

Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland

Ellen Bögemann-Großheim

■ In diesem Artikel werden zwei unterschiedliche Verständnisse zum Stichwort »Professionalisierung« vorgestellt, die die Diskussion zur Weiterentwicklung beruflicher Pflegeausbildung und Arbeit bestimmen. Gefragt wird, welche Vorstellung besser geeignet ist, die fachliche Kompetenz pflegeberuflicher Arbeit für die Zukunft zu sichern.

■ Under the topic »professionalisation« here are described two different concepts, which mainly influence the further development of professional nursing training and work. It is asked, which basic idea of professionalisation is more useful to assure competence of a job conduct in future.

1. Die Professionalisierungsdebatte im Zuge der Akademisierung des pflegerischen Berufsfeldes

Professionalisierung ist schon lange ein Thema in berufspolitischen Diskursen der Pflege. (vgl. hierzu Sprondel 1972)

Mit der Etablierung von Pflegewissenschaft an Hochschulen zu Beginn der 1990er Jahre hat diese Debatte an Dynamik und Selbstbewusstsein gewonnen. Unzweifelhaft war mit der Entstehung einer eigenständigen Wissensdisziplin für die pflegerische Berufsarbeit eine Aufbruchstimmung verbunden, die zahlreiche Hoffnungen und Erwartungen beförderte. Hoffnungen und Erwartungen bezogen sich nicht nur auf hilfreiche neue Erkenntnisse zur Bewältigung der Berufsarbeit, sondern auch auf Chancen zur Aufwertung, verbesserten gesellschaftlichen Anerkennung, autonomen Gestaltung und Eigenständigkeit der beruflich Handelnden. In berufspolitischen und berufsbildungspolitischen Debatten werden diese Erwartungen unter dem Stichwort »Professionalisierung der Pflege« diskutiert. Hierbei wird das gewachsene Interesse, die Berufsentwicklung im Begriff der Professionalisierung zu kommentieren, von divergierenden Professionalisierungsverständnissen und Vorstellungen bestimmt (vgl. Albers 2000, S. 4–6). Im Folgenden sollen zwei konkurrierende Verständnisse und Erwartungshorizonte vorgestellt und in Bezug auf tragfähige Konzepte zur Weiterentwicklung pflege-

fachlicher Berufsarbeit eingeschätzt werden.

2. Akademisierung – Motor für die Entwicklung pflegfachlichen Wissens und professioneller Handlungskompetenz

Anders als in anderen Ländern gab es in Deutschland für die Produktion von Berufswissen in der Pflege lange Zeit keine eigenständige Wissensdisziplin. Erklärungen zur Durchführung von Pflegearbeit wurden mit Hilfe von Kenntnissen aus unterschiedlichen Wissensgebieten begründet. Medizinische, hygienische, rechtliche, sozialwissenschaftliche und weitere Kenntnisse, die in den Ausbildungen angeboten wurden, sollten helfen, »richtiges Handeln« zu sichern. Im Vordergrund stand die Frage nach dem richtigen »Wie von Pflege«, nicht aber die Frage nach dem »Warum«. Bei einer Analyse der Lehrpläne in pflegerischen Ausbildungen stellen Becker/Meifort (1994, S. 31) fest: »Auffällig ist ... die Konzentration ... auf ausführungsbetonte Fertigkeiten und Kenntnisse innerhalb eindeutig vorgegebener (normativ bestimmter) beruflicher Zusammenhänge, Arbeitsverfahren und Arbeitsziele.« Weitgehend vernachlässigt wurde in der Ausbildung die sachliche Auseinandersetzung mit dem Verständnis des pflegeberuflichen Handelns: Was ist überhaupt Pflege? Was gehört dazu, wenn man pflegt? Welche Ziele und Absichten werden verfolgt, wenn gepflegt wird? Wie und warum unterscheiden

sich pflegerische Absichten von den Absichten und Zielen, die andere Gesundheitsberufe haben?

Was Pflege ist, welche Aufgaben dazu gehören oder gar, warum man in der Pflege mit welchen methodischen Ansätzen arbeitet, waren keine besonderen Fragen, weil der pflegerische Wirkungsraum weitgehend von Vorstellungen und Verständnissen geprägt war, die andere Sachautoritäten und ihre besonderen Wissensdisziplinen vorgaben. Jedoch beschränkte sich der Anspruch an die Pflegepersonen auch in der Vergangenheit nicht darauf, Anordnungen anderer Expertinnen und Experten zu befolgen. Immer schon wurde Pflegearbeit als eine Aufgabe gesehen, die dem kranken Menschen mitmenschliche Unterstützung bei der Bewältigung seiner Alltagsanforderungen sichern soll. Jedoch anders als im Aufgabenbereich »medizinische Assistenz« gab es für die Aufgabe »mitmenschliche Unterstützung« kein ausformuliertes begründetes Theoriewissen. Vielmehr ging man davon aus, dass die Befähigung zur mitmenschlichen Betreuung wesentlich von persönlichen Haltungen und Erfahrungen abhängig war. Der schulische Unterricht vermittelte hierzu lediglich sinnstiftende Appelle, so die Aufforderung, der Patient müsse (auch noch) psychisch betreut werden. »Die berufliche Erstausbildung hat zwar [aus der Perspektive derer, die eine Ausbildung bereits absolviert haben, d.V.] den Anspruch auf ›Ganzheitlichkeit‹ und ›Humanität‹ den Pflegenden nahegebracht und daraus die Notwendig-

keit der ›psychischen Betreuung‹, der ›Beratung‹, der ›Annahme‹, des ›Einbezugs‹, der ›Aufklärung‹, des ›Angstabbau‹ als pflegerische Aufgabe abgeleitet, dies aber vielmehr nebenbei, abstrakt und appellativ angerissen als praktisch anschaulich reflektiert und eingeübt.« (Betz 1992, S. 200).

In der praktischen Ausbildung lernte man dann am Vorbild der erfahrenen Pflegekräfte, wie die kommunikative Zusammenarbeit mit dem pflegebedürftigen Menschen bewältigt werden konnte. Viele Vorbilder – so eine häufige Klage – verwiesen allerdings darauf, dass pflegerische Aufgabenbewältigung ein schwieriger und häufig gefährdeter Balanceakt zwischen ideellen Ansprüchen, persönlichen Interessen und Verständnissen sowie Erwartungen der unterschiedlichen beruflichen Interaktionspartner in den Pflegeeinrichtungen ist. Persönliche Verständnisse an Stelle von theoretisch begründeten Konzepten zeigten sich als unzureichende Befähigungsgrundlage, um Zielkonflikte als Ergebnis konkurrierender bürokratischer, medizinischer, ökonomischer und mitmenschlicher Anforderungen zu lösen.

So wurde die Pflegenotstandsdebatte zum Ende der 1980er und Beginn der 1990er Jahre von vielen auch als Bildungsnotstand in der Pflege interpretiert (vgl. Meifort 1994; Steppe 1992; Schröck 1992; Robert Bosch Stiftung (Hg.) 1992). Hinzu kommen vielfältige Veränderungen im Anforderungsprofil der ausgebildeten Fachkräfte. Auch sie tragen dazu bei, dass das so skizzierte »traditionelle Berufswissen« nicht länger als tragfähige Basis für den Erwerb von Berufskompetenz ausreicht:

Zu den veränderten Herausforderungen zählen:

- Pflegefachkräfte müssen zunehmend Menschen betreuen, die nicht mehr gesund werden können. In der Arbeit mit chronisch Kranken sowie von Multimorbidität und gerontopsychiatrischen Leiden Betroffenen müssen sie befähigt werden, Versorgungskonzepte anzuwenden, die nicht auf vollständige Genesung, sondern auf ein menschenwürdiges Leben mit bedingter Gesundheit ausgerichtet sind. Präventive, beratende und rehabilitative Angebote gewinnen an Bedeutung.
- Pflegefachkräfte müssen besser auf die Arbeit im ambulanten Versorgungssektor vorbereitet werden. Betreuungsangebote

müssen hier auf die individuelle häusliche Lebenssituation im sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen abgestimmt werden.

- Insbesondere im ambulanten Versorgungssektor müssen Angehörige in Arbeitsvorhaben einbezogen werden. Sie gestalten die Versorgung mit und teilen den Alltag der Betroffenen. Das privatfamiliäre Hilfe- und Unterstützungssystem muss ggf. auf seine Tragfähigkeit geprüft und durch ergänzende, beratende und anleitende Hilfeangebote durch Berufstätige gestützt und abgesichert werden.

- Pflegefachkräfte müssen – unter dem Stichwort »Vernetzung von Gesundheitsdiensten« ihre Arbeitsvorhaben mit einer Vielzahl weiterer Gesundheitsberufe abstimmen, pflegerelevante Daten ermitteln und weitergeben sowie Bedarfe und Leistungen aushandeln und begründen. (vgl. Bögemann-Großheim 2003, S. 24 f.).

- Tradiertes Erfahrungswissen erweist sich auch als unzureichend, um in den eingeleiteten Qualitätssicherungsdebatten – im Rahmen einer restriktiven Sparpolitik, in der man sich von der Einführung betriebswirtschaftlicher und marktorientierter Kategorien ein höheres Maß an Effizienz gesundheitlicher Versorgungsangebote verspricht – die fachliche Notwendigkeit pflegerischer Leistungen zu begründen, den Erfolg von Interventionen auszuwerten, und die Leistungsangebote stetig an den individuellen Bedarf anzupassen. Deshalb müssen Pflegefachkräfte über ein umfassendes pflegefachliches Begründungs-, Handlungs- und Reflexionswissen verfügen und sie müssen dieses Wissen in ihrem Berufsleben entsprechend dem wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt stetig aktualisieren.

Die Etablierung von Pflegewissenschaft an Hochschulen zu Beginn der 1990er Jahre war mit der Erwartung verbunden, das Erfahrungswissen in der Pflege aufzuklären und für neue Aufgaben und Anforderungen begründete Wissenskonzepte zu entwickeln. Pflegewissenschaft – so eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung – soll in diesem Zusammenhang helfen, »pflegerisches Erfahrungswissen begrifflich zu fassen, zu ordnen, zu überprüfen und weiterzugeben. Damit entstehen pflegerische Konzepte und theoretische Verallgemeinerungen, die pflegerisches Wissen einer allgemeinen Reflexion zugänglich machen.« (Robert Bosch Stiftung (Hg.) 1996, S. 60)

Fragt man nach den »Erträgen«, die im Zuge der Einrichtung von pflegebezogenen Studiengängen bisher von der Pflegewissenschaft erarbeitet wurden, so kann die Fülle an Publikationen, die der pflegewissenschaftliche Diskurs hervorgebracht hat, eindrucksvoll belegen, dass eine beschleunigte pflegespezifische Wissensproduktion eingesetzt hat. Gleichzeitig ist das gesicherte Wissen einem schnelleren Wandel unterworfen.

Wer von der Pflegewissenschaft endgültige Gewissheiten erwartet, die im Verzicht auf eigene Denkanstrengungen »richtiges Handeln« in der Berufspraxis unmittelbar anleiten können, wird allerdings enttäuscht. Vielmehr bestätigen sich inzwischen, die Thesen von Axmacher (1991) zu den Schwierigkeiten in der Praxis, von dem Erkenntnisgewinn durch Wissenschaft unmittelbar zu profitieren. Er prognostizierte für das Arbeitshandeln in der Pflege, dass die Pflegewissenschaft »eine Fülle neuer Probleme ... in Form von Fragen [aufwirft, d.V.], die in der Pflegepraxis so niemand gestellt hat. Anstatt zu mehr Sicherheit in der Bewältigung des pflegerischen Berufsalldtags zu führen, kann es sein, dass die in der Pflegepraxis verspürten und artikulierten Verunsicherungen noch vertieft werden und einen Zug ins Grundsätzliche annehmen« (Axmacher 1991, S. 128). Gründe für die sich erweiternde Kluft zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Verständnissen sind vielfältig. Verunsicherungen und Widersprüche sind sowohl durch systematische (wissenstheoretische) als auch durch soziale Ursachen zwischen den Feldern Pflegewissenschaft und Pflegepraxis bedingt (vgl. ebd.).

Dennoch ist die Etablierung von Pflegewissenschaft für die Anleitung zur Berufskompetenz ein Gewinn, denn wissenschaftliche Erkenntnisse haben gegenüber einem reinen Erfahrungswissen einen unschätzbaren Vorzug. Man muss sie nicht glauben, man kann sie anzweifeln, kritisieren, man kann sie überprüfen und ihren Geltungsbereich begrenzen. Wenn sich jemand auf persönliche »Erfahrungen« beruft, so muss ich ihm glauben. Erfahrungen können nicht nach den Kategorien »richtige« und »falsche« Erfahrungen unterschieden werden. Jede Person macht ihre eigenen Erfahrungen. Erfahrungen sind immer gebunden an die persönlichen Interessen, Wertehorizonte und Selbstver-

ständnisse, die in einer individuellen Lebensbiographie angeeignet werden. Erfahrungen lassen sich nicht verallgemeinern.

Wenn demgegenüber jemand Erkenntnisse, die in einer wissenschaftlichen Untersuchung gewonnen wurden, präsentiert, ist eine sachliche Bewertung möglich. Sie ist möglich, weil für wissenschaftliche Untersuchungen rational begründete Verfahrensregeln gelten, die eingehalten werden müssen, um Aussagen zu produzieren, die allgemeine Gültigkeit beanspruchen.

Mit der Etablierung einer wissenschaftlichen Disziplin Pflege entsteht somit für pflegebezogene Austauschprozesse eine intersubjektive Sprache, eine Sprache, die im Prinzip jedem, unabhängig von seinen individuellen Erfahrungen, den Zugang an Kenntnissen, Argumenten, und Einsichten ermöglicht. Mit dieser Sprache wachsen für die Ausbildung neue Ansprüche aber auch neue Möglichkeiten, pflegerische Urteils-, Entscheidungs- und Handlungskompetenz in der Ausbildung systematisch anzuleiten, m.a.W.: Es wachsen die Chancen, die Berufsangehörigen in der Pflege so auszubilden, dass sie zu professioneller Handlungsfähigkeit befähigt werden. Überwunden werden kann »... die Abkoppelung der Berufspraxis von berufsfeldübergreifendem systematischen Wissen« (Krüger, 1996, S. 263), wie sie für den »weiblichen« Pflegeberuf und sein tradiertes Erfahrungswissen bisher kennzeichnend war.

Moderne professionelle Berufsfähigkeit in dem hier gemeinten Sinn umfasst diejenigen Determinanten anspruchsvoller Facharbeit, über die in berufspädagogischen und berufsbildungspolitischen Diskursen im Begriff des »Berufskonzepts« weitgehender Konsens besteht. Hierzu zählt Kloas (vgl. 1997, S. 22) folgende Ansprüche und Erwartungen:

- Professionelle Berufsfähigkeit beinhaltet fachliche, soziale und methodische Kompetenzen, die den Berufsinhaber befähigen, seine beruflichen Aufgaben selbständig zu planen, durchzuführen und auszuwerten.
- Professionelle Berufsfähigkeit ermöglicht nicht nur die Bewältigung einzelner, besonderer Teilaufgaben, sondern beinhaltet ein breites Spektrum an Kompetenzen und eröffnet dem Berufsinhaber vielfältige Beschäftigungsoptionen.
- In professioneller Berufsfähigkeit sind auch Kompetenzen enthalten, das erwor-

bene Wissen und die erlernten Fähigkeiten zu mobilisieren, um neue und noch unbekannte Berufssituationen erfolgreich zu bewältigen.

■ Mit professioneller Berufsfähigkeit ist die Erwartung verbunden, dass die Berufsinhaber nach Abschluss ihrer Ausbildungen zur stetigen Weiterentwicklung ihrer fachlichen und persönlichen Kompetenzen befähigt sind.

■ Professionelle Berufsfähigkeit führt nicht nur zur Bewältigung von Aufgaben, die im besonderen Ausbildungsbetrieb bestehen. Sie beinhaltet auch das Vermögen zur beruflichen Mobilität, weil sie auf ein Kompetenzbündel bezogen ist, das über die institutionsspezifischen Anforderungen des Ausbildungsbetriebs hinausweist.

■ Professionelle Berufsfähigkeit wird in allgemein gültigen, bundeseinheitlich geregelten Abschlüssen bescheinigt und ermöglicht dem Berufsinhaber und dem Arbeitgeber, der auf dem Stellenmarkt berufliche Arbeitskraft nachfragt, weitgehende Transparenz über Kompetenzprofile. Erleichtert wird die Verständigung über vorhandene und nachgefragte Fähigkeitsprofile. Die erweiterte Transparenz ist auch eine wichtige Voraussetzung, um den Berufsinhaber in das Tarif- und Sozialrechtssystem einzuordnen und ihm Sicherheit zum »Tauschwert« seiner Arbeitskraft zu bieten.

Wer eine so beschriebene Weiterentwicklung pflegeberuflicher Arbeit im Blick hat und sie mit »Professionalisierung« umschreibt, verwendet diesen Begriff nicht im klassischen Verständnis der Berufssoziologie. Zwar ist die Begründung des beruflichen Handelns auf eine eigenständige Wissensdisziplin Pflege eine hilfreiche Voraussetzung, um eigenverantwortliche Handlungsräume kompetent auszufüllen (und zu legitimieren). Die Aneignung systematischer wissenschaftlicher Kenntnisse zielt aber nicht darauf, die Merkmale einer Vollprofession zu erwerben, sondern darauf, den Handlungsraum Pflege, der in der bisherigen Entwicklung nur partiell verberuflicht wurde, nun vollständig mit den Merkmalen anspruchsvoller Berufsarbeit auszustatten. »Professionalisierung« beschreibt in diesem Sinne einen Prozess, der darauf zielt, die Merkmale beruflicher Arbeit – wie sie im Berufskonzept beschrieben sind – vollständig anzueignen und das berufliche Handeln in seiner Komplexität zu würdigen und zu bewerten.

3. Akademisierung – Motor für den Ausbau von Definitionsmacht und privilegierten Positionen

In berufssoziologischen Diskursen bleibt der Begriff der »Profession« besonderen Berufen vorbehalten, die für die Gesellschaft bedeutsame Dienstleistungen erbringen und einen herausgehobenen Status einnehmen. »Als Professionen werden in sozialhistorischer und soziologischer Theoriebildung Berufe gefasst, die – wie Geistliche, Ärzte und Juristen – zentralwertbezogene Leistungen für die Gesellschaft erbringen und dabei einer besonderen Handlungslogik folgen, die sie gegenüber anderen Berufen heraushebt« (Dewe/Ferchhoff/Radke 1992, S. 7 f.). »Professionalisierung« beschreibt hiernach einen Prozess, der eine vollständige Verberuflichung des Handelns bereits voraussetzt und auf eine Weiterentwicklung zielt, an deren Ende der Status einer Vollprofession erreicht wird.

Professionstheoretische Ansätze – so unterschiedlich sie auch akzentuiert und präzisiert werden – begreifen Professionen als besondere klientenbezogene Expertenberufe für die der Nachweis eines exklusiven Wissens, das in der Regel nur in akademischen Ausbildungsgängen angeeignet werden kann, eine wichtige Voraussetzung ist. In langjährigen Bildungsprozessen angeeignetes Wissen, das in Form akademischer Titel ausgewiesen wird, hat nicht nur eine fachliche, sondern auch eine doppelte soziale Bedeutung: Es dient zum einen gegenüber den Klienten bzw. Patienten der Dienstleistung, die als »uneingeweihte Laien« das Handeln des Professionals nicht direkt und vollständig kontrollieren können, als Nachweis der zu erwartenden Güte der Leistung. Es fungiert zum anderen als Abgrenzungskriterium gegenüber konkurrierenden Leistungsanbietern, die ihre Dienste im Berufsfeld anbieten, ohne über gleichwertige Bildungsgänge zu verfügen. Hier eröffnet sich den Professionals die Chance, weniger anspruchsvolle Aufgaben an untergeordnete Helferinnen und Helfer zu delegieren und sich bezogen auf prestigeträchtige privilegierte Aufgabenkomplexe, vor Konkurrentinnen und Konkurrenten zu schützen (vgl. Wetterer 1993, S. 27).

Im Zuge der Akademisierung von Pflegewissen und der Etablierung pflegewis-

senschaftlicher Studiengänge an Fachhochschulen und Universitäten sind strukturelle Voraussetzungen geschaffen worden, das notwendige differenzierte und anspruchsvolle Expertenwissen zu generieren. Es bestehen für potentielle Bewerberinnen und Bewerber auf ein Amt im Berufsfeld Möglichkeiten, in wissenschaftlichen Ausbildungswegen dieses Wissen anzueignen und anerkannte Abschlüsse zu erwerben, die die Zugehörigkeit zu einer Elite wissenschaftlich Vorgebildeter zertifizieren. Ist der Nachweis akademischer Pflegebildung der Berufsangehörigen eine Voraussetzung für die Herausbildung einer Vollprofession, so ist er dennoch keine hinreichende (vgl. Schaeffer 1994, S. 123).

Im Zuge von Professionalisierungsprozessen muss auch nachgewiesen werden, dass der Zugewinn an Macht, Autonomie, Statusgewinn und hohem Einkommen, den die Dienstleisterinnen und Dienstleiter für ihre Arbeit als Professionals fordern, eine adäquate Lösung gesellschaftlich bedeutsamer Probleme möglich macht. Hierzu gehört nicht nur die Aufgabe, die Öffentlichkeit von der sachlichen Notwendigkeit einer »Pflegeprofession« zu überzeugen. Da Professionen mit besonderen Privilegien und einer Monopolstellung ausgestattet sind, müssen sie auch glaubwürdig machen, dass sie den Zugewinn an Macht und Einfluss nicht missbrauchen werden. Nur wenn ihnen unterstellt wird, dass sie ihr Handeln als Professionals nicht an selbstbezüglichen Gewinninteressen, sondern am Gemeinwohl ausrichten werden, wird ihnen ein gesellschaftliches Mandat zuerkannt, dass sie von bürokratischer Kontrolle entbindet und ihnen besondere Rechte und Privilegien eröffnet.

Um »Gemeinwohlorientierung« ausweisen zu können, bedarf es der Herausbildung einer besonderen verbindlichen Berufsethik, deren normative Standards kollegialer Selbstkontrolle unterworfen werden. »Die Entwicklung von Expertise und Kollegenorganisation ist das Kernstück des Professionalisierungsprozesses, der die gesellschaftlichen Kontrollinstanzen überzeugen soll, der Profession für kontrollierte Kompetenz und Verantwortlichkeit ein Leistungsmonopol, Vertrauen und Autonomie sowie hohes Einkommen und Prestige zu-zuerkennen« (Daheim 1992, S. 23). Das hier notwendig nur sehr verkürzt und unvollständig wiedergegebene Modell zur Er-

klärung und Charakterisierung exklusiver Berufe, die man Professionen nennt, weist auf eine prinzipielle Dynamik, die bei der Konstruktion von Berufen mitbedacht werden muss: Bei der Entwicklung beruflicher Fähigkeitskombinationen und beruflicher Verantwortungsräume spielen in der Regel nicht nur sachimmanente, sondern auch soziale Faktoren eine bedeutende Rolle. »Die gesellschaftlichen Probleme, die Inhalt und Gegenstand von Berufen sind, sind keineswegs rein sachliche, technisch-funktionelle, politisch neutrale ›Gegebenheiten‹. Insofern sich die Gesellschaft in ihrer Arbeit auf ihre eigenen Belange richtet, müssen in Berufen auch alle Möglichkeiten, in das soziale und persönliche Leben ›politisch‹ einzugreifen, eröffnet und geregelt werden ... [so, d.V.] dass Kompetenzinhalte immer gleichzeitig sach- und herrschaftsbezogen sind« (Beck/Brater 1978, S. 16).

So wurde im berufssoziologischen Diskurs ein den Gebrauchswert rechtfertigender funktionalistischer Professionalisierungsansatz, der Professionen als angemessene Konsequenz gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse zu erklären und zu begründen suchte, von unterschiedlichen Seiten kritisiert. In diesem Erklärungsmodell wird – so eine wichtiges Argument – die Selbstlegitimation, die die Professionals zur Rechtfertigung ihrer Privilegien vortragen – lediglich nachvollzogen. Das Monopol zur Erbringung bestimmter Dienstleistungen wird dann auch in macht- und konflikttheoretischen Ansätzen, die ab den 1970er Jahren das funktionalistische Erklärungsmodell reformulieren, nicht länger als sachliche Notwendigkeit, sondern als Konsequenz gesellschaftlicher Verteilungskämpfe neu gedeutet: Das »Projekt Professionalisierung« werde nicht deshalb erfolgreich bewältigt, weil de facto die Profession eine effektive und gesellschaftlich unumgängliche Problembewältigung anbiete, sondern weil es den Akteuren (auch unter erfolgreicher Inanspruchnahme sozialer Beziehungen zu den »Herrschenden«) gelänge, ihre Weiterentwicklung zur Profession als adäquate Lösung gesellschaftlich bedeutender Probleme zu »verkaufen«. (vgl. Daheim 1992, S. 23 f.)

Es ist durchaus verständlich, dass sich Angehörige eines besonderen Berufs – und dies gilt nicht nur für den Pflegeberuf –

dafür einsetzen, den Tauschwert ihrer Arbeit zu steigern. Die Zugehörigkeit des Einzelnen zu einem besonderen Beruf entscheidet wesentlich über individuelle Lebens- und Entfaltungschancen in einer hierarchisch organisierten Gesellschaft. Auch die Identität und das persönliche Selbstbewusstsein werden durch die Zugehörigkeit zu einem besonderen Beruf wesentlich bestimmt.

In diesem Zusammenhang gewinnt das in berufssoziologischer Theoriebildung entwickelte hypothetische Konstrukt »Profession« eine Vorbildfunktion, die auffordert, sich an den Professionsmerkmalen abzuarbeiten. Ziel ist es, sie vollständig anzueignen. Die formalen Merkmale dienen zum einen als Gradmesser, um den bereits erreichten Stand der Professionalisierung einzuschätzen. Gleichzeitig kann versucht werden, den möglichen Mangel an vollständigen Attributen im Verlauf der weiteren Entwicklung durch berufspolitische Anstrengungen zu überwinden.

Berufspolitische Strategien im Pflegebereich, die an solchen merkmalsbezogenen Professionalisierungsverständnissen orientiert sind, zeigen sich u.a:

- in der Forderung von Berufsvertreterinnen und -vertretern nach Einrichtung von Pflegekammern (vgl. Kellnhauser 1994; kritisch hierzu vgl. Dielmann 1996);
- in Vorschlägen für die ausgebildeten Fachkräfte so genannte Vorbehaltstätigkeiten durchzusetzen (vgl. Sowinski, 1998, S. 25–27);
- in theoretisch-konzeptionellen Überlegungen für das Handeln in der Pflege Modelle einer genuinen Pflegeethik zu entwerfen (vgl. Remmers, 2000; Arndt 1996);
- in Empfehlungen, die Erstausbildung in der Pflege zu akademisieren [als prominentes Beispiel für solche Vorschläge vgl. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2000].

Insbesondere eine Akademisierung der Erstausbildung hätte gravierende Konsequenzen für die Weiterentwicklung beruflicher Pflege zur Folge.

4. Diskussion und Bewertung der Professionalisierungsverständnisse im Hinblick auf die Weiterentwicklung beruflicher Pflege

Will man – topoihaft verkürzt – erfolgreich durchsetzen, dass die berufliche

Pflege sich zu einer Vollprofession weiterentwickelt oder aber vorsichtiger formuliert, sich den Merkmalen einer Vollprofession weiter annähert, so muss die Akademisierung der Erstausbildung zu einem wichtigen Anliegen werden. So sieht Sieger – angeregt durch die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen an Hochschulen – Chancen auf eine »Professionalisierung von unten« (vgl. Sieger 2002, S. 41).

Was ist damit gemeint? Studienangebote, in denen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse vermittelt werden, richten sich zur Zeit zum großen Teil gar nicht an diejenigen, die sich auf kompetentes Handeln in der direkten Pflege vorbereiten, sondern an diejenigen, die im Berufsfeld leitende und lehrende Aufgaben wahrnehmen sollen. Mit der Einrichtung von Studiengängen für Pflegemanagement und Pflegepädagogik wird kein direkter Beitrag zur Akademisierung der Pflegearbeit geleistet, sondern zur Akademisierung der Führungs- und Lehrfunktionen im Berufsfeld. Der Status eines Professionals der Pflege kann allerdings nur erreicht werden, wenn diejenigen, die in der direkten Pflege arbeiten, in einer akademischen Ausbildung auf ihre besondere Arbeit vorbereitet werden.

Der Logik von Bachelor- und Masterstudiengängen folgend wäre dann ein Bachelorabschluss »Pflege« Voraussetzung für ein konsekutives Masterstudium, das auf lehrende oder aber leitende Aufgaben vorbereitet. Wichtig für die Durchsetzung von Professionsmerkmalen der Pflegefachkräfte ist es dann allerdings, auch weitere Masterstudienangebote der fachlichen Vertiefung, Spezialisierung und zum Erwerb erweiterter Forschungskompetenzen für diejenigen einzurichten, die sich auf die unmittelbare Erbringung von Pflegeleistungen vorbereiten. Das Bachelorstudium eröffnet seinen Absolventinnen und Absolventen nicht nur einen berufsqualifizierenden Abschluss, sondern auch einen (ersten) akademischen Grad, der in eine weiterführende wissenschaftliche Qualifizierung (Masterstudium, Promotionsstudium) münden kann.

Alle bestehenden Denkmodelle zur Einführung einer akademischen Erstausbildung sind nicht als vollständiger Ersatz für die bestehende tradierte Berufsausbildung an Schulen gedacht, sondern sollen die herkömmlichen Qualifizierungswege ergänzen. So sieht auch Sieger die Einführung

einer akademischen Erstausbildung als »einen zweiten Weg« (vgl. Sieger 2003, S. 41).

Gründe für den Verzicht einer vollständigen Akademisierung kann das differenziert ausgearbeitete Modell zur Weiterentwicklung von Qualifizierungswegen verdeutlichen, das die »Zukunftswerkstatt Pflegeausbildung« der Robert Bosch Stiftung vorgelegt hat [vgl. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2000]. In ihm wird nicht nur ein »zweiter« akademischer Zugang zum Berufsfeld eingeführt, sondern auch eine weitere Differenzierung beruflicher Bildungswege vorgenommen.

Von dieser Differenzierung, die nicht als eine horizontal geordnete Spezialisierung gleichwertiger Aufgabenbereiche erfolgt, sondern eine vertikale Neuordnung von Kompetenzstufen vorsieht, in der insbesondere für die unteren Niveaustufen eine generalistische Ausbildung für die »allgemeine Pflege« geplant wird, versprechen sich das Autorenteam und weitere Befürworter einer akademischen Erstausbildung Chancen »die professionellen Elemente von Pflegearbeit endlich herauszustellen« (Abt-Zegelin 2001, S. 73, vgl. auch Sieger, 2001).

Mitbedacht wird, dass eine akademische Qualifizierung mit einem finanziellen Mehraufwand an öffentlichen Mitteln verbunden ist. Auch erwarten akademisch ausgebildete Fachkräfte, dass der Aufwand ihrer persönlichen Bildungsinvestitionen ihnen nicht nur selbstbestimmte Entfaltung, sondern auch eine höherwertige Vergütung ihrer Leistungen im Arbeitsfeld eröffnet. Es muss in einem Gesundheitssystem, das von Reformdruck, Verteilungskämpfen, Konkurrenz und Wirtschaftlichkeitskalkülen bestimmt wird, durchgesetzt werden, dass Kompetenzbereiche und Verantwortungsräume einer akademischen Pflegeelite auch bezahlt werden. Angesichts des weiter steigenden Bedarfs an beruflicher Pflege geht es letztlich immer auch um die Frage, was die Gesellschaft für öffentliche Pflegeleistungen bereit (und in der Lage) ist zu investieren.

Unter der Überschrift »Pflege neu denken rechnet sich« rechtfertigen die Autorinnen und Autoren der Zukunftswerkstatt deshalb ihr hierarchisch perfektioniertes (Aus-)Bildungsmodell auch als wirtschaft-

lich angemessene Lösung [vgl. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2000, S. 78 ff]. Die Rechtfertigung eines auch akademische Wege integrierenden Ausbildungsmodells als kostengünstig verweist jedoch auf Gefahren, wenn eine verbesserte Professionalität in der Pflege eingelöst werden soll:

Wirtschaftlich angemessen ist die Lösung, weil nicht das gesamte Versorgungsangebot teurer wird, sondern nur diejenigen Leistungen, die zukünftig von den Pflegeakademikerinnen und Akademikern erbracht werden sollen. Unter Kostengesichtspunkten wird das Leistungsangebot insbesondere dann günstig, wenn nur wenige Positionen für Akademikerinnen und Akademiker eingerichtet werden. In den Überlegungen der Zukunftswerkstatt wird davon ausgegangen, dass »künftig etwa 50 % der beruflich Pflegenden die Qualifikationsstufe I [zweijährige schulische Ausbildung, d.V.] und 50 % die Qualifikationsstufe II (45 %) [vierjähriges Studium bzw. vierjährige schulische Ausbildung, d.V.] und III [Masterstudium, Promotionsstudium bzw. vergleichbare Abschlüsse, d. V.] haben werden« [Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2000, S. 80].

Diese Berechnungen sind allerdings vorläufig (vgl. Abt-Zegelin 2001, S. 74). Die wirtschaftlichen Vorteile werden immer größer, wenn der Kreis derer, die zur Elite gehören, möglichst klein gehalten wird. Die Möglichkeiten, »die professionellen Merkmale der Pflege herauszustellen« werden allerdings immer geringer, wenn ein Großteil derer, die an der Erbringung von Pflegeleistungen beteiligt werden, gar nicht in den Genuss einer verbesserten Ausbildung kommen, ggf. sogar auf der Grundlage einer verkürzten Qualifikation tätig werden. Nur wenn der überwiegende Teil derer, die Pflege leisten, zu den »Eingeweihten« zählen, kann im gesamten Berufsfeld überzeugend ein professioneller Status etabliert werden.

Diese Überlegungen verdeutlichen, dass in jedem Fall mit der Einführung eines alternativen Zugangs zum Berufsfeld über ein Studium eine Dynamik entsteht, von der die bestehenden Kompetenzprofile nicht unberührt bleiben werden. Die Einführung einer akademischen Elite ist kein Beitrag zur Professionalisierung des gesamten Berufsfeldes »Pflege« und zur verbesserten Anerkennung aller, die an dieser Ar-

beit beteiligt sind. Wenn Personen mit unterschiedlichen Kompetenzen ausgestattet werden und entsprechend unterschiedliche Verantwortungsräume ausfüllen sollen, dann wird man ihre je besondere Arbeit in der Pflege auch gesondert bewerten müssen. Konsequenz ist, dass es »die Pflege« und »die Pflegenden« immer weniger geben wird. Bestenfalls wird es unter den unterschiedlich ausgebildeten Fachkräften (und Hilfskräften) eine besondere Gruppe geben, die in ihrem Streben nach einem professionellen Status andere Gruppen überholt. Sie kann sich dann verbessert auf diejenigen Merkmale des Aufgabenkomplexes beschränken, die wirkungsvoll den besonderen Status der Elite demonstrieren und sie kann Aufgaben, die ungeeignet sind, an subalterne Pflege(hilfs-)kräfte delegieren.

Ausgegrenzt und von Deprofessionalisierung bedroht sind diejenigen, die dem angestrebten Status des »Professionals« nur unvollständig entsprechen können. Die Tatsache, dass von diesem Problem in der Studie der Robert Bosch Stiftung weitgehend abstrahiert wird, legt nahe, dass vorrangig Verteilungskämpfe und Machtinteressen einer besonderen Gruppe, die sich im Namen »der Pflege« zu Wort meldet, den Diskurs bestimmt. So kritisiert auch Meifort in ihrer Auseinandersetzung mit dem Bildungskonzept der Robert Bosch Stiftung unter dem Titel »Eliten brauchen Heloten« den Bildungsreformvorschlag als »ein aggressives berufliches Machtmodell« (Meifort, 2001, S. 40; kritisch hierzu vgl. auch Bischoff-Wanner 2001). Der Verdacht des Machtmodells erhärtet sich, wenn man fragt, wie die Arbeitsverteilung zwischen den unterschiedlich vorgebildeten Fachkräften organisiert werden kann.

Angelika Abt-Zegelin und Christel Bienstein – beide sind Mitautorinnen der Studie zur Weiterentwicklung von Qualifikationsprofilen – fordern die Differenzierung von Pflegeaufgaben: Es »darf nicht mehr sein, dass »jeder alles (irgendwie) macht« (Abt-Zegelin/Bienstein 2001, S. 169). Um diese »Gleichschaltung« aller zu überwinden, soll zukünftig zwischen komplexen und weniger komplexen, Konstanz der Anforderungen versprechenden, Situationen unterschieden werden.

Das Arbeitsteilungskonzept ist hoch abstrakt. Verzichtet wird darauf, konkrete

Aufgaben den unterschiedlich vorgebildeten Fachkräften zuzuordnen. Völlig unklar bleibt, ob man » Pflegesituationen« überhaupt als eindeutig »komplex« und »instabil« oder aber als »einfach« und »stabil« identifizieren kann. Die Arbeitsverteilung in der Pflege kann überhaupt nicht nach »Situationen« organisiert werden, sie erfolgt nach Bedarfslagen, die pflegebedürftige Menschen aufweisen. Für diese Bedarfslagen bestehen keine eindeutigen Kriterien, die es ermöglichen, zwischen komplex und weniger komplex, zwischen stabil und weniger stabil zu unterscheiden. Wonach soll die Komplexität und der Schwierigkeitsgrad von Anforderungen bewertet werden, nach der Schwere des Krankheitsbildes, nach der Pflegeintensität, nach dem notwendigen körperlichen und/oder psychosozialen Betreuungsbedarf, nach der Anzahl und Dauer der notwendigen Patientenkontakte, nach der möglichen Kooperationsfähigkeit der Pflegebedürftigen bei der Verwirklichung von Vorhaben, nach einem Mix von Kriterien unterschiedlichster Art, die dann über einen längeren Zeitraum als stabile Bestimmungsgrößen unterstellt werden können?

Festgestellt werden kann: Der hypothetischen Differenzierung komplexer und einfacher Pflegesituationen mangelt es an eindeutigen Operationalisierungen. Die mangelhafte Eindeutigkeit der Differenzierung erleichtert es wiederum, die Aufgabenzuweisung verstärkt nach wirtschaftlichen Interessen zu organisieren.

Gegen die Durchsetzung der hier vorgeschlagenen Unterscheidung zwischen anspruchsvollen und weniger anspruchsvollen Aufgaben spricht auch die bestehende Praxis der Aufgabenverteilung im Pflegebereich. Auch ohne (ergänzende) akademische Hierarchieebene arbeiten in den Einrichtungen heute Personen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus und differenten einzelberuflichen Ausbildungsabschlüssen. Die Heterogenität der Ausbildungsprofile und Ausbildungsniveaus wird in der Regel nicht als sinnvoll und gut begründet gesehen. Vielmehr klagt man über eine »systematische Unordnung« (vgl. Rabe-Kleberg 1998, S. 380). Bisher ist es nicht gelungen, befriedigende Organisationskonzepte der Arbeitsteilung zu etablieren. Es leuchtet deshalb nicht ein, warum eine weitere Diversifizierung von Qualifikationsniveaus hilfreich sein soll.

Wenn es (noch) keine systematisch begründeten und empirisch bewährten Konzepte der Arbeitsteilung von Personen mit hierarchisch abgestuften Kompetenzniveaus in der Pflege gibt, besteht die Gefahr, dass sich eine Arbeitsteilung durchsetzen wird, die pauschal das »Denken« und das »Handeln« der Pflege perfekter als bisher an unterschiedlich vorgebildete Gruppen delegiert. So fragt mit Blick auf die Zukunft auch Csonsgár ob »sich ein Pflegekonzept durchsetzen wird, das auf der Trennung zwischen Anordnung und Durchführung basiert. Denkbar ist, dass dem Patienten als Kunden ... ein Bezugspfleger/eine Bezugsschwester zugeordnet wird, der bzw. die für die Pflege des Patienten verantwortlich ist, diese aber nicht unbedingt selbst verrichtet« (Csonsgár, 1998, S. 67). Entsprechend einer solchen Logik wäre es Aufgabe einer Gruppe von hoch qualifizierten Pflegeberuflichen und Pflegeberuflern für die Ermittlung des Pflegebedarfs, die Planung von Maßnahmen und die Evaluation pflegerischer Interventionen Verantwortung zu tragen. Die Aufgabe, geplante Maßnahmen mit dem pflegebedürftigen Menschen zu realisieren, würde dann an eine weitere Gruppe nicht akademisch ausgebildeter Fach- bzw. Hilfskräfte delegiert.

Für die mit dem Patienten Handelnden wäre in einem solchen Arbeitsteilungskonzept Pflege eine »Summe von Verrichtungen«, die die Betreffenden nicht selbst mit den Patientinnen und Patienten abstimmen und entscheiden können, sondern auf Anordnung weisungsbefugter Autoritäten ausführen. Wenn ihr Handeln sich darauf beschränkt, Anordnungen auszuführen, die sie nicht selbst entschieden haben und deren fachgerechte Bewältigung durch die Vorgabe von Handlungsstandards gesichert und kontrolliert werden kann »wird man an »Qualifikationen«, die man benötigt ... kaum solche finden, die nicht im Prinzip jedermann beherrscht oder doch in Kürze lernen könnte. Dies gilt auch noch für Tätigkeiten wie Blutdruck messen, Spritzen setzen, Einreibungen und leichte Bewegungsübungen.« (Brater 1998, S. 31)

Eine solche Arbeitsteilung – hier ist dem Autorenteam der Zukunftswerkstatt »Pflege neu denken« zuzustimmen – könnte durchaus vorteilhaft sein, die Kosten zu begrenzen.

»Pflege neu denken rechnet sich«, allerdings ist der »Preis« hoch:

1. Diejenigen, die Verantwortung für die Bewältigung von »pflegerischen Anordnungen tragen«, erleiden Einbußen, den Sinn ihrer Arbeit (mit) zu definieren. Wenn sie lediglich das ausführen sollen, was übergeordnete Autoritäten ihnen vorgeben, ist ihr Beitrag auf die technisch korrekte Ausführung von »Verrichtungen« beschränkt. Sie sind von Dequalifizierung und Deprofessionalisierung bedroht.

2. Die öffentliche Anerkennung fachlicher Kompetenz wird in hohem Maße von denjenigen bestimmt und gefördert, die direkt die Zusammenarbeit mit den Empfängern von Pflege gestalten. Überzeugend wird kompetente Pflege durch die Personen demonstriert, die unmittelbar in der Pflege handeln. Sie bestimmen wesentlich die Erfahrungen der Adressaten des Gesundheitssystems mit kompetenter Fachlichkeit der pflegerischen Versorgung. Die Delegation der Arbeitsbewältigung an Personen ohne eigene Entscheidungsbefugnisse ist daher ungeeignet, professionelle Pflege überzeugend zum Ausdruck zu bringen.

3. Eine perfektere Trennung zwischen Denken und Handeln gefährdet auch deshalb eine verbesserte Anerkennung von Fachlichkeit, weil auch die Qualität der Dienstleistung Pflege Einbußen erfährt. Betreuungskompetenz kann nur dann befriedigend entfaltet werden, wenn denjenigen, die die Zusammenarbeit mit dem Patienten gestalten, notwendige Freiräume zugestanden werden, situativ auf Bedürfnisse und Bedarfslagen einzugehen. Nicht nur in der Phase der Planung, sondern auch im Vollzug der Arbeit besteht in der humanen Dienstleistung Pflege eine »Ungezißheit in der Ziel-Mittel-Relation« (Rabe-Kleberg 1993, S. 732). Die Fähigkeit, unmittelbar auf sich stellende Anforderungen reagieren zu können, setzt voraus, dass die Ausführenden eigenverantwortlich ihr Handeln (mit) entscheiden und eigenverantwortlich auf Patientenäußerungen reagieren können. Wenn Gestaltungs- und Entscheidungsräume der unmittelbar Handelnden in der Pflege auf die Durchführung von »Verrichtungen« begrenzt werden, ist die Qualität der Versorgung gefährdet.

Insbesondere die Kompetenz, flexibel und unmittelbar bei der Betreuung situativen Erfordernissen Rechnung tragen zu

können, sehen Böhle/Brater/Maurus mit Blick auf den Altenpflegeberuf als entscheidendes Merkmal professionellen pflegerischen Handelns: »Gerade in der Befähigung zu jenem situativen, wahrnehmungsgeliteten Arbeitshandeln liegt die besondere Professionalität der Altenpfleger.« (Böhle/Brater/Maurus 1997, S. 21). Folgt man dieser Einsicht, dann kann »Professionalisierung von unten« nicht bedeuten, eine neue akademische Hierarchieebene ergänzend einzuführen, sondern diejenigen, die das Handeln in der Pflege gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten tragen mit Kompetenzen auszustatten, die ihnen selbst verantwortliches Denken und Handeln ermöglichen und die sie zu sachlich begründeter Eigenverantwortung befähigen. Ein solches Professionalisierungsverständnis entspricht eher den Vorstellungen derer, die mit der Forderung nach Professionalisierung eine verbesserte und vollständige Verberuflichung der Pflegearbeit verbinden und sich berufs- und berufsausbildungspolitisch dafür einsetzen, dass in der beruflichen Ausbildung von Fachkräften in der Pflege diejenigen Qualitätsstandards vollständig Berücksichtigung finden, die im Berufskonzept angelegt sind. So sieht es auch Rabe-Kleberg: »Professionalität ist ... nicht mit Akademisierung zu verwechseln ... Professionalität kennzeichnet ... das spezifische Verhältnis von Wissen und Handeln. Es geht um ein Handeln, das nicht nach den Prinzipien technischer Rationalität zu effektivieren ist und das die Autonomie des Handelnden in Eigenverantwortung verlangt.« (Rabe-Kleberg, 1992, S. 732)

Ein solches Professionalisierungsverständnis, das nicht primär an den Merkmalen einer Vollprofession ausgerichtet ist, sondern Professionalisierungserfordernisse unter Berücksichtigung der genuinen Spezifik des (kommunikativen) Arbeitshandelns in der humanen Dienstleistung Pflege abzuleiten und zu begründen sucht (vgl. Dewe/Ferchhoff 1988, S. 135–157), ist mit Verständnissen im Einklang, die mit »Professionalisierung« eine vollständige Verberuflichung des Anforderungs- und Aufgabenprofils der Fachkräfte verbinden.

Professionalisierung darf sich nicht auf die Herausbildung einer besonderen Expertenelite in der direkten Pflege beschränken (akademische Pflegefachkräfte). Sie muss den gesamten Berufsstand umfassen, wenn sie qualitätssichernd für die Adressa-

ten sein soll und auf eine verbesserte Anerkennung derer zielt, die sich in der Pflege von Patientinnen und Patienten engagieren.

Das bedeutet im Übrigen nicht, dass auf akademisch ausgebildete Expertinnen vollständig verzichtet werden kann. Für die Lehre, für Leitungsaufgaben, für besondere Forschungs-, Beratungs- und Unterstützungsfunktionen und für die wissenschaftliche Arbeit im Hochschulsystem werden in jedem Fall Personen benötigt, die pflegewissenschaftliche Qualifikationen erworben haben. Sie sind verantwortlich dafür, dass die Pflegewissenschaft sich zu einer »normal science« entwickeln und die Praxis von den Erkenntnissen der Pflegewissenschaft profitieren kann. Entsprechende Expertinnen und Experten als »Pfleger« zu bezeichnen ist jedoch irreführend, weil sie, wenn sie Angebote der Forschung, Management, Beratung, Lehre, projektbezogenen Moderation und Implementation neuer Erkenntnisse in das Berufsfeld unterbreiten, nicht *pflegen*.

In der pflegerischen Praxis selbst werden Fachkräfte benötigt, die zwischen der wissenschaftlichen Expertise und den besonderen Anforderungen des Einzelfalls in den vielfältigen Handlungssituationen souverän vermitteln können. Hierfür ist das Modell des Berufskonzepts eine angemessene Folie zur Weiterentwicklung anspruchsvoller Aus-, Fort- und Weiterbildung, damit Fachlichkeit und professionelle Handlungskompetenz im Pflegebereich für die Zukunft gesichert werden können.

Literatur

- ABT-ZEGELIN, Angelika: Neue Pflegen denken. In: Pflege und Gesellschaft 6 (2001) Heft 3, S. 73–77.
- ABT-ZEGELIN, A./BIENSTEIN, C.: Pflege neu denken: Zukunft der Pflegeausbildung. In: Die Schwester/der Pfleger 40 (2001) Heft 2, S. 167–172.
- ALBERS, Martin: Professionalisierung als Ausweg aus der Krise – Zur unterschiedlichen Bedeutung des Begriffs »Professionalisierung« innerhalb der beruflichen Krankenpflege. In: Pflege Magazin 1 (2000), Heft 3, S. 4–13.
- ARNDT, Marianne: Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Stuttgart/New York 1996.

- AXMACHER, Dirk: Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: RABE-KLEBERG u.a. (Hg.): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung: Pro Person. Bielefeld 1991, S. 120–138.
- BECK, U./BRATER, M.: Berufliche Arbeitsteilung und soziale Ungleichheit. Frankfurt am Main/New York 1978.
- BECKER, W./MEIFORT, B.: Pflegen als Beruf – ein Berufsfeld in der Entwicklung. Bielefeld 1994.
- BETZ, Georg: Krankenpflege im Wandel. Konsequenzen für die berufliche Bildung. In: PROGNOSE (Hg.): Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Berlin 1992, S. 193–208.
- BISCHOFF-WANNER, Claudia: 170 Jahre Sonderweg in der Ausbildung der Pflege – und kein Ende!? Über das Ausbildungsmodell »Pflege neu denken«. Hrsg. von der Robert-Bosch-Stiftung. In: Pflege und Gesellschaft 6 (2001) Heft 3, S. 78–86.
- BÖGEMANN-GROßHEIM, Ellen: Pflegeprofil im Jahr 2010: Die Position der Verbände. In: SCHÖNLEIN, K./SIEGER, M. (Hg.): Pflegebildung im 21. Jahrhundert. Tagung des Kieler Zentrums für Gesundheitsberufe am 19. April 2002. Münster 2003, S. 24–30.
- BÖHLE, F./BRATER, M./MAURUS, A.: Pflegearbeit als situatives Handeln. In: Pflege 10 (1997) Heft 1, S. 18–22.
- BRATER, Michael: Beruf oder Tätigkeit – zur gesellschaftlichen Bewertung von Beruflichkeit und Fachlichkeit personenbezogener Dienstleistungsarbeit. In: MEIFORT, B. (Hg.): Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Bielefeld 1998, S. 29–36.
- CONSGÄR, Gabriele: Professionalisierungstrends im Gesundheits- und Sozialmanagement – Anforderungen an die berufliche Weiterbildung. In: MEIFORT, B. (Hg.): Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Bielefeld 1998, S. 57–77.
- DAHEIM, Hansjürgen: Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machtstheoretischer Modelle der Profession. In: DEWE, B./FERCHHOFF, W./RADTKE, F.-O. (Hg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen 1992, S. 21–35.
- DEWE, B./FERCHHOFF, W.: Dienstleistung und Bildung – Bildungstheoretische Betrachtungen über personenbezogene Dienstleistungsberufe. In: HANSMANN, O./MAROTZKI, W. (Hg.): Diskurs Bildungstheorie I: Systematische Markierungen. Weinheim 1988, S. 135–157.
- DEWE, B./FERCHHOFF, W./RADTKE, F.-O.: Auf dem Weg zu einer aufgaben-zentrierten Professionstheorie pädagogischen Handelns. In: DEWE, B./FERCHHOFF, W./RADTKE, F.-O. (Hg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen 1992, S. 7–20.
- DIELMANN, Gerd: Pflegekammern: Notwendig oder überflüssig? In: Mabuse 21 (1996) Heft Nr. 99, S. 44–45.
- KELLNHAUSER, Edith: Krankenpflegekammern und Professionalisierung in der Pflege. Melsungen 1993.
- KLOAS, Peter-Werner: Das deutsche Berufskonzept. In: BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hg.): Modularisierung in der beruflichen Bildung: Modebegriff, Streitthema oder konstruktiver Ansatz zur Lösung von Zukunftsproblemen? Bielefeld 1997, S. 21–24.
- KRÜGER, Helga: Die andere Bildungssegmentation. Berufssysteme und soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern am Beispiel der Umstrukturierung in Pflegeberufen. In: BOLDER, A. u.a. (Hg.): Die Wiederentdeckung der Ungleichheit. Aktuelle Tendenzen in Bildung und Arbeit. Opladen 1996, S. 253–274.
- MEIFORT, Barbara: »Pflegernotstand« in den alten Bundesländern – Zur Situation der ambulanten und stationären Pflege und des Pflegepersonals aus der Sicht der Berufsbildungsforschung. In: FORSCHUNGSINSTITUT DER FRIEDRICH EBERT STIFTUNG ABT. ARBEITS- UND SOZIALFORSCHUNG (Hg.): Zukunft der Pflege – Zukunft der Pflegeberufe. Bonn 1994, S. 31–48.
- MEIFORT, Barbara: Eliten brauchen Heloten. Heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege. In: Mabuse 26 (2001) Heft Nr. 130, S. 40–44.
- RABE-KLEBERG, Ursula: Sind wir (k)ein Beruf im Gesundheitswesen? Teil II. In: Pflege aktuell 47 (1993) Heft 12, S. 731–732.
- RABE-KLEBERG, Ursula: Berufliche Karrierewege im Gesundheits- und Sozialwesen. Stand, Perspektiven, Visionen. In: MEIFORT, B. (Hg.): Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialpflegerischen Arbeitsfeldern. Bielefeld 1998, S. 117–121.
- REMMERS, Hartmut: Pflegerisches Handeln – Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2000.
- ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hg.): Pflege braucht Eliten. Denkschrift der »Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulbildung für die Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege«. Gerlingen 1992.
- ROBERT-BOSCH-STIFTUNG (Hg.): Pflegewissenschaft. Grundlegung für die Lehre, Forschung und Praxis. Gerlingen 1996.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hg.): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart 2000.
- SCHAEFFER, Doris: Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: SCHAEFFER, D. u.a. (Hg.): Public health und Pflege: zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin 1994, S. 103–126.
- SIEGER, Margot: Gestufte Studiengänge – eine neue Qualität der Bildung für die Pflege. In: Pflege und Gesellschaft 6 (2001) Heft 3, S. 94–99.
- SIEGER, Margot: Neue Bildungsstrukturen für die Pflegeberufe. In: SCHÖNLEIN, K./SIEGER, M. (Hg.): Pflegebildung im 21. Jahrhundert. Tagung des Kieler Zentrums für Gesundheitsberufe am 19. April 2002. Münster 2003, S. 36–43.
- SOWINISKI, Christine: Pflege braucht Fachlichkeit – vorbehaltene Aufgabenbereiche für Fachkräfte gegenüber Hilfskräften. In: Pflege aktuell 52 (1998) Heft 7–8, S. 418–422.
- SPRONDEL, Walter, M.: »Emanzipation« und »Professionalisierung« des Pflegeberufs. – Soziologische Analyse einer beruflichen Selbstdeutung. In: PINDING, M. (Hg.): Krankenpflege in unserer Gesellschaft. Stuttgart 1972, S. 17–26.
- STEPPE, Hilde: Gesundheitswesen und Pflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 45 (1992) Heft 5, S. 315–319.
- SCHRÖCK, Ruth: Zur Akademisierung der Pflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 45 (1992) Heft 5, S. 320–322.
- WETTERER, Angelika: Professionalisierung und Geschlechterhierarchie. Vom kollektiven Frauenausschuss zur Integration mit beschränkten Möglichkeiten. Kassel. 1993.