

### **3. Die Entwicklung der Pflegebildungslandschaft**

---

Die heutige Pflegebildungslandschaft in Deutschland ist das Ergebnis unterschiedlicher Entwicklungen und Einflüsse, die in einem neuen Bildungskonzept berücksichtigt werden müssen. Nachfolgend werden die Entwicklungen der Krankenpflegeausbildung in der BRD und DDR skizziert, so wie deren Zusammenführung nach der Wiedervereinigung. Des Weiteren wird das vorangegangene Bildungskonzept »Pflegebildung offensiv« dargelegt, das vom DBR 2003 entwickelt wurde und das bis heute die Pflegebildungslandschaft geprägt und wichtige Impulse gesetzt hat.

#### **3.1 Krankenpflegeausbildung in der BRD und DDR**

Nach dem Ende des Dritten Reiches und der folgenden Teilung in BRD und DDR kam es zu unterschiedlichen Entwicklungen der Krankenpflegeausbildung. In der BRD behielt das Krankenpflegegesetz von 1938 vorerst seine Gültigkeit und wurde lediglich um die eindeutigen nationalsozialistischen Regularien erleichtert. So wohl die Pflegeverbände, Gesundheitsverbände und Militärregierungen sahen eine Notwendigkeit in einer Krankenpflegereform. Nicht zuletzt aus dem Grund, dass während des Zweiten Weltkriegs (1939–1945) eine Vielzahl nicht examinierter Pflegenden im Einsatz waren. Ein weiteres Problem war die sehr kurze Ausbildungsdauer. Neben der Eineinhalbjährigen bzw. ab 1942 zweijährigen, vor allem praktischen Ausbildung waren lediglich 200 Stunden theoretischer Unterricht vorgesehen. Noch vor der Gründung der BRD führte Niedersachsen eine eigene dreijährige Ausbildung ein. Um den länderspezifischen und unterschiedlichen Regelungen entgegenzutreten, wurde dringend eine bundeseinheitliche Regelung benötigt (vgl. Kreutzer, 2021).

Bei der folgenden Debatte war man sich zwar bei der Ausbildungsdauer von drei Jahren einig, jedoch gab es Kontroversen, ob es eine geschlossene Ausbildung bis zum Ende des dritten Lehrjahres werden soll oder ob bereits nach zwei Jahren und dem Examen ein drittes Praktikumsjahr folgen sollte. Gegner\*innen dieser 2+1 Regelung waren der Agnes Karll-Verband als Berufsorganisation sowie das Deutsche Rote Kreuz. Sie befürchteten, dass die Auszubildenden weniger als Lernende, son-

dern mehr als günstige Arbeitskräfte gesehen werden könnten. Die Befürworter\*innen waren Caritas, Innere Mission und Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV). Während es für die ÖTV tarifpolitische Motive waren, befürchteten die Caritas und Innere Mission, dass die Schwestern eher Arzthelferinnen werden aufgrund des hohen theoretischen Inputs und die eigentliche Pflegearbeit in die Hände von Hilfskräften übergehen wird (vgl. Kreutzer, 2021).

In dieser Debatte wurde sich auch für den Schutz der Berufsausübung ausgesprochen, jedoch blieb unklar was genau zu schützen sein soll. Es blieb die Frage, was sind berufsfremde und was sind berufsspezifische Aufgaben (vgl. Kreutzer, 2021).

Mit dem Krankenpflegegesetz von 1957 wurde ein neues bundeseinheitliches Krankenpflegegesetz in der BRD erlassen, dass erstmalig die Kinderkrankenpflege und »Geisteskrankenpflege« miteinschloss. Als Novum galt, dass die Leitung einer Krankenpflegeschule nun auch von Pflegenden übernommen werden kann. Als Zugangsvoraussetzung verblieb die Volksschule (achtjährige Schulbildung) und Caritas, Innere Mission und ÖTV setzten sich mit ihrer 2+1 Regelung durch. Mit insgesamt 450 Stunden theoretischen Unterricht und einer nicht näher definierten Anzahl an praktischen Unterrichtsstunden wurden die Theoriestunden nicht wesentlich erhöht. Lehrende in den Krankenpflegeschulen sollten über eine ebenfalls nicht näher definierte Eignung verfügen (vgl. Kreutzer, 2021).

Bereits kurz nach der neuen Krankenpflegegesetzgebung waren die Bestimmungen des Lehrgangs überholt und die meisten Krankenpflegeschulen überschritten bereits die Mindeststundenzahl. In der Folge begannen Diskussionen um eine Novellierung der Krankenpflegegesetzgebung. Der Agnes Karll-Verband setzte sich mit einer Denkschrift für eine volle dreijährige Ausbildung im Status als Auszubildende, eine Ausbildung für Unterrichtsschwestern sowie die Intensivierung der theoretischen Ausbildung ein. Letztere Forderung lag dem Argument der Verbesserung des Ansehens des Krankenpflegeberufs bei einem qualitativ gehobenen Ausbildungsberuf zugrunde. Sie sahen es als Möglichkeit dem seit Ende der 1950er Jahre abzeichnenden Pflegenotstand entgegenzuwirken. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft legte 1963 Empfehlungen für die Aus- und Fortbildung von Krankenschwestern vor und schloss sich der Forderung des Agnes Karll-Verbands nach einer dreijährigen Ausbildung an. Darüber hinaus forderten sie als Mindestvoraussetzung Abitur oder Mittlere Reife bzw. eine dreijährige Pflegevorschule nach dem Volksschulabschluss. Dazu sollten sich die Unterrichtsstunden auf 1.050 bis 1.500 Stunden erhöhen (vgl. Kreutzer, 2021).

Am 20. September 1965 trat das neue Krankenpflegegesetz in Kraft. Die Ausbildung dauerte von nun an drei Jahre und umfasste mindestens 1.200 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht in der Pflegeschule. Die Mindestzugangsvoraussetzung war ein Mittlerer Schulabschluss. Eine abgeschlossene Pflege- bzw. Schwesternvorschule sowie eine bereits absolvierte Berufsausbildung wurden

anerkannt. Dazu wurden die Voraussetzung für die Anerkennung von Krankenpflegeschulen festgelegt und es wurde eine speziell ausgebildete Unterrichtsschwester bzw. ein Unterrichtspfleger vorausgesetzt. Mit den 1966 folgenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen wurden die Unterrichtsstunden auf verschiedene Lehrfächer und verteilt und die Anzahl der zu absolvierenden Fachabteilungen vorgeschrieben. Damit sollte ein einheitliches Ausbildungsniveau abgesichert werden. Die vorherigen größeren Anteile an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten gingen auf das Pflegehilfspersonal über, dessen Ausbildung ebenfalls in dem Krankenpflegegesetz geregelt wurde (vgl. Kreutzer, 2021).

Obwohl 1965 in der BRD ein Krankenpflegegesetz verabschiedet wurde und es immerhin 20 Jahre lang Gültigkeit behielt, begannen direkt nach seinem Inkrafttreten schon Diskussionen um seine Reform (vgl. Kreutzer, 2021). Mit dem europäischen Übereinkommen von 1972 zur Harmonisierung der theoretischen und praktischen Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern in der Allgemeinen Pflege sollte an internationale Standards mit einem generalisierten Pflegeberuf angeschlossen werden. International waren keine Sonderausbildungsgänge für psychiatrische oder pädiatrische Pflege vorgesehen. Diese sollten im Anschluss an die generalisierte Ausbildung über Qualifizierungsmaßnahmen erworben werden. Für Deutschland bedeutete dies eine grundlegende Veränderung des Krankenpflegegesetzes. Bereits 1972 verständigte sich der Bundestag auf eine grundständige Neuordnung des Krankenpflegegesetzes. Jedoch kam es erst 1985 zu einer endgültigen Umsetzung nach langwierigen Diskussionen mit insgesamt 14 Entwürfen, als das neue Krankenpflegegesetz in Kraft trat. Wenig verwunderlich scheint dabei, dass viele pflegefremde Gruppen (z.B. Ärzt\*innen, Kirchen, Gewerkschaften, Lobbygruppen etc.) Beiträge in diese Diskussionen einbrachten (vgl. Ammende, 2016).

Mit der Reform wurde die Klärung einer Grundsatzfrage in den Raum gestellt: Sollte die Pflegeausbildung, wie von den Gewerkschaften gewünscht im dualen System integriert werden oder wie es der Berufsverband DBfK präferierte in den tertiären Bildungsbereich? Die öffentlichen Haushalte lehnten die Vorschläge aufgrund der damit verbundenen Gleichstellung der Pflegelehrenden mit Lehrenden an allgemeinen und berufsbildenden Schulen und den damit einhergehenden finanziellen Kosten ab. Für konfessionelle Träger waren weder die tertiäre noch die duale Einbettung eine zulässige Variante und sie werteten diese Überlegungen als Eingriff in ihren Hoheitsbereich. Damit verblieb die Ausbildung der Pflegefachberufe innerhalb des Bildungsbereichs in einem Sonderstatus als Berufsfachschulen besonderer Art: Schulen des Gesundheitswesens (vgl. Kap. 4.2.2) (vgl. Kreutzer, 2021).

Die neue Krankenpflegeausbildung in der BRD qualifizierte mit seinen Inhalten, wie es die EU-Richtlinie 77/453/EWG vorsieht, zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen. Mit der Neugestaltung war eine sofortige Anerkennung des Berufsabschlusses in der Krankenpflege innerhalb der EU verbunden. Die BRD wich jedoch zu dieser Zeit bereits von dem unterzeichneten »Europäischen Abkommen über die

theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern« ab, indem sie innerhalb des Krankenpflegegesetzes die Ausbildung zur Krankenschwester bzw. -pfleger und Kinderkrankenschwester bzw. -pfleger ermöglichte (vgl. Ammende, 2016).

Die Krankenpflegeausbildung und ihre Reformen verliefen in der DDR nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs deutlich anders. Bereits 1946 wurde dort festgelegt, dass die Ausbildung nur an öffentlichen-kommunalen Einrichtungen erfolgen darf. Lediglich bestehende konfessionelle Pflegeschulen durften weiter ausbilden. Damit wurde der konfessionelle Einfluss innerhalb der Pflege und der Pflegeausbildung begrenzt. In den Reformen von 1950/1951, 1961 und 1965 und zuletzt 1974 ging es vor allem um Veränderungen in der Verortung innerhalb des Bildungssystems. In der letzten Ausbildungsreform 1974 wurde die Ausbildung wieder, wie bereits 1950/1951, in das Fachschulsystem integriert. Mit dieser Statuserhöhung wollten man nicht zuletzt die Attraktivität erhöhen. Von da an hatten Pflegeauszubildende mit einer mindestens zehnjährigen Schulbildung die Möglichkeit die Fachrichtungen Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege als Fachschulstudium zu absolvieren. Dies verblieb so bis zum Ende der DDR (vgl. Kreutzer, 2021).

Mit der Wiedervereinigung wurde die Chance verpasst zu prüfen, welche Strukturen im Gesundheitswesen adaptiert übernommen werden können und sollten. Es ging von vornherein lediglich darum, die notwendigen rechtlichen Anpassungen vorzunehmen, um das DDR-System in das BRD-System zu übernehmen (vgl. Bundesstiftung Aufarbeitung, 2024). Im Gegensatz zur BRD war beispielsweise die Lehrendenbildung in der DDR bereits seit längerer Zeit auf akademischem Niveau angesiedelt (vgl. Sahmel, 2018). Nach der Wiedervereinigung gab es in der Folge eine kritische Auseinandersetzung und die Forderung nach Akademisierung der Pflegelehrenden. Die Robert-Bosch-Stiftung unterstrich in ihrer Denkschrift »Pflege braucht Eliten« den Innovationsbedarf und betonte die Insuffizienz der bisherigen Weiterbildungsstruktur für Lehrende in den Pflegeberufen (vgl. Sahmel, 2018).

### **3.2 Weiterentwicklung der Pflegeberufe**

Auf Initiative der »Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS) und des »Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe e.V. (DBfK) wurde 1993 der Deutsche Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) als Forum für pflegerische Bildungsfragen gegründet. Die gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, in denen sich die Pflegeberufe bewegen, bedürfen einer regelmäßigen Adaption der Bildungskonzepte für pflegerische Berufe. Diese Entwicklungen sollten von der Berufsgruppe selbst gesteuert werden (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). Bereits ein Jahr nach seiner Gründung legte der DBR das erste Bildungskonzept vor. Die Implikationen des Bildungskonzepts dien-

ten jahrelang als »Basispapier für die Bildungsdiskussion« (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. VII). Der Grundgedanke die Ausbildungsstränge »Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege« zu erhalten sowie die Forderung nach Studienangeboten im tertiären Bildungsbereich wurden umgesetzt und gehen auf das erste Bildungskonzept zurück (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Der Altenpflegeberuf war bis ins Jahr 2000 sehr heterogen (zweijährig und dreijährige Ausbildungsmodelle) in Länderhöheit geregelt. Mit der Definition als Heilberuf nach Art 74 GG kam es zu einer starken Annäherung an den Krankenpflegeberuf mit dem Ziel, die beiden Berufe später zusammenzuführen. Das neue Altenpflegegesetz sollte 2001 Inkrafttreten. Aufgrund einer Normenkontrollklage Bayerns trat es jedoch erst 2003 in Kraft (vgl. Ammende, 2016). Mit dem Krankenpflegegesetz von 2003 sollte die generalistische Ausrichtung vertieft werden. Dies gelang jedoch aufgrund von Widerständen seitens Pädiater\*innen, Kinderkrankenpflegeverbänden und weiteren Akteur\*innen nicht und es verblieb bei einer Differenzierung in Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einer fehlenden EU-weiten Anerkennung (vgl. Ammende, 2016).

Um die Pflegeberufe weiterzuentwickeln waren sowohl im Altenpflegegesetz als auch im Krankenpflegegesetz sogenannte Modellklauseln verankert, in denen befristete Erprobungen von Ausbildungsangeboten ermöglicht wurden (KrPfG § 4, Abs. 6 und AltPfG § 4, Abs. 6). Diese Modellklauseln ermöglichen eine akademische Qualifikation, die von einigen (Fach-)Hochschulen umgesetzt und evaluiert wurden. Darüber hinaus wurden eine Anzahl an generalistischen Ausbildungsmodellen erprobt (vgl. Ammende, 2016). Die von der Robert Bosch Stiftung geförderte Studie »Qualitätskriterien für Best Practice in der Pflegeausbildung« im Zeitraum von 01.10.2008 bis 31.12.2009 des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (ipp) der Universität Bremen analysierte und bewertete die Ergebnisse bereits abgeschlossener und evaluerter Reformmodelle (vgl. Görres et al., 2009). Als eines der zentralen Merkmale für ein Best Practice-Modell der Pflegeausbildung identifizierten sie die »Aufhebung der Trennung zwischen Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege« (Görres et al., 2009, S. 45). Sie begründen dies mit dem »Vorhandensein großer Schnittmengen zwischen den Pflegeberufen« und der Prognose eines zukünftig hohen Bedarfs »an altersübergreifenden Qualifikationsprofilen und Einsatzmöglichkeiten auf dem pflegerischen Arbeitsmarkt« (Görres et al., 2009, S. 45). Während sich mit der EU-Richtlinie 2013/55/EU von November 2013 die 12-jährige Schulbildung als Mindestvoraussetzung für den Zugang zur Pflegeausbildung durchsetzte, erreichte Deutschland eine Ausnahme und ging auch hier wieder einen Sonderweg.

### 3.3 Das Bildungskonzept »Pflegebildung offensiv«

Um den aktuellen Veränderungen Rechnung zu tragen, wurde mit dem neuen Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 2003 die Überarbeitung des Bildungskonzepts des DBR notwendig. Dabei verfolgte der DBR nachfolgendes Ziel:

»Mit dem vorliegenden Bildungskonzept für Pflegeberufe soll die Ansiedlung der Pflegebildung im deutschen Bildungssystem neu diskutiert werden. Dabei werden Vorschläge gemacht, die einerseits die veränderten Anforderungen des europäischen Bildungswesens berücksichtigen, andererseits der professionellen Pflege eine gleichberechtigte Position im bundesdeutschen Bildungssystem einräumen.« (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. VIII)

Grundlegende Kerngedanken, wie nachfolgend beschrieben, lagen dem Bildungskonzept zugrunde (vgl. Tab. 5):

*Tab. 5: Kerngedanken des DBR-Bildungskonzepts von 2007 (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. 2)*

#### Kerngedanken des DBR-Bildungskonzepts 2007

Das Bildungskonzept zeigt einen stringenten, fachlich begründeten und aufgabenkonformen Aufbau pflegeberuflicher Qualifizierung.

Die Qualifizierungsstufen folgen europäischen und nationalen Vorgaben des allgemeinen Bildungssystems und zielen auf eine Eingliederung pflegeberuflicher Qualifizierung in diese Normen.

Unterschiedliche Zugänge zum Berufsfeld Pflege werden aufbauend auf allgemeine Schulabschlüsse beschrieben.

Die Stufe der Assistenz ist auf einer primär schulischen Ebene angesiedelt, mit der ein möglicher Zugang zur pflegeprofessionellen Ausbildung eröffnet werden kann.

Die Parallelität beruflicher und akademischer pflegeprofessioneller Erstausbildungen ist den Kontextbedingungen im deutschen Gesundheitswesen geschuldet.

Der Qualifizierungsaufbau erfolgt über Masterstudiengänge, die je nach Zielsetzung konsekutiv, d.h. zeitlich aufeinander folgend, oder als so genannter Weiterbildungsmaster gestaltet werden können.

Die Weiterbildungsvorgaben resultieren aus der Prämisse des lebenslangen Lernens und aus der Konstruktion der Erstausbildungen.

Der Vorschlag zur Lehrqualifikation schließt sich den Entscheidungen der Kultusministerkonferenz an und ist demzufolge einzügig, aber zweistufig (konsekutiv) aufgebaut.

Die Promotion als oberste Bildungsebene schließt sich in logischer Folge an und bildet den wissenschaftlichen Abschluss der beruflichen Qualifikation in der Pflege.

Mit dem vorgelegten Bildungskonzept wurde ein Systemwechsel mit entsprechenden Umdenkprozessen bei allen Beteiligten angestoßen, um die Pflegebildung zukunftsfähig zu gestalten. Es untergliederte sich in die Konzeptbausteine Begründungszusammenhang, Bildungsverständnis und das Bildungskonzept (vgl. Abb. 5) (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

*Abb. 5: Konzeptbausteine des Bildungskonzepts des DBR 2007  
(eigene Darstellung)*



### 3.3.1 Begründungszusammenhänge

Dem Konzept lagen drei Begründungszusammenhänge zugrunde.

Erstens die Argumentationslinien, die aus nationalen Entwicklungen entstanden waren. Dazu gehörten die soziokulturellen Argumente, die sich auf den demografischen Wandel und die damit einhergehenden Veränderungen (z.B. Alterung, Wandel des Krankheitspanoramas, Nachwuchsschwierigkeiten etc.) bezogen. Darüber hinaus waren es sozialpolitische Argumente, die sich aus den Umstrukturierungen des Gesundheitswesens (z.B. »ambulant vor stationär«), der gezielten Ökonomisierung des Gesundheitswesens (z.B. die Beurteilung des Pflegebedarfs für den Zugang zu finanziellen Ressourcen), der veränderten rechtlichen Stellung professionell Pflegender (z.B. Gestaltung des Pflegeprozesses) sowie der Entstehung neuer Gesundheitsberufe (z.B. durch Veränderungen der Aufgabenbereiche) ergaben. Dazu kamen inhaltliche Argumente, die eine Rolle spielten: Mit der Professionalisierung der Pflegeberufe und der Ausweitung ihrer beruflichen Aufgaben stiegen auch die Anforderungen an pflegefachliche Kompetenzen. Außerdem gab es strukturelle Argumente, die sich aus den Veränderungen im Gesundheitssektor ergaben (z.B. die Veränderungen von Versorgungsarten wie beispielsweise die Integrierte Versorgung und die stärker werdende Schlüsselrolle Pflegender im Gesundheits- und Versorgungsprozess). Daraus leitete der DBR die Notwendigkeit der Akademisierung, der Pflegelehrendenbildung im Allgemeinbildenden System sowie Management- und Organisationsqualifikationen ab (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Zweitens gab es Entwicklungen im europäischen Bereich, die die Pflegepraxis und Pflegebildung in Deutschland beeinflussten. Hier waren es vor allem der Bologna-Prozess mit der verpflichtenden strukturellen Umwandlung von Studiengängen innerhalb des Bachelor- und Mastersystems. Die Modularisierung der Curricula schuf eine europaweite Vergleichbarkeit und Anerkennung der Studienabschlüsse. Analog dazu wurde das »European Credit System for Vocational Education and Training (ECVET)« für die berufliche Weiterbildung implementiert. Dieses Programm wurde zwischenzeitlich jedoch wieder beendet. Für Deutschland ergab sich daraus die Notwendigkeit einen »Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR)« zu entwickeln. Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) war bereits in der Planung und wurde vom DBR im neuen Bildungskonzept mitgedacht (vgl. dazu Kap. 4). Neu für das deutsche Bildungswesen war, dass nicht-formale Qualifikationen im Rahmen einer Gültigkeitsprüfung für ein entsprechendes Qualifikationsniveau anrechenbar sein sollten, um somit dem Lebenslangen Lernen Rechnung zu tragen.

Drittens wurde eine Aufforderung zur Qualitätssicherung in der pflegeberuflichen Bildung formuliert, »um für eine Verbesserung in den Bildungs- und Berufsbildungssystemen zu sorgen« (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, 24f.). Der DBR sah die Qualitätssicherung als kooperativen Prozess, der alle Ebenen und Akteur\*innen miteinschließt. Dabei stimmten sie der Forderung des EQR nach messbaren Zielen und Standards, Leitlinien, Ressourcen, Evaluierungsmethoden- und -ergebnisse sowie Feedbackmechanismen zu. Sie forderten mit dem Bildungskonzept die Fachaufsicht, Bildungsträger sowie Lehrenden dazu auf, sich an diesem kooperativen Prozess zu beteiligen (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

### 3.3.2 Bildungsverständnis

Das Profil der beruflichen und akademischen Pflegeausbildung wurde durch fünf Eckpunkte charakterisiert, die der DBR als zentrale bildungstheoretische und strukturelle Eckpunkte definierte (vgl. Abb. 6).

*Abb. 6: Die fünf Eckpunkte des Bildungsverständnisses des DBR 2007 (eigene Darstellung)*

### Fünf zentrale Eckpunkte DBR 2007



Hierbei verdeutlichte der DBR, dass eine Berufsfähigkeit »durch die curricular verankerte Verzahnung von fachwissenschaftlichen und fachpraktischen Studieninhalten erreicht« wird (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. 31). Dafür waren aus ihrer Sicht grundsätzliche Veränderungen unabdingbar. Dazu gehörte eine Neuordnung der Inhalte, die Auflösung der Fächerstruktur hin zu einer Orientierung an den zu erwerbenden Kompetenzen. Dazu war eine paradigmatische Umorientierung von einem handwerklich-technischen Fokus der Lehr-Lerninhalte mit pathogenetischen Ansatz, der über darbietende Lehrmethoden vermittelt wird, hin zu einem wissenschaftlich-holistischen Fokus mit salutogenetischem Ansatz für einen eigenaktiven Wissenserwerb unumgänglich (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Während sich in dem Bildungskonzept die Wissenschaftsorientierung auf die Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften in der grundständigen Pflegeausbildung bezog, meinte die Praxisorientierung neben der Fachpraxis auch die Unterrichts- und Leitungspraxis. Zwischen diesen beiden Polen herrscht seit jeher ein Spannungsfeld, das bis heute besteht (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Dem Eckpunkt Kompetenzen schrieb der DBR neben der Handlungskompetenz weitere Kompetenzbereiche zu (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007):

- Kompetenz zur Personenorientierung (Wahrnehmung der Klientel in ihrer Lebenswelt)
- Kompetenz zum ethischen und fürsorglichen Verhalten (reflektierte Haltung und sicheres Verhalten)
- Kompetenz zum analytischen und kritischen Denken (Entscheidungsverantwortung bedarf Analyse der Situationen und kritisches Hinterfragen des Wahrgenommenen)

- Kompetenz zum planenden und problemlösenden Handeln (Sachverständigkeit für gemeinsame Entscheidungsfindung)
- Kompetenz zur Informationsbeschaffung und -verarbeitung (Befähigung zur Nutzung moderner Informationstechnologie)

Bachelor- und Masterstudiengänge sollten modular ausgestaltet werden. Für die berufliche Ausbildung war die Modularisierung ebenfalls ein probates Mittel der Ausbildungsmodernisierung. Im Rahmen des Bildungskonzepts zeigt der DBR die Grenzen der Modularisierung in der beruflichen Ausbildung auf, indem sie darauf hinweisen, dass neben der Gliederung in Lernfeldern eine weiterführende Modularisierung nur im Rahmen von Modellprojekten möglich ist (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Die generalistische Ausbildung war zum Zeitpunkt der Konzepterstellung bereits ein viel diskutiertes Thema, strukturell und inhaltlich allerdings nicht umsetzbar. Der DBR macht jedoch deutlich, dass der europäische Weg der allgemeinen Pflegeausbildung mit dem Bildungskonzept Unterstützung erhielt. Sie begründen dies unter anderem damit, dass in Hinblick auf die gegenwärtigen Anforderungen an die Pflege eine Spezialisierung nach Altersklientel nicht sinnvoll sei, in den Sozialgesetzbüchern mit dem Begriff »Pflegefachkraft« keine Unterscheidung stattfindet und auch auf der theoretischen Ebene Pflegephänomene nicht nach Altersklientel bzw. Zielgruppen unterschieden würden (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

### 3.3.3 Bildungskonzept

Das Bildungskonzept des DBR war in seiner Struktur auf Durchlässigkeit angelegt und sollte es ermöglichen, mit einem Hauptschulabschluss und einer Assistenzausbildung in die pflegefachberufliche Ausbildung zu münden, die wiederum mit einer Hochschulzugangsberechtigung verbunden sein sollte. Demnach wäre eine akademische Ausbildung im Anschluss an die berufliche Pflegeausbildung möglich. Mit seinen möglichen Querverbindungen und Qualifizierungsbahnen trug es dem Grundsatz des Lebenslangen Lernens und der individuellen Profilbildung Rechnung. In seiner Stringenz baute es auf die theoretischen Herleitungen des Bildungsverständnisses und der Begründungszusammenhänge auf. Das Bildungskonzept wurde vom DBR als »realistische Perspektive[n] für die berufliche und akademische Bildung in der Pflege für die nächsten 15 Jahre [...], das konsequente Übergänge von beruflichen und akademischen Bildungsstrukturen schafft und die Qualifikationsangebote in der Pflege formt und überschaubar macht« beschrieben (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. 41).

Abb. 7: Bausteine des Bildungskonzepts des DBR 2007 (eigene Darstellung)



Der DBR betonte dabei bereits die Wichtigkeit der Qualifizierung von Assistent\*innen, um den individuellem Pflegebedarf innerhalb des Pflegeteams zu decken. Die Qualifizierung von Pflegeassistent\*innen löste damit die vorhergehenden Konzepte der Krankenpflegehilfe/Altenpflegehilfe ab. Als primärschulische zweijährige Ausbildung im Berufsfachschulsystem verblieb sie in Länderhoheit. Gleichzeitig sollte mit dem Berufsabschluss ein höherer Allgemeinbildender Abschluss erworben werden. Damit blieb zwar der Weg in das Weiterbildungssystem vorerst verwehrt, aber es wurde ein Zugang zur Pflegefachausbildung ermöglicht. Mit dieser Ausbildungsstufe sollten zum einen Absolvent\*innen mit einem Schulabschluss unterhalb des Qualifikationsniveaus der Pflegefachausbildung liegen und zum anderen Interessent\*innen mit anderen Berufs- und Bildungsabschlüssen angeworben werden (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Die Qualifikation zur Pflegefachperson erfolgte nach dem Bildungskonzept des DBR über eine berufliche oder akademische Ausbildung, die beide generalistisch ausgerichtet sind. Dies erfolgte aus den Umständen heraus, dass es in der Bundesrepublik Deutschland zu dem Zeitpunkt weder den politischen Willen zur Vollakademisierung noch eine ausreichende Anzahl an Bewerber\*innen mit entsprechenden Zugangsvoraussetzungen gab. Der DBR war von der Akademisierung als »besondere Entwicklungschance für die deutsche Pflege« überzeugt (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. 43) und erwartete, dass sich die Erstausbildung der Pflege in den hochschulischen Kontext verlagern würde. Ihre Forderung an ein künftiges Berufszulassungsgesetz war die gleichberechtigte Öffnung der beruflichen und akademischen Erstausbildung. Damit eng verbunden war der strukturelle Ausbau der Akademisierung. Eine Konkretisierung der einzelnen Stufen und Aufgabenfelder sowie die Zuordnung zu Qualifikationswegen der beiden Ausbildungsgänge erschien zu diesem Zeitpunkt wenig sinnvoll, wobei auf die Qualifikationsstufen des Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR) verwiesen wurde (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). Das Bildungskonzept ging von einer gleichberechtigten Tätigkeit der akademisch und berufsschulisch ausgebildeten Absolvent\*innen in der Praxis aus. Sie machen jedoch bereits internationale Erfahrungen geltend, wonach akademisierte Pflegefachpersonen die Pflegepraxis wissenschaftlich weiterentwickeln werden. Während die berufsfachschulische Ausbildung einen Sekundarabschluss I oder gleichwertig benötigten, sollte für die

akademische Ausbildung eine Hochschulzugangsberechtigung erforderlich sein. Mit dem beruflichen Abschluss sollte die Hochschulzugangsberechtigung erworben und damit der Zugang zur akademischen Bildung ermöglicht werden (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Die Qualifizierung Lehrender in der Pflegebildung sollte gemäß dem Bildungskonzept durch konsekutive Studiengänge bis zum Masterniveau erfolgen. Nach dem Abschluss eines Bachelors of Education sollte ein Master of Education anschließen. Das Bildungskonzept folgte damit der Kultusministerkonferenz (KMK), »dass die Professionalisierung des Lehrerhandelns eine berufsbiographische Identitätsbildung erfordert, die nur in einem konsekutiven Studiengang ausgebildet werden kann« (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. 46). Die Konsequenz daraus war jedoch, dass allgemeine Bachelorabschlüsse (z.B. fachwissenschaftlicher Bachelor of Arts) nicht in den Master of Education münden konnten und damit die Anerkennung als Lehrende verwehrt blieb. Deshalb sollten einzelne Module der allgemeinen Bachelorabschlüsse auf den Bachelor of Education angerechnet werden können. Ziel des Bildungskonzepts war eine Qualifizierung für das Lehramt mit Referendariat und damit eine Eingliederung in das allgemeine Berufsbildende System. Die bisher von vielen Fachhochschulen und einigen Universitäten angebotenen Qualifizierungswege über Diplomstudiengänge sahen sie als Sonderweg an. Diese Lehrenden erfüllten zwar die Anforderungen an die Lehrendenbildung nach dem Krankenpflegegesetz (§ 4), aber der Zugang zum höheren Dienst blieb damit ausgeschlossen (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Auf der Qualifikationsstufe des Masters sollten entsprechend des Bildungskonzepts zudem Pflegende für spezialisierte und wissenschaftliche Aufgaben qualifiziert werden (z.B. für spezielles Klientel oder spezielle Settings). Um forschungsbasierte Fragestellungen zu untersuchen und Lösungsansätze zu entwickeln, sollten innerhalb des Masterstudiengangs Forschungsqualifikation erworben werden. Der DBR rief die Hochschulen dazu auf, entsprechende fachspezifische Masterstudiengänge zu entwickeln und zu implementieren. Insbesondere der Master für Pflegermanagement wurde durch das Bildungskonzept hervorgehoben. Die Masterstudiengänge konnten sowohl konsekutiv als auch als Weiterbildungsmaster angeboten werden. Dem Masterstudium nachfolgend sollte die Promotion als oberste Qualifikationsebene angestrebt werden. Hierfür benötigte es aus Sicht des DBR entsprechende Qualifizierungsinstanzen (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Weiterbildungen sind im Kontext von Lebenslangem Lernen und den wandelnden Anforderungen im Pflegebereich ein elementarer Bestandteil der Berufsbildung. Bei den Weiterbildungen sah der DBR einen Bedarf an Neustrukturierung und ebenso für die Weiterentwicklung des bestehenden Weiterbildungssektors. Die Angebote müssten an die Lebenswelt der Pflegenden angepasst werden. Der DBR unterschied dabei in Anpassungs- und Aufstiegsweiterbildungen. Erstere

dienen der Aktualisierung der Qualifikationen und Kenntnisse (Fortbildung). Bei letzterer wird eine höhere Qualifikation angestrebt. Diese können entweder in Form eines Masterstudiengangs oder in Form eines Weiterbildungskurses erworben werden. Dabei sind Lernangebote grundsätzlich modular anzubieten und mit Leistungspunkten (Credit-Points) zu versehen. Diese dienten der Anrechenbarkeit und sollen der Durchlässigkeit Rechnung tragen. Sie sollten dabei auf andere Weiterbildungen anrechenbar sein und Studienzeiten verkürzen können. Der Erwerb von Credit-Points ermöglicht individualisierte Bildungswege und Profilbildung. Der DBR forderte in seinem Bildungskonzept auch die Anrechnung von informellem Lernen, wie es der EQR vorsieht. Dies war in Deutschland bis dato nicht vorgesehen (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). Das änderte sich erst mit dem OECD-Bericht zum »Stand der Anerkennung non-formalen und informellen Lernens in Deutschland« von 2008, der eine Anerkennung non-formalen bzw. informellen Lernens implizierte (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2008). Für den DBR stand jedoch Folgendes fest: »Die Diffusion von beruflicher und akademischer Bildung als erwünschter Effekt des EQF [EQR, Anm. d. Verf.] kann nur gelingen durch klare Orientierungen an Modulansprüche, Modulergebnissen und Modulbewertungen« (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. 51). Die Einteilung der Weiterbildungen sollte nach den Bezugspunkten »Organisation« und »Klient« erfolgen. Für den Bezugspunkt »Klient« liegt der Fokus auf den gesundheitlichen und altersspezifischen Beeinträchtigungen der Klient\*innen. Daneben fokussiert der Bezugspunkt »Organisation« die Anforderungen des Managements (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). Für alle Weiterbildungsformen sind Akkreditierungsverfahren unerlässlich, um eine Qualitätssicherung zu gewährleisten. Dabei sollte das Akkreditierungssystem in den Händen der Berufsgruppe Pflege selbst liegen. Darüber hinaus bedarf es einer Selbstverwaltungsstruktur, die regelmäßige Auffrischung im Rahmen der Berufsausübung kontrolliert (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

Der DBR hatte sein Bildungskonzept innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems konzipiert. Damit verbunden waren konzeptionelle Begrenzungen. Nichts destotrotz »werden Systemgrenzen aufgebrochen und gesetzliche Bestimmungen erfahren nationale Angleichungen an EU-Normen« (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007, S. 55). Benannt wurden jedoch auch Probleme und Grenzen, für die es dringend notwendig war, Lösungen zu finden. Dazu gehörte, dass Erstausbildungen an Hochschulen nicht automatisch die Berufszulassung erhielten, da die Berufsausübung mit einer geschützten Berufsbezeichnung und einer Berufszulassung verbunden war, die Hochschulen bis dato nicht erteilen durften. Hochschulen unterlagen dem Zwang Berufszugänge für ihre Absolvent\*innen zu ermöglichen. Der DBR sah eine Lösung darin, dass beide Ausbildungsmodelle EU-konform zugelassen werden (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). In der Lehrendenbildung wurde erkannt, dass es eine Diskrepanz zwischen der fehlenden Pflege-

berufsqualifizierung bei aufeinanderfolgenden Studiengängen für die Lehrqualifikation gibt. In der Praxis sind Lehrende auf Praktiker\*innen angewiesen. So wurden zwar die Bedingungen der dualen Berufsausbildung, jedoch nicht die gesetzlichen Anforderungen der Pflegeausbildung erfüllt. Hier sah der DBR die politische Ebene gefordert, Abhilfe zu schaffen. Eine Lösung wäre aus ihrer Sicht die Anpassung der Curricula in den konsekutiven Studiengängen, um dort die professionstypischen Merkmale zu erwerben (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). Eine weitere Problematik sahen sie in der Veränderung der Studiendauer im Rahmen des Bologna-Prozesses. Die ehemaligen meist vierjährigen Diplom- und Magisterstudiengänge wurden in einen dreijährigen Bachelor- und einen zweijährigen Masterstudiengang transformiert<sup>1</sup>. In der Summe sind die beiden Studiengänge länger, jedoch gehen sie davon aus, dass nur 10–20 Prozent der Bachelorabsolvent\*innen im Anschluss einen Masterstudiengang anstreben. Damit wird sich für viele die akademische Ausbildung auf lediglich drei Jahre reduzieren. Hier muss aus ihrer Sicht das lebenslange Lernen anknüpfen (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007).

### 3.4 Fazit

Die Entwicklung der Krankenpflegeausbildung in der BRD und der DDR verliefen unterschiedlich. Während in der BRD die Ausbildung außerhalb des dualen Systems vorgesehen war, wurde die Krankenpflegeausbildung in der DDR bereits seit 1974 ins Fachschulsystem integriert. Mit der Wiedervereinigung ging die Krankenpflegeausbildung der DDR widerspruchslös in die gesetzlichen Bestimmungen und Rahmenbedingungen der BRD auf. Der Deutsche Bildungsrat (DBR) wurde 1993 aus der Berufsgruppe selbst initiiert, mit dem Auftrag ein Bildungskonzept für die Pflegeberufe zu entwickeln. Bereits ein Jahr später wurde dieses Bildungskonzept erstmalig vorgelegt. Mit dem Krankenpflegegesetz von 2003 und dem Altenpflegegesetz von 2000/2003 und den einhergehenden Veränderungen, wurde ein neues Bildungskonzept notwendig. In den neuen Gesetzen waren sogenannte Modellklau-seln verankert, die zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe die Erprobung neuer Ausbildungsangebote ermöglichten. In einer Studie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, die die Ergebnisse bereits abgeschlossener und evaluierter Studien untersuchten, wurde deutlich, dass die Trennung der drei Pflegeberufe (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege) aufgehoben werden sollte. Hier ging Deutschland wie auch bei der Mindestvorausset-

---

<sup>1</sup> Dabei entspricht das absolvierte Diplomstudium an einer Universität heute in der Regel einem Masterabschluss (DQR 7) und das absolvierte Diplomstudium an einer Fachhochschule einem Bachelorabschluss (DQR 6) (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, n. d.).

zung der schulischen Bildung im europäischen Vergleich einen Sonderweg, der bis heute nicht aufgehoben ist.

Im Jahr 2007 legte der DBR sein neues Bildungskonzept vor. Ziel war es, die Pflege zukunftssicher zu gestalten. Die Begründungszusammenhänge, die dem Konzept zugrunde liegen, sind auch heute aktuell. So haben der demografische Wandel, die Umstrukturierung des Gesundheitswesens, die finanziellen Ressourcen, die rechtliche Stellung der Pflegefachpersonen und die Entstehung neuer Gesundheitsberufe weiterhin Bestand. Im damaligen Bildungskonzept war die Professionalisierung mit der Ausweitung der Aufgaben und Anforderungen an die Kompetenzen ein wichtiges Argument für die Weiterentwicklung. So ist es auch heute. Die Professionalisierung der deutschen Pflegelandschaft ist seit dem letzten Bildungskonzept weiter vorangeschritten. In der Akademisierung wurde ein wichtiger Schlüssel für die Weiterentwicklung der beruflichen Pflege identifiziert und davon ausgegangen, dass die tertiäre Bildung die pflegeschulische Bildung ablösen wird. Über 15 Jahre später ist die Akademisierung der deutschen Pflege nur mühsam vorangeschritten. Mit gerade einmal 2,5 Prozent Akademisierungsquote ist die deutsche Pflege noch weit von der empfohlenen Akademisierungsquote von 20 Prozent entfernt, die der Wissenschaftsrat als Empfehlung für die Pflege bereits 2012 herausgab (vgl. Wissenschaftsrat, 2023). Im europäischen Bereich waren es vor allem der Bologna-Prozess der Einfluss nahm auf das Bildungskonzept. Die Modularisierung mit ihrer europaweiten Vergleichbarkeit wurde als Chance für die Durchlässigkeit im Bildungssystem erkannt. Ein Novum für Deutschland war die Forderung nach Anrechenbarkeit von nicht-formalen Qualifikationen.

Im Bildungsverständnis des DBR waren fünf Eckpunkte Berufsbefähigung, Wissenschafts- und Praxisorientierung, Kompetenzen, Modularisierung und Generalistische Ausrichtung profilgebend für die akademische und berufliche Ausbildung. All diese Themen haben bis heute Bestand in Konzeptualisierungsbemühungen für Pflegeberufe, wenn auch in unterschiedlicher Gewichtung und Intensität. Im Hinblick auf die generalistische Ausbildung war mit dem Pflegeberufegesetz (PfLBG) von 2020 die Generalisierung nicht durchsetzbar, so dass die spezifischen Abschlüsse »Kinderkrankenpflege« und »Altenpflege« vorerst weiter möglich sind. Seit dem europäischen Übereinkommen der generalisiert ausgerichteten Pflegeausbildung von 1972 sind immerhin schon über 50 Jahre vergangen.

Die Bausteine des Bildungskonzepts Assistenzausbildung, Ausbildung professionell Pflegender, Qualifizierung Lehrender, Qualifizierung für spezialisierte und wissenschaftliche Aufgaben sowie Weiterbildungen sind auch heute noch aktuell bzw. aktueller denn je. Bereits im Bildungskonzept des DBR von 2007 wurde der Assistenzausbildung ein wichtiger Stellenwert zugerechnet. Gegenwärtig gibt es weiterhin die Bestrebungen die Pflegeassistenzausbildung auf Bundesebene zu verankern, um eine Vereinheitlichung und Vergleichbarkeit herzustellen (vgl. Deutscher Pflegerat e.V., 2024). Für die Ausbildung professionell Pflegender ging der DBR da-

von aus, dass mit dem Abschluss der beruflichen Bildung die Hochschulzugangsberechtigung erworben wird, um die akademische Laufbahn anschließen zu können. Dies ist gegenwärtig noch immer nicht der Fall. Für die Qualifizierung der Lehrenden war aus Sicht des DBR der Weg über das Lehramt und damit und die Zugehörigkeit zum höheren Dienst der einzige sinnvolle Weg (vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, 2007). Gegenwärtig werden sieben mögliche Zugänge unterschieden, um die Lehrqualifikation für die Pflegeberufe zu erhalten. Dabei unterscheiden sie sich teilweise erheblich, was die pflegerische Grundausbildung betrifft (ohne pflegerische Berufskenntnisse bis pflegeschulische bzw. hochschulische Pflegeausbildung) (vgl. Gahlen-Hoops & Brühe, 2024). Der Großteil der Lehrenden wird jedoch im Fachhochschulsystem für den Einsatz an Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet (vgl. Reiber et al., 2019). Im Bereich der Qualifikation für spezialisierte und wissenschaftliche Aufgaben, hat sich seit dem Bildungskonzept von 2007 einiges getan. Vielfältige Angebote im Bereich Management, Pflegewissenschaft und sonstigen Spezialisierungen sind entwickelt und implementiert worden. Jedoch fehlt es hier häufig an Gemeinsamkeiten und Vergleichbarkeit innerhalb der Bundesdeutschen oder Europäischen Bildungslandschaft, so dass Anerkennungen und Gleichwertigkeit nur schwierig umsetzbar sind. Das gleiche gilt für die Möglichkeit der Promotion. Mit dem Wegfall der privaten Universität Vallendar als bisher einzige Pflegewissenschaftliche Fakultät an einer deutschen Universität, hat sich das Angebot noch einmal mehr reduziert. Die Ansiedlung der Pflegestudiengänge überwiegend an Fachhochschulen ohne Promotionsrecht verschärfen diese Problematik (vgl. Kapitel 5).

Lebenslanges Lernen ist gestern wie heute ein elementarer Bestandteil der Pflegelandschaft. Bereits in ihren Bildungskonzept von 2007 sah der DBR einen Neustrukturierungsbedarf und eine Weiterentwicklung des bestehenden Weiterbildungssektors. Heute gibt es eine Vielzahl von Weiterbildungen, die sich jedoch massiv in ihren Inhalten und Stundenzahlen unterscheiden, dass auch heute eine Neustrukturierung der Weiterbildungslandschaft ein drängendes Thema ist (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales & Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2019) (vgl. Kap. 4). Bereits 2007 forderte der DBR eine Selbstverwaltungsstruktur, die es bis heute in Deutschland nur in vereinzelten Bundesländern gibt (vgl. Kap. 6.2.7) (vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V., 2021).

Einige Begrenzungen des Bildungskonzepts von 2007, wie z.B. die fehlende Berufszulassung für primärqualifizierende Bachelorabsolvent\*innen konnten gelöst werden. Auch die Diskrepanz bei den Lehrenden in Bezug auf die Fachpraxis wurde mit einer Aufwertung der Rolle und der Qualifizierung von Praxisanleitenden erreicht. Anderes blieb bislang offen und unbeantwortet.