

Heinrich Bollinger und Annette Grewe

## Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts – Entwicklungs- barrieren und Entwicklungspfade

### 1. *Berufliche Pflege vor der Akademisierung – eine Kurzzusammenfassung*

Seit den frühen Versuchen der Formierung der Pflege in der Moderne haftet dem Beruf in Deutschland etwas Eigentümliches an. Formal nicht ganz unähnlich der Medizin weist der Pflegeberuf einen gewissen Doppelcharakter auf: Zu den jeden Beruf kennzeichnenden fachspezifischen Qualifikationen gesellen sich anachronistisch anmutende Elemente, die mal stärker an das caritative Dienstideal der Vormoderne angelehnt sind, mal an den bürgerlichen Entwurf des weiblichen Geschlechtscharakters, mal an eine diffuse und schwer greifbare Kombination beider Facetten.

Die berufssoziologischen Analysen der westdeutschen Pflege kennzeichnen diese denn auch als ein »unvollständiges Lohnarbeitsverhältnis« (Volkholz 1973) oder diagnostizieren eine »mangelnde Beruflichkeit« (Ostner/Krutwa-Schott 1981). Auch wenn die Pflegenden diese analytischen Bezeichnungen oft scharf kritisierten, weil sie in ihnen eine normative Festschreibung vermuteten, kamen sie doch zu dem selben Schluss, wenn sie von dem »Sonderweg« sprachen, der die Pflege in Deutschland im Vergleich zu »normalen« Berufen oder gar im Vergleich zur Pflege in anderen Staaten auszeichnen würde.

- Als Merkmale dieses Sonderwegs wurden damals vor allem gesehen:
- die für Berufsbildungsprozesse in Deutschland atypischen Modalitäten der Ausbildung;
  - die für die Entlohnung im Öffentlichen Dienst atypische Tarifgestaltung;
  - die ungewöhnliche hohe Abhängigkeit von einem anderen Beruf (der Medizin) in der Definition der Wissensbasis, der Ausbildung, der Examinierung sowie der Problemdeutung und der Maßnahmendefinition in der beruflichen Praxis;
  - die »Zersplitterung« des Pflegeberufs in unterschiedliche Pflegeberufe mit z.T. gänzlich unterschiedlichen Regulierungsgraden und -ebenen (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege, Entbindungspflege);

- die mangelnde Existenz einer einheitlichen berufsverbandlichen Vertretung wegen der Vielzahl historisch gewachsener und um Partikularinteressen organisierter Verbände;
- die oft unklare Definition von Tätigkeiten, Zuständigkeiten und von Schnittstellen der interdisziplinären Kooperation, vor allem in Kliniken;
- die Geschlechtsspezifität bei der Rekrutierung und – etwas überspitzt formuliert – die damit verbundene öffentliche Wahrnehmung der Pflege als »angewandte Weiblichkeit«;
- die – vor allem im Vergleich zur angelsächsischen Pflege – fehlenden Voraussetzungen und Möglichkeiten, eigenständig und systematisch eine wissenschaftlich begründete Pflege zu entwickeln.

In der Konsequenz gab es seit den frühen siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts seitens engagierter Vertreterinnen und Vertreter der Pflege nachdrückliche Bemühungen darum, die berufliche Situation der Pflege zu verbessern. Diese Bemühungen umfassten vor allem:

- die wissenschaftliche Fundierung der Pflege durch die Rezeption vorzüglich angelsächsischer Pflege-theorien und Pflegemodelle sowie deren Integration in die Pflegeausbildung;
- die Versuche, den Bildungsstatus der Pflege zu erhöhen – sei es durch die Einrichtung von Fachakademien oder durch die Akademisierung der Pflege;
- die Auseinandersetzung um eine Stärkung der Staatsnähe und/oder Selbstverwaltung der Pflege in Form von Pflegereferaten bzw. der Einrichtung eines Kammerwesens;
- die Diskussion um die Einrichtung einer eigenständigen Pflege-gewerkschaft;
- die Verbesserung der Arbeitssituation der Pflegenden mit Verweis auf Belastungsstrukturen und (geringe) Berufsverbleibdauer;
- die Auseinandersetzung mit der Arbeitsorganisation in der Pflege sowie der Schnittstellenproblematik zur Medizin;
- die Verbesserung des öffentlichen Bildes von der Pflege vor allem mit Blick auf die fachliche Qualifikation.

Diese Bemühungen, so vielfältig und differenziert sie auch waren, firmierten oft unter dem gemeinsamen Etikett »Professionalisierung« der Pflege. Wir halten die Verwendung dieses Begriffs mit Blick auf die Schwächen der soziologischen Professionstheorien zwar für problematisch, werden uns mit unserer Argumentation hier jedoch im Rahmen der herkömmlichen Professionalisierungsdebatte innerhalb der Pflege bewegen. Mit Blick auf die Entwicklung der akademisierten Pflege interessiert dabei besonders das Schicksal der »Wissensbasis« der Pflege, die

gemeinhin als ein entscheidendes Merkmal von »Profession« herausgehoben wird. (Hesse 1972; Schaeffer 1994)

## 2. *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland – Konstellation und Verlauf*

Das Jahrzehnt vor der Jahrhundertwende scheint für die Entwicklung der Pflege in Deutschland besondere Bedeutung zu haben. So wie das Ende des 19. Jahrhunderts die Strukturierung und öffentliche Anerkennung der »freien Pflege« markierte, steht das letzte Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts für die Akademisierung der Pflege in Deutschland.

Nach mehreren gescheiterten Versuchen entstand plötzlich eine historische Konstellation, in der sich die Einrichtung von Studiengängen der Pflege an Fachhochschulen und Universitäten durchsetzen ließ und durchsetzte (Bollinger 1999). Durch die Koinzidenz der Debatten um den Pflegenotstand und die Pflegeversicherung wurde in der öffentlichen Wahrnehmung die Pflege als gesellschaftlich zu lösendes Problem gesamthaft thematisiert und die Probleme des Pflegeberufs politisch wahrgenommen. In dieser Konstellation erhielten Gestaltungskonzepte aktiver Vertreterinnen der Pflege eine Realisierungschance. Beispielhaft und in Anerkennung ihres Lebenswerks genannt sei hier nur Hilde Steppe, die als Leiterin des Pflegereferats im Hessischen Sozialministerium dem Akademisierungsschub in Hessen entscheidende Impulse verlieh. Von herausragender allgemeiner Bedeutung waren aber vor allem die Robert-Bosch-Stiftung und die Autorinnen und Autoren der von ihr herausgegebenen Denkschrift »Pflege braucht Eliten« (1992), die pflegepolitische Bedeutung erlangten, indem sie nachdrücklich für die Einrichtung von Pflegestudiengängen in Deutschland plädierten.

Verlauf und Konsequenzen der Akademisierung der Pflege in Deutschland boten dann allerdings einige Überraschungen. Das in der Denkschrift entwickelte Szenarium für die Akademisierung der Pflege wurde sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht rasch überholt. In der Denkschrift war das Ziel anvisiert worden, in jedem der sechzehn Bundesländer einen Studiengang Pflege einzurichten. Heute, zehn Jahre nach der Veröffentlichung, existieren in Deutschland etwa 50 pflegebezogene Studiengänge an Fachhochschulen und an Universitäten. Der Begriff »Elite« war in der Denkschrift so interpretiert worden, dass die Akademisierung der Pflege sich vor allem auf die Leitungs- und Lehrfunktionen beziehen sollte. Mit der Einrichtung grundständiger primärqualifizierender Studiengänge der Pflege an einigen Fachhochschulen, die Hochschulzugangsberechtigten ohne vorherige Ausbildung in einem

Pflegeberuf offen standen, wurde diese Eingrenzung zumindest vereinzelt aufgegeben.

In der Konsequenz existieren nun neben den traditionellen Ausbildungen in den Pflegeberufen auch an den Hochschulen sehr verschiedene Arten von Studiengängen mit unterschiedlichen Qualifikationszielen und unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen.

### 3. *Zum Stand der Akademisierung – Widersprüche, Interessenskollisionen und Barrieren*

Die gegenwärtige Lage der Pflege in Deutschland ist – mit Blick auf deren Akademisierung – heute von einer Vielzahl von Widersprüchen gekennzeichnet. Wie bei vielen grundsätzlichen Veränderungsprozessen zeigen sich diese Widersprüche auch hier erst im Verlauf der historischen Prozesse, und es gibt weder einen »Masterplan« noch eine zentrale Instanz, die dafür Sorge tragen könnten, das entstandene Gewirr elegant zu entflechten. Zur Strukturierung der Debatte könnte es hilfreich sein, wesentliche Facetten des »Gordischen Knotens« zu rekonstruieren. Dies wollen wir im Folgenden versuchen:

#### 3.1 *Akademisierung – Wissensbasis oder Elitenbildung*

Die Akademisierung der Pflege galt vor der Einrichtung pflegebezogener Studiengänge als ein zentrales Element der Professionalisierung der Pflege. Seine Begründung fand dies darin, dass in den soziologischen Berufs- und Professionstheorien einhellig die Auffassung vertreten wurde, ein konstitutives Merkmal von Profession sei deren wissenschaftlich begründeter Wissenskanon. Diese Wissensbasis bedürfe der Entwicklung und Weiterentwicklung entsprechend den anerkannten »Spielregeln« des Wissenschaftssystems und diese Wissensbasis bilde – im Zusammenwirken mit einem fallbezogenen Erfahrungs- und Berufswissen (Schaeffer 1994) – die Grundlage professionellen Handelns jenseits des Handwerks oder Kunsthandwerks.

Die deutsche Pflege konnte darauf verweisen, dass in einer Vielzahl anderer Staaten, in denen die Pflege an Hochschulen vertreten war, mit einigem Erfolg an der Konstruktion einer solchen Wissensbasis gearbeitet worden war. Pflegewissenschaft und Pflgetheorien wurden jahrzehntelang importiert, konnten sich in der pflegerischen Praxis allerdings nur selten durchsetzen. Mit der Integration der Pflege in das Hochschulsystem, so die Folgerung, würden institutionelle Rahmenbedingungen geschaffen zur Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft wie zur Etablierung einer wissenschaftlich begründeten praktischen Pflege.

Diese Folgerung wäre jedenfalls erwartbar gewesen, hätte man die Erkenntnisse der Professionstheorie radikal zu Ende gedacht. Der Blick auf die Medizin – die bedeutende Referenzdisziplin der sich professionalisierenden Pflege – zeigt dies in aller Konsequenz: Es gibt keine nicht-akademisierte Medizin, und wenn die praktische Pflege eine wissenschaftliche Grundlage benötigt, dann ist diese entweder für jede praktische Pflege erforderlich, oder es ist erforderlich, die Arbeitsteilung zwischen einer akademisierten, wissenschaftlich fundierten Pflege und einer handwerklichen Pflege zu definieren.

Bekanntermaßen wurde mit der Denkschrift »Pflege braucht Eliten« ein anderer Weg der Akademisierung vorgeschlagen und – von den grundständig primärqualifizierenden Pflegestudiengängen abgesehen – auch flächendeckend realisiert: Die Anregung, vor allem Studiengänge für Pflegemanagement und Pflegepädagogik einzurichten, zielte nicht auf eine Akademisierung der praktischen Pflege, sondern auf eine Akademisierung der bereits etablierten Pflegeeliten. Die direkte Pflege wird dabei allenfalls indirekt – über eine Höherqualifizierung des Ausbildungspersonals – berührt, ein Modell, das in der ehemaligen DDR bereits realisiert war.

Der in der Denkschrift entwickelte Vorschlag erscheint in taktischer und interessenspolitischer Hinsicht genial, mit Blick auf bildungspolitische und professionstheoretische Überlegungen allerdings problematisch.

Genial war der Entwurf insofern, als das bestehende System der Pflegeberufe völlig unangetastet bleiben konnte und dennoch die Interessen der Pflegeeliten befriedigt werden konnten. Mit einer Akademisierung der Pflegeberufe erst nach dem Durchlaufen der traditionellen Grundausbildung in den einzelnen Pflegeberufen wird weder deren horizontale Differenzierung (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege) berührt noch das vertikale Gefüge verändert, weil als Adressaten der Akademisierung nur formal besonders qualifizierte, weiterbildungsorientierte Pflegende in Frage kommen. Die Hochschulbildung bleibt damit einem Personenkreis vorbehalten, der traditionell die weithin ungeordneten Weiterbildungsgänge absolviert hatte und dann in Leitungsfunktionen der Pflege oder in Lehrfunktionen tätig worden war. Das Hochschulstudium war letztlich als funktionales Äquivalent zu eben diesen Weiterbildungswegen konzipiert. Mit dem Entwurf wurden die Bedürfnisse dieses Personenkreises nach beruflicher Aufwertung und Erhöhung des Prestiges aufgenommen; das Lehrpersonal der Krankenpflegeschulen sollte eine dem Lehrpersonal an staatlichen Berufsschulen äquivalente Qualifikation erwerben, und die Leitungsfunktionen der Pflege insbesondere in klinischen Einrichtungen sollten nicht nur in ihren

organisationsbezogenen Kompetenzen gegenüber den ärztlichen Leitungen oder den Verwaltungsleitungen gleichrangig sein, sondern auch ihrer formalen Qualifikation nach. Genial war das Konzept der Denkschrift auch deshalb, weil das Tarifgefüge der Pflegeberufe nur am Rande, bei den herausgehobenen Positionen, tangiert wurde und die Träger der Einrichtungen der Pflege damit nicht mit den quantitativ enorm bedeutsamen Veränderungen konfrontiert wurden, die sich aufgrund des höheren Qualifikationsniveaus der praktischen, direkten Pflege ergeben hätten. Die vorgeschlagene Form der Akademisierung zog auch keinerlei Bedarf nach sich, die Arbeitsorganisation der Pflege in den Einrichtungen zu überdenken und neu zu strukturieren.

Zusammenfassend handelt es sich bei der in der Denkschrift entwickelten Form der Akademisierung um ein durchsetzbares Reformmodell, das die Bedürfnisse der Pflegeliten wie der Kostenträger der Pflege berücksichtigt, die praktische Pflege selbst aber weitgehend unberührt lässt. »Pflege braucht Eliten« heißt damit aber auch: Akademisierung bedeutet im wesentlichen Elitenbildung. Kritisch gewendet: Die Akademisierung zielt nicht mehr auf den Kern der Professionalisierung der Pflege, die Verwissenschaftlichung der Pflege, sondern auf den – in herkömmlicher Sichtweise – mit der Professionalisierung verbundenen Gewinn an Sozialprestige. Aus durchaus nachvollziehbaren Gründen wird hier das Pferd von hinten aufgezäumt.

### 3.2 *Akademisierung: Weiterbildungsstudium oder Primärqualifizierung*

Mit der Verfolgung des Eliten-Konzepts hat die Pflege in Deutschland wieder einen bemerkenswerten Sonderweg eingeschlagen. Indem die meisten realisierten Studiengänge Pflegepädagogik und Pflegemanagement neben der Hochschulreife eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf voraussetzen, werden sie zu bislang im Hochschulsystem völlig unbekanntem weiterbildungsähnlichen Studiengängen, die auf eine berufliche Erstausbildung außerhalb des Hochschulsystems aufsetzen. Dies gilt für beide Studienrichtungen:

In universitären Studiengängen der Berufspädagogik wird selbst in gewerblich-technischen Fachgebieten neben der Hochschulreife zwingend üblicherweise nur ein längeres Vorpraktikum und ein Praktikum während des Studiums verlangt, in der wirtschaftspädagogischen Ausbildung genügt meist der Nachweis der Hochschulreife. Auf der anderen Seite fehlt in den realisierten Studiengängen der Pflegepädagogik die für das Lehramt typische Praxisphase in Form eines Referendariats. Das Konzept eines Studiengangs Pflegemanagement mit zwingender beruflicher

Erstausbildung in einem Pflegeberuf erscheint in der Bildungslandschaft Deutschlands als noch exotischer. Uns ist keine weitere Fachdisziplin bekannt, bei der im Anschluss an eine bzw. unter der Voraussetzung einer beruflichen Erstausbildung außerhalb der Hochschule ein Managementstudium mit dem Ziel aufgenommen werden kann, sich speziell für Leitungspositionen zu qualifizieren.

Der mit der Denkschrift eingeschlagene Weg führt zu einem weiteren Widerspruch auf bildungspolitischer Ebene: Selbst wenn die bis zum ersten akademischen Abschluss zu durchlaufenden Bildungsprozesse unmittelbar hintereinander absolviert werden, ergibt sich eine Gesamtausbildungsdauer, die angesichts der politisch erklärten Absicht der Verkürzung von Ausbildungszeiten als problematisch erscheint.

In bildungspolitischer Perspektive handelt es sich bei den überwiegend realisierten Studiengängen also um »Fremdkörper«, deren Existenz wohl vor allem den oben geschilderten Bedingungen geschuldet ist. Die Studiengänge Pflegemanagement und Pflegepädagogik, so wie sie derzeit angelegt sind, sind unmittelbarer Ausdruck der Sonderstellung der Pflege in Deutschland, die sie einerseits zu überwinden trachten und andererseits damit gerade wieder fortsetzen.

Die doppelte Autonomie des Hochschulsystems, d.h. die weitgehende Länderhoheit und die relative Autonomie der Hochschulen bei der Gestaltung von Studienprogrammen, hat jedoch neben der schwerpunktmäßigen Verfolgung des von der Denkschrift »Pflege braucht Eliten« vorgezeichneten Weges auch die weitgehendere Einrichtung grundständiger und primärqualifizierender Studiengänge ermöglicht. Zugangsvoraussetzung zu diesen Studiengängen war und ist neben der Hochschulreife der Nachweis eines Vorpraktikums unterschiedlicher Dauer. Diese Studiengänge sind insofern kompatibel mit der üblichen Hochschulbildung und innerhalb dieses Systems kein Sonderweg. Innerhalb des etablierten Systems der traditionellen Pflege in Deutschland erscheinen gerade diese Hochschulangebote jedoch als höchst irritierend, werden mit ihnen doch all die Fragen aufgeworfen, die mit dem Konzept der Elitenbildung gerade elegant umschifft worden waren.

Nimmt man die spezielle Wissensbasierung, wie sie in der herkömmlichen Professionssoziologie thematisiert wird, zum Maßstab, dann wären die grundständigen, primärqualifizierenden Studiengänge jedoch gerade diejenigen Ausbildungswege, die eine Professionalisierung der Pflege voranbringen könnten.

Bevor wir uns im Detail mit den Problemzonen der primärqualifizierenden Pflegeausbildung an Hochschulen auseinandersetzen, muss noch einmal auf den besonderen Charakter der Hochschulbildung verwiesen

werden. Grundständige Pflegestudiengänge sind fast durchweg generalistisch angelegt, d.h. dass die im Berufsfeld Pflege derzeit bestehende Differenzierung in die einzelnen Berufe der Krankenpflege und die Altenpflege nicht nachvollzogen wird. Absolventinnen und Absolventen der primärqualifizierenden Studiengänge sollen prinzipiell in allen Bereichen der direkten Pflege tätig werden können. Neben der direkten Pflege bieten sich aber auch andere Einsatzgebiete für Hochschulabsolventen an: Zu nennen sind zunächst spezielle Funktionsbereiche wie etwa: Pflegeüberleitung, Care Management, Qualitätssicherung, Begutachtung, pflegebezogene betriebswirtschaftliche Funktionen und wissenschaftliche Referate, Fort- und Weiterbildung, pflegetechnische Entwicklung, Pflegesupervision und -beratung; denkbar sind daneben Arbeitsfelder wie Verbandswesen, Verlagswesen sowie – nicht zuletzt – natürlich das Wissenschaftssystem selbst.

Der Arbeitsmarkt Pflege umfasst für Hochschulabsolventinnen und -absolventen also gleichermaßen die direkte Pflege wie auch – jenseits der Lehr- und Leitungsfunktionen – spezielle Gebiete, in denen die an der Hochschule erworbenen Qualifikationen verwertet werden können. Mit Blick auf die Professionalisierung der Pflege dürfte sich aber – gleich wie absorptionsfähig sich der Teilarbeitsmarkt der nicht-direkten Pflege für die Absolventinnen und Absolventen erweist – in der direkten Pflege entscheiden, ob Pflege eine »handwerkliche« Tätigkeit darstellt oder eine wissenschaftsbasierte Tätigkeit, die eine Hochschulausbildung erfordert und legitimiert, bzw. ob und wie ein differenzierter Einsatz pflegerischer Kompetenz erforderlich erscheint.

Die Entwicklung und Weiterentwicklung pflegerischen Wissens, also der Wissensbasis der Pflege, ist nur in der wechselseitigen Befruchtung von praktischer Erfahrung, wissenschaftlicher Forschung, Technikentwicklung und Überprüfung in der Praxis möglich – darin unterscheidet sich die Pflege nicht von der Medizin. Pflegewissenschaft ist nur möglich in enger Verbindung zur Pflegepraxis und kann nicht arbeitsteilig erledigt werden. Deshalb wird die akademisierte direkte Pflege in unserer Sichtweise zur Gretchenfrage weiterer Professionalisierung.

### *3.3 Problemzonen und Barrieren der primärqualifizierenden Hochschulbildung in der Pflege*

Zwei Problemfelder sind es insbesondere, vor denen die primärqualifizierende Hochschulbildung in der Pflege steht: das Theorie-Praxis-Problem in der Ausbildung und die Frage der Absorptionsfähigkeit und -bereitschaft des Arbeitsmarkts Pflege für die Absolventinnen und Absolventen.



Im Gegensatz zur beruflichen Erstausbildung im dualen System weist die Hochschulbildung in *allen* Disziplinen ein Theorie-Praxis-Problem auf, insofern ist das Problem vom Grundsatz her *kein* pflegespezifisches. Das Theorie-Praxis-Problem wird in unterschiedlichen Fächern auf recht verschiedene Art gelöst: In der Lehramtsausbildung und der Jurisprudenz etwa durch Referendariate, in diversen Fachhochschulstudiengängen durch Praxissemester oder durch ein an die theoretische Ausbildung anschließendes Anerkennungsjahr, in der Humanmedizin durch *bed-side-teaching*, *Famulaturen* und ein praktisches Jahr usw.

Das Besondere am Theorie-Praxis-Problem primärqualifizierender Pflegestudiengänge liegt aber in einer strukturellen Distanz zur Praxis, deren Überwindung selbst wiederum zu neuen Schwierigkeiten führt:

- Primärqualifizierende Studiengänge der Pflege sind bislang ausschließlich an Fachhochschulen eingerichtet worden. Fachhochschulen verfügen jedoch nicht über eine historisch gewachsene Verbindung zu »praktischen Lehrstätten«, wie sie in etwa in der Humanmedizin in Form der Universitätsklinik gegeben sind. Selbst wenn das Krankenhaus als alleiniger Ort der klinisch-praktischen Ausbildung in der Medizin problematisch erscheint, immerhin ist der Zugang zu Patienten garantiert und werden damit Anschauung, Problemorientierung und Erlangung von technischen Fertigkeiten ermöglicht.
- In den klinischen Fächern der Humanmedizin ist zudem die Praxisnähe der Lehrenden durch ihre Doppelfunktion in Lehre und Patientenversorgung garantiert. In den Pflegestudiengängen fehlt diese Personalunion. Selbst wenn die pflegewissenschaftlichen Professuren von Personen besetzt werden, die in der Pflege tätig waren, so mussten sie sich in ihrer beruflichen Biographie *zwangsläufig* von der praktischen Pflege entfernen.
- Entsprechend den Anforderungen, die sich an eine *generalistische* Pflege stellen, ist für die entsprechenden Studiengänge über den Krankenhausbereich hinaus der Zugang zu ambulanten Diensten sowie Einrichtungen der stationären Pflege (Altenpflege, Pflegeheime) als praktische Ausbildungsinstitutionen unentbehrlich.
- Lässt sich die Rekrutierung von Ausbildungsplätzen für den Praxisbereich für die Pflegestudierenden durch Kooperationen mit entsprechenden Einrichtungen analog der Akademischen Lehrkrankenhäuser für die Mediziner Ausbildung lösen, so stellt sich ein neues Problem: Die *praktische* Ausbildung der Pflegestudierenden obliegt dann *zwangsläufig* Lehrenden, die nicht auf der Ebene qualifiziert sind, für die sie praktisch ausbilden sollen – was bildungspolitisch problematisch ist. Dabei könnte es sich allerdings um ein historisches Übergangs-

problem handeln, das über die Weiterbildung der praktisch Lehrenden gemildert und sich langfristig durch eine entsprechende Berufseingliederung akademisch ausgebildeter Pflegenden lösen könnte.

Eine weitere Dimension des Theorie-Praxis-Problems hat eher formalen und berufspolitischen Charakter. An ihm lässt sich die »Irritation«, die von primärqualifizierenden Pflegestudiengängen ausgeht, festmachen.

- Die tradierten Ausbildungswege in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und – mit Abstrichen – der Altenpflege münden in die gesetzliche Berechtigung zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung und verweisen auf bestimmte der Berufsgruppe vorbehaltenen Einsatzfelder. Voraussetzung für den Abschluss der beruflichen Ausbildung ist das Durchlaufen eines jeweils genau definierten Ausbildungsweges mit quantifizierten Theorie- und Praxisanteilen.
- Mit der Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge wurde eine Alternative zur traditionell »handwerklich« orientierten Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung geschaffen. Die inhaltliche Ausrichtung vor allem der praktischen Studienanteile umfasste Gebiete, die weder in der medizinerorientierten Krankenpflegeausbildung noch in der Altenpflegeausbildung vorhanden sind. Zudem waren die während des Studiums absolvierten Praxiszeiten im Vergleich zu einschlägigen Ausbildungen kürzer. Absolventinnen und Absolventen der Pflegestudiengänge sahen sich nach Abschluss des Studiums mit dem Problem konfrontiert, für Teilbereiche des Arbeitsmarktes formal nicht qualifiziert zu sein, da sie nicht über eine rechtlich geschützte Berufsbezeichnung verfügten.
- »Nachqualifizierungen« über Quereinstieg in konventionelle Ausbildungsgänge wie Krankenpflege oder Altenpflege mit Ablegung der entsprechenden Prüfungen wurden häufig erschwert durch von Vorbehalten geprägte Entscheidungen der zulassenden Behörden und Ausbildungsstätten, die vor allem die »nicht ausreichende praktische« Ausbildung während des Pflegestudiums zur Begründung für weitreichende Auflagen machten.
- Konnte zunächst die Verharrungstendenz der Entscheidungsträger in ihrer Ansicht, Pflege sei nur überwiegend praktisch zu erlernen, mit der Gesetzes- und Verordnungslage unproblematisch begründet werden, führten die in der Folge auf Hochschulebene ergriffenen Initiativen zu einer Zuspitzung der Konstellation. Einige Fachhochschulen passten ihre Curricula den EU-Richtlinien und -Übereinkommen zur theoretischen und praktischen Ausbildung in der Krankenpflege an. Damit entstand die kuriose Situation, in der Bundesrepublik ein Bildungsangebot vorzuhalten, das, würde es im europäischen Ausland

wahrgenommen, zur problemlosen Anerkennung als Krankenschwester bzw. Krankenpfleger in Deutschland führen würde, dies aber nicht tut.

- Außerdem resultierte aus dem intensiven Diskussionsprozess innerhalb der »Dekanekonferenz Pflegewissenschaft« ein Votum für die berufsrechtliche Anerkennung eben dieser primärqualifizierenden Pflegestudiengänge mit nachfolgenden Eingaben auf Länder- und Bundesebene. (Sieger 2000) Die Antwort der Politik war und ist abwehrend. Dies soll beispielhaft an zwei Stellungnahmen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) verdeutlicht werden:

Das Krankenpflegegesetz eröffnet den Bundesländern mit der »Modellklausel« des § 5 Abs 3 die Möglichkeit einer »zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen sollen«. Voraussetzung dafür ist, dass »das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit den Richtlinien 77/452/EWG und 77/453/EWG gewährleistet ist«. Die Anwendung der Modellklausel auf EU-richtlinienkonforme Studiengänge scheitert jedoch daran, dass den Studierenden im Gegensatz zu den Schülerinnen und Schülern an Krankenpflegesschulen *keine Ausbildungsvergütung* bezahlt wird. Nach Auffassung des BMG ist dies jedoch zwingende Bedingung für die eine Anerkennung als Ausbildungsangebot für Krankenpflege (BMG 2001).

Noch weiter geht das BMG in der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage: Neben der Rechtsfrage, ob grundständige Hochschulausbildungen »in den Medizinalfachberufen« neben der »bundesrechtlich geregelten Erstausbildung überhaupt zulässig sind«, konstatiert es die ausreichende Sicherung der »Qualität der Berufe auch im Hinblick auf die Patientenbehandlung« durch die Berufsgesetze und zieht daraus den Schluss: »Einer akademischen Ausbildung zur Verbesserung des Niveaus der beruflichen Tätigkeit bedarf es daher nicht.« (Deutscher Bundestag 2002: 38f)

Zusammenfassend kann nur konstatiert werden, dass die Politik im Zuge der Akademisierung gegenwärtig allenfalls bereit ist, den unproblematischen Weg einer akademischen Weiterbildung für Pflegeberufe zu unterstützen. Damit wird das zweite Problemfeld der primärqualifizierenden Hochschulbildung, die Frage der Absorptionsfähigkeit und noch mehr die der Absorptionsbereitschaft des Arbeitsmarktes Pflege für Absolventinnen und Absolventen, zum Indikator für den Professionalisierungswillen der Berufsgruppe selbst.

Obwohl nämlich eine einschlägige Berufsbezeichnung für einige Tätigkeiten in der Pflege Voraussetzung ist, gibt es nur wenige gesetzliche

Festschreibungen, so etwa die Definition der »Pflegefachkraft« im SGB XI. Überwiegend sind die Kompetenzverteilungen innerhalb der Pflege mit begrifflichen Zuordnungen in nachfolgenden Verträgen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern geregelt. So wie der »Pflegetnotstand« der 80er Jahre politische Forderungen umsetzbar machte, hat die Pflege jetzt wiederum eine historische Chance, nämlich die, das Angebot, welches das Hochschulbildungssystem in Form der primärqualifizierten Pflegewirtinnen und -wirte sozusagen in Vorleistung bereitstellt, als notwendig für sich zu reklamieren und einerseits intelligent einzusetzen, andererseits der so akademisierten Pflege die gesamte Breite pflegerischer Tätigkeitsfelder innerhalb ihrer Betriebe zu eröffnen und gegenüber den Kostenträgern einzuklagen.

Die Professionalisierung der Pflege liegt damit zum ersten Mal wenigstens in einzelnen Einsatzbereichen der Pflege in der Hand der Pflege selbst. Pflegedienstleitungen und Pflegedirektionen werden zu strategischen Akteuren des weiteren Schicksals der Professionalisierung der Pflege, weil sie über den betrieblichen Einsatz der an Hochschulen gebildeten Pflegenden entscheiden oder wenigstens großen Einfluss auf die Entscheidung über deren Anstellung und betrieblichen Einsatz haben. Die Berufsgruppe selbst muss die Frage beantworten, ob sie eine akademische Grundausbildung für notwendig erachtet oder nicht. Dies hat sie bislang nicht getan, und sie hat auch nicht Position zu einer möglichen Arbeitsteilung zwischen handwerklicher und akademischer Pflege bezogen. Anregungen dazu gibt es, etwa entlang der Konzepte »komplexe Pflegesituation« oder »Pflegeexpertenschaft«. Das Schreckgespenst der Binnendifferenzierung der Pflege und einer impliziten Hierarchisierung scheint lähmend zu wirken – mit der Konsequenz, eine historische Chance der Weiterentwicklung der Pflege zu verpassen.

#### 4. *Fazit und mögliche Entwicklungspfade*

Zwischen Skylla und Charybdis – so ließe sich der gegenwärtige Zustand der Akademisierung der Pflege mit Blick auf deren Bedeutung für den Prozess der Professionalisierung wohl am besten kennzeichnen.

Der main stream des Akademisierungsverlaufs setzt auf die Akademisierung von Pflegeeliten, auf die Hochschulbildung von engagierten und qualifizierten Pflegenden, die zuvor eine traditionelle Pflegeausbildung absolvierten. Die Schwäche dieses Ansatzes liegt darin, dass die direkte Pflege damit allenfalls sekundär, in einer Art top down-Verfahren erfasst wird – insbesondere was ihre Wissensbasierung betrifft – und dass die Pflegeforschung und -entwicklung keinen besonderen Schub

erfährt. Besonders problematisch erscheint, dass die Pflege damit im Konzert der akademischen Berufe wiederum einen völlig atypischen Sonderweg beschreitet.

Die grundständigen, primärqualifizierenden Studiengänge der Pflege sind bildungspolitisch verankert und erscheinen pflegepolitisch geeignet, eine wissensbasierte Pflege zu realisieren und einen Beitrag zu deren Weiterentwicklung zu leisten. Sie erfüllen damit ein Kernmerkmal professionalisierter Pflege. Andererseits sieht sich dieser Ansatz mit einer Fülle von Barrieren konfrontiert – mit einem erheblichen Theorie-Praxis-Problem, mit abwehrenden Interessen (Gesetzgeber, traditionelle Pflege, Kostenträger) und nicht zuletzt mit der Schwierigkeit, Konzepte für sinnvolle Einsatzbedingungen zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Das Feld ist gekennzeichnet von einer Vielzahl gestaltender Akteure und eigengesetzlich verlaufender Prozesse: Die Hochschulen konkurrieren mit ihren jeweiligen Konzepten um Studierende der Pflege, sind von deren Nachfrage abhängig und bemühen sich entsprechend ihrer (begrenzten) Möglichkeiten, politische Entscheidungsprozesse im Sinne der realisierten Konzepte zu beeinflussen. Die relevante Gesetzgebungs- und Umsetzungskompetenz liegt auf unterschiedlichen Ebenen, beim Bund, bei den Ländern, in unterschiedlichen Ministerien, bei Kostenträgern usw. Die Pflegeverbände agieren zurückhaltend und uneinheitlich. Die Krankenhausträger und die Pflegedirektionen stehen zuallererst unter Kostendruck und widmen dem Problem derzeit wenig Aufmerksamkeit. Erste Vorschläge zu einer integrierten Gestaltung der Pflegebildung in Deutschland (Robert-Bosch-Stiftung 2000) werden stark kontrovers diskutiert.

Angesichts dieser Gemengelage fällt eine Prognose der weiteren Entwicklung schwer. Wir wollen dennoch den Versuch unternehmen, wenigstens einige denkbare Entwicklungspfade der akademisierten Pflege im Sinne einer Möglichkeitsanalyse aufzuzeigen. Wir tun dies in der Überzeugung, dass berufliche Pflege wissenschaftlich begründet sein sollte und dass die Wissensbasis der Pflege nur in der engen Verflechtung von Forschung und Praxis weiterentwickelt werden kann.

– Zunächst sind wir der Auffassung, dass der Prozess der Akademisierung der Pflege – bei all den dargestellten Schwierigkeiten – unumkehrbar ist. Mit der Einrichtung von über 50 Studiengängen hat er eine »kritische Masse« und Schubkraft erreicht, die in absehbarer Zeit kaum eliminierbar sind. Für die nächste Zeit erwarten wir grundsätzlich eine weitere Koexistenz der unterschiedlichen Studiengangskonzepte. Ihr jeweiliges Schicksal wie auch ihre konkrete Gestaltung

dürften dann nicht zuletzt von hochschulexternen Entscheidungen abhängen, die wiederum die Nachfrageentwicklung seitens der Studierenden beeinflussen wird.

- Im Falle der Studiengänge Pflegemanagement und -pädagogik wird bedeutsam sein, ob erstens das Potenzial von studierwilligen berufserfahrenen Pflegenden groß genug für die kontinuierliche Besetzung der Studienplätze ist, was zweitens wiederum in Zusammenhang damit steht, ob die Studiengänge tendenziell die herkömmlichen Qualifizierungseinrichtungen für Lehre und Leitung in der Pflege ersetzen oder nicht. Nicht zuletzt dürfte auch eine Rolle spielen, ob die – tendenziell für den Charakter des Studiengangs systemfremde – Gebührenfreiheit aufrecht erhalten werden kann, und von enormer Bedeutung ist das reale Rekrutierungsverhalten der Pflegeschulen und der Pflegeeinrichtungen.
- Bei den grundständigen Studiengängen dürfte für die Rekrutierung von Studierenden entscheidend sein, ob sich mit den erreichten Abschlüssen subjektiv attraktive Einsatzfelder in der direkten Pflege oder im weiteren Berufsfeld Pflege eröffnen und darstellen lassen. Von strategischer Bedeutung ist, ob eine Anerkennungspraxis realisiert wird, die den Absolventinnen und Absolventen der Studiengänge mindestens gleiche Chancen beim Einsatz in der direkten Pflege bietet wie die herkömmliche Pflegeausbildung. Vorstellbar sind hier eine ganze Reihe von Entwicklungen und Anpassungsprozessen, etwa die Einrichtungen »dualer« oder »kooperativer« Studiengänge oder auch die Einführung einer staatlichen Prüfung.

Dass eine flächendeckende Akademisierung der Pflege auch in mittelfristiger Perspektive nicht zu erwarten ist, liegt auf der Hand. Dass eine Binnendifferenzierung der Pflege in eine handwerkliche und eine akademische praktische Pflege wegen der gerade innerhalb des Berufsfeldes Pflege verbreiteten symbolischen Bedeutung – im Sinne einer impliziten Hierarchisierung – Kopfzerbrechen und Bauchschmerzen nach sich ziehen, ist verständlich. Unseres Erachtens müssten und könnten diese Bedenken aus berufsstrategischen Überlegungen zurückgestellt werden.

- Die Bedenken *müssten* zurück gestellt werden, weil die Pflege in Deutschland aus sich heraus keine weitere inhaltliche Entwicklung erfahren wird und auf den »Wissensimport« aus den Bezugswissenschaften, vor allem der Humanmedizin, der Psychologie und der Soziologie, oder aus jenen Staaten angewiesen bleibt, in denen eine Verzahnung von Theorie und Praxis besser organisiert ist, und
- sie *müssten* auch zurückgestellt werden, weil sich andeutet, dass weitere Gesundheitsberufe, etwa die Logopädie, die Physiotherapie, die

Ergotherapie und die Entbindungspflege, in Zukunft verstärkt den Weg an die Hochschulen finden werden. Wegen der geringeren quantitativen Bedeutung dieser Berufe erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass ihre Akademisierung durchgreifender erfolgen kann und sie die Pflege in der Variante der Eliten-Akademisierung sogar überholen.

- Die Bedenken *könnten* zurückgestellt werden, weil vergleichbare Binnendifferenzierungen auch in anderen Disziplinen üblich sind: Niemand stört sich etwa daran, dass es eine kaufmännische Ausbildung im dualen System und eine betriebswirtschaftliche Ausbildung an Hochschulen gibt, obwohl es im Berufsfeld durchaus sich überschneidende Bereiche gibt.

Im Kontext der Akademisierung weiterer Gesundheitsberufe könnte möglicherweise sogar eine alte Idee wieder einen gewissen Reiz gewinnen: die Idee einer gemeinsamen Grundausbildung für nicht-medizinische Gesundheitsberufe. Nachdrücklich vorgeschlagen worden war das Konzept von Barbara Meifort (1991) im Zuge der Debatte über Schlüsselqualifikationen. Die Akademisierung böte gerade wegen der hohen Flexibilität der Hochschulen deutlich günstigere Voraussetzungen zur Realisierung eines solchen Konzepts als die traditionellen Formen beruflicher Grundausbildung in den Gesundheitsberufen.

Mit der berufsgesetzlich verankerten Zersplitterung des Berufsfeldes Gesundheit in eine Vielzahl unterschiedlicher Berufe werden die fallbezogene Kooperation und das Schnittstellen-Management nicht gerade befördert. Rivalitäten der Berufsgruppen untereinander, Versuche der Monopolisierung von Einsatzbereichen und an Partikularinteressen gebundene »Professionalisierungstendenzen« erscheinen angesichts der Erfordernisse der gesundheitlichen Versorgung einigermmaßen kontraproduktiv und anachronistisch.

In berufs- und professionstheoretischer Perspektive erscheint *jede* Bemühung um »Professionalisierung« in unseren Tagen sowieso anachronistisch und aussichtslos, weil keine fachliche Disziplin heute eine der Humanmedizin als Prototyp einer Profession vergleichbare gesellschaftliche Bedeutung und Stellung erreichen kann. Die Entstehung der ärztlichen Profession im deutschen Sprachraum ist das (noch nicht einmal intendierte) Ergebnis der Formierung des Bildungsbürgertums im 19. Jahrhundert im Rahmen einer historisch einmaligen und spezifischen Konstellation (Bollinger 1988; Göckenjan 1985). Eine Professionalisierung der Pflege oder anderer Gesundheitsberufe nach dem Vorbild der bürgerlichen Medizin scheidet schon deshalb aus, weil deren Erfolg notwendigerweise gleichbedeutend wäre mit einer *Deprofessionalisierung* der Medizin. Eine solche Deprofessionalisierung des Ärztstandes wird

grundsätzlich auch schon seit längerem konstatiert – vor allem mit Blick auf die Verrechtlichung der Medizin, auf die staatlichen Eingriffe in Ausbildung und Honorierung sowie auf die Veränderung der Haltung des Klientels der Medizin im Sinne des »mündigen Patienten« (Bollinger/Hohl 1981).

Zeitgemäßer als die Professionalisierung nach dem Vorbild der Medizin wäre für die Pflege wie für andere Gesundheitsberufe die Formierung als *Expertenberufe*, deren je spezifische wissenschaftlich begründete und autonom entwickelte Wissensbasis ihre Bedeutung in der interdisziplinären Zusammenarbeit entfalten kann. Für die Pflege erscheint der Weg zum anerkannten Expertenberuf bescheidener als das Projekt der Professionalisierung, gleichwohl realistischer. Realistisch allerdings nur, wenn die Pflege das Selbstbewusstsein und den Mut aufbringt, strukturelle Voraussetzungen für die Entwicklung und Weiterentwicklung der Wissensbasis zu schaffen.

Korrespondenzadresse:  
 Prof. Dr. Heinrich Bollinger  
 Prof. Dr. Annette Grewe  
 Fachhochschule Fulda  
 Marquardstraße 35  
 36039 Fulda

### Literatur

- Bollinger, H. (1988): Die Entstehung des Ärztstandes. Eine professionstheoretische Untersuchung in subjektorientierter Perspektive. Dissertation. Fakultät für Theoretische Medizin der Universität Ulm. München
- Bollinger, H. (1999): Die Akademisierung der Pflege – eine Zwischenbilanz. 1. Teil: Die Schwester/Der Pfleger, 38, 4: 340-342; 2. Teil: Die Schwester/Der Pfleger, 38, 5: 416-419
- Bollinger, H./Hohl, J. (1981): Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärztstandes. Soziale Welt, 4: 440-464
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2001): Schreiben des BGM an die Obersten Landesgesundheitsbehörden sowie die Obersten Kulturbehörden der Länder Bayern, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen vom 27.03.2001, Geschäftszeichen 316-4330/4
- Deutscher Bundestag (2002): Drucksache 14/8714
- Göckenjan, G. (1985): Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Hesse, H. (1972): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts. 2. überarb. Auflage. Stuttgart: Enke



- Meifort, B. (1991): Schlüsselqualifikationen und berufliche Bildungskonzepte für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. In: Meifort B. (Hg.): Schlüsselqualifikationen für gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Alsbach/Bergstraße: Leuchtturm-Verlag, 114-124
- Ostner, I., Krutwa-Schott, A. (1981): Krankenpflege – ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung. Frankfurt/New York: Campus
- Robert-Bosch-Stiftung (1992): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher
- Robert-Bosch-Stiftung (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart u.a.: Schattauer
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D., Moers, M., Rosenbrock, R. (Hg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: edition sigma, 103-126
- Sieger, M. (2000): Empfehlungen der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft zu den neuen Studienabschlüssen Bachelor und Master. *Pflege und Gesellschaft*, 5, 2: 60
- Volkholz, V. (1973): Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem, Stuttgart: Enke