



Tobias Sander | Sarah Dangendorf (Hrsg.)

# Akademisierung der Pflege

Berufliche Identitäten und  
Professionalisierungspotentiale  
im Vergleich der Sozial- und  
Gesundheitsberufe

2. Auflage

**BELTZ** JUVENTA

Tobias Sander | Sarah Dangendorf (Hrsg.)

# Akademisierung der Pflege

Berufliche Identitäten und  
Professionalisierungspotentiale im Vergleich  
der Sozial- und Gesundheitsberufe

2., überarbeitete Auflage

**BELTZ** JUVENTA

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-7799-7918-0 Print  
ISBN 978-3-7799-7919-7 E-Book (PDF)  
ISBN 978-3-7799-8042-1 E-Book (ePub)

2., überarbeitete Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa  
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel  
Satz: Helmut Rohde, Euskirchen  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Akademisierung der Pflege Zur Einführung <i>Tobias Sander und Sarah Dangendorf</i>	7
--	---

## Problemaufriss

Teilakademisierung der Pflege? Berufliche Platzierungen und Professionalisierungsbedingungen <i>Tobias Sander</i>	14
Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland Stand und Perspektiven <i>Karl Kälble</i>	29

## Berufliche und soziale Identitäten

Professionalisierungsbestrebungen und Habitus Anmerkungen zu einem Spannungsverhältnis in der Pflege <i>Constanze Eylmann</i>	58
Berufliche Identität zwischen Profession und ‚Nächstersein‘? Interdisziplinäre Diskussion zur Palliativpflege anhand eines konkreten Falles <i>Hannes Ummel, Claudia Scheid und Valeria Ferrari Schiefer</i>	75
Akademisierte Beruflichkeit, bürgerliches Milieu? Zur sozialen Verortung der PflegeakademikerInnen <i>Tobias Sander und Martin Schmidt</i>	100

## Vergleichende Perspektiven

Akademisierung, Professionalisierung und Entwicklung der beruflichen Identitäten in der Sozialen Arbeit <i>Roland Becker-Lenz</i>	120
---	-----

Früh- und Kindheitspädagog(inn)en auf dem Weg der Akademisierung? Beschäftigungsbedingungen, Aufgabenbereiche und berufliches Selbstverständnis von hochschul- und fachschulausgebildeten Fachkräften im Vergleich <i>Kirsten Fuchs-Rechlin</i>	138
Milieuzugehörigkeiten von Pflegekräften und MedizinerInnen Chancen und Grenzen für Kooperation <i>Tobias Sander</i>	156
Das Transtheoretische Professionalisierungsmodell (TraP) Grundlagen und Perspektiven für die therapeutischen Gesundheitsberufe und Update zur Akademisierung 2023 <i>Bernhard Borgetto</i>	175
Neue Professionalitäten unter schwierigen Bedingungen Anforderungen an die Fachkräfte-AdressatInnen-Interaktion in den Gesundheitsberufen <i>Tobias Sander</i>	233
<b>Verzeichnis der AutorInnen</b>	251

# Akademisierung der Pflege

## Zur Einführung

Tobias Sander und Sarah Dangendorf

Werden die PraktikerInnen im Feld der Pflege und die AspirantInnen auf das Feld die Forderung des Wissenschaftsrates (2012, 85–87) nach einer Akademisierungsquote von 10–20 Prozent bezüglich der „Tätigkeit am Patienten“ (ebd., 8) perspektivisch umsetzen? Welche Rolle spielen dabei die von Institutionen und Organisationen (mit)definierten Handlungsspielräume und Ermöglichungsbedingungen – insbesondere in (Aus-)Bildung und Beschäftigung? Welche berufskulturellen Wandlungsprozesse sind dafür etwaig in den drei Kernfunktionsbereichen der Pflege – im PatientInnenkontakt, in der Pflegeausbildung/-pädagogik und im Pflegemanagement – nach über drei Jahrzehnten pflegewissenschaftlicher Hochschulausbildung in Deutschland erforderlich?

Mit diesen und daran anknüpfenden Fragen befasst sich der vorliegende Sammelband. Dabei werden die sozialen Grundierungen der zumindest gegenwärtig noch fragilen Akademisierung der Pflege auch vergleichend im Kontext der – *erstens* fachlich benachbarten und *zweitens* ebenfalls nachholenden – Akademisierungsprozesse in Sozialer Arbeit, Elementarpädagogik und in den Therapieberufen verhandelt. Wobei, so viel vorab, die (Teil-)Akademisierung der Sozialen Arbeit Jahrzehnte zurückliegt und zumindest hinsichtlich der Kopplung von Ausbildung und Berufsposition aus Sicht der akademischen PraktikerInnen vergleichsweise erfolgreich verlief. Wenngleich auch hier keine Monopolisierung des Arbeitsmarktes durch akademische AbsolventInnen zu verzeichnen ist: Die im SGB VIII sowie im SGB IX, teilweise in Verbindung mit SGB XII, abgebildeten Kernhandlungsfelder der Sozialen Arbeit setzen weit überwiegend die einschlägige dreijährige grundberufliche Ausbildung – zur ErzieherIn und vergleichbar – als Mindestvoraussetzung für den vollen Fachkraftstatus voraus. Dies gilt insbesondere auch kostenträgerseitig, so dass (nur) gut die Hälfte der einschlägig Tätigen über einen wiederum einschlägigen Hochschulabschluss verfügt (vgl. *Roland Becker-Lenz* in diesem Band; *Fuchs-Rechlin/Rauschenbach 2018*; *Pfadenhauer/Sander 2010*).<sup>1</sup> Die jüngeren Akademisierungsprozesse in der Kindheitspädagogik und in den Therapieberufen sind hingegen gegenwärtig noch derart agil bzw. fluide, dass gegenwärtig nur hypothetisch bewertet werden kann, inwieweit diese nicht nur in eine handlungsbezogene, sondern auch in eine

---

1 Was eine Vollenrechnungsfähigkeit auf die verschiedenen Fachkräfteschlüssel in den einschlägigen Handlungsfeldern bedeutet.

beruflich-regulatorische Professionalisierung zumindest von Teilen der betreffenden Arbeitsmarktsegmente münden werden (vgl. die Beiträge von *Kirsten Fuchs-Rechlin* und *Bernhard Borgetto* in diesem Band; Sander/Zimmermann 2021).

Nach Inkrafttreten des Pflegeberufereformgesetzes im Jahr 2020 ist die Stimmung unter den Stakeholdern bezüglich der Steigerung der Akademisierungsquote hinsichtlich der ‚Pflege am Bett‘ pessimistischer denn je. In diesem Zuge wurde, was zuvor nur in – allerdings zahlreichen – Modellvorhaben möglich war, u. a. die Primärqualifizierung eines allgemeinen pflegerischen bzw. pflegewissenschaftlichen Studiums eingeführt; heißt: der erste Hochschulabschluss führt gleichzeitig zur Berufszulassung als Pflegefachfrau/Pflegefachmann (vgl. § 1, S. 1, Nr. 1, PflBG). Dazu äußerte sich die Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), Christel Bienstein, in 2022 folgendermaßen:

„Die Weichen für mehr hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Gesundheitsversorgung müssen politisch gestellt werden. So lange die Studiengänge nicht ausreichend finanziert sind, die Praxiseinsätze nicht vergütet werden und es für die Arbeitgeber\*innen keine Anreize gibt, entsprechende Stellenprofile und Vergütungsstrukturen zu entwickeln, bleiben wir ein Entwicklungsland in der Gesundheitsversorgung“ (DBfK 2022).

Bienstein hat hier auch die Rahmenbedingungen benannt, welche auf der sozialpolitischen (Kostenübernahmesysteme) sowie auf Organisationsebene einer nach (Aus-)Bildungsniveau differenzierenden Vergütung entgegenstehen (vgl. dazu den Beitrag von *Tobias Sander* in diesem Band).

Hier ist sicherlich die Hauptursache dafür zu suchen, dass sich laut dem Pflegepanel des Bundesinstitutes für Berufsbildung in 2021 unter den 61.458 Auszubildenden zur Pflegefachkraft nur 508 Studierende in primärqualifizierenden (Fachkraftzulassung) Studiengängen befanden. Dabei waren die verfügbaren Studienplätze an staatlichen Hochschulen lediglich zu rund 50 Prozent ausgelastet (vgl. Meng/Peters/Dorin 2022).

Von der *ausbildungsbezogenen Akademisierungsquote* des Wissenschaftsrates (2012) ist man mit diesen 0,8 Prozent also weit entfernt. Noch unrealistischer erscheint da die vom Wissenschaftsrat langfristig avisierte *Quote einschlägig akademisch qualifizierter Berufstätiger* von ebenfalls 10 bis 20 Prozent: „Das (...) Zielintervall beruht wesentlich auf der Annahme, dass einem typischen multidisziplinären Team aus fünf bis zehn Personen eine höher qualifizierte Fachkraft angehören sollte“ (Wissenschaftsrat 2012, 85).

Nach der Studie *Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitssystem* (HQQplus) des Wissenschaftsrates (2022, 9) erreichte „für die Pflegewissenschaft (...) die Akademisierungsquote (...) mit einem auf patienten- und klientennahe Tätigkeiten ausgerichteten Studienziel bezogen auf alle Studienformate 3,2 Prozent in 2019, bezogen auf die primärqualifizierenden Studiengänge 0,4 Prozent.“

Letztere waren 2019, vor Inkrafttreten des PflBG, ja nur in Modellvorhaben möglich, die aber nahezu ebenso viele primärqualifizierende Studienplätze wie ab 2020 umfassten.

In den weiteren Funktionsbereichen der Pflege, also neben der Pflege im direkten PatientInnenkontakt, stellt sich die Lage indes anders dar: nämlich im Pflegemanagement und der Pflegepädagogik und den entsprechenden Studiengängen. Hier sind auch die ‚DRG-Krankenhäuser‘ bereit, akademisch qualifizierte Berufstätige herausgehoben zu vergüten und damit *auch* extrinsische berufliche Motivationskulturen zu etablieren (vgl. Bode 2019; den Beitrag von *Tobias Sander* in diesem Band).

Bezüglich der ‚Pflege am Bett‘ sind bislang vor allem Hochschulkliniken sowie größere Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft bereit, PflegewissenschaftlerInnen qua einer akademikertypischen Vergütung an sich zu ziehen, da damit der Forschungsauftrag (Hochschulkliniken) erfüllt bzw. im Sinne der Leitprofession der ÄrztInnen (kommunale Kliniken) eine gewisse Forschungsinfrastruktur gewährleistet werden kann. Dies ergab unsere eigene bislang unveröffentlichte Untersuchung zu den beruflich-hierarchischen Zuweisungspraktiken im klinischen Bereich, die auf einer nichtstandardisierten Befragung von 12 Pflegevorständen und rund zwei Dutzend Pflegedienstleitungen in Niedersachsen beruht.

## Berufliche Identitäten

Ein solcher – zunächst politisch und in der Folge auch kostenträgerseitiger – Wandel der beruflichen Statuszuweisungskulturen würde allerdings auch einen Wandel des identitätsbezogenen Selbstverständnisses der PflegeakademikerInnen erfordern. So wird das Studium bislang oftmals als Alternative zu den einschlägigen Fachweiterbildungen oder als intrinsisch-inhaltliche Vertiefung der Fachlichkeit von bereits zugelassenen Pflegefachkräften aufgefasst (vgl. ebd.). Wird sich die berufliche Identität der PflegeakademikerInnen künftig also stärker als bislang von derjenigen der grundständigen Fachkräfte lösen? Inwieweit müssten die PflegeakademikerInnen dafür 1) unter sich – unabhängig von Beschäftigungsverhältnissen bzw. Arbeitgebern – ein Kompetenzprofil identifizieren und in praxi vertreten, um dies 2) gegenüber den sozialpolitischen Stakeholdern darstellen zu können (vgl. Pfadenhauer/Sander 2010)?

Vor dem Hintergrund 1) der (politisch) intensiv diskutierten qualitativen Veränderung der Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse sowie verschiedener professionalisierungstheoretischer Ansätze diskutiert dies auch *Karl Kälble* (in diesem Band; vgl. auch Schaeffer 2011; Faltermaier 2016). Auch die Forschungen von Anke Gerlach (2017) zeigen, dass von einer eigenständigen beruflichen Identität der PflegeakademikerInnen nicht oder allenfalls bedingt gesprochen werden kann. Schließlich dürfte es unstrittig sein, dass die (examinierten)

PflegepraktikerInnen überwiegend dermaßen zielführende berufliche Handlungsroutrinen entwickelt haben, dass man sie zumindest unter interaktionistischer professionstheoretischer Perspektive als Professionals bezeichnen kann (vgl. *Ummel/Scheid/Ferrari-Schiefer* und *Karl Kälble* in diesem Band sowie Heuer 2014). Nach Gerlach (2017) müsste der besondere Beitrag der Akademisierten an der Versorgung bzw. der Versorgungsqualität definiert werden (können), um spezifische Kompetenzen bestimmten Aufgabengebieten zuordnen sowie die Kooperation von traditionell und akademisch Ausgebildeten synergetisch gestalten zu können (vgl. auch DBfK 2022).

Die Frage nach der *dezidiert akademischen*, von derjenigen der grundberuflich examinierten Fachkräfte abgesetzten Identität widmet sich auch *Constanze Eylmann* (in diesem Band). Anhand der Altenpflege macht sie die Passungen und Spannungen zwischen grundlegendem (Herkunfts-)Habitus und dem – etwa qua Ausbildung – geforderten professionellen Stil, oftmals auch als professioneller Habitus bezeichnet, empirisch sichtbar. Den Habitus im Sinne sozial ungleicher Alltagskulturen versuchen schließlich *Martin Schmidt* und *Tobias Sander* auf Basis eines neuen standardisierten Datensatzes zu rekonstruieren (vgl. Bourdieu 1982).

## Vergleichsperspektiven

Dass auch bezüglich der Sozialen Arbeit nur bedingt von einer homogenen beruflichen Identität die Rede sein kann, zeigt *Roland Becker-Lenz* in diesem Band. Zu divers sind die individuellen Aneignungsformen der entsprechenden Fachlichkeit und zu sehr bestimmt der grundlegende, also der vorprofessionelle, (Herkunfts-) Habitus die Ausbildungs- und Berufspraxis (vgl. Bourdieu 1982; Becker-Lenz/Müller Herrmann 2014; Sander 2014). Ebenfalls ist, wie Becker-Lenz ferner zeigt, die Frage der Zuständigkeiten für beruflich zu bearbeitende Probleme/Aufgaben im Fall der Sozialen Arbeit noch im Aushandlungsprozess befindlich – also der *professional claim* der akademischen SozialarbeiterInnen auch über die oben erwähnte Konkurrenz mit ErzieherInnen, HeilerziehungspflegerInnen und HeilpädagogInnen hinaus noch fragil (vgl. Fuchs-Rechlin/Rauschenbach 2018).

Mit der Elementarpädagogik bezieht der vorliegende Band zudem ein berufliches Profil ein, dessen (Teil-)Akademisierungstradition noch etwas jünger als diejenige der Pflege ist. Die beruflichen Statuszuweisungen im Spannungsfeld von grundgebildeten und akademischen Fachkräften stellen sich hier, wie der Beitrag von *Kirsten Fuchs-Rechlin* verdeutlicht, ähnlich dar wie in der Pflege. So wird die Arbeit mit den AdressatInnen in der Kindertageseinrichtung von akademischen ElementarpädagogInnen oftmals entweder als Übergangsposition begriffen oder direkt eine querfunktionale Stabsstellentätigkeit bei größeren freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern angestrebt (vgl. Fuchs-Rechlin/Züchner 2018).

Insbesondere die dominierende ErzieherInnenkultur verhindert offenbar eine hinreichende Arbeitszufriedenheit von AkademikerInnen in der Kita – auch als stellvertretende oder als Einrichtungsleitung (vgl. Sander/Zimmermann 2021).

Bei seiner Analyse des Feldes der Therapieberufe, die auf die vergleichsweise jüngsten (Teil-)Akademisierungsprozesse zurückblicken, kombiniert *Bernhard Borgetto* interaktionistisch-handlungstheoretische, auf das Arbeitsbündnis abhebende, mit machttheoretischen Ansätzen (in diesem Band; vgl. Pfadenhauer/Sander 2010). Die demnach aus ethischen Erwägungen notwendige Steigerung der Versorgungsqualität, die in einer Ausweitung auch formal exklusiver Zuständigkeiten von akademischen ErgotherapeutInnen, LogopädInnen und PhysiotherapeutInnen münden müsste, bedarf demnach einer weitergehenden wissenschaftlichen Grundlegung der akademischen (Aus-)Bildung – gerade auch im Verhältnis zu den MedizinerInnen (vgl. Atzeni/v. Groddeck 2015). Nur so ist eine Schärfung des professionellen Stils und entsprechender beruflicher Identitäten möglich.

Der vorliegende Sammelband basiert im Kern auf den Vorträgen auf der Tagung *Akademisierung der Pflege*, welche im Februar 2016 an der Hochschule Hannover stattfand und zum Programm der Sektion Professionssoziologie in der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) gehörte. Dass Sie nun die zweite Auflage von *Akademisierung der Pflege – Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe* in den Händen halten, kam aufgrund des vergleichsweise ausgeprägten Interesses an Gegenstand und Band zu Stande. Dazu hat die Mehrheit der AutorInnen ihre Beiträge aktualisiert, um den einschlägigen Veränderungen im Feld seit der Erstauflage 2017 gerecht zu werden. Dafür möchten wir HerausgeberInnen allen Beteiligten unseren Dank aussprechen.

## Literatur

- Atzeni, Gina/Groddeck, Victoria v. 2015: Normality, Crisis and Recovery of narrating medical Professionalism, in: Tamara – Journal for Critical Organization Inquiry 13, 25–40.
- Bode, Ingo 2019: DRG oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen, in: Anja Dieterich u. a. (Hg.): Geld im Krankenhaus, Wiesbaden, 47–65.
- Bourdieu, Pierre 1982: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt a. M.
- DBfK 2022: DBfK-Präsidentin Bienstein kritisiert Status der hochschulischen Qualifikationen im Gesundheitssystem [Online-Abruf am 9.9.2023: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2022/DBfK-Präsidentin-Bienstein-kritisiert-Status-der-hochschulischen-Qualifikationen-im-Gesundheitssystem.php>].
- Faltermaier, Toni 2016: Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden, 229–241.
- Fuchs-Rechlin, Kirsten/Rauschenbach, Thomas 2018: Das Personal in der Kinder- und Jugendhilfe, in: Karin Böllert (Hg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe, Wiesbaden, 579–609.

- Fuchs-Rechlin, Kirsten/Züchner, Ivo 2018: Was kommt nach dem Berufsstart? Mittelfristige berufliche Platzierung von Erzieherinnen und Erziehern sowie Kindheitspädagoginnen und Kindheitspädagogen (WiFF-Studien), München (Online-Abruf am 9.9.2023: [https://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WEB\\_St\\_27\\_Fuchs-Rechlin.pdf](https://www.weiterbildungsinitiative.de/uploads/media/WEB_St_27_Fuchs-Rechlin.pdf)).
- Gerlach, Anke 2017: Zur Frage der professionellen Identität akademisch Qualifizierter in der Pflege. Ergebnisse einer empirischen Studie, in: Tobias Sander/Sarah Dangendorf (Hg.): Akademisierung der Pflege. Berufliche Identitäten und Professionalisierungspotentiale im Vergleich der Sozial- und Gesundheitsberufe, Weinheim/Basel, 60–81.
- Heuer, Katrin 2014: Die Bedeutung von habitussensiblen Zugängen in der Begleitung sterbender Menschen, in: Tobias Sander (Hg.): Habitussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln, Wiesbaden, 87–101.
- Meng, Michael/Peters, Miriam/Dorin, Lena 2022: Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen, Bonn [Online-Abruf am 9.9.2023: [https://res.bibb.de/vet-repository\\_780291](https://res.bibb.de/vet-repository_780291)].
- Pfadenhauer, Michaela/Sander, Tobias 2010: Professionssoziologie. Theoriepositionen im Widerstreit, in: Georg Kneer/Markus Schroer (Hg.): Spezielle Soziologien. Ein Handbuch, Wiesbaden, 361–378.
- PflbG (Pflegeberufegesetz) im Rahmen des Pflegeberufereformgesetzes, in: Bundesgesetzblatt 2017, Teil 1, Nr. 49 [[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D\\_\\_1694249747292](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1694249747292)].
- Sander, Tobias/Zimmermann, Monika 2021: Organisationsentwicklung von Kindertageseinrichtungen. Theoriebasierte Zugänge und empirische Befunde, in: Monika Zimmermann/Tobias Sander (Hg.): Organisationsentwicklung in der frühkindlichen Bildung, Wiesbaden, 1–32. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-33482-6\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-33482-6_1)
- Schaeffer, Doris 2011: Professionalisierung der Pflege. Verheißungen und Realität, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 65, 30–37.
- Wissenschaftsrat 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drucksache 2411-12), Berlin [Online-Abruf am 8.9.2023: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html>].
- Wissenschaftsrat 2022: HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem (Update). Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht), Köln. DOI: 10.57674/v8gx-db45

# Teilakademisierung der Pflege?

## Berufliche Platzierungen und Professionalisierungsbedingungen

Tobias Sander

Seit etwa drei Jahrzehnten wird unter diversen gesellschaftlichen Interessengruppen verhandelt, ob und welches Maß akademisch begründeter Kompetenzen die professionelle, im Sinne von berufsrechtlich sanktionierte, Pflege hierzulande erfordert (vgl. Bollinger/Gerlach 2015; Kälble 2013). Im Zuge der seit Mitte der 1990er Jahre eingeführten Fallpauschalisierung in der Krankenversorgung sowie der Pflegesatzbasierung in der Altenpflege gerieten im Sinne der Umsetzung von Kostenzielen dabei zunächst Funktionen im Pflegemanagement in den Blick – also 1) querfunktionale und Leitungspositionen im Bereich der in praxi zunehmend betriebswirtschaftlich aufgefassten Leistungsplanung und -abrechnung in größeren, vor allem klinischen Einrichtungen sowie 2) Leitungspositionen in der stationären und ambulanten Pflege – sprich Stationsleitungen, aber vor allem Pflegedienstleitung und Pflegevorstände (vgl. Kälble 2005; Kühn/Simon 2001; Bode 2019).

Gegenüber der generell konstatierten Verbesserung der medizinischen Versorgung im engeren Sinne, welche zuerst dem technisch-wissenschaftlichen Fortschritt (Großgerätmedizin) zugeschrieben wurde, gerieten auch die explizit pflegerischen Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse in die Diskussion – und zwar gerade im Angesicht des gewachsenen Kostendrucks (vgl. Schaeffer 2011; Faltermaier 2016; Sander 2022). Diese Debatte führte schließlich zu der einschlägigen Stellungnahme des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012 (85–87): Für die Gesundheitsfachberufe insgesamt wurde hier eine akademische Qualifizierung von zehn bis 20 Prozent der Fachkräfte empfohlen – und zwar bezüglich der „Tätigkeit am Patienten“ (ebd., 8).

Bezüglich Pflegemanagement und Pflegeunterricht/Pflegepädagogik, aber vor allem hinsichtlich dieser komplexer gewordenen ‚Pflege am Bett‘ existieren seit Jahrzehnten allerdings recht hochschwellige Fachweiterbildungen, von denen die PflegepraktikerInnen in ihrem Berufsleben zumeist zwei bis drei durchlaufen. Diese ausgeprägte schulische Weiterqualifikationskultur wird durch das informelle, „erfahrungsgeleitete“ (Porschen/Bolte 2004) Lernen im Rahmen der beruflichen Praxis in bewährtem Maße ergänzt. Ein solches *learning on the job* ist im Feld der Gesundheitsfachberufe traditionell besonders ausgeprägt; explizites und implizites Wissen verschränken sich in diesem beruflichen Feld

also hochgradig (vgl. Dunkel 2005; Pfadenhauer 2008; Sander 2016). Dies wirft für den Bereich der unmittelbaren Pflege eine grundsätzliche Frage auf: Kann Akademisierung in diesem Fall mehr sein als die Zertifizierung des ohnehin komplexen berufspraktischen Wissens? Oder anders: ‚Pflegt‘, im Sinne von fördert, die Akademisierung also tatsächlich die Professionalisierung?

Es wird sich in den nächsten gut zehn Jahren schließlich ausmenden, ob die nun gut drei Jahrzehnte währende Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland ‚am Markt vorbei‘ geht – sie also ein Qualifikationsprofil bedient, für das formal, in Form von Beschäftigungsverhältnissen, kaum eine entsprechende Nachfrage besteht. Markt bedeutet hier die Definition und Regulierung von Bedarfen und entsprechenden Beruflichkeiten durch das gesundheitliche Versorgungswesen. Schließlich deutet gegenwärtig wenig darauf hin, dass die Pflege am/an der PatientIn sich zu einem beruflichen Feld entwickelt, das zumindest in nennenswerten Teilen Beschäftigungsverhältnisse vorsieht, die ausschließlich über eine akademische Ausbildung zugänglich sind und dies unter anderem durch eine entsprechend herausgehobene Vergütung abgebildet ist.

Solche höher bewerteten Positionen finden sich 1) in den gemischt pflegerischen und managerialen Funktionen der Stations- und Wohnbereichsleitungen und (übergeordneten) Pflegedienstleitungen in stationären Einrichtungen, 2) in dem überwiegend managerialen Bereich der Pflegeadministration sowie 3) im Unterrichtswesen an Berufsfach- und Pflege(fach-)schulen.<sup>1</sup> Allerdings konkurrieren die PflegeakademikerInnen hier zum einen ebenfalls mit fortgebildeten examinierten Kräften sowie zum anderen mit nicht-pflegerischen AkademikerInnen – so in den Querschnittsbereichen Case Management und Pflegeberatung mit SozialarbeiterInnen sowie in überwiegend managerial geprägten Funktionen mit BetriebswirtInnen.

Womöglich stehen in diesem Segment der höher bewerteten Positionen zwar hinreichend Stellen zur Verfügung, um den mittlerweile beträchtlichen Output der pflegeakademischen Bildung zu bedienen.<sup>2</sup> Dieser beläuft sich mit gegenwärtig auf rund 15 Tausend AbsolventInnen im erwerbsfähigen Alter und damit auf rund ein Prozent der examinierten Kräfte insgesamt – bei sinkender Tendenz in den AbsolventInnenfrequenzen auf rund 0,8 Prozent (vgl. Schaeffer 2011; Simon 2012; Stat. Bundesamt 2023).<sup>3</sup>

Die erwarteten Verdrängungsprozesse im Zuge des Hinzutretens eines höheren Qualifikationsniveaus in ein bestehendes Berufsfeld halten sich gegenwärtig

- 
- 1 Hinzu kommt seit den 1990er Jahren freilich auch der Bereich der Hochschullehre.
  - 2 Dabei ist freilich unklar, inwieweit die AbsolventInnen von Pflege- und pflegewissenschaftlichen Studiengängen solche graduell fachfremden Funktionen im Management- und Ausbildungsbereich (überhaupt) anstreben.
  - 3 Zugrunde liegt eine eigene Hochrechnung auf Basis der (seit 1992 bis auf aktuell 92 ansteigenden) Zahl der Studiengänge auf Bachelorniveau, ihrer mittleren Kohortenbelegung, ihres durchschnittlichen Anfänger-/AbsolventInnenverhältnisses sowie, zur Bereinigung

in Grenzen. So zeigt die Erhebung von Nina Fleischmann (2013), dass in den quantitativ bedeutsamen Funktionen der Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen unter ein Zehntel der ausgeschriebenen Stellen einen Hochschulabschluss voraussetzen, während bei rund der Hälfte der Ausschreibungen ausschließlich eine Fachkraftausbildung nebst Weiterbildung(en) vorausgesetzt wird. Die Fachkraftqualifizierung schließt natürlich die pflegerischen Hochschulabschlüsse in Modellvorhaben ein, welche seit Anfang der 2000er Jahre eine Primärqualifizierung als Pflegefachkraft integrierten (vgl. Gerlach 2005; Kälble 2005; Bollinger/Gerlach 2015).<sup>4</sup> Der Verweis auf die erforderlichen Weiterbildungen macht aber die grundberufliche, nicht-akademische (Aus-)Bildungskultur im Feld deutlich. Akademikerexklusive Positionen wurden hingegen teilweise in dem quantitativ wenig bedeutsamen Bereichen der Schulleitungen sowie in immerhin nennenswertem Anteilen in administrativen Querschnittsbereichen wie dem Qualitätsmanagement ausgelobt.<sup>5</sup>

Unbeeindruckt von der Aufnahme des primärqualifizierenden Pflegestudiums in das Pflegeberufegesetz (PflBG) im Jahr 2020 stagniert der hochschulische Anteil an der Pflegeausbildung – oder sinkt sogar leicht ab (vgl. Meng/Peters/Dorin 2022). Während für den Bereich der unmittelbaren Pflege nicht nur in der Alten-, sondern in abgemilderten Umfange auch der Krankenpflege eine Verlagerung auf ein Personal mit pflegerischen Hilfsqualifikationen nachgewiesen werden kann (Simon 2012), tendiert der stärker (halb-)öffentlich organisierte Bereich der Bildung und Ausbildung zu einer zunehmend meritokratischen Hierarchisierung der Beschäftigungsverhältnisse. In diesem Feld besaßen die PflegeakademikerInnen von Beginn an, also seit den 1990er Jahren, vergleichsweise gute bzw. bessere Chancen als die grundständigen Fachkräfte (vgl. Bollinger/Gerlach 2015; Kälble 2005; 2013). Mit dem *Gesetzesentwurf zur Reform der Pflegeberufe* werden gegenwärtig schließlich auch formal-qualifikatorische (Mindest-) Anforderungen für das Leitungs- und Lehrpersonal an Pflegeschulen definiert. So müssen die Schulleitungen generell sowie die Lehrkräfte im ‚theoretischen Unterricht‘ in einem sogenannten angemessenen Verhältnis zur Schülerzahl über eine Qualifikation auf Masterniveau verfügen; für den ‚praktischen Unterricht‘ ist eine entsprechende Relation von Lehrkräften mit einer Ausbildung auf Bachelorniveau vorgesehen (BMG 2016, § 9). Hier wurde also vielleicht sogar mehr als das in formale Formen gegossen, was in auf dem Arbeitsmarkt bereits üblich war. Der übergreifende symbolische Effekt auf eine zunehmend meritokratische

---

um die zwischenzeitlich aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen, der mittleren Berufsdauer nach dem mittleren Durchschnittsalter nach Studienabschluss. Doris Schaeffer spricht ebd. für das Jahr 2011 von 10–15 Tausend AbsolventInnen.

4 Dies betraf insbesondere das Praxisvolumen. Eine staatliche Anerkennung konnte bzw. kann aber durch Nachweis entsprechender Praxiszeiten ex-post eingeholt werden.

5 Nennenswerter Umfang bedeutet hier: rund zwei Fünftel der ausgewerteten Stellenanzeigen (vgl. Fleischmann 2013).

Differenzierung der Bildungswege in der Pflege hält sich, wie die Studierendenfrequenzen zeigen (s. o.) aber offenbar in Grenzen.

Wovon hängt es schließlich ab, ob es der beruflichen Teilgruppe der PflegeakademikerInnen gelingt, analog zu den Forderungen des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012, zumindest eine Teilakademisierung nicht nur des Personals, sondern auch der Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege – einschließlich der ‚Pflege am Bett‘ – zu erreichen? Dabei dürfte es unstrittig sein, dass die PflegepraktikerInnen überwiegend dermaßen zielführende berufliche Handlungsrouninen entwickelt haben, dass man sie als *Professionals* bezeichnen kann (vgl. Heuer 2014; Schütze 1984; Oevermann 1983). Schließlich handelt es sich bei der Pflege nicht nur um einen höherschweligen Ausbildungsberuf, der zudem üblicherweise durch diverse aufwendige (Fach-)Weiterbildungen und Aufstiegsfortbildungen (nach § 53 BBG) ergänzt wird. Vielmehr mündet in diesem hochgradig adressatInnenorientierten Berufsfeld überdies das erwähnte informelle, in der beruflichen Praxis situierte, Lernen in ein handlungsrelevantes (Spezial-)Wissen (vgl. Porschen/Bolte 2004; Pfadenhauer 2008), welches sich nicht wesentlich von der Wissensexklusivität bzw. Deutungshoheit in klassisch professionellen Feldern unterscheidet. Es geht hier also ohnehin nicht um eine „professionalization of everyone“ (Wilensky 1964), also von jedem beliebigen – schließlich verfügen alle Berufe über ein Spezialwissen – Beruf (vgl. Bollinger 2005).

## 1 Berufliche Platzierung und Professionalisierung

Begreift man die PflegeakademikerInnen als berufsähnliche Formation wird sich also zeigen, ob sie ein entsprechendes Feld in der beruflichen Hierarchie des Gesundheitswesens auch besetzten *dürfen*. Schließlich lässt sich mittels eines machtheoretischen professionssoziologischen Ansatzes eine zunehmende Professionalisierung mit der Trias von *Können* – qua höherem, üblicherweise akademisierten oder sonstwie exklusivem Wissen – *Wollen*, qua Selbstanspruch sowie einer entsprechenden (Selbst-)Inszenierung der Berufstätigen, sowie *Dürfen* beschreiben (vgl. Pfadenhauer 2010, 155; Sander 2014; 2016).<sup>6</sup> Das *Dürfen* beschreibt dabei die gesellschaftliche Aushandlung und gegebenenfalls statthabende Zuerkennung von beruflichen Zuständigkeiten im Einklang mit Beschäftigungsverhältnissen, die nur für die entsprechende Ausbildungsgruppe zugänglich, also meritokratisch organisiert sind.

---

6 Vgl. grundlegend: Pfadenhauer/Sander 2010; Hughes 1971, 374–376; Johnson 1972; Larson 1977; Bourdieu/Waquant 1992, 241–243; Beck/Brater/Daheim 1980.

## 2 Berufliche Identitäten und professionspolitische Potentiale

Geht man unabhängig von diesen grundsätzlichen Fragen davon aus, dass Akademisierung in solch formal komplex organisierten *Bildungs- und Berufsgesellschaften* wie der hiesigen nur durch eine einigermaßen enge Kopplung an berufliche Tätigkeitsfelder auch in eine einigermaßen fortgeschrittene Professionalisierung münden kann (*Dürfen*), dann stellt sich bezüglich der akademisierten Pflegekräfte die Frage nach den treibenden (proto-)politischen Kräften. Dies adressiert zuerst das berufliche Subprofil selbst: Inwieweit verfügen die PflegeakademikerInnen also auch über eine dezidiert akademische Identität, die es ermöglicht, dass sie sich im Rahmen der komplexen Governance der Gesundheits- und Sozialberufe nicht nur als Bildungsformation, sondern eben als berufliche Formation mit einem spezifischen Kompetenzprofil überhaupt inszenieren (wollen) – und in einem zweiten Schritt: auch einigermaßen erfolgreich inszenieren? Wir fragen hier also in erster Linie nach dem *Wollen*. Vorausgesetzt die PflegeakademikerInnen verfügen über spezifische, von den grundständigen Fachkräften abweichende Kompetenzen und eine sich darauf gründende spezifische Identität: Inwieweit lancieren sie auch eine mehr oder weniger öffentliche Darstellung eines solchen Profils und nehmen damit Einfluss auf die Regulierung von Arbeit und Beruflichkeit in der Pflege?

Bei dieser Frage geht es nicht nur, aber vor allem um die unmittelbare Pflege, also vornehmlich um die AbsolventInnen von Studiengängen der *Pflege* oder *Pflegewissenschaft*. Obgleich bereits in den 2000er Jahren im Rahmen von Modellvorhaben Studiengänge mit primärqualifizierender Ausrichtung geschaffen wurden, wurde die Akademisierung der Pflege lange Zeit als partielle Höherqualifizierung verhandelt, die vor allem – oder sogar lediglich – für die Bereiche Pflegemanagement und Pflegeunterricht/Pflegepädagogik erforderlich erschien. So sahen insbesondere auch die pflegerischen Berufsverbände die Primärqualifizierung an Hochschulen bis mindestens Mitte der 2000er Jahre kritisch (vgl. Bollinger 2005; Kälble 2005; Bollinger/Gerlach 2015; Kälble 2013).

Nach unserer Befragung von 439 PflegeakademikerInnen in Niedersachsen im Jahr 2016 haben lediglich 1,5 Prozent derjenigen, die ab 2007 einen pflegerischen akademischen Abschluss erworben haben (n=330), zuvor keine grundständige pflegerische Berufsausbildung abgeschlossen.<sup>7</sup> Davon hat indes gut die Hälfte management- oder pädagogikbezogene Studienabschlüsse erreicht oder einen solchen Schwerpunkt im Rahmen eines Pflegestudiums gesetzt. Die übrigen, für

---

7 Die Erhebung fand im Rahmen des BMBF-Projektes *Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachberufen* (KeGL) statt. Es wurden nahezu alle AbsolventInnen der entsprechenden Studiengänge an niedersächsischen Hochschulen online angeschrieben. Da diese Email-Adressen teilweise über 20 Jahre alt waren, wurde parallel der Kontakt zu den PflegeakademikerInnen über die einschlägigen, rund dreitausend niedersächsischen Arbeitgeber hergestellt. Es ergibt sich eine geschätzte Nettorücklaufquote von rund einem Viertel.

die ‚Pfleger am Bett‘ akademisch Qualifizierten üben den eigenen Angaben zu Folge immerhin zu rund einem Drittel (n=127) Leitungspositionen aus. Welcher Gestalt diese Leitungsposition auch immer sein mögen: Auf die hierarchische berufliche Position gemessen an der Vergütung hat diese Leitungsposition, wie hier noch zu zeigen sein wird, keinen nennenswerten Einfluss. Die große Mehrheit befindet sich in Beschäftigungsverhältnissen, die qua Vergütung (TVÖD VKA, EG 9a-10, jeweils mittlere Dienstaltersstufe) lediglich eine berufliche Ausbildung nebst der berufskulturell etablierten Fachweiterbildungen voraussetzen. Vermutlich werden also Teile der akademisch Qualifizierten in Sonderfunktionen eingesetzt, ohne dass dafür entsprechend gesonderte Beschäftigungsverhältnisse/Stellen zur Verfügung stehen.

Diese PflegeakademikerInnen, die sich also in grundständigen Beschäftigungsverhältnissen als Fachkraft befinden, äußern in der genannten Erhebung gleichwohl eine ausgesprochene Arbeitszufriedenheit.<sup>8</sup> Schließlich haben sie ihr Studium – ihren eigenen Angaben zu Folge – vor allem aufgenommen, um konkrete fachlich-praktische Anforderungen in ihrem Berufsalltag besser bewältigen zu können. Dabei ging es offenbar mehrheitlich um den vor Aufnahme des Studiums virulenten Berufsalltag und weniger um eine Veränderung der beruflichen Funktion, geschweige denn Position bzw. beruflichen Aufstieg. Entsprechend kommen Frustrationen über nicht einlösbare berufliche Aufstiegsversprechen unter den AkteurInnen kaum zum Ausdruck.

Es spricht also einiges dafür, dass das Pflegestudium im Bereich der unmittelbaren Pflege sowie auch der Stations- und Wohnbereichsleitungen (noch) überwiegend als eine Form der Weiterbildung unter anderen fungiert. Die PraktikerInnen sind mehrheitlich ausgesprochen intrinsisch an den Beruf gebunden. Wie der Beitrag zu den ÄrztInnen und Pflegefachkräften in diesem Band zeigt, stammen die Pflegefachkräfte – und damit auch die PflegeakademikerInnen – überwiegend aus den grundsätzlich durchaus aufstiegsorientierten mittleren Milieus (vgl. Vester u. a. 2001; Bourdieu 1982). Auf dieser sozialhierarchischen Ebene zeichnen sie sich zumindest in nennenswerten Teilen durch eine Mentalität der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung aus. In diesem konkreten sozialen Einzugsgebiet steht Arbeitszufriedenheit in etwa gleichrangig neben sozialen Aufstiegsambitionen (vgl. Sander 2022). Es hat den Anschein, dass die Höherqualifizierung von Teilen der Pflegefachkräfte durch ein Hochschulstudium von diesen akademisierten Fachkräften eher als kollektive Aufwertung der PflegepraktikerInnen insgesamt, denn als individuelle begriffen wird. Der kollektive Wissenshintergrund eines spezifischen, praktisch und schulisch sedimentierten

---

8 Diese grundständigen Beschäftigungsverhältnisse, in der Regel nach TVÖD SuE, EG 9–11 eingruppiert, entsprechen den Angaben der großen Mehrheit der Befragten über ihre Bruttomonatsgehälter in unserer Studie auffallend passgenau (unter Berücksichtigung des Beschäftigungsumfanges).

Handlungswissens ermöglicht es den PflegepraktikerInnen, gegenüber beruflich benachbarten Feldern und insbesondere auch der medizinischen ‚Leitprofession‘ selbstbewusst zu agieren und dadurch eben ein gewisses Maß an Expertentum und Autonomie zu erlangen (vgl. Gerlach 2017).

Die hier konstatierte *weiterbildende Funktion* des Pflegestudiums bedeutet natürlich noch nicht, dass das Studium und die hier angeeigneten deklarativen Wissensbestände (wissenschaftliches Wissen) und vor allem auch die Lernkulturen im Sinne eines wissenschaftlichen, explorativen bzw. forschenden Lernens nicht ‚hinter dem Rücken der Akteure‘ dennoch Identitätsveränderungen evozieren – und womöglich erst in der längeren Sicht zu einem Wandel der eigenen Ansprüche an Arbeitsinhalte und Berufspositionen führen. Bezüglich des akademischen Charakters der Lernkulturen in den Pflegestudiengängen weisen Heinrich Bollinger und Anke Gerlach (2013) allerdings auch auf deutliche Grenzen hin. Diese bestehen zum einen aus den individuellen Rahmenbedingungen: Schließlich greift die Mehrheit der Studierenden ein solches Studium in Lebensphasen auf, in welchen parallel Erwerbstätigkeiten und familiäre Pflichten zu bewältigen sind. Zum anderen wurden zur Erfüllung der grundständigen Berufszulassungskriterien die Praxisphasenanteile in primärqualifizierenden Studiengängen entsprechend umfangreich gestaltet, so dass vergleichsweise wenig Raum für wissenschaftliche orientierte Vertiefungen, für forschend-exploratives Lernen blieb (vgl. Bollinger/Gerlach 2015).

### **3 Berufliche vs. alltagskulturelle Identitäten**

Eine überhaupt statthabende, erst recht eine erfolgreiche Interessenartikulation der PflegeakademikerInnen fußt nicht nur auf *berufsbezogenen* Werten und Einstellungen. Vielmehr sind mindestens ebenso die *vorberuflichen* sozialen, im Sinne von alltagskulturellen Dispositionen der Akteure zu berücksichtigen. In diesem Sinne unterscheidet man sowohl in der Professions- als auch in der Ungleichheitssoziologie zwischen dem grundlegenden, eine Person dauerhaft prägenden, Habitus einerseits und dem sogenannten professionellen Habitus oder Stil andererseits. Letzterer beschreibt das ‚Einüben‘ in bestimmte Fach- und Berufskulturen und führt im Rahmen der tertiären (Erwachsenen-)Sozialisation lediglich zu einer marginalen Veränderung der Alltagskulturen, der Mentalitäten und Lebensstile, der Akteure (vgl. Bourdieu 1982; Grundmann 2006; Müller-Hermann/Becker-Lenz 2014; Sander 2014; Lange-Vester/Sander 2016; Sander 2016; Schmitt 2007).

Von dieser vergleichsweise intrinsischen Motivationslage der Pflegekräfte profitiert natürlich das hiesige Versorgungssystem. Diese Haltung gegenüber der Erwerbstätigkeit gründet sich eben nicht nur auf eine entsprechende professionelle Sozialisation, sondern auf die in das Berufsfeld ‚mitgebrachten‘ Alltagskulturen der Akteure (vgl. Bourdieu 1982; Sander 2016). Die recht enge positive Bindung an das Tätigkeitsfeld – die nicht nur von (altruistischer) Selbstentäußerung, sondern auch von einer als solche wahrgenommenen Selbstverwirklichung geprägt ist – fußt schließlich auf einer überwiegenden Rekrutierung mittleren sozialen Milieus (vgl. Vester u. a. 2001, 417–421; Bourdieu 1982, 556–565). So trug zumindest die Kranken- und Kinderkrankenpflege schon in den 1970er Jahren soziale Kennzeichen eines „modernen personenbezogenen Dienstleistungsberufs“ (Stöver 2010, 15). In Bezug auf die gesamtgesellschaftlich eingebrachten Ressourcen bedeutet dies, dass die Pflegekräfte und erst Recht die PflegeakademikerInnen vor allem soziale und kulturelle Kapitalien – im Kontrast zu ökonomischen – in den Funktionsbereich der Pflege transferieren (vgl. Schroeter 2016). Versucht man dies praxisbezogenen zu wenden, zielt also an Stelle der Ressourcen auf den Habitus und die Alltagskulturen ab, kann man bezüglich der Pflegekräfte auf die intrinsische Berufsbindung, entsprechende Selbstverwirklichungsorientierungen auch in der Freizeit sowie auf ausgeprägt intrinsische Bildungsaspirationen verweisen. Dabei unterscheiden sich diese Bildungsaspirationen von den in solchen sozialhierarchisch mittleren Milieus üblicherweise dominierenden ‚angestregten‘, sich an sozialen Aufstiegsambitionen regelrecht abarbeitenden Haltungen gegenüber formaler Bildung (vgl. Lange-Vester/Sander 2016, 16; Bourdieu 1982).

Demgegenüber zeigt der Beitrag zur sozialen, im Sinne Sozialer Ungleichheiten, Verortung der PflegeakademikerInnen in diesem Band, dass nennenswerte Teile der examinierten Pflegekräfte und auch der PflegeakademikerInnen aus traditionellen mittleren, alltagskulturell eher kleinbürgerlich geprägten Milieus stammen. Hier halten sich die Selbstverwirklichungsansprüche gegenüber der Erwerbsarbeit in Grenzen. Bildung, in welcher Form auch immer, wird hier eher instrumentell verstanden (vgl. Bourdieu 1982; Vester u. a. 2001). Diese Befunde verweisen ferner auf die notwendige Berücksichtigung der unterschiedlichen *sozialen Traditionslinien* in den ehemals drei grundständigen Pflegeberufen. Schließlich hat sich die Kranken- und Kinderkrankenpflege „von minder qualifizierten Dienstleistungen, die von Angehörigen christlich geprägter Lebensgemeinschaften erbracht wurden“ (Stöver 2010, 15) früher und weiter entfernt als die Altenpflege (vgl. Simon 2012).

## 4 Befunde zur beruflichen Platzierung

Die in diesem Beitrag getroffenen Feststellungen zur Arbeitsmarktsituation von grundständigen Pflegefachkräften und PflegeakademikerInnen werden – unter anderem – von unserer Befragung von 439 PflegeakademikerInnen in Niedersachsen bestätigt. Wie erwähnt, erreichen die PflegeakademikerInnen überwiegend keine höheren Vergütungen als grundständige Fachkräfte. Dies ist als umso bemerkenswerter zu beurteilen, als dass die Befragten 1) etwa zur Hälfte Pflege- und -pädagogikstudiengänge absolviert haben, die also durchaus mit Aufstiegschancen verknüpft sind, 2) sie zu rund einem Sechstel einen Master, gleichwertigen oder höheren Abschluss erworben haben (zwei Personen sind promoviert) und sie 3) ihr Einkommen durch *individuellen Mehraufwand* (Dienste) in der Regel nach oben korrigieren. Im Kern zeigt die Befragung, dass Berufserfahrung auch bei den PflegeakademikerInnen, die ja keinen segregierten Teilarbeitsmarkt bilden, ähnlich wie bei den grundständigen Fachkräften das wichtigste berufliche Statuszuweisungskriterium darstellt.<sup>9</sup> Der Arbeitsmarkt ist also weniger von meritokratischen denn von berufspraktischen Logiken geprägt. Das lässt sich mittels hierarchischer Regressionsmodelle, bei denen verschiedene Einflussfaktoren auf das monatliche (ArbeitnehmerInnen-)Bruttoeinkommen überprüft wurden, noch genauer explizieren. Im Rahmen dieser Regressionsmodelle wurden u. a. folgende Hypothesen überprüft:

- 1) *Meritokratische Hypothese*: Je höher das Niveau des akademischen Abschlusses (Bachelor, Master, Promotion), desto höher das Einkommen (*Modell 1*).
- 2) *Fachliche Hypothese*: Pflege- und pflegemanagementbezogene Abschlüsse generieren höhere Einkommen als pflegepädagogische und gesundheitswissenschaftliche (einschl. Public Health) und diese wiederum höhere Einkommen als Abschlüsse in Pflege oder Pflegewissenschaft (*Modell 2*).
- 3) *Erfahrungsbasierte, ‚antimeritokratische‘ Hypothesen*: Der zeitliche Umfang der Berufserfahrung nach dem akademischen Abschluss (*Modell 3*) sowie die generelle Berufserfahrung (Lebensalter, *Modell 4*) bewirken Einkommenssteigerungen.

---

9 Zudem ist zu beachten, dass sich an dieser Umfrage die beruflich positiv Identifizierten vermutlich überdurchschnittlich stark beteiligt haben.

Abb. 1: Meritokratische, fachliche, senioritätsbezogene und geschlechtliche Einflüsse auf das Bruttoeinkommen vollzeitbeschäftigter PflegeakademikerInnen in Niedersachsen, hierarchische Regressionsmodelle (n=287)

Modell (Einschluss)	Beta	Sig.	korrig. R-Quadrat
1 Niveau des akademischen Abschlusses	,072	,298	,000
2 Niveau des akademischen Abschlusses	,106	,113	
Fachrichtung	,265	,000	,066
3 Niveau des akademischen Abschlusses	,118	,072	
Fachrichtung	,224	,001	,106
Berufserfahrung nach akad. Abschluss	,216	,001	
4 Niveau des akademischen Abschlusses	,107	,083	
Fachrichtung	,161	,012	,208
Berufserfahrung nach akad. Abschluss	,045	,526	
Lebensalter	,376	,000	
5 Niveau des akademischen Abschlusses	,107	,086	
Fachrichtung	,165	,011	,205
Berufserfahrung nach akad. Abschluss	,049	,486	
Lebensalter	,374	,000	
Geschlecht	-,037	,549	

Erläuterung: Niveau des akademischen Abschlusses: Bachelor, Master, Promotion (ordinal, dummy-codiert); Fachrichtung: Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft(en) – nominal. Berufserfahrung nach akad. Abschluss sowie Lebensalter: in Jahren; Geschlecht: binär codiert (nominal).<sup>10</sup>

In *Modell 5* wurde ferner der Einfluss der – lediglich binär vorliegenden, ohnehin nominal zu codierenden – Geschlechterzugehörigkeit geprüft, welcher im Ergebnis schließlich vollkommen zu vernachlässigen ist. Demgegenüber zeigt für den Bereich der Altenpflege die amtliche Pflegestatistik – nur für diesen Pflegebereich liegt eine solche Vollerhebung vor –, dass Männer in Leitungspositionen in Relation zu ihrem Anteil an der Berufsgruppe häufiger vertreten sind (vgl. Dangendorf/Hucker/Sander 2017; BIBB 2023).<sup>11</sup>

Die Ergebnisse der Regressionsmodelle sprechen schließlich eine überaus klare Sprache. Wie bereits gesagt, organisiert sich die Beschäftigung von PflegeakademikerInnen kaum nach meritokratischen Regeln – also einer Kopplung von formal(isiert)en Bildungsabschlüssen und Berufspositionen.<sup>12</sup> Ob ein/e Pfl-

10 Geschlecht: Es wurde feldadäquat ein positiver Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und Einkommen angenommen, entsprechend m=1 und w=2 codiert. Im Ergebnis hat die weibliche Geschlechterzugehörigkeit einen minimal negativen, nicht interpretierbaren, Einfluss auf das Einkommen.

11 Bei der Pflegestatistik wurde der Zusammenhang zwischen Geschlecht und beruflichem Aufstieg also (nur) anhand von Leitungspositionen (dichotom) ermittelt.

12 Der Aufwand für zertifizierte Fachweiterbildungen (in workload (h) der absolvierten Weiterbildungen insgesamt) wurde ebenfalls geprüft und aufgrund seiner nahezu vollständigen Irrelevanz für das erreichte Einkommen aus den Modellen ausgeschlossen.

# Zur Professionalisierung der Pflege in Deutschland

## Stand und Perspektiven

Karl Kälble

### 1 Einleitung

Der Pflegeberuf<sup>1</sup>, der nie zu den Berufen zählte, die in der Professionssoziologie als ‚klassische‘ Professionen wahrgenommen wurden, dort aber gleichwohl als Kontrast und Vergleich in Bezug auf den Arztberuf als dem Prototyp einer klassischen Profession immer eine Rolle gespielt hat (Schmidbauer 2002, 13), befindet sich seit drei Jahrzehnten in einer Phase der Veränderung und anhaltenden Neuorientierung. Der schillernde, von divergierenden Verständnissen und Vorstellungen geprägte Begriff ‚Professionalisierung‘ ist dabei das zentrale Schlag- und Zauberwort, welches insbesondere die berufs- und bildungspolitischen Diskussionen zur beruflichen Entwicklung der Pflegeberufe seit den 1970er Jahren sowohl inner- als auch außerhalb der Pflegeszene kennzeichnet und begleitet (vgl. z. B. Bollinger u. a. 2006, 77). Seitdem werden in der Pflege Professionalisierungsbedarfe konstatiert, Professionalisierungshindernisse erläutert, Professionalisierungsforderungen formuliert und Professionalisierungsfortschritte verkündet, auch wenn weiterhin mit guten Argumenten die Meinung vertreten wird und werden kann, dass selbst der Verberuflichungsprozess der Pflege nicht wirklich abgeschlossen sei (vgl. Meifort 1998; Bollinger/Grewe 2002; Hülsken-Giesler 2015, 104).

Mit der beginnenden Akademisierung der Pflege in den 1990er Jahren hat die Debatte um die Professionalisierung der Pflegeberufe an Dynamik gewonnen

---

1 Auch wenn vom ‚Pflegeberuf‘ oder ‚der Pflege‘ gesprochen wird, bleibt festzuhalten, dass die Pflege eine horizontal und vertikal sehr ausdifferenzierte Berufsgruppe ist. Gemeint sind hier vor allem die Fachberufe Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, deren Ausbildungen gemäß dem 2016 im Bundeskabinett beschlossenen neuen Pflegeberufsgesetz zu einer neuen, generalistischen Ausbildung mit den Berufsabschlüssen Pflegefachfrau und Pflegefachmann zusammengeführt werden sollen, sowie die akademisch qualifizierten Varianten der Pflegeberufe. Daneben gibt es Hilfsberufe der Pflege und ein großes Spektrum der ‚familiären‘ Laienpflege, für die das Thema ‚Professionalisierung‘ keine Rolle spielt.

(vgl. Schaeffer 1994; Bögemann-Großheim 2004; Schaeffer 2011). Im Gefolge von pflegerelevanten gesellschaftlichen und politischen Veränderungen sowie befördert durch darauf bezogene Empfehlungen von Expertengremien (vgl. z. B. Wissenschaftsrat 2012) sind in der Pflege vielfältige weitere Entwicklungen in Gang gesetzt worden, welche die Diskussionen um die Professionalisierung der Pflege neu beleben. Dabei sind für manche (Pflege-)Wissenschaftler mittlerweile deutliche Hinweise auf eine nachholende Modernisierung der Pflege zu erkennen, „die nahelegen, dass sich die berufliche Pflege (...) auf dem Weg zur Profession befindet“ (Hülsken-Giesler 2014, 380). Somit kann bereits hier festgehalten werden, dass zumindest seit den 1990er Jahren die Professionalisierung des Berufsstandes bzw. der Versuch, den Pflegeberuf als einen autonomen, professionellen Dienstleistungsberuf zu etablieren, und damit die Forderung nach einer Gleichstellung der Pflegeberufe mit klassischen Professionen ein zentrales Ziel der beruflichen Pflege und ihrer Berufsverbände ist (Voges 2002, 147; Krampe 2009). In der Diskussion wird der bislang erreichte Grad der Professionalisierung allerdings uneinheitlich eingeschätzt. Dies hängt nicht zuletzt auch mit der vielschichtigen Bedeutung des Begriffs Professionalisierung zusammen und damit, dass mit unterschiedlichen Zielen, Interessen, Kenntnissen und auch theoretischen Professions- und Professionalisierungskonzepten gearbeitet wurde und wird (vgl. Krampe 2009, 64).

Obwohl mittlerweile eine Vielzahl an Arbeiten zur Professionalisierung der Pflege vorliegt, fordern die gesellschaftlichen Veränderungen und die „hohe Dynamik im Gesundheitswesen im Allgemeinen und in der Pflege und in der Pflegewissenschaft im Besonderen“ weiterhin dazu auf, sich den Stand der Professionalisierung und die diesbezügliche Diskussion „stetig neu zu vergegenwärtigen“ (Hülsken-Giesler 2014, 378), auch wenn dies mancherorts als wenig zielführend gesehen wird (vgl. z. B. Isfort 2003). In diesem Sinne geht der vorliegende Beitrag aus einer berufs- und professionssoziologisch informierten Beobachterperspektive der Frage nach, inwieweit die Pflege inzwischen auf dem Weg der Professionalisierung vorangekommen ist, und wo der Professionalisierungsprozess der Pflege heute steht. Ziel ist es, einen Überblick über die unabgeschlossene Debatte um die Professionalisierung der Pflege in Deutschland zu liefern sowie Stand und Perspektiven der kollektiven Professionalisierung der beruflichen Pflege zu analysieren.

Ausgehend von einer knappen Beschreibung der Rahmenbedingungen der Pflegeberufe heute (2), werden zunächst der Berufsbegriff sowie die relevanten Begriffe Profession, Professionalisierung und Professionalität definiert (3). Danach werden Professionalisierungs- und Professionskonzepte vorgestellt, anhand derer man den Professionalisierungsprozess der Pflege betrachten und analysieren kann (4). Vor diesem Hintergrund werden Aspekte der aktuellen Entwicklungen im Bereich der Pflegeberufe im Sinne einer kollektiven Professionalisierung des Berufs untersucht (5). Ein kurzes Fazit und ein Ausblick zu

möglichen weiterführenden Professionalisierungsperspektiven der Pflegeberufe beschließen den Beitrag (6).

## **2 Ausgangslage: Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Pflegeberufe**

Prozesse des gesellschaftlichen Wandels im Übergang von der Industrie- zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft (vgl. Stehr 1994; Hartmann 2013), die demografische und epidemiologische Entwicklung, der anhaltende medizinisch-technische Fortschritt, die gestiegenen Versorgungsansprüche der Patienten sowie der durch das komplexe Zusammenspiel dieser Entwicklungen bewirkte Anstieg der Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig limitierten Finanzierungsmöglichkeiten setzen das System der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland seit mindestens drei Jahrzehnten unter einen fortdauernden Veränderungs- und Anpassungsdruck (vgl. Hensen 2011; Kälble 2012; Wissenschaftsrat 2012, 13–21; Görres 2013; Kälble 2015, 94–99). Im Gefolge ist auch die gesundheitsberufliche Arbeitswelt in einen beschleunigten Wandel getreten, in dessen Verlauf sich die Aufgabenstellungen, die Tätigkeitsfelder und die Anforderungsprofile für alle Gesundheitsberufe grundlegend verändert haben und verändern. Die Hoffnungen auf die notwendigen Innovationen richten sich dabei auch auf eine den gesellschaftlichen Bedarfen und Erfordernissen angemessene ‚professionelle‘ Entwicklung der Gesundheitsberufe, die derzeit bezogen auf die Fachberufe des Gesundheitswesens häufig mit dem Begriff der Professionalisierung umschrieben werden (vgl. Kälble 2006, 216–218).

Im Kontext des gesellschaftlichen und insbesondere auch demografischen Wandels, der Zunahme von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit (vgl. z. B. Schwinger u. a. 2016) sowie sinkender familialer Pflegeressourcen gewinnt eine bedarfsgerechte professionelle pflegerische Versorgung und damit auch die berufliche Pflege in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Die demografische Entwicklung ist den aktuellen Zahlen und Vorausberechnungen der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zufolge gekennzeichnet durch einen Anstieg der Lebenserwartung bei einem gleichzeitigen Rückgang der Geburtenzahlen sowie durch eine deutliche Zunahme älterer und alter Menschen. Prognostiziert wird, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 unter der Annahme, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten unverändert bleiben und sich die Bevölkerung entsprechend der Bevölkerungsvorausberechnung entwickelt, von derzeit 2,6 Millionen (Stand 2013) auf rund 4,7 Millionen erhöht (Demografieportal des Bundes und der Länder 2015; Statistisches Bundesamt 2015, 7). Der mit den demografischen Entwicklungen verbundene Anstieg der Multimorbidität und die Zunahme chronischer Erkrankungen und Demenz werden den künftigen Versorgungsbedarf über die Effekte

des demografischen Wandels hinaus weiter erhöhen. Perspektivisch ist deshalb davon auszugehen, dass die Deckung des kontinuierlich wachsenden gesellschaftlichen Bedarfs an Pflegeleistungen und damit die Sicherstellung des steigenden Bedarfs an personellen Ressourcen für die Pflegeversorgung zunehmend mehr über den Arbeitsmarkt organisiert werden müssen. Auch deshalb, weil infolge der Zunahme der Arbeitsmobilität, der Zunahme der Frauenerwerbsquote und der Zunahme von Single-Haushalten davon auszugehen ist, dass die Versorgungs- und Unterstützungspotenziale durch das familiäre Umfeld sinken werden. Bislang findet die pflegerische Versorgung noch zu etwa 70 Prozent zu Hause statt. Der Trend geht jedoch hin zur beruflichen Pflege in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten (vgl. Görres 2013, 20–23). Dem entgegen steht der sich abzeichnende, u. a. auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflegebranche (Bundesinstitut für Berufsbildung/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012) sowie auf die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe zurückzuführende Fachkräftemangel in der Pflege (vgl. z. B. Hämel/Schaeffer 2013), der insbesondere mit Blick auf die ländlichen Regionen zunehmend mehr erkennbar wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, 477–487). Aufgrund des zu erwartenden Anstiegs der Zahl der Pflegebedürftigen wird auch der Bedarf an Pflegekräften in den kommenden Jahrzehnten weiter ansteigen. Prognosen über den künftigen Personalbedarf in den Pflegeberufen kommen diesbezüglich jedoch zu quantitativ unterschiedlichen Ergebnissen (Wissenschaftsrat 2012, 26–30): Für die Zukunft kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein möglicher Mehrbedarf an Versorgungsleistungen zu einem Fachkräftemangel führen wird. Fundierte Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) und des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) gehen z. B. davon aus, dass im Jahr 2025 rund 152.000 Vollzeitbeschäftigte im Bereich der Pflegeberufe fehlen werden, um die bis dahin zu erwartende Zahl an Pflegebedürftigen adäquat versorgen zu können (vgl. Afentakis/Maier 2010).

Mit den skizzierten Entwicklungen und den neuen quantitativen und qualitativen pflegerischen Versorgungsbedarfen der Gesellschaft (vgl. z. B. Reiber u. a. 2015, 10 f.; Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012, 6 f.) sowie mitbedingt durch aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen, versorgungsstrukturelle und ökonomische Veränderungen (vgl. Kälble 2015, 94–99; Slotala 2011; Krampe 2014) haben sich auch die beruflichen Anforderungen an die Pflegeberufe und an ihre Qualifikationen erheblich gewandelt. Für die Pflege und andere personenbezogene Dienstleistungsberufe in der Gesundheitsversorgung (z. B. Therapieberufe), denen bei der Erhaltung und Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zukommt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002; Frenk u. a. 2010; Wissenschaftsrat 2012; Robert Bosch Stiftung 2013), resultieren die genannten Entwicklungen in neuen und komplexer werdenden Arbeitsaufgaben, in erweiterten