170 Jahre Sonderwege in der Ausbildung der Pflege – und kein Ende!?

Über das Ausbildungsmodell „Pflege neu denken". Hrsg. von der Robert-Bosch-Stiftung.

Claudia Bischoff-Wanner

Über die zukünftige Ausbildung der drei Pflegeberufe Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege wird schon seit längerer Zeit heftig diskutiert. Die folgenden Ausführungen befassen sich mit dem Vorschlag für ein generalistisch ausgerichtetes und hierarchisch aufgebautes 4-stufiges Ausbildungsmodell, das von einer Expertengruppe im Auftrag der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart entwickelt und unter dem Titel „Pflege neu denken" veröffentlicht wurde. Hauptkritikpunkte sind, dass mit diesem Modell etablierte Standards der Berufsausbildung verlassen werden, systematische Begründungen fehlen und in Anlehnung an anglo-amerikanische Ausbildungssysteme ein erneuter Sonderweg der Pflegeausbildung vorgesehen ist.

Engl. Abstr.: - The future education of the three branches of nursing in Germany (geriatric nursing, sick child nursing, adult nursing) is under much discussion for quite some time now. The following review is concerned with a recent proposal of a four-stage educational system developed by a nursing expert group who was appointed and financed by the well-known Robert Bosch foundation in Stuttgart. It is argued, that the proposed new model of nursing education is restrictive and hierarchical, ignores established standards of professional education and does not fit into the general professional educational system in Germany. Instead it is modelled upon the nursing system in England or the USA and so contributes to the continuation of the traditional outside position of nursing education in Germany.

Übersicht

– Zur Begründung des Ausbildungsmodells
– Das 4-stufige Ausbildungsmodell
– Die Qualifikationsstufen und ihre Abgrenzung
– Die generalistische Ausbildung
– Zugangsvoraussetzungen
– Fazit

Zur Begründung des Ausbildungsmodells

Es besteht heute innerhalb der Pflege Konsens darüber, dass eine Reform der pflegerischen Berufsausbildungen sowie eine grundsätzliche Neuordnung des Berufsfeldes Pflege notwendig ist. Von verschiedenen Seiten sind Reformvorstellungen zur zukünftigen Ausbildung vorgelegt bzw. bereits Reformversuche gestartet worden. Auch die Robert Bosch Stiftung in Stuttgart, die sich in vielfacher Weise um die Entwicklung der Pflege verdient gemacht hat, hat der Öffentlichkeit kürzlich ein Ausbildungsmodell für die generalistische Ausbildung der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege vorgelegt. Eingeladen von der Bosch Stiftung haben zehn Experten der „Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung" ein vierstufiges qualifikationsstufenbezogenes Ausbildungsmodell für die gemeinsame Ausbildung von Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege konstruiert. Das Modell greift Ideen auf, die überlegenswert sind, so die generalistische Ausbildung mit Schwerpunktsetzung, die Modularisierung des Ausbildungscurriculums, die stärkere Betonung des ambulanten Bereichs in der Ausbildung, die vermehrte Einbeziehung pflegewissenschaftlicher und neuer Inhalte sowie die Reduzierung der Medizinorientierung – Ideen, die allerdings noch einer umfassenden Diskussion bedürfen.

So sehr also die Initiative der Bosch Stiftung zur Reformierung der Pflegeausbildungen zu begrüßen ist, muss es doch erheblich befremden, dass, obwohl es sich hier um eine tiefgreifende Veränderung der Berufsbilder handelt, bzw. es sogar um die Neukonstruktion eines Berufes geht, keine bildungswissenschaftlichen und berufspädagogischen Experten eingeladen wurden, an der „Zukunftswerkstatt" teilzunehmen.[1] Dies ist eine folgenschwere Unterlassung, die sich nicht nur an einem Ausbildungsmodell zeigt, dass einen erneuten Sonderweg der Pflegeausbildung festschreibt, sondern auch an den vielen Ungenauigkeiten des Buches in Bezug auf das Bildungssystem. Wer sich an die Neukonstruktion von Berufen macht, sollte das bundesdeutsche Bildungssystem sehr gut kennen bzw. sich in seine Systematiken einarbeiten oder eben Experten dazu befragen. Es wäre auch nützlich gewesen, die berufspädagogische Diskussion mit ihren Positionen und Vorschlägen zur Neuordnung von Berufen und ihrer curricularen Ge-

staltung hinzuzuziehen, da auf diese Weise manche Umwege erspart werden können.

Ableitung des Modells aus „Trends" und „Szenarien"

Die Begründung für das neue Ausbildungsmodell wird aus „Trends" und „Szenarien" abgeleitet. Die Autoren selbst räumen allerdings ein: „Vor allem liegen kaum aktuelle repräsentative Daten vor, die als Modellrechnungen und Prognosen geeignet wären." (Robert Bosch Stiftung, S. 170) Als Trends genannt werden u.a. medizintechnologische Entwicklungen, Verdichtung der Pflegearbeit, der gesundheitspolitische Grundsatz ambulant vor stationär, die demografische Entwicklung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und finanzielle Restriktionen (a.a.O. S. 139ff). Daraus lässt sich nach den Autoren eine steigende quantitative und qualitative Nachfrage nach medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen ableiten. Eine größere Verzahnung und „Vernetzung" der unterschiedlichen Gesundheitsberufe untereinander sei die Folge, Planung, Organisation, Kontrolle und Qualitätssicherung der jeweils eigenen Tätigkeiten nähmen zu.

Unbestritten ist, dass die Qualifikationsprofile der Pflegeberufe veränderten Bedingungen angepasst werden müssen, dies gilt jedoch für alle Berufe, die in bestimmten Zeiträumen neugeordnet werden müssen. Die Folgerungen für die Pflege, die hier gezogen werden, sind aber nicht unbedingt nachvollziehbar. So ist nicht ersichtlich, wieso gerade die Pflegekräfte an Bedeutung gewinnen werden. Wenn z.B. tatsächlich rehabilitative und präventive Aufgaben zunehmen sollten (was gar nicht sicher, sondern nur wünschenswert ist), dann ist eher zu erwarten, dass diese dann von den Berufen übernommen werden, die jetzt schon in diesen Bereichen tätig sind. Nichts deutet auch darauf hin, dass ausgerechnet den Pflegeberufen die steuernden, planenden, vernetzenden Aufgaben des gesamten Behandlungs- und Pflegeprozesses zukommen werden. Und: Von diesen Trends sind, wenn sie denn so eintreffen, alle Gesundheitsberufe, einschließlich der Ärzte, betroffen. Mit ihrer Konkurrenz und Expansion ist also zu rechnen, und sie sind teilweise in einer besseren Ausgangsposition als die Pflegeberufe. Diese Skepsis, was die zukünftige Rolle der Pflegeberufe anbelangt, wird von den Autoren allerdings auch geteilt (a.a.O. S. 170f). Aus den dargestellten Trends kann man sicher eine Andersqualifizierung, teilweise eine Höherqualifizierung ableiten, es folgt daraus aber nicht zwingend ein 4-stufiges hierarchisches Qualifikationsmodell.

Ähnlichkeiten zu ausländischen Ausbildungsmodellen

Das vorgeschlagene Ausbildungsmodell gleicht in wesentlichen Punkten dem anglo-amerikanischen System, das hierzulande von vielen Pflegenden offensichtlich als Vorbild angesehen wird, allerdings – so scheint es – ohne dieses System mit seinen Rahmenbedingungen genau zu kennen. Wenn beispielsweise in den USA Teile der Pflegeausbildung auf akademischem Niveau stattfinden, dann hat das seine Gründe darin, dass kein qualifiziertes Berufsausbildungssystem vorhanden ist, Universitäten also auch Aufgaben der Berufsbildung wahrnehmen müssen, weil ansonsten nur Anlernsysteme existieren. Dies gilt ebenso für viele europäische Länder und ist der Grund, warum in diesen Ländern die Pflegeausbildung teilweise auf akademischem Niveau angesiedelt ist und weniger aus dem Grund, dass die Pflege ein so „komplexer" Beruf ist. [2] Abgesehen davon dürfen Universitäten verschiedener Länder nicht so ohne weiteres miteinander verglichen werden, weil Niveau, Selbstverständnis, gesellschaftlicher Auftrag, Aufgaben und Qualität der Ausbildungen weithin differieren. Eine Ausbildung, die im Ausland an der Universität angesiedelt ist, sagt noch nichts über die Qualität, das Niveau oder den „Standard" (a.a.O. S. 21) der jeweiligen Ausbildung aus. Ein Blick in so manches Curriculum aus dem anglo-amerikanischen Raum lässt erkennen, dass der universitäre Standard dort oft nicht viel höher erscheint, als der unserer schulischen Berufsausbildungen, von einem „Hinterherhinken" der bundesdeutschen Pflegeausbildungen also nicht unbedingt gesprochen werden kann.

Es muss auch berücksichtigt werden, das ausländische Ausbildungsmodelle ebenso „wildwüchsig" historisch gewachsen und ungeplant sind wie unsere eigenen und es insofern nicht dienlich wäre, sie kopieren zu wollen, ohne die oft sehr kritischen Stimmen aus den betreffenden Ländern selbst zur Kenntnis zu nehmen, die oft keineswegs zufrieden mit ihren Ausbildungen sind, abgesehen davon, dass Ausbildungsmodelle auf unterschiedlichen Rahmenbedingungen beruhen, zu denen eben auch das jeweilige Bildungssystem gehört. Zu bedenken ist fernerhin, dass Bachelor- und Masterabschlüsse immer nur für wenige Pflegekräfte zugänglich sind, denn sie verteuern die Pflege und ziehen die Etablierung eines Hilfskräftesystems nach sich. Gerade die USA können kein Vorbild für die deutsche Pflege sein, stehen doch hier wenige Hochqualifizierte einer Masse von abgestuften Hilfskräften gegenüber, die die direkte Pflege ausführen und die schlecht ausgebildet und schlecht bezahlt werden – einmal ganz abgesehen von den bekannten Bildungsdefiziten des us-amerikanischen Bildungssystems insgesamt.

Das 4-stufige Ausbildungsmodell

Das Ausbildungsmodell soll die bisherige Dreiteilung der hier in Betracht kommenden Pflegeberufe nach Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege, die sich am Lebensalter der Pflegebedürftigen orientiert, ablösen. Anstelle der bisherigen drei Berufe wird ein generalistisch ausgerichtetes Einheits-Modell mit 4 Qualifikationsstufen vorgeschlagen, dass sich an unterschiedlichen „Komplexitäten" von Pflegesituationen orientieren soll. Die ersten drei Stufen dienen der *beruflichen Erstausbildung.*

4 unterschiedlich qualifizierte Pflegefachpersonen (im folgenden PFP) sind vorgesehen, denen unterschiedliche Tätigkeiten und Verantwortungsbereiche zugeordnet wurden.

Bezeichnung	Qualifizierung	Tätigkeiten
Pflegefachperson I	2jährige berufsbildende Pflegeschule, generalistische Ausbildung Zugang: Hauptschulabschluss und Assessment, Zugangsalter 16 Jahre	Pflegesituationen, die über einen längeren Zeitraum konstant sind; patientennahe, direkte Pflege; Erhebung des Pflegebedarfs und Planung der Pflege für alle Zielgruppen; komplexe Pflegesituationen unter Anleitung der PFP II
Pflegefachperson II (Sekundarstufe II)	4jährige berufsbildende Pflegeschule, generalistische Ausbildung mit Schwerpunktsetzung Zugang: Realschulabschluss und Assessment	Differenzierte Pflegediagnostik; selbständige Steuerung von Pflegeprozessen;[3] in komplexen Pflegesituationen handeln können
Pflegefachperson II (Hochschule)	Hochschule/Berufsakademie, Diplom- oder Bachelor-Abschluss, generalistische Ausbildung mit Schwerpunksetzung Zugang: Abitur, FH-Reife, Assessment	w.o., zusätzlich Aufgaben im Organisations- und gesellschaftsbezogenen Bereichen; Durchführung kleiner Forschungsprojekte unter der Leitung von PFP III
Pflegefachperson III	Universitätsstudium mit Diplom-, Master- oder Magisterabschluss Zugang: Abschluss als PFP II (FH) Spezialisierung wie Intensivpflege, Pflege in der Onkologie, Dialyse, Präventivpflege, Begutachtung, Management	z.B. Pflege von, Aids-Kranken, Intensivpflege, Pflege von Krebskranken; Weiterentwicklung von Konzepten und Methoden; Durchführung von Forschungsprojekten
Promovierte Pflegefachperson[4]	Promotionsstudiengang[5]	Stabs- und Projektstellen; Lehre, Forschung, Überprüfung und Entwicklung von Konzepten

Quelle:
eigene Zusammenstellung aus „Pflege neu denken", Tabellen S. 52 sowie S. 62-69

Die Stufenausbildung wird folgendermaßen begründet: die „Forderung nach einer gleich hohen Qualifikation aller beruflich Pflegenden geht an der Pflegewirklichkeit vorbei und nützt dem Bestreben nach größtmöglicher Qualität der Pflege nicht, sie schadet eher." (a.a.O. S. 22) Und: „Ein auf Homogenität der Qualifikationsprofile ausgerichtetes Bildungssystem ist .. nicht mehr zeitgemäß." (a.a.O. S. 326) Diese Aussagen, die im Gegensatz zu berufsbildungspolitischen Zielen und auch zu bisherigen Aussagen der Pflegeöffentlichkeit stehen,[6] hätten einer zwingenden Begründung bedurft, werden damit doch etablierte Standards der Berufsausbildung verlassen. Eine der bildungspolitischen Errungenschaften, die international Anerkennung gefunden haben und in vielen Ländern der Welt als Vorbild angesehen werden, ist, dass das bundesdeutsche Berufsausbildungssystem mit seiner systematischen Ausprägung eine hohe und gleichmäßige Qualifizierung für viele produziert und dadurch ermöglicht, dass diese Berufe und ihre Berufsangehörigen ein hohes Maß an Flexibilität und Entwicklungspotenzial aufweisen. Die hier ausgebildeten Fachpersonen können in breiten Tätigkeitsfeldern und Arbeitsmarktsegmenten tätig sein. Damit wird ihre Mobilität sowie die Qualität der Berufsausübung garantiert. Ein hierarchisches Stufenmodell kann diese Voraussetzungen nicht erfüllen. Im Gegenteil verhindern Stufenausbildungen Mobilität und Flexibilität sowohl nach innen als auch nach außen und sind deshalb auch nicht zeitgemäß.

In Bezug auf das zukünftige Verhältnis der Qualifikationsstufen führen die AutorInnen folgende Zahlen an (a.a.O. S. 341):

- 50% PFP I (2 Jahre Ausbildung)
- 45% PFP II
  (4 bzw. 3 Jahre Ausbildung)
- 5% PFP III
  (4 Jahre Ausbildung)

Zu bedenken ist hier vor allem, dass zukünftig die Hälfte des Pflegeberufs dequalifiziert wird. Dies enthält eine be-

sondere Brisanz, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die drei Pflegeberufe Frauenberufe sind. Frauen haben lange dafür kämpfen müssen (und tun es noch immer), dass ihre Qualifikationen im beruflichen System als gleichwertig anerkannt werden. *Die Dequalifizierung trifft also in der Hauptsache Frauen.* Selbst konservative Bildungspolitiker würden wahrscheinlich heute zögern, einen Frauenberuf derart herabzuqualifizieren.[7] Zu denken geben sollte auch, dass die Schweiz, die seit einigen Jahren ein Qualifikationsstufenmodell für die Pflegeausbildung praktiziert, gerade davon abgeht, weil es sich in der Praxis *nicht bewährt* hat.

Die Qualifikationsstufen und ihre Abgrenzung

Pflegefachperson I (2 Jahre Ausbildung nach Hauptschulabschluss)[8]

Die Pflegefachperson I soll in Zukunft in nur zwei Jahren generalistisch und ohne Schwerpunktsetzung an einer „berufsbildenden Pflegeschule" (?) ausgebildet werden. Dies bedeutet, dass 50% der zukünftigen Berufsgruppe der Pflegeberufe unterqualifiziert sein werden, nach Ausbildungsabschluss aber dann als Gruppe mit der geringsten Qualifikation und in einem sehr frühen Lebensalter (ca. 18 Jahre nach Ausbildungsabschluss) die direkte, geplante Pflege des Patienten/Klienten und die Erhebung der „Pflegebedarfe" unterschiedlicher Zielgruppen (Säuglinge, Kleinkinder, ältere Kinder, Jugendliche, Erwachsene unterschiedlichen Alters, ältere, alte und ganz alte Menschen, Ausländer) vornehmen sollen. Da die Ausbildung allerdings generalistisch und ohne Schwerpunktsetzung erfolgen soll, darf bezweifelt werden, dass die PFP I in der Lage sein wird, diese spezifischen Pflegebedarfe überhaupt zu erkennen, geschweige denn, die Pflege den jeweiligen Lebenssituationen angepasst zu planen und zu evaluieren. Vorgesehen ist weiter, die PFP I in konstanten Pflegesituationen über einen längeren Zeitraum (a.a.O. S. 53) einzusetzen. Eine solche Abgrenzung wird jedoch in der Praxis kaum vorzunehmen sein, können doch in der Praxis der Pflege aus einfachen und konstanten Situationen im Handumdrehen komplexe entstehen, mit der die PFP I überfordert wäre. Eine Qualitätsminderung der Pflege und u.U. eine Gefährdung von Patienten könnte die Folge sein. Gerade die gleichmäßig hohe Qualifizierung von Pflegefachpersonen sorgt dafür, dass auch *unvorhergesehenen Situationen* angemessen begegnet werden kann. Vor allem in der Akutpflege sind solche einfachen und konstanten Situationen kaum vorzufinden, so dass es fraglich ist, ob die PFP I hier überhaupt eingesetzt werden kann, auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben. Abgesehen davon, ist abzusehen, dass die Ärzte sich gegen diese unterqualifizierten Pflegekräfte wehren werden. Es ist grundsätzlich als sehr problematisch anzusehen, dass ausgerechnet die Personen mit der niedrigsten Qualifikation und dem niedrigsten Lebensalter die belastende, patientennahe Pflege übernehmen sollen, auch wenn dies unter Aufsicht geschieht. In der ambulanten Pflege ist z.B. eine solche Aufsicht vor Ort gar nicht möglich. Zu bedenken ist auch, dass die Herausbildung von Beziehungskompetenz in einer nur zweijährigen Ausbildung wahrscheinlich auf der Strecke bleibt.

Den AutorInnen ist allerdings darin recht zu geben, dass es natürlich einfache und komplexe Aufgaben in der Pflege – so wie in allen anderen Berufen – gibt, dass diese aber sehr selten als „Paket" vorhanden sind und vor allem nicht auf unterschiedlich qualifizierte Personen aufgeteilt werden dürfen; m. a. W., der einen Hälfte dürfen nicht die einfachen, der anderen die komplexen Aufgaben zugeordnet werden. Dies würde nicht nur die Vielfalt des Berufes und damit die Flexibilität der Pflegenden beschränken, sondern nur einfache oder nur komplexe Aufgaben ausführen zu dürfen, würde Be- und Entlastungseffekte in ein Ungleichgewicht bringen und Burnt-out-Sympto-matiken herbeiführen – bei den einen aus Langeweile, bei den anderen der permanenten Belastung wegen.

Es gibt im Berufsbildungssystem fast keine zweijährigen Fachberufsausbildungen. Eine pädagogische und bildungspolitische Begründung dafür wäre nicht zu erbringen. Die PFP I wäre deshalb nicht als qualifizierter Ausbildungsberuf zu bezeichnen. Es handelt sich um eine „Schmalspurausbildung, ... in der ein funktionales Anlerntraining im Vordergrund steht" (Ertl-Schmuck, 2001, S.53) und die kaum berufliche Entwicklung zuließe. Die darin Ausgebildeten könnten eigenverantwortlich weder im Krankenhaus, noch in der ambulanten Pflege eingesetzt werden, weil beide Systeme in den entsprechenden Gesetzen von einer „qualifizierten Pflegefachkraft" mit einer dreijährigen Ausbildung ausgehen.

Pflegefachperson II (4 Jahre berufsfachschulische Ausbildung)

Für die Ausbildung der PFP II sind zwei Stufen vorgesehen: zum einen eine *vierjährige* berufsfachschulische Ausbildung, zum anderen eine Ausbildung an der Fachhochschule bzw. Berufsakademie. Zugang ist hier der Realschulabschluss bzw. die Fachhochschulreife und ein Assessment.

Für eine 4-jährige berufsfachschulische Fachausbildung gibt es im Berufsbildungssystem keine systematische Begründung. Sie wären auch nicht aus der „Komplexität" eines bestimmten Berufes zu begründen, denn alle Fachberufe sind komplex. Warum hier vom Standard der dreijährigen Fachqualifikation abgewichen wird, ist also nicht ersichtlich. Der bildungspolitische Trend geht eher zu Verkürzungen der Ausbildung und zur Verlagerung von Inhalten in die Weiterbildung. Dies würde auch der Forderung nach lebenslangem Lernen entsprechen, nicht eine überlange Grundausbildung. Eine vierjährige Berufsausbildung wäre für Auszubildende unzumutbar und würde die Attraktivität der Ausbildung mindern, abgesehen davon, dass Ausbildungsdauer und spätere Bezahlung in keinem vernünftigen Verhältnis mehr zueinander stehen würden.[9] Falls – nimmt man die behauptete Durchlässigkeit ernst – die FH-Reife oder das Abitur während

Ausbildung erworben werden müssen, wird sich zudem die Ausbildung verlängern. Die Dauer von Berufsausbildungen ist nicht willkürlich und beliebig zu verändern. Auch hier gibt es Standards des Berufsbildungssystems zu beachten, die sich in Jahrzehnten herausgebildet haben. Allenfalls zu überlegen wäre, eine 3 ° jährige Ausbildung zu erproben, denn zum einen gibt es solche Ausbildungen im System der beruflichen Bildung, zum anderen könnte sich dies dann rechtfertigen, wenn eine generalistische oder integrierte Ausbildung der drei Pflegefachberufe erprobt werden soll. Über die endgültige Dauer sollte jedoch nach einer Erprobungsphase erneut entschieden werden, immer unter dem Aspekt der Zumutbarkeit und Attraktivität des Berufes.

PFP II
(4 Jahre Fachhochschulstudium, 3 Jahre Berufsakademie)

Vorgesehen ist hier eine vierjährige Ausbildung alternativ an der Fachhochschule oder einer Berufsakademie. Allerdings sind diese beiden Bildungsinstitutionen nicht gleichzusetzen. Die Berufsakademie ist keine akademische Hochschule, auch wenn der Name das suggeriert, sondern eine Institution der höheren Berufsausbildung, und die Ausbildung dauert hier nur 3 Jahre. Ein Abschluss einer Berufsakademie ist somit nicht akademisch und kann einem Fachhochschulabschluss nicht gleichgesetzt werden. Ebenso wenig kann ein FH-Diplom mit einem FH-Bachelorabschluss gleichgesetzt werden. Ein FH-Diplom setzt ein vierjähriges Studium voraus, ein Bachelor nur ein dreijähriges. Die Ausbildung auf dieser Stufe kann also gar nicht 4 Jahre dauern, da bestimmte Institutionen und Studiengänge dies gar nicht vorsehen. Es ist also nicht beliebig, wo ausgebildet wird und dies muss berücksichtigt werden.

Auch wird nicht auf die grundsätzliche Problematik einer Erstausbildung an der Fachhochschule eingegangen, die zumindest doch diskutiert werden muss. Eine systematische Begründung für eine akademische Grundqualifikation wird nicht vorgenommen. Die Grundausbildung in einem 3-jährigen Bachelor-Studiengang, in dem die gesamte Berufstheorie und Berufspraxis untergebracht werden müsste, ist schlichtweg zeitlich nicht möglich und würde – sollte sie aus „Professionalisierungsgründen" doch durchgesetzt werden – schon aus diesem Grund keine Verbesserung, sondern eher eine Verschlechterung bedeuten. Abgesehen davon, dass sich extrem wichtige Inhalte wie Reflexivität, Zuwendungsfähigkeit, Empathie, Beziehungsgestaltung, an einer „verkopften" und notwendigerweise stark verschulten Institution wie der Fachhochschule noch schlechter fördern lassen, als an der Berufsschule. Die Beziehungsqualität der Pflege, die jetzt schon auf einem niedrigen Stand ist, würde sich weiter verschlechtern. Fachhochschulen können vielleicht die theoretisch-wissenschaftsorientierte Ausbildung verbessern, aber ganz sicher nicht die Beziehungsseite des Pflegeprozesses und auch keine qualifizierte und verbesserte praktische Ausbildung garantieren.

Eine bildungstheoretische und pädagogische Begründung und Abgrenzung dieser beiden Qualifikationsstufen der PFP II fehlt und wäre auch nicht zu erbringen, da sie in der Praxis die gleichen Aufgaben übernehmen, mit nur geringen Abweichungen. Selbst wenn der PFP II (FH) einige zusätzliche Aufgaben zugeordnet sind, rechtfertigt dies nicht ein eigenes Qualifikationsprofil mit Hochschulausbildung, ganz abgesehen davon, dass eine solche Abgrenzung der beiden Berufsprofile in der Praxis nicht funktionieren würde, weil berufliche Aufgaben dort wahrscheinlich ganz anders gebündelt sind.

Pflegefachperson III
(1-2 Jahre Universität)

PFP III kann werden, wer nach Abschluss der Ausbildung zur PFP II ein Studium anschließt. Problematisch ist hier, dass für das universitäre Studium u.a. Inhalte vorgesehen sind, die jetzt in der Fachweiterbildung angesiedelt sind und auch dorthin gehören: Intensivpflege, Onkologiepflege, Dialyse, Präventivpflege (?) oder Begutachtung. Hier scheint eine grundlegende Unkenntnis über das universitäre System mit seinen Zielen und Aufgaben vorzuliegen, wenn angenommen wird, solche typischen Weiterbildungsinhalte könnten Gegenstand universitärer Studiengänge sein. In der BRD kommt den Universitäten vor allem die Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses zu, weniger die Vermittlung von beruflichen Qualifikationen. Universitäten bilden Wissenschaftler aus und dienen der Wissenschaft und Forschung. Dies ist kein Manko, *sondern so gewollt*. Keine Universität würde pflegerische Weiterbildungen in ihren Fächerkanon aufnehmen. Eine Universitätsausbildung für Fachweiterbildungen zu fordern, scheint darauf hin zu deuten, dass auch hier wieder das usamerikanische System Pate gestanden hat, das aber aus den w.o. dargelegten Gründen nicht mit unserem System verglichen werden darf.

Zudem ist die Vorstellung nicht realistisch, dass Universitätsabsolventen in der direkten Pflege tätig sein und z.B. die Pflege von Aids-Kranken, Intensivpflege oder die Pflege von Krebskranken übernehmen werden. Dies verkennt ganz grundsätzlich die Qualifikationen, die eine Universität herausbildet und die wenig mit direkter Handarbeit zu tun haben, dafür sehr viel mit analytischem und konzeptionellem Denken. Es wäre eine Fehlleitung und Verschwendung, diese Qualifikationen und Kompetenzen der Universitätsabsolventen nicht da einzusetzen, wo sie hingehören: im wissenschaftlichen Bereich. Abgesehen davon wären Universitätsabsolventen wohl nicht unbedingt das, was solche Schwerstkran-ken, die intensiver Zuwendung bedürfen, bräuchten. Zuwendungsfähigkeit, Empathie u.ä. lernt und erfährt man ganz gewiss nicht in universitären Studiengängen.[10]

Wie problematisch die Abgrenzungen der einzelnen Qualifikationsstufen sind, zeigen die Beispiele ab S. 371 (und Tabellen S. 62-69), die keinesfalls überzeugen können, im Gegenteil eher zeigen, dass eine qualifizierte Pflege nicht in Stufen des Wissens und Könnens zerlegt werden kann, da sie den Pflegepraxiserfordernissen nicht entsprechen. So führt auch Ertl-Schmuck (2001, S. 54) an, dass die

Zuordnung der Inhalte zu den einzelnen Qualifikationsstufen willkürlich erscheine und nicht systematisch abgeleitet sei. Für alle Stufen gilt darüber hinaus, dass die vorgesehenen Inhalte, Fähigkeiten, Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen in der vorgesehenen Ausbildungszeit wohl schwerlich erreichbar sein dürften.

Einsatz der Qualifikationsstufen in der Praxis

„Je nach Pflegebedarf einer Institution können die Pflegenden anhand ihre Qualifikationsstufen eingestellt werden." (Robert Bosch Stiftung, S. 24) Zukünftig müssten also Arbeitgeber alle Qualifikationsstufen in einem bestimmten Verhältnis vorhalten und je nach Bedarf zur richtigen Zeit am richtigen Ort einsetzen. Die PFP I ist für den langfristig eingeschränkten Selbstpflegezustand, der keine großen Schwankungen aufweist (a.a.O. S. 22) vorgesehen. Bei akuten Verschlechterungen des Zustands oder langfristig eingeschränktem Selbstpflegezustand mit hohen Schwankungen müssten aber unterschiedliche Qualifikationsstufen zur richtigen Zeit am richtigen Ort eingesetzt werden. Wie das bei akuten Verschlechterungen möglich sein soll, bleibt dahingestellt. Unterschiedliche Qualifikationsstufen können den u.U. schnell wechselnden Pflegesituationen nicht gerecht werden, wenn nämlich aus einfachen komplexe Situationen werden. Was, wenn die PFP I in einer solchen Situation pflegt? Was, wenn heftige Schmerzattacken oder Herz-Kreislauf-Komplikationen auftreten? Diese lassen sich ja schließlich vorher nicht planen. Die PFP I stände solchen Situationen hilflos gegenüber und es ist unwahrscheinlich, dass in diesen Fällen rechtzeitig eine PFP II zur Stelle ist. Pflegebedarfe, die sich kurzfristig ändern können, lassen sich nicht mit dem langfristig ausgerichteten Mittel der Personalbedarfsplanung bewältigen. Es ist aber ohnehin zu vermuten, dass für Praktiker die Qualifikationsstufen und ihre Abgrenzungen eher undurchsichtig sein werden und sich im Arbeitsalltag auch gar nicht durchhalten lassen. Und dies kann sehr wohl bedeuten, dass die PFP I in Situationen eingesetzt wird, die sie nicht oder nur schlecht bewältigen kann.

Die generalistische Ausbildung

Angestrebt wird eine generalistische Ausbildung mit Schwerpunktsetzung. Unter generalistischer Ausbildung ist die Zusammenlegung von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildungen unter einem gemeinsamen Berufsabschluss zu verstehen. Die Autoren sind der Auffassung, dass die Struktur der Ausbildungen nach Lebensaltern aufgegeben werden müsse, da sie „überholt" sei (a.a.O. S. 20). Hier sollte aber nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet werden. Die Ausrichtung an Lebensaltern ist nicht überholt. Säuglinge, Kinder, Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen haben ganz sicher spezifische „Pflegebedarfe". Und was sind überhaupt „alte Menschen"? 60jährige haben andere „Bedarfe" als 70jährige und diese wieder andere als 80-90jährige. Im Gegenteil werden sich die Lebensalter und damit die „Bedarfe" weiter differenzieren. Für eine qualifizierte Pflege ist sowohl die Orientierung an Lebensaltern, an Pflegebedürftigkeit und auch die Orientierung an der zugrundeliegenden Krankheit wichtig. Richtig ist, dass die *alleinige* Ausrichtung an Lebensaltern und die diesbezügliche Trennung der Pflegeberufe nicht mehr zeitgemäß ist. Grundsätzlich kann also über eine Zusammenlegung der Ausbildungen nachgedacht werden. Die zumindest teilweise gemeinsame Ausbildung von Alten- und Krankenpflege lässt sich durchaus begründen, da die beruflichen Aufgaben sich – besonders im ambulanten Bereich, aber auch in der stationären Altenpflege – annähern. Gleiches lässt sich allerdings nicht für die Kinderkrankenpflege sagen; hier wäre eine Begründung ihrer Einbeziehung hilfreich gewesen.

Ob generalistisches Wissen allerdings zur gewünschten Professionalisierung führt, ist fraglich. Meifort (2001, S. 43) führt in diesem Zusammenhang an, dass „Generalisten" auch auf generalistische Arbeitsfelder verwiesen werden und kommt zu dem Schluss, dass bislang weder Helferberufe, noch Grundberufe oder Generalistenberufe eine arbeitsmarktpolitische Perspektive aufweisen konnten und deshalb allenfalls als Übergangsphänomene anzusehen seien.

Ein weiteres Problem ist, wie es rein zeitlich gelingen soll, aus bisher drei Ausbildungen eine zu machen, besonders, wenn man wie bei der PFP I davon ausgeht, dass die Ausbildung ja nur noch zwei Jahre dauern soll. In zwei Jahren Ausbildung sollen nicht nur wesentliche Inhalte aus vorher drei Berufen vermittelt werden, sondern der stationäre und der ambulante Bereich gleichgewichtig vertreten sein. Darüber hinaus sollen Schlüsselqualifikationen, neue Inhalte (z.B. Gesundheitswissen, Gesundheitsorientierung und -förderung, Beratung), Pflegewissenschaft, breites Fachwissen, Wissen um gesellschafts- und organisationsbezogene Prozesse und Fremdsprachenkenntnisse sowie kulturelle Kompetenz, Beziehungskompetenz, Befähigung zur Interaktion und Kommunikation, Empathie, Soziales Lernen, Reflexionsfähigkeit und Persönlichkeitsbildung usw. aufgenommen werden unter Einsatz zeitintensiver Lernformen mit anspruchsvollem Reflexionsniveau. Dies in zwei Jahren Ausbildung unterzubringen, die auch noch zu 50% aus Praxisanteilen besteht, scheint kaum möglich.

Wenn die Autoren meinen: *„Außerdem können umfangreiche traditionelle Lerninhalte in größerem Umfang reduziert oder aufgegeben werden"* (Robert Bosch Stiftung, S. 328), dann kann vermutet werden, dass damit die medizinischen Inhalte gemeint sind. Medizinisches Wissen teilen vor allem Kranken- und Kinderkrankenpflege (zunehmend aber auch die Altenpflege wegen der Multimorbidität im Alter) mit der Medizin, und dies ist für eine qualifizierte Pflege auch notwendig, kann aber sicher stärker an pflegerischen Aufgaben orientiert werden. Ob sich daraus allerdings eine Verkürzung von einem Jahr ergibt, darf bezweifelt werden. [11] Ob die angestrebte Modularisierung sowie die Fächerintegration des Ausbildungscurriculums eine wesentliche Reduzierung möglich machen, muss erprobt werden. [12]

Zugangsvoraussetzungen

Als Zugangsvoraussetzung sieht das Modell „fundierte Assessmentverfahren" (Robert Bosch Stiftung, S. 42) für die Pflegepersonen I und II vor, die die „persönliche Reife" (a.a.O., S. 342) der Bewerber feststellen soll. Ein Assessment stellt einen erschwerten Zugang zu einer Berufsausbildung dar und ist unüblich im Berufsbildungssystem, das in Bezug auf die beruflichen Erstausbildungen offen zugänglich sein muss. Warum ausgerechnet für den Pflegeberuf der Zugang erschwert werden soll, wo es ohnehin eine problematische Bewerberlage gibt, wird nicht einleuchtend begründet. Zudem müsste geprüft werden, ob ein erschwerter Zugang wie das Assessment für Studiengänge an öffentlichen Hochschulen überhaupt gesetzlich möglich ist. Wenn die Autoren weiter bei der Frage des Zugangs von „Begabungen" ausgehen (a.a.O. S. 326), so ist hier natürlich als erstes zu fragen: Was heißt „Begabung" und weiß ein 15-16jähriger Hauptschüler oder eine 16-17jährige Realschülerin, wo seine bzw. ihre Begabungen liegen? Der Begabungsbegriff deutet auf ein eher konservatives Bildungsverständnis hin, das in der Berufsbildung etwa ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts verlassen worden ist. Der positive Begriff der beruflichen Entwicklung hat ihn ersetzt. So dient denn der Begabungsbegriff auch eher der Selektion.

Nach u.a. folgenden Kriterien sollen die zukünftigen Bewerber ausgewählt werden (a.a.O. S. 42): sprachliche Kompetenz, ethische Verantwortungsbereitschaft, Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeit, Kritikfähigkeit, gute Allgemeinbildung, soziales Engagement, Fähigkeit zur körperlichen Berührung. Es tritt damit die paradoxe Situation auf, dass die Fähigkeiten, die die Ausbildung erst entwickeln und fördern soll, bereits vor Beginn der Ausbildung vorhanden sein sollen. So ist z.B. Empathie vielleicht erlernbar, ein 15-jähriger Hauptschüler wird aber kaum empathisch sein. Damit ist auch die Mittelschichtspezifik der angeführten Kriterien zu bedenken: ob sie für Hauptschülern greifen, bleibt dahingestellt.

Wer ein Assessmentverfahren als weitere Zugangsvoraussetzung einsetzen will, muss zumindest bedenken, dass

a. Ein Assessment für berufliche Erstausbildungen unüblich und damit begründungsbedürftig ist;

b. kein Assessmentverfahren valide Kriterien aufweist, die eine Befähigung zur Ausbildung messen bzw. einen Ausbildungserfolg vorhersagen können;

c. Assessments, so wie die Autoren sie verstehen, die Eigenschaften und Fähigkeiten bereits voraussetzen, die in der Ausbildung ja erst erworben werden sollen;

d. der erschwerte Zugang den Beruf nicht attraktiver macht, sondern zukünftige Bewerber eher abschreckt. Ob die Pflegeberufe, die mit sehr viel attraktiveren Berufen um Bewerber konkurrieren müssen, das verkraften, ist fraglich.

Assessmentverfahren als Zugang für eine Berufsausbildung werden die in sie gesetzten Erwartungen höchstwahrscheinlich nicht erfüllen können.

Bei den Zugangsvoraussetzungen und Abschlüssen für die PFP III (universitäre Ausbildung) fällt auf, dass hier akademischen Studiengänge und Grade durcheinander geworfen werden. Zugang zur Universitätsausbildung PFP III soll das FH-Diplom oder der FH-Bachelor sein. Beides kann aber nicht gleichgesetzt werden. Ein FH-Diplomstudiengang dauert 4 Jahre, ein Bachelorstudiengang nur 3 Jahre. Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass ein weiteres Jahr Studium einen Unterschied in der Qualifikation ausmacht. Ein FH-Diplomstudiengang von 4 Jahren kann auch nicht als Zugangsvoraussetzung für einen universitären Diplom-Studiengang gefordert werden, da der universitäre Diplomstudiengang ja ebenfalls 4 Jahre dauert. Weder ein Universitätsdiplom noch der Magistergrad werden nach 1-2 Jahren Studium verliehen. Universitätsstudiengänge (Diplom und Magister) sind zudem grundständige Studiengänge und für alle Abiturienten ohne weitere Voraussetzungen zugänglich; ein Masterstudiengang ist dagegen ein weiterführendes oder Aufbaustudium und so können auch die universitären Abschlüsse Diplom und Magister nicht mit dem Master verglichen werden. Ein Masterstudiengang baut als weiterführendes Studium auf einem Bachelorabschluss auf. Das Bachelor-Master-System ist aber ein gänzlich anderes akademisches System, das mit dem jetzigen nicht verglichen werden kann und sollte.

Fazit

Insgesamt stellt das Ausbildungsmodell einen erneuten Sonderweg der Berufsausbildung für Pflegeberufe dar, dem darüber hinaus „eine berufsbildungstheoretische Systematik fehlt." (Ertl-Schmuck, 2001, S. 54). Zwar soll die vorgeschlagene Pflegeausbildung nach dem Willen der AutorInnen in das bestehende Bildungssystem einbezogen werden (S. 4), dies wird aber aufgrund seiner starken Abweichung kaum möglich sein. Das 4-stufige Qualifikationsmodell verlässt berufliche Standards, schränkt den Bildungszugang ein und vermittelt darüber hinaus ein hierarchisches Berufsverständnis. Es entspricht nicht den bildungstheoretischen und bildungspolitischen Vorstellungen einer gleichmäßig hohen und breiten Qualifikation für Fachberufe. Zudem ist es gleichzeitig durch Unter- und Überqualifikation gekennzeichnet. Unterqualifiziert sind die 2jährig Ausgebildeten, überqualifiziert die 4jährig- und die an Fachhochschule und Universität Ausgebildeten. Für beide gilt damit, dass ihre Qualifikationen weder an den Erfordernissen der zukünftigen Arbeitsfelder und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen noch an den Bedürfnissen der zukünftigen Arbeitnehmer ausgerichtet sind. Damit ist das Ziel dieses Ausbildungsmodells, nämlich angepasste Qualifikationen in einem attraktiven Beruf zur Verfügung zu stellen, nicht erfüllt. Das Stufenmodell wird dazu führen, dass die Pflegeberufe an Attraktivität verlieren, setzt es doch ein berufspolitisch und bildungspolitisch falsches Signal nach außen. Es wird damit verkündet, dass die Pflege zu großen Teilen keine qualifizierte Tätigkeit ist und bisher zu hoch qualifiziert war.

Hilfreicher wäre es gewesen, die AutorInnen hätten sich darum bemüht, das

heutige System der 3-jährigen Fachausbildungen zu modernisieren und auszubauen und vor allem das jetzt bestehende akademische System zu erweitern. [13] Wenn die Pflegeberufe wirklich Zukunft haben sollen, dann müssen ihre Ausbildungen im System der beruflichen und hochschulischen Bildung verankern werden. Ausbildungen, die außerhalb des öffentlichen Bildungssystems stehen, werfen auf die Dauer zu viele Probleme auf, wie wir das sehr deutlich an den jetzigen Ausbildungsmodellen für Pflegeberufe sehen können.

Trotzdem ist dieses Buch ein wichtiger Beitrag zur Reform der Ausbildungen, da es die Debatte noch einmal angestoßen hat. Es bleibt zu hoffen, dass die Diskussion dieses Modells von BerufsvertreterInnen und Verbänden aufgegriffen und fortgeführt wird – immerhin geht es um die Zukunft der Pflegeberufe.[14]

Dr. Claudia Bischoff- Wanner,
Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik an der Fachhochschule Esslingen

Anmerkungen

[1] Hier ist vor allem das Bundesinstitut für Berufsbildung in Berlin/Bonn zu nennen. Das Bundesinstitut befasst sich seit seiner Gründung mit Berufsbildungsforschung, Berufsentwicklung und –konstruktion sowie der Neuordnung von Berufen, unterstützt die curriculare Entwicklung, plant und begleitet Modellversuch und hat damit wesentlichen Anteil an der Modernisierung von Berufen. Auch um eine Neuordnung der Gesundheitsfachberufe bemüht sich das Bundesinstitut seit Jahren und hat viele qualifizierte Vorschläge dazu gemacht, die auf dem Hintergrund des bundesdeutschen Berufsbildungssystems entworfen worden sind.

[2] Anders als im Buch dargestellt (a.a.O. S. 21), ist die Pflegeerstausbildung in Großbritannien nicht universitär. Die Ausbildungsschulen sind zwar den Universitäten angegliedert worden, der Abschluss der Erstausbildung ist aber *nicht akademisch*, sondern es handelt sich um ein Diploma in higher education. Erst darauf aufbauend können akademische Abschlüsse erworben werden, z.B. in Bachelor- und Masterstudiengängen, es besteht allerdings volle Durchlässigkeit.

[3] Es ist fraglich, ob sich die „selbständige Steuerung von Pflegeprozessen" (a.a.O., S. 53) halten ließe. Die Pflegeberufe sind keine vollkommen selbständigen Berufe und werden es auch nicht sein, da sie in allem, was ärztliche Diagnostik und Therapie und die damit zusammenhängenden Delegationsaufgaben anbelangt, weisungsgebunden sind. Eine völlig eigenständige Pflege gibt es auch im „Ausland" (auch in den USA) nicht. Es ist nicht hilfreich für die Entwicklung der Pflege, wenn suggeriert wird, dass diese Weisungsgebundenheit und Teil-Abhängigkeit aufgehoben werden könnte.

[4] Der angegebene Titel auf S. 63: „Dr. curae" muss heißen: Dr. rerum curae.

[5] Promotionsstudiengänge sind in unserem universitären System nicht üblich, da wir andere Verfahren haben. Sie nach dem Vorbild des anglo-amerikanischen Systems einzurichten, will sehr genau überlegt sein, denn sie würden zum einen die akademische Freiheit einschränken, zum anderen älteren Promovenden die Promotion erschweren. Ebenso kann man keine festen Zeiträume für die Promotion festlegen, wie hier die geforderten mindestens drei Jahre. Dies muss den Promovenden und ihren Betreuern überlassen und nicht bürokratisch geregelt werden.

[6] Immerhin bestand bis jetzt Konsens in der Pflege, dass nur eine gleichmäßig hohe Qualifikation *aller* Pflegekräfte die Pflegequalität sichert. Nicht nur, um unvorhergesehene Situationen bewältigen zu können, sondern auch, um patientenorientierte Zielsetzungen zu erreichen und einen hohen Qualitätsstandard der Pflege zu garantieren. Warum von diesem Konsens angewichen wird, und vor allem wieso eine gleich hohe Qualifikation der Pflegenden der Pflegequalität schadet, eine verkürzte Ausbildung ihr nützt, ist nicht nachvollziehbar. Gerade wenn ein Beruf „anspruchsvoll und komplex" (Robert Bosch Stiftung, S. 3) ist, ist schwer einzusehen, warum dann 50% der Berufsgruppe dequalifiziert werden sollen.

[7] Die AutorInnen weisen auf S. 105 selbst darauf hin, dass sich der Pflegeberuf von einer schlecht qualifizierten Arbeitsposition zu dreijährig qualifizierten Fachberufen entwickelt haben. Soll diese Errungenschaft nun aufgegeben werden?

[8] Die Bezeichnung *Pflegefachperson* dürfte für diese Gruppe nicht verwendet werden, denn es handelt sich bei einer zweijährigen Berufsausbildung *nicht* um eine Fachqualifizierung.

[9] Die angestrebten zukünftigen Gehälter der PFP I und II sind unrealistisch.(a.a.O. S. 81) So soll die Bezahlung der zweijährig ausgebildeten PFP I der jetzigen Bezahlung für eine dreijährig ausgebildete Pflegekraft entsprechen. In der Regel korrespondiert die Bezahlung aber der Länge der Ausbildung; es kann also nicht erwartet werden, dass eine zweijährige Ausbildung die Bezahlung einer dreijährigen Ausbildung erzielen wird.

[10] Hinzuzufügen wäre hier noch, dass die aufgeführten Finanzierungsmodalitäten der verschiedenen Stufen der Ausbildung noch einmal überprüft werden sollten. Es ist unwahrscheinlich, dass für ein weiterbildendes Studium bzw. für die angestrebten Promotionsstudiengänge eine öffentliche Finanzierung möglich sein wird. Eine öffentliche, d.h. staatliche Ausbildungsförderung ist hier wahrscheinlich ausgeschlossen.

[11] Was auch zu bedenken ist, ist zum einen, dass auch bei aller Pflegeorientierung die Pflege kein von der Medizin völlig unabhängiger Beruf werden kann (das ist sie in den USA im übrigen auch nicht!), zum zweiten, dass medizinisches Wissen auch zum Pflegeverständnis beiträgt (ohne, dass ich weiß, was der Patient für eine Krankheit hat, kann ich ihn auch nicht qualifiziert pflegen) und zum dritten nimmt auch das medizinische Wissen zu, und die Pflege muss daran teilhaben, soll sie weiterhin bei ärztlicher Diagnostik und Therapie mitverantwortlich tätig sein. Es ist also durchaus möglich, dass der medizinische Anteil der Pflege eher noch zunehmen wird. Das heißt nicht, dass der Anteil des medizinischen Wissens in der Pflegeausbildung nicht generell auf Angemessenheit überprüft werden sollte, aber große Spielräume sind kaum zu erwarten. Hier muss noch viel nachgedacht werden. Interessant auch, dass in den „Szenarien" davon ausgegangen wird, dass Pflegekräfte in Zukunft möglicherweise vermehrt ärztliche Aufgaben übernehmen werden (Robert Bosch Stiftung, S. 175). Dies wäre nur dann möglich, wenn Pflegekräfte über fundiertes medizinisches Wissen verfügten.

[12] Die Modularisierung ist mit der Vergabe von Kreditpunkten verbunden. Anders als hier dargestellt (S. 54), ersetzen Kreditpunkte *nicht* die Benotung, sondern stellen einen Leistungsmaßstab für den zeitlichen Lernaufwand der Studierenden dar und dienen der Vergleichbarkeit von Studienleistungen. Benotungen werden auch im Modulsystem zusätzlich vergeben. Vgl. dazu Rocher, F. 1996

[13] Durch das Abgehen von etablierten Standards wird auch das bisher entstandene akademische System in der Pflege in Frage gestellt. Wenn nämlich schon die Grundausbildung an der Fachhochschule durchgeführt wird, kann das bisherige akademische System nicht aufrechterhalten werden. Was würde dann aus den jetzigen Studiengängen für Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegeexperten an den Fachhochschule werden, die sich seit kaum 10 Jahren etabliert haben und von ihrer Anlage her dem hiesigen Berufsbildungssystem größtenteils entsprechen?

[14] Auffallend ist, dass die Berufs- und Fachverbände sich bisher mit qualifizierten Stellungnahmen zurückhalten, obwohl dies ihre Aufgabe wäre. Zu fragen ist, ob den Verbänden klar ist, dass die Einheitlichkeit des Berufes durch ein Stufenmodell aufgehoben wird, womit natürlich auch eine Schwächung des Berufs in berufspolitischer Hinsicht verbunden wäre. Zu fragen ist auch, ob das „Bonbon" der angepeilten fachhochschulischen Erstausbildung auf einige Berufsangehörige so blendend wirkt, dass die pädagogische Verantwortung für zukünftig 50% Unterqualifizierte dahinter verschwindet.

Literatur

Becker, Wolfgang ; Barbara Meifort. (1998). Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Berichte zur beruflichen Bildung. Bielefeld: Bertelsmann

Davids, Sabine. (Hrsg.). (1998). Modul für Modul zum Berufsabschluss. Berichte zur beruflichen Bildung 216. Bielefeld: Bertelsmann

Ertl-Schmuck, Roswitha. (2001). Rezension in: PflegeMagazin 4/2001, S. 51-54

Meifort, Barbara. (2001). „Eliten brauchen Heloten." Dr. med. Mabuse 130, S. 40ff

Meifort, Barbara; Wolfgang Becker. (Hrsg.). (1995). Berufliche Bildung für Pflege- und Erziehungsberufe. Berichte zur beruflichen Bildung 178. Bielefeld: Bertelsmann

Robert Bosch Stiftung. (Hrsg.) (2000). Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer

Roscher, Falk; Angelika Sachs. (1996). Credit-Rahmenwerk für die Fachhochschulen in Baden-Württemberg. Alsbach: Leuchtturm