AKADEMISIERUNG DER PFLEGE IN DEUTSCHLAND

EIN KURZER HISTORISCHER RÜCKBLICK[1]

Prof. Dr. Hermann Brandenburg



Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Hochschullehrer, tätig an der KH Freiburg, der Vinzenz Pallotti University sowie der Universität Witten/Herdecke (bis 9/2026). Themenschwerpunkt ist die Gerontologische Pflege, vor allem bezogen auf die Personalsituation, Demenzversorgung und Lebensqualität.

Kontakt:
https://hermannbrandenburg.de

(Foto: Privat)

Warum eigentlich Akademisierung in der Pflege? Man könnte doch sagen, dass es sich bei der Pflege um eine (rein) praktische Disziplin handelt, eine (Berufs-)Ausbildung sollte dafür ausreichend sein.

Als Argument pro Akademisierung wurde der demografische Wandel (vor allem die zunehmende Multimorbidität der Altersklientel) genannt, der neue Aufgaben- und Kompetenzprofile erfordert. Damit verbunden ist die Annahme, dass die Qualitätssteigerung durch eine professionalisierte Pflege und Versorgung letztlich nur durch den Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse – und deren Transfer in die Praxis – möglich sei (SVR 2021; Sander & Dangendorf 2024; Stifterverband & McKinsey & Company 2021). Selbst von ärztlicher Seite wurde die Position vertreten: „Mehr Akademiker in die Pflege"! Vor allem die Entlastung des ärztlichen Bereichs ist hier im Blick, der sich „ohne Dünkel" auf diese neue Arbeitsteilung einlassen müsse: „Gefordert ist eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe" (Wick 2023, 43). Nicht zuletzt durch das Pflegekompetenz- und das Pflegefachassistenzgesetz sollen eine Kompetenzerweiterung (u. a. Wundversorgung, Diabetes, Demenz) bzw. Abgrenzung von Aufgabenfeldern der Pflegeberufe erreicht werden.

Als Argument gegen die Akademisierung wurde betont, dass Akademisierung alleine keine Strukturprobleme im Gesundheitswesen löst. Zu denken ist hier an den mittlerweile chronischen Personalmangel, die Unterfinanzierung mancher Sektoren, die eher kustodiale (und weniger aktivierend-rehaorientierte) Ausrichtung des Gesundheitswesens insgesamt. Die Praxis selbst – insbesondere in der Altenpflege – verbindet die Akademisierung mit einem „Verlust an Empathie und Menschlichkeit" (Keck 2022, 125; vgl. für den Krankenhausbereich: Goecke 2022, Mertens et al. 2019; für den Blick nach Großbritannien vgl. Menzel 2022). Auch Träger und Verbände (vor allem in der Altenpflege) haben nur ansatzweise Konzepte, wie sie akademisch qualifizierte Pflegende in die bestehenden Teams integrieren können, welche Aufgaben- und Kompetenzprofile ihnen zuzuordnen sind, wie ihre tarifliche Eingruppierung gestaltet werden kann – von der (Re)-Finanzierungsfrage einmal ganz abgesehen (Brandenburg et al. 2021; Sander & Dangendorf 2024).

Ich möchte im Folgenden weder die Pro- noch die Kontraargumente vertiefen, vielmehr zwei Aspekte kurz ansprechen. Im ersten Schritt geht es um einen historischen Rückblick, verbunden mit einer Skizze des aktuellen Stands der Pflegeakademisierung in Deutschland. Im zweiten Schritt wird die Verantwortung der Berufsgruppe, der Gesellschaft und der Politik thematisiert.

1. Entwicklung und aktueller Stand der Pflegeakademisierung in Deutschland

1987 wurde Ruth Schröck als erste Professorin für Pflege- und Sozialwissenschaften in Deutschland an die damalige Fachhochschule Osnabrück berufen und leitete dort bis 1996 die Pflegestudiengänge; danach wechselte sie an die Universität Witten/Herdecke. Mit ihr beginnt eine Entwicklung, die vor allem in den 1990er Jahren (und danach) zum flächendeckenden Ausbau der sog. „Pflegestudiengänge" in Deutschland führen sollte. Der Schwerpunkt lag zunächst auf der Pflegepädagogik bzw. dem Pflegemanagement. Richtungsweisend war eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung von 1992, die den Titel trug „Pflege braucht Eliten". Den vorläufigen Abschluss der Entwicklung markiert das Jahr 2020. Ab diesem Zeitpunkt wurde auch an Hochschulen (ganz überwiegend „Fachhochschulen") ein primärqualifizierendes Studium angeboten, das mit dem Bachelor-Abschluss abschließt, wobei der staatliche Berufsabschluss als Pflegefachfrau/-mann integriert ist. Gegenwärtig gibt es 200 pflegebezogene Studiengänge in Deutschland – davon ca. 70 Masterstudiengänge. Insgesamt lehren 174 Professor/innen in den verschiedenen Angeboten (Meyer 2024, 3). Man könnte von einer Erfolgsgeschichte der Pflege sprechen, die mit fast 1,8 Millionen Personen die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen darstellt.

1 Eine Langfassung dieses Beitrags ist bereits erschienen (vgl. Brandenburg 2025).

Wenn man aber vertieft in die Sachlage einsteigt, dann wird deutlich, dass die Forderung des Wissenschaftsrats nach einer Akademisierungsquote der Pflege von 10-20 %, die bereits über zehn Jahre alt ist, bei weitem nicht erfüllt wurde. 2019 lag der Anteil akademisch qualifizierter Pflegender bei 0,43 % im Hinblick auf die primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge (im Hebammenwesen bei 15,8 %, bei den Logopäden bei 3,1 % sowie in der der Physiotherapie bei 6,1 %). Wenn man die (formatübergreifenden) Bachelorstudiengänge insgesamt betrachtet, dann lag die Quote in der Pflege bei 3,2 % (im Hebammenwesen bei 53,3 % bei den Logopäden bei 34,6 % und in der Physiotherapie bei 15,9 %). Und wenn wir die Settings untersuchen, dann schneidet die Langzeitpflege am schlechtesten ab; hier sind 0,85 Prozent (stationär) und 0,6 Prozent (ambulant) der Pflegenden akademisch qualifiziert und übernehmen zumeist Leitungs-, Steuerungs- und Qualifizierungsaufgaben (Wissenschaftsrat 2022, S. 161: Anhang: Tabelle 28). Im Vergleich dazu sind es im Krankenhaussektor einige Prozentpunkte mehr.

Vier kritische Aspekte müssen adressiert werden:

- Erstens ist die Akademisierungsquote insgesamt nach wie vor marginal – vor allem in der Langzeitpflege. Hier ist die Akademisierung des Pflegeberufs praktisch nicht angekommen. Das hat die Konsequenz, dass ein ganzer Versorgungsbereich von dieser Entwicklung ausgeschlossen ist.
- Zweitens liegt zwar ein Kerncurriculum für die Pflegestudiengänge vor (vgl. Hülsken-Giesler et al. 2010). Eine substantielle Wirkung konnte es jedoch nicht entfalten, denn es wurde nicht verbindlich umgesetzt. Das hat letztlich auch dazu geführt, dass die Lehrinhalte – ausgenommen das primärqualifizierende Pflegestudium – kontingent sind.
- Drittens beobachten wir in den letzten Jahren eine zunehmende Heterogenität der pflegebezogenen Studiengänge[2], die häufig – mangels Studierenden aus der Pflege selbst – nicht mehr Pflegepädagogik oder Pflegemanagement heißen, sondern in „Pädagogik im Gesundheitswesen“ oder „Gesundheitsmanagement“, etc. umbenannt wurden – und Studierende mit verschiedenen professionellen Hintergründen (Physiotherapie, Krankenkassen, etc.) ansprechen. Diese Entwicklung hat am Ende dazu geführt, dass eine auf die Pflege bezogene Identitätsbildung in diesen „Patchwork-Studiengängen“ unzureichend blieb.
- Eine zunehmende klinische Ausrichtung der Pflegestudiengänge hat zu Schwerpunktsetzungen im Hinblick auf „Advanced Nursing Practice“ (hier u. a. auch an medizinischen Fakultäten der Universitäten) geführt. Der Fokus ist begrenzt, sozialwissenschaftliche Fragen (und vor allem grundlegende Fragen nach der Emanzipation des Pflegeberufs) spielen nur eine untergeordnete Rolle.[3]

Wir können also resümieren, dass es zwar erhebliche Anstrengungen im Hinblick auf eine Akademisierung in der Pflege gegeben hat. Die ursprünglichen Hoffnungen, die damit verbunden waren, wurden jedoch nicht erfüllt. Konsequenz: Es ist vor allem ein struktureller Rahmen notwendig, damit nachhaltig Verbesserungen in der Pflegepraxis erreicht werden können. Auf zwei Entwicklungen, die in die richtige Richtung weisen, möchte ich eingehen.

2. Struktureller Rahmen für den Theorie-Praxis-Transfer

Bezogen auf die Krankenhäuser ist auf die Diskussion um Praxisentwicklung, pflegerische Rollenentwicklung (Advance Nursing Practice) und damit verbundene Organisationsänderungen zu verweisen (z. B. Feuchtinger & Weidlich 2023). Hier geht es u. a. um den Aufbau von Modellstationen (oder einzelnen Innovationen), in denen durch akademisch qualifizierte Pflegende klinisch relevante Verbesserungen für die Patient/innen vorangetrieben werden; die Forschungslage zur sog. „Praxisentwicklung“ ist hier wegweisend (z. B. Schilder & Boggatz 2022). Das Spektrum reicht von der Sicherung der Versorgungssituation von späten Frühgeborenen (Hock 2023) bis hin zur Alltags- und Demenzbegleitung in der Akutpflege (Karner & Stezenbach 2022).

Im Hinblick auf die Langzeitpflege ist die Debatte um die „Teaching Nursing Homes“ instruktiv, über die vor allem in den USA, Großbritannien und den skandinavischen Ländern Befunde generiert wurden (vgl. hierzu grundlegend: Mezey et al. 1989, 2008; vor allem die Literaturrecherche von Barnett et al. 2014). Ziel ist es, durch eine Kooperation zwischen Hochschulen, Ausbildungsstätten und der Praxis die Umsetzung wissenschaftlicher Befunde in die Praxisroutinen zu unterstützen. Themen sind z. B. die Umsetzung der Expertenstandards, die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (vor allem den Krankenhäusern) – und zwar auf Augenhöhe – sowie die Öffnung und De-Institutionalisierung der stationären Pflegeeinrichtungen ins Quartier.[4]

2 Bezogen auf die Lehramtsstudiengänge ist dies v. Reiber & Reiber (2024, 2019) herausgearbeitet und kritisiert worden.

3 Hier kommt es mit unter extrem auf die präferierten Rollen innerhalb des APN-Ansatzes an. Je nach Rolle, eher Richtung Clinical Nurse Spezialist (CNS) oder Nurse Practitioner, sind unterschiedliche Entwicklungen denkbar. Gerade das Beispiel der USA zeigt, das CNS Rollen eher unter dem Radar fliegen und weniger "geregelt" sind, bzw. geregelt werden, dafür aber deutlich früher entstanden sind und - so zumindest meine Interpretation - für eine gewisse Emanzipation der Pflege insgesamt gesorgt haben.

4 Darüber hinaus gibt es an der Universität zu Köln ein vom BMG gefördertes Projekt, dass sich „Living Lab Demenz“ nennt und in dem durch die enge Zusammenarbeit von Pflegepraktiker/innen und Pflegewissenschaftler/innen ein fruchtbarer Dialog initiiert wurde. Auch an der Universität Bremen wird versucht, durch das Projekt „T!Call“ den Brückenschlag zwischen Theorie und Praxis zu intensivieren. Vorbilder dieser Entwicklungen gibt es in unserer unmittelbaren Umgebung im Ausland, z. B. an der Universität Maastricht. Dort kann man bereits auf eine Tradition von 25 Jahren im Hinblick auf Kontaktpersonen aus Wissenschaft und Praxis, den sog. Linking Pins, zurückblicken.

3. Pflegeakademisierung: Verantwortung der Berufsgruppe, der Gesellschaft, der Politik

Zunächst hat die Berufsgruppe selbst die Verantwortung dafür, dass sich die eigene Profession weiterentwickeln kann, den gesellschaftlichen Anforderungen entspricht und letztlich einen substantiellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten kann. So wie der Pflegeberuf in Deutschland aktuell aufgestellt ist, scheint es mir jedoch illusionär, grundlegende Änderungen in den nächsten Jahren zu erwarten (für weitere Details vgl. Auth 2020; Brandenburg et al. 2023; Schroeder & Kief 2020). Die gesellschaftliche Haltung gegenüber der Pflege ist durch Ambivalenzen gekennzeichnet (Brandenburg 2024). Care- und Sorgearbeiten werden letztlich widersprüchlich beurteilt und im Vergleich zur „produktiven Arbeit", d. h. der Warenproduktion, nicht wirklich als gesellschaftlich notwendige Arbeit anerkannt (vgl. auch: Honneth 2023). Wenn man nach einer Strategie bei der Politik sucht, dann fällt das Urteil ebenfalls kritisch aus – sie hat keine Vision im Hinblick auf die Pflege (Maio 2018). Ihr geht es vor allem um das „Stopfen der Löcher", eine substantielle Weiterentwicklung der Pflegelandschaften (unter Berücksichtigung der Professionalisierung des Pflegeberufs) ist nicht erkennbar. Dazu ist die Bereitschaft zur Änderung des arztzentrierten deutschen Gesundheitswesens Voraussetzung. Allerdings – die Pflegeakademisierung bietet letztlich auch Einsparpotentiale im Gesundheitswesen, das ist in der Politik angekommen.

Schluss:

Nach fast 40 Jahren Akademisierungsbemühungen ist zwar einiges erreicht worden – von einer nachhaltigen und grundlegenden Änderung ist man aber noch weit entfernt. Das gilt zunächst für die Studiengänge. Man muss zwar konzedieren, dass an den Fachhochschulen eine große Zahl an „pflegebezogenen" Studiengängen aufgebaut wurde, universitäre Standorte wurden aber nur marginal etabliert. Und die Tatsache, dass immer mehr Pflegestudiengänge an medizinischen Fakultäten etabliert werden, stimmt eher nachdenklich.[5] Das gilt auch für Ausschreibungen für Pflegewissenschaft an Fachhochschulen mit einem klinischen Fokus – explizit für Mediziner/innen[6]. Denn die Frage nach der Emanzipation des Pflegeberufs wird sich in diesem Kontext erübrigen, im Kern geht es um eine Assistenz für den ärztlichen Sektor, der mit immer mehr Anforderungen konfrontiert wird. Hinzukommt, dass es zwar seitens der zuständigen Ministerien – BMG und BMBF – immer wieder Initiativen und Bemühungen in Sachen Pflegeforschung gegeben hat; dauerhafte Förderlinien, die nicht nur Machbarkeitslogiken bedienen, bleiben aber die Ausnahme. Auch in der Deutschen Forschungsgesellschaft (DFG) ist die Pflegeforschung bislang nicht als eigenständiger Fachbereich etabliert, sondern ein multidisziplinärer Bereich, der anschlussfähig an nahezu alle gesundheitsbezogenen Disziplinen sein muss.[7]

Insgesamt muss man feststellen, dass eine eigenständige Profilierung der Pflegewissenschaft/Pflegeforschung und ein damit verbundener „point of no return" bislang nicht erreicht wurde.[8] Welche Forderung ergibt sich daraus? Neben der institutionellen Förderung von Pflegestudiengängen (auch an den Universitäten) und der Etablierung einer Forschungsinfrastruktur, bietet die Vollakademisierung des (immerhin ja systemrelevanten) Pflegeberufs eine Perspektive.[9] Das wird aber nicht reichen, denn die eigentliche Herausforderung liegt in einem arztzentrierten Gesundheitssystem in Deutschland. Es braucht Mut – auch angesichts der oben genannten Widerstände der Berufsgruppe selbst und der Lobby-Interessen anderer – eine Veränderung herbeizuführen. Vor allem das Wohl der zu pflegenden Personen ist die Zielperspektive – nicht mehr und nicht weniger!

Literatur bei der Redaktion

5 Das akademische Setting ist nicht alleine entscheidend. Denn die Ansiedlung von Pflegestudiengängen an einer medizinischen Fakultät bedeutet nicht automatisch, dass sich die Pflegewissenschaft nicht eigenständig als wissenschaftliche Disziplin entwickeln kann. Man kann das beispielsweise an der Universität Göteborg beobachten. Entscheidend für die Durchsetzungskraft der Pflege in der Fakultät war Umfang und Qualität der entsprechenden Stellen, auch das Interesse des bereits etablierten akademischen Personals an Fragen der Akademisierung und Professionalisierung der Pflege. Zu beachten ist auch, dass eine Vollakademisierung der Pflege - wenn überhaupt - in anderen Ländern (nur) durch den Rückgriff auf Personen aus anderen Fachdisziplinen erreicht werden konnte. Bis heute ist es in Deutschland kaum gelungen, Personen aus der Pflege mit einer Promotion und der hierzulande erforderlichen Habilitation (oder habilitationsäquivalenten Leistungen) auf eine Universitätsprofessur für Pflegewissenschaft zu berufen. Auf dieses Strukturproblem hat der Wissenschaftsrat im letzten Oktober explizit hingewiesen und die Hochschulen/Universitäten aufgefordert, dieses Problem zu überwinden (vgl. Wissenschaftsrat 2023). Diese Hinweise verdanke ich Maria Mischo-Kelling (Ravensburg).

6 So wird z. B. in der Stellenausschreibung in der Wochenzeitung „DIE ZEIT" v. 02.01.2025 für eine W2-Professur für „Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt Medizin" an der HS München ein Abschluss in Humanmedizin und die Approbation vorausgesetzt. In einer weiteren Stellenausschreibung in der gleichen Zeitung eine Woche später, diesmal eine W2-Professur für „Klinische Pflege" an der FH Kiel, wird ein Hochschulabschluss entweder in der Pflegewissenschaft oder der Medizin erwartet.

7 https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2026/04/2026_04_02-PM-Pflegewissenschaft-DFG-Faecherstruktur_final.pdf

8 Dazu auch der Direktor des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP) in Köln, der – nach 25 Forschung durch diese Institution – wie folgt zurückblickt: „Wir sind mit dem DIP angetreten, um in der damals noch schwach ausgeprägten Forschungs- und Wissenschaftslandschaft der Pflege in Deutschland eigene Beiträge zu leisten", sagte Weidner. „Heute schauen wir zwar auf viel mehr Studiengänge der Pflege, die überwiegend an anwendungsorientierten Hochschulen entstanden sind, die Pflegeforschungslandschaft ist hierzulande aber weiterhin desolat, in einigen Punkten sogar schlechter als damals", kritisierte Weidner auch mit Blick auf die vor kurzem erst erfolgte Schließung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld (aus der Pressemitteilung v. 14.01.2025).

9 Bei 78 Interventionen im Bereich der Gerontologie – von Untersuchungen zur Bedeutung der körperlichen Leistung/Aktivität über Studien zur mentalen Gesundheit bis hin zu Analysen der räumlichen Nahumwelten – weist die professionelle und informelle Pflege die geringste Effektivität (im Hinblick auf die Evidenz) und Implementierungsstärke (im Hinblick auf den Transfer in die Praxis) auf (Gellert et al. 2024).