



Leseprobe aus: Sander/Dangendorf (Hrsg.), Akademisierung der Pflege
ISBN 978-3-7799-3479-0 © 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3479-0>

Wer ‚pflegt‘ wen?

Akademisierung und Professionalisierung in der Pflege

Tobias Sander

Seit etwa drei Jahrzehnten wird unter diversen gesellschaftlichen Interessengruppen verhandelt, ob und welches Maß akademisch begründeter Kompetenzen und einer entsprechenden (Aus-)Bildung die Pflege hierzu-lande erfordert (vgl. Bollinger/Gerlach 2015; Kälble 2013). Dabei sprechen gewissermaßen säkulare Entwicklungen, die also nicht primär im Sinne einer – ebenfalls diskutierten – Verbesserung der Versorgungsqualität zu verstehen sind, für eine Akademisierung von Teilen der Pflegefachkräfte. Hierzu zählt der zunehmende Kostendruck für die Organisation(en) der Pflege vor dem Hintergrund der Mitte der 1990er Jahre eingeführten Fallpauschalisierung in der Krankenversorgung und der Pflegesatzbasierung der Altenpflege (vgl. Kälble 2005; Kühn/Simon 2001). Dabei betrifft die Umsetzung von Kostenzielen zuerst Funktionen im Pflegemanagement – also Leitungspositionen in der stationären und ambulanten Pflege sowie Leitungspositionen im Bereich der zunehmend betriebswirtschaftlich verstandenen administrativ-haushalterischen Leistungsplanung und -abrechnung in größeren, vor allem klinischen Einrichtungen, reicht aber bis in die Pflegepraxis hinein. Eher technisch geprägte Elemente des wissenschaftlichen Fortschritts (‚Großgerätemedizin‘) verändern zwar auch die Pflegepraxis im AdressatInnenkontakt. Diese Tendenzen werden aber zumeist eher der *medizinischen* Verbesserung der Versorgungsqualität zugerechnet, denn der pflegerischen.

Diesen Entwicklungen ist die intensiv diskutierte qualitative Veränderung der Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse wie gesagt noch hinzuzuzählen (vgl. zusammenfassend Schaeffer 2011; Faltermaier 2016; *Karl Kälble* in diesem Band). Zusammen genommen führten diese Tendenzen schließlich zu der einschlägigen Diagnose des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012. Für die Gesundheitsfachberufe insgesamt wird hier eine akademische

Qualifizierung von zehn bis 20 Prozent der Fachkräfte empfohlen – und zwar bezüglich der „Tätigkeit am Patienten“ (ebd., 8).¹

Nicht nur für das Pflegemanagement und den Pflegeunterricht/Pflegepädagogik, sondern auch und insbesondere für die komplexer werdende ‚Pflege am Bett‘ existieren allerdings recht hochschwellige (Fach-)Weiterbildungen, von denen die PraktikerInnen in ihrem Berufsleben in der Regel mehrere durchlaufen. Diese ausgeprägte schulische Weiterqualifikationskultur wird durch das informelle, „erfahrungsgeleitete“ (Porschen/Bolte 2004) Lernen im Rahmen der beruflichen Praxis in bewährtem Maße ergänzt. Ein solches *learning on the job* ist im Feld der Gesundheitsfachberufe traditionell besonders ausgeprägt; explizites und implizites Wissen verschränken sich in diesem beruflichen Feld also in besonderem Maße (vgl. Dunkel 2005; Pfadenhauer 2008; Sander 2016). Dies wirft für den Bereich der unmittelbaren Pflege eine grundsätzliche Frage auf: Kann Akademisierung in diesem Fall mehr sein als die Zertifizierung des ohnehin komplexen berufspraktischen Wissens? Oder anders: ‚Pflegt‘, im Sinne von fördert, also die Akademisierung tatsächlich die Professionalisierung?

Es wird sich in den nächsten gut zehn Jahren schließlich ausmenden, ob die nun gut drei Jahrzehnte währende Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland ‚am Markt vorbei‘ geht – sie also ein Qualifikationsprofil bedient, für das formal, in Form von Beschäftigungsverhältnissen, kaum eine entsprechende Nachfrage besteht. Markt bedeutet hier die Definition und Regulierung von Bedarfen und entsprechenden Beruflichkeiten durch das gesundheitliche Versorgungswesen. Schließlich deutet gegenwärtig wenig darauf hin, dass die Pflege am/an der PatientIn sich zu einem beruflichen Feld entwickelt, das zumindest in nennenswerten Teilen Beschäftigungsverhältnisse vorsieht, die ausschließlich über eine akademische Ausbildung zugänglich sind und dies unter anderem durch eine entsprechend herausgehobene Vergütung abgebildet ist. Solche höher bewerteten Positionen finden sich 1) in den gemischt pflegerischen und managerialen Funktionen der Stations- und Wohnbereichsleitungen und (übergeordneten) Pflegedienstleitungen in stationären Einrichtungen, 2) in dem überwiegend managerialen Bereich der Pflegeadministration sowie 3) im Unterrichtswesen an Berufsfach- und Pflege(fach-)schulen.² Allerdings konkurrieren die PflegeakademikerInnen hier zum einen ebenfalls mit fortgebildeten examinierten Kräften sowie zum anderen mit nicht-pflegerischen AkademikerInnen – so in den Querschnittsbereichen Case Management

1 Damit ist eine erste berufsbefähigende (Primär-)Qualifizierung gemeint (vgl. ebd., 8).

2 Hinzu kommt seit den 1990er Jahren freilich auch der Bereich der Hochschullehre.

und Pflegeberatung mit SozialarbeiterInnen sowie in überwiegend managerial geprägten Funktionen mit BetriebswirtInnen.

Womöglich stehen in diesem Segment der höher bewerteten Positionen zwar hinreichend Stellen zur Verfügung, um den mittlerweile beträchtlichen Output der pflegeakademischen Bildung zu bedienen.³ Dieser beläuft sich mit gegenwärtig auf rund 20 Tausend AbsolventInnen im erwerbsfähigen Alter und damit auf rund zwei Prozent der examinierten Kräfte insgesamt (vgl. Schaeffer 2011; Simon 2012).⁴ Die beschriebene Konkurrenz mit den grundständigen Fachkräften verhindert gegenwärtig aber eine ‚Vollversorgung‘ dieser (noch) *relativ* wenigen HochschulabsolventInnen. Die üblichen Verdrängungsprozesse im Zuge des Hinzutretens eines höheren Qualifikationsniveaus in ein bestehendes Berufsfeld halten sich gegenwärtig jedenfalls noch in Grenzen. So zeigt die jüngere Erhebung von Nina Fleischmann (2013), dass in den quantitativ bedeutsamen Funktionen der Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen unter ein Zehntel der ausgeschriebenen Stellen einen Hochschulabschluss voraussetzen, während bei rund der Hälfte der Ausschreibungen *ausschließlich* eine Fachkraftausbildung nebst Weiterbildung(en) vorausgesetzt wird. Hier wird also nicht einmal alternativ ein pflegerischer Hochschulabschluss als einschlägig befunden, was diejenigen PflegeakademikerInnen formal ausschließt, die vor Mitte der 2000er Jahre ein primärqualifizierendes Studium begonnen haben – als die Curricula der primärqualifizierenden Studiengänge noch nicht die berufsgesetzlichen Voraussetzungen für eine ‚automatische‘ Zulassung als Fachkraft erfüllten (vgl. Gerlach 2005; Kälble 2005; Bollinger/Gerlach 2015).⁵ Akademikerexklusive Positionen wurden hingegen *überwiegend* in den quantitativ wenig bedeutsamen Bereichen der Schulleitungen sowie in immerhin *nennendwerten Anteilen* in administrativen Querschnittsbereichen wie dem Qualitätsmanagement ausgeschrieben.⁶

3 Dabei ist freilich unklar, inwieweit die AbsolventInnen von Pflege- und pflegewissenschaftlichen Studiengängen solche graduell fachfremden Funktionen im Management- und Ausbildungsbereich überhaupt anstreben.

4 Zugrunde liegt eine eigene Hochrechnung auf Basis der (seit 1992 bis auf aktuell 92 ansteigenden) Zahl der Studiengänge auf Bachelorniveau, ihrer mittleren Kohortenbelegung, ihres durchschnittlichen Anfänger-/AbsolventInnenverhältnisses sowie, zur Bereinigung um die zwischenzeitlich aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen, der mittleren Berufsdauer nach dem mittleren Durchschnittsalter nach Studienabschluss. Doris Schaeffer spricht ebd. für das Jahr 2011 von 10–15 Tausend AbsolventInnen.

5 Dies betraf insbesondere das Praxisvolumen. Eine staatliche Anerkennung konnte bzw. kann aber durch Nachweis entsprechender Praxiszeiten *ex-post* eingeholt werden.

6 Nennenswerter Umfang bedeutet hier: rund zwei Fünftel der ausgewerteten Stellenanzeigen (vgl. Fleischmann 2013).

Während für den Bereich der unmittelbaren Pflege nicht nur in der Alten-, sondern in abgemilderten Umfange auch der Krankenpflege eine Verlagerung auf ein Personal mit pflegerischen Hilfsqualifikationen nachgewiesen werden kann (Simon 2012), tendiert der stärker (halb-)öffentlich organisierte Bereich der Bildung und Ausbildung zu einer zunehmend meritokratischen Gliederung der Beschäftigungsverhältnisse. In diesem Feld besaßen die PflegeakademikerInnen von Beginn an, also seit den 1990er Jahren vergleichsweise gute bzw. bessere Chancen als die grundständigen Fachkräfte (vgl. Bollinger/Gerlach 2015; Kälble 2005; 2013). Mit dem *Gesetzesentwurf zur Reform der Pflegeberufe* werden gegenwärtig schließlich auch formal-qualifikatorische (Mindest-)Anforderungen für das Leitungs- und Lehrpersonal an Pflegeschulen definiert. So müssen die Schulleitungen generell sowie die Lehrkräfte im ‚theoretischen Unterricht‘ in einem sogenannten angemessenen Verhältnis zur Schülerzahl über eine Qualifikation auf Masterniveau verfügen; für den ‚praktischen Unterricht‘ ist eine entsprechende Relation von Lehrkräften mit einer Ausbildung auf Bachelorniveau vorgesehen (BMG 2016, § 9). Hier wird also vielleicht sogar mehr als das in formale Formen gegossen, was in auf dem Arbeitsmarkt bereits üblich ist. Der übergreifende symbolische Effekt auf eine zunehmende meritokratische Differenzierung der Pflegeberuflichkeiten ist trotz der begrenzten quantitativen Bedeutung dieses Funktionsbereiches sicherlich nicht zu unterschätzen.

Wovon hängt es also ab, ob es der beruflichen Teilgruppe der PflegeakademikerInnen gelingt, analog zu den Forderungen des Wissenschaftsrates aus dem Jahr 2012 zumindest eine Teilakademisierung nicht nur des Personals, sondern auch der Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege und damit auch in der ‚Pflege am Bett‘ zu erreichen? Mit dieser Frage befasst sich der *vorliegende Sammelband*, in welchem die Akademisierung der Pflege in den vergleichenden Kontext der – *erstens* fachlich benachbarten und *zweitens* ebenfalls nachholenden – Akademisierungsprozesse in der Sozialen Arbeit und der Elementarpädagogik gestellt wird. Dabei liegt die Akademisierung der Sozialen Arbeit Jahrzehnte zurück und verlief zumindest hinsichtlich der Kopplung von Ausbildung und Berufsposition aus Sicht der AbsolventInnen erfolgreich. Im Fall der frühkindlichen Bildung wird sich hingegen ähnlich wie in der Pflege in den nächsten ein, zwei Jahrzehnten zeigen, ob diese jüngeren Akademisierungsprozesse nicht nur in eine handlungsbezogene, sondern auch in eine beruflich-regulatorische Professionalisierung münden werden.

Dabei dürfte es unstrittig sein, dass die PflegepraktikerInnen überwiegend dermaßen zielführende berufliche Handlungsrouninen entwickelt haben, dass man sie als ‚Professionals‘ bezeichnen kann (vgl. Heuer 2014;

Ummel/Scheid/Ferrari-Schiefer in diesem Band sowie grundlegend Schütze 1984; Oevermann 1983). Schließlich handelt es sich bei der Pflege nicht nur um einen höherschwelligen Ausbildungsberuf, der zudem üblicherweise durch diverse aufwendige (Fach-)Weiterbildungen und Aufstiegsfortbildungen (nach § 53 BBG) ergänzt wird. Vielmehr mündet in diesem hochgradig adressatInnenorientierten Berufsfeld überdies das erwähnte informelle, in der beruflichen Praxis situierte, Lernen in ein handlungsrelevantes (Spezial-)Wissen (vgl. Porschen/Bolte 2004; Pfadenhauer 2008), welches sich nicht wesentlich von der Wissensexklusivität bzw. Deutungshoheit in klassisch professionellen Feldern unterscheidet. Es geht hier also ohnehin nicht um eine „professionalization of everyone“ (Wilensky 1964), also von jedem beliebigen – schließlich verfügen alle Berufe über ein Spezialwissen – Beruf (vgl. Bollinger 2005).

1 Berufliche Platzierung und Professionalisierung

Begreift man die PflegeakademikerInnen als berufsähnliche Formation wird sich also zeigen, ob sie ein entsprechendes Feld in der beruflichen Hierarchie des Gesundheitswesens auch besetzen *dürfen*. Schließlich lässt sich mittels eines machtheoretischen professionssoziologischen Ansatzes eine zunehmende Professionalisierung mit der Trias von *Können* – qua höherem, üblicherweise akademisierten oder sonstwie exklusivem Wissen – *Wollen*, qua Selbstanspruch sowie einer entsprechenden (Selbst-)Inszenierung der Berufstätigen, sowie *Dürfen* beschreiben (vgl. Pfadenhauer 2010, 155; Sander 2014; 2016).⁷ Das *Dürfen* beschreibt dabei die gesellschaftliche Aushandlung und gegebenenfalls statthabende Zuerkennung von beruflichen Zuständigkeiten im Einklang mit Beschäftigungsverhältnissen, die nur für die entsprechende Ausbildungsgruppe zugänglich, also meritokratisch organisiert sind.

In Bezug auf diese meritokratische Kopplung von Bildung(sniveau) und beruflicher Tätigkeit stellt sich die Lage in der Sozialen Arbeit wie erwähnt ganz anders dar; hier streben nicht zwei formalhierarchisch unterschiedene Bildungsniveaus in die gleichen Funktionen. Gleichwohl zeigt der Beitrag von *Roland Becker-Lenz* in diesem Band, dass von einer homogenen beruflichen Identität in der Sozialen Arbeit kaum die Rede sein kann; zu divers sind die individuellen Aneignungsformen der entsprechenden Fachlichkeit

7 Vgl. grundlegend: Pfadenhauer/Sander 2010; Hughes 1971, 374–376; Johnson 1972; Larson 1977; Bourdieu/Waquant 1992, 241–243; Beck/Brater/Daheim 1980.

und zu sehr bestimmt der grundlegende Bourdieusche, also der vorprofessionelle Habitus die Ausbildungs- und Berufspraxis (vgl. Bourdieu 1982; Becker-Lenz/Müller Herrmann 2014; Sander 2014). Ebenfalls ist, wie *Roland Becker-Lenz* ferner zeigt, die Frage der Zuständigkeit für beruflich zu bearbeitende Probleme/Aufgaben im Fall der Sozialen Arbeit ebenfalls noch mitten im Aushandlungsprozess befindlich – der *professional claim* also (noch) fragil. Mit der Frühpädagogik bezieht der vorliegende Band zudem ein berufliches Profil ein, dessen Akademisierungstradition noch jünger als diejenige der Pflege ist. Die beruflichen Statuszuweisungen im Spannungsfeld von grundgebildeten Fachkräften und AkademikerInnen stellen sich hier, wie der Beitrag *Kirsten Fuchs-Rechlin* verdeutlicht, für AkademikerInnen indes zumindest im Ansatz günstiger dar als in der Pflege.⁸

2 Berufliche Identitäten und professionspolitische Potentiale

Geht man unabhängig von diesen grundsätzlichen Fragen davon aus, dass Akademisierung in solch formal komplex organisierten *Bildungs- und Berufsgesellschaften* wie der hiesigen nur durch eine einigermaßen enge Kopplung an berufliche Tätigkeitsfelder auch in eine einigermaßen fortgeschrittene Professionalisierung münden kann (*Dürfen*), dann stellt sich bezüglich der akademisierten Pflegekräfte die Frage nach den treibenden (proto-)politischen Kräften. Dies adressiert zuerst das berufliche Subprofil selbst: Inwieweit verfügen die PflegeakademikerInnen also auch über eine dezidiert akademische Identität, die es ermöglicht, dass sie sich im Rahmen der komplexen Governance der Gesundheits- und Sozialberufe nicht nur als Bildungsformation, sondern eben als berufliche Formation mit einem spezifischen Kompetenzprofil überhaupt inszenieren (wollen) – und in einem zweiten Schritt: auch einigermaßen erfolgreich inszenieren? Wir fragen hier also in erster Linie nach dem *Wollen*. Vorausgesetzt die PflegeakademikerInnen verfügen über spezifische, von den grundständigen Fachkräften abweichende Kompetenzen und eine sich darauf gründende spezifische Identität: Inwieweit lancieren sie auch eine mehr oder weniger öffentliche Darstellung eines solchen Profils und nehmen damit Einfluss auf die Regulierung von Arbeit und Beruflichkeit in der Pflege?

8 Diese Befunde schließen allerdings die an Fachschulen ausgebildeten KindheitspädagogInnen in den Vergleich mit den (grundgebildeten) ErzieherInnen ein.

Die Frage nach der *dezidiert akademischen*, von derjenigen der *exami- nierten Fachkräfte abgesetzten* Identität bildete den Anlass für die Tagung, auf welche der vorliegende Band zurückgeht. Dabei geht es nicht nur, aber vor allem um die unmittelbare Pflege, also vornehmlich um die AbsolventInnen von Studiengängen der *Pflege* oder *Pflegewissenschaft*. Obgleich bereits zu Beginn der 1990er Jahre Studiengänge mit primärqualifizierender Ausrichtung geschaffen wurden, wurde die Akademisierung der Pflege lange Zeit als partiale Höherqualifizierung verhandelt, die vor allem – oder sogar lediglich – für die Bereiche Pflegemanagement und Pflegeunterricht/ Pflegepädagogik einschlägig ist und daher additiv zur Ausbildung zur examinierten Fachkraft zu verstehen ist. So sahen insbesondere auch die pflegerischen Berufsverbände die Primärqualifizierung an Hochschulen bis Mitte der 2000er Jahre kritisch (vgl. Bollinger 2005; Kälble 2005; Bollinger/ Gerlach 2015; Kälble 2013).

Nach unserer Befragung von 439 PflegeakademikerInnen in Niedersachsen aus 2015/16 haben allerdings lediglich 1,5 Prozent derjenigen, die ab 2007 einen ersten pflegerischen akademischen Abschluss erworben haben (n=330, die ihr Studium also bereits unter primärqualifizierenden Absichten antreten *konnten*), zuvor keine grundständige pflegerische Berufsausbildung abgeschlossen.⁹ Davon hat indes gut die Hälfte management- oder pädagogikbezogene Studienabschlüsse erreicht oder einen solchen Schwerpunkt im Rahmen eines Pflegestudiums gesetzt. Die übrigen, für die ‚Pflege am Bett‘, akademisch Qualifizierten (n=127) üben den eigenen Angaben zu Folge immerhin zu einem Drittel Leitungspositionen aus. Welcher Gestalt diese Leitungsposition auch immer sein mag: Auf die hierarchische berufliche Position gemessen an der Vergütung hat diese Leitungsposition, wie hier noch zu zeigen sein wird, keinen nennenswerten Einfluss. Die große Mehrheit befindet sich in Beschäftigungsverhältnissen, die qua Vergütung (TVÖD SuE, EG 9–11, mittlere Dienstaltersstufe) lediglich eine berufliche Ausbildung nebst der berufskulturell üblichen Fachweiterbildungen voraussetzen. Vermutlich werden also Teile der akademisch Qualifizierten in Sonderfunktionen eingesetzt, ohne dass dafür entsprechend besondere Beschäftigungsverhältnisse/Stellen zur Verfügung stehen.

9 Die Erhebung fand im Rahmen des BMBF-Projektes *Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachberufen* (KeGL) statt. Es wurden nahezu alle AbsolventInnen der entsprechenden Studiengänge an niedersächsischen Hochschulen online angeschrieben. Da diese Email-Adressen teilweise über 20 Jahre alt waren, wurde parallel der Kontakt zu den PflegeakademikerInnen über die einschlägigen, rund dreitausend niedersächsischen Arbeitgeber hergestellt. Es ergibt sich eine geschätzte Nettorücklaufquote von rund einem Viertel.

Diese PflegeakademikerInnen, die sich also in grundständigen Beschäftigungsverhältnissen als Fachkraft befinden, äußern in der genannten Erhebung gleichwohl eine ausgesprochene Arbeitszufriedenheit.¹⁰ Schließlich haben sie ihr Studium – ihren eigenen Angaben zu Folge – vor allem aufgenommen, um konkrete fachlich-praktische Anforderungen in ihrem Berufsalltag besser bewältigen zu können. Dabei ging es offenbar mehrheitlich um den vor Aufnahme des Studiums virulenten Berufsalltag und weniger um eine Veränderung der beruflichen Funktion, geschweige denn Position bzw. beruflichen Aufstieg. Entsprechend kommen Frustrationen über nicht einlösbare berufliche Aufstiegsversprechen kaum zum Ausdruck.

Es spricht also einiges dafür, dass das Pflegestudium im Bereich der unmittelbaren Pflege sowie auch der Stations- und Wohnbereichsleitungen (noch) überwiegend als eine Form der Weiterbildung unter anderen fungiert. Die PraktikerInnen sind mehrheitlich ausgesprochen intrinsisch an den Beruf gebunden. Wie der Beitrag zu den ÄrztInnen und Pflegefachkräften in diesem Band zeigt, stammen die Pflegefachkräfte – und damit auch die PflegeakademikerInnen – überwiegend aus den grundsätzlich durchaus aufstiegsorientierten mittleren Milieus (vgl. Vester u. a. 2001; Bourdieu 1982). Auf dieser sozialhierarchischen Ebene zeichnen sie sich zumindest in nennenswerten Teilen durch eine Mentalität der Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung aus; in diesem konkreten sozialen Einzugsgebiet steht Arbeitszufriedenheit mindestens gleichrangig neben sozialen Aufstiegsambitionen. Es hat den Anschein, dass die Höherqualifizierung von Teilen der Pflegefachkräfte durch ein Hochschulstudium von diesen akademisierten Fachkräften eher als kollektive Aufwertung der PflegepraktikerInnen insgesamt, denn als individuelle begriffen wird. Der kollektive Wissenshintergrund eines spezifischen, praktisch und schulisch sedimentierten Handlungswissens ermöglicht es den PflegepraktikerInnen, gegenüber beruflich benachbarten Feldern und insbesondere auch der medizinischen ‚Leitprofession‘ selbstbewusst zu agieren und dadurch eben ein gewisses Maß an Expertentum und Autonomie zu erlangen. Ähnliches zeigt auch der Beitrag von *Anke Gerlach* in diesem Band, die auf Basis von Gruppendiskussionen mit verschiedenen Qualifikationsprofilen zu dem Schluss kommt, dass von einer eigenständigen beruflichen Identität der *PflegeakademikerInnen* allenfalls bedingt gesprochen werden kann.

10 Diese grundständigen Beschäftigungsverhältnisse, in der Regel nach TVÖD SuE, EG 9–11 eingruppiert, entsprechen den Angaben der großen Mehrheit der Befragten über ihre Brutmonatsgehälter in unserer Studie auffallend passgenau (unter Berücksichtigung des Beschäftigungsumfanges).

Die hier konstatierte *weiterbildende Funktion* des Pflegestudiums bedeutet natürlich noch nicht, dass das Studium und die hier angeeigneten deklarativen Wissensbestände (wissenschaftliches Wissen) und vor allem auch die Lernkulturen im Sinne eines wissenschaftlichen, explorativen bzw. forschenden Lernens nicht ‚hinter dem Rücken der Akteure‘ dennoch Identitätsveränderungen evozieren – und womöglich erst in der längeren Sicht zu einem Wandel der eigenen Ansprüche an Arbeitsinhalte und Berufspositionen führen. Bezüglich des akademischen Charakters der Lernkulturen in den Pflegestudiengängen weisen Heinrich Bollinger und Anke Gerlach (2013) allerdings auch auf deutliche Grenzen hin. Diese bestehen zum einen aus den individuellen Rahmenbedingungen: Schließlich greift die Mehrheit der Studierenden ein solches Studium in Lebensphasen auf, in welchen parallel Erwerbstätigkeiten und familiäre Pflichten zu bewältigen sind. Zum anderen wurden zur Erfüllung der grundständigen Berufszulassungskriterien die Praxisphasenanteile in primärqualifizierenden Studiengängen entsprechend umfangreich gestaltet, so dass vergleichsweise wenig Raum für wissenschaftliche orientierte Vertiefungen, für forschend-exploratives ‚Lernen‘ bleibt (vgl. Bollinger/Gerlach 2015).

Berufliche vs. grundlegende, alltagskulturelle Identitäten

Eine überhaupt statthabende, erst recht eine erfolgreiche Interessenartikulation der PflegeakademikerInnen fußt nicht nur auf *berufsbezogenen* Werten und Einstellungen. Vielmehr sind mindestens ebenso die grundlegenden sozialen, alltagskulturellen Dispositionen der Akteure zu berücksichtigen (vgl. Schmitt 2007; Sander 2012). In diesem Sinne unterscheidet man sowohl in der Professions- als auch in der Ungleichheitssoziologie zwischen dem grundlegenden, eine Person dauerhaft prägenden, Habitus einerseits und dem sogenannten professionellen Habitus oder Stil andererseits. Letzterer beschreibt das ‚Einüben‘ in bestimmte Fach- und Berufskulturen, führt letzten Endes indes nur zu einer recht marginalen Veränderung der Alltagskulturen, der Mentalitäten und Lebensstile Akteure (vgl. Bourdieu 1982; Grundmann 2006; Müller-Hermann/Becker-Lenz 2014; Sander 2014; Lange-Vester/Sander 2016; Sander 2016).

Von der genannten, zumindest in Teilen ausgeprägt intrinsischen Motivation der PflegepraktikerInnen einschließlich der PflegeakademikerInnen profitiert natürlich das hiesige Versorgungssystem. Diese Haltung gegenüber der Erwerbstätigkeit gründet sich eben nicht ausschließlich auf eine entsprechende professionelle Sozialisation, sondern auf die in das Berufsfeld ‚mitgebrachten‘ Alltagskulturen der Akteure (vgl. Bourdieu 1982; Sander 2016). Vielmehr basiert diese vergleichsweise enge positive Bindung an das

Tätigkeitsfeld – die nicht nur von (altruistischer) Selbstentäußerung, sondern mindestens gleichrangig von tatsächlich realisierter Selbstverwirklichung bestimmt wird – auf einer dementsprechend überwiegenden Rekrutierung des Personals aus bestimmten Milieus der mittleren sozialen Hierarchieebene (vgl. Vester u. a. 2001, 417–421; Bourdieu 1982, 556–565). So trug zumindest die Kranken- und Kinderkrankenpflege schon in den 1970er Jahren personelle Kennzeichen eines „modernen personenbezogenen Dienstleistungsberufs“ (Stöver 2010, 15). In Bezug auf die gesamtgesellschaftlich eingebrachten Ressourcen bedeutet dies, dass die Pflegekräfte und erst Recht die PflegeakademikerInnen vor allem soziale und kulturelle Kapitalien – im Kontrast zu ökonomischen – in den Funktionsbereich der Pflege transferieren (vgl. Schroeter 2016). Versucht man dies praxisbezogenen zu wenden, zielt also an Stelle der Ressourcen auf den Habitus und die Alltagskulturen ab, kann man bezüglich der Pflegekräfte auf die intrinsische Berufsbindung, entsprechende Selbstverwirklichungsorientierungen auch in der Freizeit sowie auf ausgeprägte, von den Akteuren aber vornehmlich intrinsisch verstandene Bildungsaspirationen verweisen. Damit unterscheiden sich diese Bildungsaspirationen von den in solchen sozialhierarchisch mittleren Milieus üblicherweise dominierenden ‚angestregten‘, sich an sozialen Aufstiegsambitionen ‚arbeitenden‘ Haltungen gegenüber formaler Bildung (vgl. Lange-Vester/Sander 2016, 16; Bourdieu 1982).

Demgegenüber zeigt der Beitrag von *Martin Schmidt* und mir in diesem Band, dass nennenswerte Teile der (examierten) Pflegekräfte und auch der PflegeakademikerInnen aus traditionellen mittleren, alltagskulturell eher kleinbürgerlich geprägten Milieus stammen. Hier halten sich die Selbstverwirklichungsansprüche gegenüber der Erwerbsarbeit in Grenzen und Bildung wird eher instrumentell unter sozialen Aufstiegschancen subsummiert (vgl. Bourdieu 1982; Vester u. a. 2001). Diese Befunde verweisen ferner auf die notwendige Berücksichtigung der unterschiedlichen *sozialen Traditionslinien* in den (noch) drei grundständigen Pflegeberufen. Schließlich hat sich die Kranken- und Kinderkrankenpflege „von minder qualifizierten Dienstleistungen, die von Angehörigen christlich geprägter Lebensgemeinschaften erbracht wurden“ (Stöver 2010, 15) früher und weiter entfernt als die Altenpflege, die zum Teil sogar zunehmend von einjährigen und zweijährigen Qualifikationen geprägt ist (vgl. Simon 2012). Gegenüber solchen Versuchen, die grundlegenden Alltagskulturen bzw. den Habitus der PflegeakademikerInnen zu rekonstruieren und sie im Raum sozialer Ungleichheit zu verorten, ermöglicht es der Beitrag von *Constanze Eylmann* zur Altenpflege in diesem Band, die Passungen und Spannungen zwischen grundlegendem Habitus und dem – etwa qua Ausbildung – geforderten professionellen Stil in den Pflegeberufen nachzuvollziehen.

3 Ein Befund zur beruflichen Platzierung und Ausblick

Die eingangs dieses Beitrages getroffenen Feststellungen zur Arbeitsmarktsituation von grundständigen Pflegefachkräften und PflegeakademikerInnen werden – unter anderem – von unserer Befragung von 439 PflegeakademikerInnen in Niedersachsen bestätigt. Wie erwähnt, erreichen die PflegeakademikerInnen überwiegend keine Gehälter, die von den üblichen Eingruppierungen als grundständige Fachkraft nach oben abweichen. Dies ist als umso bemerkenswerter zu beurteilen, als dass die Befragten 1) etwa zur Hälfte Pflegemanagement und -pädagogikstudiengänge absolviert haben, die also durchaus mit Aufstiegschancen verknüpft sind, 2) sie zu rund einem Sechstel einen Master, gleichwertigen oder höheren Abschluss erworben haben (zwei Personen sind promoviert) und sie 3) ihr Einkommen durch *individuellen Mehraufwand* (Dienste) in der Regel nach oben korrigieren. Im Kern zeigt die Befragung, dass Berufserfahrung auch bei den PflegeakademikerInnen, die ja keinen klar segregierten Teilarbeitsmarkt bilden, ähnlich wie bei den grundständigen Fachkräften das wichtigste berufliche Statuszuweisungskriterium darstellt.¹¹ Der Arbeitsmarkt ist also weniger von meritokratischen als von berufspraktischen Logiken geprägt. Das lässt sich mittels hierarchischer Regressionsmodelle, bei denen verschiedene Einflussfaktoren auf das monatliche Bruttoeinkommen überprüft wurden, noch genauer explizieren. Im Rahmen dieser Regressionsmodelle wurden folgende Hypothesen überprüft:

- 1) *Meritokratische Hypothese*: Je höher das Niveau des akademischen Abschlusses (Bachelor, Master, Promotion), desto höher das Einkommen (*Modell 1*).
- 2) *Fachliche Hypothese*: Pflegemanagementbezogene Abschlüsse generieren höhere Einkommen als pflegepädagogische und gesundheitswissenschaftliche (einschl. Public Health) und diese wiederum höhere Einkommen als Abschlüsse in Pflege oder Pflegewissenschaft (*Modell 2*).
- 3) *Erfahrungsbasierte, ‚antimeritokratische‘ Hypothesen*: Der zeitliche Umfang der Berufserfahrung nach dem akademischen Abschluss (*Modell 3*) sowie die generelle Berufserfahrung (Lebensalter, *Modell 4*) bewirken Einkommenssteigerungen.

11 Zudem ist zu beachten, dass sich an dieser Umfrage (vgl. Anm. 9) die beruflich positiv Identifizierten vermutlich überdurchschnittlich stark beteiligt haben.

Abb. 1: Meritokratische, fachliche, senioritätsbezogene und geschlechtliche Einflüsse auf das Bruttoeinkommens vollzeitbeschäftigter PflegeakademikerInnen in Niedersachsen, hierarchische Regressionsmodelle (n=287)¹²

Modell (Einschluss)	Korrigiertes R-Quadrat
1 Niveau des akademischen Abschlusses	,000
2 NiveauAkadAbschluss, Fachrichtung	,066
3 NiveauAkadAbschluss, Fachrichtung, Berufserfahrung nach akad. Abschluss	,106
4 NiveauAkadAbschluss, Fachrichtung, BerufserfNaAkadAbschl, Alter	,208
5 NiveauAkadAbschluss, Fachrichtung, BerufserfNaAkadAbschl, Alter, Geschlecht	,205

In *Modell 5* wurde ferner der Einfluss der Geschlechterzugehörigkeit geprüft, der im Ergebnis schließlich vollkommen zu vernachlässigen ist. Demgegenüber zeigt für den Bereich der Altenpflege die amtliche Pflegestatistik – nur für diesen Pflegebereich liegt eine solche Vollerhebung vor –, dass Männer in Leitungspositionen in Relation zu ihrem Anteil an der Berufsgruppe häufiger vertreten sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2015).¹³

Die Ergebnisse dieser Regressionen sprechen schließlich eine überaus klare Sprache. Wie bereits gesagt, organisiert sich die Beschäftigung von PflegeakademikerInnen nicht nach meritokratischen Regeln – also solchen Regeln, die auf einer Kopplung von formalisierten Bildungsabschlüssen und Berufspositionen beruhen.¹⁴ Ob ein/e PflegeakademikerIn einen Bachelor (bzw. Diplom FH), einen Master (bzw. Diplom Universität) oder gar eine Promotion abgelegt hat, hat keinen Einfluss auf das individuell erreichte Einkommen. Dahingegen geht die konkrete Fachrichtung des pflegebezogenen Studiums durchaus mit beruflichem Aufstieg einher – und zwar in folgender Form: ein gesundheitswissenschaftlicher und erst Recht ein (pflege)managementbezogener Abschluss bringen etwas größere Einkom-

12 Durch die Z-Wert-Standardisierung fällt der Range für alle unabhängigen Variablen identisch aus. Geschlecht: Es wurde ein positiver Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und Einkommen angenommen, entsprechend m=1 und w=2 codiert. Im Ergebnis hat die weibliche Geschlechterzugehörigkeit einen minimal negativen, nicht interpretierbaren, Einfluss auf das Einkommen.

13 Bei der Pflegestatistik wurde der Zusammenhang zwischen Geschlecht und beruflichem Aufstieg also (nur) anhand von Leitungspositionen (dichotom) ermittelt bzw. lässt sich in dieser Form ermitteln.

14 Der Aufwand für zertifizierte Fachweiterbildungen wurde ebenfalls geprüft und aufgrund seiner nahezu vollständigen Irrelevanz für das erreichte Einkommen aus den Modellen ausgeschlossen.

menssteigerungen mit sich als ein Studium der Pflege bzw. Pflegewissenschaft. Dies entspricht den Erfahrungen und empirischen Befunden, welche auf die schwierige Arbeitsmarktposition der grundständig qualifizierenden sowie der fachlich nicht additiv ausgerichteten Studiengänge abheben (vgl. Bollinger 2005; Bollinger/Gerlach 2013). Diese fachlichen Kriterien werden aber ohnehin von der Berufserfahrung nach dem akademischen Abschluss und mehr noch von der Berufserfahrung generell (Alter) nahezu vollkommen in den Hintergrund gedrängt.¹⁵ In Bezug auf (monetären) beruflichen Aufstieg ist es also graduell die Fachrichtung und ebenfalls graduell die Berufserfahrung nach dem Abschluss einschlägig. Den stärksten Effekt hat generell aber die *Berufserfahrung in der Pflege insgesamt*.¹⁶ Bei solchen hierarchischen Regressionen ist die Gruppierung der unabhängigen Variablen nicht ausschlaggebend. So zeigt sich ebenfalls der stärkste Effekt des Lebensalters, wenn man diese Variable in die Modelle eins bis drei einfügt.

Ausblick mit vielen offenen Fragen

Wie wird sich das gesundheitliche Versorgungssystem unter der Vorzeichen einer kostendruckbasierten Standardisierung hierzulande also hinsichtlich seiner beruflichen Platzierungsmechanismen entwickeln? Ist in dem enger gewordenen haushalterischen Rahmen Platz für eine Qualitätssteigerung, die zudem einen stärkeren Rückgriff explizit auf PflegeakademikerInnen in der unmittelbaren Pflege nach sich zieht? Zum Teil lässt sich so etwas in dem recht neuartigen klinischen und sozialen Spezialbereich des Case Managements beobachten (vgl. Fleischmann 2013), wobei die konkrete Bewertung dieses Tätigkeitsprofils, wohl auch, weil es noch nicht hinreichend definiert und damit abgegrenzt ist, ebenfalls noch offen ist. Oder bleibt es dabei, dass nahezu ausschließlich Metafunktionsbereiche in Management und Lehre vornehmlich für HochschulabsolventInnen vorgesehen sind? Schließlich ist mit den Fachkräften an Pflegestützpunkten in jüngster Zeit ein weiterer Querschnittsbereich hinzugetreten. Neben pflegerischen vor allem administrative Kompetenzen erforderlich, zeichnet sich hier zumindest eine herausgehobene Bewertung ab, ohne dass eine Schließung zu Gunsten der AkademikerInnen gegenwärtig sichtbar ist.

Wie entwickelt sich die berufliche Identität der PflegeakademikerInnen? Werden sie sich stärker als bislang von denjenigen der grundständigen

15 Nur 2,7 Prozent der 439 Befragten (n=12) haben ihre Anerkennung als Fachkraft über das Hochschulstudium erlangt, verfügen also über keine grundständige Ausbildung.

16 96 Prozent der Befragten verfügten über eine grundständige Qualifizierung als Pflegefachkraft (vgl. Dunkel 2005).

Fachkräfte lösen? Dafür müssten die PflegeakademikerInnen – mit Unterstützung des hochschulischen Ausbildungssystems – unter sich selbst ein Kompetenzprofil identifizieren, das ein solchermaßen eigenständiges professionelles Selbstverständnis und in praxi einen entsprechenden Stil auch stärker als bislang ermöglicht.

Wie organisieren und inszenieren sich zukünftig die Fachkräfte in der Pflege – wird sich also insbesondere die anstehende Zusammenführung der drei bisherigen Pflegefachberufe dahingehend auswirken, dass in einer homogener werdenden grundberuflichen Landschaft mehr Platz für eine etwaige Interessenartikulation der PflegeakademikerInnen ‚frei‘ wird? Oder wird die Selbstdarstellung der Pflege noch weiter in den Hintergrund der Governance der Pflegeberufe rücken, da die einzelnen pflegerischen Berufsverbände – die ohnehin über keinen besonders hohen Organisationsgrad verfügen – weiterhin mit einzelnen Stimmen sprechen, die im Konzert dann womöglich noch weiter untergehen? Auf Grundlage einer Diskussion weiterer professionssoziologischer Herangehensweisen – auf den älteren indikatorischen Ansatz bin ich hier gar nicht, auf einen handlungstheoretischen, der auf die Interaktionsordnung der berufspraktisch relevanten Professionellen-AdressatInnen-Beziehungen abstellt, nur am Rande eingegangen – zeigt der Beitrag von *Karl Kälble* in diesem Band diesbezüglich weitgehende Perspektiven auf.

Bei seiner Kombination solcher handlungs- mit makro-, konkret machttheoretischen Ansätzen geht *Bernhard Borgetto* in diesem Band zunächst aus ethischen Erwägungen von der Notwendigkeit aus, die Versorgungsqualität im Feld der Therapieberufe zu steigern. Ähnlich wie die Frühpädagogik blicken die Therapieberufe auf recht junge (Teil-)Akademisierungsprozesse zurück. Für eine Ausweitung der Zuständigkeiten (*professional claims*) der Therapieberufe gerade im Verhältnis zu den MedizinerInnen ist *Borgetto* zu Folge allerdings eine weitere Festigung der wissenschaftlichen Grundlegung der akademischen (Aus-)Bildung unausweichlich (vgl. Atzeni/v. Groddeck 2015). Nur so ist eine Schärfung des professionellen Habitus und entsprechender beruflicher Identitäten möglich.

Literatur

- Atzeni, Gina/Groddeck, Victoria v. 2015: Normality, Crisis and Recovery of narrating medical Professionalism, in: Tamara – Journal for Critical Organization Inquiry 13, 25–40.
- Beck, Ulrich/Brater, Michael/Daheim, Hans-Jürgen 1980: Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse, Reinbek bei Hamburg.

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) 2016: Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), o. O. [Online-Abruf am 01.09.2016: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinettentwurfPflBG.pdf]
- Bollinger, Heinrich 2005: Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive, in: ders./Anke Gerlach/Michaela Pfadenhauer (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt a. M., 13–30.
- Bollinger, Heinrich/Gerlach, Anke 2015: Profession und Professionalisierung im Gesundheitswesen Deutschlands. Zur Reifikation soziologischer Kategorien, in: Johanne Pundt/Karl Kälble (Hg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte, Bremen, 83–103.
- Bourdieu, Pierre 1982: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt a. M.
- Bourdieu, Pierre/Waquant, Loic D. 1992: An Invitation to Reflexive Sociology, Chicago.
- Dunkel, Wolfgang 2005: Erfahrungswissen in der Pflege. Basis einer Professionalisierung jenseits von Verwissenschaftlichung? In: Heinrich Bollinger/Anke Gerlach/Michaela Pfadenhauer (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt a. M., 161–176.
- Faltermaier, Toni 2016: Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden, 229–241.
- Fleischmann, Nina 2013: Arbeitsmarktperspektiven für Absolventen pflegebezogener Studiengänge, in: Peter Zängl (Hg.): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis, Wiesbaden, 91–108.
- Gerlach, Anke 2005: Akademisierung ohne Professionalisierung? Die Berufswelt der ersten PflegeakademikerInnen in Deutschland, in: Heinrich Bollinger/Anke Gerlach/Michaela Pfadenhauer (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt a. M., 71–102.
- Grundmann, Matthias 2006: Sozialisation. Skizze einer allgemeinen Theorie, Konstanz.
- Heuer, Katrin 2014: Die Bedeutung von habitussensiblen Zugängen in der Begleitung sterbender Menschen, in: Tobias Sander (Hg.): Habitussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln, Wiesbaden, 87–101.
- Hughes, Everett C. 1971: The Sociological Eye. Selected Papers, Chicago.
- Johnson, Terence J. 1972: Professions and Power, London.
- Kälble, Karl 2005: Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. Zum Akademisierungs- und Professionalisierungsprozess der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie, in: Heinrich Bollinger/Anke Gerlach/Michaela Pfadenhauer (Hg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, Frankfurt a. M., 31–53.
- Kälble, Karl 2013: Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen. Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie in Deutschland, in: Josef Estermann/Julie Page/Ursula Streckeisen (Hg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress ‚Gesundheitsberufe im Wandel‘, Zürich, 161–183.

- Kühn, Hagen/Simon, Michael 2001: Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung (BMBF/WZB), o. O. [Online-Abruf am 30.07.2016: http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/kh-projekt_abschlussbericht_dlr_2.pdf]
- Lange-Vester, Andrea/Sander, Tobias 2016: Soziale Ungleichheiten, Milieus und Habitus im Hochschulstudium. Zur Einführung, in: dies. (Hg.): Soziale Ungleichheiten, Milieus und Habitus im Hochschulstudium, Weinheim/Basel, 7–24.
- Larson, Magali S. 1977: *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley.
- Müller Herrmann, Silke/Becker-Lenz, Roland 2014: Habitusformation und Bildungschancen im Studium der Sozialen Arbeit, in: Tobias Sander (Hg.): *Habituussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln*, Wiesbaden, 135–146.
- Oevermann, Ulrich 1983: Hermeneutische Sinnkonstruktion: Als Therapie und Pädagogik missverstanden, oder: Das notorische strukturtheoretische Defizit pädagogischer Wissenschaft, in: Detlef Garz/Klaus Kraimer (Hg.): *Brauchen wir andere Forschungsmethoden? Beiträge zur Diskussion interpretativer Verfahren*, Frankfurt a. M., 113–155.
- Pfadenhauer 2008: *Organisieren. Eine Fallstudie zum Erhandeln von Events*, Wiesbaden.
- Pfadenhauer, Michaela 2010: Kompetenz als Qualität sozialen Handelns, in: Thomas Kurtz/Michaela Pfadenhauer (Hg.): *Soziologie der Kompetenz*, Wiesbaden, 149–172.
- Pfadenhauer, Michaela/Sander, Tobias 2010: Professionssoziologie. Theoriepositionen im Widerstreit, in: Georg Kneer/Markus Schroer (Hg.): *Spezielle Soziologien. Ein Handbuch*, Wiesbaden, 361–378.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) 2015: *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden.
- Sander, Tobias 2016: Ingenieurberuf und Ingenieure. Postklassische Professionalisierung, fragile Wissenshoheiten und soziale Passungen, in: Michaela Pfadenhauer/Christiane Schnell (Hg.): *Handbuch Professionssoziologie. Theorien, Themen und Forschungsfelder*, Wiesbaden (im Erscheinen).
- Sander, Tobias 2014: Soziale Ungleichheit und Habitus als Bezugsgrößen professionellen Handelns. Berufliches Wissen, Inszenierung und Rezeption von Professionalität, in: ders. (Hg.): *Habituussensibilität. Eine neue Anforderung an professionelles Handeln*, Wiesbaden, 9–36.
- Sander, Tobias 2016: Ingenieurberuf und Ingenieure. Postklassische Professionalisierung, fragile Wissenshoheiten und soziale Passungen, in: Michaela Pfadenhauer/Christiane Schnell (Hg.): *Handbuch Professionssoziologie*, Wiesbaden (im Erscheinen).
- Sander, Tobias 2012: Die doppelte Defensive. Soziale Lage, Mentalitäten und Politik der Ingenieure in Deutschland 1890–1933, Wiesbaden.
- Schaeffer, Doris 2011: Professionalisierung der Pflege. Verheißungen und Realität, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 65, 30–37.
- Schmitt, Lars 2007: Barfuß oder Lackschuh? Zum Verhältnis von Protest und sozialer Ungleichheit. Editorial, in: *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen* 20, 2007, 2–5.
- Schroeter, Klaus R. 2016: Soziologie der Pflege. Ein Vorschlag zur Konturierung, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, Wiesbaden, 403–415.
- Schütze, Fritz 1984: Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision, in: Norbert Lippenmeier (Hg.): *Beiträge zur Supervision*, Bd. 3, Kassel, 262–389.

- Simon, Michael 2012: Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009 (Studie für den Deutschen Pflegerat), Hannover [Online-Abruf am 20.02.2016: http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon__2012__Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf].
- Stöver, Martina 2010: Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit, Lage.
- Wilensky, Harold L. 1964: The Professionalization of Everyone? In: American Journal of Sociology 70, 137–158.
- Wissenschaftsrat 2012: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drucksache 2411-12), Berlin.