorgung. Alice Salomon Hochschule Berlin.

<https://doi.org/10.58123/aliceopen-661>



Dieses Werk steht unter der Lizenz [Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International \(CC BY-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Dagmar Möbius, Matrikel-Nr. 51628

**Potenziale des Berufsbildes Sprechstundenschwester (DDR)
für die interprofessionelle Gesundheitsversorgung**

Bachelorarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades

„Bachelor of Science“ (B.Sc.)

im Studiengang

Interprofessionelle Gesundheitsversorgung online (IGo)

an der

Alice Salomon - Hochschule für

Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

University of Applied Sciences

eingereicht im Sommersemester 2024

am 07. Juli 2024

Erstgutachter_in:

Prof.in Heidi Höppner

Zweitgutachter_in:

Prof.in Andrea Thiekötter

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Glossar	V
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Teil	7
2.1 Pflege-Definitionen	7
2.2 Pflegeausbildung in der DDR	8
2.2.1 Sprechstundenschwestern - Pflegefachkräfte für die ambulante Gesundheitsversorgung der DDR	13
2.2.2 Problematik nach der deutschen Wiedervereinigung	14
2.3 Potenziale und Klassifikationen	18
2.3.1 Potenziale	18
2.3.2 Berufsfeldklassifikationen	20
2.3.3 Qualifikationsstufen nach DQR	23
2.3.4 BAPID-Kompetenzmatrix	26
2.4 Interprofessionelle Gesundheitsversorgung	27
2.4.1 Definition, Anliegen und Begriffe	27
2.4.2 Theoretische Modelle	28
2.4.2.1 Kontinuum-Modell der interprofessionellen Zusammenarbeit	28
2.4.2.2 Modell zur Unterscheidung nach Enge der Zusammenarbeit	29
2.4.2.3 Verdichtungsmodell der interprofessionellen Zusammenarbeit	30
3 Methodik	32
3.1 Forschungsdesign	32
3.2 Datensammlung/Suchstrategie	33
3.3 Identifizierung der Literatur	34
3.4 Limitationen und Ausschlusskriterien	35
3.5 Datenanalyse	36
3.5.1 Dokumentenanalyse	37
3.5.2 Historisch-kritische Methode	38
3.6 Bewertungsinstrumente	41

4	Ergebnisse	42
4.1	Fakten und Zahlen	42
4.2	Vergleich der DDR-Fachschulstudiengänge Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (1974)	48
4.3	Interprofessionelle Ansätze	59
5	Diskussion	60
6	Fazit	64
	Literaturverzeichnis	VI
	Ehrenwörtliche Erklärung	VII
	Anhang	VIII
	A 1 Studienplan Krankenpflege (Direktstudium) 1974	
	A 2 Studienplan Sprechstundenassistenz (Direktstudium) 1974	
	A 3 Kodierung	

Abstract

Pflegeberufe gehören zu den Engpassberufen. Angesichts stetig steigender Zahlen von Pflegebedürftigen kann sich das deutsche Gesundheitswesen nicht leisten, auf den Einsatz einheimischer qualifizierter Gesundheitsfachkräfte zu verzichten. Über viele in der DDR absolvierte und nach 1990 nicht oder nur partiell anerkannte medizinische Studiengänge und Qualifikationen liegen jedoch kaum fundierte Kenntnisse vor und es bleiben Potenziale ungenutzt.

Am Beispiel des Berufes „Sprechstundenschwester“ wird untersucht, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede es zwischen den ab 1974 gültigen medizinischen DDR-Fachschulstudiengängen „Krankenpflege“ und „Sprechstundenassistenz“ gab, welche Rolle (frühe) interprofessionelle Kompetenzen und die Zugehörigkeit zur Profession Pflege spielen.

Die Forschungsfragen werden mit einem mehrperspektivischen Ansatz beantwortet: Eine Literaturrecherche wird mit einer qualitativen Inhaltsanalyse und der historisch-kritischen Methode kombiniert.

Die hypothetisch erwarteten Gemeinsamkeiten und Unterschiede konnten belegt und Hinweise auf interprofessionelles Arbeiten gefunden werden: Die Lehrinhalte waren nahezu identisch. Bezüglich der beruflichen Tätigkeitsbeschreibungen gab es geringe Unterschiede. Die im historischen Kontext selbstverständliche Zugehörigkeit zur Profession Pflege konnte nachvollzogen werden.

Diskutiert wird das identifizierte Diskriminierungspotenzial von Gesundheitsfachberufen im Allgemeinen und von Sprechstundenschwestern im Besonderen.

Weiterer Forschungsbedarf ergibt sich für empirische Studien sowie vergleichende Qualifikations- und Bildungswegeforschung.

Schlagwörter:

DDR, Gesundheitsberufe, interprofessionell, Kompetenzen, Pflege, Potenzial

Abstract (engl.)

Nursing professions are among the bottleneck occupations. In view of the constantly rising number of people in need of care, the German healthcare system cannot afford to do without qualified local healthcare professionals. However, there is hardly any in-depth knowledge of many medical courses and qualifications completed in the GDR that were not or only partially recognized after 1990, and potential remains untapped.

Using the example of the profession of „Sprechstundenschwester“, this study examines the similarities and differences between the GDR medical school courses „nursing“ and „Sprechstundenassistentenz“, which were valid from 1974 onwards, and the role played by (early) interprofessional skills and affiliation with the nursing profession.

The research questions are answered using a multi-perspective approach: a literature review is combined with a qualitative content analysis and the historical-critical method.

The hypothetically expected similarities and differences were confirmed and indications of interprofessional work were found: The teaching content was almost identical. There were only minor differences in the professional job descriptions. The affiliation to the nursing profession, which was taken for granted in the historical context, could be traced.

The identified potential for discrimination against healthcare professions in general and consultation nurses in particular is discussed.

Further research is required for empirical studies and comparative research into qualifications and educational pathways.

Keywords:

GDR, health professions, interprofessional, competencies, nursing, potential

Abkürzungsverzeichnis

ABM	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme
ADN	Allgemeiner Deutscher Nachrichtendienst - einzige zugelassene Nachrichten- und Bildagentur der DDR
BAT	Bundes-Angestellten-tarifvertrag
BAT-O	Tarifvertrag zur Anpassung des Tarifrechts – Manteltarifliche Vorschriften (gültig für Ostdeutschland bis 30.09.2005)
BmA	Berufsausbildung mit Abitur
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
EOS	Erweiterte Oberschule (Abitur)
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
FR	Fachrichtung
GSW	Gesundheits- und Sozialwesen
MFA	Medizinische*r Fachangestellte*r
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
POS	Polytechnische Oberschule
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer
SGB	Sozialgesetzbuch
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Zusammensetzung der „Stillen Reserve“ im Jahr 2023	2
Tabelle 2	Fachkräfteentwicklung im staatlichen GSW der DDR in %	11
Tabelle 3	Vergleich der Qualifikationsstruktur in %	11
Tabelle 4	Verhältnis Fachkräfte zu Ungelernten 1979	12
Tabelle 5	Entwicklung Anteil Facharbeiter- und Fachschulabschluss bei medizinischem Personal zwischen 1973 und 1979	12
Tabelle 6	Med.-pflegerische Kenntnisse in den Berufsgruppen 85-86 in % ...	21
Tabelle 7	Niveau 4 in der DQR-Matrix	25
Tabelle 8	Suchergebnisse der Literaturrecherche in Datenbanken	33
Tabelle 9	Beschäftigte in med. Fachberufen (in Pers.) in staatlichen örtlich- und zentralgeleiteten Einrichtungen des GSW in ausgewählten Wirtschaftsgruppen am Stichtag 31.12. 1978	46
Tabelle 10	Beschäftigte in ausgewählten med. Fachschulberufen (in Pers.) in staatlichen örtlich- und zentralgeleiteten Einrichtungen des GSW nach Bezirken, Stand 1978	47
Tabelle 11	Sprechstundenschwestern nach Städten in absol. Zahlen 1978	47
Tabelle 12	Entwicklung der Zulassungen (Z) und Absolventen (A) in der med. Fachschulausbildung nach ausgewählten Fachrichtungen	48
Tabelle 13	Voraussetzungen zur Aufnahme eines med. Fachschulstudiums der Fachrichtungen Krankenpflege und Sprechstundenassistenz	48
Tabelle 14	Rahmenlehrpläne der DDR-Fachschulstudiengänge Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (Direktstudium) 1974	51
Tabelle 15	Stundentafel der FR Krankenpflege (Direktstudium)	51
Tabelle 16	Stundentafel der FR Sprechstundenassistenz (Direktstudium)	52
Tabelle 17	Direktvergleich des Gesamtumfangs der Stundentafeln der FR Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (Direktstudium)	53
Tabelle 18	Unterschiede der FR Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (Direktstudium, 1974) am Beispiel der Lehrgebiete Arzneimittellehre und Spezielle Krankheitslehre	55
Tabelle 19	Vergleich der Teilgebiete Grundkrankenpflege (FR Krankenpflege) und Krankenpflege und -versorgung in stat. Gesundheitseinrichtungen (FR Sprechstundenassistenz) 1974	58

Glossar

Ambulantisierung: Prozess der Auslagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor des Gesundheitswesens

Ambulanz: Abteilung zur ambulanten Behandlung in [größeren] Kliniken, auch Kranken-, Rettungswagen

Ambulatorium: Einrichtung zur ambulanten Behandlung mit drei bis fünf Fachabteilungen (meist Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie und Stomatologie)

Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM): zeitlich befristete Beschäftigung von Arbeitslosen, die staatlich subventioniert wurde (bis 2012 im SGB III)

Arzthelfer/Arzthelferin: in der DDR ein akademischer Beruf, heute vergleichbar mit Physician Assistant; in der BRD bis 2006 gültige Berufsbezeichnung, die von Medizinische*n Fachangestellte*n abgelöst wurde

Bundes-Angestelltentarifvertrag: Vertrag, der die Beschäftigungsbedingungen und die Lohnzahlung der meisten Angestellten im Öffentlichen Dienst regelte

Default: in Verzug sein, eine Verpflichtung nicht einhalten

Deutsche Wiedervereinigung: durch die friedliche Revolution in der DDR angestoßener Prozess im Herbst 1989, der zum Beitritt der DDR zur BRD am 3. Oktober 1990 führte und die 40-jährige Ära des Kalten Krieges während der deutschen Teilung beendete

Drittstaaten: im Sinn des deutschen Aufenthaltsrechts nicht zum Europäischen Wirtschaftsraum gehörende Staaten

Einigungsvertrag: vom 31. August 1990 regelt sämtliche durch den Beitritt der DDR zur BRD notwendig gewordenen Veränderungen, die mit dem Tag der Deutschen Einheit am 3. Oktober 1990 in Kraft traten

Engpassberufe: Berufe, in denen die die Arbeitsnachfrage das Angebot unter Berücksichtigung der benötigten Qualifikationen übersteigt

Gesundheitskiosk: im Jahr 2017 eingeführtes Beratungsangebot für Patient*innen in sozial benachteiligten Regionen, das den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf verbessern und die Versorgung koordinieren soll

Gesundheitsregion: regionales Netzwerk zur Förderung und Verbesserung von Gesundheitsvorsorge, -versorgung und Pflege

Heuristisch: auf der Lehre von den Methoden zur Auffindung wissenschaftlicher Erkenntnisse (Heuristik) beruhend, auf sie bezogen

Interdependenz: wechselseitige Abhängigkeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit: Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe, bei der sich die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe überschneiden

Medizinische Fachangestellte*r: seit 2006 gültige Berufsbezeichnung für Mitarbeitende in ambulanten Praxen, zunehmend auch in anderen Gesundheitseinrichtungen

Ormig-Technik: in der DDR gebräuchliches Vervielfältigungsverfahren

Ostdeutschland: Gebiet der früheren DDR, das Berlin-Ost und die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen umfasst

Poliklinik: (aus dem Griechischen), wörtlich „Stadtkrankenhaus“, in der DDR staatliche Gesundheitseinrichtung mit mehr als fünf Fachabteilungen, in denen 20 bis 50 ärztliche Arbeitsplätze bestanden und rund 300 medizinische und therapeutische Fachkräfte beschäftigt sein konnten

Potenzial (auch Potential): Entwicklungsmöglichkeit, Gesamtheit noch nicht ausgeschöpfter Möglichkeiten

Sprechstundenassistenz: in der DDR von 1974 bis 1990 angebotener medizinischer Fachschulstudiengang für Pflegefachkräfte der ambulanten Gesundheitsversorgung

1 Einleitung

In Pflegeberufen arbeiten derzeit 1,76 Millionen Personen. Das entspricht etwa einem Drittel aller im deutschen Gesundheitssystem Beschäftigten (SVR, 2024). Angesichts stetig steigender Zahlen von Pflegebedürftigen und Krankenhausfällen geht die aktuelle Pflegekräftevorausberechnung von 280.000 bis 690.000 zusätzlich benötigten Pflegekräften aus. Lag der Bedarf im Jahr 2019 bei 1,62 Millionen Personen, sollen es im Jahr 2049 schätzungsweise 2,15 Millionen Pflegekräfte sein (StBA, 2024a). Andere Prognosen kommen zu abweichenden Zahlen, beispielsweise wegen nicht direkt vergleichbarer Zeiträume oder unterschiedlicher Klassifikation der Gesundheitsfachberufe – sie werden hier nicht berücksichtigt.

Pflegeberufe gehören ebenso wie andere Gesundheitsfachberufe zu den Engpassberufen. Bundesweit wird weder kurz- noch mittelfristig mit einer Verbesserung der Situation gerechnet (BA, 2023). Von Arbeitskräfteengpass wird gesprochen, wenn auf dem Arbeitsmarkt mehr Angebote von Arbeitgeber*innen als Nachfragen von Arbeitnehmer*innen vorliegen. Diese Definition berücksichtigt die Qualifikation der Arbeitskräfte nicht (SVR, 2024, S. 5). Ein Fachkräfteengpass liegt vor, wenn die Arbeitsnachfrage das Angebot unter Berücksichtigung der benötigten Qualifikationen übersteigt (BIBB, o.J.).

„Potenziale, die in der Rückkehr und Stundenerhöhung von Pflegekräften liegen, sowie deren Einflussfaktoren“ wurden für Deutschland erstmals 2022 wissenschaftlich untersucht. Die Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ geht von 172.000 ausgebildeten Pflegefachpersonen, davon 20.000 Teilzeitarbeitskräften, aus, die bei akzeptablen Bedingungen in die konservative Krankenpflege zurückkehren würden (Auffenberg et. al., 2022, S. 11).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege weist in seinem Gutachten 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ auf Versorgungsengpässe und Fachkräftemangel hin. Das Expertengremium macht auf strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitssystem aufmerksam und bezeichnet ineffizienten Personaleinsatz als „Über-, Unter- und Fehlallokation vorhandener Fachkräfte in den Gesundheitsberufen“ (SVR 2024, S. III).

Als ungenutztes Arbeitskräftepotenzial stuft das Gutachten die „Stille Reserve“ ein – Menschen, die trotz entsprechender Qualifikation und Arbeitsfähigkeit aus verschiedensten Gründen nicht aktiv nach Arbeit suchen (SVR 2024, S. 8). Fuchs zählt „die so genannten entmutigten Arbeitskräfte“ dazu. Wie viele dieser *discouraged persons* ihre Arbeitssuche bei ungünstiger Arbeitsmarktlage aufgegeben haben, wird statistisch nicht erfasst (2002, S. 81). Laut Statistischem Bundesamt wünschten sich in Deutschland im Jahr 2023 rund 3,2 Millionen Nichterwerbspersonen im Alter von 15 bis 74 Jahren Arbeit. 57% davon waren weiblich. 58% der zur „Stillen Reserve“ gehörenden Personen hatten mindestens eine abgeschlossene Berufsausbildung oder besaßen die Hoch- bzw. Fachhochschulreife. Bei den Frauen hatten 61% ein mittleres oder hohes Qualifikationsniveau (StBA, 2024b).

Tabelle 1 Zusammensetzung der „Stillen Reserve“ im Jahr 2023 (StBA, 2024b), eigene Darstellung

Gruppen der Stillen Reserve	Definition	Anzahl im Jahr 2023	Frauenanteil
Stille Reserve A	suchen Arbeit, können aber z.B. wegen Betreuungspflichten nicht innerhalb von 2 Wochen eine Arbeit aufnehmen	372.000	52%
Stille Reserve B	würden gern arbeiten, glauben aber, keine passende Arbeit zu finden	945.000	
Stille Reserve C	suchen keine Arbeit und sind nicht kurzfristig verfügbar, wollen aber arbeiten	1,85 Millionen	61%
Gesamt		~ 3,17 Millionen	Ø 57%

Auch Praxismitarbeitende flüchten aus dem System. Dieses Problem der ambulanten Gesundheitsversorgung ist nicht neu, aber so akut, dass sich der Petitionsausschuss im Deutschen Bundestag im Februar 2024 in einer öffentlichen Sitzung mit einer Petition (158622) zur „Verbesserung der Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung“ befassen musste (vgl. Deutscher Bundestag, 2023). Für die Lage seien „Fehler aus der Vorgängerzeit“ verantwortlich, stellte der amtierende Bundesgesundheitsminister fest (Hausding, 2024).

Entscheidungen aus der Zeit der deutschen Wiedervereinigung, die beispielsweise in der Zeitschrift „Heilberufe“ in den 1990-er Jahren sehr intensiv diskutiert wurden, zählen dazu und wurden nicht korrigiert. So wies Hager darauf hin, dass die „übereilte Schließung von Polikliniken und Ambulatorien – entgegen den Festlegungen im Einigungsvertrag“ große Betroffenheit bei den Pflegenden ausgelöst hat, „ebenso die Schließung von Krankenhausbetten ohne Alternativlösungen“ (Hager, 1991, S. 542). Infolge der Schließung der Polikliniken wanderten Schwestern [sic!] in den Beruf der Arzthelferin ab, „viele sind in Sozialstationen gegangen, deren Aufbau und Ausbau als Nachfolge für die Poliklinik sicherlich zu begrüßen ist“ (Höfert, 1991, S. 542). Hungermann machte darauf aufmerksam, dass viele Pflegekräfte infolge der Regelungen des Einigungsvertrages ihre in der DDR absolvierten Weiterbildungen nach bundesdeutschem Recht nicht anerkannt bekamen. Explizit wird der im Einigungsvertrag nicht benannte Beruf der Sprechstundenschwester mit dreijähriger medizinischer Fachschulausbildung erwähnt. Der Berufsverband DBfK müsse „hier noch für Anerkennung bzw. Umgangsverfahren kämpfen“ (Hungermann, 1991, S. 543). Viele Pflegekräfte, die ihr bisheriges Wirkungsfeld im ambulanten Bereich hatten, wurden „freigesetzt“ (Hungermann, 1991, S. 544). Examinierte Sprechstundenschwestern konnten ihre bisher ausgeübte Tätigkeit – im Gegensatz zu Krankenschwestern und -pflegern – nach 1990 aus rechtlichen Gründen nicht mehr ausüben. Ein Äquivalent dieser speziellen Fachschulausbildung gab es in der BRD nicht.

„Die Sprechstundenschwester ist in der Bundesrepublik kein Beruf. Es gibt hier nur die Arzthelferin, und die gehört nicht zu den Medizinalfachberufen. Sie ist mehr eine Mischung aus Praxishilfe und Abrechnungsverwaltung und unterliegt dem Berufsbildungsgesetz.“

(Lullies, 1991, S. 306).

Damit war die bisherige Zuordnung der Sprechstundenschwestern zur Pflege quasi aufgehoben. Ob Berufsabschlüsse übernommen oder nicht übernommen wurden, dafür gab es „keine speziellen Maßstäbe“, da die Inhalte der meisten Berufe übereinstimmen würden: „... was eine Krankenschwester täglich tut, ist im Osten wie im Westen völlig gleichartig.“ (vgl. Gericke & Lullies, 1991, S. 306). Allerdings beinhalten die Gesetze der Bundesrepublik für die

Medizinalfachberufe nur Ausbildungs- und Prüfungsvorschriften sowie bestimmte Mindestvoraussetzungen, die DDR-Berufe mit Sicherheit erfüllten (vgl. Lullies, 1991, S. 306). Den Sprechstundenschwestern und Stomatologischen Schwestern bliebe ihr Beruf erhalten, „nur gibt es für sie keine Arbeit“. Als Alternativen wurden Umschulungen zur Arzthelferin, Zahnarzthelferin oder zur Krankenschwester genannt. Der „Unterschied zur DDR: Bildung an sich zählt nicht – an erster Stelle steht die Tätigkeit“ (Lullies, 1991, S. 307).

Über das Berufsbild der in der DDR nur über einen Zeitraum von 15 Jahren an Medizinischen Fachschulen ausgebildeten examinierten Sprechstundenschwestern (männliche Absolventen sind nicht bekannt) liegen im gesamtdeutschen Gesundheitswesen kaum fundierte Kenntnisse vor – es besteht eine Forschungslücke.

Sprechstundenschwestern werden allenfalls zufällig in pflegerelevanten Studien (z.B. zu AGnES, vgl. Hoffmann et. al. 2011) erwähnt. Es sind keine theoretischen Modelle oder eigenständige wissenschaftliche Veröffentlichungen zum Berufsbild bekannt, jedoch politische Stellungnahmen publiziert (Lullies, 1991; Leuenberger, 2009; Drucksache 17/2100, 2010).

Umfangreiche wissenschaftliche Studien auf dem Gebiet der Pflegeberufsforschung der DDR liegen beispielsweise von Wolff & Wolff, Hennig & Kaluza, Thiekötter und Strupeit vor.

(H.-P.) Wolff war es wichtig, mit seinem Werk zur vergleichenden Geschichte der medizinischen Berufsbildung aller Epochen bis in die Gegenwart, „den mit dem Beitritt der neuen deutschen Bundesländer nach 40 Jahren abrupt beendeten ‚Nebenweg‘ der Medizinalberufe und ihrer Ausbildung in der DDR im Vergleich zur traditionellen Entwicklung in der alten Bundesrepublik zu skizzieren“ (Wolff, H.-P., 1994, S. 9).

Mit der empirischen Untersuchung „Krankenschwester Ost“ nahmen Hennig & Kaluza eine „thematisch umfassende Bestandsaufnahme der Beschäftigungs-, Arbeits- und Lebenssituation des Pflegepersonals in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer nach der deutschen Einheit vor. Das Berufsbild Sprechstundenschwester wurde – vermutlich wegen der Fokussierung auf die stationäre Tätigkeit – nicht erfragt und erwähnt. Allerdings gaben 12% der Befragten an, ihren Beruf als Krankenschwester/Krankenpfleger vor 1989 in den

Ambulanzen der Krankenhäuser, in Polikliniken und Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens ausgeübt zu haben (Hennig & Kaluza, 1995, S. 41).

Strukturen und Inhalte der Berufsausbildung in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege sowie die Ausbildung des Lehrpersonals mittlerer medizinischer Berufe in der DDR wurden von Thiekötter untersucht (Thiekötter, 2006).

Strupeit stellte das Berufsprofil der Gemeindeschwestern der DDR vor und beschrieb die Schnittstellenfunktion des nach 1990 ebenfalls „verschwundenen Berufes“. Er untersuchte die Frühform interprofessioneller Zusammenarbeit und die Übertragbarkeit auf den bundesdeutschen Kontext. Besonders hervorzuheben ist die immer noch geführte Debatte um die Kompetenzerweiterung der Pflegeberufe (Strupeit, 2008).

Nach Ansicht von Lindenberger spielte zum Zeitpunkt der Vereinigung „die westdeutsche, mittlerweile um geschlechter- und alltagshistorische Ansätze erweiterte, Sozialgeschichte in den Beratungsgremien der Wissenschaftspolitik eine tonangebende Rolle und prägte folglich auch den Umgestaltungsprozess der ostdeutschen Universitäts- und Forschungslandschaft.“ Er sah die DDR unter anderem als heuristischen „Fall“ für die wissenschaftliche Forschung, die noch lange nicht ausgeforscht sei (Lindenberger, 2014).

Bartholomeyczik formulierte die Hypothese, dass die mit der Wende 1989/90 sichtbar gewordenen Pflegestudiengänge der DDR die weitere Akademisierung der Pflege in Westdeutschland beschleunigten. Die Pflegewissenschaftsgeschichte der DDR bedürfe jedoch einer eigenen Bearbeitung (2017, S. 102).

Hölterhoff & Herkner fanden bei Literaturrecherchen zur Transformationsforschung des Berufsbildungssystems von der DDR zur BRD schwerpunktmäßig Quellen der 1990-er Jahre, später beispielsweise zum 25. Jahrestag der Deutschen Einheit, danach „keine relevante Literatur der Berufsbildungswissenschaften“ (Hölterhoff & Herkner, 2019, S. 2).

Diese Forschungsarbeit möchte Kompetenzen von in der DDR ausgebildeten examinierten Sprechstundenschwestern wissenschaftlich belegen und in den Pflegekontext einordnen. Es sollen diese Forschungsfragen beantwortet werden:

- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gab es zwischen den ab 1974 gültigen medizinischen DDR-Fachschulstudiengängen „Krankenpflege“ und „Sprechstundenassistenz“?
- Welche Rolle spielten interprofessionelle Kompetenzen?
- Welche Argumente liefern die Quellen zur Zugehörigkeit des Berufs Sprechstundenschwester zur Profession Pflege?

Es wird erwartet, dass die Ausbildungsunterschiede zwischen „Krankenpflege“ und „Sprechstundenassistenz“ gering sind und somit die Zuordnung zur Pflege begründet ist. Eine weitere Hypothese ist, dass Sprechstundenschwestern über viel interprofessionelles Know-how verfügen.

Wenngleich altersbedingt nicht mehr viele Berufskolleginnen dem Arbeitsleben zur Verfügung stehen – könnten diese mit ihren Erfahrungen die ambulante Pflege und die gesundheitliche Versorgung, vor allem im ländlichen Raum, sowie die Ausbildung von Gesundheitsfachberufen sehr bereichern. Dies hat auch Relevanz für die perspektivisch verstärkt notwendige Übernahme delegierbarer ärztlicher Leistungen.

Die Thematik ist für alle an interprofessioneller Zusammenarbeit interessierten Gesundheitsberufe relevant, ebenso für Personalverantwortliche in Kliniken, Heimen, klinischen Fachambulanzen, anderen Gesundheitseinrichtungen sowie für Politiker*innen, für (Berufs- und Biografie-)Forschende, für die Rechtswissenschaft, für die Politikwissenschaft, für die Gesetzliche Krankenversicherung und das deutsche Rentensystem sowie für Geschichtsinteressierte.

In Kapitel 2 werden die theoretischen Grundlagen erläutert. Unterkapitel 2.1 definiert einführend die Profession Pflege. Unterkapitel 2.2 beschreibt Pflege in der DDR. Das Berufsbild Sprechstundenschwester wird in Unterkapitel 2.3 vorgestellt. Im Unterkapitel 2.4 wird Bezug zu den Berufsfeldklassifikationen, zum DQR und zur BAPID-Kompetenzmatrix genommen. Das Unterkapitel 2.5 skizziert die interprofessionelle Gesundheitsversorgung.

Die Methodik des Forschungsvorhabens wird in Kapitel 3 erklärt. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4 vorgestellt und im Kapitel 5 diskutiert. Abschließend wird in Kapitel 6 ein Fazit gezogen.

2 Theoretischer Teil

2.1 Pflege-Definitionen

Deutschsprachige Pflegeverbände in Deutschland, Österreich und der Schweiz orientieren sich bei der Definition der Pflege an der Vorlage des International Council of Nurses ICN und formulieren wörtlich:

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings).

Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.

Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

(DBfK, o.J.)

In einer Fußnote wird angemerkt, dass professionelle Pflege durch „eine/n Altenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in (Deutschland) bzw. Diplomierte/n Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger, Diplomierte/n psychiatrische Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger und Diplomierte/n Kinderkrankenschwester/-pfleger (Österreich) bzw. Diplomierte/n Pflegefachfrau/-mann (Schweiz)“ gemeint ist (DBfK, o.J.).

Bezogen auf den zu untersuchenden historischen Zeitraum war der Tätigkeitsbereich von Krankenschwestern und Krankenpflegern in der allgemeinen Krankenpflege im Jahr 1972 in Anlage I des Gesetzes zu dem Europäischen Übereinkommen vom 25. Oktober 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern wie folgt festgelegt worden:

„1. In der allgemeinen Krankenpflege ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger üben auf Grund der in ihrem Land geltenden Rechtsvorschriften im wesentlichen folgende Tätigkeiten aus:

- a) *sachkundige Pflege von Kranken, deren Zustand eine solche erfordert, unter Berücksichtigung der körperlichen, seelischen und geistigen Bedürfnisse des Patienten in Krankenanstalten, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz usw.;*
 - b) *Beobachtung der körperlichen und seelischen Verfassung und der Umstände, die einen bedeutenden Einfluß auf die Gesundheit ausüben, sowie Mitteilung dieser Beobachtungen an die übrigen mit der gesundheitlichen Betreuung befaßten Personen;*
 - c) *Ausbildung und Leitung des Hilfspersonals, das zur Erfüllung der pflegerischen Aufgaben in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens erforderlich ist.*
2. *Zu den Aufgaben der Krankenschwestern und Krankenpfleger gehört auch die jederzeitige Beurteilung dessen, was die Pflege des Patienten erfordert, sowie die Zuweisung des jeweils notwendigen Personals.“*
(Gesetz zu dem Europäischen Übereinkommen vom 25. Oktober 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern 1972, S. 634).

Anders als Bruns, der darauf verweist, dass „die Pflege in Deutschland heute zumeist als ‚Semi-Profession‘ bewertet“ wird (2023, S. 10), definiert der Deutsche Pflegerat die Pflege als qualifizierten Heilberuf, der hohe Kompetenz-Anforderungen an das Personal stellt (2023, S. 2).

Bereits 2010 hatten Cruess et. al. die Arbeit, die auf der Beherrschung einer komplexen Gesamtheit von Kenntnissen und Fähigkeiten beruht, als Kernelement einer Profession bezeichnet. Wörtlich definierten sie: „Es handelt sich um eine Berufung, bei der das Wissen in einem bestimmten Bereich der Wissenschaft oder des Lernens oder die Ausübung einer darauf basierenden Kunst im Dienst anderer eingesetzt wird. Ihre Mitglieder unterliegen ethischen Grundsätzen und verpflichten sich zu Kompetenz, Integrität und Moral, Altruismus und der Förderung des Gemeinwohls in ihrem Bereich.“

2.2 Pflegeausbildung in der DDR

Einleitend wird die Struktur des Bildungswesens der DDR dargestellt (Abb. 1), da diese ebenso wie die Pflege in der DDR im Zeitraum zwischen 1945 und 1989 Besonderheiten aufweist.

Knapp 10% der Jugendlichen eines Jahrgangs begannen nach Abschluss der 10. Klasse ihre berufliche Ausbildung an pädagogischen, medizinischen oder künstlerischen Fachschulen (Guder, 1990, S. 3).

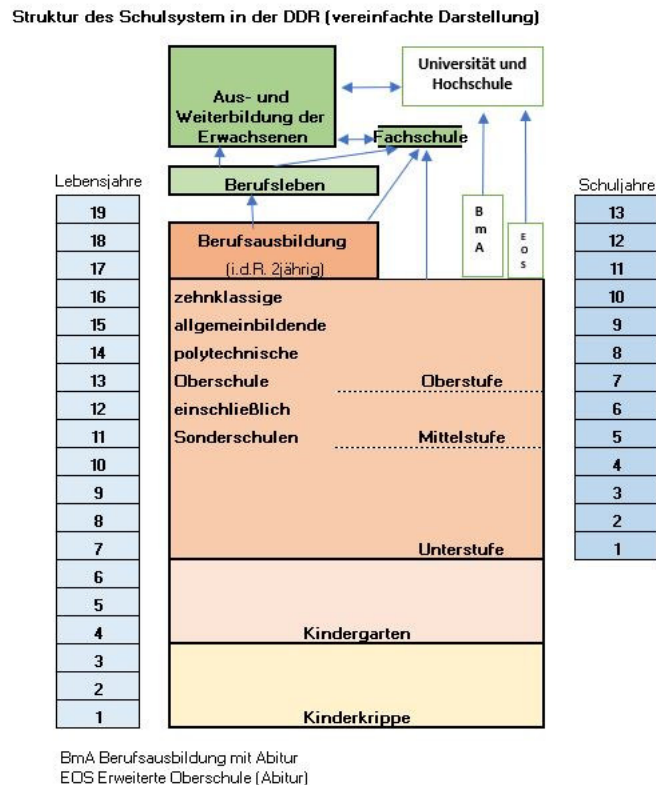


Abb. 1 Struktur des Schulsystems der DDR (eigene Darstellung nach einer Foto-Vorlage aus „Die Welt der DDR“, o.J.)

Folgend wird ein chronologischer Kurzeinblick in wichtige Etappen der Pflege der DDR gegeben.

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges waren in Ostdeutschland alle Berufsverbände der Krankenpflege dauerhaft verboten worden. Aus der Terminologie der Sowjetischen Militäradministration wurde der Begriff „mittlere medizinische Fachkräfte“ übernommen. Ab 1946 gab die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen einheitliche Lehrprogramme für die Krankenpflegeausbildung vor. Zwei Jahre später wurde das einheitliche Lehrprogramm „für die Krankenpflegesschulen in der Ostzone“ ergänzt und bereite auch auf die Tätigkeit als Betriebsschwester vor (Wolff, 1994, S. 191). Im Gründungsjahr der DDR 1949 übernahm das Ministerium für Gesundheitswesen die zentrale staatliche Leitung aller Berufs- und Ausbildungsangelegenheiten seines Fachbereichs. Nach der Bildung von

staatlich finanzierten Medizinischen Fachschulen im Jahr 1950 wurden Krankenschwestern und Krankenpfleger dreistufig ausgebildet, wobei die „Unterstufe“ zwei Jahre dauerte und einen Theorieanteil von 1086 Stunden hatte (Wolff, 1994, S. 192). Um dem Ärztemangel in der DDR zu begegnen, wurden ab 1952 vor allem im Betriebsgesundheitswesen und im ländlichen Gebiet Kranken- und Kinderkrankenschwestern/-pfleger zu Arzthelfern [sic!] (später Medizinischen Assistenten) weitergebildet. Schulabgänger der 8. Klasse konnten die neu eingeführten Berufe Krankenpflegerin, Säuglingspflegerin und Krankengymnastikhelferin erlernen (Wolff, 1994, S. 192).

1955 regelte die DDR erstmals die Berufserlaubnis und Berufsausübung „aller mittleren medizinischen Berufe und Hilfs-(Lehr-)berufe“ per Verordnung (Wolff, 1994, S. 192).

Im Jahr 1961 wurde die Ausbildung in der Krankenpflege „und den übrigen mittleren medizinischen Berufen“ neu strukturiert und als Lehrberufe in das staatliche System der Berufsausbildung oder Berufe in der Erwachsenenqualifizierung überführt. Angehende Krankenpflegende lernten jetzt an Medizinischen Schulen (nicht mehr Fachschulen) drei Jahre, der Theorieanteil erhöhte sich auf 2.000 Stunden. Zu den neu eingeführten Berufen gehörte die Sprechstundenschwester (Wolff, 1994, S. 193).

Einer Quelle aus dem Bundesarchiv ist zu entnehmen, dass ab September 1962 Lernende an erweiterten Oberschulen der DDR eine volle Berufsausbildung für die Fachrichtungen Krankenschwester bzw. -pfleger, Säuglings- und Kinderkrankenschwester sowie Kinderpflegerin absolvieren konnten (Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte, 1964, Blatt 552).

Da ab 1965 die 10-Klassen-Schulpflicht galt, verkürzte sich die Lehrzeit in der Krankenpflege und verwandten Berufen auf zweieinhalb Jahre (Wolff, 1994, S. 193).

1973 wurde die erneute Überführung der Ausbildung der Krankenpflege und anderer mittlerer medizinischer Berufe der DDR in das Fachschulsystem beschlossen. Ab 1974 studierten die „Medizinalberufe der DDR“ jeweils drei Jahre an Fachschulen. Die fachlichen Inhalte blieben weitestgehend gleich, aber das Grundlagenstudium im Fach Marxismus-Leninismus wurde erweitert. Wer seinen Abschluss als mittlere medizinische Fachkraft nach älteren Regeln

absolviert hatte, bekam auf Antrag die Fachschul Anerkennung erteilt (Wolff, 1994, S. 194).

1976 führte die DDR die Ausbildung von Facharbeitern für Krankenpflege ein. Schulabgänger der 8. Klasse erlernten den Beruf in drei Jahren, Werktätige in der Facharbeiterausbildung in eineinhalb Jahren (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981, Blatt 32).

1977 wurden die medizinischen Fachschulstudienpläne erstmals korrigiert: allgemeinbildender Stoff wurde reduziert und fachliche Inhalte wurden berufsspezifischer ausgearbeitet (Wolff, 1994, S. 194).

Ab 1982 konnten leitende Schwestern ein Hochschul-Fernstudium an der Humboldt-Universität Berlin aufnehmen (Wolff, 1994, S. 195).

Einen Einblick in die Qualifikationsstruktur im staatlichen Gesundheits- und Sozialwesen der DDR der 1970-er Jahre gibt die Tabelle 2. Während die Zahl der Hochschulkader konstant blieb, erhöhte sich die Zahl der Fachschulkader stetig.

Tabelle 2 Fachkräfteentwicklung im staatlichen Gesundheits- und Sozialwesen der DDR in % (Institut für mittl. med. Fachkräfte, 1981a), eigene Darstellung

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
Beschäftigte insgesamt:	100	100	100	100	100	100	100
- Fachkräfte	61	63	64	66	68	69	71
• Hochschulkader	11	11	11	11	11	11	11
• Fachschulkader	2	3)	53	34	39	41	43
• Facharbeiter/Meister	48	49)		21	18	17	17
- Mitarbeiter ohne Berufsausbildung	39	37	36	34	32	31	29

Die Zahl der Hoch- und Fachschulkader im staatlichen Gesundheits- und Sozialwesen lag wesentlich höher als in der Volkswirtschaft.

Tabelle 3 Vergleich der Qualifikationsstruktur in % (Institut für mittl. med. Fachkräfte, 1981a), eigene Darstellung

	Volkswirtschaft der DDR	Staatliches Gesundheits- und Sozialwesen	
	1976	1976	1978
Hochschulkader	6	11	11
Fachschulkader	11	34	43
Facharbeiter/Meister	ca. 60	21	17
An- und Ungelernte	23	34	29

Das zahlenmäßige Verhältnis von Fachkräften zu Mitarbeitenden ohne Berufsausbildung betrug 1979 in den wichtigsten Einrichtungsarten:

Tabelle 4 Verhältnis Fachkräfte zu Ungelernten 1979 (Institut für mittl. med. Fachkräfte, 1981a), eigene Darstellung

Tätigkeitsbereich	Verhältnis Fachkräfte : Ungelernte
ambulanter Bereich	80 : 20
stationärer Bereich	74 : 26
Krippen	61 : 39
Heime des Sozialwesens	41 : 59
staatliches Gesundheitswesen insgesamt	71 : 29

Der Frauenanteil der im Gesundheits- und Sozialwesen Beschäftigten wurde mit 87% angegeben. Der Beschäftigungsgrad in der DDR lag 1977 bei 85%, davon bei Frauen bei 83%. (Institut für mittl. med. Fachkräfte, 1981a). Aufgrund der Qualifikationsveränderungen bei medizinischem Personal in den 1970-er Jahren erhöhte sich der Anteil von Personen mit Fachschulabschluss wie in Tabelle 5 ersichtlich:

Tabelle 5 Entwicklung Anteil Facharbeiter- und Fachschulabschluss bei medizinischem Personal zwischen 1973 und 1979 (Institut für mittl. med. Fachkräfte, 1981a), eigene Darstellung

Jahr	medizinisches Personal mit Fachschul- und Facharbeiter- abschluss	davon	
	insgesamt in %	Fachschulabschluss in %	Facharbeiterabschluss in %
1973	100	3,5	96,5
1974	100	3,6	96,4
1975	100	„	„
1976	100	76,5	23,5
1977	100	80,0	20,0
1978	100	84,4	15,6
1979	100	85,4	14,6

2.2.1 Sprechstundenschwestern - Pflegefachkräfte für die ambulante Gesundheitsversorgung der DDR

Der Beruf der Sprechstundenschwester wurde in der DDR 1961 als zweijähriger Lehrberuf eingeführt (Wolff, 1994, S. 193). Im Bundesarchiv finden sich für diesen Zeitraum zweijährige Berufsausbildungsprogramme für Sprechstundenhelferinnen. 1962 gab es in der DDR 2.482 Sprechstundenhelferinnen (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981a, Blatt 85).

Einem im Bundesarchiv archivierten, undatierten ersten Entwurf einer Studie zur „Entwicklung der Bildungs- und Erziehungsanforderungen in der Fachrichtung Krankenpflege – stationärer und ambulanter Bereich – bis zum Jahre 2000“ ist zu entnehmen, warum der Spezialisierungsstudiengang „Sprechstunden-assistenz“ eingerichtet wurde:

„Die Bürger erwarten im zunehmenden Maße von der ambulanten Betreuung ständige Zugänglichkeit und Hilfe auch außerhalb der regulären Arbeitszeit. Für die Schwester in ambulanten Gesundheitseinrichtungen ergibt sich daraus die Konsequenz, in Früh- und Spätsprechstunden, ggf. sonnabends und sonntags Dienst zu tun. Mit der Verlagerung der Betreuung der Patienten mit chronischen Erkrankungen obliegt künftig dem ambulanten Bereich des Gesundheitswesens auch die Einleitung und Überwachung von Maßnahmen der Rehabilitation und der sekundären und tertiären Prävention; dazu brauchen die Schwestern zusätzliches Wissen und Können.“

(Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1978/BArch DC110, ohne Seite, Punkt 12, 13).

Im Jahr 1974 war gemäß eines Gemeinsamen Beschlusses des Politbüros des Zentralkomitees der SED, des Ministerrates der DDR und des Bundesvorstandes des FDGB vom 25. September 1973 für zunächst 13 Berufe die medizinische Fachschulausbildung wiedereingeführt worden, darunter „... auch die Sprechstundenschwester, die Kinderkrankenschwester und Krippenerzieherin“. Die bis dahin zweieinhalbjährige Ausbildung wurde auf drei Jahre verlängert. Am 1. September 1974 nahmen 12.000 junge Menschen ein Fachschulstudium an einer von 58 medizinischen Fachschulen der DDR auf (ND, 1974, S.2).

Es sind kaum belastbare Zahlen zu Berufsvertreterinnen zugänglich. Buchholz (1999) beruft sich auf eine Erhebung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche

Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) aus 1994, in der Sprechstundenschwestern zwar als in Arztpraxen Beschäftigte mit einer Ausbildung in einem qualifizierten Gesundheitsfachberuf genannt werden, jedoch wird ihr konkreter Anteil nicht näher quantifiziert. Sie werden zu den rund 10% der 510.000 Angestellten „mit einer Ausbildung als Krankenschwester, Arztfachhelfenn [sic!], MTA, Arzt und Sprechstundenschwester“ gezählt (Buchholz, 1999, S. 44). Das lässt darauf schließen, dass der DDR-Studiengang höherwertiger als die westdeutsch sozialisierte Arzthelferinnen-Tätigkeit eingestuft wurde.

2.2.2 Problematik nach der deutschen Wiedervereinigung

Wie in der Einleitung geschildert, wurde der Beruf der Sprechstundenschwester im Einigungsvertrag nicht erwähnt. Dies löste bei den Berufsvertreterinnen sowie bei Patient*innen und Familien Unsicherheit und prekäre Lebenslagen aus. Das Thema bildete sich auch medial ab. Beispielsweise berichtete die Fachzeitschrift „Heilberufe“ kontinuierlich über die Problematik nicht anerkannter Berufe und Qualifikationen.

Rudolph erklärte 1990, dass es nicht mehr um eine Reform der Berufsbildung gehe, „sondern entsprechend der Regierungserklärung vom 19. April 1990 auch auf dem Gebiet der Berufsbildung um eine Angleichung an die in der Bundesrepublik geltende Rechtsordnung. Damit verbunden sei „... vor allem aber eine gewaltige Umstellung im Denken aller Beteiligten“ (Rudolph, 1990, S.20).

Spirk bemängelte die „Diskriminierung der Pflegekräfte im BAT-Ost durch Nichtanerkennung der Dienstjahre und des Bewährungsaufstieges“ sowie „hohe Verunsicherung der Mitarbeiter durch zu geringe, oft widersprüchliche oder gar keine Informationen zur Entwicklung der Pflege von den verantwortlichen Stellen der Landesregierung und anderer Institutionen“. Vorhandenes Wissen und Können der Pflegenden in den neuen Bundesländern werde zu wenig genutzt. Der sehr hohe Bedarf an Fortbildung konnte nicht ausreichend befriedigt werden, da die rechtliche Absicherung noch nicht eindeutig war. Zudem fehlte in vielen Bereichen eine ausreichende Personalbedarfsmessung und erschwerte Arbeitsbedingungen erhöhten die Fluktuation (Spirk, 1991, S. 544).

Ein in der Berliner Zeitung vom 31. Oktober 1991 abgedruckter Leserbrief mit der Überschrift „Beratungsstelle ist ratlos“ belegt beispielhaft die Sicht der Gesamtelternsprecherin und der Direktorin des Zentrums für körperbehinderte Kinder und Jugendliche Berlin-Lichtenberg. Als Herzstück dieser Bildungseinrichtung wird der medizinische Bereich bezeichnet, „der bisher der Lichtenberger Poliklinik ‚Friedrich Wolf‘ angeschlossen war und die Kinder medizinisch-therapeutisch betreute, um ihnen den Schulbesuch zu erleichtern beziehungsweise überhaupt erst zu ermöglichen.“ Von 439 in 47 Klassen und 13 Kita-Gruppen betreuten Kindern und Jugendlichen mit Körperbehinderungen, waren „60 schwerstgeschädigte Kinder, die einer ständigen intensiven medizinischen Betreuung bedürfen“, durch Schließung des medizinischen Bereichs davon bedroht, die Schule sofort verlassen zu müssen und somit isoliert zu werden. Wörtlich heißt es weiter:

„Im Juni 1991 waren die Stellen des medizinischen Bereichs der Schule neu ausgeschrieben worden. Die Bewerbungen von zwei Krankenpflegern und einer Sprechstundenschwester wurden zurückgewiesen, weil sie nicht die Qualifikation als examinierte Krankenschwestern besaßen. Nun aber stellt sich heraus, daß die drei durchaus hätten eingestellt werden können. Denn bezahlt werden sollen die in der Körperbehindertenschule arbeitenden Schwestern nicht nach ihrer Ausbildung, sondern viel niedriger – als Arzthelferinnen. Im Umgang mit behinderten Kindern muß eine Schwester aber theoretische und praktische Kenntnisse über eine Vielzahl von Krankheitsbildern von Kindern besitzen. Sie muß zum Wohle der Kinder eigenverantwortliche Entscheidungen treffen, mit denen eine Arzthelferin gewiß nicht konfrontiert wird.

Noch ist die Poliklinik ‚Friedrich Wolf‘ Arbeitgeber des medizinischen Personals der Körperbehindertenschule, und noch wird es seiner Qualifikation gemäß bezahlt. Ab 1. Dezember 1991 aber sind Ärztin und Schwestern Mitarbeiter der dann eingerichteten ‚Zentralen Beratungsstelle für körperbehinderte Kinder und Jugendliche‘ in der Schule, und von diesem Zeitpunkt an wird auch die Rückstufung in die Vergütungsgruppe der Arzthelferinnen in Kraft treten. Angesichts solcher Aussichten ist eine der Schwestern bereits von der Schule gegangen, denn anderswo werden ihr Beruf anerkannt und ein entsprechendes Gehalt gezahlt. Die Rückstufung der Krankenschwestern ist eine unverständliche Nichtachtung ihrer Tätigkeit. Senat und Bezirksamt haben in der künftigen Beratungsstelle Ratlosigkeit ausgelöst. Sie sollten ihren Beschluß im Interesse der Kinder schnellstmöglich rückgängig machen.“

(Weber & Utikal, 1991).

Bruns konstatiert: „Die Akademisierung der Pflegeausbildung, zu der es in der DDR erste Anläufe gab, erlebte im wiedervereinigten Deutschland zunächst einen Rückschlag. Nicht wenige Angehörige des sogenannten ‚mittleren medizinischen Personals‘ fühlten sich nach 1990 in ihrem beruflichen Selbstverständnis degradiert“ (2023, S. 10).

Dabei hatte die Kultusministerkonferenz 1993 einen Beschluss zur „Feststellung der Gleichwertigkeit von Bildungsabschlüssen - Fachschulabschlüsse, Abschlüsse kirchlicher und sonstiger (öffentlicher) Ausbildungseinrichtungen – im Sinne des Art. 37 Abs. 1 des Einigungsvertrages“ gefasst. Dieser führt aus, dass zur Gleichstellung ein vergleichbares formales Qualifikationsniveau sowie „die Feststellung einer hinreichenden materiellen Entsprechung eines in der ehemaligen DDR erworbenen Abschlusses mit den Abschlüssen aus der Bundesrepublik, soweit es sich um Bildungsgänge handelt, die mit einer staatlichen Prüfung abschließen“, nötig ist. Für die Gesamtbetrachtung sei „ein großzügiger Maßstab anzulegen“ (KMK, 1993, S. 3). Unter Punkt 5 wird ausgeführt: „Aufgrund der Vielgestaltigkeit des Bildungswesens der ehemaligen DDR kann eine lückenlose Erfassung aller Prüfungen und Befähigungsnachweise nicht sichergestellt werden (KMK, 1993, S. 4).

Anträge auf Gleichstellung von DDR-Berufsabschlüssen sind in dem Bundesland zu stellen, in dem die Ausbildung abgeschlossen wurde. Dafür sollen „einschlägige Berufserfahrungen sowie Nachweise über Fort- und Weiterbildung herangezogen werden.“ Die zuständige Behörde stellt in einer formellen Gleichwertigkeitsprüfung fest, „ob die ausländische Qualifikation in Bezug auf Ausbildungsinhalte wesentliche Unterschiede zu einem deutschen Berufsabschluss (Referenzqualifikation) aufweist“ (Atanassov et. al. 2022).

Im Jahr 2009 befasste sich der Deutsche Bundestag mit der Petition 486 (Heilhilfsberufe). Diese wollte erreichen, „dass die in der ehemaligen DDR erworbene Ausbildung zur Sprechstundenschwester zum Führen der Berufsbezeichnung Krankenschwester berechtigt.“ Begründet wurde das mit der vergleichbaren Ausbildung von Sprechstundenschwestern und Krankenschwestern und der Tatsache, dass „diese häufig dieselben Tätigkeiten ausüben oder sogar anstelle von Krankenschwestern eingesetzt werden. Allerdings würden sie in der Regel als Arzthelfer/innen geführt und

dementsprechend geringer vergütet als Krankenschwestern“ (Deutscher Bundestag, 2010, S. 44).

In der öffentlich nicht direkt zugänglichen, aus dem Parlamentsarchiv bezogenen, Abschlussbegründung an den Petenten wird die Nichtbeachtung der Sprechstundenschwestern im Einigungsvertrag als „redaktionelles Versehen“ bezeichnet. Wörtlich heißt es:

„Der Petitionsausschuss hat umfangreich recherchiert, wie das Berufsbild der Sprechstundenschwester ausgestaltet gewesen ist. Er kommt im Ergebnis zu dem Schluss, dass Qualität und Niveau des dreijährigen Fachschulstudiums zur Sprechstundenschwester dem DDR-Studium zur Krankenschwester im Wesentlichen zeitweise entsprachen. Auch gab es trotz einiger Unterschiede ähnliche Schwerpunktsetzungen in den Studienfächern. Die nach DDR-Recht erworbene Berufsbezeichnung der Krankenschwester wurde im Gegensatz zur Sprechstundenschwester unproblematisch nach Artikel 37 des Einigungsvertrags in das vereinigte Deutschland überführt.

Krankenschwestern nach DDR-Recht konnten also auch im vereinigten Deutschland den Beruf ohne Probleme weiter ausüben und konnten z.B. aufgrund der Formulierung von § 71 SGB XI auch verantwortliche Pflegefachkraft im Altenpflegebereich werden. Warum dies der Sprechstundenschwester verwehrt blieb und bleibt, erschließt sich dem Petitionsausschuss hingegen nicht.“

(Hein, 2009, S. 2).

Eine vollständige Gleichwertigkeit der Ausbildung sah der Petitionsausschuss „spätestens 1985“ gegeben, hielt aber auch einen früheren Zeitpunkt für denkbar. Als Beispiel wurde angeführt, dass „in § 18 Abs. 3 Nr. 1 des Rahmenvertrages gemäß §§ 132 und 132a SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe im Lande Sachsen-Anhalt die Sprechstundenschwestern für die Leistungen der Grundpflege nach Maßgabe des Einzelfalls ebenso geeignet angesehen wie Krankenschwester, Krankenpfleger und andere Gesundheitsberufe“ werden. Zudem werden im Absatz 4 „für Leistungen der Behandlungspflege nach Maßgabe des Einzelfalls die Sprechstundenschwestern (nur mit Ausbildung in der ehemaligen DDR ab 1974 mit Übergangsregelung) den Krankenschwestern/ Krankenpflegern, Kinderkrankenschwestern/ Kinderkrankenpflegern, staatlich anerkannten Altenpflegerinnen/Altenpflegern gleichgestellt.“

Danach werden alle ab 1974 ausgebildeten DDR-Sprechstundenschwestern als „gleich gut geeignet für die Erbringung von Behandlungspflege wie die anderen in § 71 SGB XI genannten Berufsgruppen“ eingeschätzt (Hein, 2009, S. 3).

Ausdrücklich wies der Petitionsausschuss darauf hin, „dass jedenfalls der heute teilweise vorgenommene Vergleich der Sprechstundenschwester mit der Arzthelferin unzulänglich ist. Aufgrund der umfassenden Ausbildung der Sprechstundenschwestern, die sich der Ausbildung zur Krankenschwester in der ehemaligen DDR offenbar zunehmend angenähert hatte, erscheint dieser Vergleich lediglich der Begriffsnähe sowie dem Umstand geschuldet, dass in der alten Bundesrepublik ein Berufsbild Sprechstundenschwester so nicht existierte.“ Die Aufwertung des Berufsbildes der Sprechstundenschwester wurde auch deshalb als dringend erforderlich angesehen, da gleichgestellte DDR-Altenpfleger „somit nach § 71 SGB XI berechtigt sind, als verantwortliche Pflegefachkraft zu arbeiten, obwohl es unbestritten ist, dass diese über eine schlechtere Qualifikation verfügen als die DDR-Sprechstundenschwestern“ (Hein, 2009, S. 5).

Die empfohlene Lösung auf der Ebene des Berufsrechts ist bis heute nicht gefunden.

Ob und wie viele Sprechstundenschwestern über die Anerkennungsbehörden der ostdeutschen Bundesländer eine Gleichstellung als Krankenschwester, später Gesundheits- und Krankenpflegerin, erreichen konnten, ist unbekannt.

2.3 Potenziale und Klassifikationen

2.3.1 Potenziale

Der Duden definiert Potenzial als „Gesamtheit aller vorhandenen, verfügbaren Mittel, Möglichkeiten, Fähigkeiten, Energien“ (2024). Synonyme sind Arbeitskraft, Kraft, Leistungsfähigkeit, Leistungsstärke, Leistungsvermögen, Stärke.

Laut Kehl et. al. entstehen Potenziale „aus dem Zusammenspiel von Möglichkeiten und Fähigkeiten“ (2005, S. 12). Strategisch wird gehandelt, wenn Potenziale entwickelt oder erworben werden. Von operativem Handeln wird gesprochen, wenn vorhandene Potenziale genutzt werden (Kehl et. al., 2005, S. 13).

Für die kritische Sicht der Ärzteschaft auf das Potenzial der Akademisierung der Pflege, führen Simon & Flaiz in ihrer Analyse von 30 Veröffentlichungen zur Thematik in Ärzte-Medien aus den Jahren 1990 bis 2013 folgendes Zitat an: „Es geht

uns vielmehr um die Qualifikation am Bett. Da ist noch eine Menge Potenzial vorhanden, das bei uns einfach nicht ausgeschöpft wird.“ (2015, S. 92). Die Autorinnen veranschaulichen an zahlreichen weiteren Beispielen, dass viele Ärzt*innen und insbesondere Vertreter der Gesamtärzteschaft eine Hochschulqualifikation von Pflegenden ablehnen. Sie resümieren: „Starre Hierarchien, autokratischer Führungsstil, z.T. die althergebrachten traditionellen Rollenbilder zwischen Mann und Frau, scheinen im deutschen Gesundheitswesen überdauert zu haben und stellen zunehmend besorgniserregende Innovationsbremsen dar. Ein Phänomen, das in der Medizin als Semmelweis-Reflex bekannt ist.“ (Simon & Flaiz, 2015, S. 93).

Der Deutsche Pflegerat hält das Potenzial der beruflich Pflegenden für einen wesentlichen Baustein einer nachhaltigen und krisenfesten Gesundheitsversorgung. Auf dem Deutschen Pflorgetag 2023 forderte er unter anderem mehr Befugnisse für Pflegefachpersonen. Konkret werden selbstständiges Arbeiten im Bereich pflegerischer Diagnostik, Therapie und Betreuung aufgeführt, für die die Übertragung von Heilkundetätigkeiten auf Pflegefachpersonen „zwingend notwendig ist“ (Deutscher Pflegerat, 2023, S. 1).

Auch der Wissenschaftsrat plädiert dafür, „insbesondere die Potenziale der Pflege-, Hebammen- und Therapiewissenschaften zu erkennen und zu heben“ (2023, S. 45). Er sieht im Bereich der Gesundheitsfachberufe große Potenziale, „durch die Entwicklung neuer und die Neuverteilung vorhandener Kompetenzen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung beizutragen, sowohl im ländlichen Bereich als auch in den Städten“ (2023, S. 81). Vor dem Hintergrund des digitalen Wandels fordere die interprofessionelle Versorgung die Ärzteschaft und die Gesundheitsfachberufe, „ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Anwendungen stetig zu vertiefen sowie deren Wirkweisen und Änderungspotenziale zu verstehen“ (Wissenschaftsrat, 2023, S. 91).

Die Potenziale der Sprechstundenschwestern werden in Kapitel 4 herausgearbeitet.

2.3.2 Berufsfeldklassifikationen

In der Nomenklatur Medizin / Gesundheitswesen der DDR waren 23 Fachrichtungen (ohne Wirtschaftswissenschaften (424)) in acht Fachrichtungsgruppen eingeordnet. Die Ausbildungsberufe der medizinischen Fachschulausbildung waren in folgenden Fachrichtungsgruppen zusammengefasst:

- 312 Krankenpflege und medizinische Assistenz
- 314 Medizinisch-technische Diagnostik und Therapie
- 315 Krippenpädagogik
- 316 Hygiene

(Institut mittl. med. Weiterbildung Potsdam, 1981, S. 47).

Zum annähernd gleichen Zeitpunkt sah Meifort in Westdeutschland bildungspolitische Defizite und notwendige Konsequenzen. 1980 waren 16 Ausbildungsberufe geregelt, darunter „die Berufe der Krankenpflege und Geburtshilfe, Arzthelfer, Technische Assistenten in der Medizin (MTA), Krankengymnasten, Masseure und medizinische Bademeister“ (Meifort, 1980, S. 6). Bezüglich der „sogenannten Helferberufe - Arzt-, Tierarzt-, Zahnarzthelfer“ konnte sie keine Einheitlichkeit erkennen und kritisierte, dass der Beruf mit drei unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten – kaufmännisch-verwaltende Sekretariats- und Abrechnungsaufgaben, medizinisch-technische Laboraufgaben, gesundheitspflegerische Aufgaben bei der Patientenversorgung - weiterhin nicht näher bestimmt war, und für annähernd gleichwertig andere Berufe des jeweiligen Tätigkeitsfeldes wie z. B. Bürokaufmann, technische Assistenten in der Medizin, Krankenschwester nicht qualifizierte (Meifort, 1980, S. 7).

1984 wurde – nach mehreren Änderungen – in Westdeutschland folgende Berufsfeldeingruppierung vorgenommen:

- Gesundheitsberufe in der Primärversorgung (z. B. Arzthelferinnen)
- Pflegeberufe (Krankenschwestern)
- diagnostisch-technische Gesundheitsberufe (z. B. technische Assistenten in der Medizin, kurz MTA)
- therapeutisch-rehabilitative Berufe (z. B. Masseure)

(Meifort, 1984, S. 15).

In der Literatur finden sich zahlreiche Diskussionen über die Thematik. Zum besseren Verständnis der Forschungsfragen werden einige Schwerpunkte in dieser Arbeit aufgegriffen.

Mettin wies 1998 auf den Sonderstatus der Aus- und Weiterbildung der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen hin, da die Abschlüsse – anders als für andere gesundheits- und sozialpflegerische Berufe – nach dem Berufsbildungsgesetz geregelt sind. Zudem existierten auf Länderebene „insbesondere für die Arzt- und Zahnärzthelferinnen eine Fülle unkoordinierter 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 Umstiegchancen erkennen lassen“ (Mettin, 1998, S. 2).

Die Berufsfeld-Definitionen des Bundesinstitutes für Berufsbildung auf Basis der Klassifikation der Berufe von 1992, fassen gleichartige Berufe zusammen, „unabhängig von ihrer formalen Schul- oder Berufsausbildung“. Als Abgrenzungskriterium zwischen den Berufen gilt die Artverwandtschaft der Tätigkeit (BIBB, 2008, S. 4).

Berufsgruppen mit gleichem Tätigkeitsschwerpunkt (TSP) werden zusammengefasst. Der TSP 16 umfasst „Gesundheitlich/sozial helfen, pflegen; medizinisch/kosmetisch behandeln“. Die Qualifikation wird dabei nicht berücksichtigt (BIBB, 2008, S. 6).

Zudem werden Berufsgruppen in 54 Berufsfelder eingeteilt. Gruppe 48 sind Gesundheitsberufe ohne Approbation, die wiederum unterteilt werden (BIBB 2008, S. 14). Zugeordnet sind unter anderem Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen und Entbindungspfleger (BO 853) und Sprechstundenhelfer/-innen [sic!] (BO 856) (BIBB, 2008, S. 15).

Wie sich die medizinisch-pflegerischen Kenntnisse prozentual in den Berufsgruppen 85-86 zusammensetzen, wurde aufgrund der BIBB/BAuA-Erwerbstätigen-Befragung 2006 ermittelt und hier auszugsweise für relevante Berufe in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6 Medizinisch-pflegerische Kenntnisse in den Berufsgruppen 85-86 in % (vgl. BIBB, 2008, S. 50), eigene Darstellung

Medizinisch-pflegerische Kenntnisse in den Berufsgruppen 85-86 in %			
	Keine Kenntnisse	Grundkenntnisse	Fachkenntnisse
853 Krankenschwestern / -pfleger, Hebammen	1,6	2,2	96,3
854 Helferin der Krankenpflege	7,9	31,6	60,5
856 Sprechstundenhelfer	0,8	14,3	84,9
859 Therapeutische Berufe	0,0	5,9	94,1
864 Altenpfleger	3,6	16,8	79,5
866 Heilerziehungspfleger	8,6	14,3	77,1
867 Kinderpfleger	13,2	44,7	42,1

Die im Jahr 2020 überarbeitete „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB) der Bundesagentur für Arbeit fasst unter der Rubrik „Medizinische Gesundheitsberufe“ in den Tätigkeitsfeldern Arzt- und Praxishilfe (811), Medizinisches Laboratorium (812), Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe (813), Human- und Zahnmedizin (814), Tiermedizin und Tierheilkunde (815), Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie (816), nicht ärztliche Therapie und Heilkunde (817) sowie Pharmazie (818) zusammen (BA, 2021, S. 1.066).

Die der Kategorie Arzt- und Praxishilfe (811) zugeordneten Berufstätigen übernehmen demnach „Tätigkeiten in der medizinischen, zahnmedizinischen und der tiermedizinischen Praxishilfe und Assistenz sowie in der Augenheilkunde“. Die als Unterposition 8110 aufgeführten Medizinischen Fachangestellten (ohne Spezialisierung) „assistieren Ärzten und Ärztinnen bei der Untersuchung, Behandlung, Betreuung und Beratung von Patienten und Patientinnen und führen organisatorische Tätigkeiten und Verwaltungsarbeiten durch“. Konkret vergeben sie Termine, empfangen Patient*innen, organisieren den Praxisablauf, erledigen Verwaltungsarbeiten und sorgen für die Abrechnung der erbrachten Leistungen. Zudem entnehmen sie Proben für Laboruntersuchungen, setzen medizinische Instrumente, Geräte und Apparate ein, pflegen und warten diese, assistieren bei ärztlichen Untersuchungen, Behandlungen und kleineren Eingriffen, informieren Patient*innen über Möglichkeiten der Vor- und Nachsorge und dokumentieren Behandlungsabläufe. Unterschieden werden weiterhin „Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) – fachlich ausgerichtete Tätigkeiten (81102)“ und

„Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung) – komplexe Spezialistentätigkeiten (81103)“. Für die der Kategorie 81102 zugeordneten Medizinischen Fachangestellten werden zusätzlich fundierte fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten vorausgesetzt und u.a. die Aufgaben „einfache organisatorische Tätigkeiten und Verwaltungsarbeiten durchführen sowie „Wartezimmer und Untersuchungsräume für Patienten und Patientinnen sauber halten“ sind aufgeführt. Die komplexen Spezialistentätigkeiten der Kategorie 81103 beinhalten u.a. die Befragung von Patient*innen über ihren Gesundheitszustand und das Einholen und Aufzeichnen von deren Anamnese, die Kontrolle von Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen, die Information von Patient*innen über Gesundheitsthemen und ärztlich verschriebene Medikamente sowie die Durchführung von Hausbesuchen in Privatwohnungen oder Alten- und Pflegeheimen im Auftrag von Hausärzten und -ärztinnen (BA, 2021, S. 1.067-1.069).

Demgegenüber beinhalten komplexe Spezialistentätigkeiten bei Berufen in der Fachkrankenpflege (81313) die eigenständige Pflege und mitverantwortliche Betreuung von Patient*innen in jeweils spezifischen medizinisch-pflegerischen Fachgebieten. Fachkräfte arbeiten gemäß der aktuellsten Fassung der KIdB mit ärztlichen Fachkräften zusammen und assistieren bei ärztlichen Maßnahmen, führen pflegerische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen im jeweiligen medizinischen Fachgebiet auf ärztliche Weisung durch, verabreichen Medikamente und überwachen den Gesundheitszustand von Patient*innen und zeichnen deren Reaktion auf Behandlungen auf. Zudem betreuen sie Patient*innen sowie ihre Angehörigen psychosozial, leiten das Pflegepersonal in bestimmten medizinisch-pflegerischen Fachgebieten an, führen intensiven fachlichen Austausch mit anderen an der Pflege Beteiligten sowie mit ärztlichen und ggf. therapeutischen Fachkräften und wirken bei erforderlichen medizinischen Sofortmaßnahmen mit (BA, 2021, S. 1.094).

2.3.3 Qualifikationsstufen nach DQR

Am 1. Mai 2013 trat nach mehrjährigem Entwicklungsprozess der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) in Kraft. Damit folgte Deutschland der Empfehlung des Europäischen Parlaments und Rates nach Vorbild des

Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR). Dieser ist seit Jahr 2008 gültig und gilt als Referenzinstrument, mit dem Qualifikationsniveaus verschiedener Qualifikationssysteme verglichen werden können (BMBF, 2013, S. 55).

Es werden regulierende und orientierende Qualifikationsrahmen unterschieden. Beim DQR handelt es sich um einen orientierenden Qualifikationsrahmen, der sich auf eine bestehende Systematik von Bildungsformaten und Zugangsregelungen bezieht und keine Rechtswirkung hat (BMBF, 2013, S. 32).

Der DQR versteht sich als „bildungsbereichsübergreifende Matrix“ zur besseren Orientierung und Transparenz im deutschen Bildungssystem. Fachliche und personale Kompetenzen, die in der allgemeinen, beruflichen und Hochschulbildung erworben werden, sind acht Niveaus zugeordnet. „Diese bilden jedoch nicht individuelle Lern- und Berufsbiografien ab.“ Vielmehr meint der Kompetenzbegriff des DQR, dass Personen fähig und bereit sind, ihre „Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.“ Dafür steht im Bildungsbereich der Begriff „umfassende Handlungskompetenz“. Weiterhin werden die Kompetenzkategorien „Fachkompetenz“, bestehend aus „Wissen“ und „Fertigkeiten“, sowie „Personale Kompetenz“, bestehend aus „Sozialkompetenz und Selbständigkeit“ unterschieden (BMBF, 2013, S. 56).

Mit der DQR-Matrix werden in einem Niveau „gleichwertige, nicht gleichartige Qualifikationen“ abgebildet. Diese müssen durch Gesetz oder Verordnung staatlich geregelt sein. In niedrigeren Stufen beschriebene Merkmale werden in einer höheren Niveaustufe nur genannt, wenn sie in gesteigerter Form vorliegen (BMBF, 2013, S. 57). Im nicht-formalen und informellen Bereich erworbene Kompetenzen sollen perspektivisch ebenfalls dem DQR zugeordnet werden. Ein Verfahren existierte zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des DQR nicht, wurde beauftragt, noch entwickelt und erprobt (BMBF, 2013, S. 42). Daher können nicht staatlich geregelte Qualifikationen nicht-formaler Qualifikationen noch nicht berücksichtigt werden.

Jährlich wird von der verantwortlichen Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) eine aktualisierte Version zugeordneter Qualifikationen veröffentlicht. Diese kann online eingesehen werden. Dort findet sich der Hinweis, dass eine rückwirkende

Ausweisung des DQR-/ EQR-Niveaus für Zeugnisse, die vor dem Jahr 2014 ausgegeben wurden, nicht möglich ist (BMBF, o.J.).

Berufe im Gesundheitswesen, die dual oder an Berufsfachschulen ausgebildet werden, also auch die heute gültigen Qualifikationen „Pflegefachmann/Pflegefachfrau“, „Medizinische*r Fachangestellte*r“ und weitere sind in DQR-Niveau 4 eingruppiert (BMBF, 2023, S. 3).

Das DQR-Niveau 4 setzt Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld voraus:

Tabelle 7 Niveau 4 in der DQR-Matrix (BMBF, 2013, S. 20), eigene Darstellung

Fachkompetenzen		Personale Kompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbständigkeit
Über vertieftes allgemeines Wissen oder über fachtheoretisches Wissen in einem Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen.	Über ein breites Spektrum kognitiver und praktischer Fertigkeiten verfügen, die selbständige Aufgabenbearbeitung und Problemlösung sowie die Beurteilung von Arbeitsergebnissen und -prozessen unter Einbeziehung von Handlungsalternativen und Wechselwirkungen mit benachbarten Bereichen ermöglichen. Transferleistungen erbringen.	Die Arbeit in einer Gruppe und deren Lern- oder Arbeitsumgebung mitgestalten und kontinuierlich Unterstützung anbieten. Abläufe und Ergebnisse begründen. Über Sachverhalte umfassend kommunizieren.	Sich Lern- und Arbeitsziele setzen, sie reflektieren, realisieren und verantworten.

Peters & Teliëps weisen darauf hin, dass bei der Zuordnung in der Pflege nicht die Ausbildungsdauer und das zu erreichende Kompetenzniveau berücksichtigt wurde. Personen mit Assistenzausbildungen („Helfer/-innen“) als auch mit Fachkräfteausbildung (Pflegefachpersonen) sind pauschal dem DQR-Niveau 4 zugeordnet, während hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen pauschal dem DQR-Niveau 6 zugeordnet wurden (2023, S. 57).

Angesichts des unübersichtlichen Fort- und Weiterbildungsangebotes für die Pflege, das keiner strukturellen Logik folgt, weisen die Autorinnen darauf hin,

dass zahlreiche Abschlüsse noch keinem DQR-Niveau zugeordnet wurden. Auch müsse geklärt werden, wie Karriereaufstiege von einer abgeschlossenen Pflegeausbildung auf DQR-Niveau 4 zu einem Studienabschluss auf DQR-Niveau 6 nicht nur anhand der Kompetenzen, sondern auch anhand der Aufgaben- und Tätigkeitsprofile beschrieben werden können. Diese und weitere Herausforderungen sollen in einem aktuellen Forschungsprojekt zu Durchlässigkeit und Bildungspfaden in der Pflege analysiert werden (Peters & Telieps, 2023, S. 58-59).

2.3.4 BAPID-Kompetenzmatrix

Anfang Juli 2024 wurde eine Vorabpublikation der vom Deutschen Pflegerat beauftragten Studie „BAPID – Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland“ veröffentlicht. Das Konzept soll die Struktur der Pflegebildung durchlässiger und moderner gestalten und „damit die Attraktivität, Identität und Professionalität der Pflegeberufe nachhaltig“ stärken. Allgemeine Bildung, Allgemeine Pflegebildung und Spezielle Pflegebildung werden berücksichtigt. Je nach ihrer Rolle im Pflegeteam definiert die BAPID-Kompetenzmatrix unterschiedliche Pflgetypen:

- „Typ II: Pflegefachassistenz, wirkt an Pflegeprozessen mit;
- Typ III: Pflegefachberuf, gestaltet komplexe Pflegeprozesse;
- Typ IV: Bachelor Pflege, gestaltet hochkomplexe Pflegeprozesse;
- Typ V und VI: Pflegende mit Masterabschluss (APN), leiten Pflegeprozesse auf fachwissenschaftlicher Basis und haben die fachliche Letztverantwortung im Pflegeteam und eines pflegerischen Arbeitsfeldes inne.“

Dabei wird zwischen formeller (berufsschulisch und akademisch) und informeller Pflegebildung unterschieden. Die Pflgetypen II und III sind der beruflichen Pflegebildung zugeordnet, die Pflgetypen IV, V und VI gehören zur akademischen Pflegebildung. „BAPID Typ I wird dem informellen Pflegebereich zugerechnet und verfügt über keinen Berufsabschluss in der Pflegebildung.“

Das BAPID-Bildungskonzept zielt auf klare Zuständigkeiten, vermeidet Überlastung und ein „Alle machen Alles-Denken“. Zudem macht es Karriereverläufe sichtbar (Gahlen-Hoops & Genz, 2024, S. 4).

2.4 Interprofessionelle Gesundheitsversorgung (IPZ)

Eine moderne Gesundheitsversorgung bietet der Bevölkerung nicht nur gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen in guter Qualität. Als Teil einer „nachhaltigen Medizin“ orientiert sie sich am Triple-Aim-Konzept, das gleichermaßen Qualität, Nutzen und Kosten berücksichtigt. Interprofessionalität hilft, das Triple-Aim-Konzept umzusetzen. Dafür muss der Nutzen der Zusammenarbeit den Aufwand übersteigen. Situationen, in denen interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig und vorteilhaft ist, müssen identifiziert werden (SAMW, 2020a, S. 5).

Das aus dem amerikanischen Gesundheitssystem stammende Reformkonzept für eine integrierte und nachhaltige Versorgungsstruktur *Triple Aim* setzt auf ein verändertes Werte- und Anreizsystem. Die drei Ziele Verbesserung der Patientenzufriedenheit, Optimierung der Bevölkerungsgesundheit und Reduzierung der Kosten sind miteinander verbunden (Berwick et.al., 2008).

Nach Ansicht von Gerber et al. (2018), wurde interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ, engl. *interprofessional collaboration*) im Gesundheitswesen schon immer praktiziert, das Interesse am Thema nahm jedoch stark zu. Das Autorenteam stellte fest, dass sich die in der Datenbank PubMed befindlichen Publikationen zum Thema IPZ zwischen 2010 und 2017 fast verfünffacht haben (S. 1.524). Im Folgenden werden Grundbegriffe der interprofessionellen Zusammenarbeit erläutert.

2.4.1 Definition, Anliegen und Begriffe

Die WHO definiert interprofessionelle Zusammenarbeit als gemeinsames Tätigsein von Gesundheitsfachkräften unterschiedlicher Professionen mit Patient*innen, deren Familien, Pflegenden und Gemeinschaften. So kann eine qualitativ hochwertige Versorgung in verschiedenen Settings gewährleistet werden. Die Praxis umfasst sowohl klinische als auch nicht-klinische gesundheitsbezogene Tätigkeiten wie Diagnose, Behandlung, Überwachung, Gesundheitskommunikation, Management und Hygienetechnik (WHO, 2010, S. 13). Weil sich die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe überschneiden,

wurde im Jahr 2020 der Kernsatz „Collaboration is key“ – „Zusammenarbeit ist der Schlüssel“ formuliert (WHO, 2020, S. XXI).

Laut „Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ denkt und handelt jede Gesundheitsfachperson in den eigenen fachlichen und beruflichen Kategorien. Alle Fachkräfte wurden für ein professionelles „Neben- und Miteinander“ geschult, in dem sie ihren Handlungsspielraum kennen. Besonderer Abstimmungsbedarf besteht in Routinesituationen nicht. Von Interprofessionalität im Gesundheitswesen wird jedoch gesprochen, „wenn mehrere Gesundheitsfachleute mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen so zusammenarbeiten, dass sie zu einem gemeinsam geteilten Verständnis kommen, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen“ (vgl. SAMW, 2020a, S. 4).

Mahler et. al. stellten in veröffentlichten Fachartikeln einen wenig abgestimmten Gebrauch der Termini *multiprofessionell*, *interprofessionell*, *transprofessionell* bzw. *interdisziplinär* zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe fest. Während die multiprofessionelle Zusammenarbeit „das Arbeiten der Berufe neben- und weitgehend unabhängig voneinander“ meint, überschneiden sich bei der interprofessionellen Zusammenarbeit die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe und bei der transprofessionellen Zusammenarbeit verschwinden die Grenzen der einzelnen Berufe und die Kompetenzen sind wechselseitig austauschbar“. Interdisziplinäre Zusammenarbeit beschreibt dagegen das Überschneiden der Wissenschaftsbereiche (Mahler et. al., 2014, S. 3).

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) möchte eine koordinierte Versorgung sicherstellen, mit dem drohenden Mangel an Gesundheitsfachpersonen umgehen, nichtärztliche Berufe besserstellen sowie die Versorgungsqualität und Patientensicherheit verbessern (Gerber et. al., 2018, 1.524). Über Begrifflichkeiten und das Konzept von IPZ sind Forschende jedoch uneinig (Gerber et. al., 2018, S. 1.525).

2.4.2 Theoretische Modelle

2.4.2.1 Kontinuum-Modell der interprofessionellen Zusammenarbeit

Das Kontinuum-Modell der interprofessionellen Zusammenarbeit wurde von Careau et. al. (2014) für die Rehabilitation entwickelt. Es geht auf die spezifische

Situation von Patient*innen oder Klient*innen, deren Angehörigen sowie deren Umfeld von wenig komplex bis sehr komplex ein. Das Modell besteht aus fünf Formen, wobei Typ 1 die völlig unabhängige Versorgung der Patienten durch die Gesundheitsfachpersonen darstellt. Die Typen 2 bis 5 stellen Formen von IPZ dar, die in der Praxis flexibel auf die individuellen Verhältnisse und Bedürfnisse angepasst werden können. Im engeren Sinn von IPZ ist nur Typ 5 der geteilten Gesundheitsversorgung zuzuordnen (Gerber et. al. 2018, S. 1525-1526).

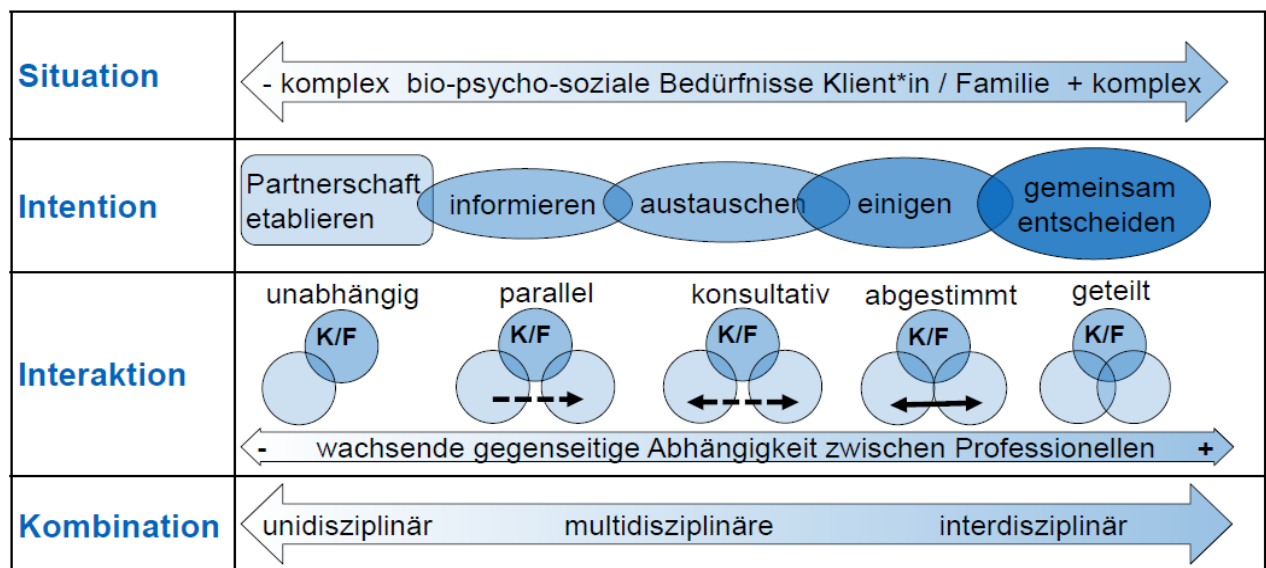


Abb. 2 Kontinuum-Modell der interprofessionellen Zusammenarbeit nach Careau et. al. (2014), Darstellung: ZHAW Departement Gesundheit (2023)

2.4.2.2 Modell zur Unterscheidung nach Enge der Zusammenarbeit

Reeves et. al. entwickelten das Modell zur Unterscheidung nach Enge der Zusammenarbeit. Vier Formen der Zusammenarbeit Teamarbeit (*teamwork*), Zusammenarbeit (*collaboration*), Koordinierung (*coordination*) und Netzwerkarbeit (*networking*) können schwach bis stark ausgeprägt sein und die Zusammenarbeit von lose bis eng charakterisieren (Reeves et. al. 2010, S. 44). Xyrichis et. al. entwickelten darauf aufbauend das InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). Das Instrument sollte konzeptionelle Klarheit darüber schaffen, wie interprofessionelle Zusammenarbeit gestaltet werden kann. Dafür definierten sie sechs Schlüsseldimensionen: Ziele, Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Identität, Engagement, Interdependenz sowie Integration zwischen klinischen Aufgaben. Teamarbeit (*teamwork*) beinhaltet danach ein hohes Maß an gemeinsamer Teamidentität, Klarheit, Interdependenz,

Integration und geteilter Verantwortung, wie sie beispielsweise in hausärztlichen Praxen oder Notaufnahmen praktiziert wird. Zusammenarbeit (*collaboration*) versteht sich als lockerere Form der interprofessionellen Arbeit. Im Unterschied zur Teamarbeit sind eine gemeinsame Identität und die Integration einzelner Personen weniger wichtig. Einzelne sind jedoch gemeinsam verantwortlich und es besteht eine gewisse Abhängigkeit zwischen ihnen und der Klarheit ihrer Rollen und Ziele. Diese Form von IPZ findet sich in vielen allgemeinmedizinischen Bereichen. Koordination (*coordination*) ähnelt der Zusammenarbeit, was die gemeinsame Identität betrifft. Hier – z.B. im Case Management – spielen Integration und Interdependenz eine geringere Rolle. Angehörige verschiedener Professionen und Disziplinen arbeiten nebeneinander, sprechen sich regelmäßig ab und koordinieren ihre gemeinsamen Patient*innen oder Klient*innen. Bei der Netzwerkarbeit (*networking*) sind eine gemeinsame Teamidentität, klare Rollen und Ziele, Interdependenz, Integration und gemeinsame Verantwortung weniger wichtig, weil es keine gemeinsamen Patient*innen oder Klient*innen gibt. Netzwerkmitglieder müssen sich nicht persönlich begegnen, sondern können auch virtuell oder asynchron kommunizieren, wie es beispielsweise bei der Diskussion in der Leitlinien-Entwicklung der Fall ist (vgl. Xyrichis et. al., 2018, S. 417). Mit diesen begrifflichen Hauptkategorien sollte eine verlässliche und kohärente Evidenzbasis für interprofessionelle Arbeit in der Gesundheitsversorgung geschaffen werden (Xyrichis et. al., 2018, S. 424).

2.4.2.3 Verdichtungsmodell der interprofessionellen Zusammenarbeit

Atzeni et. al. betonen, dass gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur von gut ausgebildeten, kooperationswilligen Individuen abhängt, sondern immer situations- und kontextabhängig gedacht werden muss und entsprechend unterschiedlich aussehen kann. Aus einer qualitativen Studie in fünf medizinischen Settings heraus (chirurgische Versorgung, internistische Versorgung, psychiatrische Versorgung, Palliativ-Versorgung und Grundversorgung) entwickelte das Schweizer Autorenteam das Verdichtungsmodell zur Unterscheidung verschiedener Formen gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Verdichtung bezieht sich dabei auf vor allem in krisenhaften Situationen auftretende Arbeitsabläufe und Interaktionen. Das Modell differen-

ziert zwischen koordinativer Verdichtung, projekthafter Verdichtung und ko-kreativer Verdichtung (Atzeni et.al., 2017, S. 25).

„IPZ als koordinative Verdichtung beschreibt ein Zusammenspiel verschiedener Berufspersonen in Situationen enger zeitlicher Taktung, z.B. in einer Reanimation oder in einem chirurgischen Eingriff, wo hierarchisch klar strukturierte, lang trainierte, standardisierte und sehr arbeitsteilige Handlungsmuster scheinbar reibungslos ineinandergreifen. Der ranghöchste Arzt hat die Deutungs- und Delegationshoheit inne.“
(Atzeni et. al., 2017, S. 27)

Mit ko-kreativer Verdichtung ist gemeint, dass verschiedene Gesundheitsfachpersonen in uneindeutigen und komplexen Situationen ohne Zeitdruck zusammenwirken, dabei je nach Profession Freiräume nutzen und kreativ sind. Wie beispielsweise in der Palliativ-Versorgung muss die eigene berufliche Expertise stetig erneuert, manchmal sogar überschritten werden und alle am Behandlungsprozess Beteiligten müssen informiert werden. Keine Profession hat mehr zu sagen als eine andere. Ungleichheiten und Entscheidungskompetenzen müssen alltagspraktisch ausgehandelt werden (Atzeni et. al., 2017, S. 28).

Projekthafte Verdichtungen liegen zwischen koordinativer und ko-kreativer Verdichtung. Sie zeigen sich in Form und Intensität vielfältig, werden aber weniger krisenhaft erlebt und deshalb als weniger ausgeprägt empfunden. Sie können vereinzelt, zeitweise oder dauerhaft projekthaft auftreten (Atzeni et.al., 2017, S. 31).

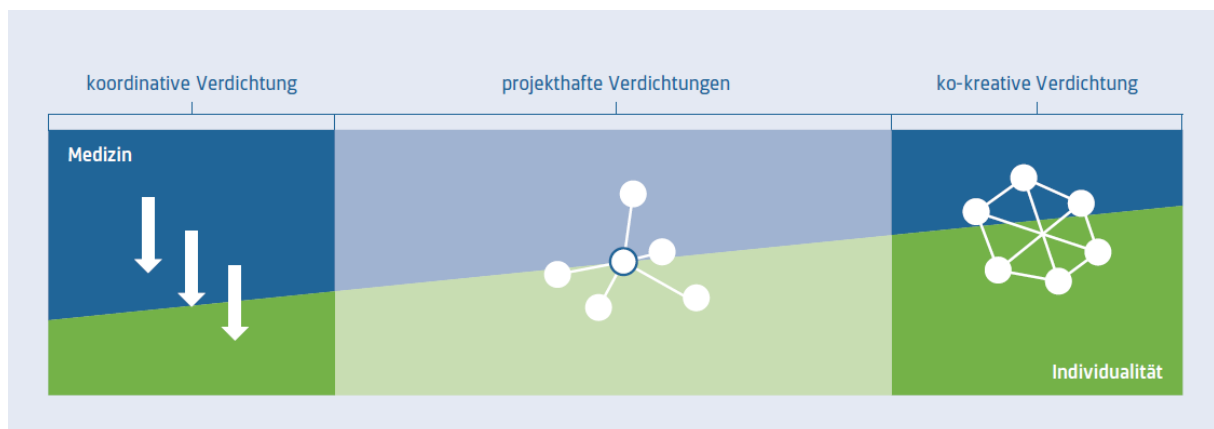


Abb. 3 Verdichtungsmodell der interprofessionellen Zusammenarbeit (Atzeni et.al., 2017, S. 7)

Koordinative und ko-kreative Verdichtung bilden sich um konkrete Patient*innenfälle. Die projekthafte Verdichtung betrifft punktuell Prozesse oder professionsübergreifende Organisation. „Die projekthafte Verdichtungsform

kommt dann ins Spiel, wenn man sich nicht damit zufrieden geben will, dass ein schwach koordiniertes, komplementäres Nebeneinander von Kompetenzen – der ‚Normalfall‘ der Gesundheitsversorgung – bereits hinreicht.“ (Atzeni et. al., 2017, S. 7)

In einem Folgestudienbericht beschreibt das Autorenteam interprofessionelle Zusammenarbeit als Abweichung vom funktionalen Normalfall eines professionellen, komplementären Nebeneinanders („Default-Position“), die sich organisatorisch wie professionell behaupten können muss (SAMW, 20b, S. 25-26). Um Patient*innen erfolgreich zu behandeln, ist oft weder eine spezifische Abstimmung noch ein gemeinsames Bemühen um Verständnis notwendig. In komplexen Fällen „muss der Modus der Kopplung zwischen Disziplinen und Fachleuten wechseln.“ Nachhaltige kooperative Praxis wird als neuer Gleichgewichtszustand gesehen, für den ein neues Muster ‚erspielt‘ werden muss und für den Energie erforderlich ist (SAMW, 20b, S. 27).

3 Methodik

3.1 Forschungsdesign

Diese Arbeit versteht sich als explorative Studie, weil sie ein bislang nur ungenügend erforschtes Thema bearbeitet (Döring & Bortz, 2016, S. 149).

Die Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsfachberufen ist nach Darmann-Finck noch wenig institutionalisiert. „Jedoch kann sie mit ihren Erkenntnissen wesentlich dazu beitragen, Veränderungen der beruflichen Anforderungen zu erfassen sowie die Wirkmechanismen der beruflichen Bildung in den Gesundheitsfachberufen aufzuklären und daraus Schlussfolgerungen für ihre Gestaltung zu ziehen“ (vgl. Darmann-Finck, 2015, S. 2-3).

Das qualitative Paradigma der empirischen Sozialforschung ist subjektivistisch. Das bedeutet, dass der Erkenntnisprozess immer untrennbar mit der Subjektivität und Perspektivität der forschenden Person verknüpft ist und dokumentiert werden muss (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 70).

Die Forschungsfragen sollen in der Übersichtsarbeit mit einem mehrperspektivischen Ansatz beantwortet werden: Eine Literaturrecherche wird mit einer qualitativen Inhaltsanalyse (Dokumentenanalyse) und der historisch-kritischen Methode kombiniert. Die Kombination verschiedener Methoden der Datenerhe-

bung und Datenanalyse wird in der qualitativen Sozialforschung als Methodentriangulation bezeichnet. Sie wird angewendet, um den Erkenntnisgewinn der Studie zu steigern (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 600).

Inhaltsanalysen sind geeignet, um größere Materialmengen systematisch und generalisierend auszuwerten (vgl. Mayring, o.J., S. 607).

Die historisch-kritische Methode ist ein in der Theologie und in der Geschichtswissenschaft angewendetes Verfahren, mit dem historische Quellen analysiert werden. Haas vergleicht die quellenkritische Methode mit einer detektivischen Spurenanalyse und hält sie „essentiell für jeden Umgang mit Geschichte, der sich wissenschaftlich nennen will“ (Haas, 2023, S. 56).

Nach Kirn sind historische Quellen „alle Texte, Gegenstände oder Tatsachen, aus denen Kenntnis der Vergangenheit gewonnen werden kann“ (Kirn, 1959, S. 29).

Die hier zur Analyse vorgesehenen DDR-Studienpläne sind als Primärquellen einzustufen, weil sie aus dem zeitlichen Kontext des Geschehens stammen. Dokumente dieser Art bezeichnet man als Überrestquellen, weil sie ohne Überlieferungsabsicht produziert wurden (TU Berlin, 2022, S. 3).

Quellen sind nicht objektiv – welche Erkenntnisse sie bringen, hängt von der Fragestellung an sie ab. Diese Beurteilung wird als historische Quellenkritik bezeichnet und besteht aus äußerer und innerer Quellenkritik sowie Quelleninterpretation (TU Berlin, 2022, S. 5).

Es wurden für diese Untersuchung bewusst die mit Einführung des Fachschulstatus ab 1974 gültigen DDR-Rahmenstudienpläne der Fachrichtungen „Krankenpflege“ und „Sprechstundenassistentz“ ausgewählt, da dafür die wenigsten Kenntnisse eruierbar waren.

3.2 Datensammlung/Suchstrategie

Innerhalb der letzten 35 Jahre wurden von der Verfasserin hunderte Dokumente und Publikationen zu diversen Aspekten der examinierten Sprechstundenschwestern, zur ambulanten Pflege und zu verwandten Themen zusammengetragen. Eine Systematik hatte die Sammlung anfangs nicht. Die Herkunft der Dokumente war nur teilweise bekannt. Die wenigsten Quellen finden sich heute in einschlägigen Datenbanken. Dennoch wurde versucht, eine

Literaturrecherche in den Datenbanken BIBB, CareLit, Datenbank der Charité, Google Scholar (ergänzend-sondierend), Livio – ZB MED Search Portal für Life Sciences, PubMed, ResearchGate, ZEFYS - DDR-Presse und ZQP zu rekonstruieren. Dabei wurden die Schlagwörter: „Sprechstundenschwester“, „Sprechstundenassistent“, „Krankenpflege“, „DDR“ „Pflegeausbildung UND DDR“, „education of nurses GDR“, „interprofessionell“ und „Kompetenzen“ genutzt. Der Zeitraum wurde nicht oder auf den Zeitraum 1974 bis 2024 eingegrenzt.

3.3 Identifizierung der Literatur

Die Trefferübersicht wird in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8 Suchergebnisse der Literaturrecherche in Datenbanken (eigene Darstellung)

Datenbank	Schlagwörter	Suchzeit- raum	Treffer
BIBB https://www.bibb.de/	„Sprechstundenschwester“	ohne	0
	„Sprechstundenassistent“	ohne	0
	„Krankenpflege“	ohne	370
	„DDR“	ohne	140
	„Pflegeausbildung UND DDR“	ohne	9
	„education of nurses GDR“	ohne	0
	„interprofessionell“	ohne	3
	„Kompetenzen ambulant“	ohne	8
	„Sprechstundenschwester“		27
CareLit	„Sprechstundenassistent“	ohne	7
	„Krankenpflege DDR“	ohne	856
	„interprofessionell“	1974-1990	2 (West)
	„Kompetenzen ambulant“	ohne	36
	„Sprechstundenschwester“		zZ nicht zugänglich
Datenbank der Charité "MedBeruf - Med. Ausbildung u. ärztl. Berufsfeld (1950-2005)" medzeitgeschichte.charite.de	„Sprechstundenschwester“		
	„Sprechstundenschwester“	ohne	37
	„Sprechstundenassistent“	ohne	20
	„Pflegeausbildung DDR“	ohne	378
	„interprofessionell“	1974-1990	33
Google Scholar (ergänzend-sondierend)	„Kompetenzen ambulant“		3
	„Sprechstundenschwester“	ohne	20
Livio - ZB MED Search Portal für Life Sciences https://www.livivo.de/	„Sprechstundenschwester“	ohne	1
	„Sprechstundenschwester“	ohne	1
	„Sprechstundenschwester“	ohne	101
	„interprofessionell“	ohne	133
	gesamt		2.185

Zum DDR-spezifischen Berufsbild Sprechstundenschwester und der adäquaten Studienrichtung Sprechstundenassistenten fanden sich in allen Datenbanken insgesamt 113 Treffer, wobei etliche Quellen mehrfach aufgeführt wurden. Ein Treffer bei PubMed bezog sich auf eine eigene Publikation der Verfasserin. Die Suche in der ZEFYS - DDR-Presse ergab 133 Treffer der drei digitalisierten Medien *Berliner Zeitung*, *Neues Deutschland* und *Neue Zeit*. Die Informationen reichten von der Gratulation des Staatsratsvorsitzenden zur Geburt von Drillingen einer Berliner Sprechstundenschwester bis zur Meldung einer zentralen Weiterbildungsveranstaltung für 400 leitende Sprechstundenschwestern aus Polikliniken und Ambulanzen (ADN, 1980, S 8; ADN, 1984, S. 2).

Ergänzend wurde Material aus dem Bundesarchiv gesichtet sowie Quellen aus dem eigenen Archiv hinzugezogen. Einige Publikationen und Bücher wurden durch Querverweise gezielt gesucht und konnten teilweise antiquarisch gefunden werden. Geltende gesetzliche Regelungen zur Einordnung in den historischen Kontext wurden im Bundesgesetzblatt recherchiert, diese waren jedoch für die DDR nicht direkt online auffindbar.

3.4 Limitationen und Ausschlusskriterien

Büchter wies darauf hin, dass es *die* Qualifikationsforschung nicht gibt. Wörtlich: „Qualifikationsforschung ist das, wofür man sie gebraucht. Für die Konstruktion, Reflexion und Revision von Curricula wäre am ehesten eine Qualifikationsforschung nützlich, die weitgehend konkrete Auskünfte über künftige Qualifikationsanforderungen zu geben vermag“ (Büchter, 2002, S. 4).

Mit diesem Ansatz wurde diese Arbeit verfasst. Inhaltlich wird auf die staatlichen Ausbildungen der DDR „Krankenpflege“ und „Sprechstundenassistenten“ fokussiert, da es keine Hinweise darauf gibt, dass Sprechstundenschwestern in der DDR in konfessionellen Pflegeschulen ausgebildet wurden (z.B. Ropers, 2009). Nicht alle relevanten Quellen sind öffentlich zugänglich, einige nur mit großem Aufwand oder gar nicht mehr. Eine aktuelle Studie hat festgestellt, dass Millionen von Forschungsartikeln nicht mehr online auffindbar sind. 28% der Werke der Stichprobe, was rund zwei Millionen Artikeln entspricht, erschienen trotz DOI nicht in einem digitalen Archiv (Eve, 2024).

Narrative Literaturübersichten dienen dazu, Unerforschtes eines Themas frei darzustellen. Die Quellen werden nach subjektiven Gesichtspunkten ausgewählt. Ergebnisse sind deshalb geringer belastbar und kaum replizierbar. Es besteht die Gefahr, Dokumente auszuschließen, die die eigenen Thesen nicht stützen. Vorteile dieses Ansatzes bestehen darin, Inhalte ohne strenge methodische Vorgaben gründlicher, flexibler auszuwerten und spezifische Details zu fokussieren (Prexl, 2017, S. 17).

„Forschung aus der Insider-Perspektive“, wie sie auch hier vorliegt, erlaubt, an der Thematik aktiv beteiligt zu sein und ermöglicht, zusätzliche Kontakte und Datenquellen zu erschließen. Es besteht jedoch die Gefahr des sogenannten „Going Native“, der distanzlosen Nähe zum Forschungsgegenstand. Dieser kann und muss mit verstärkter methodischer Reflexion und bewusster Distanzierung begegnet werden (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 337). Für diese Arbeit fanden regelmäßig Austauschgespräche mit den Betreuerinnen sowie Besprechungen mit fachfremden Personen aus und außerhalb der Gesundheitsversorgung statt. Nicht immer geben Publikationen einen informellen Mehrwert zur Forschungsthematik. In empirischen Studien taucht gelegentlich das Schlagwort „Sprechstundenschwester“ auf – bei näherer Betrachtung ist das Berufsbild als Fallzahl einer Kohorte aufgeführt, beispielsweise zu pflegenden Angehörigen oder als Involvierte in ein Modellprojekt „Mobile Praxisassistentin“ (Gerst, 2008). Berufsspezifika waren so nicht zu eruieren.

Meinungsbeiträge in Zeitungen mit nicht belegbaren Aussagen wurden für diese Untersuchung ausgeschlossen.

Diese Arbeit nutzt die aktuell gültige Rechtschreibung nach Duden sowie zur gendergerechten Sprache den *Stern. Zitate sowie formale Vorgaben werden in der originalen Schreibweise aufgeführt und gekennzeichnet. Eventuelle Unkontinuitäten im Schreibstil sind somit historisch bedingt.

3.5 Datenanalyse

Die ausgewählten Daten werden mit den Verfahren Dokumentenanalyse und historisch-kritische Methode analysiert. Das konkrete Vorgehen wird in den Unterkapiteln dargelegt.

3.5.1 Dokumentenanalyse

Der methodische Ansatz der Dokumentenanalyse als qualitatives, nichtreaktives Design (vgl. Mayring, 2016, S. 49) wurde gewählt, da bisher keine verwertbaren Quellen vorliegen, in Pre-Test-Interviews subjektive Erinnerungen stark vom belegbaren Geschehen abwichen und Fragen in künftigen empirischen Untersuchungen faktenfundierter und konkreter gestellt werden müssten.

Im Jahr 2019 wurden von der Verfasserin unerschlossene Originaldokumente im Bundesarchiv Berlin recherchiert, selektiert und gesichert. Die Unterlagen befanden sich in zusammengeschürten Aktenbündeln. Relevantes Material musste aus zum Teil schlecht lesbaren, mit handschriftlichen Notizen versehenen, DIN A5- bzw. A4-Seiten selektiert, fehlende Seiten gesucht und chronologisch zugeordnet und seitenweise als Foto-Dateien gesichert werden. Zudem wurde Material aus Mikrofiches gesichtet und gespeichert.

Als Analysematerial wurden zur besseren Vergleichbarkeit die jeweils ab 1974 gültigen Rahmenstudienpläne des Direktstudiums der DDR-Fachschulstudiengänge „Krankenpflege“ und „Sprechstundenassistenz“ sowie ergänzender Schriftverkehr ausgewählt. Im September 1974 war für die Fachrichtung „Sprechstundenassistenz“ der Fachschulstatus eingeführt worden (Ministerium für Gesundheitswesen, 1974b). Die Studienpläne des Diplom-Studienganges Krankenpflege sowie der Studienplan des Fernstudiums „Sprechstundenassistenz“ wurden gesichtet und transkribiert, jedoch in diese Analyse nicht einbezogen (Mayring, 2016, S. 55).

Eine Umwandlung in bearbeitbare Formate wie Word- oder durchsuchbare PDF-Dokumente war technisch nicht zu realisieren. Es mussten deshalb alle Dokumente händisch und originalgetreu transkribiert werden, was einem Umfang von rund 40 DIN A4-Seiten (ohne Zusatzmaterial) entsprach.

Nach dem inhaltsanalytischen Kommunikationsmodell (Mayring, 2016, S. 59) sollen die Texte Aufschluss über Inhalte und Häufigkeit von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Rahmenstudienpläne beider Fachrichtungen geben. Zunächst wurden induktive Hauptkategorien und Subkategorien gebildet und definiert. Die Analyse wurde mit der Open- Source-Software QCAmap 2020 (nach Mayring) begonnen. Nach einem Test mussten jedoch neue und weniger Hauptkategorien (3: Gemeinsamkeiten im Lehrplan, Unterschiede im Lehrplan,

Hinweise auf interprofessionelles Arbeiten) sowie spezifischere Subkategorien (5: Formalien, Fächer, Praxis, Umfang, quantitative Analyse) festgelegt und definiert werden.

Danach wurden die Texte manuell strukturiert, „Ankerbeispiele“ (Mayring, 2016, S. 63) gesammelt und Textstellen nach Übereinstimmung bzw. Unterschieden analysiert.

Weiterhin wurde der prozentuale Anteil von Ausbildungsunterschieden quantitativ bestimmt, indem die Zeichenzahl der relevanten Textmengen farbig markiert, ausgezählt und mit Dreisatz berechnet wurde. Diese einfachste Technik inhaltsanalytischen Arbeitens wird als Häufigkeitsanalyse (Frequenzanalyse) bezeichnet (Mayring, 2022, S. 13).

Abschließend wird das analysierte Material interpretiert und diskutiert.

3.5.2 Historisch-kritische Methode

Wegen der Vielzahl der Quellen wird die historisch-kritische Methode für drei ausgewählte, im Bundesarchiv recherchierte historische, Dokumente angewendet. Konkret handelt es sich um die Rahmenstudienpläne der Fachrichtungen Krankenpflege sowie Sprechstundenassistenz aus dem Jahr 1974, weiterhin um eine „nur für den Dienstgebrauch“ bestimmte Studie zur Entwicklung der Bildungsanforderungen im Gesundheits- und Sozialwesen aus dem Jahr 1981. Der analog der Empfehlungen des Leitfadens der TU Berlin (o.J.) entwickelte und genutzte Fragenkatalog beinhaltet diese sechs W-Fragen, die durch Quellenkritik und Quelleninterpretation und für jedes Dokument einzeln beantwortet werden:

1. Um **was** für eine Quelle handelt es sich?
2. **Wer** hat die Quelle verfasst?
3. **Wann** und **wo** wurde sie verfasst?
4. **Was** wird in der Quelle dargestellt, welche Fakten aus dem Inhalt können zur Beantwortung der Forschungsfragen etwas beitragen?
5. **Für wen** ist die Quelle gedacht?
6. **Wie** können die Quellen interpretiert und kritisch bewertet werden?

Der im Bundesarchiv unter der Signatur DR3 / 24313 Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen aufgefundene Studienplan für die Ausbildung im mittleren

medizinischen Beruf Fachrichtung Krankenpflege (Krankenschwester / -pfleger) 1974 (Nomenklatur 31 2 02) wurde vom Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, Ministerium für Gesundheitswesen, herausgegeben und als „vorläufiger Studienplan für die Ausbildung an den medizinischen Fachschulen der DDR bestätigt“. Gezeichnet hat „Tschersich, Staatssekretär“ am 26. April 1974. Das gedruckte Exemplar enthält auf dem Titel die Angabe „Potsdam 1975“. Der Studienplan wurde von der Zentralen Fachkommission Krankenpflege beim Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte Potsdam, unter Einbeziehung von Mitarbeitern folgender Einrichtungen erarbeitet: Bezirkskrankenhaus Potsdam, Bezirkskrankenhaus Halle-Dölau, Bezirkskrankenhaus Rostock-Südstadt, Bezirksnervenklinik Brandenburg, Kreiskrankenhaus Blankenburg (Harz), Kreiskrankenhaus Bleicherode, Kreiskrankenhaus Greiz, Medizinische Schule der Medizinischen Klinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Medizinische Schule der Medizinischen Akademie Erfurt, Kreisbildungsstätte des Gesundheitswesens Potsdam, Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen Potsdam sowie Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte Potsdam.

Der sich vermutlich an Lehrpersonal richtende Studienplan ist in einem für die Zeit typischen Sprachduktus verfasst: Neben der Fachlichkeit wird betont, dass „in der medizinischen Fachschulausbildung zur Krankenschwester (bzw. zum Krankenpfleger) sozialistische Persönlichkeiten herangebildet werden, die als Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR verantwortungsbewußt ihren gesellschaftlichen Auftrag erfüllen [...]“.

Aus dem Dokument gehen alle relevanten Inhalte für die Forschungsfragen hervor: Ziel und Schwerpunkte der Ausbildung, Aufbau und Ablauf des Studiums sowie zum Umfang (Ministerrat der DDR, 1974a).

Der im Bundesarchiv unter der Signatur DR3 / 24313 Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen aufgefundene Studienplan für die Ausbildung im mittleren medizinischen Beruf Fachrichtung Sprechstundenassistent 1974 (Nomenklatur-Nr. 31 2 04) wurde vom Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, Ministerium für Gesundheitswesen, herausgegeben und als „vorläufiger Studienplan für die Ausbildung an den medizinischen Fachschulen der DDR bestätigt“. Gezeichnet hat „Tschersich, Staatssekretär“ am 30. Mai 1974 in Berlin. Das

gedruckte Exemplar enthält zudem auf dem Titel die Angabe „Potsdam 1975“ und einen handschriftlichen Vermerk „Direktstudium“. Erarbeitet wurde der Studienplan von der Zentralen Fachkommission Sprechstundenschwester beim Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte Potsdam, unter Einbeziehung von Mitarbeitern folgender Einrichtungen: Poliklinik und Medizinische Bildungsstätte des Bezirkskrankenhauses „St. Georg“ Leipzig, Staatliche Arztpraxis Bielatal, Kreispoliklinik Eisenach, Medizinische Schule des Bezirkskrankenhauses Potsdam, Medizinische Schule des Städtischen Klinikums Berlin-Buch, Bezirkskrankenhaus Halle – Betriebsschule –, Ausbildungsgemeinschaft Sprechstundenschwestern / Ambulante medizinische Betreuung Berlin-Mitte und Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte Potsdam.

Auch dieser sich vermutlich an Lehrpersonal richtende Studienplan ist in einem für die Zeit typischen Sprachduktus verfasst: Neben der Fachlichkeit wird betont, dass „in der medizinischen Fachschulausbildung zur Sprechstundenschwester sozialistische Persönlichkeiten herangebildet werden, die als Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR verantwortungsbewußt ihren gesellschaftlichen Auftrag erfüllen und in ihrem Beruf ein humanistisches Wirken zum Wohle des Menschen – im Sinne der Bewahrung vor Krankheit, der Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit – erkennen.“

Aus dem Dokument gehen alle relevanten Inhalte für die Forschungsfragen hervor: Ziel und Schwerpunkte der Ausbildung, Aufbau und Ablauf des Studiums sowie dessen Umfang. Insbesondere können Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum Fachschulstudium der Krankenpflege sowie Hinweise zu heute interprofessionell genanntem Arbeiten gefunden werden (Ministerrat der DDR, 1974b).

Eine Studie „Entwicklung der Bildungsanforderungen sowie der Berufs- und Qualifikationsstruktur unter besonderer Berücksichtigung des stationär-pflegerischen Bereiches im Gesundheits- und Sozialwesen bis 1990“ ist unter der Signatur DQ110 im Bundesarchiv archiviert. Sie wurde im April 1981 vom Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte verfasst und trägt den Vermerk „Nur für den Dienstgebrauch“. Bei dem mehr als 100 Seiten umfassenden, mit Schreibmaschine geschriebenen Archivdokument handelt es sich augenscheinlich um Ormig-Durchschläge. Die losen Seiten sind teilweise

verblichen, durch die lila Schrift schlecht lesbar und befanden sich teilweise nicht in chronologischer Reihenfolge. Trotz des Transkriptionsaufwandes wurde die Quelle ausgewählt, da sie viel, sonst kaum verfügbares Zahlen- und Faktenmaterial aus der Zeit enthält. Besonders über Gründe und Motivation zum Einsatz von Sprechstundenschwestern waren neue Informationen zu gewinnen. Inwieweit die konzeptionellen Vorhaben der Studie umgesetzt wurden, ist nicht zu entnehmen. Wegen des Quellenzustandes konnte nicht hundertprozentig gesichert werden, dass jede benutzte Seite zu diesem Dokument gehört. Einige Erkenntnisse werden im Kapitel 2.3 aufgeführt.

3.6 Bewertungsinstrumente

Nach Mayring ist der systematische Einsatz von Gütekriterien für die qualitative Inhaltsanalyse besonders wichtig. Insbesondere sollen die Validität, die Gültigkeit und die Reliabilität eingeschätzt werden (Mayring, 2016, S. 140). Die Validität schätzt ein, ob erfasst wurde, was erfasst werden sollte. Die Reliabilität prüft, ob der Gegenstand exakt erfasst wurde (Mayring, 2016, S. 141).

Heiser nennt als Gütekriterien der qualitativen Forschungslogik: Gegenstandsangemessenheit, Offenheit, intersubjektive Nachvollziehbarkeit, reflektierte Subjektivität, empirische Verankerung, Kohärenz, Limitation und Relevanz (Heiser, 2018, S. 51).

Für diese Arbeit richtete sich die Methodik nach den Forschungsfragen. Bezüglich der geplanten Dokumentenanalyse ergaben sich anfangs Unsicherheiten. Das in der Literatur beschriebene Vorgehen wurde von der Verfasserin zu kurz und zu abstrakt empfunden. Für den Kategorisierungs- und Kodierungsprozess erschien die Methode nach Kuckartz & Rädiker zunächst leichter umsetzbar. Es war jedoch unklar, ob das Vorgehen vermischt werden sollte. Vorarbeiten wurden deshalb verworfen und die inhaltsanalytischen Gütekriterien auf ein einheitliches Vorgehen nach Mayring fokussiert. Dazu mussten Quellen erneut gelesen und verinnerlicht werden. Die testweise Nutzung der von Mayring entwickelten Software QCAmap 2020 erwies sich wegen fehlender Routine als nicht zweckmäßig. Die Dokumentenanalyse erfolgte deshalb nach bestem Wissen manuell. Das Festlegen von Analyseeinheiten nach Kodiereinheit (minimaler Textteil, der unter eine Kategorie fallen kann), Kontexteinheit (größter Textbestandteil, der unter

eine Kategorie fallen kann) und Auswertungseinheit (welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden) wurde durch Ankerbeispiele und adaptierte Kodierregeln umgesetzt (Mayring 2016, S. 60). Es fand keine Prüfung durch eine zweitkodierende Person statt.

Theoretische Vorfestlegungen konnte es nicht geben, da der Forschungsthematik kein theoretisches Modell zugrunde gelegt werden konnte und auch nicht entwickelt wurde. Das Vorgehen ist so transparent wie möglich beschrieben. Der subjektive Einfluss der Forschenden wurde berücksichtigt und reflektiert. Die Erkenntnisse sind nachvollziehbar dargestellt und interpretiert. Sie sind nur für einen relativ kleinen Teil der Wissenschaftsgemeinschaft und der interessierten Öffentlichkeit relevant, aber sie geben Auskunft über eine bisherige Forschungslücke.

4 Ergebnisse

4.1 Fakten und Zahlen

Der ab 1974 neu etablierten Fachrichtung „Sprechstundenassistenz“ ging eine in der Quelle nicht näher bezeichnete Analyse voraus. Diese untersuchte, „wieweit die ausgebildete Krankenschwester in der Lage ist, die Aufgaben im ambulanten Bereich zu erfüllen, und ob der Bedarf durch Krankenschwestern gedeckt werden kann.“ Schlussfolgernd wurde die Wiederaufnahme des Direktstudiums in der Fachrichtung „Sprechstundenassistenz“ unterbreitet. Zum Tätigkeitsfeld wird ausgeführt:

„Die Sprechstundenschwester ist die unmittelbare Mitarbeiterin des ambulant tätigen Arztes und für den Patienten die erste Kontaktperson zum Gesundheitswesen. Sie sorgt für einen reibungslosen Sprechstundenablauf. Ihr obliegen insbesondere

- die Vor- und Nachbereitung der Sprechstunde, einschließlich der Wartung der medizinischen Geräte und Apparate,*
- die Ausführung bestimmter verordneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen,*
- die Erledigung schriftlicher und statistischer Aufgaben, insbesondere der Dokumentation,*
- die rationelle Arbeitsorganisation in ihrem Arbeitsbereich.“*

(Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981a, Blatt 80).

Perspektivisch wurde davon ausgegangen, dass sich teilweise der Inhalt der Tätigkeit verändert, „was höhere Anforderungen an das Wissen und Können und an die Persönlichkeit der Sprechstundenschwestern stellt“. Diese, die Arbeit der Sprechstundenschwestern beeinflussende, Entwicklungstendenzen wurden prognostiziert:

„- Ein Teil bisher stationär behandelter Krankheiten wird im zunehmenden Maße ambulant behandelt werden; das trifft auch für bestimmte operative Eingriffe zu. Damit vollzieht sich auch im ambulanten Bereich ein fortschreitender Spezialisierungsprozeß, der den Einsatz spezialisierter Fachkräfte – auch der Sprechstundenschwestern – erfordert. Deshalb wird z.B. geeigneten chirurgisch tätigen Sprechstundenschwestern die Möglichkeit geboten, unter bestimmten Bedingungen an der Fachspezialisierung zur Operationschwester teilzunehmen.

- *Mit dem weiteren Ausbau des Gesundheitswesens gewinnt die prophylaktische Arbeit zunehmende Bedeutung. Für den ambulanten Bereich mit seinem engen Kontakt zum Rat und Hilfe suchenden Bürger wird die Gesundheitserziehung und Gesundheitspropaganda zu einem wesentlichen Tätigkeitsfeld. An dieser Aufgabe sind die Sprechstundenschwestern maßgeblich beteiligt.*
- *Bei der Dispensairebetreuung vollzieht sich eine Umprofilierung, die auch das Tätigkeitsfeld der Sprechstundenschwestern erweitert, denn die Spezialdispensaires werden an die poliklinischen Abteilungen angeschlossen.*
- *Patienten mit chronischen Krankheiten werden vom Facharzt für Allgemeinmedizin betreut werden. Das stellt – auch unter Berücksichtigung des steigenden Anteils der über 70jährigen Bürger – höhere Ansprüche an das Wissen der Sprechstundenschwester auf psychologischem und soziologischem Gebiet, das sie befähigt, die Patienten mit großem Einfühlungsvermögen verständnisvoll zu betreuen. [...]*

(Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981a, Blatt 81).

Auch Aussagen zur Erfüllung der Aufgaben durch Krankenschwestern wurden getroffen. Sie, „insbesondere mit längerer Berufspraxis im stationären Bereich“, werden für in der Lage gehalten, „die wesentlichen medizinischen Aufgaben einer Sprechstundenschwester zu erfüllen.“ Dabei wird vor allem der bewährte Einsatz in Fachabteilungen der Poliklinik genannt, „für die Erfahrungen aus der stationären Tätigkeit in der gleichen Fachdisziplin vorliegen“. Als Beispiel wird die Tätigkeit „in einer Hautklinik der Poliklinik“ genannt. Für bestimmte ambulante Arbeitsplätze seien bevorzugt Krankenschwestern einzusetzen, vor allem in den Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie, im poliklinischen Operationssaal oder in orthopädischen Abteilungen. Für in pädiatrischen Abteilungen ein-

gesetzte Sprechstundenschwestern forderte die Gesellschaft für Pädiatrie eine Spezialisierung der Kinderkrankenschwester für die spezialisierte poliklinische Betreuung. Als „nicht optimal“ wird der Einsatz von Krankenschwestern für die medizinische Grundbetreuung beim Facharzt für Allgemeinmedizin gehalten. Vor allem im ländlichen Versorgungsgebiet „ist eine zielgerichtet ausgebildete und disponibel einsetzbare Sprechstundenschwester erforderlich.“ Konkret werden diese Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufgeführt, die Krankenschwestern fehlen:

- „- Assistenz bei kleinen chirurgischen Eingriffen
- Anwendung der Höhensonne und der Kurzwelle
- Durchführung bestimmter Laboruntersuchungen
- Ableitung des EKG
- Dispensairebetreuung
- Anwendung von Screeningmethoden.“

Zudem fehlten „den Krankenschwestern die Voraussetzungen für die Organisation eines reibungslosen Sprechstundenablaufs und die Erledigung einer Vielzahl von verwaltungstechnischen, schriftlichen und Dokumentationsaufgaben“, für die eine zusätzliche Qualifikation unerlässlich sei. Mit Verweis auf die Bildungsökonomie weist die Studie auf den Erfahrungswert hin, nachdem es mindestens ein Jahr dauert, „bis eine versierte Krankenschwester in der Lage ist, alle Aufgaben als Sprechstundenschwester selbständig zu erfüllen“ (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981a, Blatt 83-85).

Im Jahr 1974 gab es in der DDR 7.600 Sprechstundenschwestern, 1978 waren es 8.528. Die steigende Tendenz wird damit erklärt, dass es jährlich bis zum Studienjahr 1977/1978 bis zu 2.000 Zulassungen zum Direktstudium in der Fachrichtung Sprechstundenassistenz gab. Von den 19.000 ambulanten ärztlichen Arbeitsplätzen (ohne Stomatologie) im Jahr 1981 waren „etwa 3/5 der Schwesternstellen mit ehemaligen Krankenschwestern besetzt, wobei es sehr starke örtliche Unterschiede gibt“. Bei einer als unökonomisch bezeichneten Minimalbesetzung im Verhältnis Arzt : Sprechstundenschwester von 1 : 1, wurde bei einer jährlichen Fluktuation von 7% „ein jährlicher Zusatzbedarf von ca. 1.300 Schwestern“ prognostiziert, der durch ausgebildete Kranken- und Sprechstundenschwestern abgedeckt werden müsste. Seit dem Studienjahr 1977/1978 erfolgten in der Fachrichtung „Sprechstundenassistenz“ keine Zulassungen im

Direktstudium mehr. Für das Fernstudium „gab es jedoch so wenig Bewerber, dass in der gesamten DDR 1978“ nur sieben Fernstudenten an einer (nicht namentlich genannten) Medizinischen Fachschule „gemeinsam mit fünf Fernstudenten in der Fachrichtung Kinderkrankenpflege“ immatrikuliert wurden. Zudem strebten „einige Bewerber“, den Fachschulabschluss als Sprechstundenschwester nach der Externenordnung an „bzw. wurden in die Seminargruppen für das Fernstudium von Krankenschwestern integriert“ (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981a, Blatt 85).

Als Gründe für die geringen Bewerbungszahlen im Zeitraum werden genannt, dass in ambulanten medizinischen Einrichtungen relativ wenig Hilfskräfte beschäftigt wurden und die meisten Schulabgänger der 10.Klassen eine Berufsausbildung aufnahmen. Zudem dauere das Fernstudium dreieinhalb Jahre, stelle hohe Anforderungen und die Gehaltseinstufung biete keinen materiellen Anreiz. Den Bedarf durch den Einsatz von Krankenschwestern als Sprechstundenschwestern zu decken, wird für möglich und teilweise für nötig gehalten. Grundsätzlich solle dies jedoch nur im Ausnahmefall [Unterstreichung im Original] erfolgen, da Krankenschwestern „dringend für die Sicherung der stationären medizinischen Betreuung gebraucht“ werden. Da sie verstärkt für die Grundkrankenpflege ausgebildet ist, kann sie „dieses Wissen in der ambulanten Praxis nur unzureichend anwenden“. Zudem hatten ambulante Einrichtungen – „insbesondere solche, die an Krankenhäuser angeschlossen sind“ – Schwierigkeiten, die Stellenplätze auszulasten. Für Berlin, Leipzig und Dresden gab es Einstellungsverbote von Krankenschwestern in Polikliniken. In Cottbus bewarben sich Krankenschwestern nicht für den poliklinischen Bereich, sondern wechselten eher ins Betriebsgesundheitswesen, da sie dort nicht am in Polikliniken üblichen 2-Schicht-Dienst und am Sonnabend/Sonntag-Dienst teilnehmen mussten. Die Studie weist zudem darauf hin, dass „nicht alle Bewerber die physischen und psychischen Voraussetzungen für eine Tätigkeit als Sprechstundenschwester“ erfüllen. Bei stationär tätigen Krankenschwestern bestehe „teilweise die irri- ge Ansicht, daß die Arbeit im ambulanten Bereich ‚leichter‘ sei.“

„Fakt ist jedoch, daß die Sprechstundenschwester statisch sehr belastet ist und daß hohe Anforderungen an geistige Wendigkeit und Ausdauer gestellt werden.“

(Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981a, Blatt 86-87).

Aus der DDR liegen Zahlen aus einer „einmaligen Beschäftigterhebung zum Stichtag 31.12.1977“ vor. Demnach standen für eine Kapazität von 146.500 Betten zur Pflege der Patienten rund 50.000 Angehörige des mittleren medizinischen Personals und des medizinischen Hilfspersonals zur Verfügung. Etwa 84% dieser Beschäftigten waren unmittelbar in der Betreuung am Krankenbett (im Pflegebereich) tätig. 16% arbeiteten in entsprechenden Funktionsbereichen. Es wird darauf hingewiesen, dass „in den Angaben für das Personal in den Funktionsbereichen auch ein gewisses Arbeitspotential für den ambulanten Bereich mit enthalten sein kann, da eine exakte Trennung ... oft nicht möglich ist.“ (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981).

Tabelle 9 Beschäftigte in med. Fachberufen (in Pers.) in staatlichen örtlich- und zentralgeleiteten Einrichtungen des GSW in ausgewählten Wirtschaftsgruppen am Stichtag 31.12.1978 (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981, Blatt 35), eigene Darstellung

	Beschäftigte in staatlichen örtlich- und zentralgeleiteten Einrichtungen des GSW				
	darunter				
Medizinische Fachschulberufe	insges.	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	Heime des Sozialwesens	Krippe und Dauerheime
Krankenschwester/ Krankenpfleger	56.647	36.737	21.448	4.149	2.099
Kinderkrankenschwester	14.226	8.695	2.186	75	2.999
Sprechstundenschwester	8.528	191	8.178	22	38
Stomatologische Schwester	8.135	393	7.642	5	40
Hebamme	2.048	1.512	432	8	78
Krippenerzieherin	30.849	132	147	71	30.237
Gesundheitsfürsorger	5.309	283	4.696	53	101
Physiotherapeut	5.771	1.911	3.359	58	26
Med.-techn. Assistent für Funktionsdiagnostik*)	385	148	200	0	0
Med.-techn. Laborassistent	11.094	5.088	3.090	15	10
Med.-techn. Radiologieassistent	4.929	2.666	1.985	1	7
Audiol. Phoniatrieassistent	245	77	169	0	0
Orthoptist	184	63	116	0	1
Diätassistent	466	350	24	3	2
Arbeitshygieneinspektor	327	2	165	0	0
Hygieneinspektor	1.416	4	77	2	1
Zahntechniker/ Zahntechnikermeister	5.516	243	5.087	0	3
Med. Assistent/Arzthelfer	651	221	319	16	0
Med. Fachpräparator	95	39	3	0	0
Pharmazieingenieur/ Apothekenassistent	5.804	137	3	1	2
Arbeitshygieneingenieur	124	0	77	0	0
Hygieneingenieur	312	0	22	0	0
Ingenieur für med. Laboratoriumstechnik	173	74	20	0	0

*) Angaben beinhalten medizinische Fachschulkader, die funktionsdiagnostische Aufgaben lösen, ohne in jedem Falle eine entsprechende Berufsbezeichnung erhalten zu haben.

Tabelle 10 Beschäftigte in ausgewählten med. Fachschulberufen (in Pers.) in staatlichen örtlich- und zentralgeleiteten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nach Bezirken, Stand 31.12.1978, Wohnbevölkerung 30.06.1978 (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981, im Original Tabelle 3), eigene Darstellung

	Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/ Säuglings- und Kinderkrankenschwester							
	insgesamt staatlich örtlich und zentral		insgesamt staatlich örtlich und MHF		insgesamt staatlich örtlich darunter			
	Pers.	Je 10.000 Einwohner	Pers.	Je 10.000 Einwohner	Pers.	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Einrichtungen	Staatlich örtlich insges. je 10.000 Einwohner
Bezirk								
Hauptstadt Berlin	6.968	62	6.696	60	5.802	2.457	2.131	62
Cottbus	4.050	46	3.981	45	3.981	1.992	1.456	45
Dresden	7.982	44	7.864	43	7.220	3.729	2.495	40
Erfurt	6.305	51	5.977	48	5.195	2.480	1.773	42
Frankfurt	3.014	43	2.984	43	2.984	1.628	845	43
Gera	3.550	48	3.517	48	2.863	1.399	899	39
Halle	8.242	44	8.133	44	7.424	3.936	2.226	40
Karl-Marx-Stadt	7.845	40	7.697	39	7.697	4.352	2.213	39
Leipzig	6.674	47	6.609	46	5.550	3.262	1.734	39
Magdeburg	6.537	51	6.436	50	5.566	3.076	1.663	44
Neubrandenburg	3.085	49	3.049	49	3.049	1.839	754	49
Potsdam	5.131	46	5.073	45	5.073	3.129	1.250	45
Rostock	6.890	67	5.632	64	4.176	1.888	1.331	48
Schwerin	3.052	52	3.003	51	3.003	1.541	1.001	51
Suhl	2.548	47	2.528	46	2.528	1.439	738	46
DDR	30.873	46	79.179	47	71.111	38.147	22.497	43

Tabelle 11 Sprechstundenschwestern nach Städten in absoluten Zahlen 1978 (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1981, im Original Tabelle 4, Blatt 37), eigene Darstellung

	Sprechstundenschwestern	
Bezirk	insgesamt staatlich örtlich und zentral	
	Personen	je 10.000 Einwohner
Hauptstadt Berlin	317	2,8
Cottbus	281	3,2
Dresden	713	3,9
Erfurt	630	5,1
Frankfurt	347	5,0
Gera	313	4,2
Halle	1.163	6,3
Karl-Marx-Stadt	854	4,4
Leipzig	818	5,7
Magdeburg	954	7,5
Neubrandenburg	322	5,2
Potsdam	454	5,2
Schwerin	220	3,7
Suhl	408	7,5
DDR	8.828	5,1

Tabelle 12 Entwicklung der Zulassungen (Z) und Absolventen (A) in der medizinischen Fachschulausbildung nach ausgewählten Fachrichtungen (Institut für mittl. med. Fachkräfte, 1981a, im Original Tabelle 9), eigene Darstellung

	1974	1975	1976	1977		1978		1979		1980 (vorläufig)	
Fachrichtung	Z	Z	Z	Z	A	Z	A	Z	A	Z	A
Direktstudium											
Krankenpflege	4.136	4.596	4.838	5.209	3.536	5.893	4.178	6.040	4.406	5.814	4.954
Kinderkranken- pflege	1.338	1.475	1.430	1.306	1.296	1.428	1.341	1.454	1.335	1.474	1.315
Hebammen 3 J.	-	71	129	97	-	219	81	205	107	315	95
Sprechstunden- schwestern	602	690	823	809	585	-	691	-	695	-	794
Zulassungen insgesamt	12.004	12.951	13.684	13.461	10.909	13.465	12.128	13.956	12.418	14.065	13.061
Fernstudium											
Krankenpflege	-	-	263	563	-	733	-	737	81	806	504
Kinderkranken- pflege	-	-	28	63	-	92	-	74	28	69	73
Sprechstunden- schwestern	-	-	-	3	-	10	-	3	-	6	-
Zulassungen insgesamt	-	-	327	1.095	-	1.285	-	1.434	129	1.241	672

4.2 Vergleich der DDR-Fachschulstudiengänge Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (1974)

Der Rahmenlehrplan für beide Fachrichtungen sah das dreijährige Direktstudium, identische Voraussetzungen und einen identischen Gesamtstundenumfang von 4.867 Stunden vor.

Die jeweils in den Lehrprogrammen beschriebenen Voraussetzungen für die Aufnahme eines medizinischen Fachschulstudiums werden in Tabelle 13 direkt gegenübergestellt [Unterstreichungen im Original].

Tabelle 13 Voraussetzungen zur Aufnahme eines medizinischen Fachschulstudiums der Fachrichtungen Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 20; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik 1974 b, S. 20). Eigene Darstellung.

Krankenpflege	Sprechstundenassistenz
Für die Bewerbung und Zulassung zum Studium gelten die Festlegungen des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen über die Bewerbung, die Auswahl und Zulassung zum Direktstudium an den Ingenieur- und Fachschulen der Deutschen Demokratischen Republik sowie die dazu erlassenen Ergänzungen für die Ausbildung an medizinischen Fachschulen.	Für die Bewerbung und Zulassung zum Studium gelten die Festlegungen des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen über die Bewerbung, die Auswahl und Zulassung zum Direktstudium an den Ingenieur- und Fachschulen der Deutschen Demokratischen Republik sowie die dazu erlassenen Ergänzungen für die Ausbildung an medizinischen Fachschulen.

Die Bewerber müssen sich durch hohe gesellschaftliche Aktivität auszeichnen und die 10. Klasse der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule erfolgreich abgeschlossen haben. Sie sollen sichere naturwissenschaftliche Kenntnisse besitzen und gute Leistungen in den Fächern Staatsbürgerkunde und Deutsch nachweisen.	Die Bewerber müssen sich durch hohe gesellschaftliche Aktivität auszeichnen und die 10. Klasse der allgemeinbildenden polytechnischen Oberschule erfolgreich abgeschlossen haben. Sie sollen sichere naturwissenschaftliche Kenntnisse besitzen und gute Leistungen in den Fächern Staatsbürgerkunde und Deutsch nachweisen.
Folgende <u>besondere psychische und physische Voraussetzungen</u> sind erforderlich: Der Beruf der Krankenschwester verlangt im besonderen Maße Achtung vor dem Leben, Liebe zum Menschen, Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewußtsein, Gewissenhaftigkeit, Ehrlichkeit, Umsicht, Geduld sowie ein ausgeglichenes Auftreten. Die Krankenschwester muß fähig sein, aufmerksam und konzentriert auch über längere Zeit zu arbeiten sowie schnell und richtig zu reagieren.	Folgende <u>besondere psychische und physische Voraussetzungen</u> sind erforderlich: Der Beruf der Sprechstundenschwester verlangt im besonderen Maße Achtung vor dem Leben, Liebe zum Menschen, Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewußtsein, Gewissenhaftigkeit, Ehrlichkeit, Umsicht, Geduld und Kontaktfähigkeit sowie ein schnelles Reaktionsvermögen.
Die Gliedmaßen müssen gesund und die Sinnesorgane normal entwickelt sein. Herz-Kreislauf-Krankheiten und krankhafte Veränderungen der Wirbelsäule wirken sich berufshemmend aus. Bewerber mit Allergien, besonders der Haut, sowie Epileptiker können diesen Beruf nicht ergreifen. Über die gesundheitliche Eignung für den Beruf ist ein ärztliches Gutachten vorzulegen.	Die Gliedmaßen müssen gesund und die Sinnesorgane normal entwickelt sein. Herz-Kreislauf-Krankheiten und krankhafte Veränderungen der Wirbelsäule wirken sich berufshemmend aus. Bewerber mit Allergien, besonders der Haut, sowie Epileptiker können diesen Beruf nicht ergreifen. Über die gesundheitliche Eignung für den Beruf ist ein ärztliches Gutachten vorzulegen.

Gemeinsamkeiten der ab 1974 gültigen Lehrprogramme des medizinischen Fachschulstudiums (Direktstudium) Krankenpflege und Sprechstundenassistenz betreffen Formalien wie Aussagen zur Herausgeberschaft, Unterzeichnenden, Beteiligten, Inhaltsverzeichnis, Vorbemerkung, Erziehungs- und Ausbildungsziel, Prüfungen, Qualifikationsmöglichkeiten sowie theoretische Unterrichtsfächer, Praxisinhalte und Stundenumfang.

Sowohl angehende Krankenschwestern und -pfleger als auch Sprechstundenschwestern absolvierten im 1. Studienjahr eine Ausbildung in Erste Hilfe, die als „wesentliche Voraussetzung für die Sanitätsausbildung und ihre Qualifikation als Lehrkraft des DRK in der DDR (2. Studienjahr)“ galt (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 15; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 16).

Für beide Fachrichtungen erfolgten die Prüfungen auf der Grundlage der geltenden Prüfungsordnung für Hoch- und Fachschulen und der dazu vom Minister für Gesundheitswesen erlassenen Bestimmungen und waren laut

Rahmenablaufplan jeweils zum Ende des 2., 4. und 6. Semesters für eine Woche durchzuführen. Zwischen- und Abschlußprüfungen konnten nach der Spezifik der Lehrgebiete mündlich, schriftlich oder praktisch abgenommen werden. Die praktische Abschlussprüfung im speziellen Bereich erfolgte im 6. Semester. Mit der Anfertigung und Verteidigung einer Abschlussarbeit hatten die Fachschulstudierenden unter Beweis zu stellen, dass „sie in der Lage sind, selbständig zu arbeiten, die notwendigen Zusammenhänge zu erkennen und ihr Wissen und Können in der Praxis anzuwenden“.

Sowohl Krankenschwestern und Krankenpfleger als auch Sprechstundenschwestern bekamen nach erfolgreich abgeschlossenem Fachschulstudium ihre Berufsbezeichnung verliehen und erhielten die Erlaubnis zur Berufsausübung (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 20; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 21). Der erfolgreiche Abschluss einer Berufs- oder Fachschulausbildung für mittlere medizinische Fachkräfte berechnete noch nicht zur Ausübung des Berufes. Dazu war eine staatliche Anerkennung nötig, die „der Rat des Kreises, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, auf Grund der Verordnung über die staatliche Anerkennung für mittlere medizinische Berufe“ ausstellte. Diese Regelung wurde zum Schutz der Bevölkerung gefordert und erlaubte die Berufsbezeichnung nur zu führen, „solange die staatliche Anerkennung gilt und kein Berufsverbot erlassen ist“ (Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte, 1978/BArch DC110, S. 25).

Als Qualifikationsmöglichkeiten werden für examinierte Krankenschwestern und -pfleger sowie für Sprechstundenschwestern die Aufnahme eines postgradualen Studiums, die Übernahme einer leitenden Funktion, die Tätigkeit als Gesundheitsfürsorgerin, sowie nach mehrjähriger erfolgreicher praktischer Tätigkeit im Beruf und bei entsprechenden pädagogischen Fähigkeiten das Hochschulstudium der Medizinpädagogik benannt (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 20; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 22).

Die Rahmenlehrpläne für beide Fachrichtungen werden in Tabelle 14 dargestellt. Eine Turnuswoche für die theoretischen Lehrfächer¹ umfasste 36 Stunden (à 50 Minuten) an sechs Werktagen. Für die praktischen Lehrveranstaltungen² waren je Turnuswoche im 1. und 2. Studienjahr 40 Zeitstunden, im 3. Studienjahr 43

Zeitstunden, an fünf Werktagen geplant, wovon wöchentlich fünf Stunden (á 50 Minuten) für die Vermittlung theoretischer Lehrstoffe verwendet werden sollte.

Tabelle 14 Rahmenlehrpläne der DDR-Fachschulstudiengänge Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (Direktstudium) 1974. (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 21; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 23). Eigene Darstellung.

Semester	Inhalt	Krankenpflege	Sprechstunden- assistenz
1. Semester (22 Wochen)	theor. Lehrveranstaltungen ¹ praktische Lehrveranstaltungen ² Immatrikulationslehrgang/ Exkursion	10 Wochen 11 Wochen 1 Woche	10 Wochen 11 Wochen 1 Woche
2. Semester (22 Wochen)	theor. Lehrveranstaltungen prakt. Lehrveranstaltungen Lehrgang Zivilverteidigung Prüfungen	10 Wochen 10 Wochen 1 Woche 1 Woche	10 Wochen 10 Wochen 1 Woche 1 Woche
3. Semester (22 Wochen)	theor. Lehrveranstaltungen prakt. Lehrveranstaltungen Lehrgang Zivilverteidigung (DRK-Lehrbefähigung)	10 Wochen 11 Wochen 1 Woche	10 Wochen 11 Wochen 1 Woche
4. Semester (22 Wochen)	theor. Lehrveranstaltungen prakt. Lehrveranstaltungen Prüfungen	10 Wochen 11 Wochen 1 Woche	10 Wochen 11 Wochen 1 Woche
5. Semester (22 Wochen)	theor. Lehrveranstaltungen (wöchentl. 1 Tag) prakt. Lehrveranstaltungen Vorbereitung der schriftlichen Hausarbeit	20 Tage 17 Wochen 1 Woche	20 Tage 17 Wochen Woche
6. Semester (25 Wochen)	theor. Lehrveranstaltungen (wöchentl. 1 Tag) prakt. Lehrveranstaltungen Fertigstellung der schriftlichen Hausarbeit Prüfungsvorbereitungen und Abschlußprüfung	15 Tage 17 Wochen 2 Wochen 3 Wochen	15 Tage 17 Wochen 2 Wochen 3 Wochen

Geringfügige Unterschiede, insbesondere im Fächerspektrum und im Stundenumfang, zeigen sich in den Stundentafeln beider Fachrichtungen. Diese werden zugunsten der Übersichtlichkeit und Transparenz jeweils einmal vollständig und einmal im Direktvergleich dargestellt.

Tabelle 15 Stundentafel der Fachrichtung Krankenpflege (Direktstudium). (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 22) Eigene Darstellung.

Krankenpflege (Krankenschwester/ -pfleger)							
Semester	1	2	3	4	5	6	
Lehrveranstaltungen (Theorie)	10 Wo.	10 Wo.	10 Wo.	10 Wo.	20 Tg.	15 Tg.	Ges.- Std.
1. Marxismus-Leninismus	5	5	5	5	3	3	305
2. Deutsch	2	2	-	-	-	-	40
3. Kulturtheorie/Ästhetik	-	-	2	2	-	-	40

4. Russisch	2	2	2	2	-	-	80
5. Körpererziehung	2	2	2	2	1	1	115
6. Gesundheitsschutz	2	2	2	1	1	-	80
7. Ökonomik des GSW	-	-	3	4	-	-	70
8. Medizinische Mikrobiologie	3	-	-	-	-	-	30
9. Anatomie/Physiologie/Biochemie	6	6	-	-	-	-	120
10. Grundlagen der Medizintechnik	-	-	4	3	-	-	70
11. Pädagogik/Psychologie/Soziologie	2	2	2	3	-	-	90
12. Allgemeine Krankheitslehre	4	-	-	-	-	-	40
13. Ernährungslehre	-	-	2	2	-	-	40
14. Arzneimittellehre	2	2	-	-	-	-	40
15. Informationsverarbeitung/ Medizinische Statistik	3	-	-	-	-	-	30
16. Med. Schutz der Bevölkerung	3	-	-	-	-	-	30
17. Spezielle Krankheitslehre	-	13	13	12	2	3	465
- Innere Medizin	-	(4)	(4)	(3)	-	-	(110)
- Chirurgie/Orthopädie	-	(5)	(4)	(4)	-	-	(130)
- Gynäkologie/Geburtshilfe	-	-	(3)	(2)	(1)	-	(70)
- Infektionslehre	-	(4)	-	-	-	-	(40)
- Psychiatrie und Neurologie	-	-	(2)	(3)	-	-	(50)
- HNO- und Augenheilkunde	-	-	-	-	(1) HNO	(1) Aug.	(35)
- Dermatologie/Venerologie	-	-	-	-	-	(2)	(30)
Theoretische Lehrveranstaltungen (Stunden je Woche)	36	36	36	36	7	7	1.685 [sic]
18. Lehrveranstaltungen in der Praxis	11 Wo.	10 Wo.	11 Wo.	11 Wo.	17 Wo.	17 Wo.	
- Theoretische Lehrveranstaltungen in der Praxis	5	5	5	5	5	5	385
- Prakt. Lehrveranstaltungen	35	35	35	35	38	38	2.797
Lehrveranstaltungen in der Praxis (Stunden je Woche)	40	40	40	40	43	43	
Gesamtstundenzahl (Theorie und Praxis) =====							4.867 =====

Tabelle 16 Stundentafel der Fachrichtung Sprechstundenassistenz (Direktstudium). (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 24) Eigene Darstellung.

Sprechstundenassistenz (Sprechstundenschwester)							
Semester	1	2	3	4	5	6	
Lehrveranstaltungen (Theorie)	10 Wo.	10 Wo.	10 Wo.	10 Wo.	20 Tg.	15 Tg.	Ges.- Std.
1. Marxismus-Leninismus	5	5	5	5	3	3	305
2. Deutsch	2	2	-	-	-	-	40
3. Kulturtheorie/Ästhetik	-	-	2	2	-	-	40
4. Russisch	2	2	2	2	-	-	80
5. Körpererziehung	2	2	2	2	1	1	115
6. Gesundheitsschutz	2	2	1	1	1	-	80
7. Ökonomik des GSW	-	-	3	4	-	-	70
8. Medizinische Mikrobiologie	3	-	-	-	-	-	30
9. Anatomie/Physiologie/Biochemie	6	6	-	-	-	-	120
10. Grundlagen der Medizintechnik	3	4	-	-	-	-	70
11. Pädagogik/Psychologie/Soziologie	2	2	2	3	-	-	90
12. Allgemeine Krankheitslehre	2	2	-	-	-	-	40
13. Ernährungslehre	-	-	2	2	-	-	40
14. Arzneimittellehre	-	-	2	2	-	-	40
15. Informationsverarbeitung/ Medizinische Statistik	-	3	-	-	-	-	30

16. Med. Schutz der Bevölkerung	3	-	-	-	-	-	30
17. Spezielle Krankheitslehre	-	2	11	9	2	3	305
- Innere Medizin/ Neurologie/Psychiatrie	-	-	(5)	(6)	(1)	-	(130)
- Infektionslehre	-	-	(3)	-	-	-	(30)
- Chirurgie/Orthopädie	-	(2)	(3)	-	-	-	(50)
- Gynäkologie/Geburtshilfe	-	-	-	(3)	-	-	(30)
- Pädiatrie	-	-	-	-	(1)	-	(20)
- HNO-/Augen-/Hautkrankheiten	-	-	-	-	-	(3)	(45)
18. Maschineschreiben	4	4	4	4	-	-	160
Theoretische Lehrveranstaltungen (Stunden je Woche)	36	36	36	36	7	7	1.685 [sic]
19. Lehrveranstaltungen in der Praxis	11 Wo.	10 Wo.	11 Wo.	11 Wo.	17 Wo.	17 Wo.	
- Theoretische Lehrveranstaltungen in der Praxis	4	5	4	5	3	2	278
- Prakt. Lehrveranstaltungen	36	35	36	35	40	41	2.904
Lehrveranstaltungen in der Praxis (Stunden je Woche)	40	40	40	40	43	43	
Gesamtstundenzahl (Theorie und Praxis) =====							4.867 =====

Tabelle 17 Direktvergleich des Gesamtumfangs der Stundentafeln der Fachrichtung Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (Direktstudium). (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 22; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 24)
Eigene Darstellung.

Krankenpflege (Krankenschwester/ -pfleger)		Sprechstundenassistenz (Sprechstundenschwester)	
Lehrveranstaltungen (Theorie)	Ges. std.	Lehrveranstaltungen (Theorie)	Ges. std.
Marxismus-Leninismus	305	Marxismus-Leninismus	305
Deutsch	40	Deutsch	40
Kulturtheorie/Ästhetik	40	Kulturtheorie/Ästhetik	40
Russisch	80	Russisch	80
Körpererziehung	115	Körpererziehung	115
Gesundheitsschutz	80	Gesundheitsschutz	80
Ökonomik des GSW	70	Ökonomik des GSW	70
Medizinische Mikrobiologie	30	Medizinische Mikrobiologie	30
Anatomie/Physiologie/Biochemie	120	Anatomie/Physiologie/Biochemie	120
Grundlagen der Medizintechnik	70	Grundlagen der Medizintechnik	70
Pädagogik/Psychologie/Soziologie	90	Pädagogik/Psychologie/Soziologie	90
Allgemeine Krankheitslehre	40	Allgemeine Krankheitslehre	40
Ernährungslehre	40	Ernährungslehre	40
Arzneimittelkunde	40	Arzneimittelkunde	40
Informationsverarbeitung/ Medizinische Statistik	30	Informationsverarbeitung/ Medizinische Statistik	30
Med. Schutz der Bevölkerung	30	Med. Schutz der Bevölkerung	30
Spezielle Krankheitslehre	465	Spezielle Krankheitslehre	305
- Innere Medizin	(110)	- Innere Medizin/ Neurologie/Psychiatrie	(130)
- Chirurgie/Orthopädie	(130)	- Infektionslehre	(30)
- Gynäkologie/Geburtshilfe	(70)	- Chirurgie/Orthopädie	(50)
- Infektionslehre	(40)	- Gynäkologie/Geburtshilfe	(30)
- Psychiatrie und Neurologie	(50)	- Pädiatrie	(20)
- HNO- und Augenheilkunde	(35)	HNO-/Augen-/Hautkrankheiten	(45)
- Dermatologie/Venerologie	(30)		
	-	- Maschineschreiben	160

Theoretische Lehrveranstaltungen (Stunden je Woche)	1.685 (sic)	Theoretische Lehrveranstaltungen (Stunden je Woche)	1.685 [sic]
Lehrveranstaltungen in der Praxis		Lehrveranstaltungen in der Praxis	
- Theoretische Lehrveranstaltungen in der Praxis	385	- Theoretische Lehrveranstaltungen in der Praxis	278
- Prakt. Lehrveranstaltungen	2.797	- Prakt. Lehrveranstaltungen	2.904
Gesamtstundenzahl (Theorie und Praxis) =====	4.867 =====	Gesamtstundenzahl (Theorie und Praxis) =====	4.867 =====

Examinierte Sprechstundenschwestern übernahmen durch administrative, Dokumentations- und Schreibaufgaben schwerpunktmäßig andere Aufgaben in der ambulanten Tätigkeit als Krankenschwestern und -pfleger und hatten mit 278 Gesamtstunden weniger theoretische Lehrveranstaltungen in der Praxis zu absolvieren als Studierende der Krankenpflege mit 385 Gesamtstunden. Dafür besuchten Sprechstundenschwestern mit 2.904 Gesamtstunden 107 mehr praktische Lehrveranstaltungen als die Studierenden der Krankenpflege mit 2.797 Gesamtstunden. Der Studienplan in der Fachrichtung Sprechstundenassistenz umfasst 12,6% mehr Lehrstoff als in der Fachrichtung Krankenpflege. Die inhaltlichen Unterschiede der Rahmenlehrpläne konnten mit rund 11% beziffert werden. Der Mehrumfang des Lehrstoffs der Spezialisierung entspricht etwa dem quantitativen Unterschied der Lehrinhalte.

Unterschiede in den Rahmenlehrprogrammen betreffen das Inkrafttreten, die Beteiligten, die Nomenklatur-Nummern, die Berufsbezeichnungen, das jeweilige Erziehungs- und Ausbildungsziel, die Prüfungen und Qualifikationsmöglichkeiten. So legten angehende Krankenschwestern/-pfleger die Zwischenprüfung in Grundkrankenpflege im 2. Semester und die Abschlussprüfung im 3. Semester ab. Die Abschlussprüfung im Fach Innere Medizin erfolgte im 4. Semester und im operativen Bereich im 5. Semester (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 19).

Für Sprechstundenschwestern war die Zwischenprüfung im Fach Innere Medizin im 4. Semester und die Abschlussprüfung im 5. Semester terminiert. In Maschineschreiben fand im 2. Semester eine Zwischenprüfung und im 4. Semester die Abschlussprüfung statt. Die Abschlussprüfungen für Labordiagnostik/Physiotherapie erfolgten im 3. Semester, für die chirurgische Sprechstunde im 5. Semester und für die Allgemeinmedizinische/Innere Sprech-

stunde im 6. Semester (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 19).

An zusätzlichen zu den bereits erwähnten gemeinsamen Qualifizierungsmöglichkeiten wurden Hebamme für die Fachrichtung Krankenpflege bzw. Betriebschwester für die Fachrichtung Sprechstundenassistenz genannt (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 20; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 22).

Bei den theoretischen Lehrinhalten werden in Tabelle 18 geringe Unterschiede am Beispiel der Lehrgebiete Arzneimittellehre und Spezielle Krankheitslehre gegenübergestellt.

Tabelle 18 Unterschiede der Fachrichtungen Krankenpflege und Sprechstundenassistenz (Direktstudium, 1974) am Beispiel der Lehrgebiete Arzneimittellehre und Spezielle Krankheitslehre (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 12-14; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 12-14). [Hervorhebung im Original]

Krankenpflege	Sprechstundenassistenz
Im Lehrgebiet <u>Arzneimittellehre</u> erwerben die Studenten Grundkenntnisse über Stellung, Aufgaben und Bedeutung des Apothekenwesens und der sozialistischen pharmazeutischen Industrie. Sie werden mit der Organisation der Arzneimittelversorgung und grundlegenden gesetzlichen Bestimmungen vertraut gemacht. Sichere Kenntnisse über den Umgang mit Arzneimitteln, ihre Applikation und Wirkungsweise sind Voraussetzung, um im künftigen Tätigkeitsbereich therapeutische Maßnahmen richtig einschätzen und am Patienten auftretende Wirkungen oder Nebenwirkungen erkennen zu können. Die Studenten sind von der Gefahr des Arzneimittelmissbrauchs zu überzeugen und zu befähigen, die Bürger darüber aufzuklären. Dabei sind die vielseitigen Gefahren der kritiklosen Anwendung von Arzneimitteln deutlich zu machen und die Vorzüge einer gesunden Lebensführung und Ernährung herauszuarbeiten.	Im Lehrgebiet <u>Arzneimittellehre</u> erwerben die Studenten Grundkenntnisse über Stellung, Aufgaben und Bedeutung des Apothekenwesens und der sozialistischen pharmazeutischen Industrie. Sie werden mit der Organisation der Arzneimittelversorgung und grundlegenden gesetzlichen Bestimmungen vertraut gemacht. Sichere Kenntnisse über die Verordnung von Arzneimitteln und den Umgang mit Rezepten sollen sie befähigen, ein Rezept unter Verwendung der gebräuchlichen Termini technici [sic] fehlerfrei nach Diktat zu schreiben bzw. zu kopieren. Kenntnisse über den Umgang mit Arzneimitteln, die Arzneimittelformen, ihre Applikation und Wirkungsweise sind Voraussetzung, um im späteren Tätigkeitsbereich Medikamente sachgemäß zu verabreichen bzw. den Patienten Ratschläge für die Einnahme von Medikamenten zu erteilen und sie vor falscher Anwendung zu warnen. Die Studenten sind von der Gefahr des Arzneimittelmissbrauchs zu überzeugen und zu befähigen, die Bürger darüber aufzuklären. Dabei sind die vielseitigen Gefahren der kritiklosen Anwendung von Arzneimitteln deutlich zu machen und die Vorzüge einer gesunden Lebensführung und Ernährung herauszuarbeiten.
Im Lehrgebiet <u>Spezielle Krankheitslehre</u> erwerben die Studenten Kenntnisse über die wesentlichen Erkrankungen auf dem Gebiet	Im Lehrgebiet <u>Spezielle Krankheitslehre</u> erwerben die Studenten ein medizinisches Grundwissen über die wichtigsten ambulant

der Inneren Medizin, der Chirurgie und Orthopädie, der Gynäkologie und Geburtshilfe, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Augenheilkunde sowie der Dermatologie und Venerologie. Unter Beachtung des Prinzips der Einheit von Prophylaxe, Therapie und Metaphylaxe sind den Studenten Kenntnisse über Ursachen, Diagnostik, Prognose, mögliche Komplikationen und moderne Behandlungsmethoden der verschiedenen Erkrankungen zu vermitteln. Die entsprechenden Möglichkeiten der Krankheitsverhütung, der Dispensairebetreuung und der Rehabilitation der Erkrankten sind in die Kenntnisvermittlung kontinuierlich einzubeziehen. Immanent sind geriatrische Probleme zu behandeln, um die künftigen Krankenschwestern auf die Pflege und Betreuung älterer Bürger unter Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Veränderungen vorzubereiten. Durch die Ausbildung im Lehrgebiet Spezielle Krankheitslehre sollen die Studenten befähigt werden, das erworbene Wissen bei der Pflege und Betreuung der Patienten sowie in der Gesundheitserziehung der Bevölkerung anzuwenden. Sie müssen Veränderungen im Befinden der Patienten sowie auftretende Komplikationen rechtzeitig erkennen, einschätzen und die erforderlichen Maßnahmen treffen können. Auf Zusammenhänge zwischen den einzelnen Krankheiten und dem Verhalten der Patienten ist hinzuweisen, damit die Studenten den Patienten das notwendige Verständnis entgegenbringen, sie psychologisch und pädagogisch richtig lenken und den Heilungs- und Genesungsprozeß aktiv unterstützen können. Der Unterricht in Spezieller Krankheitslehre muß die Notwendigkeit der exakten Betreuung und Beobachtung der Patienten theoretisch begründen und in Verbindung mit der praktischen Ausbildung die künftigen Krankenschwestern zur gewissenhaften Ausführung aller pflegerischen, therapeutischen, prophylaktischen und metaphylaktischen Maßnahmen erziehen.	zu behandelnden Krankheiten aus den Gebieten Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, Infektionslehre, Chirurgie und Orthopädie, Gynaäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, HNO-, Augen- und Hautkrankheiten. Den Studenten sind insbesondere Kenntnisse über Ätiologie, Pathophysiologie, Symptomatik und Diagnostik der ausgewählten Erkrankungen zu vermitteln. Die Therapie ist nur im Überblick zu behandeln. Die jeweiligen Möglichkeiten der Prophylaxe, Dispensairebetreuung und Rehabilitation sind kontinuierlich in die Stoffdarbietung einzubeziehen. Immanent sind geriatrische Probleme mit zu behandeln, um die künftigen Sprechstundenschwestern auf die Besonderheiten der Betreuung der Bürger im höheren Lebensalter vorzubereiten. Besonderer Wert ist auf den ständigen Gebrauch der medizinischen Fachsprache zu legen. Durch die Ausbildung im Lehrgebiet Spezielle Krankheitslehre sollen die künftigen Sprechstundenschwestern befähigt werden, die Maßnahmen des Arztes bei der ambulanten medizinischen Betreuung wirkungsvoll zu unterstützen. Sie müssen in der Lage sein, bei der Vorstellung des Patienten die ersten Maßnahmen zweckmäßig einzuleiten, alle Aufgaben theoretisch fundiert auszuführen, Veränderungen im Befinden der Patienten sowie auftretende Komplikationen rechtzeitig zu erkennen, die wichtigsten medizinischen Fachausdrücke in Wort und Schrift fehlerfrei anzuwenden und auf die Patienten gesundheitserzieherisch einzuwirken. Durch Kenntnis der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Krankheiten und dem Verhalten der Patienten werden die Studenten befähigt, den Patienten das notwendige Verständnis entgegenzubringen und sie psychologisch und pädagogisch richtig zu lenken und positiv zu beeinflussen. Der Unterricht in Spezieller Krankheitslehre muß die Notwendigkeit der exakten Betreuung und Beobachtung der Patienten theoretisch begründen und in Verbindung mit der praktischen Ausbildung die künftigen Sprechstundenschwestern zur gewissenhaften Ausführung aller prophylaktischen, diagnostischen, therapeutischen und metaphylaktischen Maßnahmen erziehen.
--	---

Eine Besonderheit des Studiengangs Sprechstundenassistenten war das 160 Stunden umfassende Lehrgebiet Maschineschreiben. Hier erwarben die Fachschülerinnen „grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Tastschreiben einschließlich der Schreib- und Anordnungsregeln für das Gestalten von Schriftstücken“. Am Ende der Ausbildung mussten die künftigen Sprechstundenschwestern in der Lage sein, „die anfallenden Schreibarbeiten in der Sprechstunde fehlerfrei zu erledigen, 120 Anschläge pro Minute zu schreiben und die Schreibmaschine ordnungsgemäß zu bedienen und zu pflegen“. Sie sollten die Bedeutung des sicheren Maschineschreibens für den Beruf erkennen und sich bewusst sein, dass „sie diese Sicherheit nur durch ständiges Üben in der Praxis erreichen können“ (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 14).

Die inhaltlichen Unterschiede der praktischen Lehrveranstaltungen beziehen sich überwiegend auf die berufstypische Tätigkeit im stationären bzw. im ambulanten Bereich. So waren in der Fachrichtung Krankenpflege Praktika in den Fachgebieten Innere Medizin und Infektion, Intensivtherapie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Neurologie/Psychiatrie und Geriatrie (Pflegeheim) vorgesehen. Das Erlernen der Grundkrankenpflege konnte auch in den Fachgebieten Orthopädie, Dermatologie, HNO- und Augenheilkunde erfolgen. Zudem sollten die Ausbildung zur Operationshilfskraft (sechswöchiger Einsatz im Operationssaal) sowie Exkursionen in ambulante medizinische Einrichtungen in die praktische Ausbildung einbezogen werden (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 16-17).

Die praktischen Lehrveranstaltungen der Fachrichtung Sprechstundenassistenten fanden in den folgenden Teilgebieten statt: Dokumentation bei der Anmeldung für die ambulante medizinische Betreuung, Medizinische Betreuung in der allgemeinmedizinischen und internen Sprechstunde, Medizinische Betreuung in der chirurgischen Sprechstunde, Labordiagnostik (ausgewählte Gebiete), Physiotherapie (ausgewählte Gebiete), Dispensairebetreuung (Mütterberatung, Diabetikerberatung), Krankenpflege und -versorgung in stationären Gesundheitseinrichtungen (ausgewählte Gebiete) sowie Spezialisierung (Vorbereitung auf den künftigen Arbeitsplatz) (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 15).

Tabelle 19 Vergleich der Teilgebiete Grundkrankenpflege (FR Krankenpflege) und Krankenpflege und -versorgung in stationären Gesundheitseinrichtungen (FR Sprechstundenassistenz) in den Rahmenlehrplänen 1974 (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 15; (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 18). [Hervorhebung im Original]

Krankenpflege	Sprechstundenassistenz
Im Teilgebiet <u>Grundkrankenpflege</u> sollen die Studenten mit den gesetzlichen Bestimmungen der Berufsausübung, der Einrichtung eines modernen Krankenhauses, den theoretischen Grundlagen der Aspektik und Antiseptik sowie den allgemeinen pflegerischen Maßnahmen am Patienten vertraut gemacht werden. Sie sind zur Ausführung der Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen und zur folgerichtigen, gewissenhaften und konsequenten Durchführung aller pflegerischen Maßnahmen zu befähigen. Ihre Fähigkeiten zur systematischen Krankenbeobachtung sind planmäßig zu entwickeln, damit Störungen und Komplikationen im Krankheitsverlauf rechtzeitig erkannt und die notwendigen Maßnahmen veranlaßt werden können.	Die Lehrveranstaltungen im Teilgebiet <u>Krankenpflege und -versorgung in stationären Gesundheitseinrichtungen</u> werden in stationären Gesundheitseinrichtungen durchgeführt und dienen dem Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Pflege und Versorgung von bettlägerigen Kranken und zur Schulung des Beobachtungsvermögens. Das Wissen und Können soll die künftigen Sprechstundenschwestern in die Lage versetzen, mit den Patienten fachgerecht umzugehen, den Angehörigen Hinweise für die Hauskrankenpflege zu geben, im Bedarfsfall im stationären Bereich sozialistische Hilfe zu leisten und – insbesondere im ländlichen Einzugsbereich – die Gemeindeschwester zu vertreten. Darüber hinaus ist der Einsatz im stationären Bereich gut geeignet, den Studenten die Grundsätze der Krankenbeobachtung anschaulich zu vermitteln und an konkreten Beispielen die gezielte Beobachtung fortlaufend zu üben. Der stationäre Einsatz wird gleichzeitig genutzt, um Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Durchführung solcher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu entwickeln, die im stationären Bereich häufiger als im ambulanten Bereich geübt werden können, z.B. Verabreichen von Medikamenten, Funktionsproben.

Die aufgefunden detaillierten Beschreibungen der praktischen Module konnten aufgrund des Zustandes des Quellenmaterials nicht sicher dem hier analysierten Jahr 1974 zugeordnet werden. Erwähnt wird im 120 Stunden umfassenden Themenkomplex „Diagnostische Maßnahmen“, dass Sprechstundenschwestern die fehlerfreie Durchführung von Blutabnahmen und die Messung der Blutsenkungsgeschwindigkeit beigebracht bekamen. Zudem erlernten sie die Technik der Magensaftentnahme, der Duodenalsondierung und des Katheterisierens von Frauen (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 104, Blatt 239).

Um die vermittelten Kenntnisse des Teilgebietes Krankenpflege und -versorgung in stationären Gesundheitseinrichtungen für Sprechstundenschwestern zu eruieren, wurde deshalb ergänzend das Lehrbuch (berufspraktischer Teil) von

Badtke & Hausschild hinzugezogen. Neben dem Feststellen der Vitalparameter Körpertemperatur, Pulsfrequenz, Körpergewicht und Körpermaße, Blutdruck, wurde auch das Kontrollieren der Atmung, das Überprüfen von Gehör und Sehkraft, Verbandlehre inklusive Fädenziehen und Entfernung von Klammern und Drains sowie das Verabreichen von Medikamenten u.a. gelehrt. In der Rubrik „Hilfeleistungen bei prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen“ erlernten Sprechstundenschwestern das Lagern bzw. Halten bei Injektionen, Spülungen oder diagnostischen Maßnahmen. Das Lehrbuch führt auf, welche Instrumente und Hilfsmittel für einzelne Funktionsprüfungen und Untersuchungen bereitzustellen waren, es verzichtet jedoch „bewußt auf eine Erläuterung der einzelnen Maßnahmen“. Genannt werden auch Untersuchungen der Magenfunktion, Spülungen, Eingriffe am Urogenitaltrakt, Injektionen und Punktionen sowie Hilfeleistungen bei Endoskopien (Gastroskopien, Zystoskopien, Rektoskopien und Kolposkopien) sowie der Umgang mit dem Sauerstoffgerät (Badtke & Hauschild, 1973, 73-136).

4.3 Interprofessionelle Ansätze

In der Subkategorie interprofessionelles Arbeiten wurden Hinweise zu Tätigkeiten und Kompetenzen, die heute als interprofessionell definiert werden, im Quellenmaterial gesucht und gefunden. Sowohl im Rahmenstudienplan der Fachrichtung Krankenpflege 1974 als auch Sprechstundenassistenten 1974 wird auf „die Notwendigkeit des Zusammenwirkens aller Mitarbeiter“ (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 9; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 9) hingewiesen. Die im Lehrgebiet Pädagogik/Psychologie/Soziologie vermittelten Kenntnisse sollten Krankenschwestern-/pfleger und Sprechstundenschwestern befähigen, „[...] Beziehungen zwischen den Mitarbeitern der Gesundheitseinrichtungen“ zu gestalten (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974a, S. 11; Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 11).

Während angehende DDR-Krankenpflegekräfte in ihrer Ausbildung überwiegend mit Ärzten und Ärztinnen sowie eigenen Berufskolleg*innen verschiedener Fachrichtungen zu tun hatten, arbeiteten angehende Sprechstundenschwestern auch mit anderen Professionen. So waren sie bereits während ihres

Fachschulstudiums mindestens ein halbes Jahr im chirurgischen operativen Bereich, mehrere Wochen in stationären Einrichtungen und/oder Heimen, in physiotherapeutischen Abteilungen sowie in der Dispensairebetreuung wie Mütterberatung und/oder Diabetikerberatung tätig (Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik, 1974b, S. 11). In der Physiotherapie führten angehende Sprechstundenschwestern Verfahren der Hydrotherapie, Wickel, Kompressen, Packungen, medizinische Bäder, Verfahren der Thermotherapie (z.B. Lichtkastenbehandlung, Kurzwellentherapie) sowie Inhalationen durch (Badtke & Hauschild, 1973, 186-197).

5 Diskussion

Es war bisher keine wissenschaftliche Quelle zugänglich, die sich den Forschungsfragen widmet.

50 Jahre nach Einführung des Studienganges Sprechstundenassistentin und 34 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung mit Auslaufen dieser DDR-Ausbildung könnte man dem Forschungsanliegen Rückwärtsgewandtheit vorwerfen. Deshalb sowie in Anbetracht der Tatsache, dass die wenigen noch im Berufsleben stehenden DDR-Sprechstundenschwestern in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen, sollte der Fokus dieser Analyse auf fachlichen Aspekten sowie auf Aspekten (früher) interprofessioneller Arbeit liegen. Juristische Aspekte wurden nicht berücksichtigt.

Obwohl für den Berufsabschluss als Sprechstundenschwester die Auffangregelung des Artikels 37 Absatz 1 Satz 1 des Einigungsvertrages anzuwenden ist und die berufliche Qualifikation weiterhin anerkannt ist, hielt das Bundesgesundheitsministerium eine Prüfung der Möglichkeiten des ab 1. Januar 2020 geltenden Pflegeberufgesetzes (PflBG) für angebracht, wenn eine Berufserlaubnis als Pflegefachfrau/Pflegefachmann angestrebt wird. „Vergleichbare Regelungen gab es auch in dem bis 31.12.2019 geltenden Krankenpflegegesetz vom 01. Januar 2004 und im Krankenpflegegesetz vom 04. Juni 1985“ (BMG, 2020).

Für einen Gleichstellungsantrag zur Berufserlaubnis von Sprechstundenschwestern zu Krankenschwestern, später Gesundheits- und Krankenpflegerin, heute Pflegefachfrau – sind auch nach vielen Jahren oder Jahrzehnten Tätigkeit im Beruf – Nachweise über erforderliche (fachsprachliche) Deutschkenntnisse,

über gesundheitliche Eignung sowie ein polizeiliches Führungszeugnis zu erbringen. Dabei werden sie anders als Absolventinnen, die ihren Abschluss im reglementierten Gesundheitsberuf in der Europäischen Union erworben haben und diesen auf Antrag seit September 2005 automatisch anerkannt bekommen, wie Antragstellende aus Drittstaaten behandelt. Sie können „als Ausgleichsmaßnahme zwischen einem Anpassungslehrgang und einer Kenntnisprüfung wählen“ (Atanassov, 2022, S. 17). Es konnte bisher kein Fall von examinieren Sprechstundenschwestern eruiert werden, in dem so verfahren wurde.

Folgt man der Argumentation, dass nicht Bildung an sich zählt, sondern die Tätigkeit an erster Stelle steht (Lullies, 1991, S. 307), ist nicht schlüssig, warum examinierte Sprechstundenschwestern, die langjährig im ambulanten oder stationären Setting tätig waren und der Pflege zugehörige Tätigkeiten verrichten, nur in Einzelfällen als Pflegefachpersonen anerkannt sind und entsprechend vergütet werden. Berufliche Tätigkeiten wie z.B. als Schulgesundheitsfachkraft, als Pflegefachperson im (tages-)klinischen Setting und als Pflegedienstleitung sowie der Zugang zu Fachpflegeweiterbildungen oder akademischen Qualifizierungen wie zur *Community Health Nurse* sind kaum zugänglich – unabhängig davon, welche und wie viele Fachweiterbildungen absolviert wurden und welche beruflichen Erfahrungen vorliegen. Wie vielen Berufsvertreterinnen der Zugang zur Hochschulausbildung ohne Abitur gelang, ist nicht bekannt.

Die nur nach erfolgreichem Fachschulstudium verliehene Berufsbezeichnung „Sprechstundenschwester“ impliziert die Herkunft aus der DDR, damit die Abstammung sowie das ungefähre Alter und hat aus heutiger Sicht mehrfaches Diskriminierungspotenzial. Sie ist nicht geschlechtsneutral und sie sagt nichts über die (frühere) Zugehörigkeit zur Profession Pflege.

Es sollte politisch und juristisch geklärt werden, inwiefern diese Umstände vereinbar sind mit Artikel 3, insbesondere Abs. 3, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland („Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. [...]“, 1949/2022) und mit dem seit 2006 geltenden Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, insbesondere Paragraph 2, Abs. 1 (1-3),

(„[...] Benachteiligen sind unzulässig in Bezug auf

1. die Bedingungen, einschließlich Auswahlkriterien und Einstellungsbedingungen, für den Zugang zu unselbstständiger und selbstständiger Erwerbstätigkeit, unabhängig von Tätigkeitsfeld und beruflicher Position, sowie für den beruflichen Aufstieg,
2. die Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen einschließlich Arbeitsentgelt und Entlassungsbedingungen, insbesondere in individual- und kollektivrechtlichen Vereinbarungen und Maßnahmen bei der Durchführung und Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses sowie beim beruflichen Aufstieg,
3. den Zugang zu allen Formen und allen Ebenen der Berufsberatung, der Berufsbildung einschließlich der Berufsausbildung, der beruflichen Weiterbildung und der Umschulung sowie der praktischen Berufserfahrung, [...]"

(AGG, 2006/2023)

Bereits 1988 hatte Meifort auf offene und versteckte Ansätze beruflicher Diskriminierung von Frauen am Beispiel der Gesundheitsberufe hingewiesen. „Arbeitsteilung, Spezialisierung, Rationalisierung und in ihrer Folge Dequalifizierung, Verdrängung, Arbeitslosigkeit und Streß als beschäftigungspolitische Merkmale sogenannter ‚typischer Frauenberufe‘“ kennzeichneten ihrer Meinung nach die Berufssituation von Frauen im Gesundheitswesen. Berufliche Sackgassen seien das Ergebnis einer vorrangig an Verwertungsinteressen ausgerichteten Berufsbildungspolitik (Meifort, 1988, S. 83). Die durch das Grundgesetz eingeräumte „herausragende Stellung“ des Arztberufs im Berufsfeld Gesundheit und die Reduzierung des beruflichen Handlungsspielraums der nichtärztlichen Gesundheitsberufe auf „assistierende Hilfsberufe“ und die „Arbeit nach ärztlicher Anweisung“ wird als diskriminierend (Meifort, 1988, S. 86) und „nicht zufällig oder schicksalhaft“ beschrieben (Meifort, 1988, S. 87).

Die Berücksichtigung ostdeutscher Erfahrungen des Bildungs- und Gesundheitswesens könnte möglicherweise dieses auch im wiedervereinigten Deutschland bestehende Benachteiligungspotenzial deutlich senken. Ähnliche Konsequenzen hielten Foroutan et. al. 2019 in ihrer Studie „Ost-Migrantische Analogien I“ für denkbar. Sie hatten u.a. festgestellt, dass sich West- und Ostdeutsche durch potentielle soziale Aufstiege von Muslim*innen bedroht fühlen und um ihren Status, Bildungskonkurrenz und Teilhabekonflikte fürchten. „Die Vorstellung, dass sozialer Aufstieg das Recht auf Forderungen erhöht und demnach eine Bedrohung werden könnte, wird auch gegenüber Ostdeutschen artikuliert. So befürchtet immerhin fast ein Fünftel der Westdeutschen den sozialen Aufstieg der Ostdeutschen (18,7%)“ (Foroutan et. al, 2019, S. 30).

Sind die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildungen wissenschaftlich aufgearbeitet, sollte die Problematik der Anerkennung bzw. Gleichstellung sowie der strittigen Zugehörigkeit zur Pflege neu bewertet werden. Noch berufstätige examinierte Sprechstundenschwestern könnten ihr berufliches Know-how angesichts des Trends zur Ambulantisierung gleichberechtigt in die Gesundheitsversorgung einbringen. Inwiefern sie für jahrzehntelange berufliche Benachteiligungen beruflich und rentenrechtlich rehabilitiert werden müssen, ist bundeseinheitlich juristisch und politisch zu klären.

Für *Gesundheitskioske* und/oder arztentlastende Tätigkeiten in *Gesundheitsregionen* könnten examinierte Sprechstundenschwestern aufgrund ihrer vielfältigen Berufs- und Lebenserfahrung begehrte Fachkräfte sein, die aktuell aufgrund prekärer Vergütung und fehlender Wertschätzung häufig außerhalb des Gesundheitswesens arbeiten.

„Pflege kann viel mehr, als sie darf“, wird der Bundesgesundheitsminister anlässlich eines Fachaustausches zum geplanten Pflegekompetenzgesetz zitiert (BMG, 2024). Ob dieses für Sommer 2024 angekündigte Gesetz die deutlich erweiterten Kompetenzen von Angehörigen der Pflegeberufe gesetzlich ermöglicht, bleibt abzuwarten. Insbesondere wäre zu klären, ob und wie examinierte Sprechstundenschwestern davon partizipieren können.

Das „BAPID-Bildungskonzept für die Pflege in Deutschland“ bietet nach Ansicht der Verfasserin dafür sehr gute und realistische Chancen.

Bezüglich der kontinuierlich debattierten sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung ist zu diskutieren, ob die gültigen Berufsfeldklassifikationen ggf. reformiert werden müssen, zumal bis zuletzt teilweise keine gültigen Berufsbezeichnungen verwendet wurden (z.B. „Sprechstundenhelferin“, „Praxishilfe“).

Zudem stellt sich vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels die Frage, ob die kategorische Trennung von Pflegefachpersonen und Medizinischen Fachangestellten fachlich zeitgemäß ist, denn auch diese können im Delegationsverfahren ärztliche und spezialisierte Aufgaben übernehmen und eigenverantwortlich arbeiten.

Inwiefern ökonomisch geleitete Interessen eine Rolle spielen, wurde in dieser Arbeit nicht untersucht. Das *Kompendium für Personalwirtschaft und Personalcontrolling* führt im Punkt Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus beispielsweise aus: „Im Zuge des Mangels an Ärzten und Fachkräften im Pflegedienst

gehen die Überlegungen dahin, diese Berufsgruppen von nicht zwingend von diesen durchzuführenden Aufgaben zu entlasten und dafür andere Berufsgruppen (z.B. Medizinische Fachangestellte) einzusetzen. Diese Stellen sind anteilig auf den Stellenplan des Pflegedienstes und des Arztdienstes anzurechnen. Diese Maßnahme hat den Effekt, dass die durchschnittlichen Bruttokosten je Vollzeitkraft je Berufsgruppe sinken, da MFA preiswerter zur Verfügung stehen“ (GOB, 2019, S. 1.283).

6 Fazit

Die Forschungsfragen konnten beantwortet werden.

Die durchgeführte Dokumentenanalyse konnte Gemeinsamkeiten und Unterschiede der ab dem Jahr 1974 gültigen DDR-Fachschulstudiengänge Krankenpflege und Sprechstundenassistenz belegen und Hinweise auf interprofessionelles Arbeiten finden. Die Lehrinhalte und der Umfang der Grundlagenfächer sind nahezu identisch. Bezüglich der beruflichen Tätigkeitsbeschreibungen und der praktischen Lehrinhalte gab es Unterschiede, die quantifiziert werden konnten. Es konnte belegt werden, dass ambulant tätige Schwestern nicht nur administrativ tätig und an der Schreibmaschine fit, sondern in Grundkrankenpflege und Krankenbeobachtung ausgebildet waren und eine Vielzahl pflegerischer Tätigkeiten im ambulanten und stationären Bereich übernahmen. Die Bestimmung des prozentualen Anteils von medizinisch-pflegerischen Fachkenntnissen sowie theoretischen Grundkenntnissen aus den Studienplänen war möglich.

Allerdings geben die Studienpläne lediglich einen Rahmen vor. Die Qualität praktischer Lehrveranstaltungen hängt nicht unerheblich vom Lehrpersonal sowie von tatsächlich absolvierten Unterrichtsstunden und Engagement am Arbeitsplatz ab. Ein erfolgreicher Studienabschluss und die Berufserlaubnis sagen nicht aus, über welche konkreten Erfahrungen Personen verfügen. Bei Anerkennungs- und Gleichstellungsprozessen müssten individuelle praktische Berufserfahrungen einbezogen werden.

Es ergibt sich weiterer Forschungsbedarf. Empirische Studien zur biografischen Verlaufsforschung und/oder Bildungswegeforschung von DDR-Gesundheits-

berufen und -qualifikationen wären sinnvoll. Vergleiche der verschiedenen Ausbildungen in Ost- und Westdeutschland sowie verschiedener Gesundheitsberufe könnten bestehende Curricula verbessern. Die fehlende Anerkennungsstatistik und die ausstehende Gleichstellung des DDR-Berufes Sprechstundenschwester mit der Krankenschwester bzw. heute Pflegefachkraft mit Anerkennung aller praktischen Berufsjahre und Qualifikationen bedarf einer juristischen und politischen Aufarbeitung.

Literaturverzeichnis

- ADN. (1980, 20. Mai). Gratulation für Drillinge. *Neues Deutschland*, S. 8
- ADN. (1984, 27. März) Weiterbildung für Sprechstundenschwestern. *Neues Deutschland*, S. 2
- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) (2006, 14. August). Fassung vom 22.12.2023. <https://www.gesetze-im-internet.de/agg/BJNR189710006.html> (Zugriff: 15.06.2024)
- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7. Aufl.).
- Atanassov, R., Best, U., Bushanska, V., & Gilljohann, K. (2022). *Wege zur Gleichwertigkeit: anerkennungsbezogene Qualifizierungen in Heilberufen und dualen Berufen. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings*. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17796>
- Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW. *Swiss Academies Reports*, Vol. 12, No 2, 2017(2). https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie_samw_interprofessionalitaet_2017.pdf
- Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N., Schleicher, S., & Braun, E. (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Kurzversion der Studie. Hans-Böckler-Stiftung. https://arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Kurzfassung.pdf
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) (1985, 16. Oktober). http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl185s1973.pdf
- Badtke, G. & Hauschild, I. (1973). *Die Sprechstundenschwester: (berufspraktischer Teil). Lehrbücher für die Berufsausbildung*. Verlag VEB Volk u. Gesundheit.
- Bartholomeyczik, S. (2017). Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland – eine schwere Geburt. *Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft* 22. Jg. 2017 H.2 S. 101-178 https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2018/07/PG-2_2017.pdf
- Berwick, D. M., Nolan T. W., & Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *In Health Affairs* 27(3), 759-769 <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Buchholz, H.-W. (1999). Von der Arztfachhelferin zur Praxismanagerin. In B. Meifort (Hrsg.) et. al. 1999, *Berufsbildung und Beschäftigung im personenbezogenen Dienstleistungssektor: Berufe und Berufsbildung im Gesundheits- und Sozialwesen zwischen Veränderungsdruck und Reformstau. Bestandsaufnahmen und Konzepte für Aus- und Weiterbildung*. Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Nr. 43, Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). 39-46. <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0035-0115-2>
- Bruns, F. (2023). Historische und ethische Aspekte von Interprofessionalität im Gesundheitswesen. *Ärzteblatt Sachsen* (11), 9–11. https://www.aerzteblatt-sachsen.de/pdf/sax2311_009.pdf
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2021, November). *Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020. Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil*. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/KldB2010-Fassung2020-Nav.html>
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (o.J.). *Fachkräfteengpässe auf dem Arbeitsmarkt*. <https://www.bibb.de/de/33212.php>
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2008). *Berufsfeld-Definitionen des BIBB auf Basis der Klassifikation des Berufe 1992* (2. Fassung, Stand: 29. Mai 2008). *Wissenschaftliche Diskussionspapiere: H. 105*. BIBB.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2020). Qualifikationsprofile in der beruflichen Pflege – die aktuelle Situation im deutschsprachigen Raum. *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 49, 22–25. <https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/16479>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (o.J.). *Der DQR*. https://www.dqr.de/dqr/de/home/documents/teaserraster_text1.html (Zugriff: 05.05.2024)

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen: Struktur - Zuordnungen - Verfahren - Zuständigkeiten. https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/dqr_handbuch_01_08_2013.html (Zugriff: 05.05.2024)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2023). *Liste der zugeordneten Qualifikationen. Aktualisierter Stand: 1. August 2023.* https://www.dqr.de/dqr/shareddocs/downloads/media/content/2023_dqr_liste_zugeordnete_qualifik_01082023.html (Zugriff: 05.05.2024)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020, 10. Februar). *Gleichstellung der examinieren DDR-Sprechstundenschwester.* [persönliche Korrespondenz].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024, 20. März). *Lauterbach: Pflege kann viel mehr als sie darf.* <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/pflegekompetenzgesetz> (Zugriff: 16.06.2024)
- Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (BMG) (2023, 19. Dezember). Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. – für Fachgespräch am 19. Dezember 2023; nicht ressortabgestimmt –. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf
- Büchter, K. (2002). Interdependenz von Qualifikationsforschung und Curriculumforschung als Aufgabe der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. <https://ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Interdependenz.pdf>
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C., & Swaine, B. (2014). Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and Rehabilitation*, 37(4), 372–378. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.918193>
- Cruess, S. R., Johnston, S., & Cruess R. L. (2010). „Profession“: A Working Definition for Medical Educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(1):74-6. https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1601_15 (Zugriff: 15.06.2024)
- Darmann-Finck, I. (2015). Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsfachberufen – auf dem Weg zu einer Agenda. *bwp@ Spezial*(10), 1–16. http://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf
- Deutscher Bundestag (2009, 2. Juli). *Petition 486 – Abschlussbegründung.*
- Deutscher Bundestag (2023). *Petition 158622.* https://epetitionen.bundestag.de/content/petitionen/2023/10/15/Petition_158622.html (Zugriff: 25.04.2024)
- Deutscher Pflegerat e.V. (2023). *Deutscher Pflegetag 2023: Forderungen des Deutschen Pflegetages.* https://www.deutscher-pflegetag.de/_Resources/Persistent/fb05339748dbdfb3a7cbb0882e726842a8236ab2/D_deutscherPflegerat_Forderungen2023_final.pdf
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften 5.* vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Drucksache, 17/2100 (2010, 29. Juni). *Bericht des Petitionsausschusses (2. Ausschuss).* <https://dserver.bundestag.de/btd/17/021/1702100.pdf> (Zugriff: 20.05.2024)
- Duden (2024). *Potenzial.* Cornelsen Verlag. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Potenzial> (Zugriff: 02.06.2024)
- Eve, M. P. (2024). Digital Scholarly Journals Are Poorly Preserved: A Study of 7 Million Articles. *Journal of Librarianship and Scholarly Communication*, 12(1). <https://doi.org/10.31274/jlsc.16288>
- Foroutan, N., Kalter, F., Canan, C., & Simon, M. (2019): *Ost-Migrantische Analogien I: Konkurrenz um Anerkennung.* Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). <https://www.dezim-institut.de/publikationen/publikation-detail/ost-migrantische-analogien-i-fa-5014/>
- Fuchs, J. (2002). *Erwerbspersonenpotenzial und Stille Reserve - Konzeption und Berechnungsweise.* In Gerhard Kleinhenz (Hrsg.) (2002): IAB-Kompodium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 250, S. 79-94. https://doku.iab.de/beitrab/2002/beitr250_203.pdf (Zugriff: 27.04.2024)

- Gahlen-Hoops, von W., & Genz, K. (2024). *BAPID Bildungsarchitektur der Pflege in Deutschland. Bestandsaufnahme und Empfehlungen für die Pflegebildung von morgen*. [Vorabpublikation, Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel]. https://deutscher-pflegerat.de/download/bapid_i_onepager_final.pdf (Zugriff: 05.07.2024)
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(44), 1524-1529. <https://www.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2018.17276/>
- Gericke, A. (1991). Das aktuelle Thema: Die Anerkennung von Berufsabschlüssen. *Heilberufe*, 43(7), 306–309 (Heilberufe Interview).
- Gerst, T. (2008). Modellprojekt „Mobile Praxisassistentin“. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(22), A-1178 / B 1016 / C-996. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/60323/Modellprojekt-Mobile-Praxisassistentin> (Zugriff: 30.04.2024)
- Gesetz zu dem Europäischen Übereinkommen vom 25. Oktober 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern (1972, 13. Juni). http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl172s0629.pdf
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) (1985, 4. Juni). http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl185s0893.pdf
- Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG). (2017, 17. Juli). Fassung vom 12.12.2023. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html> (Zugriff: 16.06.2024)
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (1949, 23. Mai). Fassung vom 19. Dezember 2022. <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html> (Zugriff: 15.06.2024)
- Guder, M. (1990). Berufsbildung in der DDR - Stand und Ausblick. *BWP*, 19(4), 3–9. <https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/download/13983>
- Gütersloher Organisationsberatung GmbH (GOB) (2019). *Kompendium Personalwirtschaft und Personalcontrolling. 18. erweiterte Auflage*.
- Haas, S. (2023). *Geschichtswissenschaft. Eine Einführung*. 1. Auflage. Brill Schöningh. <https://doi.org/10.36198/9783838554013>
- Hager, H. (1991). In Zur Situation der Pflege in den neuen Bundesländern: Vertreterinnen der neuen DBfK-Landesverbände berichten (1991). *Krankenpflege*(10), 542-549.
- Hausding, G. (2024, 21. Februar). *Kassenärzte fordern Reformen im Gesundheitswesen*. Online: <https://www.das-parlament.de/inland/gesundheit/kassenaerzte-fordern-reformen-im-gesundheitswesen> (Zugriff: 26.04.2024)
- Hein, M. (2009). *Begründung zur Beratung der Petition 486 – Heilhilfsberufe - am 2. Juli 2009*. [persönliche Korrespondenz]
- Heiser, P. (2018). *Meilensteine der qualitativen Sozialforschung. Eine Einführung entlang klassischer Studien*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-18557-2>
- Hennig, A., & Kaluza, J. (1995). *Krankenschwester Ost. Die Arbeitswelt des Pflegepersonals im Krankenhaus nach der Einheit. Eine empirische Untersuchung*. Hrsg. Durch die Hans-Böckler-Stiftung. Trafo Verlag.
- Herkner, V. (2015). Berufsbildung von der deutschen Teilung bis zur Einheit – gemeinsame Wurzeln, verschiedene Wege. *BWP*(5), 13–17. <https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/download/7737>
- Hoffmann, W., Dreier, A., & van den Berg, N. (2011). Arztentlastende Delegationsmodelle: AGnES und Co. In C. Günster & L. Altenhofen (Hrsg.), *Versorgungs-Report: Bd. 1.2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen; [mit Online- Zugang]* (S. 230). https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Versorgungsreport/2011/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_vsr2011_kap12.pdf
- Höfert, R. (1991). In Zur Situation der Pflege in den neuen Bundesländern: Vertreterinnen der neuen DBfK-Landesverbände berichten (1991). *Krankenpflege*(10), 542-549.
- Hölterhoff, D. & Herkner, V. (2019). Transformation des Berufsbildungssystems in Ostdeutschland – eine historisch-systematische Studie. *bwp@*(36 (Juni), 1–30. http://www.bwpat.de/ausgabe36/hoelterhoff_herkner_bwpat36.pdf

- Hungermann, M. (1991). In Zur Situation der Pflege in den neuen Bundesländern: Vertreterinnen der neuen DBfK-Landesverbände berichten (1991). *Krankenpflege*(10), 542-549.
- Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte (undatiert). *Entwicklung der Bildungs- und Erziehungsanforderungen in der Fachrichtung Krankenpflege – stationärer und ambulanter Bereich – bis zum Jahr 2000. 1. Entwurf*. BArch DQ110 Bundesarchiv, Berlin.
- Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte (1964, 1. August). *Ausbildungsunterlagen für die volle berufliche Ausbildung an den erweiterten Oberschulen für die Fachrichtungen Krankenschwester bzw. -pfleger, Säuglings- und Kinderkrankenschwester und Kinderpflegerin*. BArch, DQ 110 Bundesarchiv, Berlin, Blatt 550-552.
- Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte (1981a, April). Studie „Entwicklung der Bildungsanforderungen sowie der Berufs- und Qualifikationsstruktur unter besonderer Berücksichtigung des stationär-pflegerischen Bereiches im Gesundheits- und Sozialwesen bis 1990“, BArch DQ 110, Bundesarchiv, Berlin, Deutschland
- Institut für Weiterbildung mittl. med. Fachkräfte (1981b). „*Entwicklung der Bildungs- und Erziehungsanforderungen in der Fachrichtung Krankenpflege – stationärer und ambulanter Bereich – bis zum Jahre 2000*“. BArch DQ110, Bundesarchiv, Berlin, Deutschland.
- Kehl, T., Güntensperger, M., Schmidt, W., & R. Friedag, H. R. (2005, 28. Juli). Strategieentwicklung und ihre Umsetzung mit der Balanced Scorecard – Das Praxis-Beispiel der Zürcher Höhenkliniken. *Der Controlling-Berater*, 4, 2-37.
http://www.scorecard.de/wp-content/uploads/2010/12/pdf_cb05.pdf
- Kirn, P. (1959): *Einführung in die Geschichtswissenschaft*. Sammlung Göschen Band 270., S. 29.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (1993): Feststellung der Gleichwertigkeit von Bildungsabschlüssen – Fachschulabschlüsse, Abschlüsse kirchlicher und sonstiger (öffentlicher) Ausbildungseinrichtungen – im Sinne des Artikel 37 Abs. 1 des Einigungsvertrages (Beschluss der KMK vom 07.05.1993 i.d.F. vom 09.03.2001).
https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1993/1993_05_07-Gleichwertigkeit-Bildungsabschluesse.pdf (Zugriff: 04.05.2024)
- Leuenberger, S. (2009, 16. Februar). Aufwertung von Ost-Berufsbild nötig. *Das Parlament*. Nr. 08.
<https://webarchiv.bundestag.de/archive/2010/0427/dasparlament/2009/08/Innenpolitik/23608264.html> (Zugriff: 20.05.2024)
- Lindenberger, T. (2014). Ist die DDR ausgeforscht? Phasen, Trends und ein optimistischer Ausblick. *APuZ Aus Politik und Zeitgeschichte*.
<https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/185600/ist-die-ddr-ausgeforscht-phasen-trends-und-ein-optimistischer-ausblick/>
- Lullies, D. (1991). In Andreas Gericke (1991). Das aktuelle Thema: Die Anerkennung von Berufsabschlüssen. *Heilberufe*, 43(7), 306–309 (Heilberufe Interview).
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Journal for Medical Education*, 31(4).
<https://doi.org/10.3205/zma000932>
- Mayring, P. (o.J.). *Qualitative Inhaltsanalyse*.
<https://qualitative-content-analysis.org/wp-content/uploads/HB-MeyMruckQualIAEnd.pdf>
- Mayring, P. (2016). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Auflage). Beltz.
https://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407258991
- Meifort, B. (1980). Die Regulationssituation in der Aus- und Weiterbildung zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen: Bildungspolitische Defizite und notwendige Konsequenzen. *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*(4), 5–9.
<https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/download/12051>
- Meifort, B. (1981). Entwicklungen im Gesundheitswesen. *BWP*(4), 10–13.
<https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/12246>
- Meifort, B. (1984). Bedingungen für eine ganzheitliche, patientenorientierte und kooperative Gesundheitsversorgung. *BWP*(1), 14–17.

- <https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/download/12720>
- Meifort, B. (1988). Berufliche Diskriminierung von Frauen in "Frauenberufen": Das Beispiel "Gesundheitsberufe". *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*(3), 82–87.
<https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/13494>
- Mettin, G. (1998). Arbeitsmarkt - Weiterbildung - professionelle Entwicklung: berufliche Weiterbildung von Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen: Forschungsprojekt Nr.: 4. 1009.
- Ministerium für Gesundheitswesen (1974, 23. Januar). *Anordnung über die Zuerkennung der medizinischen Fachschulqualifikation für Krankenschwestern und andere mittlere medizinische Fachkräfte. (Entwurf)*. BArch DC20/23032, Bundesarchiv Berlin, Deutschland.
- Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik. Ministerium für Gesundheitswesen. (1974a, 26. April). *Studienplan für die Ausbildung im mittleren medizinischen Beruf. Fachrichtung Krankenpflege (Nomenklatur-Nr. 31 2 02)*. BArch DR3/24313, Bundesarchiv, Berlin, Deutschland.
- Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik. Ministerium für Gesundheitswesen. (1974b, 30. Mai). *Studienplan für die Ausbildung im mittleren medizinischen Beruf. Fachrichtung Sprechstundenassistent (Nomenklatur-Nr. 31 2 04)*. BArch DR3/24313, Bundesarchiv, Berlin, Deutschland.
- Neues Deutschland (ND) (1974, 16. August). Krankenschwester ein Beruf mit Fachschulausbildung, S. 2
- Peters, M., & Teliëps, J. (2023). Zuordnung der Abschlüsse in den Pflegeberufen zum DQR. *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*(1), 57–59.
<https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/18313>
- Prexl, L. (2017). *Mit der Literaturübersicht die Bachelorarbeit meistern. für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*. UVK mit UVK/Lucius.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Blackwell Publishing.
<https://doi.org/10.1002/9781444325027>
- Ropers, C. (2009). *Katholische Krankenpflegeausbildung in der SBZ/DDR und im Transformationsprozess*. [Dissertation, Universität Erfurt].
https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00018809/ropers.pdf
- Rudolph, W. (1990). Zur derzeitigen Lage der Berufsbildung in der DDR: Ein Interview mit Herrn Professor Dr. Wolfgang Rudolph, Direktor des Zentralinstituts für Berufsbildung der DDR (1990). *BWP*(3), 20–22.
<https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/download/13959>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) (2024). *Gutachten 2024: Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*.
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), (2020a). *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*. 1. Auflage 2014, 2. überarbeitete Auflage 2020.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.3865147>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020b). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung*. Swiss Academies Communications 15 (2).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.3355205>
- Spirk, C. (1991). In Zur Situation der Pflege in den neuen Bundesländern: Vertreterinnen der neuen DBfK-Landesverbände berichten (1991). *Krankenpflege*(10), 542-549.
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2024a, 24. Januar). Pflegekräftevorausberechnung.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html> (Zugriff: 27.4.2024)
- Statistisches Bundesamt (StBA) (2024b, 16. Mai). *Ungenutztes Arbeitskräftepotenzial 2023: Knapp 3,2 Millionen Menschen in „Stiller Reserve“*.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/05/PD24_192_13.html (Zugriff: 22.06.2024)

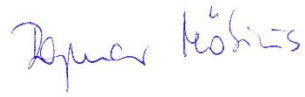
- Strupeit, S. (2008). *Gemeindeschwestern in der DDR. Berufsprofil und Übertragbarkeit auf den bundesdeutschen Kontext*. VDM Verlag Dr. Müller.
- Technische Universität Berlin (TU Berlin). (2022). *Leitfaden zur Quellenkritik: Fachgebiete Wissenschafts- und Technikgeschichte, TUB* [Leitfaden zur Methodik]. <https://www.static.tu.berlin/fileadmin/www/10002001/Leitfaden-Quellenkritik-1.pdf>
- Thiekötter, A. (2006). *Pflegeausbildung in der Deutschen Demokratischen Republik. Ein Beitrag zur Berufsgeschichte der Pflege*. Mabuse-Verlag.
- Simon, A., & Flaiz, B. (2015). Sichtweisen der Ärzteschaft zur Professionalisierung der Pflege. *HeilberufeScience*6, 86–93. <https://doi.org/10.1007/s16024-015-0253-4>
- Vertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands (Einigungsvertrag) (1990, 31. August). Fassung vom 15. August 2022. <https://www.gesetze-im-internet.de/einigvtr/BJNR208890990.html>
- Weber, T., & Utikal, F. (1991, 31. Oktober). Beratungsstelle ist ratlos. [Leserbrief] *Berliner Zeitung*. S. 48
- Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe: Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. <https://doi.org/10.57674/6exf-am35>
- Wolff, H.-P. (1994). *Vergleichende Geschichte der medizinischen Berufsbildung. Eine Einführung für Lehrkräfte der Medizinalberufe*. Recom-Verlag.
- Wolff, H.-P. & Wolff, J. (1994). Career paths and professional education in the former German Democratic Republic 1949-1989. *Pflege*, 7, 137–152.
- World Health Organization (WHO) (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Health professions networks nursing & midwifery human resources for health*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WH?sequence=1> (Zugriff: 14.06.2024)
- World Health Organization (WHO) (2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1> (Zugriff: 30.04.2024)
- Xyrichis, A., Reeves, S., & Zwarenstein, M. (2018). Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *Journal of interprofessional Care*, 34(4), 416-425. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576>

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel, einschließlich eigener Quellen, benutzt habe. Ferner, dass die elektronische Form der Bachelorarbeit mit der schriftlichen Form vollständig übereinstimmt.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek bereitgestellt wird.

Berlin, den 07. Juli 2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Diana Köhler', is written above a dotted line.

Unterschrift