



Julia Schröder

Eine Sozialpädagogik der Pflege

BELTZ JUVENTA

Julia Schröder
Eine Sozialpädagogik der Pflege

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

Für I. S. –versprochen ist versprochen

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.