



Julia Schröder

**Eine Sozialpädagogik
der Pflege**

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Julia Schröder, Jg. 1981, Dr. phil., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozial- und Organisationspädagogik der Universität Hildesheim. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind metaphorische Kommunikation, (sexualisierte) Gewalt und Schutzkonzepte, Pflege und Care, Queer Studies.

Habilitationsschrift im Fachbereich 1 Erziehungs- und Sozialwissenschaften der
Universität Hildesheim [2023]

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-8386-6 Print

ISBN 978-3-7799-8387-3 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-7799-8388-0 E-Book (ePub)

1. Auflage 2024

© 2024 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Ulrike Poppel

Satz: xerif, le-tex

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985–2104-100)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

1. Einführung: eine Sozialpädagogik der Pflege	9
1.1 Ziel des vorliegenden Buches: Versuch der Bestimmung einer sozialpädagogischen Theorie der Pflege	14
1.2 Aufbau und Struktur	15
2. Care/Sorge vs. Pflege – erste Schritte zur Systematisierung eines sozialpädagogischen Pflegebegriffs	19
2.1 Einleitung	19
2.2 Theoretische Suchbewegung I: Pflege	20
2.3 Theoretische Suchbewegung II: Care/Sorge	23
2.4 Pflege, Care, Sorge und Soziale Arbeit: eine Zusammenführung	26
3. Bildung, Alter und Demenz: Bildung braucht Pflege, Pflege braucht Bildung	34
3.1 Einleitung	34
3.2 Bildung und Alter/Demenz – eine kurze Skizze aktueller Diskussionen	35
3.3 Sozialpädagogische Perspektiven auf Bildung	38
3.4 Zum Verhältnis von Bildung, Pflege und Sozialer Arbeit	39
3.4.1 Bildung braucht Pflege braucht Soziale Arbeit	40
3.4.2 Pflege braucht Bildung braucht Soziale Arbeit	43
3.5 Ausblick	46
4. Sichere Orte? – Schutzkonzepte in der stationären Altenpflege	51
4.1 Einleitung	51
4.2 Gewalt in der stationären Altenpflege	53
4.3 Organisationale Perspektiven auf Gewalt	54
4.3.1 Entwicklung und Implementierung von Schutzkonzepten	55
4.4 Sichere Orte? Zentrale Ergebnisse der Studie	57
4.4.1 Quantitative Befragung: Bundesweite Bestandsaufnahme hinsichtlich vorhandener Schutzkonzepte bzw. organisationaler Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen	57

4.4.2	Qualitative Gruppendiskussionen: Qualitative Befragung verschiedener Akteursgruppen hinsichtlich ihrer Wahrnehmungen von Gewalt und Grenzverletzungen sowie Möglichkeiten der Bearbeitung	62
4.5	Zum Schutzverständnis stationärer Altenpflegeeinrichtungen	68
4.6	Ausblick: Stärkung und Schutz der persönlichen Rechte alter und pflegebedürftiger Menschen und hin zu einer Kultur der Achtsamkeit	70
5.	Partizipatives Forschen mit alten pflegebedürftigen Menschen	75
5.1	Einleitung	75
5.2	Stand der Forschung	77
5.2.1	Partizipative Forschungsansätze	77
5.2.2	Partizipative Forschung im Kontext Alter und Pflegebedürftigkeit	78
5.3	Partizipative Forschung mit pflegebedürftigen Menschen – weiterführende Reflexionen aus der Perspektive einer Sozialen Arbeit	80
5.3.1	Partizipation in der Sozialen Arbeit	80
5.4	Das Recht auf Teilhabe an Forschungsprozessen	81
5.4.1	Festlegung von Forschungsfrage und Forschungsthema	83
5.4.2	Empirische Methoden in der partizipativen Forschung mit pflegebedürftigen Menschen	84
5.4.3	Partizipative Forschung mit pflegebedürftigen Menschen und Gütekriterien	86
5.4.4	Die Gestaltung von Beziehungen im Forschungsprozess	88
5.5	Schluss	90
6.	Was am Ende bleibt oder: Perspektiven einer sozialpädagogischen Theorie der Pflege	95
6.1	Trias einer Sozialpädagogik der Pflege	95
6.1.1	Ankerpunkt I: Provision/Bildung, Förderung	98
6.1.2	Ankerpunkt II: Protection/Schutz	103
6.1.3	Ankerpunkt III: Participation/Beteiligung	106
6.2	Perspektivierungen Körper/Leib und Interdependenz	112
6.3	Eine Sozialpädagogik der Pflege – Zusammenführung	119

1. Einführung: eine Sozialpädagogik der Pflege

Der Titel des vorliegenden Buches mag interessierte Leser*innen auf den ersten Blick irritieren. Zumindest wirft er sogleich zwei Fragen auf: erstens, was genau mit einer ‚Sozialpädagogik der Pflege‘ gemeint ist, und zweitens, in welchem Verhältnis Sozialpädagogik und Pflege stehen bzw. ob Pflege überhaupt ein Thema der Sozialpädagogik¹ darstellt.

Beide Fragen scheinen auf den ersten Blick berechtigt, mehr noch: ihre Irritation verdient zu haben, denn es kann nicht übersehen werden, dass eine Herausforderung bei der Bestimmung und Untersuchung des Verhältnisses von Sozialpädagogik und Pflege vor allem darin liegt, dass zunächst unklar ist, worin eigentlich das thematische Problem besteht. Anders formuliert: Was hat Sozialpädagogik mit Pflege zu tun?

Die Frage ist zentral, weil der Ausdruck ‚Pflege‘ mehrdeutig ist. Pflege ist zu einem gesellschaftlich alltäglichen und allgegenwärtigen Phänomen geworden. So erhält man auf die Frage, was mit Pflege eigentlich gemeint sei, unterschiedliche Antworten. Mal wird sie als Handlungsfeld (z. B. Alten-, Jugend- oder Krankenpflege) beschrieben, mal als Handlungsform (z. B. pflegen), mal als Profession (z. B. Pflegewissenschaft), mal als Beruf (z. B. examinierte Pflegekraft), als Organisationsform (z. B. stationäre/teilstationäre/ambulante Pflege, Pflegefamilie) oder auch als Diagnose bzw. Zustand (z. B. pflegebedürftig). Gepflegt wird dabei auch schon lange nicht mehr nur von helfenden Professionen. Der allgemeine Sprachgebrauch kennt beispielsweise das Pflegen von Traditionen, die eigenen Zimmerpflanzen werden gehegt und gepflegt, wir pflegen unsere Freundschaftsbeziehungen und unsere Körper bzw. achten auf ein gepflegtes Äußeres. Folgt man dieser Argumentation, so könnte man schlussfolgern, dass es sich bei Pflege um eine ‚notorisch unklare Signatur‘ handelt. Mit der Pflege scheint es sich ähnlich zu verhalten wie mit der Zeit, von der Augustinus bereits sagte, dass jeder wisse, was sie sei – aber wenn wir sie genau definieren sollten, wüssten wir es nicht mehr (vgl. Philosophische Bibliothek 2009).

Genau jene Schlussfolgerung bzw. Erkenntnis steht augenscheinlich jedoch im Widerspruch zu aktuellen wissenschaftlichen, alltäglichen, fachlichen und unmittelbar praxisnahen Pflegediskursen. So lässt sich in diesen Diskursen geradezu eine Fülle unterschiedlicher Pflegedefinitionen bzw. Begriffs-, Verständnis- und Verhältnisbestimmungen identifizieren. Nach Schroeter und Rosenthal etwa

1 Die Begriffe „Sozialpädagogik“ und „Soziale Arbeit“ werden synonym verwendet.

ist Pflege ein „expandierendes Feld“ und beginnt sich von einem zunächst im Kontext des demografischen Wandels diagnostizierten „gesellschaftlichen Problem“ zu einem „eigenständigen gesellschaftlichen Funktionssystem zu konstituieren“ (Schroeter/Rosenthal 2005: 9). Insgesamt ist ein interdisziplinärer Institutionalisierungsprozess zu beobachten, der Pflege nicht nur als ein expandierendes, sondern zugleich als ein multiprofessionelles Feld konturiert (vgl. ebd.). In der Konsequenz zeigt sich daher auf den zweiten Blick, dass die zuvor thematisierten Definitionen, Begriffs-, Verständnis- oder Verhältnisbestimmungen variieren bzw. mitunter höchst unterschiedlich konnotiert sind. Ihre Variation hängt dabei stets von verschiedenen Dimensionen ab. Denn Pflege, Definitionen von Pflege oder auch Pflegediskurse entstehen nicht im ‚luftleeren‘ Raum: Sie sind eingebunden in ein System von Vorstellungen, Ideen, Deutungsmustern und Aussagen; sie sind abhängig von Raum, Zeit, Disziplin und stets kontextgebunden; sie stehen an der Schwelle zu anderen fachlichen Diskursen; sie berühren ökonomische, rechtliche oder ethische Fragen; sie sind folglich äußerst heterogen. So konstatiert Schroeter über diese Versuche der Eingrenzung des Pflegerischen:

„Sie reichen von unmittelbaren Pflegetechniken an der Bettkante bis zu organisatorischen Verfahren des Managements, von alltäglichen Krankheits- und Symptombesobachtungen bis zum professionalisierten ‚Evidence Based Nursing‘, von caritativer Fürsorglichkeit bis zur Pflegeversicherung, von familiärer Pflege bis zur Professionalisierungs- und Akademisierungsdebatte, von ganzheitlicher Pflege bis zu partialisierenden Klassifikationssystemen, von den Aktivitäten des täglichen Lebens, bis hin zu den verschiedenen pflegerischen Versorgungspfaden auf der gesellschaftlichen Strukturebene“ (Schroeter 2005: 387).

Doch ungeachtet aller Komplexität und Verschiedenheiten, trotz aller ‚notorischer Unklarheit‘ lässt sich am Ende doch noch eine gewisse ‚Signatur‘ erkennen. So wird Pflege überwiegend als ein Gegenstandsbereich des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsversorgung wahrgenommen (vgl. u. a. Schaeffer/Wingenfeld 2011). Dort dominieren Definitionsmacht und Handlungslogiken der kurativ orientierten Biomedizin – und zwar in Bezug auf die Organisation, Methoden, Inhalte und mitunter auch rechtlichen Regulierungen von Pflege (vgl. Franzkowiak 2010: 126). Im Kontext des medizinischen Paradigmas bezieht sich der Pflegebegriff stets auf das Verhältnis von ‚gesund‘ und ‚krank‘ (vgl. Strahl 1996). Im Fokus steht dabei der Körper, wobei dieser als „pathologisches Objekt“ (Schroeter 2005: 389) wahrgenommen wird, anhand dessen sich Krankheiten beobachten und klassifizieren lassen. Der medizinisch konnotierte Pflegeblick kann daher als objektivierend und klassifizierend beschrieben werden, denn hier steht nicht die kranke oder pflegebedürftige Person im Vordergrund, sondern

„das verallgemeinerbare und reproduzierbare ‚pathologische Faktum‘ [...] – Krankheit (und Pflegebedürftigkeit) zeigt sich in Symptomen und Zeichen, die darauf hin-

deuten, was eintreten wird (prognostisch), was vorausgegangen ist (anamnetisch) und was sich gerade abspielt (diagnostisch)“ (ebd.: 389).

Genau dieses medizinisch dominierende Verständnis von Pflege wurde aus sozialpädagogischer Perspektive vielfach kritisiert. So bezeichnet Franzkowiak diesen spezifischen Blick auf den Körper als „reduktionistisch“ und „instrumentell“, da hier vor allem „Defizite, Entwicklungsverluste und primär körperliche Anzeichen für Störungen bzw. deren (Noch-)Abwesenheit“ (Franzkowiak 2010: 126) im Mittelpunkt stehen. Darüber hinaus hat die Soziale Arbeit darauf hingewiesen, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit nicht um objektive oder natürliche Kategorien handelt, sondern um soziale Konstrukte, die je nach historischem, kulturellem oder sozialem Kontext variieren (vgl. Sting/Zurhorst 2000), wobei allein die medizinische Rahmung weder die mit ihnen verknüpften noch alle für eine unterstützende Intervention relevanten Phänomene erfasst (vgl. Hey 1997). So werden innerhalb dieses polarisierenden und normierenden Kategorisierungssystems beispielsweise die Lebensweisen und -welten der Adressat*innen außer Acht gelassen.

Darüber hinaus beklagt Schweppe, dass insbesondere die Einführung der Pflegeversicherung zu einer weiteren „Verfestigung des medizinischen Paradigmas“ (Schweppe 2012: 511) geführt hat. Damit meint sie, dass seit der Einführung Pflege bzw. Pflegebedürftigkeit als Folge von Krankheit und Behinderung leistungsrechtlich anerkannt und in der Konsequenz erneut primär der kurativ orientierten Biomedizin zugerechnet wird. Auch Aner konstatiert, dass mit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes die „medizinisch-pflegerische und zugleich ökonomische Ausrichtung dieses Sektors voranschreitet“ (Aner 2010: 49). Laut Jansen und Klie gibt der so

„auf medizinische Kriterien reduzierte Pflegebegriff [...] ein normatives Gerüst von Pflege vor und vernachlässigt, dass sich Pflege auch unabhängig von medizinverbundenen Kriterien begründen und beschreiben lässt und es sich um ein von den an der jeweiligen Pflegebeziehung Beteiligten auszuhandelndes Geschehen handelt“ (Jansen/Klie 1999: 511).

Wenn Pflege und Sozialpädagogik aktuell in ein Verhältnis gesetzt werden, dann einzig im Bereich der Sozialen Altenhilfe und Altenarbeit – allerdings nur zögerlich und mit Einschränkungen. Denn erstens findet hier eine Verengung – wenn nicht gar vollständige Ablösung – des Pflegebegriffs durch die Kategorie ‚Alter‘ statt. Und zweitens wird stets darauf verwiesen, dass es sich bei der sozialen Altenhilfe und -arbeit um ein nur wenig profiliertes und noch junges Randthema handelt (vgl. u. a. Aner/Karl 2010; Oppermann 2018; Schweppe 2005). Zurückgeführt wird die randständige Position dieser Handlungsfelder vor allem darauf, dass die Lebensphase Alter nicht eigenständig rechtlich reguliert wird (wie z. B.

die Lebensphase Kindheit/Jugend durch das SGB VIII). Soziale Altenhilfe ist dabei nach § 71 SGB XII die Rechtsgrundlage für die Unterstützung älterer Menschen als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge (vgl. Aner 2010: 33 ff.). Wie und in welchem Umfang diese jedoch ausgestaltet und inwiefern dabei die Sozialpädagogik einbezogen wird, liegt am Ende in der Entscheidung der jeweiligen Kommunen und ist abhängig von deren finanziellen Möglichkeiten (vgl. Aner/Karl 2010: 9).

Während der sozialen Altenhilfe und -arbeit somit im wissenschaftlichen Diskurs aufgrund eines rechtlich nicht eindeutig geregelten Anspruchs und geringer finanzieller Mittel aktuell noch ein ‚Nischendasein‘ bescheinigt wird, kommt kaum ein sozialpädagogischer Beitrag ohne einen Verweis auf die demografische Entwicklung und einen damit einhergehenden Strukturwandel des Alters aus. Aufgrund dieser Prozesse wird der Sozialen Altenhilfe und -arbeit ein perspektivisch prominenteres Dasein prognostiziert – zumindest in quantitativer Hinsicht (vgl. u. a. Kricheldorf 2010; Oppermann 2018). Vor dem Hintergrund jener gesellschaftlichen Entwicklungen im Kontext des demografischen Wandels, die durch „Entberuflichung, Verjüngung, vorübergehende Feminisierung, Singularisierung, Hochaltrigkeit und eine steigende Zahl älterer Menschen mit Migrationshintergrund“ (Aner/Karl 2010: 9) gekennzeichnet sind, wird parallel auch ein qualitativer Auftrag formuliert, und zwar mit doppelter Adressierung. Diese richtet sich einerseits an die Sozialpädagogik als Disziplin, mit dem Auftrag, sich aufgrund der skizzierten gesellschaftlichen Entwicklungen perspektivisch stärker der Kategorie Alter zuzuwenden. Andererseits wird der oftmals recht diffus bleibende Bereich „anderer Berufsgruppen im Feld der Altenhilfe“ (ebd.) in den Blick genommen. Diesen Berufsgruppen gegenüber wird die sozialpädagogische Professionalität als ‚Chance‘ dargestellt, da insbesondere die Sozialpädagogik über ausgestaltete Konzepte verfüge, die in besonderer Weise ausdifferenzierte Unterstützungsmöglichkeiten in der kommunalen Daseinsvorsorge für ältere Menschen böten.

Folgt man der erläuterten Argumentation, dann könnte man in Anlehnung an Herbart schlussfolgern, dass Pflege eben keinen ‚einheimischen Begriff‘ der Sozialpädagogik darstellt (vgl. Herbart 1835). Zwar machen die bisherigen Ausführungen deutlich, dass das Verhältnis von Sozialpädagogik und Pflege komplex und voraussichtlich nicht mit einfachen Definitionen und eindimensionalen Verhältniskategorien zu bestimmen ist. Zugleich kann jedoch nicht ignoriert werden, dass die Sozialpädagogik auf der Professionsebene erhebliche Anteile zum Pflegewesen beiträgt und auf disziplinärer Ebene zumindest vielfach auf den Pflegebegriff rekurriert. So leisten Sozialpädagog*innen Gemeindejugendpflege, arbeiten als Kinderpfleger*innen oder betreuen Pflegefamilien, klassifizieren ihre Klientel als pflegebedürftig, organisieren Altenpflege sowie die Pflege von Menschen mit Behinderung oder Kranken und bauen Pflegebeziehungen auf.

Die sozialpädagogische Theorieentwicklung hat Pflege bislang jedoch kaum berücksichtigt und sozialpädagogische Verhältnisbestimmungen lassen sich in der Fülle existierender Pflegedefinitionen kaum nachweisen. Erfolgt jene Bezugnahme somit nur noch rein terminologisch, d. h. lediglich im Sinne eines historischen Essentialismus? Oder ergibt sich zwar die Notwendigkeit sozialpädagogischer Erörterungen im Handlungsfeld der Pflege – allerdings erst aus der praktischen Arbeit seit den 80er Jahren (wie die soziale Altenhilfe- und -arbeit zeigen) und eben nicht in theoretischer Hinsicht? Denn – so argumentiert Mennemann – dass die Wurzeln der Sozialpädagogik theoriegeschichtlich nicht im Kontext von Pflege, sondern „mit Blick auf die AdressatInnen gemäß ihrer Sprachwurzeln in der Jugendhilfe“ (Mennemann 2005: 47) liegen.

Dem ist ohne Frage zuzustimmen. Blickt man jedoch auf die geschichtliche Entwicklung Sozialer Arbeit zurück, dann scheint Mennemann ‚vergessen‘ zu haben, dass neben der Jugendfürsorge (und Armenfürsorge) auch die Gesundheitsfürsorge, als dritte zentrale Säule in der Entstehungsgeschichte Sozialer Arbeit anzuerkennen ist (vgl. Sting 2000: 8). Entgegen der Annahme Mennemanns argumentieren daher Homfeld und Sting, dass die Soziale Arbeit bereits in ihrer historischen Entwicklung auf pflegerische Fragestellungen bezogen war (vgl. Homfeld/Sting 2006: 41 ff.).

Daraus ergibt sich ein erster Bezugspunkt der Bestimmung des Verhältnisses von Sozialer Arbeit und Pflege: Klassische Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, wie Familienhilfe, Jugend- und Gemeinwesenarbeit, enthalten einen Pflegebezug, dessen Wahrnehmung und Reflexion für die Profilierung und Qualifizierung sozialpädagogischer Maßnahmen wichtig ist. Ein zweiter Bezugspunkt für die Bestimmung des Verhältnisses von Pflege und Sozialer Arbeit zeigt sich auf der Ebene der Profession und ihrer Konzepte. In diesem Zusammenhang verweist beispielsweise Schweppe auf das von Wendt (2008) entwickelte Case-Management-Konzept in der ambulanten Altenhilfe sowie auf den lebensweltorientierten Ansatz zur Angehörigenarbeit von Jansen (1997) (vgl. Schweppe 2012: 513). Laut Hey stellen zudem in Krankenhäusern aufgrund der Sozialdienste Sozialarbeiter*innen mit ca. 4 100 Tätigen eine sogar wesentlich größere Gruppe als beispielsweise Psycholog*innen oder Ernährungsberater*innen dar (vgl. Hey 1997: 29). Auch Witthöft konstatiert, dass Soziale Arbeit im Krankenhaus längst „zu einer Regelleistung geworden ist, vor allem für Patienten, die pflegebedürftig werden, und für zu rehabilitierende Patienten“ (Witthöft 2000: 189). Doch nicht nur innerhalb der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, sondern auch in zahlreichen anderen Handlungsfeldern, etwa im Rahmen der Betreuung schwerstbehinderter oder chronisch erkrankter Menschen (Alkoholismus, Drogenkonsum, Depressionen etc.) oder auch in Bezug auf die Pflege, Betreuung und Begleitung von Schwangeren, Säuglingen, Kleinkindern, Jugendlichen und Senioren lässt sich nach wie vor eine enge Verzahnung von Pflege und Sozialer Arbeit verzeichnen (vgl. Fleischer 1997: 251 ff.). Ein dritter wichtiger Bezugspunkt

zeigt sich auf der Ebene sozialpädagogischer Ausbildung und Forschung, z. B. im Kontext von ‚Care‘ oder in den Diskussionen um die zunehmende Institutionalisierung und Transnationalisierung von Pflege im Kontext von Behinderung bzw. Inklusion und Alter.

Insgesamt lässt sich somit für das Pflegewesen konstatieren: Sozialpädagog*innen möchten hier nicht verzichten – und auf Sozialpädagog*innen, ihre Konzepte und Methoden möchte auch das Pflegewesen nicht verzichten. Die Sozialpädagogik selbst erklärt sich hingegen nur bedingt für ‚zuständig‘ und ‚legitimiert‘, wenn nicht gar für ‚überflüssig‘ in diesem Bereich. In diesem Sinne – so die These – ist das Verhältnis von Sozialpädagogik und Pflege zumindest aufseiten der universitär verankerten Disziplin, d. h. im Bereich der fachlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, von einem Vergessen der Bezüge sowie von wechselseitiger Ignoranz gekennzeichnet und kann als Leerstelle charakterisiert werden.

1.1 Ziel des vorliegenden Buches: Versuch der Bestimmung einer sozialpädagogischen Theorie der Pflege

Die einführenden Bemerkungen haben gezeigt, dass das Verhältnis von Sozialpädagogik und Pflege mit Ambivalenzen und Uneindeutigkeiten verbunden ist und dass bei seiner Bestimmung mit Widerständen gerechnet werden muss. Warum also ein Buch zu dieser Thematik?

Ganz einfach deshalb, weil es sich die Sozialpädagogik als Disziplin nicht leisten kann, kein Grundverständnis der Sache zu entwickeln, d. h. Antworten auf die Frage zu geben, was man sich unter Pflege vorzustellen habe, in welcher sie als Praxis (und auch Forschung) realisiert wird. Aus diesem Grund bedarf es einer Klärung jener ‚Leerstelle‘ bzw. eines Verständnisses von sozialpädagogischer Pflege-theorie und -forschung.

Die Entwicklung einer sozialpädagogischen Theorie der Pflege wird dabei primär als ein Projekt und weniger als der eine ‚große Entwurf‘ verstanden (vgl. Winkler 2006: 55), denn Theorien können niemals raum- und zeitlos konzipiert werden. Ziel ist es zunächst, der spezifischen Expertise, d. h. den (empirischen) Zugängen, Konzepten, Begriffssystemen und Klassifikationen, die die Sozialpädagogik in den Sachverhalt Pflege einbringt, nachzugehen, diese zusammenzufassen und zu explizieren. Anhand dieses Vorgehens wird deutlich, dass es nicht darum geht, in einem rationalistisch-deduktiven Sinne eine normative oder idealtypische sozialpädagogische Theorie der Pflege hier ‚neu‘ zu entwickeln – vielmehr wird davon ausgegangen, dass die Potenziale, die ein sozialpädagogisches Konzept von Pflege bietet, aus den verschiedenen bislang existierenden Verwendungszusammenhängen geborgen, rekonstruiert und systematisiert

werden können. So lassen beispielsweise die sozialpädagogische Kritik am dominant medizinisch geprägten Pflegebegriff sowie die angeführten Positionen von Schweppe, Aner, Jansen und Klie eine sozialpädagogische Perspektive auf Pflege bzw. ein implizites Pflegeverständnis vermuten. Diese Perspektiven verharren jedoch in der Suggestion und werden im Hinblick auf Pflege nicht expliziert.

Das bedeutet jedoch nicht, dass sich eine sozialpädagogische Theorie der Pflege (oder Pflegeforschung) allein dadurch konstituieren müsse, dass sie einzig spezifische Verwendungszusammenhänge untersucht. Als entscheidend wird vielmehr der ‚sozialpädagogische Blick‘ auf ihren Gegenstand angesehen. Damit ist gemeint, dass eine Sozialpädagogik der Pflege nicht voraussetzungslos beginnt bzw. anderen Wissenschaften (z. B. der Medizin, Gerontologie oder den Pflegewissenschaften) ihre Ergebnisse aberkennt. Vielmehr sind diese Resultate aus einer sozialpädagogischen Perspektive zu interpretieren, denn die Sozialpädagogik der Pflege strebt weder nach Eigenständigkeit noch kann sie bloße ‚Hilfswissenschaft‘ von Medizin oder der Pflegewissenschaft sein, sondern trägt Anteil an der Analyse und Weiterentwicklung der Pflege und ist dabei stets auf sozialpädagogische Methoden, Theorien und Begriffe angewiesen. In Anlehnung an Schroeter und Rosenthal ließe sich formulieren, dass eine Sozialpädagogik der Pflege die verschiedenen Ebenen der Pflege unter Anwendung sozialpädagogischer Erkenntnisse und Methoden zu bearbeiten und in einen theoretisch-analytischen Erklärungszusammenhang zu setzen hat (vgl. Schroeter / Rosenthal 2005: 22). Dabei muss jedoch vorausgesetzt werden, dass Pflege im Kontext Sozialer Arbeit auf verschiedenen Ebenen wahrgenommen sowie mitunter widersprüchlich gedeutet und konstruiert wird. Daher ist nicht zu erwarten, dass sich eine sozialpädagogische Theorie der Pflege als finaler Erklärungszusammenhang zu einem widerspruchsfreien, konsensuellen Gebilde zusammenfügen wird.

1.2 Aufbau und Struktur

Wie die zurückliegenden Seiten verdeutlicht haben, scheint der bisherige sozialpädagogische Fachdiskurs bisher eine Leerstelle zu haben. Aus der Mitte der Sozialen Arbeit ist in den letzten Jahren kaum etwas veröffentlicht worden, obwohl sich in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit vielfältige historische sowie aktuelle Pflegebezüge nachzeichnen lassen. Auf den folgenden Seiten soll daher das Verhältnis von Sozialpädagogik und Pflege geschärft und eine Sozialpädagogik der Pflege konturiert werden.

Dazu gliedert sich das vorliegende Buch in sechs Kapitel. Nach dieser Einleitung wird in Kapitel 2 die Frage bearbeitet, inwiefern Pflege an bisherige Diskurse der Sozialpädagogik anschlussfähig ist, insbesondere an die Debatte um Care / Sorge. Ziel ist es, einen Ausgangspunkt für die Entfaltung der Verbindung zwischen Sozialpädagogik und Pflege zu setzen.

2. Care/Sorge vs. Pflege – erste Schritte zur Systematisierung eines sozialpädagogischen Pflegebegriffs

2.1 Einleitung²

Wie in Kapitel 1 angekündigt, soll in diesem Kapitel die Frage bearbeitet werden, inwiefern Pflege an bisherige Diskurse der Sozialpädagogik anschlussfähig ist, insbesondere an die Debatte um Care/Sorge. Diese Zielformulierung ist durchaus ambitioniert, denn erstens scheint der Care- bzw. Sorgebegriff für die Sozialpädagogik zwar einerseits zentral zu sein, andererseits bleibt jedoch diffus, was Care/Sorge im Kontext Sozialer Arbeit eigentlich bedeutet. Zweitens wurde bereits in der Einführung aufgezeigt, dass sich zumeist ein Verständnis von Sozialer Arbeit beschreiben lässt, welches weitgehend als frei von Pflege oder gar in Abgrenzung zum Pflegebegriff konstruiert wird. Das heißt, eine erste Annäherung der Sozialpädagogik an den Care- bzw. Sorgebegriff findet in Form einer Negation statt, mit der Pflege weitgehend ausgeklammert wird.

Diese (mitunter auch als disziplinär gerahmte) Trennung von Care/Sorge sowohl von Sozialer Arbeit als auch von Pflege hat Mennemann zufolge eine lange Tradition (vgl. Mennemann 2005). Gleichsam kann die Differenzierung irritieren. So wird Care im deutschen Sprachraum explizit mit Hilfe, Betreuung, Sorge oder Pflege übersetzt, wobei bereits an dieser Begriffsvielfalt erkennbar wird, dass es sich hier nicht um ein klar umrissenes bzw. einziges Aufgabenfeld handelt – weder im Hinblick auf die Zielgruppen noch hinsichtlich der Aufgaben oder der Verhältnisbestimmung zwischen den Menschen, die zueinander in einer Sorgebeziehung stehen. Auch im englischen Sprachraum deckt der Begriff Care ein ausgesprochen breites Spektrum informeller Hilfen und professioneller sozialer Dienstleistungen ab und beschreibt ein Kontinuum pflegerischer, fürsorgerischer und pädagogischer Tätigkeiten.

Nichtsdestotrotz werden in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit die multiplen Dimensionen von Care/Sorge, Pflege und pädagogischem Handeln kaum zusammengeführt und mitunter sogar ausgeblendet. Ins-

2 Teile des Kapitels wurden publiziert in: Ehlke, Carolin/Schröder, Julia/Thomas, Severine (2021): Care und Soziale Arbeit. Was können stationäre Erziehungshilfen und Altenhilfe in ihrem Verständnis von Pflege- und Sorgebeziehungen voneinander lernen? In: Bomert, Christine/Landhäußer, Sandra/Lohner, Eva Maria/Stauber, Barbara (Hrsg.): Care! Zum Verhältnis von Sorge und Sozialer Arbeit. Wiesbaden: Springer VS, S. 189–208.

gesamt fällt im Hinblick auf den Stand der (deutschsprachigen) Diskussionen um Care/Sorge auf, dass zwar die Debatten um Care und um Pflege vielfältig sind, bis dato aber im Allgemeinen wenig aufeinander bezogen und kaum als Gegenstandsbereich Sozialer Arbeit konkretisiert werden. Zugleich scheint jedoch eine Zusammenführung von Care, Pflege und Sozialer Arbeit unumgänglich, denn es lässt sich konstatieren, dass diese Begriffskonstruktionen das Feld Sozialer Arbeit deutlich strukturieren und gestalten, und zwar auf der Gesellschafts-, der Organisations- und der Handlungsebene.

Vor diesem Hintergrund soll das folgende Kapitel als erste begrifflich-theoretische Suchbewegung verstanden werden. In einem ersten Schritt werden die verschiedenen Diskussionslinien um Pflege und Care/Sorge dargelegt (2.2-2.3). Dabei wird insbesondere danach gefragt, inwiefern die in den Diskussionslinien rekonstruierten Verständnisse von Pflege und Care/Sorge für die Soziale Arbeit anschlussfähig sind. In einem zweiten Schritt wird versucht, die wissenschaftlichen Debatten um Pflege und Care/Sorge zusammenzudenken und aufzuzeigen, weshalb Care/Sorge Pflege braucht und Pflege Care/Sorge (2.4).

2.2 Theoretische Suchbewegung I: Pflege

Zunächst lässt sich festhalten, dass es ein außerordentlich facettenreiches Vorhaben darstellt, Pflege theoretisch zu definieren, zu beschreiben und zu klassifizieren. Die ersten Pflgetheorien wurden ab den 1950er Jahren überwiegend von US-amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen vorgelegt. Zu den bekanntesten Ansätzen zählen dabei die „Therapeutische Beziehung“ nach Peplau (1952), der „Interaktionsprozess“ nach Orlando (1961), die „Alltagserfahrung und -theorie“ nach Wiedenbach (1964), die „Lebensaktivitäten“ nach Henderson (1966), die „Professionelle Beziehung“ nach Travelbee (1966), die „Energiefelder“ nach Rogers (1970) sowie die „Subjektive Lebenswelt“ nach Paterson und Zderad (1976). Trotz ihrer je unterschiedlichen Akzentuierungen haben diese Pflgetheorien gemein, dass sie Pflege in erster Linie als berufliche Tätigkeit denken und dabei den Anspruch verfolgen, sie von der Medizin zu emanzipieren und als eigenständige Disziplin ‚Pflgewissenschaft‘ zu etablieren.

Nach Hoops lassen sich die verschiedenen Ansätze überwiegend als bedürfnistheoretische Ansätze charakterisieren. Das heißt, sie zielen in ihren inhaltlichen Ausrichtungen im Wesentlichen a) auf die Bedürfnisse der Person ab, die gepflegt wird, und b) darauf, dass Pflegenden die Tätigkeiten übernehmen, welche die zu Pflegenden im Regelfall selbst vollführen würden (vgl. Hoops 2013: 26). Basis dieser Ansätze ist demnach die Annahme von Grundbedürfnissen – nach Henderson sind es 14 an der Zahl, vom Atmen über Essen und Trinken bis hin zum Lernen (vgl. Henderson 1960:12) –, die regulär von Menschen selbst oder aber im Fall von Selbstpflegedefiziten von einer professionellen Pflegekraft erfüllt wer-