

utb.

Tiesmeyer | Schuhmacher

Pflege im Lebensverlauf

PFLEGE
studieren



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink · Paderborn

Brill | Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen – Böhlau · Wien · Köln

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto
facultas · Wien

Haupt Verlag · Bern

Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck · Tübingen

Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag · Tübingen

Psychiatrie Verlag · Köln

Ernst Reinhardt Verlag · München

transcript Verlag · Bielefeld

Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart

UVK Verlag · München

Waxmann · Münster · New York

wbv Publikation · Bielefeld

Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

Pflege studieren

Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Büscher

Karin Tiesmeyer • Birgit Schuhmacher

Pflege im Lebensverlauf

Mit 17 Abbildungen und 8 Tabellen

Mit Onlinematerial

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Karin Tiesmeyer* ist Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie lehrt und forscht im Fach „Angewandte Pflegewissenschaft“ an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum.

Prof. Dr. *Birgit Schuhmacher* ist Soziologin. Sie vertritt den Bereich Sozialwissenschaften mit dem Schwerpunkt „Anwendung sozialwissenschaftlicher Themen auf pflege- und gesundheitsbezogene Arbeitsfelder“ an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

UTB Bandnr 5930

ISBN 978-3-8252-5930-3 (Print)

ISBN 978-3-8385-5930-8 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-8463-5930-3 (EPUB)

© 2022 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Cover unter Verwendung einer Grafik von [iStock.com](https://www.iStock.com) / Pablo Stavnichuk

Satz: FELSBURG Satz & Layout, Göttingen

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort

1 Einleitung

2 Lebens(ver)lauf, Lebensphasen und Sozialisation

- 2.1 Ein lebensphasenbezogenes Pflegeverständnis
 - 2.1.1 Die Generalistik in der Pflegeausbildung
 - 2.1.2 Lebensphasenorientierung in der Pflege
- 2.2 Lebensphasen zwischen individueller Gestaltung und sozialen Erwartungen
- 2.3 Pflege- und gesundheitsrelevante Sozialisationsprozesse
 - 2.3.1 Pflege als funktionierendes System
 - 2.3.2 Pflege als komplexe Aushandlung
 - 2.3.3 Gesundheit als Entwicklungsaufgabe
 - 2.3.4 Subjektive Gesundheit als Ergebnis von Sozialisation

3 Pflege in sozialen Kontexten

- 3.1 Familie als exklusive Gemeinschaft
 - 3.1.1 Begriffsklärung: Familie
 - 3.1.2 Mitgliedschaft
 - 3.1.3 Doing Family
- 3.2 Lebenswelt und Alltag als Ressource

- 3.3 Organisationen der Pflege
 - 3.3.1 Strukturmerkmale von Organisationen
 - 3.3.2 Pflegeorganisationen
- 3.4 Soziale Ungleichheit und Biografie

4 Kindheit und Jugend

- 4.1 Lebensphasen Kindheit und Jugend
 - 4.1.1 Kindheit
 - 4.1.2 Jugend
 - 4.1.3 Entwicklung in den Lebensphasen Kindheit und Jugend
 - 4.1.4 Soziale Lage - Ungleiche Kindheiten
- 4.2 Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen
- 4.3 Kindheit / Jugend und Pflege in der Familie
- 4.4 Kindheit / Jugend und Pflege in der Lebenswelt
- 4.5 Kindheit / Jugend und Pflege in Organisationen

5 Erwachsenenalter

- 5.1 Lebensphase Erwachsenenalter
 - 5.1.1 Junges Erwachsenenalter
 - 5.1.2 Mittleres Erwachsenenalter
 - 5.1.3 Soziale Lage
- 5.2 Gesundheit und Krankheit im Erwachsenenalter
- 5.3 Erwachsene und Pflege in der Familie
- 5.4 Erwachsene und Pflege in der Lebenswelt
- 5.5 Erwachsene und Pflege in Organisationen

6 Alter und Hochaltrigkeit

- 6.1 Lebensphase Alter
 - 6.1.1 Altersgrenzen
 - 6.1.2 Alter(n) und Biografie

- 6.1.3 Theoretische Perspektiven auf Alter und Pflege
- 6.1.4 Soziale Lage im Alter
- 6.2 Gesundheit und Krankheit von alten Menschen
- 6.3 Alter und Pflege in der Familie
- 6.4 Alter und Pflege in der Lebenswelt
- 6.5 Alter und Pflege in Organisationen

7 Schlussbetrachtung

Literatur

Sachregister

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Folgende Icons werden im Buch verwendet:



Zusammenfassung



Definition



Übungs- und Reflexionsaufgabe



Beispiel



Merksatz



Literatur- und Websiteempfehlungen

Das Onlinematerial enthält Reflexionsaufgaben und Zusatzmaterial, das passwortgeschützt ist. Das Passwort findet sich in diesem Buch auf S. 257. Zusätzlich zum Buch gibt es ein themenspezifisches Video, das unter https://www.reinhardt-verlag.de/55387_tiesmeyer_pflege_im_lebensverlauf/ zu finden ist.

Vorwort

Pflege befasst sich mit Menschen, deren individuelle Selbständigkeit aufgrund von Krankheit, Behinderung oder anderer gesundheitlicher Problemlagen beeinträchtigt ist. Die Auswirkungen unterschiedlicher Krankheiten und der sich daraus ergebende Bedarf an pflegerischer Unterstützung sind vielfach beschrieben. Weniger Beachtung hat bislang gefunden, dass Fragen von Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit immer eingebettet sind in eine individuelle Lebenssituation. Diese ist Teil einer Phase im Lebensverlauf, die mit jeweils eigenen Entwicklungs- und Sozialisationsherausforderungen einhergeht. Die Lebensphase Kindheit ist mit anderen Fragen verbunden als das Erwachsenenalter. Jugendliche setzen sich mit anderen Dingen auseinander als alte Menschen. Die Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit findet vor dem Hintergrund der verschiedenen Lebensphasen statt. Diese sind nicht allein dafür maßgeblich, aber sie haben einen erheblichen Einfluss.

In dem vorliegenden Band vermitteln Karin Tiesmeyer und Birgit Schuhmacher Grundlagen für ein lebensphasenorientiertes Pflegeverständnis. Sie zeigen die Bedeutung der Lebensphasen im Lebensverlauf auf und verdeutlichen, dass ein Verständnis dafür einen wichtigen Beitrag zu einer bedarfsorientierten Pflege leistet. Sie zeigen Charakteristiken der einzelnen Lebensphasen auf und verdeutlichen lebensphasenspezifische Aspekte von

Gesundheit und Krankheit. Ein wichtiger Beitrag des Buches besteht darüber hinaus darin, dass verschiedene soziale Kontexte wie Familie, Lebenswelt und Alltag oder Organisationen der Pflege aufgegriffen und in ihrer Bedeutung für die Gestaltung von Pflegeprozessen erläutert werden.

Nach der Veröffentlichung der Bände „Ethik in der Pflege“ und „Qualität in der Pflege“ ist der Band „Pflege im Lebensverlauf“ der dritte Band in der Lehrbuchreihe „Pflege studieren“. Die Autorinnen greifen in ihrem Vorwort eine vielfach geäußerte Kritik der generalistischen Pflegeausbildung auf, nach der sich die Integration der vormaligen Ausbildungen in der Altenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Sinne eines Kompetenzverlustes bemerkbar machen würde. Dem setzen die Autorinnen den Gedanken gegenüber, dass nicht die Konzentration auf eine Altersspanne mit erhöhter Kompetenz einhergeht, sondern das Verständnis unterschiedlicher Lebensphasen und der damit verbundenen Charakteristiken, Herausforderungen und gesundheitsbezogenen Aspekte.

Das Pflegeberufegesetz sieht neben der fachschulischen Ausbildung ein Hochschulstudium mit einem Bachelorabschluss als Qualifikation für eine Tätigkeit in der Pflege vor. Bereits seit einigen Jahren gibt es unterschiedliche Studiengänge, die für eine Berufstätigkeit in der Pflege qualifizieren. Das Pflegeberufegesetz legt die Kompetenzen fest, die im Rahmen einer hochschulischen Pflegeausbildung vermittelt werden sollen. Dazu zählen:

- komplexe Pflegeprozesse bei Menschen aller Altersstufen wissenschaftsbasiert steuern und gestalten zu können;
- vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft und des gesellschaftlich-institutionellen Rahmens des pflegerischen Handelns

anwenden und dadurch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung mitgestalten zu können;

- Forschungsgebiete der Pflege erschließen und forschungsgestützte Problemlösungen und neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können;
- sich kritisch-reflexiv and analytisch sowohl mit theoretischem wie auch praktischem Wissen auseinandersetzen und wissenschaftsbasierte Lösungsansätze zur Verbesserung der Pflege entwickeln und implementieren zu können und
- an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten mitwirken zu können.

Die Bände der Reihe „Pflege studieren“ fördern gezielt die Kompetenzen in diesen Bereichen. Sie bieten die Möglichkeit zu einer theoretisch-wissenschaftlichen Vertiefung und schlagen die Brücke zu daraus resultierenden Fragen der Pflegepraxis. Sie sind darauf ausgerichtet, gute Begleiter durch das Pflegestudium zu sein. Sie eignen sich aber auch für diejenigen, die sich im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Fragen der Weiterentwicklung der Pflege befassen. Weitere Bände werden sich mit folgenden Themen befassen:

Case Management, Beratung und Kommunikation in der Pflege, Bezugswissenschaften in der Pflege, Grundlagen der Pflegepraxis, Pflegeforschung, Recht in der Pflege, Pflege im Gesundheitssystem und Handlungsfelder in der Pflege

1 Einleitung

Das Thema der Pflege in verschiedenen Lebensphasen hat seit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in Deutschland im Januar 2020 viel Aufmerksamkeit erhalten. Kritische Stimmen, die einen Kompetenzverlust in der Pflege von Kindern und alten Menschen befürchten, sind seither nicht verstummt.

Wie soll also eine Pflege aller Lebensalter agieren? Auf der Basis von pflegerischen Tätigkeiten, die als lebensphasenunabhängig charakterisiert werden können, gilt es, *lebensphasenspezifisches* mit *lebensphasenübergreifendem* Wissen und den entsprechenden Kompetenzen zu verknüpfen. So muss zum Beispiel die professionelle Pflege im häuslichen Umfeld häufig zwei oder mehr Generationen in ein Pflegearrangement einbinden. Der Pflegebedarf eines Kindes, einer chronisch kranken Erwachsenen, eines unterstützungsbedürftigen Menschen im Alter äußert sich entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstand und der alterstypischen sozialen Rollen, Aufgaben und institutionellen Zugehörigkeiten. Aber nur einer lebensphasenübergreifend orientierten Pflege gelingt es, die individuelle, sozial und kulturell unterschiedlich geprägte Biografie und den lebensweltlichen Kontext der Patient*innen zu erkennen, aufzugreifen und in der konkreten Pflegesituation zu reflektieren.

Das Lehrbuch klärt Begriffe wie Lebensverlauf, Biografie, Lebensphase und Sozialisation und schafft so ein theoretisches Fundament für empirische Daten zur Pflege von Menschen aller Lebensalter. Ebenfalls finden die sozialen Kontexte Beachtung, die im Laufe des Lebens durchlaufen werden: Die Familie, die Lebenswelt und Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens, die den Rahmen der professionellen Pflege bilden.

Dabei kann das Lehrbuch nur einen ersten Überblick geben, denn sowohl zu den hier vorgestellten soziologischen, psychologischen und gerontologischen Theorien als auch zu jeder Lebensphase existiert eine Fülle von wissenschaftlicher Literatur. Einzelne Aspekte konnten deshalb nicht in der gebotenen Tiefe und Differenziertheit bearbeitet werden, so zum Beispiel die Bedarfe, die die Interkulturalität von pflegebedürftigen Menschen aller Lebensalter mit sich bringt.

Die [Kapitel 2](#) und [3](#) des Lehrbuchs legen die begrifflichen und theoretischen Grundlagen, während in den Folgekapiteln die Lebensphasen Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter und Alter vorgestellt werden. Dabei werden anhand historischer Hintergründe und empirischer Daten die typischen Merkmale jeder Lebensphase und die Herausforderungen, die sich daraus für die Pflege ergeben, dargestellt. Jedes Kapitel kann für sich mit Gewinn gelesen werden, aber vielfach wird auf übergreifende Zusammenhänge und Bezüge hingewiesen. So setzen sich Entwicklungen der Erwachsenenphase im Alter fort, und typische Bewältigungsmuster von Krankheit treten nicht nur in der Kindheit, sondern ähnlich auch im Erwachsenenalter auf. Die Kapitel zu Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter und Alter sind analog aufgebaut, gehen aber in einzelnen Abschnitten auf die Besonderheiten jeder Lebensphase ein.

In allen Kapiteln finden sich Übungs- und Reflexionsaufgaben, die in Eigenarbeit oder im Kontext der Lehre bearbeitet werden können. Beispiellösungen finden

sich im Zusatzmaterial auf der Internetseite des Verlags. Dort sind auch vertiefende und ergänzende Informationen platziert, die im knappen Format des Lehrbuchs keinen Platz mehr gefunden haben.

2 Lebens(ver)lauf, Lebensphasen und Sozialisation



In diesem Kapitel wird zunächst ein Einstieg in das Verständnis einer generalistischen Pflege gegeben ([Kap. 2.1](#)) bevor in [Kap. 2.2](#) die theoretischen Konzepte Lebens(ver)lauf, Biografie und Lebensphase erläutert werden. [Kap. 2.3](#) thematisiert den Prozess der Sozialisation als lebenslange Auseinandersetzung der Individuen mit ihrem sozialen Umfeld. Dabei besteht das soziale Umfeld der Pflege aus fest vorgegebenen, quasi unveränderlichen Rahmenbedingungen ([Kap. 2.3.1](#)), aber auch aus Situationen, die flexibel gestaltet werden können ([Kap. 2.3.2](#)). Die Individuen entwickeln im Sozialisationsprozess eine gesundheitsbezogene Identität ([Kap. 2.3.4](#)).

Menschen sind von Geburt an auf Pflege angewiesen und im Verlauf ihres Lebens kann Pflegebedarf erneut in vielfältiger Hinsicht auftreten. Abhängig von der Lebensphase, vom Gesundheitszustand und von funktionalen Beeinträchtigungen benötigen Menschen mehr oder weniger Pflege im Alltag, zum Beispiel bei der Körperpflege und insbesondere in Krankheitsphasen.

Die generalistische Pflegeausbildung wird dieser engen Verschränkung von Pflege und Lebensverlauf gerecht. Aber was bedeutet es, die Pflege in den verschiedenen Lebensphasen in den Blick zu nehmen? Gibt es so etwas wie eine lebensphasenübergreifende Pflege? Welche Bedeutung haben die biografischen Erfahrungen der pflegebedürftigen Person? Damit stellt sich auch die Frage, wie die Begriffe Lebensverlauf, Biografie und Lebensphase definiert werden

und wie sie sich unterscheiden. Die Antworten auf diese Fragen bestimmen maßgeblich darüber, wie Pflegeprozesse von den Beteiligten erlebt und von den Patient*innen bzw. Bewohner*innen mitgestaltet werden.

2.1 Ein lebensphasenbezogenes Pflegeverständnis

2.1.1 Die Generalistik in der Pflegeausbildung

Was unter Pflege verstanden wird, ist eng mit gesellschaftlichen Entwicklungen verknüpft und unterliegt dementsprechend einem ständigen Wandel. Dieser spiegelt sich in der Ausgestaltung und gesetzlichen Verankerung von Pflege sowie in der Pflegeausbildung wider. Eine der zentralen Neuerungen des Pflegeberufgesetzes (PflBG), das seit dem 25.07.2017 in Deutschland stufenweise in Kraft getreten ist, betrifft die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung, deren Abschluss zur Pflege von Menschen jeden Lebensalters befähigt. Hier stellt sich die Frage, welches Verständnis von Pflege dieser generalistischen Orientierung zugrunde liegt – im Unterschied zur bis dahin getrennten Ausbildung in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Kinderkrankenpflege.

Bis Mitte des 19. Jahrhunderts, das „gemeinhin als Geburtsstunde der freiberuflichen Pflege gilt“ ([Steppe 1994](#), 43 f.), liegt die Hauptverantwortung für die Pflege von Kindern sowie kranken, behinderten oder älteren Erwachsenen bei der Familie und dort vor allem bei den weiblichen Familienmitgliedern ([Seltrecht 2016](#), 503 f.). Seit der Antike werden aber auch schon Hospize betrieben, die aus caritativen Motiven alte, kranke, behinderte und arme Menschen versorgen. In der frühen Neuzeit wurden diese Einrichtungen zahlreicher und größer: So existierten um 1700 in Frankreich über 100 sogenannte „allgemeine Krankenhäuser“ (hôpital général), die als Anstalten gleichermaßen für arme, chronisch kranke, geistig oder

körperlich beeinträchtigte Menschen wie auch für Bettler, Diebe, Prostituierte und alleinerziehende Mütter dienten. Michel Foucault spricht hier vom „großen Einschließen“, was deutlich macht, dass die stationären Einrichtungen weniger der Heilung oder einer angemessenen Versorgung dienten, sondern vor allem der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung durch Exklusion von „störenden“ Mitglieder der Gesellschaft ([Schuhmacher 2018](#), 38). Entsprechend war die nicht-familiäre Pflege entweder eine schlecht bezahlte, wenig angesehene Aufsichtstätigkeit als Krankenwärter*in, oder aber eine gänzlich unbezahlte, meist christlich motivierte, vor allem von Frauen übernommene Aufgabe ([Steppe 1994](#), 44).

Im 18. Jahrhundert differenzierten sich diese Anstalten nach ordnungspolitischen, sozialen, pädagogischen und medizinischen Gesichtspunkten aus: Es entstanden Arbeitshäuser, Heil- und Erziehungsanstalten, Psychiatrien, Altenheime und Krankenhäuser. Der Trennung der Institutionen folgend spaltete sich die **Altenpflege** als eine eigenständige Tätigkeit von der Krankenpflege ab. Die Altenpflege wurde weiterhin fast ausschließlich caritativ, ehrenamtlich und unbezahlt erbracht, zum Beispiel durch Ordensschwwestern oder bürgerliche (Ehe-)Frauen ([Seltrecht 2016](#), 504). Diese enge Anbindung der Altenpflege an die Familie und das Ehrenamt besteht bis heute fort: So werden im Jahr 2019 80 % der älteren, pflegebedürftigen Menschen von ihren Angehörigen unterstützt und gepflegt ([Destatis 2020a](#), 18). Im Sozialgesetzbuch XI, das die Bestimmungen zur Pflegeversicherung enthält, wird die Orientierung auf Familie und Ehrenamt in § 3 ausdrücklich gestärkt:

§ 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. [...]

Für die professionelle Altenpflege heute bedeutet dies, dass sie einerseits mit einem hohen Grad an Selbstständigkeit Pflegeprozesse plant, durchführt und verantwortet (eine Ausnahme bildet die ärztlich angeordnete Behandlungspflege). Andererseits bleibt der Deutungsanspruch über die Pflege vor allem im häuslichen Bereich im Zusammenspiel mit Ehrenamt und Angehörigen umstritten. Die Pflegetätigkeit wird weniger als berufliche und spezifische, sondern eher als alltagsnahe, handlungspraktische und entgrenzte Arbeit verstanden. Steppe (1994, 48) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Zuständigkeit für alles und alle“.

Der Bedarf an beruflicher **Krankenpflege** wuchs im 19. Jahrhundert durch die Fortschritte in der Medizin, durch häufige, kriegsbedingte Verletzungen und durch den Zerfall familiärer Strukturen in den großen Städten der industrialisierten Gesellschaft. Krankenhäuser wie die Berliner Charité, kirchliche Organisationen wie Caritas oder Diakonie, Frauenvereine und das Rote Kreuz etablierten die ersten Ausbildungsgänge für „Krankenwartung“ auf Basis von Lehrbüchern, die von Ärzten verfasst wurden. Im Jahr 1907 schließlich wird die staatliche Prüfung für die Pflegeausbildung eingeführt. Obwohl das Qualifizierungsniveau der Krankenpflege durch diese Maßnahmen angehoben wird, erfährt der Pflegeberuf eine Deprofessionalisierung. Grund hierfür ist eine Neuordnung im Verhältnis von Medizin und Pflege: Während die Pflege bis in das 18. Jahrhundert in den Einrichtungen der Krankenpflege hauptverantwortlich tätig war, kommt es durch ein Gesetz aus dem Jahr 1852,

„[...] das einen einheitlich universitär ausgebildeten ‚praktischen Arzt, Wundarzt oder Geburtshelfer‘ vorschrieb [...] zu einem Machtwechsel zwischen der Pflege und der Medizin in der Leitung von Krankenhäusern [...]“ (Seltrecht 2016, 504).

Dieser Machtwechsel geht zum einen mit der Zuschreibung der Pflege zum weiblichen, im **Geschlechterverhältnis** untergeordneten Aufgabenbereich einher. Die Medizin bleibt den Männern vorbehalten, was mit charakterlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern begründet wird. Zum anderen wird die Pflege als nicht-wissenschaftliche Hilfstätigkeit klassifiziert, die im Unterschied zur wissenschaftlich begründeten medizinischen Heilkunst auf begrenzte, spezialisierte und operative, also konkret handlungspraktische Kompetenzen beschränkt bleiben muss. Der Ausschluss der Pflege aus der akademischen Ausbildung und aus einer wissenschaftlichen Fundierung wird von Seiten der Medizin aktiv betrieben. So beschreibt ein Lehrbuch aus dem Jahr 1917 die Rolle und Aufgabe der Krankenpflegerin folgendermaßen:

„Sie ist die unentbehrliche und geschätzte Hilfskraft des behandelnden Arztes und seiner Stellvertreter [...] Er muss von der Pflegerin verlangen, daß sie seine Verfügungen kritiklos und unbedenklich nach den Regeln der Wissenschaft und der Schule präzise durchführt und sich durch nichts in der Durchführung beirren lässt [...]“ (Bum 1917; zit. nach [Steppe 1994](#), 46).

Mit dem Fehlen einer wissenschaftlichen Basis und der handlungspraktischen Ausrichtung der Pflege wird auch deren Spezialisierung nach Lebensphasen begründet:

„Der Heilkünstler [hier: Arzt, d. Verf.innen] ist in der Lehre nicht theilbar [sic!] [...] Das heildienende Personal ist nicht wissenschaftlich, folglich schon in seiner ersten Anlage theilbar [...] Es wird entweder den Krankheiten entsprechen (Krankenwärter) oder den Geburten (Hebammen) [...]“ (Schmidt 1846, zit. nach [Steppe 1994](#), 46).

Der Grundstein für die Spezialisierung in eine Kranken- und eine Kinderkrankenpflege wird also gelegt, in dem die Pflege als „weibliche“ Hilfstätigkeit den fachlichen Spezialisierungen der „männlichen“ Medizin zugeordnet wird. Im Unterschied zur Medizin wird der Pflege aber keine eigenständige

akademische Grundlagenausbildung zugestanden. Die geschlechtsspezifische Konnotation der beiden Berufe stellt zwar nicht die Ursache der Spezialisierung in drei unterschiedliche Pflegeausbildungen dar, aber sie festigt das hierarchische Verhältnis zwischen Pflege und Medizin.

Im Jahr 1907 wurde analog zur Krankenpflege die staatliche Prüfung zur Säuglingsschwester eingeführt ([Seltrecht 2016](#), 505). Die Pflegeausbildung war im 20. Jahrhundert dennoch zunächst einer weiteren Deprofessionalisierung unterworfen, indem 1920 die Zulassungsvoraussetzung für die Pflegeausbildung auf den Volksschulabschluss abgesenkt und 1938 die Ausbildungszeit von 24 auf 18 Monate reduziert wurde ([Seltrecht 2016](#), 505). Erst das bundesdeutsche Krankenpflegegesetz von 1957 und die seit 1958 entstehenden bundesländerspezifischen Regelungen zur Altenpflegeausbildung treten diesem Trend zur Deprofessionalisierung entgegen. Seit den 1990er Jahren wird eine stärkere **Akademisierung** der Pflege durch Modellstudiengänge angestrebt, erneut gegen den zum Teil erheblichen Widerstand aus der Ärzteschaft ([Seltrecht 2016](#), 501). 2012 empfiehlt der Wissenschaftsrat für die Pflege eine Akademisierungsquote von 10–20 % ([Wissenschaftsrat 2012](#), 85), die in dieser Höhe immer noch deutlich unter der, anderer europäischer Länder liegt (Niederlande: 44 %, Großbritannien und Schweden: 100 %; [Lehmann et al. 2019](#), 76, 102, 135).

Die **generalistische - berufliche oder akademische - Pflegeausbildung** schließlich überwindet die Engführung auf lebens- oder zielgruppenspezifische Aspekte der Pflege. Stattdessen erfahren zukünftig Pflegenden eine wissenschaftlich fundierte Grundlagenausbildung, bevor sie sich fachlich spezialisieren. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass die Pflege von Menschen in unterschiedlichsten Pflege- und Lebenssituationen sowie in verschiedenen institutionellen Versorgungskontexten nur geleistet werden kann, wenn sie pflege- und bezugswissenschaftlich fundiert

ist (§ 5 Abs. 1, 2 PflBG). Pflegerisches Handeln legitimiert sich demnach nicht nur durch medizinisches Wissen, sondern maßgeblich durch Evidenz, die in der Pflegeforschung und in pflegerelevanten Disziplinen, wie zum Beispiel der Entwicklungspsychologie oder der Soziologie, gewonnen wird. Nur einer lebensphasenübergreifend orientierten Pflege kann es gelingen, die sozial, kulturell und religiös unterschiedlichen Lebenswelten und Lebensverläufe der Patient*innen wahrzunehmen und aufzugreifen. Sowohl die Pflege von Kindern und Jugendlichen als auch die Pflege alter Menschen benötigt grundlegende Kenntnisse darüber, wie deren Lebensverläufe aussehen, welchen Erwartungen sie sich gegenübersehen und welche Aufgaben in den jeweiligen Lebensabschnitten zu bewältigen sind. Wechselwirkungen im Verhalten zwischen den Generationen, Bedürfnisse, die sich aus unterschiedlichen Zukunftshorizonten und Vergangenheitsressourcen der Patient*innen ergeben, können auf Basis einer lebensphasenübergreifenden Pflegeausbildung analysiert und gewinnbringend im Pflegeprozess thematisiert werden. Pflege als Koproduktion, also als von den Patient*innen und Pflegenden gemeinsam erbrachte gesundheitliche und soziale Dienstleistung, erfordert dabei insbesondere die Achtung vor der Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen und ihren biografisch geprägten Erfahrungen.

Dieses, auch hier vertretene, Pflegeverständnis bildet sich in den für die generalistische Ausbildung maßgeblichen Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG ab. Es hebt nicht nur auf eine Pflege von Menschen aller Altersstufen ab, sondern auch auf die wissenschaftliche und ethische Begründung des professionellen Handelns. Professionelles Pflegehandeln umfasst dabei die „Gesundheitsförderung und Prävention, [...] Kuration und Rehabilitation bis zur Palliation“ ([Fachkommission 2020](#), 7). Pflegefachkräfte verantworten in diesen Bereichen die ihnen vorbehaltenen Aufgaben gemäß PflBG § 5 Abs. 3:

- Feststellung des Pflegebedarfs,
- Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

2.1.2 Lebensphasenorientierung in der Pflege



Fallbeispiel: Vorbereitung auf einen diagnostischen Eingriff

Frau Renners sitzt im Aufnahmerraum des Brustzentrums der Klinik Neuhausen. Gerade ist die junge Frau hinausgegangen, die das Aufnahmegespräch und das Vorbereitungsgespräch für die Operation mit ihr führen wollte. Den Namen hat Frau Renners sich so schnell nicht gemerkt. Es erscheint so unwirklich, hier zu sitzen. Es riecht nach Desinfektionsmittel, immer wieder dringen Piep- und Klingelgeräusche von außen herein, schnelle Schritte, die an der Tür vorbeilaufen. Draußen scheint die Sonne.

Das gestrige Gespräch mit ihrer Tochter kommt Frau Renners in den Sinn. Lara hatte sich so gefreut, dass die Abi-Klausuren vorbei sind und ein neuer Lebensabschnitt beginnt. Zusammen wollten sie diesen beginnen, wo sie selbst doch gerade die Weiterbildung zur Bürokauffrau abgeschlossen hatte. Und jetzt das! Sie hatte sich nicht getraut, ihrer Tochter zu sagen, dass es auch Krebs sein könnte. Eine Routineuntersuchung hatte sie ihr gesagt.

Trauer und Angst steigen in Frau Renners hoch: Sie war nur etwas älter als Lara gewesen, als ihre Mutter starb. Die Hochzeit hatte ihre Mutter noch miterlebt, aber die Geburt ihrer Enkelin nicht mehr, dabei hatte sie sich das so sehr gewünscht. Sie selbst hatte sich damals so verloren gefühlt, obwohl sie schon Mitte zwanzig war. Wie lange ist das jetzt her und trotzdem erscheint es ihr jetzt so nah. Diese permanente Angst, dass ihre Mutter es nicht schaffen würde. Ihr Ex-Mann war damals so hilflos gewesen, bis spät abends hatte er immer in seinem Büro gearbeitet. Heute weiß sie, dass er Angst hatte nach Hause zu kommen, doch damals ... Irgendetwas war damals kaputtgegangen, das hatte sie aber erst viel später gemerkt.

Doch wie gut, dass Julian die Woche bei seinem Vater ist, so musste sie nicht viel erklären. Wenigstens da keine falschen Worte. Ein Lächeln huscht über Frau Renners Gesicht: Julian, ihr stürmischer Sohn, der gerade von seiner großen Fußballkarriere träumt. Mit seinen 10 Jahren liegt der Weg zum Profi-Fußballer in der Bundesliga schon klar vor ihm. Völlig undenkbar, dass Wege auch anders verlaufen können.

Die Tür öffnet sich, Frau Renners zuckt zusammen – wo ist sie bloß mit ihren Gedanken?

Versetzen Sie sich einmal in die Situation der Pflegefachkraft, die in den Raum hereinkommt. Das pflegerische Aufnahmegespräch und das Gespräch zur OP-Vorbereitung sind Routine-Aufgaben. Täglich werden Menschen in der Klinik zur weiteren Diagnostik aufgenommen.



Reflexionsaufgabe: Bevor Sie weiterlesen, schreiben Sie die Lebensdaten von Frau Renners, die voraussichtlich auf einem Aufnahmebogen aufgenommen werden müssen, auf.

Die Aufnahme beinhaltet unter anderem die Einschätzung des Pflegebedarfs sowie eine Blutdruck-, Puls- und Gewichtskontrolle. Die Patient*innen werden über den Ablauf des Eingriffs, zum Beispiel eine Biopsie oder eine Operation, informiert. Dies sind Maßnahmen, die sich zunächst auf den unmittelbar bevorstehenden Eingriff beziehen und unabhängig von der jeweiligen Lebenssituation der Patient*innen, aber für die sichere Durchführung der Narkose und der Operation wichtig sind. Bereits in der Vorbereitung auf einen Eingriff werden aber auch biografische Daten und Vorerfahrungen erhoben. Hierzu gehört u. a. das Alter, weil zum Beispiel zu klären ist, ob eine Schwangerschaft bestehen könnte. Erfahrungen mit ähnlichen Eingriffen oder anderen Operationen sind relevant, da sie Ängste verstärken oder auch verringern können.

Anhand des Beispiels zeigt sich ebenfalls, dass mit Blick auf den geplanten Eingriff und auf eine mögliche weitere Behandlung nicht nur das Lebensalter, sondern auch die Lebensphase, in der sich der/die Patient*in befindet, für die weitere pflegerische Begleitung von Bedeutung ist.



Reflexionsaufgabe: Schauen Sie noch einmal auf das Fallbeispiel und notieren Sie, was das Leben von Frau Renners momentan kennzeichnet. Welche Aufgaben, welche Verantwortung und welche Wünsche oder Ziele hat sie vermutlich?

Im Verlauf einer möglicherweise anstehenden weiteren Behandlung hat die Lebensphase einen wichtigen Einfluss auf den Bedarf an Begleitung und Unterstützung. Hat die Patientin bereits Kinder oder wünscht sie sich welche? Wie ist die familiäre Situation? Gibt es minderjährige Kinder oder pflegebedürftige Angehörige, die zu versorgen sind? Welche Familienangehörigen brauchen möglicherweise weitere Beratung und Unterstützung? Und wie stellt sich die berufliche Situation dar, ist die Patientin finanziell abgesichert? Das sind nur einige Aspekte, die für die Pflege und Begleitung von Patient*innen von Bedeutung sind, insbesondere, wenn sich nach der Diagnostik eine langwierige Therapie oder eine Phase gesundheitlicher Beeinträchtigung anschließt. Dann erhalten viele pflegerische Interventionen, wie die (eigentlich lebensphasenunabhängigen) Maßnahmen der Vorbereitung auf eine Operation, eine Bedeutung, die eng mit der jeweiligen Lebensphase verbunden ist.



Reflexionsaufgabe: Welche generationsübergreifenden Aspekte, die eventuell für die pflegerische Begleitung bei der Diagnose einer Brustkrebserkrankung von Bedeutung sein können, erkennen Sie in dem Fallbeispiel?

Anhand der Gedanken von Frau Renners stellt sich die Frage, ob bereits ihre Mutter an einer Brustkrebserkrankung gestorben ist und ob es sich hierbei möglicherweise um eine genetische Disposition handelt. Dies hätte wiederum auch Folgen für die Tochter. Zugleich hat Frau Renners ihre Mutter begleitet, sie hat deren Umgang mit der Erkrankung erlebt

und vermutlich bestimmte Wertvorstellungen verinnerlicht, da diese häufig von Generation zu Generation weitergegeben werden. Hierzu gehören normative Vorstellungen, wie zum Beispiel die Idee, dass Kinder vor negativen Erfahrungen geschützt werden müssen und daher nicht offen mit ihnen über Krankheit gesprochen werden sollte. Aber auch religiöse oder kulturell geprägte Überzeugungen, die den Umgang mit Krankheit oder gesundheitlicher Beeinträchtigung mitbestimmen, sind von Bedeutung.

Am Beispiel von Frau Renners wird deutlich, dass sich in **biografischen Erzählungen** Daten identifizieren lassen, die für eine pflegerische Begleitung in unterschiedlicher Weise von Bedeutung sind. Diese beziehen sich

1. auf relevante Daten des Lebenslaufs,
2. auf die Identifizierung der spezifischen Lebensphase sowie
3. auf die Bedeutung von lebensphasen- und generationsübergreifenden Aspekten.

Zu den Pflegesituationen, die eine situative pflegerische Unterstützung erfordern und auf handlungspraktischer Ebene angesiedelt sind, gehört zum Beispiel die Versorgung nach einem operativen Eingriff, die mit Maßnahmen der Überwachung und Prävention verbunden ist. Pflegerische Maßnahmen erfordern hier spezifisches krankheitsbezogenes Wissen und Handlungskompetenzen, die sich auf konkrete Phänomene, wie die Umsetzung des Schmerz- oder Wundmanagements, beziehen. Ohne Bezug zum jeweiligen Lebensalter sind diese Aspekte zunächst lebensphasenunabhängig für die postoperative Pflege aller Menschen zutreffend.

Schnell wird anhand des Beispiels jedoch auch deutlich, dass selbst in Bezug auf die zeitlich eng begrenzte

postoperative Situation eine bedarfsgerechte Pflege nicht völlig unabhängig vom jeweiligen Lebensalter gestaltet werden kann. Dies gilt, weil bestimmte Risikofaktoren in Abhängigkeit vom Alter zu beachten sind. Auch biografische Vorerfahrungen sind mit Blick auf das Schmerzmanagement relevant. Aber nicht nur das Lebensalter, sondern auch die jeweilige Lebensphase ist hier von Bedeutung. Zwar sind Lebensphasen teilweise eng an das biologische Alter gebunden, wie zum Beispiel die Säuglings- oder Kleinkindphase, zugleich zeigt sich aber anhand des Beispiels von Frau Renners, dass Lebensphasen durch weitere Merkmale (mit)bestimmt sind. Ein solches Merkmal ist die Eingebundenheit in familiäre Strukturen oder Handlungsmuster (im Beispiel: die Neuorientierung nach der Familienphase). Die Lebensphasen beeinflussen das Erleben von und den Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen. Sie haben damit ebenfalls unmittelbar Einfluss auf die pflegerische Begleitung, die **lebensphasenspezifisch** auf die Bedürfnisse der Person ausgerichtet sein muss.

Das Beispiel von Frau Renners verdeutlicht zudem, dass der Umgang mit (potenziellen) gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Vorerfahrungen und familiäre Prägungen beeinflusst ist. Mit der Familie entsteht ein Sozialisationskontext, in dem sich personale Identität und Autonomie sowie ein Verweisungszusammenhang von milieutypischen Selbstverständlichkeiten entwickelt ([Hildenbrand 2005](#), 12). Im Rahmen der Familie wird dadurch eine spezifische Welt(-auffassung) konstruiert, die **lebensphasen- und generationsübergreifend** auch den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit Abhängigkeit und Selbstständigkeit prägt und sich so auf den Bedarf an pflegerischer Unterstützung auswirkt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Pflege nicht losgelöst vom biologischen Alter, von biografischen Vorerfahrungen, dem Lebensverlauf und der jeweiligen

Lebensphase gesehen werden kann. Umso wichtiger ist es daher, eine begriffliche Klärung vorzunehmen und diese Zusammenhänge vor dem Hintergrund theoretischer Erkenntnisse genauer zu betrachten.



Überprüfen Sie Ihr Wissen! Wie unterscheiden sich lebensphasenunabhängige, lebensphasenspezifische und lebensphasenübergreifende Pflege?

2.2 Lebensphasen zwischen individueller Gestaltung und sozialen Erwartungen

Es ist eine grundlegende Tatsache, dass das Leben jedes Menschen innerhalb einer gewissen Zeitspanne verstreicht. Der sich in dieser Zeitspanne abspielende Lebensverlauf lässt sich aus verschiedenen Perspektiven betrachten: Die **Außenperspektive** bezieht sich auf den Lebensverlauf anderer Menschen, im vorigen Fallbeispiel ist das die Sicht der Pflegekraft auf Frau Renners. Die nach **innen gerichtete Perspektive** nimmt in einer Rückschau den Verlauf des eigenen Lebens in den Blick, wie es im Fallbeispiel Frau Renners Gedanken zeigen. Auch methodisch zeigen sich Unterschiede bei der Betrachtung von Lebensverläufen: Es kann sich um eine in Formularen oder Tabellen standardisierte Aufzählung von Daten und Fakten handeln, wie im Fallbeispiel die für den bevorstehenden Eingriff relevanten Daten zum Alter von Frau Renners oder den Geburtstagen ihrer Kinder. Der Lebensverlauf kann aber auch von einer Person selbst oder von anderen erzählt werden, indem Ereignisse und Geschichten miteinander verknüpft und interpretiert werden, wie im vorigen Fallbeispiel Frau Renners Erinnerungen und die Ängste, die sich damit verbinden. Aus den unterschiedlichen Perspektiven und methodischen Zugängen – außen, innen bzw. standardisiert, erzählend – lassen sich theoretische