



III.

Begründungsrahmen zum Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen

im Rahmen des Projektes
„Modell einer gestuften und modularisierten
Altenpflegequalifizierung“

Projektleiterinnen
Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal
Prof'in Gertrud Hundenborn

Stand: Oktober 2011



gefördert vom:
**Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend**

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Impressum

Der Begründungsrahmen zum Entwurf des Qualifikationsrahmes wurde im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“ im Zeitraum zwischen 2008 und 2011 entwickelt.

Herausgeber

Fachhochschule Bielefeld
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V., Köln

Projektleiterinnen

Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal
Fachhochschule Bielefeld
Prof'in Gertrud Hundenborn
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V., Köln

Autorinnen

Dipl. Berufspäd. Constanze Eylmann
Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal

III. Begründungsrahmen zum Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen

1	Ausgangslage.....	75
2	Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung	77
3	Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und Pflegeprozess	80
4	Gesundheit, Krankheit und Alter	87
5	Lebenswelt und Lebenslage	90
6	Lebensqualität, Autonomie, Partizipation	94
	Literatur	97
	Rechtsquellenverzeichnis	103

1 Ausgangslage

Die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland verändert sich in ähnlicher Weise wie in nahezu allen Ländern Europas: Die Bevölkerung altert und die Anzahl der Menschen nimmt ab. Heute besteht sie zu 19% aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61% aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20% aus 65-Jährigen und Älteren. Die Alterung schlägt sich insbesondere in den Zahlen der Hochbetagten nieder. Im Jahr 2008 lebten etwa vier Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland. Das waren 5% der Bevölkerung. Diese Zahl wird bis 2050 mit 10 Millionen ihren bis dahin höchsten Wert erreichen. Es ist also damit zu rechnen, dass in fünfzig Jahren 14% der Bevölkerung 80 Jahre oder älter sein wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009). Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, die Altenberichte der Bundesregierung, die Analysen des Statistischen Bundesamtes und eine Fülle weiterer Publikationen haben den demographischen Wandel umfassend analysiert. Aus diesem Wandel ergeben sich erhebliche Herausforderungen für die Gestaltung der Sozialsysteme, des Arbeitsmarktes, des Zusammenlebens der Generationen und nicht zuletzt für die Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen in unserer Gesellschaft.

Für den überwiegenden Anteil der älteren Menschen in Deutschland ist das Leben gegenwärtig von Gesundheit, einer vergleichsweise hohen Versorgungsqualität und subjektiv empfundener Zufriedenheit geprägt. Ältere Menschen leben im Durchschnitt nicht nur länger als die Generationen vor ihnen, sie verfügen auch über einen höheren Bildungsstand und über nicht unerhebliche materielle Ressourcen (vgl. BMFSFJ, 2005, S. 27 - 34). Insbesondere „junge Alte“ erleben die Jahre nach ihrer Berufstätigkeit häufig als Lebensphase, in der sie selbstbestimmt und ohne Einschränkungen ihr Leben gestalten. Nur etwa jeder 20ste der 70-75-Jährigen ist pflegebedürftig und der Anteil derjenigen, die bis in das hohe Alter hinein mobil und aktiv sind, wird weiter zunehmen.

Fortgeschrittenes Alter konfrontiert jedoch mit Grenzen und mit zunehmender Verletzlichkeit, die als Teil der hochaltrigen Lebensphase gelten können. Die Wahrscheinlichkeit auf Hilfe angewiesen zu sein, nimmt mit dem Alter stark zu. Waren in der Bundesrepublik Deutschland 2009 2,34 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), (Statistisches Bundesamt, 2011b, S. 6), wird mit der überproportionalen Zunahme der Hochaltrigen auch die Zahl der Menschen zunehmen, die Versorgung in Anspruch nehmen. Für die 90-95-Jährigen wurde 2009 die höchste Pflegequote ermittelt: 59% von ihnen waren auf Hilfe angewiesen (Statistisches Bundesamt, 2011b, S. 7).

Die Lebenssituation von pflegebedürftigen älteren Menschen ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass Mobilität und Selbstständigkeit sukzessive abnehmen und im selben Zug Abhängigkeitsverhältnisse entstehen, die nicht reversibel sind. Mit wachsender Wahrscheinlichkeit leiden Menschen im hohen Alter an mehreren, oft chronischen Erkrankungen (vgl. BMFSFJ, 2002, S. 75). Degenerative Prozesse gewinnen an Bedeutung, Phänomene der Multimorbidität prägen das Krankheitsgeschehen. So gaben im Alterssurvey 2002 24% der über 70-Jährigen an, an fünf und mehr Erkrankungen zu leiden, während nur 7% keine Erkrankung aufwiesen (vgl. Sachverständigenrat, 2007, S. 129).

Besondere Risiken für die Lebensqualität im Alter stellen Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung, Erinnerungs- und Denkfähigkeit dar, die sich in sensorischen oder demenziellen Erkrankungen manifestieren. Jene Menschen, die ein besonders hohes Alter erreichen, werden häufig mit dem Tod der Partner, von Familienangehörigen oder Freunden konfrontiert, ihr soziales Netz nimmt ab, obwohl die Bedeutung unterstützender Netzwerke im Lebensalltag steigt.

Insbesondere eine alternde Gesellschaft ist aufgefordert, für die Menschen der letzten Lebensphase, die mit einer besonderen Verletzlichkeit einhergeht, soziale Integration und Partizipation zu ermöglichen und dafür Sorge zu tragen, dass Autonomie bis zum Ende gewahrt bleibt. Lebensumstände und -bedingungen sind als Konsequenz in besonderer Weise zu berücksichtigen. Physische und psychische Gesundheit, soziale Kontakte und Netzwerke, materielle Sicherheit und angepasste Wohnumgebungen, Mobilität und Schutz erfordern besondere Aufmerksamkeit. Sie bilden ein komplexes System von Faktoren, die maßgeblich zum Wohlbefinden beitragen, im Alter aber besonderen Risiken ausgesetzt sind. Im Jahr 2009 wurden in Deutschland bereits 11,6% des Bruttoinlandsproduktes für das Gesundheitssystem ausgegeben, mehr als 11% aller Erwerbstätigen arbeiten im Gesundheitswesen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011a). Die Prognosen einschlägiger Studien sind eindeutig: Die Anzahl der zu versorgenden Menschen wird steigen und ebenso der Fachkräftebedarf. Pflege wird sich zukünftig verstärkt mit der Versorgung älterer Menschen beschäftigen, sie wird noch häufiger in ambulanten Settings stattfinden und Betroffene längerfristig begleiten. Um Lebensqualität und Versorgung der älteren Generation auch zukünftig zu sichern, sind gemeinsame, koordinierte und systematische Anstrengungen im Gesundheitswesen notwendig. Angehörige, soziale Netzwerke, Helferinnen / Helfer und professionelle Pflegefachkräfte sind zu ermutigen und entsprechend zu qualifizieren, um den Herausforderungen zu begegnen.

Mit den wachsenden Anforderungen und der sich parallel dazu entwickelnden Pflegewissenschaft hat sich das Berufs- und Pflegeverständnis in den letzten Jahren umfassend gewandelt. Aus der daraus resultierenden Erweiterung des Wissens und aus der Auseinandersetzung mit grundlegenden Theorien und Modellen, die zu einem kategorialen Grundgerüst für pflegerisches Handeln werden, haben sich Paradigmenwechsel ergeben. Zukünftig wird die Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen in stärkerem Maße davon abhängen, inwieweit es gelingt, die Versorgungsangebote in den Alltag und in die sozialen Bezüge, in die Wohnungen und Quartiere der Betroffenen zu integrieren. Vielfältigere Formen bürgerschaftlicher Hilfesysteme als bisher sind zu initiieren und einzubinden. Von Exklusion betroffene ältere Menschen sind in das Gemeinschaftsleben zu integrieren, das Leitbild einer „sorgenden Gesellschaft“ ist zu fördern (vgl. BMFSFJ, 2010, S. 370 - 372). Diese Anforderungen verweisen notwendigerweise darauf, den traditionell medizinischen Pflegebezug zugunsten eines Pflegeverständnisses abzulösen, das Alltagsbewältigung, Integration, Lebensqualität, Teilhabe und Autonomie in besonderer Weise betont. Diese verschiedenen Paradigmen, an denen der Entwurf des Qualifikationsrahmens ausgerichtet ist, werden vielfältig miteinander verknüpft und an etlichen Stellen weitere Forschung beanspruchen. Das entstehende Gesamtkonstrukt spiegelt jedoch das im Entwurf des Qualifikationsrahmens zugrunde gelegte Berufs- und Pflegeverständnis wider.

Der vorliegende Entwurf gründet auf wissenschaftlichen Theorien, Modellen und Forschungsergebnissen. Sie bilden das theoretische und empirische Grundgerüst, vor dessen Hintergrund Diskurse und Entscheidungen erst möglich wurden. Im Anschluss

werden diejenigen Grundlagen, die uns maßgeblich bei der Entwicklung des Entwurfs geleitet haben, zusammengefasst dargestellt. Die jeweils zentralen Annahmen werden zunächst erörtert. Ihre Bedeutung für die Entstehung des Entwurfs des Qualifikationsrahmens wird in weiteren Schritten dargestellt, um in diesem dritten Teil des Entwurfs des Qualifikationsrahmens Entscheidungen und Begründungen näher zu erläutern.

2 Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung

Der Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung ist im pflegerischen Versorgungsbedarf älterer Bürgerinnen und Bürger begründet. Daraus resultieren Anforderungen, die durch entsprechend unterschiedliche Qualifikationen zu kompensieren sind. Pflegebedarfe fordern Qualifikationen ein, die pflegebezogene Ausbildungen an Berufsfachschulen oder Hochschulen voraussetzen. Die Pflege von einzelnen Klientinnen / Klienten oder von Klientengruppen mit unterschiedlich komplexen Pflegeanforderungen ist ein Arbeitsbereich, der notwendigerweise ergänzt wird um Aufgaben des Pflege-managements und der Pflegewissenschaft (vgl. 3). Unterstützungs- und Betreuungsbedarfe erfordern Qualifikationen, die neben der Pflege oder in Kooperation mit ihr angeboten werden. Sie umfassen Hilfestellungen bei der Ausübung von Alltagsroutinen, indem sie Klientinnen / Klienten beispielsweise begleiten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 36 - 39). Ebenso beinhalten Unterstützungsleistungen die Assistenz bei der Selbstversorgung von Klientinnen / Klienten und Angehörigen. Unterstützungsangebote werden zum Beispiel von Klientinnen / Klienten in Anspruch genommen, die in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind. Klientinnen / Klienten, die eine beständige, wesentliche Einschränkung in ihrer Alltagskompetenz aufweisen, weil sie an Beeinträchtigungen infolge von Demenzen leiden, haben einen Betreuungsbedarf. Die Betreuung gewährleistet Wohlbefinden, Orientierung, Partizipation und Sicherheit der Betroffenen. Die Betreuung kann auch die stellvertretende Wahrnehmung von Rechten und Pflichten umfassen (vgl. §45, SGB XI und §§ 1896 - 1908, BGB). Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen stellen die formalen Rahmen entlohnter und ehrenamtlicher Arbeit dar. In der Regel erfolgt die Beschäftigung im Rahmen eines vertraglich geregelten Arbeitsverhältnisses, zudem ist sie in die Arbeitsorganisation einer Institution eingebettet. Institutionen können dabei sowohl ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflegeeinrichtungen sein als auch Familien, Nachbarschaften und Quartiere. Im Entwurf des Qualifikationsrahmens bezieht sich der Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung auf die Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation älterer Menschen.

Gesundheitsförderung richtet sich an gesunde Menschen, sie zielt darauf, ihnen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie dadurch zu befähigen, ihre Gesundheitsressourcen und -potenziale zu stärken (vgl. Laaser, Hurrelmann, Wolters, 1993, S. 176 - 203). Dabei orientieren sich die Maßnahmen vor allem an den Determinanten von Gesundheit, an salutogenetischen Ressourcen und weniger an den Stressoren, die Gesundheit potenziell beeinträchtigen (vgl. 4). Für ein gesundes Leben sind individuelle physische, psychische und soziale Ressourcen bedeutsam, sie gilt es ebenso zu fördern wie politische und gesellschaftliche Bedingungen, die Gesundheit erst ermöglichen, hierzu zählen Frieden, Obdach, Bildung, Nahrungsmittel, Einkommen, ein stabiles Ökosystem und nachhaltige Ressourcen (vgl. WHO, 1986).

(Primäre) Prävention richtet sich an die Träger gesundheitlicher Risiken und bemüht sich um die Reduktion der Risiken, bevor eine Pflegebedürftigkeit / Erkrankung eintritt (vgl. Laaser, et al., 1993, S. 176 - 203). Prävention umfasst die Prozesse, die der Entstehung von Pflegeanlässen oder dem Auftreten von wiederholter Pflegebedürftigkeit vorbeugen. Wie die Gesundheitsförderung ist auch die Prävention in der Pflege traditionell auf einzelne Klientinnen / Klienten ausgerichtet, während ein pflegerischer Settingansatz, der Bevölkerungsgruppen fokussiert, in Deutschland weiterzuentwickeln ist. Es gilt zur Verhinderung oder zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit, sowohl für Einzelne als auch für Gruppen, Risikofaktoren zu identifizieren, Maßnahmen / Programme zu entwickeln, zur Anwendung zu bringen und zu evaluieren. Individuelle Maßnahmen können zum Beispiel darin bestehen, hinsichtlich gesundheitlicher Risiken im Lebensstil und Verhalten aufzuklären, zu beraten und zu schulen oder den gesundheitlichen Folgen von Institutionalisierung und belastenden Lebenslagen vorzubeugen. Bezogen auf Gruppen älterer Menschen, die einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt sind, könnten Screening-Programme, Programme zur Prophylaxe von Stürzen, Ernährungsberatung, etc. als präventive Pflegeinterventionen gelten (vgl. Hasseler, Meyer, 2006, S. 51 - 56).

Die pflegerische Kuration ist auf die Zielgruppe bereits pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet und besteht in der Erkennung und Wiederherstellung von Gesundheit / Kompensation der Beeinträchtigungen (in Anlehnung an Laaser, et al. 1993, S. 176 - 203). Der Beschäftigungsbereich der Kuration umfasst diejenigen Prozesse der Pflege, Unterstützung und Betreuung, die zu einer Beseitigung, Verbesserung oder Minderung einer bestehenden Pflegebedürftigkeit führen. Dazu gehört es zum Beispiel, die Auswirkungen und Folgen funktioneller Beeinträchtigungen oder medizinischer Therapie auf das Alltagsleben zu kompensieren, Klientinnen / Klienten entsprechend zu begleiten, zu beraten oder Angehörige in die Versorgung zu integrieren.

Rehabilitation besteht in der Förderung von Ressourcen und der Wiederherstellung von Gesundheit bei chronisch pflegebedürftigen Menschen (in Anlehnung an Laaser, Hurrelmann, Wolters, 1993, S. 176 - 203). Der Beschäftigungsbereich der Rehabilitation umfasst diejenigen Prozesse der Pflege, Unterstützung und Betreuung, die auf die Stabilisierung und Wiederherstellung von Integrität, Aktivität, Autonomie und Partizipation, trotz beeinträchtigter Gesundheit, gerichtet sind. Klientinnen / Klienten sind darin zu fördern, ihre Gesundheitspotenziale und Gestaltungsspielräume zu nutzen und insofern zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen und zur Wiederherstellung von Selbstständigkeit im Alltag beizutragen

Der Beschäftigungsbereich der pflegerischen Palliation richtet sich an den Bedürfnissen von sterbenden älteren Menschen aus, sei es, weil sie unheilbar erkrankt sind („palliative-care“) oder sich aus anderen Gründen am Ende ihres Lebens befinden („end-of-life-care“). In Anlehnung an die Definition der WHO 1990 umfasst pflegerische Palliation diejenigen Prozesse, die dazu führen, Wohlbefinden von Klientinnen / Klienten im Sterbeprozess durch Vorbeugen und Lindern von physischen oder psychosozialen Belastungen, Beeinträchtigungen oder Schmerzen zu gewährleisten. Wesentlich sind die Gewährleistung von Autonomie und die Integration von Angehörigen und soziale Netze. Pflegerische Palliation umfasst die individualisierte psychosoziale Begleitung der Familien im Sterbe- und Trauerprozess. Um den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen gerecht zu werden, gehören die Überwindung einer somatischen Fixierung und die Steuerung von multidisziplinären Versorgungsstrategien zum Aufgabenbereich (vgl. Ewers, Schaeffer, 2005, S. 48).

Im Entwurf des Qualifikationsrahmens sind diese skizzierten Facetten des Beschäftigungsbereichs zusammengeführt worden. Auf acht Qualifikationsniveaus werden sowohl Anforderungen in Form von Verantwortungsbereichen und Aufgaben als auch Qualifikationsprofile in Form von Wissen und Können beschrieben (vgl. Handreichung 4.2 und 4.3). Um die Beschreibungen zu strukturieren und darüber hinaus gleichzeitig eine systemische Perspektive einzunehmen, wurde auf den Theorieansatz Bronfenbrenners zurückgegriffen. Er hat „Mikrosysteme“ als Muster von Aktivitäten, Tätigkeiten, Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen charakterisiert, die eine Person erlebt. Diese Person ist durch ihre Lebenswelt, ihre physischen und materiellen Merkmale oder ihren Entwicklungsstand gekennzeichnet (vgl. Bronfenbrenner, 1981, S. 38). Die Interaktion in einer Pflegesituation oder in einer Situation mit Kolleginnen / Kollegen kann als Beispiel für Mikrosysteme im Beschäftigungsbereich gelten. Mehrere Mikrosysteme bilden das „Mesosystem“. Es handelt sich um ein System, indem einzelne Lebens- / Arbeitsbereiche und Bedingungen miteinander zu verknüpfen, aufeinander zu beziehen und gegeneinander abzuwägen sind. Für die Anforderungen der einzelnen Mikrosysteme, die unterschiedlich oder sogar divergent sein können, stellt das Mesosystem einen allgemeinen Orientierungsrahmen dar, in dem Rollen auszugestalten und soziale Beziehungen zu verfestigen sind. Quartiere, Gemeinden, Pflegeeinrichtungen oder Verbände können im Beschäftigungsbereich Mesosysteme bilden. Darüber hinaus definiert Bronfenbrenner das Exosystem:

„Unter Exosystem verstehen wir einen Lebensbereich oder mehrere Lebensbereiche, an denen die sich entwickelnde Person nicht selbst beteiligt ist, in denen aber Ereignisse stattfinden, die beeinflussen, was in ihrem Lebensbereich geschieht, oder die davon beeinflusst werden“ (Bronfenbrenner, 1981, S. 42).

In Exosystemen können Personen nicht unmittelbar interagieren, dennoch wirken sie auf die Mikro- und Mesosysteme ein. Ergebnisse und Entwicklungen der Pflegewissenschaft wirken beispielsweise wie ein Exosystem, wenn sie Auswirkungen auf die Gestaltung eines Pflegeprozesses (Mikrosystem) oder einer Pflegeeinrichtung (Mesosystem) haben. Die Struktur der Beschreibungsmerkmale im Entwurf des Qualifikationsrahmens lehnt sich an diese Systeme an. Sie beginnt mit dem Mikrosystem Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungssituation und fokussiert die jeweiligen Anforderungen und Qualifikationen im Hinblick auf Klientinnen / Klienten, Angehörige und soziale Netze. Dabei wird nach Möglichkeit dem Verlauf des Pflegeprozesses (vgl. 3) gefolgt, einzelne Deskriptoren sind auf den Qualifikationsniveaus jedoch von unterschiedlicher Bedeutung, einige Beschreibungsmerkmale kommen nicht auf allen Niveaus vor. Das klientennahe Pflegehandeln verliert beispielsweise auf den Niveaus 7 und 8 an Bedeutung, während die Konzeption von Versorgungsangeboten für Klientengruppen an Bedeutung gewinnt. Es folgt die Beschreibung der Verantwortungs- und Aufgabenbereiche, des Wissens und Könnens im „Mikrosystem Team“ und weiter im Hinblick auf das „Mesosystem Einrichtungen des Beschäftigungsbereichs“. Im Sinne der Exosysteme können pädagogische, betriebswirtschaftliche oder wissenschaftliche Anforderungen und Qualifikationen, abhängig vom Niveau, in allen Systemen erforderlich sein. Über die genannten Systeme hinaus hat Bronfenbrenner das Makrosystem beschrieben. Es besteht in der Kultur, zugrunde liegenden Weltanschauungen und Ideologien, die alle anderen Systeme einschließen (vgl. Bronfenbrenner, 1981, S. 42). Im Entwurf des Qualifikationsrahmens findet es sich implizit im Berufs- und Pflegeverständnis, in den festgelegten Zielen sowie in den grundlegenden Befähigungen (vgl. Handreichung, 3.).

Wir gehen davon aus, dass alle Personen, die im Beschäftigungsbereich tätig werden, unabhängig vom Qualifikationsniveau über grundlegende Befähigungen verfügen sollten. Diese Befähigungen werden ebenso wie andere Kompetenzen in allen skizzierten Systemen wirksam. Die Entwicklung ethischer Maßstäbe, an denen Pflege, Unterstützung und Betreuung auszurichten sind, ist von besonderer Bedeutung. Im Mikrosystem der Pflegesituation sind Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung als wesentliche grundlegende Befähigungen anzusehen. Sie kommen im inhärenten Berufs- und Pflegeverständnis zum Ausdruck. Insbesondere Empathiefähigkeit, als professionelle pflegerische Grundhaltung beschrieben. Sie enthält kognitive Anteile, die dazu führen, dass Personen „verstehen, was ein anderer fühlt und denkt“, und affektive Anteile, die dazu führen, dass Personen „mitfühlen, was ein anderer fühlt“. Personen vollziehen einen Perspektivenwechsel, sie versetzen sich bewusst in die Situation von Klientinnen / Klienten, um einen verständlichen Zugang herzustellen und die Kommunikation entsprechend zu gestalten (vgl. Bischoff-Wanner, 2002, S. 104f.). In Meso- und Makrosystemen können andere grundlegende Befähigungen im Vordergrund stehen, etwa Fähigkeiten, eine begründete ethische Position zu vertreten oder zur Reflektion von institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen.

3 Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit und Pflegeprozess

Der Pflegebedarf älterer Menschen wird je nach Perspektive unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Im Entwurf des Qualifikationsrahmens wird eine pflegerische Perspektive eingenommen. Das Individuum, das Bedürfnisse zum Ausdruck bringt, mit seiner Biographie und Lebenswelt, mit spezifischen Ressourcen und Problemen, steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Um die Ursachen von Pflegebedürftigkeit aus dieser Perspektive und um unterschiedliche Pflegesysteme zu beschreiben, bietet Orem (1997) einen grundlegenden Ansatz. Pflegebedürftigkeit entsteht demnach durch ein Ungleichgewicht zwischen gesundheits- / altersbedingten Anforderungen, Belastungen, Beeinträchtigungen (Selbstpflegetdefizite) und den vorhandenen individuellen Ressourcen (Selbstpflegekompetenz). Beeinträchtigungen stellen Hindernisse dar, die Menschen grundsätzlich in ihrer alltäglichen Aktivität, gesellschaftlichen Teilhabe, Selbstbestimmung oder Selbstständigkeit betreffen.

Das Ungleichgewicht zwischen Selbstpflegekompetenzen und Selbstpflegetdefizit begründet einen Bedarf an personaler Hilfe, der in unserer Gesellschaft mehrheitlich durch Angehörige oder das soziale Netz erbracht wird. Im Entwurf des Qualifikationsrahmens werden mit dem Begriff Angehörige, analog zum geltenden Recht, alle Personen bezeichnet, die in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zu der Klientin / dem Klienten stehen (vgl. §16, Abs. 5, SGB X, und §11, StGB). Das soziale Netz umfasst alle weiteren sozialen Beziehungen, die Klientinnen / Klienten in ihrer Lebenswelt unterhalten. Berufliche Pflege wird dann aktiv, wenn der Pflegebedarf nicht durch die Betroffenen selbst oder durch Angehörige / soziale Netze zu decken ist. Sie richtet sich nicht allein auf physische, sondern auch auf psychische, soziale, kulturelle oder spirituelle Integrität von Klientinnen / Klienten aus. Friedmann hat, rekurrierend auf der Systemtheorie, darauf hingewiesen, dass Klientinnen / Klienten, die Familie und die Umwelt Subsysteme darstellen, die in einem System miteinander verknüpft sind. Gleichzeitig bilden sie Anteile anderer Systeme. Der Begriff der Familie bezieht sich auf alle Menschen, die sich als Familie betrachten und ist mit dem o.g. Begriff der Angehörigen vergleichbar, während Gemeinden, ähnlich wie soziale Netze, weitere soziale Bezugssysteme darstellen (vgl.

Friedmann, S. 74f.). Alle Systeme interagieren, sie nehmen Informationen, Energien oder Substanzen auf, erzeugen neue Produkte und geben sie an ihr Umfeld weiter. Veränderungen eines Subsystems führen zu Veränderungen in allen anderen vernetzten Systemen. Familien bilden ein komplexes System, dessen gesamtes Gleichgewicht durch Beeinträchtigungen oder Krisen eines Mitgliedes gefährdet ist. Pflege umfasst daher alle Prozesse, die im Kontext der Beziehungen zwischen Klientin / Klient, Pflegefachkraft, Familien und Gemeinden entstehen. Insofern werden Potenziale und Ressourcen der Familien und Gemeinden in das Pflegehandeln einbezogen, das Pflegehandeln ist: „...gesundheitsorientiert, umfassend (holistisch), interaktionistisch, die Familie stärkend und fördernd.“ (Friedemann, 2003, S. 22). Die Integration von Angehörigen und sozialen Netzen in Pflegeprozesse, im skizzierten Sinn Friedemanns, hat den Entwurf des Qualifikationsrahmens mitbestimmt.

Darüber hinaus wird Pflege in dem umfassenden Sinn des International Council of Nurses (ICN) verstanden, nach dem sie die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen in allen Lebenssituationen einschließt.

„Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung“ (vgl. ICN, 2010).

Die Beschreibung, Strukturierung und Theorieleitung des Pflegehandelns weist inzwischen eine längere Geschichte auf. Peplau, Henderson, Orem oder Roper haben jeweils spezifische Aspekte herausgearbeitet, die zum Verständnis und zur Gestaltung des Pflegeprozesses beitragen (vgl. zusammenfassend Schaeffer et. al., 1997). Henderson beschrieb bereits 1960 die Aktivitäten, bei denen die Pflegefachkraft Pflegebedürftigen hilft. Roper et al. integrierten 1980 Lebensaktivitäten in ihr Pflegemodell und 1991 beschrieb Juchli die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) als Gegenstand pflegerischen Handelns (vgl. Juchli, 1991, S. 121). Vor diesem Hintergrund entwickelte Krohwinkel die Aktivitäten, Beziehungen und Existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) (vgl. Krohwinkel, 2008, S. 222). Die Darstellung der Lebensbereiche, auf die pflegerisches Handeln zielt, bilden bis heute notwendige Kategorien, die der Erfassung, Strukturierung und Entwicklung von Pflege dienen. Sie haben es möglich gemacht, Elemente der Pflege zu benennen, sie zum Gegenstand von Verständigung zu machen und sind daher als bedeutender Schritt auf dem Weg zur Professionalisierung anzusehen. Die Theorien und Modelle fokussieren überwiegend eine Klientin / einen Klienten und den direkten, körpernahen Handlungsbezug. Die Aufrechterhaltung von Körperfunktionen und die Bewältigung von existenziellen Verrichtungen werden ebenfalls vordringlich betrachtet. Im Rahmen des eingangs geschilderten Paradigmenwechsels, der verstärkt die längerfristige, lebensweltorientierte Versorgung älterer Menschen einfordert, wird der Verantwortungsbereich der Pflege im Entwurf des Qualifikationsrahmens erweitert um systemische Bezüge und übergeordnete Paradigmen, wie die Orientierung an Lebenswelt, Lebenslage, Gesundheit, Autonomie und Partizipation.

Das pflegerische Handeln erfolgt im strukturgebenden Rahmen des Pflegeprozesses, der im Entwurf des Qualifikationsrahmens wie nachfolgend beschrieben angenommen wird: Zur eigenverantwortlichen Pflege, Unterstützung und Betreuung ermitteln Pflegefachkräfte systematisch die aktuellen und potenziellen Ressourcen und den Pflegebedarf von Klientinnen / Klienten. Die Informationssammlung umfasst relevante physische, psychische, soziokulturelle, spirituelle, entwicklungsbedingte Aspekte sowie den Einfluss von wirtschaftlichen Bedingungen. Die Ermittlung des Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs geschieht durch Befragungen, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen und mittels Dokumentenanalyse. Ergänzt wird die Informationserhebung durch den Einsatz von allgemeinen oder speziellen Assessmentverfahren. Dieser Prozess wird auch als Pflegediagnostik beschrieben. Es gilt, nicht nur die Beeinträchtigungen der Klientin / des Klienten zu fokussieren sondern vor allem die Ressourcen und Kompetenzen in den Blick zu nehmen. Im weiteren Prozess sind die erhobenen Daten zu analysieren und zu bewerten. Aspekte, an denen Ressourcen und Bedarfe vorrangig auszumachen sind, werden herausgearbeitet und priorisiert (zum Beispiel mit Hilfe von Pflegediagnosen). Dabei werden Verknüpfungen, Interdependenzen oder Bedingungen wahrgenommen und berücksichtigt. Auf Grundlage der Analyse werden Pflegeziele und -maßnahmen geplant. Die Planung der Pflegeziele ist den übergeordneten Paradigmen, wie der Erhaltung und Förderung der Lebensqualität, verpflichtet. Sowohl die Gewinnung der Pflegeziele als auch die Festlegung der Pflegemaßnahmen, erfolgen in einem Aushandlungs- und Abstimmungsprozess gemeinsam mit den Klientinnen / Klienten, deren Angehörigen und / oder dem sozialen Netz (vgl. BMFSFJ, 2009a, S. 13 - 14.). In erster Linie bewertet die Klientin / der Klient die Wirksamkeit der Pflege, Unterstützungs- und Betreuungsmaßnahmen, ergänzt durch das soziale Bezugssystem und Pflegefachkräfte. Zu bewerten sind der Zielerreichungsgrad, die Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen (vgl. Ashworth et. al., 1987 und Doenges, Moorhouse, 2003, S. 19 - 26).

In Anlehnung an Orem 1997 werden im Entwurf des Qualifikationsrahmens drei Pflegesysteme unterschieden: Wenn der erhobene Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsbedarf sich auf die Entscheidungsfindung, das Erlangen von Wissen oder das Einüben von Handlungen bezieht, ist ein edukatives, koproduktives Pflegesystem gefragt. Die Pflege besteht in diesen Situationen aus Unterstützung, Anleitung, Beratung, Begleitung oder Schulung. Darüber hinaus gehört die Sorge für eine förderliche, sichere Umgebung zum Aufgabenbereich. Wenn sich der / die festgestellte Pflegebedarf / -bedürfnisse darauf beziehen, dass Klientinnen / Klienten und Pflegefachkräfte gemeinsam Beeinträchtigungen kompensieren, ist von einem teilweise kompensatorischen Pflegesystem die Rede. Je nach aktueller Befindlichkeit oder aufgrund von Delegationen variiert die Aufteilung der Aufgaben und Verantwortungsbereiche zwischen Klienten und Pflegefachkräften. Im vollständig kompensatorischen Pflegesystem kompensieren Pflegefachkräfte vollständig die Pflegeerfordernisse der Klientinnen / Klientinnen, unterstützen und schützen sie. Es wird notwendig, wenn Klientinnen / Klienten ihre Bewegungen nicht kontrollieren können, wenn sie nicht wahrnehmbar auf ihre Umgebung reagieren oder anderen keine wahrnehmbaren Informationen vermitteln. Sie reagieren auf interne oder externe Reize allenfalls durch Hören und Fühlen (vgl. ebd., S. 332 - 336). Werden Selbstpflegeerfordernisse von Angehörigen oder dem sozialen Netz kompensiert, wird hierfür der von Orem geprägte Begriff Dependenzpflege genutzt. (vgl. ebd., S. 264 - 267).

Pflegesituationen, so lässt sich folgern, weisen ungleiche Komplexitäten auf. Während jedoch erworbenes Wissen oder Handlungsbefähigung schon in unterschiedlichen

Kontexten kategorisiert und im Hinblick auf Komplexitätsgrade beschrieben wurden¹, sind entsprechende Beiträge, die sich auf Pflegesituationen beziehen, selten. Im Entwurf des Qualifikationsrahmens wird der Begriff Komplexität durch die im Folgenden dargestellten Annahmen näher bestimmt. Es ist weitere Forschung erforderlich, um diese auszu-differenzieren und zu operationalisieren. Wir gehen von der Hypothese aus, dass der Komplexitätsgrad von Pflegesituationen von verschiedenen Variablen beeinflusst wird. Zunächst kann der Pflegeanlass selbst als konstitutiv für die Komplexität gelten. Abhängig davon, welche Ressourcen, Selbstpflegekompetenzen (auch Dependenzpflegekompetenzen) und Beeinträchtigungen in welcher Ausprägung vorliegen und wie sie sich zueinander verhalten, ist die Pflegesituation komplexer oder weniger komplex. Auch die Anzahl und die Art der vereinbarten Pflegeziele- und Maßnahmen nehmen Einfluss auf den Komplexitätsgrad der Pflegesituation, ebenso wie das Erleben und Verarbeiten des Krankheitsgeschehens / der Altersbelastungen. Die Ressourcen und Selbstpflegekompetenzen der Betroffenen, wie Fähigkeiten zur Bewältigung und Kontrolle von belastenden Situationen oder die Möglichkeit, Hilfe einzufordern und anzunehmen, wird Einfluss auf den Komplexitätsgrad der Situation nehmen. Eine weitere Variable, die die Komplexität der Pflegesituation mitbestimmt, sind die Interaktionsstrukturen. Die Anzahl der Personen und ihre impliziten und expliziten Erwartungen an die Situation, die Art der Beziehungen und das Verhalten der Personen zueinander, wirken sich auf den Komplexitätsgrad der Pflegesituation aus. (Hundenborn, Knigge-Demal, 1996, S. 19 und Knigge-Demal, 1999). Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungssituationen sind eingebettet in meso- und makrosystemische Rahmenbedingungen (vgl. 2), die die Komplexität ebenfalls beeinflussen. Auch sie wirken auf die Ausgestaltung des Pflegeprozesses ein.

Rahmenbedingungen können die Deutung der Situation mitbestimmen, sie können dazu führen, dass Handlungsalternativen ausgewählt werden, die selbstständiges Entscheiden und kreatives Gestalten der Situation ermöglichen oder die Bewältigung der situativen Herausforderungen hemmen. Institutionelle und gesellschaftliche Kontexte können das professionelle Handeln in Pflegesituationen begünstigen oder behindern und insofern den Komplexitätsgrad erhöhen oder verringern (vgl. Hundenborn, Knigge-Demal, 1996, S. 19 f). Besonders sozialpolitische Entscheidungen und Instrumente, wie das Steuerungsinstrument des Pflegeversicherungsgesetzes, stellen im Beschäftigungsbereich Rahmenbedingungen dar, mit denen der Gesetzgeber in die Ausgestaltung der ambulanten und stationären Pflege, Unterstützung und Betreuung eingreift. Dabei unterscheiden sich die skizzierten pflegewissenschaftlichen Perspektiven auf Pflegebedürftigkeit häufig von den sozialrechtlichen Definitionen, wie sie zum Beispiel im Pflegeversicherungsgesetz verankert wurden. Der Bedarf und dementsprechend die Nachfrage an Versorgungsleistungen sowie die Aufgaben der Pflegekräfte sind wohl in den individuellen Bedürfnissen der älteren Menschen begründet, gleichzeitig unterliegen sie jedoch sozial- und arbeitsmarktpolitischer Steuerung sowie juristischen oder technischen Entwicklungen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde in der Zeit von 2006 - 2008 im Rahmen des Modellprojektes „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundeseinheitlichen und reliablen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ ein neuer, erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelt. Kognitive, psychische und körperliche Beeinträchtigungen sollen damit gleich gewichtet, aber auch differenzierter

¹ Zum Beispiel im „Zusammenhängenden Ausbildungssystem für die Pflegeberufe“ in den Niederlanden oder im Zusammenhang mit Modellprojekten wie Holoch, 2007, „Darstellung und Analyse von Pflegesystemen“ (Robert Bosch Stiftung) oder Knigge-Demal, 2008, „Gestufte Pflegeausbildung der Robert Bosch Stiftung“.

und transparenter erfasst werden können. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinn des Sozialrechts soll danach der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Selbstpflegeerfordernissen maßgeblich sein und nicht länger Häufigkeiten oder Zeiten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 70 - 72).

Die Interventionen zur Pflege, Unterstützung und Betreuung entsprechen der Komplexität der Anforderungen (an Assessmentverfahren, Pflegediagnostik, die Steuerung von Aushandlungsprozessen, die Durchführung und Evaluation der Pflege) und fordern damit entsprechend unterschiedliche Qualifikationen ein. Im Entwurf des Qualifikationsrahmens gehen wir davon aus, dass Teams mit unterschiedlich qualifizierten Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern entstehen, die definierten Voraussetzungen entsprechen müssen, um erfolgreiches Zusammenarbeiten zu ermöglichen. Damit die gemeinsamen Teammitglieder klientenorientiert handeln, übernimmt die Teamleitung Verantwortung für die Steuerung der Arbeits- und Interaktionsprozesse. Aufgaben oder Tätigkeitsbereiche sind verantwortlich von einem / einer Mitarbeiterin / Mitarbeiter auf eine / einen anderen Mitarbeiterin / Mitarbeiter übertragbar (Delegation) (vgl. Igl, Deutscher Pflegerat, 2008, S. 11f und vgl. Tönnis, 2000, S. 290 - 292). Im Entwurf des Qualifikationsrahmens ist der definierte Verantwortungsbereich von zentraler Bedeutung, in ihm verdeutlicht sich das Verständnis von Partizipation und Mitbestimmung der Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter im Beschäftigungssystem. Gleichzeitig sind grundlegende Befähigungen der Teammitglieder wie Toleranz, Wertschätzung, Perspektivität und Empathiefähigkeit eingefordert. Die Arbeit der Pflegefachkräfte wird ergänzt und ausgestaltet durch Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, auf die nachfolgend Bezug genommen wird.

Pflegewissenschaft bezeichnet die Gesamtheit des pflegerischen Wissens, dessen Genese und Vermittlung. Erste Schritte dazu, Pflege in Deutschland als akademische Disziplin zu entwickeln, wurden mit der Konstituierung pflegebezogener Studiengänge zu Beginn der 90er Jahre eingeleitet. Rückblickend stellen Dornheim et al. 1999 fest, dass Pflegewissenschaft und Pflegepraxis ein schwierig zu bestimmendes Verhältnis eingehen. Während eine Wissenschaft der Pflege denselben Regeln unterliegt wie andere Wissenschaften - sie benötigt eine „praxisdistanzierte Selbstbezüglichkeit“, um ihre Theorieentwicklung voranzutreiben - folgt die Pflegepraxis eigenen Gesetzmäßigkeiten (Dornheim et al. 1999, S. 73 - 74). Eine ausschließliche Hinwendung zur Anwendbarkeit der Forschungsergebnisse in der Praxis, eine Fokussierung auf „Produktrelevanz“, kann zu einer Funktionalisierung und „Verarmung“ der Wissenschaft führen. Die Entwicklung von theoretischen Grundlagen und entsprechender Forschungsfreiheit ist notwendig zur Entwicklung einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin (vgl. ebd. S. 74). Unverzichtbares wissenschaftliches Regelwissen, das sich auf Methoden und Fachwissen bezieht, ist jedoch in einer pflegerischen Intervention selektiv auf die Situation und Person der Klientin / des Klienten zu transferieren. Pflegewissenschaft ist vor diesem Hintergrund auf die Pflegepraxis verwiesen. Sie beschreibt, untersucht und deutet Situationen. Die Generierung einer Theorie kann nur über die Praxis erfolgen, die wiederum Praxis verändert, was zu weiteren, neuen Theorien führt. Mit Hilfe der Wissenschaft sollen Praxissituationen besser als zuvor zu bewältigen und zu kontrollieren sein (Dornheim et al. 1999, S. 73). Pflegewissenschaft kann als Handlungswissenschaft gelten, wenn der Handlungsbegriff ein entsprechend weit gefasster ist. Handlung ist demnach eine „objektiv feststellbare und intersubjektiv nachprüfbare Ereignisfolge und gleichzeitig eine „teleologisch-intentional“ erklärable, bewusst initiierte Tätigkeit (ebd. S. 74).

Im Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung können Pflegefachkräfte mit Verhalten konfrontiert sein, das zunächst nicht rational, nicht artikulierbar und diffus erscheint. Eine verbale Kommunikation ist oft nicht möglich. Neben intentionalem, geplantem, retrospektiv prüfbarem Handeln, ist die Fähigkeit eingefordert, einen verstehenden Zugang zu Menschen in ihren Lebenswelten herzustellen, es ist die Fähigkeit einer phänomenologischen Erfassung von Problemen. Problemlösung in der Pflege ist insofern durch Doppelseitigkeit gekennzeichnet: Sie geschieht auf der einen Seite auf der Grundlage von theoretischem und empirischem Erklärungswissen, das einen wissenschaftstheoretischen Bezugsrahmen gleichkommt. Auf der anderen Seite wird zur Problemlösung ein auf die jeweiligen Bedarfe von Klientinnen / Klienten bezogenes Fallverstehen verlangt. Dornheim et al. gehen der Frage nach, welche Wissenschaftsparadigma geeignet erscheinen, beiden Aspekten der Pflege gerecht zu werden, ohne sie methodologisch gegeneinander abzugrenzen. Sie schlagen eine „theoretische Praxiswissenschaft“ vor, in der Erkennen, Deuten, Beurteilen und Begründen von Handlungen in metatheoretische Überlegungen zu integrieren sind. Pflegewissenschaft hat sich demnach um zweierlei zu bemühen: um die wissenschaftstheoretischen Grundlagen von Handlungswissenschaften und, nachholend, um eine „spezifisch-disziplinäre Handlungstheorie der Pflege“ (Dornheim et al. 1999, S. 78).

2002 greift Schaeffer die Aspekte auf. Sie bescheinigt der Pflegeforschung einen großen Anstieg an Forschungsaktivitäten und plädiert dafür, Vorhaben, die sich mit den Bedingungen des Pflegehandelns beschäftigen, zugunsten der Erforschung „inhaltlicher Probleme des Pflegehandelns“ abzulösen. Beispielsweise sind patientenbezogene Studien notwendig, um Fragen der Evidenzbasierung zu klären. Unabhängig davon, ob sich Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft oder Handlungswissenschaft entwickelt, gelten für sie dieselben Voraussetzungen, um eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin auszubilden wie für andere Wissenschaften. Dazu sei Grundlagenforschung ebenso notwendig wie anwendungsorientierte Forschung und Entwicklung / Evaluation (vgl. Schaeffer, 2002). Grundlagenforschung ist notwendig, um die Theorieentwicklung als wissenschaftliche Grundlegung der Pflege voranzutreiben, anwendungsorientierte Forschung zielt auf die Bewältigung von Praxisproblemen und die „Entwicklung“ bezieht sich auf Instrumente, Interventionen oder Konzepte, die zur Problemlösung erprobt und evaluiert werden. Grundsätzlich beschäftigt sich Pflegeforschung mit der Frage, wie pflegerische Versorgung zukünftig aussehen kann. Angesichts der aktuellen Entwicklungen stehen Fragen nach Gesundheitsproblemen im Alter im Mittelpunkt, zum Beispiel danach, chronische Prozesse oder dementielle Beeinträchtigungen zu bewältigen. Pflegemodelle und Versorgungskonzepte, die stärker als bislang präventive, rehabilitative und palliative Aspekte integrieren, sind von hoher Bedeutung. Auch sind interprofessionelle Fragen im fachlichen Diskurs mit Bezugswissenschaften zu bearbeiten (vgl. Schaeffer, 2002). Im Entwurf des Qualifikationsrahmens werden die wissenschaftlichen Disziplinen, die einen unmittelbaren Bezug zur Pflegewissenschaft aufweisen, Bezugswissenschaften genannt. Die Inhalte von Pflege- und Bezugswissenschaften können sich partiell überschneiden. Vor allem die Soziale Arbeit, Geriatrie, Gesundheitswissenschaften, Gerontopsychologie, Alterssoziologie, die auf ältere Menschen fokussierte Pädagogik (Geragogik), Rechtswissenschaften und Betriebswirtschaft werden als Bezugswissenschaften zum Beschäftigungsbereich angesehen.

2010 resümieren Schaeffer et al. rückblickend, dass die Entwicklung der Pflegewissenschaft als Erfolgsgeschichte zu bewerten sei, für die keine rückläufigen Trends, wohl aber einige Erosionstendenzen auszumachen seien. Viele Initiativen zur Entwicklung der Pflegepraxis im Bereich der Versorgungsforschung oder der klinischen Pflege sind entstanden (z.B. Schmerzmanagement, Wundversorgung, etc.), während die Theoriebildung tendenziell dahinter zurückbleibt (vgl. Schaeffer, Moers, Hurrelmann, 2010).

Mit dem Erstarren der Pflegewissenschaft wird die Diskussion um Professionalisierung der Pflegeberufe in der Fachöffentlichkeit verstärkt geführt. Seitdem sind Fragen nach der Definition von Professionen, nach der Professionalisierbarkeit von Tätigkeiten oder nach dem Sinn und Ziel von Professionalisierungsbestrebungen von Interesse. In der Pflegewissenschaft sind die Fragen vor allem auf die Binnenstrukturen und damit auf die Logik professionellen Handelns gerichtet. Anders als die (traditionellen) Merkmalskataloge, aber auch anders als funktionalistische, machttheoretische Erklärungsansätze, lenkt die revidierte Professionalisierungstheorie Oevermanns (1996) den Blick auf die Spezifität des beruflichen Handelns. Professionalisierung wird verstanden als das Hervorbringen einer Handlungsstruktur, die es ermöglicht, in der Berufspraxis auftretende Probleme individuell, der jeweiligen Lebenswelt orientiert, und zugleich aus der Distanz wissenschaftlich reflektiert zu bearbeiten (vgl. Oevermann, 1996, S. 75 - 80). Die Basis der Professionalisierung beruht auf der „Dialektik universalisierter Regelanwendung bei striktem Fallbezug“ (vgl. Dewe, 2006, S. 29):

„Professionalisiertes Handeln ist wesentlich der gesellschaftliche Ort der Vermittlung von Theorie und Praxis unter Bedingungen der verwissenschaftlichten Rationalität, das heißt unter Bedingungen der wissenschaftlich zu begründeten Problemlösungen in der Praxis.“ (Oevermann, 1996, S. 80).

Die professionelle Pflegefachkraft ist demnach in der Lage, wissenschaftlich generiertes Wissen und praktisches Handlungswissen in einer konkreten Pflegesituation, die sie (stellvertretend) im direkten Fallbezug deutet, zu einer widersprüchlichen Einheit zu verknüpfen. Die Dialektik zwischen Entscheidung, Begründung, Wissen und Angemessenheit hat sie in ihrer Person auszuhalten bzw. immer wieder neu auszubalancieren (vgl. Oevermann, 1996, S. 123 - 125). Dieses semantische Postulat Oevermanns trägt den divergierenden Anforderungen der Pflegepraxis Rechnung, konnte jedoch bisher nicht in entsprechende, empirisch haltbare Handlungsmaxime übersetzt werden. Es stellt die Struktur professionellen Handelns in den Mittelpunkt und hat dazu beigetragen, ein Professionsdefizit zu bearbeiten, das in der „systematischen Vermeidung der stellvertretenden Deutung und der Missachtung der Autonomie und Einzigartigkeit der Klienten“ (vgl. Oevermann, 1983, S. 152) besteht.

Im Entwurf des Qualifikationsrahmens sind die aufgezeigten Aspekte in die Qualifikationsniveaus 4-8 eingeflossen, um das Ziel des evidenzbasierten Pflegehandelns zukünftig weiterzuverfolgen und Versorgungsqualität fortlaufend optimieren zu können. Die o.g. Bereiche der wissenschaftlichen Disziplin, anwendungsorientierte Forschung, Entwicklung / Evaluation und Grundlagenforschung, wurden berücksichtigt und mit der Praxis verschränkt. Auf den Niveaus 4 und 5 werden komplexe Pflegeprozesse auf Grundlage empirisch gesicherter Erkenntnisse gesteuert und gestaltet. Zum Beispiel sind Expertenstandards oder forschungsgestützte Handlungsrichtlinien auf die besonderen Anforderungen eines Pflegeprozesses zu übertragen. Auf diesen Niveaus kann an der Erprobung und Entwicklung anwendungsbezogener wissenschaftlicher Erkenntnisse und

Modelle mitgewirkt werden, indem Expertisen aus der Praxis in die Forschungsbezüge gelangen. Auf Niveau 6 werden pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Problemlösungsansätze, die zur Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse geeignet erscheinen, recherchiert. Ihre Aussagekraft kann eingeschätzt und entsprechend der Anforderungen in die Pflegepraxis integriert werden. An pflegewissenschaftlicher Forschung kann im Handlungsbezug mitgewirkt werden. Auf Qualifikationsniveau 7 kann Verantwortung dafür übernommen werden, dass die pflegerische Versorgung in Einrichtungen an neuen Erkenntnissen der Pflege- und Bezugswissenschaften ausgerichtet wird. Auch können Versorgungskonzepte, die einrichtungsbezogene Problemlösungen bieten, entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Gewonnene Erkenntnisse werden als Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegewissenschaft in den Diskurs zurückgetragen, so dass der von Dornheim beschriebene Transfer gewährleistet bleibt. Qualifikationsniveau 8 umfasst schließlich die Steuerung und Gestaltung pflegewissenschaftlicher Forschungsvorhaben in Abhängigkeit von wissenschaftstheoretischen Perspektiven, unter Berücksichtigung gesellschaftlicher, institutioneller oder normativer Einflussfaktoren und interdisziplinärer Bezüge. Die Forschung zielt an dieser Stelle auf die Weiterentwicklung der Pflegequalität, die Untersuchung von Anforderungen, die an den Beschäftigungsbereich gestellt werden, und die Entwicklung entsprechender Problemlösungen und Kompetenzen (vgl. Hülsken-Giesler, 2010).

Das Pflegemanagement ist notwendig, um Pflegebereiche in Einrichtungen des Beschäftigungsbereichs zielorientiert zu steuern und zu gestalten. Dazu sind Angebote, Ressourcen und Arbeitsprozesse verantwortlich zu planen, zu organisieren, zu steuern und zu evaluieren. Ein weiterer Arbeitsbereich des Pflegemanagements ist das Personalmanagement. Es beinhaltet die Übernahme von Verantwortung für die Auswahl, Einführung, Entwicklung und Beurteilung von Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern sowie für die Verwaltung und Entlohnung. Die Gesundheit und Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern und des Konfliktmanagements sind ebenfalls Arbeitsbereiche des Personalmanagements (vgl. Kämmer, Entzian, 2008, S. 209 oder vgl. Loffing, Geise, 2005, S. 309ff.).

4 Gesundheit, Krankheit und Alter

Der Gesundheitsbegriff wird von unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitssystem, je nach Perspektive und Intention, normativ genutzt, so dass verschiedene, teils divergierende Vorstellungen transportiert werden. Die Vorstellungen variieren im Hinblick auf die zugemessenen Mittel für die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit und auch das zugeschriebene Ausmaß an Selbstverantwortung unterscheidet sich. Das immer noch vorherrschende biomedizinische Modell beschreibt Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit. Der gesunde Körper befindet sich demnach in einem Zustand der Homöostase, wobei die menschlichen Organe selbstregulativ und störungsfrei in ihrer physiologischen Form funktionieren. Wenn Störungen auftreten, verursachen sie Krankheiten, die durch Diagnose und Therapie geheilt werden oder zu einer längerfristigen Behandlung und Rehabilitation führen. Es resultiert ein dichotomes Modell, nachdem ein Mensch entweder gesund oder krank sein kann und Gesundheit ein dementsprechend statischer Zustand ist.

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 führte, als Programm und Ziel gleichermaßen, einen erweiterten, differenzierteren Gesundheitsbegriff ein, der dazu beitrug, die biologistische Perspektive zu ergänzen:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“. (WHO, 1946).

Die WHO definiert Gesundheit in ihrer Verfassung als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ und nicht nur als „das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Mit dieser, bereits 65 Jahre alten Definition, wird Gesundheit mit vollständigem Wohlergehen gleichgesetzt, sie wird damit nahezu ein ideelles Ziel. Gesundheit wird auch hier nicht als Prozess, sondern als statischer Zustand betrachtet.

Mit der richtungsweisenden Beschreibung Hurrelmanns 2003 wird im Vergleich dazu deutlich, dass Gesundheit sich entwickelt und Gesundheitsverläufe unterschiedliche Richtungen einschlagen können. Gesundheit wird nun als dynamischer Prozess angesehen, dessen Entwicklung von bestimmten Faktoren abhängt. Gesundheit bezeichnet demnach:

„...den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. [...] Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein Gleichgewichtsstadium, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut hergestellt werden muss.“ (Hurrelmann, 2000, S. 8).

Neben der Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffs wird betont, dass Gesundheit individuell und aktiv herbeigeführt wird, indem sich der Betreffende immer wieder zu bestimmten Zeitpunkten mit sich selbst und seiner Umwelt auseinandersetzt. Gesundheit, so wird deutlich, wird subjektiv empfunden und fortlaufend aktualisiert.

Mit seiner Definition nimmt Hurrelmann einerseits Bezug zur Definition der WHO und andererseits zu dem von Antonovsky in den 70er und 80er Jahren entwickelten Modell der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1993). In Auseinandersetzung mit der Frage, warum Menschen häufig trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben, postulierte Antonovsky Gesundheit und Krankheit als Zustände, die sich nicht gegenseitig ausschließen. Gesundheit auf der einen und Krankheit auf der anderen Seite bilden stattdessen die äußersten Pole eines Kontinuums, zwischen denen Menschen sich permanent bewegen. Innere und äußere Einflüsse, denen die Menschen ausgesetzt sind, bewirken Bewegungen in Richtung Krankheit oder Gesundheit. Nach Antonovsky stoßen zum einen „Stressoren“ die Bewegung in Richtung Krankheit an und zum anderen führen persönliche „(Widerstands-) Ressourcen“ jedes Individuums in Richtung Gesundheit. Ressourcen können aktiv mobilisiert werden, um den belastenden Stressoren produktiv zu begegnen und Krankheiten entgegenzuwirken. Antonovsky unterscheidet vier verschiedene Arten von Ressourcen nach systemischen Bezügen. Die Ressourcen des einzelnen Menschen bestehen in seiner Intelligenz und Bildung, in erworbenen Bewältigungsstrategien und Ich-Stärke. Besonders die Ich-Stärke stellt eine der zentralen emotionalen Ressourcen dar und entspricht dem Selbstvertrauen und einem positivem Selbstwertgefühl eines Menschen. Als Ressourcen im sozialen Nahraum beschreibt Antonovsky soziale Beziehungen zu anderen Menschen, die mit dem Gefühl der Zugehörigkeit und Anerkennung einhergehen. Auch die potenzielle Aussicht auf verlässliche Unterstützung und Hilfe durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn stellt eine Ressource

dar. Auf gesellschaftlicher Ebene entstehen Ressourcen durch die Teilhabe an sinnvollen Formen von Beschäftigungen und ein verlässliches Maß an existenzieller Sicherheit, zu der die Absicherung von Armut, Arbeitslosigkeit oder Invalidität zählt. Auch durch den Zugang zu kulturell vermittelten, tragfähigen Wertvorstellungen als „ethisches Grundgerüst“ zur Lebensgestaltung entstehen Ressourcen zur Gesunderhaltung (vgl. BMFSFJ, 2009b, S. 56 - 60). Fehlen diese (Widerstands-) Ressourcen, so ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen sich entwickeln. Fehlende Ressourcen allein sind jedoch nach Antonovsky nicht ausschlaggebend für die Entstehung von Gesundheitsproblemen. Vielmehr liegt ein Teil der Probleme auch darin, dass vorhandene Ressourcen nicht ausreichend genutzt werden. Die Fähigkeit, die eigenen Ressourcen zu erkennen, die erforderlichen zu aktivieren und nutzbringend für sich einzusetzen, bezeichnet Antonovsky als Kohärenzgefühl. Das Kohärenzgefühl ist eine Art generelle Lebenseinstellung. Es drückt das Ausmaß aus, mit dem Menschen die Anforderungen des Lebens als strukturiert, vorhersagbar und erklärbar wahrnehmen und das Gefühl haben, dass sie über die notwendigen Ressourcen verfügen, um diesen Anforderungen gerecht werden zu können. Die universelle Haltung, dass die vom Leben gestellten Probleme es wert sind Energie aufzubringen, um sie zu lösen, geht mit dem Kohärenzgefühl einher. Die drei Bestandteile des Kohärenzgefühls sind zusammenfassend Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit der individuellen Lebenssituation (vgl. Antonovsky, 1993, S. 33 - 43).

Im Hinblick auf das zugrunde gelegte Modell der Salutogenese ist ein Mensch „mehr oder weniger gesund oder krank“. Krankheit beinhaltet dementsprechend mehr als eine physiologische Fehlfunktion oder Schädigung. Beeinträchtigte Fähigkeiten, Ressourcen nutzen zu können, Anforderungen im Leben bewältigen zu können oder ein geringes Kohärenzgefühl, sind ebenso Ausdruck von Krankheit. Dabei entstehen Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychischen, sozialen, spirituellen und kulturellen Beeinträchtigungen, die Bewegungen in Richtung Krankheit potenzieren können.

Obwohl Alter und Krankheit / Beeinträchtigung häufig assoziiert oder gar gleichgesetzt werden, sind sie grundsätzlich zu differenzieren. Das Alter ist eine Lebensphase, die von kollektiven und individuellen Meinungen, Einstellungen und Werthaltungen geprägt wird. Diese gesellschaftlichen Bilder vom Altwerden und Altsein sind sozial konstruiert und haben einen entscheidenden Einfluss darauf, welche sozialen Rollen älteren Menschen in einer Gesellschaft offen stehen, was von diesen Rollen erwartet wird und welchen Begrenzungen (Rahmungen) sie unterliegen. „Altersbilder haben einen Einfluss darauf, was jüngere Menschen für ihr Alter erwarten und darauf, was Ältere sich zutrauen.“ (BMFSFJ, 2010, S. -V-). Sie definieren, wer alt ist und was es bedeutet alt zu sein. Das Altern ist im Entwurf des Qualifikationsrahmens als Prozess anzusehen, der von der Geburt bis zum Tod andauert und eingebettet ist in Geschichte und Kultur. Er beinhaltet psychologische, physische, biologische und soziale Veränderungen, die eher kontinuierlich als diskontinuierlich verlaufen. Funktionsstatus und Lebenssituation lassen sich nicht allein durch das chronologische Alter vorhersagen, die jüngere Altersforschung betont vielmehr die Unterschiedlichkeit in den Fähigkeiten der materiellen und gesundheitlichen Ressourcen sowie der Lebensentwürfe, Anliegen und Interessen (vgl. BMFSFJ, 2010, S. 22). Dennoch lassen sich Charakteristika der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen empirisch ermitteln. In unserer Gesellschaft des langen Lebens verfügen ältere Menschen im Durchschnitt nicht nur über eine wachsende Anzahl „gewonnener Jahre“, sondern auch über mehr finanzielle Ressourcen, über einen besseren Gesundheitszustand und einen höheren Bildungsstand als jede andere vorangegangene Generation. Gleichzeitig

steigt die Prävalenz von Krankheiten und Beeinträchtigungen im höheren und höchsten Alter an und verweist Individuen ebenso wie die Gesellschaft auf die Grenzen des Alters. Altersphysiologische Veränderungen des Körpers, aber auch biographische Entscheidungen, Unterlassungen und Verhaltensweisen bedingen häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität sind zwei wesentliche Entwicklungen im Bereich der somatischen und psychischen Gesundheit von hochaltrigen Menschen. Alter oder Krankheit führen dennoch nicht zwangsläufig zur Pflegebedürftigkeit (vgl. 1).

Der Entwurf des Qualifikationsrahmens greift diese Hintergründe insofern auf, dass Gesundheitsförderung, Ressourcenorientierung und Altersbewältigung zentrale Aspekte der Pflege, Unterstützung und Betreuung darstellen. Gesundheitsförderung bedeutet, wie in der WHO Definition von 1986,

„...einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Zur Stärkung der Gesundheit sind mit den Versorgungsprozessen vor allem Selbstbestimmung und Kohärenz zu fördern. Ressourcen und Stressoren sind wahrzunehmen und gemeinsam zu bewerten. Gemeinsam mit Klientinnen / Klienten, Angehörigen und dem sozialen Netzwerk sind Strategien zu entwickeln, um Ressourcen neu zu entdecken, zu entwickeln und zu nutzen. Im Sinne einer Ermächtigung sind damit Selbstwirksamkeit und -vertrauen zu fördern und Empfindungen von Hilflosigkeit und mangelnder Einflussnahme entgegenzuwirken. Die Stärkung und Wiedererlangung von körperlicher Unversehrtheit ist im Alter begrenzt. Es gilt, über das Ziel der körperlichen Funktionsfähigkeit hinaus, subjektive Gesundheit anzubahnen, die eine bewusste Auseinandersetzung und Gestaltung der letzten Lebensphase beinhaltet. Freiräume, die Gelassenheit, Auseinandersetzung und Bewältigung erst ermöglichen, sind zu schaffen, so dass persönlich bedeutsame Anliegen und Bedürfnisse realisiert werden können. Die Versorgung zum Lebensende beginnt insofern nicht mit dem Sterbeprozess, sondern mit dem Wissen und Verstehen der Unausweichlichkeit des Todes, das vor allem mit Unsicherheit, Hilflosigkeit und Angst verbunden ist. Die Unterstützung und Begleitung bei Bewältigungs- und Anpassungsleistungen sind bei der Versorgung zum Lebensende von fundamentaler Bedeutung. Die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden sind die zentrale Richtschnur im Sterbeprozess. Um zu einem würdigen Sterben beizutragen, ist der behutsamen Einbindung der Angehörigen, Maßnahmen zur Erleichterung belastender Symptome, der verlässlichen Begleitung und Koordination der Interaktionen sowie der verantwortlichen Abstimmung und Integration unterschiedlicher Versorgungsleistungen besondere Aufmerksamkeit entgegenzubringen (vgl. 2).

5 Lebenswelt und Lebenslage

Das Paradigma der Lebensweltorientierung hat seit den 80er Jahren, unter anderem in der sozialwissenschaftlichen und sozialen Gerontologie, der Erwachsenenbildung und zuletzt auch in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften an Bedeutung gewonnen. Es ist historisch in der Phänomenologie verwurzelt, exemplarisch dafür kann Husserls Ansatz des 20. Jahrhunderts gelten, mit der die Kritik des Alltags als „verachtete Doxa“, rehabilitiert wurde. Nicht das, was hinter dem verschleiernnden Alltag liegt, sei Wahrheit oder Erkenntnis, sondern der Alltag selbst stelle das Fundament, die Quelle von Evidenz und Bewährung dar, aus der Erkenntnis entstehen kann.

Um die Erkenntnis zu erschließen, sind ihre Phänomene unmittelbar wahrzunehmen und erfahrungsunabhängig in ihren Zusammenhängen zu beschreiben. Mit der „Phänomenologie der Lebenswelt“ sollte Husserl eine Brücke schlagen zwischen analytisch-naturwissenschaftlichem Denken und der entgegengesetzten Kritik, die negiert, dass die einzige, letzte Wahrheit gefunden werden kann (vgl. Husserl, 1986). Die Betonung des Beschreibbaren, Anschaulichen, Erlebbaren und ihre Dekonstruktion ermöglicht bis heute einen verstehenden Zugang zur subjektiven Lebenswelt und ihre Verschränkung mit Welt der Wissenschaft. An Husserls Ansatz wurde vor allem die geforderte Aussetzung vorhandenen Wissens kritisiert. Die Deutung von Lebenswelt könne sinnvoll nicht unabhängig von Erfahrungen und vorhandenem Wissen erfolgen. Menschliche Existenz, Bewusstsein, Erfahrung und Verhalten seien untrennbar miteinander verknüpft (vgl. Heidegger, 1926, S. 59 - 62).

Erste soziologische Wurzeln erhielt der Begriff der Lebenswelt mit Alfred Schütz, 1932, (Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt), Berger und Luckmann, 1969, (Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit), sowie mit Schütz und Luckmann, 1975, (Strukturen der Lebenswelt). Vor allem Schütz greift Husserls philosophische Ausführungen auf und exploriert Lebenswelt und Alltagswissen als Gegenstand von sozialwissenschaftlicher Intervention und Forschung. Die Lebenswelt ist demnach eine gegebene, historische, soziale Welt, in der das Subjekt existiert, um eigene Erfahrungen zu machen, um gemeinsam mit Anderen Wirklichkeit zu deuten und insofern zu interagieren und zu handeln.

„Die Lebenswelt des Alltags ist folglich die vornehme und ausgezeichnete Wirklichkeit des Menschen“ (Schütz, Luckmann, 1975, S. 25).

Jedem Menschen ist demnach ein eigener, situationsgebundener Ausschnitt der Welt gegeben. Der Wissensvorrat der Lebenswelt, das Alltagswissen, ist jedoch kein privates Wissen, sondern ein intersubjektives, es wird kollektiv abgeleitet, gedeutet und kommuniziert. Alltagswissen wird also von einem sozialen Netz geprägt und geteilt, es stellt Schütz zufolge selbstverständlich erachtete Kenntnisse, Erfahrungen, Erwartungen, Werte, Wahrnehmungsmuster und Handlungsrezepte dar. Im Verlauf der individuellen Sozialisation „entnimmt“ das Subjekt die für es konstitutiven Wissens Elemente und deutet sie. So variieren Alltagswissen und Lebenswelt von Individuum zu Individuum, obwohl sie eine gemeinsame innere Verfasstheit teilen. Ein Teil der gemeinsamen Deutungsmuster wird über Typisierungen hergestellt. Zur Deutung der Alltagswelt greifen Subjekte auf Typisierungen zurück, die einerseits dazu führen, dass Interaktionspartner „nur als partielles Selbst“, als Darsteller typischer Rollen und Funktionen angesehen werden. Andererseits stellen diese Klassifikationssysteme und Idealtypen eine notwendige Struktur dar, mit deren Hilfe Individuen in der Lage sind, sich in der Lebenswelt zu orientieren: „Durch Typisierung entsteht eine Welt des Vertrauten“. Dadurch gelingt es, dass Menschen sich ungefragt in unproblematischen Alltagssituationen an routinierte, normierende, kollektiv akzeptierte Denk- und Verhaltensschemata halten. Die Alltagswelt wird damit zu einer vertrauten Welt, die Orientierung und Sicherheit bietet (vgl. Schütz, Luckmann, 1975, S. 25 - 50).

Unter anderen kritisiert Habermas, rückgreifend auf den symbolischen Interaktionismus, die Theorie der Lebenswelt von Schütz und Luckmann als „kulturalistisch verkürzt“ (vgl. Habermas, 1997, S. 205), weil in ihr soziale Integration und Vergesellschaftung als Prozesse der Reproduktion von Lebenswelt nicht ausreichend aufgegriffen werden. So könne die Lebenswelt nicht ausschließlich als Produkt der Konstruktion durch das Subjekt

betrachtet werden, vielmehr sei das Subjekt Initiator und Produkt von Handlungen zugleich. Soziale Realität erschöpft sich demnach nicht allein darin, wie Menschen sie in ihrem Alltag erfahren und deuten. Denn so würde nur die Erfahrung der Menschen Wirklichkeit konstituieren, während Gesellschaft und Geschichte struktur- und wirkungslos blieben (vgl. Habermas, 1997, S. 203f). Habermas unterscheidet zwischen den Strukturen der Lebenswelt, innerhalb derer sich kommunikativ Handelnde sich stets bewegen, aus denen sie nicht heraustreten können und den Tatsachen, Normen oder Erlebnisse, über die Verständigung erzielt werden muss. Die Lebenswelt bietet einen „Vorrat an Deutungsmustern“, die kulturell überliefert und sprachlich organisiert sind.

„Die Lebenswelt ist gleichsam der transzendente Ort, an dem sich Sprecher und Hörer begegnen, wo sie reziprok den Anspruch erheben können, dass ihre Äußerungen mit der Welt (...) zusammenpassen; und wo sie diese Geltungsansprüche kritisieren und bestätigen, ihren Dissens austragen und Einverständnis erzielen können“ (Habermas, 1997, S. 192).

Aus der gemeinsamen Lebenswelt heraus verständigen sich Kommunikationsteilnehmer über den Gegenstand der objektiven, subjektiven oder sozialen Welt. Die Lebenswelt stellt damit das konstitutive Bezugssystem dar, in dem zwischen Menschen Verständigung erzielt werden kann. In der Gesellschaft manifestieren sich legitime Ordnungen und mit ihnen Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen. Kultur, Gesellschaft und Person, reproduzieren sich im kommunikativen Handeln und erzeugen damit die gemeinsamen Überzeugungen, aus denen das Selbstverständliche der Lebenswelt besteht (vgl. Habermas, 1997, S. 190ff).

Um unterschiedliche Lebensweltansätze zu präzisieren und sie zum Bezugspunkt einer modernen sozialen Gerontologie zu machen, resümieren Otto und Bauer 2004:

„Sie (die Lebenswelt, A.d.V.) bezeichnet jenen Wirklichkeitsausschnitt, zu dem das Subjekt Zugang hat und in dem es sich zu Hause fühlt. Lebenswelt als die Subjekte umgebende Wirklichkeit unter Einschluss anderer Personen, mit denen sie durch eine Wir-Beziehung verbunden sind, die sich durch gemeinsame Orientierungen, Werte und Normen herstellt, ist intersubjektiv und fraglos gegeben. Die Lebenswelt hat ihren Ausgangspunkt im Alltag als einem wiederkehrenden eingeschliffenen Ablauf. Die Möglichkeit, in sozialer Alltäglichkeit routinemäßig handeln zu können, entsteht ... im Wissen um die Verlässlichkeit der Lebensbedingungen“ (Otto, Bauer, 2004, S. 196).

Im vorliegenden Entwurf des Qualifikationsrahmens gehen wir davon aus, dass das Vertrauen darauf, mit den vorhandenen Kräften den Alltag deuten und bewältigen zu können für das psychische und physische Wohlbefinden älterer Menschen von zentraler Bedeutung ist. Entstehen Anforderungen und Belastungen, die Menschen nicht im Kontext lebensweltinhärenter Ressourcen lösen können, gefährdet dies Wohlbefinden und Gesundheit. Lebensweltorientierung in der Pflege, Unterstützung und Betreuung verweist vor diesem Hintergrund auf zwei Aspekte: Einerseits gehören die Potenziale und Ressourcen sozialer Unterstützungsnetzwerke zur subjektiven Lebenswelt und sind Teil des gemeinsam codierten Alltages, der wiederkehrende Abläufe im Tages- und Wochenzyklus durch Verlässlichkeit und Vertrauen befördert. Zum zweiten befinden sich professionelle Pflege und Unterstützung zum überwiegenden Teil außerhalb subjektiver Lebenswelt und werden nur dann zu einem gelingenden Alltag beitragen können, wenn sie der subjektiven Wirklichkeit der Betroffenen weitestgehend angenähert wird. Unterschiedliche Ressourcen aus der Lebenswelt und der Fachwelt sind zu gemeinsamen Hilfsarrangements zusammenzuführen. Dazu ist es für Pflegefachkräfte erforderlich, die

eigene Lebenswelt zu reflektieren und andere, individuelle Lebenswelten mit dem Recht auf Selbstbestimmung anzuerkennen. Eine lebensweltliche Pflege geht mit der Ermöglichung von Wahlfreiheit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung einher. Sie lenkt den Blick auf die alltägliche Lebensführung Pflegebedürftiger inmitten ihrer sozialen Beziehungen und richtet Pflegeprozesse daran aus. Sie bietet auch die Voraussetzung zu Integration kultursensibler Pflegekonzepte, die sich in besonderer Weise auf Wertesysteme (Religion), soziale Systeme (Familien und ethnische Netzwerke) und Gesundheitsverständnisse beziehen (vgl. hierzu Sieling, 2008 oder Borde, David, 2003). Vorgefundene individuelle Einstellungen, Deutungsmuster und Ressourcen werden zur Ausgestaltung der Angebote genutzt. Über eine formelle Verzahnung unterschiedlicher Hilfeleistungen hinaus ist eine kommunikative Kompetenz der Pflegefachkräfte eingefordert, die eine kooperative und dialogische Grundhaltung beinhaltet. Ein solches pflegerisches Selbstverständnis berücksichtigt die Besonderheit jeder individuellen Lebenswelt und erhält dadurch die Chance, sich normierenden Erwartungen oder Zugriffen zu entziehen. Dabei geht es gerade nicht darum, aus professioneller oder institutioneller Eigenlogik heraus zu handeln. Pflegeinterventionen gehen über die funktionsbezogene Kompensation von Beeinträchtigungen und Krisen hinaus, indem sie nachhaltige soziale Integration, Prävention in lebensweltlichen Settings oder Resilienz zur Alltagsbewältigung anbahnen. Angebote an Pflege, Unterstützung und Betreuung sind dazu an den Plänen und Selbstbildern der Klientinnen / Klienten auszurichten, das subjektive Alltags- und Organisationswissen ist aufzugreifen und einzubeziehen, so dass sie im Einklang stehen mit der Normalität des klientenbezogenen Alltags. Weil vorgefundene individuelle Einstellungen, Deutungsmuster und Ressourcen grundlegend für die Gestaltung der Angebote ist, kann Lebensweltorientierung aber auch bedeuten, vorgefundene Alltagsbedingungen kritisch zu reflektieren, um Krankheitsrisiken, Ausgrenzung oder Vernachlässigung zu verhindern (vgl. Thiersch, 2009, S. 25 - 28.)

Abgestimmte Pflegeprozesse richten sich stets an Klientinnen / Klienten, ihre Angehörigen und sozialen Netze im Alltag und sollen dort anschlussfähig sein. Lebensweltorientierte Pflege, Unterstützung und Betreuung bettet ihre Angebote daher primär in die bestehende Infrastruktur und in die sozialen Netzwerke der betreffenden Quartiere ein. Der Zugang zu Versorgungsleistungen ist niedrigschwellig zu gestalten und möglichst zu erleichtern. Lebensweltorientierte Pflege, Unterstützung und Betreuung zielt auf Integration und steht den Angeboten entgegen, die einzelne ältere Menschen, Paare oder Gruppen isolieren. Integration bezieht sich auf das gemeinschaftliche Leben von Menschen mit unterschiedlichem Alter, mit verschiedenen Geschlechtern, Beeinträchtigungen, Religionen, Lebensentwürfen und Herkünften. Lebensweltorientierte Pflege ist neben der Orientierung an dem Paradigma Lebensqualität ein weiteres Merkmal zur Gewährleistung von Autonomie und Partizipation.

Während der Ansatz der Lebensweltorientierung vor allem auf die Notwendigkeit einer kritischen, intersubjektiven Verständigung und Koproduktion von Pflege, Unterstützung und Betreuung verweist, lenkt das Paradigma der Lebenslagen den Blick auf die unterschiedlichen Lebensbedingungen älterer Menschen in der Gesellschaft, die von sozialer Ungleichheit gekennzeichnet sind. Das übergreifende Konzept der Lebenslagen verbindet klassische Elemente der Klassen- und Schichtenmodelle mit moderneren Milieu- und Lebensstilanalysen. Neben den objektiven, statusanzeigenden Lebensumständen, wie Einkommen, Berufsstand oder Bildungsabschluss, fließen subjektive Wahrnehmungen, Einstellungen oder Deutungen in die Analyse von Lebenslagen ein.

Eine sozialstrukturelle Perspektive ist integraler Bestandteil der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion, da als unstrittig gelten kann, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen in hohem Maß durch soziale und materielle / physikalische Umweltkonstellationen beeinflusst werden. Einzelne Faktoren, wie etwa eine genetische Disposition, führen nur in den seltensten Fällen gradlinig zum Ausbruch einer Erkrankung oder zu dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit. Wohl aber bestehen sensible Situationen im Lebenslauf, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Sicherheit und Schutz zurückgedrängt oder zugedeckt werden. Diese Umstände gehen mit einer besonderen Verletzlichkeit einher, in der Krankheitsrisiken und mithin auch genetische Dispositionen sich leichter den Weg bahnen. Hurrelmann weist darauf hin, dass die Verletzlichkeit in kulturell und finanziell benachteiligten Bevölkerungsgruppen besonders oft gegeben ist. Je niedriger die soziale Herkunft, gemessen an den genannten Parametern, desto häufiger kommt es zu somatischen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen und Krankheiten (vgl. Hurrelmann, 2009, S. 293).

Sozialstrukturelle Verteilungsungleichheit im Alter wird durch ökonomische, materiell / physikalische aber auch durch immaterielle Dimensionen bestimmt. Zentrales Merkmal der Lebenslage stellt immer noch das Haushaltseinkommen dar, weil es Zugang oder Beschränkung für zahlreiche Bedürfnisbefriedigungen bedeutet. Als weitere Merkmale der Lebenslage gelten die Qualität des Wohnraums, der Ernährung, das erreichte Bildungsniveau bzw. der Zugang zu Bildungsangeboten. Aber auch die Art der sozialen Integration und Beschäftigung, der Zugang zu Versorgungsangeboten des Gesundheitssystems oder die damit verbundenen, subjektiv wahrgenommenen Handlungsspielräume und Restriktionen sind Merkmale von Lebenslagen, die mit den materiellen und immateriellen Merkmalen korrelieren.

Innerhalb der sozialwissenschaftlichen Gerontologie wird das Altwerden und Altsein selbst als Lebenslage begriffen, die mit einer gravierenden sozialen Problematik verbunden ist. Demnach entstehen für alte Menschen soziale Benachteiligungen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. Ein charakteristisches Kennzeichen der Lebenslage im Alter ist das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und der Eintritt in das Rentenalter. Dieser Bruch im Lebenslauf geht häufig mit einer Reduzierung des ökonomisch bedingten Handlungsspielraums einher, mit dem Verlust von sozialen Beziehungen, Funktionen und bedingt dadurch einen sozialen Abstieg (vgl. Backes, Clemens, 2008, S. 172f, 191f und 269f).

Im Entwurf des Qualifikationsrahmens ist die Analyse und Berücksichtigung von Lebenslagen im Pflegeprozess von Bedeutung, weil es dadurch möglich wird, Ungleichheit sowie resultierende Zumutungen und Restriktionen in Pflegesituationen wahrzunehmen, die zu erheblichen Unterschieden in der Realisierung von Bewältigung, Autonomie und Wohlergehen führen. Pflege, Unterstützung und Betreuung kann auf diese Weise, über die Reproduktion der Ungleichheit hinaus, im Handlungsbezug die Rechte älterer Menschen vertreten und zum Ausgleich der Chancen beitragen. Ebenso können vorhandene Ressourcen eher wahrgenommen und genutzt werden, um Lebensqualität zu fördern. Typische Muster der Wahrnehmung und Deutung des Alltagslebens, Lebensstile, Vorlieben oder Bedürfnisse, die mit sozialen Positionen verknüpft sind, werden nachvollziehbar und eröffnen einen verstehenden Zugang zur Lebenswelt.

6 Lebensqualität, Autonomie, Partizipation

Lebensqualität, mit ihren Facetten von Wohlergehen, Zufriedenheit und Glück, erlebt jeder Mensch für sich selbst, zugleich beeinflussen äußere Faktoren, wie materieller Wohlstand, das Erleben. Die Operationalisierung des Begriffs ist komplex, es gestaltet

sich schwierig, alle Faktoren zu messen, zu quantifizieren und ins rechte Verhältnis zu rücken. 1997 hat die WHO eine Definition von Lebensqualität vorgelegt, die maßgebliche Faktoren integriert:

„Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt“ (WHO, 1997).

Lebensqualität, so lässt sich konstatieren, ist ein mehrdimensionales Konstrukt, das physische, psychische, soziale, ökologische Aspekte beinhaltet und subjektiv erlebt und bewertet wird. Das subjektive Erleben und Bewerten ist abhängig von der Umwelt, der Kultur und den Wertvorstellungen, mit denen Menschen leben und an denen sie ihre Wünsche und Maßstäbe ausrichten. In der fachwissenschaftlichen Diskussion werden die Merkmale von Lebensqualität häufig mit drei Perspektiven verknüpft: Die subjektiven Wahrnehmungen und Befindlichkeiten, die kognitiven Bewertungen und die „objektiven“, weil davon unabhängigen Potenziale, Ressourcen, Barrieren und Defizite (vgl. Riedel, 2007, S. 460).

Was verstehen ältere Menschen im Alltag selbst unter Lebensqualität und Glück? Als Ergebnis explorativer Interviews mit 65-74-jährigen Bürgerinnen und Bürgern konnten Fliege und Filipp 2000 vor allem Gesundheit, soziale Einbindung und selbstbestimmte Interaktion, sinnerfüllende Aktivität sowie ausreichende materielle Ressourcen (z.B. „eine Wohnung, in der man sich wohl fühlt“) als konstitutive Elemente von Lebensqualität und Glück identifizieren (vgl. Fliege, Filipp, 2000, S. 310). Vor allem diese Elemente werden wahrgenommen, bewertet und in Relation zu den individuellen Zielen und Hoffnungen gesetzt. Der Grad der Übereinstimmung der aktuellen Lebensumstände und der Wünsche, den Menschen für sich feststellen, ergibt ein Maß an Lebensqualität. Es ist abhängig vom Ausmaß der wahrgenommenen Spielräume, die notwendig sind, um die aktuelle Situation beeinflussen oder verändern zu können.

Im Entwurf des Qualifikationsrahmens bezieht sich Lebensqualität vor allem auf die Lebensumstände körperliche und psychische Gesundheit, Grad der Autonomie und Partizipation, Integrität sowie bedingende Umgebungsfaktoren. Dabei verweisen King und Hinds darauf, dass Lebensqualität nicht an Gesundheit gebunden ist, sondern auch bei eingeschränkter Gesundheit empfunden werden kann. Durch die subjektive Erfassung der Lebensumstände und ihrer Bewertung vor dem Hintergrund der eigenen Hoffnungen, Erwartungen, Ängste und Anliegen wird ein Prozess der Auseinandersetzung mit dem Leben und dem Lebensende gestaltet (vgl. King, Hinds, 2001, S. 31ff.). Lebensqualität ist insofern kein statischer Zustand, sondern als Prozess anzusehen, der positive und negative Aspekte beinhaltet. Im Alter kann Lebensqualität auch als ein erfolgreich bewältigter Alterungsprozess angesehen werden, an dessen Ende eine positive Lebensbilanz, ein selbstbestimmter Abschied und die Annahme des Lebensendes steht. Lebensqualität ist folglich nicht per se gegeben, sondern bei ihren Merkmalen handelt es auch um Fähigkeiten, die erworben werden können und die dazu beitragen, dass die Lebensbewältigung gelingt.

Im Alter sind interdependente Faktoren, die maßgeblich zu Lebensqualität und Wohlbefinden führen können, wie Gesundheit, soziale Kontakte und Netzwerke, materielle

Sicherheit und angepasste Wohnumgebung, Mobilität und Schutz, besonderen Risiken ausgesetzt. Mit ansteigendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen zu, dazu zählen vor allem degenerative Prozesse, chronische Erkrankungen und Multimorbidität (vgl. Sachverständigengutachten, 2007, S. 128 - 129). Das soziale Netz jener Menschen, die ein hohes Alter erreichen, nimmt hingegen ab, häufig werden sie mit dem Tod der Partner, von Familienangehörigen oder Freunden konfrontiert, obwohl die Bedeutung unterstützender Netzwerke im Lebensalltag steigt. Mit nachlassender Mobilität ist die Möglichkeit eingeschränkt, Beschäftigungen nachzugehen, die als sinnvoll wahrgenommen werden und mit eintretender Pflegebedürftigkeit ist zudem oft auch ein Wohnungswechsel verbunden, der mit einem Verlust an Vertrautheit und Orientierung einhergeht.

Im Entwurf des Qualifikationsrahmens gehen wir davon aus, dass Pflegefachkräfte, die ihr Handeln auf Förderung von Lebensqualität richten, diejenigen Fähigkeiten von Klientinnen / Klienten stärken und unterstützen, die dazu beitragen, dass die Bewältigung der subjektiv wahrgenommenen Diskrepanz zwischen Lebensumständen und den Erwartungen und Hoffnungen gelingt. Nach Wilkening und Martin sind folgende Kriterien dabei von besonderer Bedeutung: Die Förderung vorhandener Stärken und die Nutzung kompensatorischer Potentiale, die Gelegenheit, ideelle oder materielle Vermächnisse weiterzugeben, die Ermöglichung bewusst gestalteter sozialer Interaktionen und einer positiven Bewertung der Vergangenheit (vgl. Wilkening, Martin, 2003, S. 335 - 336).

Wesentlich für die Erfahrung von Lebensqualität und Wohlbefinden ist die Gewährleistung von Selbstbestimmung und Partizipation in dem o.g. Prozess. Die Förderung und der Erhalt von größtmöglicher Selbstbestimmung, die Beachtung der Willens- und Entscheidungsfreiheit, sind ein grundsätzliches Recht Pflegebedürftiger (vgl. BMFSFJ, 2009a, S. 8) und das Fundament der Ausgestaltung von Pflege, Unterstützung und Betreuung. Im Entwurf des Qualifikationsrahmens bezeichnet Selbstbestimmung die Entscheidungshoheit und damit das grundsätzliche Recht eines Menschen, über seinen Körper und die Gestaltung seiner Lebenssituation selbst zu entscheiden. Synonym wird der Begriff Autonomie verwendet. Menschen können im Hinblick auf Alter, Erkrankungen und Tod auf Situationen verwiesen sein, in denen sie abhängig von der Hilfe anderer sind. Im Gegensatz dazu bezeichnet Selbstständigkeit die funktionelle Eigenständigkeit eines Menschen und damit seine Unabhängigkeit von personaler Hilfe. Der Grad der Selbstständigkeit ist durch vorhandene Fähigkeiten in spezifischen Lebensbereichen definiert. Auch wenn Menschen in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sind, können sie selbstbestimmt handeln. Nach dem Pflegeverständnis, das dem Entwurf des Qualifikationsrahmens zugrunde liegt, beziehen Pflegefachkräfte Pflegebedürftige daher grundsätzlich in Entscheidungen ein, die sie betreffen und vermitteln in Grenzsituationen im Sinn der Betroffenen zwischen (unterschiedlichen) Selbstbestimmungsrechten und Fürsorgepflichten. Das Einbezogensein in Pflege-, Unterstützungs- und Betreuungsprozesse wird mit dem Begriff Partizipation / Teilhabe beschrieben. Partizipation beinhaltet nicht allein das Einbezogensein in kognitive Prozesse, wie Analyse und Bewertung im Pflegeprozess, sondern ebenso das Einbezogensein in Handlungen, wie in die Durchführung von Pflegemaßnahmen oder das Einbezogensein in Emotionen, wie Freude oder Trauer.

Im Entwurf des Qualifikationsrahmens sind Pflege, Unterstützung und Betreuung grundsätzlich auf Lebensqualität, Partizipation und Autonomie älterer Menschen ausgerichtet.




**Literatur und
Rechtsquellenverzeichnis**

Projektleiterinnen Barbara Knigge-Demal, Gertrud Hundenborn

Begründungsrahmen
zum Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich
der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen

- Antonovsky, A. & Franke, A. (Hrsg.). (1993). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ashworth, P., Björn, A., Dechanoz, G., Delmotte, L., Farmer, E., Kordas A., et. al., World Health Organisation - WHO -. Regional Office for Europe (Hrsg.). (1987). People´s needs for nursing care: a European study. Kopenhagen. S. 35–38.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2009): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim, München: Juventa.
- Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Neubauer, J. (2008). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste. 4. Auflage. Wiesbaden.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1969). Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bischoff-Wanner, C. (2002). Empathiefähigkeit in der Pflege. Begriffsklärung und die Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Borde, T. & David, M. (Hrsg.). (2003). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Vierter Altenbericht. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005). Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Referat für Öffentlichkeitsarbeit.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009a). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009b). 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Sechste Altenberichtscommission (2010). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Deutscher Bundestag. Drucksache 17/3815.
- Dewe, B. (2006). Professionalisierungsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: Pundt, J. (Hrsg.). Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.
- Doenges, M. & Moorhouse, M. (1997). Pflegediagnosen und Maßnahmen. Bern: Verlag Hans Huber.

- Dornheim, J., van Maanen, H., Meyer, J.A., Remmers, H., Schöninger, U., Schwerdt, R. & Wittneben, K. (1999). Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft und Handlungswissenschaft. *Pflege & Gesellschaft*, 4. Jg., Nr. 4. S. 73 - 79.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2005). *Am Ende des Lebens. Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Fliege, H. Filipp, S.-H. (2000). Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität. Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 70-Jährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* Band 33, Heft 4. S. 307 - 313. Steinkopf Verlag.
- Friedemann, M.-L. & Köhlen, C. (2003). *Familien- und umweltbezogene Pflege*. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Habermas, J. (1997). *Theorie des kommunikativen Handelns*. Band 2. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hasseler, M. & Meyer, M. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung - Neue Aufgaben für die Pflege*. Grundlagen und Beispiele. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Heidegger, M. (1926/2006). *Sein und Zeit*. 19. Auflage. Thübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Hendersen, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. International council of nurses, London. Deutschsprachig (1963). *Grundregeln der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: AKV.
- Hradil, S. (1990): *Lebenslagenanalysen in der Bundesrepublik*. In: Timmermann, H. (Hrsg.): *Lebenslagen. Sozialindikatorenforschung in beiden Teilen Deutschlands*. Forum Politik Bd. 12. Saarbrücken: Dadder. S. 125-146.
- Hülken-Giesler, M., Brinker-Meyendriesch, E., Keogh, J., Muths, S., Sieger, M., Stemmer, R., Stöcker, G. & Walther, A. (2010). *Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge*. Eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflege in Deutschland. In: *Pflege & Gesellschaft* 3/2010. S. 216-236.
- Hundenborn, G. & Knigge-Demal, B. (1996). *Curriculare Rahmenkonzeption*. Zum Begriff von Pflegesituationen und ihren konstitutiven Merkmalen. Ausdifferenzierung von Berufssituationen und Generierung von Qualifikationen. Teil 5 des Zwischenberichts. Im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie*. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. völlig überarbeitete Auflage von „Sozialisation und Gesundheit“. Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf*. In: Schaeffer, D. (Hrsg.). *Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Huber Verlag. S. 283 - 297.
- Husserl, E. (1986). *Phänomenologie der Lebenswelt*. Ausgewählte Texte Band II. Stuttgart: Reclam.
- ICN - International Council of Nurses (2010). *Definition of Nursing*. Internet: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>. Zugriff: 22.08.2011.

- Igl, G. & Deutscher Pflegerat e.V. (Hrsg.). (2008). Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit. Voraussetzungen und Anforderungen. München: Urban & Vogel GmbH.
- Juchli, L. (1991). Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Kämmer, K. & Entzian, H. (2008). Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- King, C. R. & Hinds, P. S. (Hrsg.). (2001). Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Kirkevold M. (2002). Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Bern: Verlag Hans Huber.
- Knigge-Demal, B. (1999). Förderung der professionellen Beziehungsfähigkeit in der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester und zum Kinderkrankenpfleger. Dissertation. Universität Osnabrück.
- Krohwinkel, M. (2008). Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranke. Fördernde Prozesspflege als System. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitserziehung, und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften. Handbuch für die Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz-Verlag. S. 176 - 203.
- Loffing, C. & Geise, S. (2005). Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege. Bern: Verlag Hans Huber.
- Orem, D. (1997). Strukturkonzepte der Pflegepraxis. 5. Auflage. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Otto U. & Bauer P. (2004). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen. In: Thiersch, H. & Grunwald, K. (Hrsg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim, München: Juventa. S. 195 - 212.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A., Helsper, W. (Hrsg.). Pädagogische Professionalität, Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt. S. 70 - 182.
- Oevermann, U. (1983). Hermeneutische Sinnrekonstruktion: Als Therapie und Pädagogik missverstanden, oder: Das notorische Strukturdefizit pädagogischer Wissenschaft. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hrsg.). Brauchen wir andere Forschungsmethoden? Beiträge zur Diskussion interpretativer Verfahren. Frankfurt am Main: Surkamp, S. 113 - 155.
- Riedel, A. (2007). Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-) Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg: Tectum Verlag.
- Robert Bosch Stiftung (1996). Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Materialien und Berichte 46. Gerlingen: Bleicher.
- Roper, N., Logen, W. & Tierney, A. J. (1980). The elements of nursing. Edingburgh: Churchill & Liningstone.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H. & Meleis, A. (Hrsg.). (1997). Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Schaeffer, D. (2002). Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. Pflege & Gesellschaft, 7. Jg., Nr.3. S. 73 - 79.

Schaeffer, D., Moers, M. & Hurrelmann, K. (2010). Public Health und Pflegewissenschaft - zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Bilanz nach 15 Jahren. In: Gerlinger, T., Kümpers, S.; Lenhardt, U. & Wright, M. T. (Hrsg.) Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock. Bern: Verlag Hans Huber. S. 75 - 92.

Schütz, A. (1932). Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Wien: Springer.

Schütz, A. & Luckmann, T. (1975). Strukturen der Lebenswelt. Darmstadt, Neuwied: Luchterhand.

Sieling, D. (2008). Kulturelle Identität in der Pflege. Fallverstehen und Regelwissen als Grundlage kultursensibler Kompetenz am Beispiel familiärer Strukturen von türkischen Migranten. Hamburg: Diplomica Verlag.

Statistisches Bundesamt (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004,property=file.pdf>. Abruf: 14.10.2011.

Statistisches Bundesamt (2011a). Entwicklung der Gesundheitsausgaben (nominal). Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/Nominal,templateId=renderPrint.psml>. Abruf: 14.10.2011.

Statistisches Bundesamt (2011b). Pflegestatistik 2009. Deutschlandergebnisse. Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004,property=file.pdf>. Abruf: 28.06.2011.

Thiersch, H. (2009). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 7. Auflage. Weinheim, München: Juventa.

Tönnis, M. (2000). Delegation und Durchführungsverpflichtung – Rechtliche Grundlagen und berufliche Verpflichtung. In: Pflege aktuell 5/2000. S. 290 – 292.

Weber, M. (1922). Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Kapitel IV, Stände und Klassen. Tübingen: Mohr Siebeck. Online (Open Library): <http://www.archive.org/stream/wirtschaftundges00webeuoft#page/n5/mode/2up>. Zugriff: 22.06.2011.

Wilkening, K. & Martin, M. (2003). Lebensqualität am Lebensende: Erfahrungen, Modelle und Perspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Band 36, Heft 5. S. 333 - 338. Steinkopf Verlag.

Literatur

WHO - World Health Organization. (1946). Übersetzte Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Internet:
http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/index.html. Abruf: 19.04.2011.

WHO - World Health Organization (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. Internet:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Abruf: 02.06.2010.

WHO - World Health Organization. (1990). Definition of Palliative Care. Internet:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Abruf: 22.08.2011.

WHO - World Health Organization, Division of Mental Health (1997). WHOQOL Measuring Quality of life. MNG/PSF/97.4. Genf. Internet:
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Abruf: 11.10.2011.

Rechtsquellenverzeichnis

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 27 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864).

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495).

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2300).

Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X) (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. August 1980, BGBl. I S. 1469 und Artikel 1 des Gesetzes vom 4. November 1982, BGBl. I S. 1450) in der Fassung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 05. August 2010 (BGBl. I S. 1127).