

Reform der Pflegeausbildung

Versuch einer Standortbestimmung im Bildungssystem

Zur Reformdiskussion

aus bildungsstrukturellem und geschlechtsspezifischem Blickwinkel

Sabine Brendel und Gerd Dielmann

In diesem Beitrag werden Fragen des Ausbildungsniveaus und der Integration der pflegerischen Berufsausbildungen in das Bildungssystem unter Einbeziehung der in den letzten Jahren neu entwickelten gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Studiengänge diskutiert. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer Darstellung des Berufsbildungssystems und aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Entwicklungen.

Übersicht

Einführung

1. Strukturelle Grundlagen des deutschen Berufsbildungssystems
 2. Geschlechtsspezifische Aspekte des deutschen Berufsbildungssystems
 3. Vollzeitschulische Ausbildungen an Berufsfachschulen
 4. Ausbildungen an Schulen des Gesundheitswesens
 5. Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten
 6. Strukturelle Veränderungen des Sozial- und Gesundheitswesens
 7. Konsequenzen für die Basisausbildung
 8. Kernelemente der Ausbildungen
 9. Diskussion der Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten
- Zusammenfassung

Einführung

In der Bildungsdiskussion über die Reform der Ausbildungen in den Pflegeberufen [1] spielt (neben der Forderung nach Schaffung eines einheitlichen Ausbildungsberufs für alle pflegerischen Zielgruppen bzw. einer gemeinsamen Grundausbildung bei weiterhin spezialisierten Ausbildungsgängen) vor allem die Frage des Niveaus der Ausbildung und ihre Integration in das System der beruflichen Bildung eine entscheidende Rolle.

Die Niveaudiskussion äußert sich in der Frage der Zugangsvoraussetzungen, aber auch darin, ob das Niveau des qualifizierten Berufsabschlusses noch das richtige sei und nicht vielmehr auch die pflegerische Berufsausbildung auf akademischem Niveau (zumindest an Fachhochschulen) zu erfolgen habe. Verwiesen wird dabei oft auf das „europäische Ausland“, dem die deutsche Ausbildung hinterherhinke.[2] Auf die Problematik dieser oft undifferenzierten Vergleiche wurde an anderer Stelle hingewiesen (Dielmann 1996).

Zugleich gibt es Tendenzen, zwischen den Fachberufen und Helferinnenabschlüssen[3] ein weiteres Niveau einzuführen, das nach einer zweijährigen Berufsausbildung einen ersten Berufsabschluß vorsieht.

In der Diskussion [4] über die Integration der pflegerischen Ausbildungsgänge in das System der beruflichen Bildung spielt die Frage eine zentrale Rolle, ob die zu reformierende Ausbildung im dualen System auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) geregelt werden soll oder an Berufsfachschulen einer schulrechtlichen Regelung zu unterliegen hat.

In Frage gestellt wird mit dieser Diskussion in jedem Fall der „historische Kompromiß“ im Krankenpflegegesetz von 1985, dem sowohl die Bundesregierung, als auch die Landesregierungen nach wie

vor anhängen. Damals wurde der von den Berufsverbänden und Krankenhausträgern geforderte Sonderweg, kranken- und kinderkrankenpflegerischer Ausbildungsgänge in Schulen an Krankenhäusern anzusiedeln, beibehalten. Allerdings wurden zentrale Merkmale betrieblich-dualer Ausbildungsgänge mit den arbeitsrechtlichen Vorschriften im III. Abschnitt des Gesetzes fast wörtlich aus dem Berufsbildungsgesetz übernommen (vgl. Brenner 1994, Dielmann 1993, Kruse 1978).

Unstrittig ist immerhin, daß die Ausbildung auch zukünftig, wie und wo auch immer geregelt, sowohl praktische als auch theoretische Ausbildungsanteile umfassen muß.

Beide Fragen, sowohl die des Niveaus der Ausbildung als auch die der Ausbildungsorganisation (schulrechtlich oder betrieblich-arbeitsrechtlich), lassen sich sinnvoll erst beantworten, wenn (a) der gesellschaftliche Bedarf an pflegerischen Qualifikationen und seine Entwicklung näher beschrieben worden ist und (b) die strukturellen Bedingungen unseres Berufsbildungssystems mit ihren Auswirkungen auf Berufs- und Bildungschancen betrachtet wurden.

Um die Ausbildungen in den Pflegeberufen, die derzeit an den Schulen des Sozial- und Gesundheitswesens absolviert wer-

den,[5] im bundesdeutschen Berufsbildungssystem verorten zu können, werden zunächst die strukturellen Grundlagen des deutschen Berufsbildungssystems skizziert. Dies geschieht aus einem geschlechtssensiblen Blickwinkel, da das deutsche Berufsbildungssystem stark geschlechtssegregiert ist und es sich zudem bei den Fachberufen des Gesundheitswesens um Berufe mit extrem hohen Frauenanteilen handelt.

Anschließend werden aktuelle Entwicklungstendenzen im Sozial- und Gesundheitswesen beschrieben und ihre möglichen Auswirkungen auf den Qualifizierungsbedarf diskutiert, um schließlich erste, vorläufige Antworten auf die eingangs gestellten Fragen zu versuchen.

1. Strukturelle Grundlagen des deutschen Berufsbildungssystems und der Stellung der Pflegeausbildung

Im folgenden wird die Grundstruktur des deutschen Berufsbildungssystems dargestellt, wobei vor allem der Bereich unterhalb der Fachhochschulen/ Universitäten betrachtet wird. Zum Ende dieses Abschnittes soll angesichts der Gründung von Studiengängen in Pflege- und Gesundheitswissenschaften ein kurzer Blick auf einige Besonderheiten der hochschulischen Berufsbildung gerichtet werden.

Das deutsche Berufsbildungssystem läßt sich in drei Sparten einteilen. Diese sind aus unterschiedlichen historischen Traditionen entstanden, mit z.T. immer noch aktuellen Folgen (vgl. u.a. Rabe-Kleberg 1987, 1990, 1993).

Quantitativ am bedeutendsten sind die dualen Ausbildungen, bei denen eine Jugendliche einen Ausbildungsvertrag mit einem betrieblichen Arbeitgeber hat und ein- bis zweimal wöchentlich (oder blockweise) die Berufsschule besucht. Diese dual ausgebildeten Berufe sind nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt, das 1969 die bis dahin geltenden Regelungen zusammengefaßt und auf eine bundeseinheitliche Grundlage gestellt hat.

Daneben existieren vollzeitschulische Berufsausbildungen, die an Berufsfachschulen durchgeführt werden. Diese sind nur zu einem sehr geringen Teil durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. die Handwerksordnung (HwO) geregelt. Die meisten vollzeitschulischen Ausbildungen sind - da es schulische Ausbildungen sind -

den jeweiligen Kultusministerien der Länder unterstellt. Dies hat zur Folge, daß für denselben Beruf unterschiedliche Ausbildungsregelungen gelten - sofern keine länderübergreifenden Vereinbarungen getroffen werden, die dabei immer nur Rahmenvereinbarungen sein können.

Zusätzlich zu diesen beiden Feldern der Berufsbildung existiert noch ein drittes: Ausbildungen, die in Schulen des Gesundheitswesens absolviert werden. Rechtsgrundlage ist (wie bei den Ausbildungen an Berufsfachschulen) nicht das BBiG. Da die Schulen zumeist Krankenhäusern angeschlossen sind, befinden sie sich damit auch außerhalb des schulischen Systems. Sie können in staatlicher (Kommune, Land), freigemeinnütziger (z.B. kirchlicher) oder privater Trägerschaft betrieben werden.[6] Man spricht hier von einem Sonderweg zwischen dualer und schulischer Ausbildungsorganisation (Kruse 1978).

Streng genommen handelt es sich auch nicht um originäre Ausbildungsgesetze, sondern um Berufszulassungsgesetze, für die der Bund seine Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Ziffer 19 Grundgesetz bezieht. In diesem ist dem Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung die Regelungskompetenz für „Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, dem Verkehr mit Arzneien, Heil- und Betäubungsmitteln und Giften“ (ebenda) übertragen.

Es wird verständlich, daß eine Zuordnung der Altenpflegeausbildung zu diesen „Heilberufen“ nach wie vor umstritten ist. Man könnte sie auch für die Kranken- und Kinderkrankenpflege kritisch diskutieren. Jedenfalls erlaubt die Berufszulassungskompetenz keine detaillierte Ausbildungsregelung.

Einen Überblick über die quantitative Verteilung innerhalb dieser oben erwähnten Sparten vermittelt auf der nächsten Seite die Abbildung 1.

Insgesamt bilden damit die dual Ausgebildeten mit Abstand den größten Anteil an allen Auszubildenden. Deutlich wird aber auch, daß in den Schulen des Gesundheitswesens in etwa ähnlichem Umfang junge Menschen ausgebildet werden wie in den Berufsfachschulen, weshalb sie auch in der Berufsbildungsstatistik nicht unterschlagen werden dürfen (was oft geschieht).

2. Geschlechtsspezifische Aspekte des deutschen Berufsbildungssystems

Beim Blick auf Abbildung 1 fällt weiter auf, daß sich weniger als die Hälfte aller jungen Frauen in dualen Ausbildungen befinden. Dagegen ist der Anteil von Frauen in vollzeitschulischen Berufsausbildungen, die außerhalb des BBiG geregelt sind, extrem hoch: In den Berufsfachschulen wie in den Schulen des Gesundheitswesens stellen sie jeweils mehr als zwei Drittel der Schülerinnen. Bei der Betrachtung des Geschlechteranteils von dualen Berufsausbildungen einerseits und vollzeitschulischen Ausbildungen sowie solchen an Schulen des Gesundheitswesens andererseits läßt sich durchaus von zwei parallel laufenden, geschlechtssegregierten Berufsbildungssystemen in der BRD sprechen (Krüger 1996).

Vor allem in beruflich qualifizierenden Berufsfachschulen sind junge Frauen in deutlicher Überzahl zu finden, weniger in der Berufsschule - und damit den dualen Berufsausbildungen (vgl. Tabelle 1). Der Rückgang des Frauenanteils in den Berufsschulen der letzten Jahre um 4 Prozentpunkte erstaunt um so mehr, als von einem gestiegenen Frauenanteil in der dualen

Tab. 1 Prozentualer Anteil von Schülerinnen/Auszubildenden an beruflichen Schulen nach Bildungsbereichen im Zeitverlauf

Jahr	Berufsschulen [7]	Berufsfachschulen [8]	[9] Schulen des Gesundheitswesens
1960 [10]	44,07	70,41	100,00
1970	41,93	61,64	88,28
1980	40,32	68,71	85,94
1990	43,85	64,01	83,45
1995	40,77	64,53	78,95 [11]

(Quelle: Grund- und Strukturdaten 1991/92: 44f, 56 und 1996/97: 58, 62 f. sowie eigene Berechnung)

Ausbildung gesprochen wird. Außerdem fällt ein stetiger Rückgang des im Jahre 1960 noch 100%igen Frauenanteils in den Schulen des Gesundheitswesens auf. Sie stellten im Jahre 1994 aber immer noch mehr als drei Viertel aller Schülerinnen.

Im folgenden sollen die vollzeitschulischen Berufsbildungsgänge sowie die an Schulen des Gesundheitswesens genauer betrachtet werden, da ausschließlich in diesen beiden Sparten der Berufsbildung junge Menschen (meist Frauen) für einen Beruf im Gesundheitswesen ausgebildet werden.

3. Vollzeitschulische Ausbildungen an Berufsfachschulen

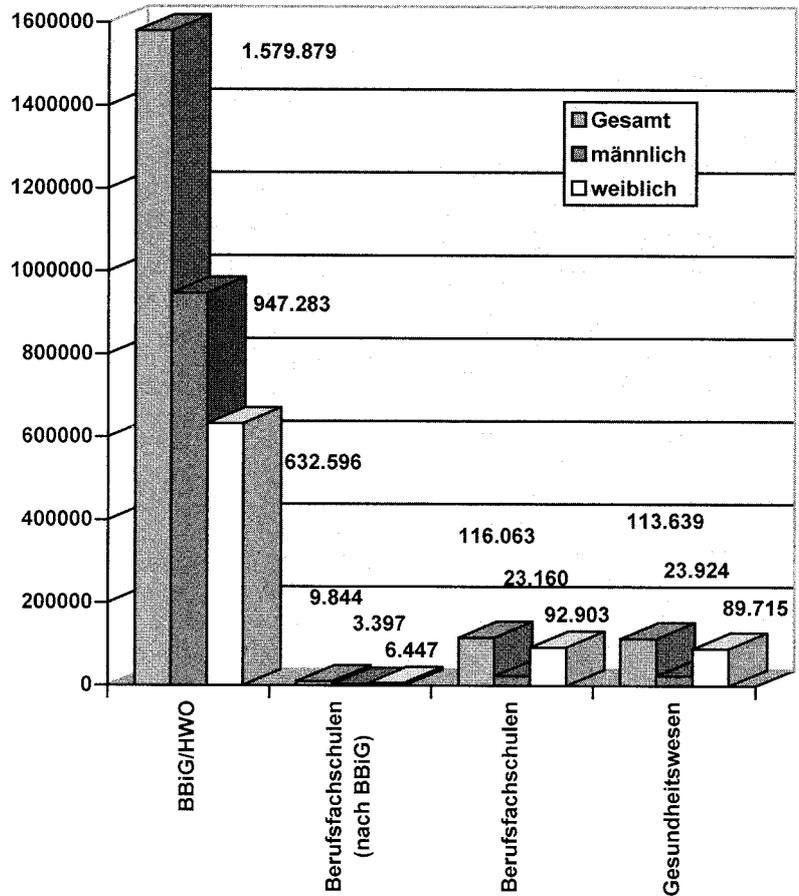
Vollzeitschulische Ausbildungen werden an Berufsfachschulen absolviert. Diese Form von Ausbildungen bringt aufgrund ihrer Nicht-Anerkennung durch bundeseinheitliche gesetzliche Regelungen und der Organisation der Berufsausbildung strukturelle Nachteile für die - meist weiblichen - Auszubildenden mit sich. Dies gilt für die Zeit während und nach der Berufsausbildung (siehe Abbildung 2).

Bei dieser Übersicht fällt der deutliche weibliche „Überhang“ besonders auf; manche Berufsausbildungen werden fast ausschließlich von Frauen wahrgenommen (z.B. Kinderpflege und Hauswirtschaft).

Hinsichtlich des Vermittlungsgrades in den Arbeitsmarkt am Ende der Ausbildung bestehen aufgrund der nicht vorhandenen Verzahnung zwischen Betrieb und Schule insgesamt deutliche Übergangs- und damit Integrationsprobleme durch die vornehmlich überbetriebliche, schulische Ausbildung (vgl. auch Berufsbildungsbericht 1996: 97). Oft sind diese schulischen - und damit unvergüteten - Ausbildungen Assistentinnenberufe, die wenig Aufstiegschancen bieten (vgl. hierzu auch Krüger 1992, 1996). Hinzu kommen neben diesem Arbeitsmarktrisiko die fehlende bundeseinheitliche Regelung der Bildungsgänge, so daß die Absolventinnen in ihrer beruflichen Mobilität ein weiteres Risiko tragen.

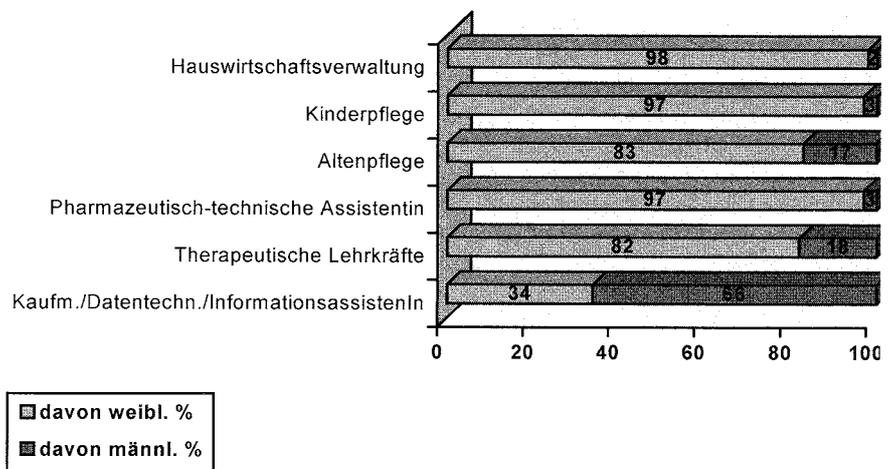
Die Berufsbildungsstatistik ist in diesem Kontext allerdings mit Vorsicht zu betrachten, da ein Teil der Ausbildungen im Sozial- und Gesundheitswesen in einzelnen Bundesländern den Berufsfachschulen zugeordnet werden, obwohl sie streng genommen keine solchen Schulen sind, weil sie auf Berufszulassungsgesetzen basieren.

Abb. 1 Zahl der Auszubildenden in den verschiedenen beruflichen Bildungsgängen nach Geschlecht im Jahr 1994 [12]



(Quelle: Berufsbildungsbericht 1996: 55, 62 f., 175-177 sowie eigene Berechnungen)

Abb. 2 SchülerInnenzahlen bei ausgewählten Berufsfachschulberufen 1994



(Quelle: Berufsbildungsbericht 1996: 63)

Der Blick auf den beruflichen Integrationsverlauf von Ausbildungsabsolventinnen nach Geschlecht und Ausbildung (dual, außerbetrieblich) offenbart markante Auswirkungen der mangelnden Verzahnung. So war in den neuen Bundesländern[13] drei Monate nach erfolgreichem Abschluß der Ausbildung der Stand der Integration in den Arbeitsmarkt wie folgt (vgl. Berufsbildungsbericht 1996: 96):

- ⇒ Von allen Männern hatten drei Monate nach Ausbildungsabschluß 69 % im erlernten Beruf eine Arbeit gefunden, 10 % waren arbeitslos. Bei den Frauen waren es nur 56 %, die im erlernten Beruf zu finden waren, dagegen 32 % in der Arbeitslosigkeit.
- ⇒ Werden die Daten danach sortiert, in welchem Ausbildungsverhältnis die Absolventinnen standen, so ergibt sich nochmals ein sehr deutliches Bild: 71 % derjenigen, die ihre Ausbildung in dualer Form durchgeführt haben, waren im erlernten Beruf zu finden, 12 % waren arbeitslos. Dagegen waren nur 29 % der ehemaligen Auszubildenden, die ihre Ausbildung in einer außerbetrieblichen Ausbildungsstätte abgeschlossen hatten, im erlernten Beruf zu finden und fast die Hälfte aller so Ausgebildeten war arbeitslos.

Die bisherigen Daten haben verdeutlicht, daß die dual Ausgebildeten die absolute Mehrheit aller Auszubildenden ausmachen und daß junge Frauen bis zu 40 % (aber mit fallender Tendenz) darin beteiligt sind. Darüber hinaus wurde deutlich, daß ein strukturell hoher Anteil von Frauen in Berufsausbildungen zu finden ist, die außerhalb der bundeseinheitlichen gesetzlichen Regelungen liegen, bei denen keine Ausbildungsvergütung bezahlt wird und die Integrationsrisiken erheblich sind. Die hohe Desintegrationsgefahr von jungen Frauen nach durchlaufener Berufsausbildung liegt zum großen Teil an der mangelnden Verzahnung zwischen betrieblicher und schulischer Ausbildung bei vollzeitschulischen Berufsausbildungen.

Sie werden oftmals als Auffangbecken von im dualen Bereich erfolglosen Bewerberinnen genutzt und in Zeiten eines schwierigen Ausbildungsstellenmarktes bildungspolitisch bewußt ausgebaut. Insofern sind sie weniger als Alternative, denn als Ergänzung des dualen Ausbildungsmarktes zu sehen (vgl. auch Berufsbildungsbericht 1996: 63). Als solche spielen sie angesichts einer Ausbildungsmarkt-Krise eine zunehmend wichtige Rolle, denn sie dienen damit als „Konjunkturpuf-

fer“ (vgl. auch Rettke 1992). Dieser ist jedoch eindeutig geschlechtsspezifisch segregiert und bietet vornehmlich jungen Frauen bei drohender Erfolglosigkeit auf dem Ausbildungsmarkt scheinbare Alternativen. Die Nachteile dieser "Alternativen" haben die Auszubildenden selbst zu tragen.

4. Ausbildungen an Schulen des Gesundheitswesens

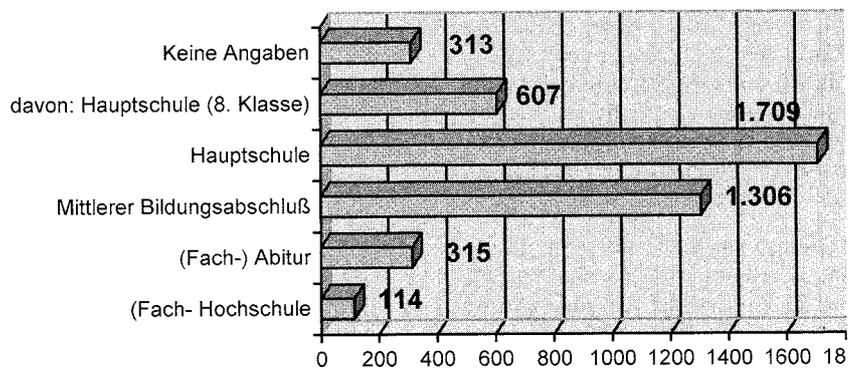
Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, ist der weibliche Anteil der Auszubildenden auch in den Schulen des Gesundheitswesens überdurchschnittlich hoch (allerdings hat in den letzten Jahren der Männeranteil zugenommen. Über die Schulen des Gesundheitswesens liegen aufgrund der heterogenen Zuständigkeiten nur unzureichende Daten vor. Die einzigen Quellen sind derzeit (neben dem jährlich veröffentlichten Berufsbildungsbericht) entsprechende Statistiken der Länder und Daten der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Für Schulen, die unter der Zuständigkeit der Kultusministerien liegen, werden zumindest Daten zu Geschlecht, nationaler Herkunft (und früher auch sozialer Herkunft) erhoben.

Vor dem Hintergrund der quantitativen Aufhebung der Geschlechterungleichheit (vgl. Horstkemper 1995) durch die Bildungsreform und -expansion der 70er und 80er Jahre bei weitgehendem Fortbestehen

der sozialen Ungleichheit (Bellenberg/Klemm 1995, Brendel 1997), hätte eine Erhöhung des Zugangsniveaus auf die allgemeine Hochschulreife, wie sie im Zusammenhang mit den Ausbildungsreformen diskutiert wird, insbesondere für die Altenpflege schwerwiegende Folgen. Denn dann wäre der weit überwiegende Teil der heutigen Auszubildenden künftig vom Zugang zu dieser Berufsausbildung ausgeschlossen, wie aus Abbildung 3 un schwer zu entnehmen ist, die über die soziale Herkunft von Altenpflegeschülerinnen gemessen am Schulabschluß Auskunft gibt.

Ausbildungen in Schulen des Gesundheitswesens zur Pflegefachkraft stellen in ihrer existierenden Form eine Zwitterstellung zwischen dem dualen und dem vollzeitschulischen System dar, da hier wohl eine Verzahnung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung erfolgt und Ausbildungsvergütung gezahlt wird (ähnlich den Berufsausbildungen in den dualen Ausbildungsgängen). Jedoch sind diese Ausbildungen nicht wie letztere im Berufsbildungsgesetz verankert, was - strukturell angelegt - eine Reihe von Nachteilen für die betriebliche Ausbildung, aber auch für die Finanzierung und Organisation der Schulen sowie der Ausbildung der Lehrerinnen nach sich zieht (Bals 1990, Dielmann 1993, Wanner 1987). Auch für die finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Auszubildenden ist dies zumindest teilweise mit Nachteilen

Abb. 3 Schulabschlüsse von Altenpflegeschülerinnen und -schülern



(Quelle: Berufsbildungsbericht 1997: 133)

verbunden.(Schulgeld, keine Ausbildungsvergütung, keine Ansprüche aus der Arbeitslosenversicherung usw.).

- ⇒ Aufgrund der Verzahnung zwischen Theorie und Praxis unterscheiden sie sich von den vollzeitschulischen Ausbildungen. Jenseits dieser Tatsache verfügen sie jedoch über alle Merkmale von typischen Frauenberufen, die in der Mehrzahl in Berufsfachschulen ausgebildet werden. Diese sind wie folgt (vgl. auch BIBB 1994).
- ⇒ Sonderwege in der Ausbildung (nicht nach BBiG)
- ⇒ geringe innerbetriebliche Aufstiegschancen (vornehmlich in der Altenpflege)
- ⇒ Nähe zum „weiblichen Arbeitsvermögen“ (Beck-Gernsheim 1982, vgl. auch Bischoff 1992)
- ⇒ Erwartung von hohen allgemeinbildenden Formalqualifikationen.
- ⇒ Hohe soziale Kompetenz als Anforderungsmerkmal: Diese wird nicht als eine in der Ausbildung zu erwerbende verstanden, sondern als Kriterium bei der Aufnahme der Ausbildung vorausgesetzt. Da dies als Persönlichkeitsmerkmal verstanden wird, das im Subjekt der Pflegefachkraft steckt, wird dies weder als erlernbar noch als über-individuelle Kompetenz erkannt. D.h. das, was neben dem praktischen, technischen und theoretischen Wissen für eine qualifizierte Ausübung des Berufes erforderlich ist, wird als in der Person der Ausübenden wahrgenommen und muß damit weder konsequent ausgebildet noch vergütet werden. Nach unserer Meinung gehört letzteres sehr deutlich in die Ausbildung.

5. Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten

Im folgenden einige neuere Daten zu den markanten Merkmalen in der hochschulischen beruflichen Bildung, die angesichts der Gründung eine Reihe von pflege- und gesundheitswissenschaftlicher Studiengänge beachtet werden sollten.

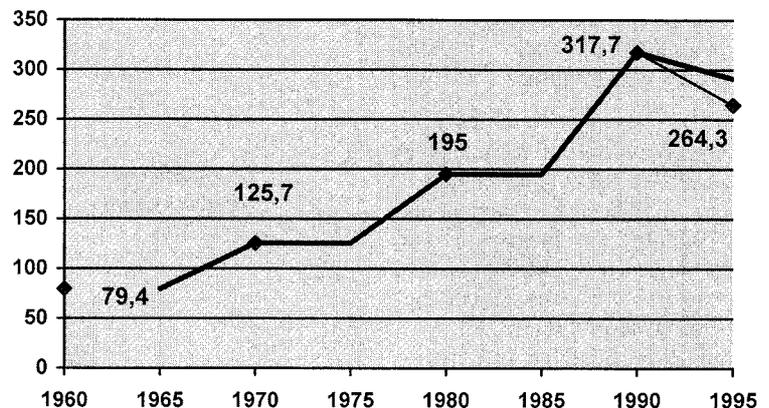
Seit 1960 ist eine enorme Steigerung der Studienanfängerinnen festzustellen, der allerdings seit Beginn der 90er Jahre trotz Erweiterung der BRD durch die fünf neuen Bundesländer gebrochen ist (vgl. Abbildung 4).

Tab. 2 Schulen und Schüler/innen in den Berufen des Gesundheitswesens 1995

Ausbildungsberufe	Schulen	Schül.	männl.	weibl.
Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut/in	45	4.534	1.058	3.476
Diätassistent/in	33	1.343	88	1.255
Entbindungspfleger/Hebamme	41	1.670	---	1.670
Krankenpfleger/-schwester	740	63.931	15.139	48.792
Kinderkrankenpfleger/-schwester	162	8.217	312	7.905
Krankenpflegehelfer/in	155	3.193	605	2.588
Krankengymnast/in	126	13.381	3.519	9.862
Masseur/Masseurin	15	662	291	371
Masseur/in u. mediz. Bademeister/in	35	1.782	832	950
Logopäde/in	29	1.281	160	1.121
Techn. Assistent/in in der Medizin	2	179	38	141
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/in	59	3.161	265	2.896
Medizin.-techn. Radiologieassistent/in	24	1.567	271	1.296
Veterinärmedizin. Assistent/in	2	76	3	73
Zytologie-Assistent/in	3	54	1	53
Pharmazeutisch-techn. Assistent/in	28	2.859	109	2.750
Andere mediz.-techn. Assistent/in	7	155	134	21
Orthoptist/in	10	103	--	103
Rettungsassistent/in	30	1.918	1.797	151
Mediz. Dokumentationsassistent/in	2	175	23	152
Medizin. Fußpfleger/in	2	38	6	32
Altenpfleger/in	124	13.270	2.527	10.743
Insgesamt	1.674	123.549	27.148	96.401

(Quelle: : Bundesministerium BWFT (1997): Berufsbildungsbericht 1997: 231f)

Abb. 4 Studienanfänger/innen an Hochschulen im Zeitverlauf (in Tausend) [14]



Quelle: Bundesministerium BWFT (1997) Grund- und Strukturdaten 1996/97: 146
Die verbundene Datenlinie stellt den Trend des gleitenden Durchschnitts dar.

Dies ist auch verbunden mit der deutlichen Erhöhung von weiblichen Studierenden und teilt sich zwischen Fachhochschulen (FH) und Universitäten wie in Abbildung 5 gezeigt auf.

An Fachhochschulen ist ein starker Anstieg von Studienanfängerinnen festzustellen, was in der Gründung und im Ausbau von Fachhochschulen im Sozial- und Verwaltungswesen in den 70er Jahren begründet ist. Fachhochschulen waren in den 60er und 70er Jahren fast ausschließlich Ausbildungsstätten für Ingenieurwesen, Maschinenbau und Wirtschaft. Dieser Trend dürfte seit 1995 nochmals durch die massive Gründung von pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen verstärkt worden sein. Es kann angenommen werden, daß diese überproportional von Männern - im Verhältnis zu ihrem Anteil in der pflegerischen Grundausbildung - besucht werden (leider liegen hierzu noch keine Daten vor).

Diese Vermutung wird u.a. genährt aus der Kenntnis des Geschlechterungleichgewichts beim Studienverzicht (also der Verzicht, trotz Hochschulzugangsberechtigung (HZB) ein Studium aufzunehmen). Denn hier sind es wiederum bundesweit vornehmlich junge Frauen, die trotz inzwischen erreichtem gleichen oder gar leicht erhöhtem prozentualen Anteil an Hochschulzugangsberechtigungen (vgl. u.a. Horstkemper 1995) öfter als junge Männer auf die Aufnahme eines Studiums verzichten: So nahmen 1976 71,4 % aller weiblichen Studienberechtigten bis zu zwei Jahren nach Abschluß ihres Abiturs ein Studium auf, im Gegensatz zu 81,6 % aller männlichen. Im Jahre 1995 waren dies nur noch 66,3 % aller jungen Frauen mit Abitur, aber 87,9 % aller jungen Männer mit demselben formalen Abschluß (Quelle: Grund- und Strukturdaten 1996/1997: 197).

Diese jungen Frauen absolvieren dann in den meisten Fällen duale Ausbildungen, im Gegensatz zu jüngeren Frauen in der beruflichen Bildung, die überproportional in vollzeitschulischen Ausbildungen zu finden sind (s.o.). 10 % der Frauen mit Hochschulzugangsberechtigung, die auf die Aufnahme eines Studiums bis zu zwei Jahren nach abgeschlossener (Fach)Hochschulreife verzichten, sind in Ausbildungen in Schulen des Gesundheitswesens zu finden. (Quelle: Hochschulinformationssystem 1995, Nr. 9, S. 31-67, Tab. 20)

Ob nun gerade die neu gegründeten pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Studiengänge für junge Frauen mit Abitur

Abb. 5 Frauenanteil an den Studienanfänger/innen an Universitäten und Fachhochschulen in %

(Quelle: Grund- und Strukturdaten 1996/97: 146-151: eigene Berechnungen)

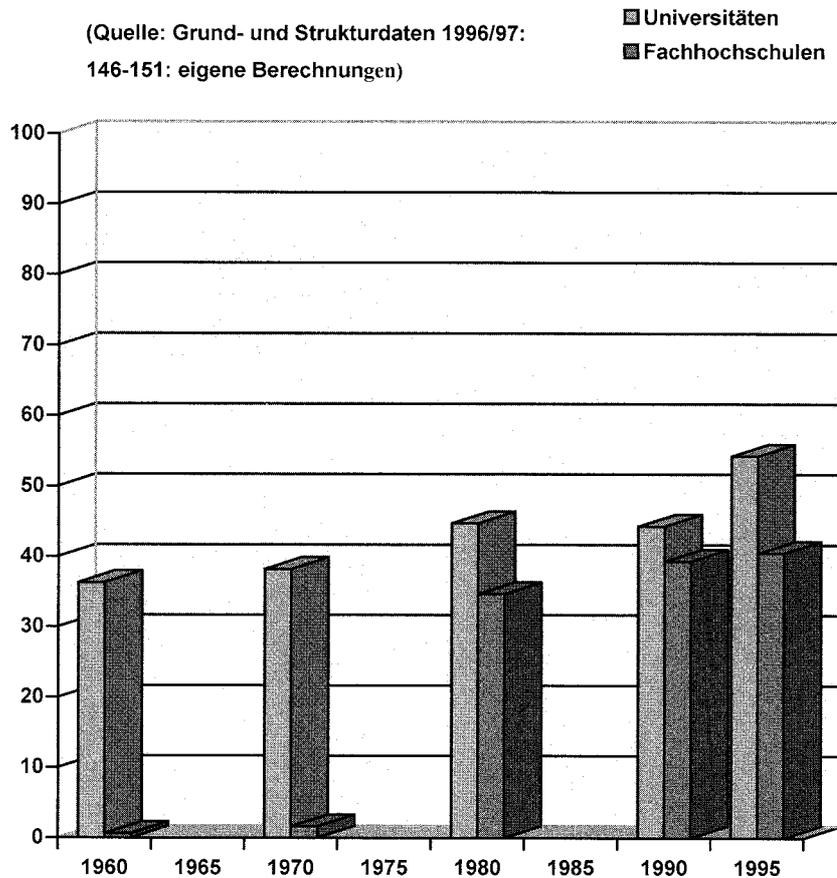
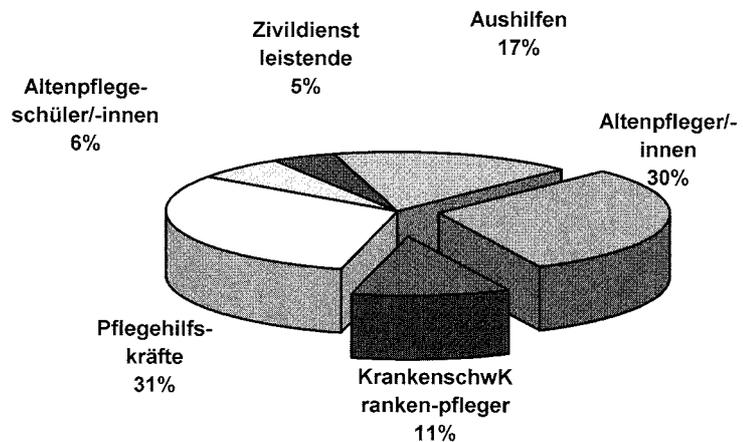


Abb. 6 Qualifikationsstruktur in der stationären Altenhilfe (Anteil in %)



Quelle: BIBB 1997

und daran angeschlossener Krankenpflegeausbildung die Chancen für eine Studienaufnahme bieten oder es auch hier wiederum überproportional männliche Pflegekräfte sind, die an diesen neuen Studiengängen der FH und Universitäten ein Studium aufnehmen, wäre eine spannende Frage. Sie kann aber mit dem vorliegenden Material nicht beantwortet werden. Hierzu bedarf es eigener statistischer Erhebungen, die bislang weder vorliegen noch (unseres Wissens) studienortübergreifend durchgeführt wurden.

Viele Studiengänge wurden seit Ende der 80iger Jahre gegründet, inzwischen hat sich der Trend, Ausbildungen an Fachhochschulen (meist für Sozialwesen) durchzuführen, weitgehend durchgesetzt. Bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Bremen, Berlin) finden sie nicht in Universitäten statt. Doch die Frage, was und wofür ausgebildet wird - und damit auch verbunden die Frage, wer ausbilden darf, ist noch lange nicht beantwortet. Diese Auseinandersetzungen innerhalb der neuen akademischen Disziplin sind fruchtbar, sollten aber eine Vertiefung in die bzw. Kenntnis der Strukturen und unbeabsichtigten geschlechtlichen und sozialen Folgen des hiesigen Berufsbildungssystem zur Voraussetzung haben, wenn das Ziel besteht, mit der Tradition der Sonderwege in der bisherigen Pflegeausbildung (s.o.) zu brechen.

Schon bei flüchtiger Betrachtung fallen einige Parallelen in der Struktur und in den Inhalten zwischen den Fachhochschulgängen zu Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Grundausbildungen in Schulen des Gesundheitswesens auf: Es gibt inzwischen eine Vielzahl von verschiedenen Studiengängen an Fachhochschulen und Universitäten, jedoch fehlen bisher weitgehend gemeinsame Anstrengungen, die Unübersichtlichkeit der Studiengänge zu sichten und zu vereinheitlichen. Hinzu kommt, daß Studiengänge an Fachhochschulen in kirchlicher Trägerschaft stärker als andere ihre Eigenheiten pflegen, so daß eine Vereinheitlichung bzw. sinnvolle Abgrenzung nochmals erschwert wird. Das bedeutet, daß ein willkürlich anmutendes Durcheinander verschiedener Studiengänge existiert (schon alleine die Diskussionen um die Bezeichnungen des Abschlußgrades sprechen Bände), ohne daß der Versuch unternommen wird, sinnvolle, einander ergänzende Studiengänge einzurichten. Die Absolventinnen, nicht die Hochschulen haben je individuell die Konsequenzen hierfür zu tragen.

Länderübergreifende Rahmenprüfungsordnungen fehlen bislang weitgehend, die - neben der Hilfe zur Vereinheitlichung und Abgrenzung - beim Aufbau eines durchdachten Bildungsganges vor Beginn desselben helfen könnten und eine gute Möglichkeit böten, über die Ziele, Inhalte und den Bedarf eines Studienganges gemeinsam zu reflektieren. Während die Kultusministerkonferenz (KMK) für die kaum mehr als ein halbes Dutzend Fachhochschulstudiengänge in der Heilpädagogik zur Zeit eine Rahmenstudien- und Prüfungsordnung erarbeitet, ist für die pflegerischen Studiengänge die Diskussion um sinnvolle Differenzierung der einzelnen Fachrichtungen und ihre Vereinheitlichung kaum eröffnet.[15]

Die Diskussion um "Schlüsselqualifikationen" erinnert sehr stark an die Anforderung und Diskussion von erforderlichen sozialen Kompetenzen in den pflegerischen Grundausbildungen. Dies wird zwar hier nicht als ein Studiaufnahmekriterium verstanden, vielmehr wird davon ausgegangen, daß sich die Studentinnen diese "Schlüsselqualifikationen" beiläufig selbst erwerben. Darunter werden zumeist kommunikative und soziale Kompetenzen verstanden (vergleiche u.a. Fiezek/Kraushaar 1993), ohne daß sie aber präzisiert werden - und selten genug definiert wird, wie diese denn in der akademischen Ausbildung von den Studentinnen erworben - und geprüft - werden sollten.

Durch die von vielen Fachhochschulen gestellte Anforderung, neben der Hochschulzugangsberechtigung eine Pflegeberufsausbildung nachzuweisen oder zumindest eine längere Zeit in der Pflegepraxis gearbeitet zu haben, wird wiederum ein Sonderweg im Vergleich zu anderen Studiengängen eingeschlagen. Diese Vorbedingung - so sinnvoll sie beim derzeitigen Entwicklungsstand sein mag - wird darüber hinaus als persönlich akkumulierte Kompetenz (in diesem Fall: angesammelte Pflegeerfahrung und -wissen) formal zur Voraussetzung, nicht zum Inhalt der Ausbildung. Dies erinnert an die hohe soziale Kompetenz, die beim Eintritt in die pflegerische Grundausbildung vorausgesetzt, später weder zielgerichtet erlernt noch vergütet wird.

Die im Zuge der Pflegenotstandsdebatte eingeleitete zügige Entwicklung von pflegebezogenen (Fachhochschul-) Studiengängen wurde häufig berufsständisch begründet (Stichwort „Professionalisierung“), ohne daß Entwicklungen im Berufsfeld und der Qualifikationsbedarf auf den verschiedenen Niveaus unseres Be-

ruftbildungssystems hinreichend gründlich in Betracht gezogen wurden. Bei den vorliegenden Prognosen (Bosch-Stiftung 1992: 164 ff, IES Hannover 1995) wurden Bedarfe weniger ermittelt als durch (wünschenswerte) Annahmen gesetzt. Ein Beispiel: 50 % der Leiterinnen mittlerer Sozialstationen und alle Leitungskräfte großer Sozialstationen sollen über einen wirtschaftswissenschaftlichen Fachhochschulabschluß verfügen (IES 1995:13).

Die erforderliche gründliche Analyse des *Qualifizierungsbedarfs* können auch wir in diesem Beitrag nicht leisten. Wir werden aber nach einer knappen Skizzierung aktueller Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitswesen die Frage wieder aufgreifen, welcher Ausbildungsgänge es auf welchem Niveau bedarf.

6. Strukturelle Veränderungen des Sozial- und Gesundheitswesens

Während es in der medizinischen Akutversorgung in den Krankenhäusern durch massive Verkürzung der Verweildauer zu einer Verdichtung der pflegerischen Arbeit auf die intensivpflegerische Betreuung vor- oder nach der Operation bzw. weitgehende Beschränkung auf die Akutphase einer internistischen Erkrankung kommt, werden Kranke noch weitgehend unselbstständig wieder in häusliche Pflege entlassen oder die prä- und postoperative Versorgung verbleibt wie beim „ambulanten Operieren“ von vorneherein der häuslichen Versorgung überlassen.

In der stationären Altenhilfe vollzieht sich ein ähnlicher Prozeß mit einer Tendenz eines steigenden Anteils schwerpflegebedürftiger Bewohnerinnen, während rüstige Alte, aber auch chronisch Pflegebedürftige solange wie möglich in ihrer heimischen Umgebung bleiben wollen. Altenheime werden zu Pflegeheimen, Pflegestationen in Altenheimen ähneln zunehmend Einrichtungen akutpflegerischer Versorgung. Akutkrankenhäuser werden um ambulante und (teil)stationäre Pflegeeinrichtungen erweitert.

Der durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ermöglichte forcierte Ausbau ambulanter Pflegedienste eröffnet ein neues Tätigkeitsfeld der Pflegeberufe, in dem sowohl akut Erkrankte vor- und nachstationär zu versorgen sind, als auch vorübergehend oder auf Dauer Pflegebedürftige einer pflegerischen und hauswirtschaftlichen Betreuung und Ver-

sorgung bedürfen. Durch die Regelungen des Gesetzes wächst die Bedeutung familiärer sowie gering vergüteter Laienpflege. Damit einher geht ein steigender Anleitungs- und Beratungsbedarf dieser pflegenden Angehörigen oder in Nachbarschaftshilfe tätigen Laien. Die durch die Gesundheitsreform-, Gesundheitsstruktur- und Kostendämpfungsgesetze sowie das Pflegeversicherungsgesetz gesetzten Rahmenbedingungen beeinflussen damit auch die Qualifikationsstruktur in den genannten pflegerischen Arbeitsfeldern.[16]

In Akutkrankenhäusern und den Akutbereichen der psychiatrischen Einrichtungen lag der Anteil der dreijährig qualifizierten Pflegefachkräfte schon in der jüngeren Vergangenheit bei etwa 80 % des Pflegepersonals (vgl. DKG 1997). Prognostisch wird zwar die Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte möglicherweise infolge des Bettenabbaus und der Verlagerung von Pflege in Altenpflegeheime und den ambulanten Bereich sinken. Der Fachkräfteanteil wird aber infolge des steigenden Pflegebedarfs eher steigen, wenn nicht gravierende Veränderungen in der Pflegeorganisation durch stärkere Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften und Hilfskräften eine gegenläufige Tendenz begünstigen. Eine solche Entwicklung läßt sich zur Zeit aber nicht belegen. Vielmehr erfordert die Umsetzung moderner Pflegesysteme (Gruppen- oder Zimmerpflege) eher einen höheren Anteil gleich gut qualifizierter Pflegefachkräfte.

In der stationären Altenhilfe lag der Anteil der Pflegefachkräfte schon in der Vergangenheit unter 50% (30,3% Altenpfleger/-innen und 11% Krankenschwestern/Krankenpfleger). Den Rest teilen sich Pflegehilfskräfte mit und ohne Ausbildung (31,1%), Altenpflegeschüler/-innen (6,2 %), Zivildienstleistende/FSJ (4,6%) und Aushilfen (16,9%); vgl. BIBB (1997), siehe auch Abbildung 6. Die vorgegebenen Mindeststandards der Heimpersonalverordnung[17] sind damit offensichtlich noch nicht erreicht.

Konnte man in der ambulanten Pflege vor Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes noch von einem sehr hohen Anteil an Pflegefachkräften in den Sozialstationen und Pflegediensten ausgehen,[18] so schreiben Recht und Vereinbarungen der Pflegeversicherung nunmehr eine (!) „verantwortliche Pflegefachkraft“ verbindlich vor – ansonsten kann der Dienst mit Pflegepersonal unterschiedlichster Qualifikation betrieben werden. Der gleichzeitig bestehende hohe wirtschaftliche Druck auf die Pflegedienste und die

nach wie vor geltende Unterscheidung in Grund- und Behandlungspflege dürfte zu einem wachsenden Anteil unqualifizierter Pflegekräfte führen.

Angesichts der - gesamtgesellschaftlich gesehen - zunehmenden Verlagerung pflegerischer Betreuung und Versorgung in den häuslichen Bereich, ist die Gefahr einer beträchtlichen *Dequalifizierung* beruflich ausgeübter Pflege auf mittlere Sicht nicht von der Hand zu weisen.

7. Konsequenzen für die Basisausbildung

Die sich abzeichnenden und zum Teil schon vollzogenen Entwicklungen auf dem pflegerischen Arbeitsmarkt deuten auf eine Konvergenz der in Deutschland bereits in der Grundausbildung spezialisierten Ausbildungsberufe in der Altenpflege, Kinderkrankenpflege und allgemeinen Krankenpflege hin. Dies schlug sich früh bereits in den bildungspolitischen Positionen des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB 1984) und der Gewerkschaft ÖTV (ÖTV 1990) nieder, die eine gemeinsame Grundausbildung forderten, während der DBfK zunächst noch an einer getrennten Ausbildung festhielt (DBfK 1990).

Inzwischen sind sich Berufsverbände, Gewerkschaften, Parteien und Fachorganisationen weitgehend einig, daß über die bestehende wechselseitige Anerkennung von Ausbildungszeiten hinaus zumindest eine gemeinsame Grundausbildung anzustreben sei [19]. Selbst der Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger (BKK 1994) tritt inzwischen für eine immerhin einjährige gemeinsame Grundausbildung ein. Während die Gewerkschaft ÖTV eine einheitliche dreijährige Ausbildung fordert, die Berufsverbände und Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) für eine ein- bis zweijährige integrierte Grundausbildung eintreten, hält das Bundesinstitut für Berufliche Bildung nach einer gemeinsamen Grundausbildung eine Differenzierung in Fachrichtungen für „Stationäre Pflege“ und „Ambulante häusliche Pflege“ für geboten (BIBB 1994).

Diese Anregung wurde 1996 von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) aufgegriffen, die einen zweijährigen Ausbildungsberuf zur Pflegefachkraft für ambulante Pflegedienste auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes im Rahmen des dualen Systems realisieren wollte. Diese Initiative, die

auch von der Bundesregierung unterstützt wird, scheiterte bisher am Widerstand der Gewerkschaften ÖTV und DAG, die an der Notwendigkeit einer dreijährigen Ausbildung bestehen, die zur Berufsausübung im ambulanten wie stationären Pflegeeinrichtungen gleichermaßen qualifiziert. Die seit 1996 ruhenden Gespräche werden in diesen Tagen – bei weiterhin bestehenden gegensätzlichen Positionen – wieder aufgenommen.

Weitgehender Konsens besteht zwischen den Verbänden hinsichtlich der Sinnhaftigkeit, die bislang sondergesetzlich durch Berufszulassungsgesetze bundesrechtlich (Kranken- und Kinderkrankenpflege) oder landesrechtlich (Altenpflege) geregelten Berufe neu zu ordnen und in das Regelsystem der Berufsbildung zu integrieren. Eine Ausnahme stellt die ASG dar, die aus pragmatischen Gründen am Sonderstatus festhält - ähnlich der Deutsche Caritasverband. Die Vorstellungen von DBfK (1993) und des Bundesausschusses der (1997), die Ausbildung in das Berufsfachschulsystem zu integrieren, hätte wegen der bestehenden Kultushoheit der Länder allerdings landesrechtliche Regelungen und eine damit verbundene Zersplitterung der Ausbildungsgänge zur Folge (vgl. Dielmann 1997). Die dargestellte arbeitsmarktpolitische und geschlechtsspezifische Problematik berufsfachschulischer Ausbildungswege und der für die Gesundheitsberufe typischen Sonderregelungen würde damit nicht oder nur teilweise aufgehoben.

Konsens besteht auch, die vertikale und horizontale Durchlässigkeit zwischen den Berufen und im Bildungssystem zu verbessern, sei es durch Vermittlung allgemeinbildender Abschlüsse während der Berufsausbildung oder Schaffung entsprechender Zugangsmöglichkeiten über Berufsqualifikation und/oder Weiterbildung.

Die Forderung von „ersten Berufsabschlüssen“ nach zwei Ausbildungsjahren im Rahmen einer vierjährigen Ausbildung (DBfK und ASG) und die Initiative der BDA sowie die Realität in vielen Einrichtungen der stationären Altenhilfe und der ambulanten Pflegedienste werfen die Frage auf, ob es neben den Niveaus eines dreijährigen Berufsabschlusses, der bestehenden einjährigen Helferinnenberufe (Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe) und der fachhochschulisch ausgebildeten Diplom-Pflegewirte (FH) eines weiteren Ausbildungsniveaus bedarf.

Zufriedenstellend läßt sich diese Frage nur anhand einer gründlichen Analyse des Qualifikationsbedarfs der pflegerischen

Dienste und nach Analysen des Inhalts und Umfangs der Qualifizierung in den Ausbildungen beantworten. Es ist aber auch eine berufs-, bildungs- und sozialpolitische Frage, die entsprechender Überlegungen und Entscheidungen in diesen Kontexten bedarf. Es stellt sich die Frage nach dem qualifikatorischen Kern der Pflegeausbildung, letztlich danach, was qualifizierte pflegerische Arbeit ausmacht.

8. Kernelemente der Ausbildungen

(a) *Krankenschwestern/Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger*: Die Kernelemente der Ausbildungen für diese Berufe sind im Krankenpflegegesetz einheitlich formuliert als verantwortliche „Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten“ (§ 4 KrPflG). Daraus wird die Zuordnung zu den Heilberufen deutlich, aber auch, daß Krankenpflege als „Mitwirkung“ verstanden wird oder „Heilhilfsberuf“, wie es früher konsequenterweise hieß. Unter den sechs weiter ausformulierten Ausbildungszielen, die den Kern des in Gesetz und Ausbildungsordnung nur unzureichend beschriebenen Ausbildungsberufsbilds ausmachen, haben nur zwei eigenständigen Charakter: Nämlich „die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten“ und „die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten“ (§ 4 Abs.1 Ziffern 1 und 3 KrPflG). Die übrigen Ausbildungsziele betreffen Assistenz bei Diagnostik und Therapie (Ziff. 2.), Krankenbeobachtung und Weitergabe dieser Beobachtungen an andere an der Diagnostik, Therapie und Pflege Beteiligte (Ziff. 4.), lebensrettende Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes (Ziff. 5.) und Verwaltungsaufgaben (Ziff. 6.).

Unter „geplanter Pflege“ wird üblicherweise die Anwendung des Pflegeprozessmodells auf die pflegerischen Arbeitsvollzüge verstanden. Dies schließt - je nach Pflegeverständnis - die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten ein und kann somit als der eigentliche qualifikatorische Kern der Pflegeberufe verstanden werden.

(b) *Altenpflege*: Ähnliche, zum Teil sogar weitergehende Ausbildungsziele als im KrPflG finden sich in den landesrechtlichen Regelungen über die Berufe in der Altenpflege. In dem für Nordrhein-Westfalen geltenden Altenpflegegesetz

heißt es zum Beispiel: „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen, eigenverantwortlichen und geplanten Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind“ (§ 3 AltPflG-NRW).

(c) *Krankenpflegehilfe*: Für die Krankenpflegehilfe werden als Ausbildungsziele die Vermittlung der „Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Versorgung der Kranken sowie die damit verbundenen hauswirtschaftlichen und sonstigen Assistenzaufgaben...“ festgelegt (§ 4 Abs 2 KrPflG). Dabei wird nicht näher definiert, was unter „Versorgung“ im Unterschied zur „Pflege“ verstanden wird.

(d) Die *Altenpflegehilfe* ist in NRW als Grundqualifizierung „für die Hilfe bei der Pflege alter Menschen ...“ beschrieben, sollte also kaum zur selbständigen Pflege herangezogen werden dürfen.

Da durch die Berufszulassungsgesetze, die lediglich den Schutz der Berufsbezeichnungen sicherstellen, keine Regelungen der Berufsausübung vorgenommen werden, haben diese Gesetze und Verordnungen für die Organisation der pflegerischen Arbeit und für die Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischen Dienstleistungen und deren Qualität nur untergeordnete Bedeutung. Kein Anbieter solcher Dienstleistungen ist zur Beschäftigung ausschließlich solchermaßen qualifizierten Personals gezwungen. Dies gilt, soweit nicht andere ergänzende Vorschriften zur Personalbesetzung vorliegen, wie die Heimpersonalverordnung, die inzwischen außer Kraft gesetzte Pflege-Personalregelung oder die Qualitätvereinbarungen der Pflegekassen und Wohlfahrtsverbände.

Die derzeit aktuelle Diskussion um „vorbehaltene Tätigkeiten“ für die Krankenpflegeberufe wird zwar vorrangig unter Professionalisierungsgesichtspunkten geführt, bezieht ihre strategische Bedeutung jedoch eher aus ihrem Zusammenhang mit der Qualität pflegerischer Dienstleistungsangebote für die Bevölkerung.

Deutlich wird die Problematik, wenn „Pflege“ ihres Kerns, nämlich ihrer sach- und fachkundigen Durchführung, entkleidet wird und lediglich die Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Evaluation Pflegefachkräften vorbehalten bleibt, während die Realisierung der pflegerischen Arbeit zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Selbständigkeit von

jederfrau/jedermann unbeschadet ihrer/seiner Qualifikation geleistet werden kann.

Die Trennung von Grund- und Behandlungspflege ist allein schon höchst problematisch (Klie 1998), weil „Grundpflege“ als von Pflegehilfskräften auszuübend verstanden wird und die „Behandlungspflege“ als arztnahe Tätigkeit den besser qualifizierten Pflegefachkräften zugeordnet ist.

Diese Differenzierung und Hierarchisierung pflegerischen Handelns wird in den Qualitätsmaßstäben der Pflegeversicherung fortgesetzt. Dort heißt es (vgl. Qualitätsmaßstäbe gemäß § 80 SGB XI, abgedruckt in: Gewerkschaft ÖTV 1996b): „Die vom Pflegedienst angebotene ambulante Pflege ist unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen. Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet konkret, daß diese u.a. verantwortlich ist für

- ⇒ die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- ⇒ die fachgerechte Führung der Pflegedokumentationen
- ⇒ die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte
- ⇒ die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.“

Die „verantwortliche Pflegefachkraft“ ist definiert als Inhaberin der Berufsbezeichnungen Krankenschwester/Krankenpfleger und Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger sowie Altenpfleger/-in mit staatlicher Anerkennung, die darüber hinaus über eine mindestens einjährige Berufserfahrung in der ambulanten Pflege verfügen und eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden absolviert haben soll. Alternativ wird der „Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität“ als hinreichend angesehen (ebenda).

Auch die in der Pflege-Personalregelung vorgenommene Unterscheidung in „allgemeine“ und „spezielle“ Pflege löst die Problematik der Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ nicht, denn wenngleich auch auf eine eindeutige Zuordnung zu Qualifikationen verzichtet wird, greift sie doch tendenziell deren alte Differenzierungen nur unter neuen Überschriften wieder auf. Unter „qualifiziertem Pflegepersonal“ werden hier „drei- und einjährig

Ausgebildete“ gleichermaßen subsummiert (vgl. Mitglieder der Expertengruppe 1993: 19).

Mit der Herausnahme der Pflegedurchführung aus dem Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Pflegefachkraft findet das aus der industriellen Produktion übernommene Prinzip der Trennung von Kopf- und Handarbeit verstärkt Eingang in den pflegerischen Arbeitsprozeß und entleert die „umfassende geplante Pflege“ ihres qualifikatorischen Kerns. Sie eröffnet damit den ohnehin vorhandenen Dequalifizierungstendenzen, vor allem in der ambulanten Pflege, Tür und Tor. Mit dieser Form der Arbeitsteilung wird unterstellt, man könne bei schwerpflegebedürftigen oder akut erkrankten Patientinnen und Patienten oder bei verwirrten alten Menschen die Körperpflege, die Hilfestellung bei der Ernährung oder Ausscheidungen, die Unterstützung und Hilfestellung zur selbständigen Lebensführung einjährig oder gar nicht qualifizierten Pflegehilfskräften überlassen.

Die Qualität pflegerischer Dienstleistungen wird auch von der Qualifikation des Personals abhängen, das in unmittelbarem Kontakt mit den Pflegebedürftigen tritt. Die hochqualifizierte Pflegefachkraft im Hintergrund kann diese nicht ersetzen.

Pflegehilfskräfte sind schon von den Ausbildungszielen, wie sie sich in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen niederschlagen, zur selbständigen Durchführung einer als „umfassend“ verstandenen Pflege nicht in der Lage und mit den ihnen in der pflegerischen Praxis vielfach zugemuteten Aufgaben häufig fachlich überfordert. Dies gilt erst recht und vor allem in der ambulanten Versorgung, die aus strukturellen Gründen ein höheres Maß an Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit im pflegerischen Handeln erfordert, als in stärker arbeitsteilig organisierten stationären Einrichtungen, wo eine unmittelbare Aufsicht und Anleitung eher organisierbar ist. Unter arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Gründen ist die Ausbildung und der Einsatz von Hilfskräften ohnehin kaum vertretbar, weil sie bei einem Überangebot von qualifiziertem Personal immer die ersten sind, die von Arbeitslosigkeit bedroht oder entlassen werden.

Nach einer IAB-Studie gab es 1993 allein in Westdeutschland neben den etwa 100.000 beschäftigten Helferinnen in der Krankenpflege 12.307 Arbeitslose in dieser Berufsgruppe (IAB 1995).

9. Diskussion der Ausbildung an Fachhochschulen und Universitäten

Mit der Einführung pflegerischer Studiengänge wurde ein drittes Ausbildungs-niveau für Pflegefachkräfte eingeführt. Dabei sind die Studiengänge für Leitungspositionen (Pflegemanagement) und Lehrkräfte von den „rein“ pflegerischen, die zu einem weiteren (akademischen) Berufsabschluß im Berufsfeld Pflege führen, zu unterscheiden. Solche Studiengänge werden zur Zeit in Hessen an den Fachhochschulen Darmstadt, Frankfurt und Fulda und an Fachhochschulen in Bochum, Hamburg und Osnabrück angeboten. Während die Studiengänge in Bochum und Osnabrück eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflegeberuf voraussetzen und insoweit als „Weiterbildung“ für Pflegefachkräfte angesehen werden können, sind die Studiengänge in Hamburg und Hessen mit halbjährigen pflegepraktischen Erfahrungen für jede mit Fachhochschulzugangsberechtigung zugänglich und stellen insofern eine Alternative zur Berufsausbildung zur Pflegefachkraft dar. [20]

Die Studiengänge zum Diplom-Pflegewirt bzw. zur Diplom-Pflegewirtin (FH) in den Fachrichtungen Pflegemanagement und Pflegepädagogik setzen regelmäßig eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflegeberuf voraus. Bei den universitären Lehramtsstudiengängen in Hamburg und Osnabrück genügt die allgemeine Hochschulreife, in Berlin (HU) und Halle wird für den Zugang zum Studium Diplom-Pflegepädagogik bzw. Diplom-Medizinpädagogik ebenfalls eine abgeschlossene Berufsausbildung vorausgesetzt. An der Universität Bremen sind für das Lehramt Pflegewissenschaften Zugänge mit und ohne Berufsausbildung sowie mit und ohne allgemeine Hochschulreife möglich. Entweder wird eine einjähriger Praxiserfahrung oder ein zweisemestriges Propädeutikum als weitere Zugangsvoraussetzung vorgeschrieben. Die Erfahrungen mit den unterschiedlichen Vorqualifikationen werden im Rahmen eines Modellversuchs evaluiert (KMK 1997).

Während die Pflegemanagementstudiengänge arbeitsmarkt- und bildungspolitisch unproblematisch sind, wird die langjährige Diskussion um die Ausbildung der Lehrerinnen an den Pflegeschulen (vgl. u. a. Bals 1990, Bischoff/Botschafter 1993, Görres 1996, Wanner 1987) in absehbarer Zeit entschieden werden müssen. Dabei ist

in den letzten Jahren sowohl in den bildungspolitischen Verlautbarungen der Verbände [21] als auch in der Hochschulpolitik mit der KMK-Rahmenvereinbarung zur Einführung der Fachrichtung Pflege ein Trend zur universitären Ausbildung erkennbar.

Für die Studiengänge Pflege (-wissenschaft), die - bildungspolitisch zu recht - keine Berufsausbildung voraussetzen und insofern als akademische Alternative zur Ausbildung anzusehen sind, stellt sich die Arbeitsmarktsituation zumindest für die Absolventinnen ohne pflegerischen Berufsabschluß schwierig dar. Zur Führung einer einschlägigen Berufsbezeichnung sind sie nicht berechtigt. Es kann auch bezweifelt werden, daß ihnen im Rahmen des Studiums die erforderlichen „handwerklichen“ Fertigkeiten in der Ausübung der praktischen Pflege vermittelt wurden. Inhalt und Organisation des Studiums deuten auch darauf hin, daß die Absolventinnen eher für leitende, organisierende oder beratende Funktionen qualifiziert werden sollen (vgl. Fietzek/Kraushaar 1993: 47 und Sieger 1997: 169). Angesichts der bei den meisten Studentinnen vorhandenen beruflichen Vorqualifikationen ist dies auch einleuchtend. Es ist kaum zu erwarten und von den Initiatorinnen der Studiengänge wohl auch nicht beabsichtigt (Steppe 1994: 17), daß die FH-Absolventinnen mit Krankenschwestern und Altenpflegerinnen um deren Arbeitsbereiche konkurrieren.

Wenn aber leitende, organisierende und beratende Qualifikationen angestrebt werden, stellt sich die Frage nach der Abgrenzung von Pflegemanagement- und Pflegepädagogik-Studiengängen, die ähnliche Zielsetzungen verfolgen. Es scheint sinnvoll, die FH-Studiengänge um das gemeinsame Kernfach „Pflegewissenschaft“ neu zu ordnen und einen einheitlichen Abschluß, z.B. Diplom-Pflegewirt(FH)/ Diplom-Pflegewirtin (FH) zu verleihen. Ob es im Rahmen dieses Studiums verschiedener Fachrichtungen etwa einer eher betriebswirtschaftlich und einer eher pädagogisch ausgerichteten bedarf, wird zu diskutieren sein.[22] Die Pflegewissenschaft als universitäres Studienfach bedarf dringend des weiteren Ausbaus und der Entwicklung.

Zusammenfassung

Eine Ausbildungsreform muß der Konvergenz der pflegerischen Qualifikationsanforderungen in den am Lebensalter ausgerichteten Fachdisziplinen Rechnung

tragen und zu einer Vereinheitlichung der Ausbildungsgänge, schließlich zu einem Ausbildungsberuf „Pflegefachkraft“ führen. Um die dargestellten vielfältigen Benachteiligungen im schulischen Ausbildungssystem zu vermeiden, ist sie im dualen System auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes als betrieblich-arbeitsrechtlich ausgestaltetes Ausbildungsverhältnis anzusiedeln. Dies sichert auch den Theorie-Praxis-Transfer durch wissenschaftlich ausgebildete Lehrerinnen und bezieht zugleich aktuelle Entwicklungen und Qualifikationsanforderungen der pflegerischen Praxis in die Ausbildung ein. Auf betrieblicher Ebene verantwortliche berufspädagogisch qualifizierte Ausbilderinnen tragen zu einer Verbesserung der betrieblichen Ausbildung bei. Insgesamt hieße dies, den traditionsbehafteten Sonderweg der Pflegeberufe innerhalb des Berufsbildungssystems zu verlassen und den Versuch einer Integration zu unternehmen.

Das Ausbildungsniveau ist auf der Ebene der qualifizierten Fachberufe mit einer dreijährigen bundeseinheitlich geregelten Ausbildung unseres Erachtens richtig angesiedelt. Eine generelle Qualifizierung der Pflegefachberufe auf Fachhochschulebene steht schon aus Kostengründen nicht zur Diskussion, übrigens auch nicht im vielzitierten „europäischen Ausland“ (Dielmann 1996). Darüber hinaus würde dies eine verschärfte soziale Auslese und eine noch stärkere Hierarchisierung bedeuten, die weder notwendig noch erstrebenswert ist.

Die Koordination der Ausbildungsbereiche und die Kooperation zwischen den Lernorten Betrieb und Berufsschule ist - wie in den meisten anderen Berufen auch - weiter zu verbessern, um die Integrationsschancen der Absolventinnen in den Arbeitsmarkt zu erhöhen. Desweiteren sollten die Reformen das Ziel haben, die horizontale und vertikale Durchlässigkeit im Bildungssystem zu verbessern. Dies böte den in großer Mehrzahl weiblichen Auszubildenden weit größere Mobilitäts- und Aufstiegschancen als derzeit, da sie einmal erworbene formale und fachliche Qualifikationen für ihren weiteren Bildungsweg wesentlich besser als bisher verwerten könnten.

Vorrangig ist die Reform der Ausbildungen in den Pflegeberufen mit der Zielrichtung eines gemeinsamen Ausbildungsberufs auf einer bundeseinheitlichen Rechtsgrundlage zu verfolgen. Darüber hinaus steht die Koordinierung und Vereinheitlichung der pflegerischen FH-

Studiengänge durch eine KMK-Rahmenstudien- und Prüfungsordnung auf der Tagesordnung.

Sabine Brendel

Dipl. Päd., Dr. phil., wissenschaftliche Angestellte an der Univ. Bielefeld, Pädagogische Fakultät

Geschäftsführerin
des DV Pflegewissenschaft
(Adresse siehe Impressum)

Gerd Dielmann

Krankenpfleger, Dipl. Päd.
ÖTV-Fortbildungsinstitut für Berufe im
Sozial- und Gesundheitswesen, Duisburg,
Bismarckstr. 69, 47057 Duisburg

Anmerkungen

- [1] Gemeint sind die nach dem Krankenpflegegesetz geregelten Berufe (Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenschwester/-pfleger, KrankenpflegehelferIn) und die landesrechtlich geregelten Berufe in der Altenpflege.
- [2] Vgl. Roode (1995: 296); Robert Bosch Stiftung (1992: 31); Mogge-Grotjahn (1992: 34); Dies. u.a. (1993: 82); Wendt-Leon (1995: 8).
- [3] Wegen der besseren Lesbarkeit des Textes und im Hinblick auf die überwiegend weibliche Zielgruppe haben wir uns entschlossen, die weibliche Form auch dann zu verwenden, wenn auch die männlichen Berufskollegen gemeint sind (Ausnahmen: Abbildungen und Tabellen)
- [4] Vgl. Bildungskonzepte der Verbände, Parteien und Gewerkschaften. Eine gute Zusammenfassung des Diskussionsstands und Darstellung der unterschiedlichen Positionen findet sich in: DBfK (Hg.) (1997).
- [5] Die Ausbildung in der Altenpflege unterliegt in einigen Bundesländern dem Schulrecht. Ebenso die Krankenpflegeausbildung in Bayern, wobei diese keine echte Berufsfachschulausbildung ist, da gleichzeitig das Krankenpflegegesetz mit seinen arbeitsrechtlichen Anteilen Gültigkeit hat.
- [6] Vgl. den gut strukturierten Überblick von Jost (1995: 63-94) sowie die zahlreichen Veröffentlichungen von Krüger (u.a. 1992, 1996) zur Problematik dieser Berufsbildungsstrukturen unter besonderer

Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Aspekte.

- [7] „Berufsschulen sind Schulen, die von Berufsschulpflichtigen/-berechtigten besucht werden, die sich in der beruflichen Erstausbildung befinden oder in einem Arbeitsverhältnis stehen. Sie haben die Aufgabe, dem Schüler allgemeine und fachliche Lerninhalte unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen der Berufsausbildung zu vermitteln. Der Unterricht erfolgt in Teilzeitform an einem oder mehreren Wochentagen oder in zusammenhängenden Teilabschnitten (Blockunterricht)....“ (KMK Bezeichnungen zur Gliederung des beruflichen Schulwesens, Beschluß der KMK vom 3. Dezember 1975)
- [8] „Berufsfachschulen sind Schulen mit Vollzeitunterricht von mindestens einjähriger Dauer, für deren Besuch keine Berufsausbildung oder berufliche Tätigkeit vorausgesetzt wird. Sie haben die Aufgabe, allgemeine und fachliche Lerninhalte zu vermitteln und den Schüler zu befähigen, den Abschluß in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder einem Teil der Berufsausbildung in einem oder mehreren anerkannten Ausbildungsberufen zu erlangen oder ihn zu einem Berufsausbildungsabschluß zu führen, der nur in Schulen erworben werden kann.“ (KMK Bezeichnungen zur Gliederung des beruflichen Schulwesens, Beschluß der KMK vom 3. Dezember 1975). Diese unterscheiden sich von Fachschulen, „die grundsätzlich den Abschluß einer einschlägigen Berufsausbildung oder eine entsprechende praktische Berufstätigkeit voraussetzen....sie führen zu vertiefter beruflicher Fachbildung und fördern die Allgemeinbildung...“ (a.a.O.).
- [9] „Schulen des Gesundheitswesens vermitteln die Ausbildung für nichtakademische Gesundheitsdienstberufe... Hierzu zählen auch die Pflegevorschulen. Sie gehören nicht in den Zuständigkeitsbereich der Kultusministerien.“ (Grund- und Strukturdaten 1996/1997: 44 f.).
- [10] Die Zahlen der Jahre 1960 bis 1990 gelten für das alte Bundesgebiet, die für 1995 für alte und neue Bundesländer.
- [11] Die Zahlen für Schulen im Gesundheitswesen gelten für das Jahr 1994 und stammen aus dem Berufsbildungsbericht 1996: 175 ff. (eigene Berechnungen).
- [12] Die Zahlen gelten für die alten und neuen Bundesländer
- [13] Die referierten Zahlen gelten nur für die neuen Länder; wo insofern ganz besonders drastische Integrations- wie Ausbildungsplatzprobleme herrschen, als gerade

hier viele Berufsausbildungen bei überbetrieblichen, schulischen Trägern durchgeführt werden. Da aber auch in den alten Bundesländern überwiegend Frauen in den vollzeitschulischen Berufsausbildungen zu finden sind, können die Zahlen in der Tendenz auch im Westen Geltung erlangen.

- [14] Angaben bezogen auf das Sommer- und folgende Wintersemester.
- [15] Einen wichtigen Beitrag hierzu könnte die Sektion „Hochschullehre Pflegewissenschaft“ des DV Pflegewissenschaft leisten.
- [16] Vgl. die Position des Deutschen Caritasverbandes zur Neuordnung der Ausbildungsstrukturen von Pflegeberufen, Beschluß des Geschäftsführenden Vorstands vom 20.01.1997 (unveröffentlicht).
- [17] Die Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (HeimPersV) vom 19.Juli 1993 sieht für Heime mit mehr als 20 Bewohnerinnen oder mehr als 4 pflegebedürftigen Bewohnerinnen einen Fachkräfteanteil von 50 % vor. Kranken- und Altenpflegehelfer/-innen gelten nicht als Fachkräfte im Sinne der Verordnung. Für die Umsetzung ist eine Übergangsfrist von fünf Jahren vorgesehen.
- [18] Die Krankenkassen legten bei der Zulassung der Pflegedienste großen Wert auf Fachpersonal und verlangten teilweise sogar intensivpflegerische Zusatzqualifikationen, soweit sie im Rahmen des SGB V tätig wurden. Kraushaar (1994: 28) nennt allerdings bereits für 1987 einen Anteil an Pflegehilfskräften von 46 %. Vgl. auch BIBB (1997: 40)
- [19] ADS 1994, ASG 1996, BA 1994, DBfK 1993, DGSP 1993, ÖTV 1990 und 1996 Die ADS hat kein eigenes Bildungskonzept vorgelegt, arbeitet aber im „Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe“, einem Zusammenschluß von ADS, DBfK, BA, BALK, an einem entsprechenden Konzept mit.
- [20] Die verwendeten Angaben wurden dem Bericht der Gemeinsamen Arbeitsgruppe KMK/GMK/ASMK (KMK 1997) entnommen.
- [21] Während sich zunächst die Berufs- und Schwesternverbände nicht eindeutig für eine universitäre an den Standards des Berufsbildungssystems orientierte Ausbildung der Lehrerinnen und Lehrer für die Pflegeberufe aussprechen mochten, lassen jüngere Veröffentlichungen (Stöcker 1997: 161) auf ein Umdenken schließen. Eine Mehrheit der Gemeinsamen Arbeitsgruppe KMK/GMK/ASMK hat sich ebenfalls für die universitäre Lehramtsausbil-

dung in der Fachrichtung Pflege ausgesprochen. Vgl. KMK (1997: 10).

[22] Vgl. hierzu auch KMK (1997: 6 f.)

Literatur

ADS/DBfK (1994) - Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hg.): Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe - Bildungskonzept. Bonn/Eschborn

BA (1997) -Bundesausschuß der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hg.): Bildung und Pflege. Stuttgart

Bals, Thomas (1990): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Köln

Beck-Gernsheim, Elisabeth (1981): Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt. Frankfurt a. M./New York

Bellenberg, Gabriele und Klaus Klemm (1995): Bildungsexpansion und Bildungsbeteiligung, in: Böttcher/Klemm a.a.O., S. 217-226

BIBB (1984) - Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.) [Barbara Meifort und Hannelore Paulini,]: Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten Gesundheitsberufen. Berlin

BIBB (Hg.) (1993): Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe: Entwicklungstendenzen und Lösungswege. Nürnberg

BIBB (Hg.) (1994) [Wolfgang Becker und Barbara Meifort]: Pflegen als Beruf - ein Berufsfeld in der Entwicklung, Bielefeld

BIBB (Hg.) (1997) [Wolfgang Becker und Barbara Meifort]: Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Berlin

Bischoff, Claudia (1994): Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/M./New York

Bischoff, Claudia und Petra Botschafter (1991): Die wissenschaftliche Lehrerausbildung als Voraussetzung einer professionellen Lehrtätigkeit in der Pflege, in: Krankenpflege 1/1991, S. 20 ff.

Bischoff, Claudia und Petra Botschafter (Hg.) (1993): Neue Wege in der Lehrerausbildung für Pflegeberufe. Melsungen

BKK (1994) - Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger (Hg.): Bildungskonzept Kinderkrankenpflege. Lübeck

Böttcher, Wolfgang und Klaus Klemm (H (Hg.) (1995): Bildung in Zahlen, Statistisches Handbuch zu Daten und Trends im Bildungsbereich. Weinheim/München

Brendel, Sabine (1997): Bildungsbiographien und Lebensentwürfe von jungen Frauen aus der Arbeiterschicht - eine qualitativ-empirische

Studie zur Bildungsmotivation. Unveröff. Dissertation, Universität Bielefeld

Brenner, Renate (1994): Krankenpflegeausbildung - Berufsausbildung im Abseits. Frankfurt am Main

Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (1992): Grund- und Strukturdaten 1991/1992. Bonn

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie: Berufsbildungsbericht 1996 und 1997. Bonn

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (1997): Grund- und Strukturdaten 1996/1997. Bonn

DBfK (1990) - Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (Hg.): Bildungskonzept für Pflegeberufe. In: Krankenpflege, Nr. 2/1990, Frankfurt am Main

DBfK (Hg.) (1993): Bildungskonzept Pflege 2000. Eschborn

DBfK (Hg.) (1997): Ausbildung in den Pflegeberufen - Dokumentation eines Expertengesprächs am 14.03.1997 in Eschborn. Eschborn

Deutscher Caritasverband (1997): Position des Deutschen Caritasverbandes zur Neuordnung der Ausbildungsstrukturen von Pflegeberufen. Beschluß des Geschäftsführenden Vorstandes vom 20.01.1997. Unveröffentlichtes Manuskript

DGSP (1993) - Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie - Arbeitskreis Pflege (Hg.): Denkanstöße zu bildungspolitischen Konzepten in der Pflege. Köln

Dielmann, Gerd (1993): Zur Anwendung des Berufsbildungsgesetzes auf die Ausbildung in den Pflegeberufen - Konsequenzen für die Lehrerausbildung. In: Bischoff/Botschafter (1993) a.a.O., S. 161 - 176

Dielmann, Gerd (1996): Pflegeausbildung in Europa - Gleichklang oder Disharmonie? in: Pflege & Gesellschaft, 1. Jg., Nr. 2, S. 2-7. Duisburg

Dielmann, Gerd (1997): Das Konzept der ÖTV zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. In: DBfK (1997) a.a.O., S. 59 - 70

DKG (1997) - Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft: Zahlen, Daten, Fakten '97, Düsseldorf

Fietzek, Lothar und Dieter Kraushaar (Hg.) (1993): Pflege auf dem Weg zur Hochschule - Ein neuer Studiengang, Frankfurt am Main

Görres, Stefan (1996): Welche LehrerInnen braucht die Pflege? - Aspekte eines pflegespezifischen Bildungskonzeptes, in: Pflege, 9. Jg., Nr. 1, S.48 - 55

Hochschul-Informationssystem (Hg.) (1995): [ohne Titel] Heft 9, Hannover

Horstkemper, Marianne (1995): Mädchen und Frauen im Bildungswesen, in: Böttcher/Klemm a.a.O., S. 188-216

IAB (1995) - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (Hg.) [Dietrich, Hans]: Pflege als Beruf- Arbeitsmarktsituation und Beschäftigungsperspektiven in der Kranken- und Altenpflege, Materialien aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nr. 1/1995, Nürnberg

IES - Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforchung an der Universität Hannover, Cornelia Behrens und Hans-Jürgen Back (1995): Studiengänge im Tätigkeitsfeld Gesundheitswesen - Eine Modellrechnung. IES-Berichte, 11.02.95, Hannover

Jost, Wolf (1995): Berufsausbildung, in: Böttcher/Klemm a.a.O. S. 63-92

Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe (Hg.) (1991): Perspektiven der Pflege 1991. Mainz

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (Hg.) (1995): Krankenpflegeausbildung der Zukunft - Eine Stellungnahme des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands vom 22.02.1995. o.O.

Klie, Thomas (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege, in: Zeitschrift Pflege- und Krankenhausrecht, Nr. 3/98 (Vorabdruck Januar 1998)

KMK (1976) - Kultusministerkonferenz: Bezeichnungen zur Gliederung des beruflichen Schulwesens. Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 3. Dezember 1975 (GMBL 1976: 131). In: A. von Campenhausen und P. Lerche (1987), Deutsches Schulrecht. Percha

KMK (1997) - Kultusministerkonferenz: Bericht der Gemeinsamen Arbeitsgruppe KMK/GMK/ASMK - Studiengänge im Tätigkeitsfeld Gesundheitswesen (Stand: Juni 1997). Beschluß vom 5.12.1997, Bonn

Krüger, Helga (1992): Frauen und Bildung. Wege der Aneignung und Verwertung von Qualifikationen in weiblichen Erwerbsbiographien. Bielefeld

Krüger, Helga (1996): Die andere Bildungssegmentation: Berufssysteme und soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. In: Bolder, A. et.al. (Hg.): Jahrbuch Arbeit und Bildung. Opladen. Bd. 1, S. 252-274

Kruse, Anna-Paula (1978): Die Krankenpflegeausbildung in ihrer unklaren Stellung zwischen dualer Ausbildung und Berufsfachschulausbildung und die Bestrebungen in eine Integration in das Bildungssystem (Sekundarstufe II). In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift (Beilage) 9/1978, Stuttgart

Kurtenbach, Hermann, Günter Golombek und Hedi Siebers (1994): Krankenpflege-

gegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. (Kommentar) Stuttgart

MAGS (1995) - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltpfG) vom 19. Juni 1994. In: Die Neuordnung der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen. MAGS, Düsseldorf [unveröffentlicht]

Mitglieder der Expertengruppen Kranken- und Kinderkrankenpflege (1993): Pflege-Personalregelung. Hektgr. Ms., Stuttgart

Mogge-Grotjahn, Hildegard (1992): Pflege in Europa, Bochum

Mogge-Grotjahn, Hildegard, Sabine Bartholomeyczik und Christel Zander (1993): Pflege als Studium. Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (Hg.), Bochum

Ostner, Ilona und Elisabeth Beck-Gernsheim (1979): Mitmenschlichkeit als Beruf - Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege, Frankfurt a.M.

ÖTV (Hg.) (1990): Vorschläge und Forderungen der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr zur Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen, Stuttgart. Abgedruckt in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift (DKZ) 5/1991, S.371 ff., Stuttgart

ÖTV (1996a): Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen. Bildungspolitische Vorstellungen der Gewerkschaft ÖTV. Stuttgart

ÖTV (1996b): Pflege-Versicherungsgesetz - Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI vom 10.07.1995

Rabe-Kleberg, Ursula (1987): Frauenberufe - Zur Segmentierung der Berufswelt, Bielefeld

Rabe-Kleberg, Ursula (1990): Besser gebildet und doch nicht gleich! Frauen und Bildung in der Arbeitsgesellschaft, Bielefeld

Rabe-Kleberg, Ursula (1993): Verantwortlichkeit und Macht. Ein Beitrag zum Verhältnis von Geschlecht und Beruf angesichts der Krise traditioneller Frauenberufe, Bielefeld

Rettke, Ursula (1987): Berufswünsche von Mädchen unter dem Diktat des Arbeitsmarktes. Die schrittweise "Verweiblichung" der Bildungs- und Berufsbiographien von Hauptschülerinnen. In: Bolder, Axel/Rodax, Klaus (Hg.), S. 127-141, Bonn

Rettke, Ursula und Susanne Kretzer(1992): Analyse der Übergangproblematik junger Frauen beim Übertritt vom Allgemeinbildenden in das Berufsbildende und in das

Beschäftigungssystem. In: Krüger, Helga (Hg.): Frauen und Bildung a.a.O., S. 87 - 142

Robert Bosch Stiftung (1992): Pflege braucht Eliten, Gerlingen

Roode, Johanna (1995): Die universitäre Pflegeausbildung in den zwölf Ländern der Europäischen Gemeinschaft, in: Mischok-Kelling, Maria und Karin Wittneben: Pflegeausbildung und Pflege-theorien, S. 295-331. München

Sieger, Margot (1997): Pflegeausbildung auf Fachhochschulebene. In: Bundesausschuß der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (BA) (Hg.): „Bildung und Pflege“, S.169 - 172 Stuttgart

SPD (1990 - Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (Hg.): Bericht der Kommission Fachberufe des Gesundheitswesens, Teil I: Berufe in der Krankenpflege. Bonn

Steppe, Hilde (1994): Zwischen Abgrenzung und Kooperation. In: Altenpflege Forum 2. Jg. Nr. 1, Feb., S. 14 - 17, Hannover

Stöcker, Gertrud (1987): Lehramt Pflege. In: BA (1997) a.a.O., S. 161-168

Wanner, Bernd (1987): Lehrer zweiter Klasse? - Historische Begründung und Perspektiven der Qualifizierung von Krankenpflegelehrkräften. Frankfurt a.M./Bern/New York

Wendt-Leon, Marcela (1995): Krankenpflegeausbildung in Europa, Stuttgart