

# Einleitung

Welche Denkansätze zur Frage des »Verstehen« gibt es für die klinisch-psychiatrische Pflege in der Wissenschaft? Unter dieser Fragestellung werden sozial- und geisteswissenschaftlich ausgerichtete Betrachtungsweisen zum Verstehen in der psychiatrischen Pflege herangezogen, die in der Diskussion um anwendungsorientierte alternative Entwicklungen von zentraler Bedeutung sind. Ihre Konkretisierung erfahren die jeweiligen Diskurse an spezifischen Gegenstandsbereichen der psychiatrischen Pflege.

Der Beitrag von Sabine Weißflog möchte mit einer kritischen Haltung zur Korrektur des unerreichbaren Ideals quantitativer Verfahren objektivistischer Ansätze anregen – zugunsten verstehender Methoden. Expliziert wird für die psychiatrische Pflege das Konzept Lebenswelt nach Edmund Husserl und Alfred Schütz. Der Blick auf die Neuverteilung von Selbst- und Fremddregierung offenbart im Konzept Lebenswelt einen emanzipatorischen Charakter für die psychiatrische Pflege und für psychisch erkrankte Menschen. Der Auseinandersetzung mit dem Subjekt-Begriff Michel Foucaults folgt die gesellschaftstheoretische Perspektive einer Argumentationslinie von Ulrich Beck bis zu Andreas Reckwitz. Das Wissen um die sinnhafte Vorstrukturiertheit der Sozialwelt hat Konsequenzen für die psychiatrische Pflegepraxis. Das Spezifische des pflegewissenschaftlich-psychiatrischen Gegenstandsbereichs basiert auf dem Verstehen.

Günter Meyer setzt die psychiatrische Pflege in einen größeren kulturellen Zusammenhang, um deren Bedeutsamkeit herauszuarbeiten. Psychische Störungen sind in allen

Kulturen und Epochen festzustellen, sie erscheinen wie *Bilderfahrzeuge* im kulturellen Kontext. Doch die Begriffe »Normalität«, »Krankheit« und »Gesundheit« variieren in der geschichtlichen Entwicklung und ein scheinbar objektives Urteil ist letztlich immer ein kulturelles Konstrukt. In der psychiatrischen Pflegeforschung ist daher vorsichtig mit dem Begriff »Objektivität« umzugehen. Auch wenn der »Mainstream« der Wissenschaft eine Überwindung der subjektiven Betrachtung zugunsten einer größtmöglichen Objektivität anstrebt, sollte diese Objektivität nie ahistorisch betrachtet und der kulturelle Kontext nicht unterdrückt werden.

Der Artikel von Michael Theune nimmt eine berufspolitisch-kritische Haltung ein. Der Autor möchte ein Bewusstsein für die dysfunktionale Systematik generieren und gleichzeitig ein proaktives Interesse für die durchaus bestehenden Wissensbestände wecken. In die Betrachtung einbezogen wird der pflegewissenschaftliche Selbstverpflichtungsanspruch nach Erkenntnisgewinn und der Erkenntnistransfer für das klinische Handlungsfeld. Die Diskussion erfährt ihre Erweiterung im gesellschaftlichen Professionalisierungsdiskurs der Pflegeberufe, dem bidirektionalen Innenverhältnis der Gesundheitsberufe Pflege und Medizin sowie durch eine intrinsische und extrinsische Modellierung des Berufsbildes Pflege. Die theoretische Bezugnahme auf Ulrich Oevermanns doppelte Handlungslogik formt den gedanklichen Rahmen.

Ingo Tschinke möchte in seinem Beitrag zur Auseinandersetzung mit der philosophischen Sichtweise auf die Seins-Ebene und die

Sinnhaftigkeit von Leben anregen. Die Werte-Orientierung des Recovery-Konzeptes sieht er als Brücke für das Verstehen der Wandlung psychisch erkrankter Menschen hin zu Menschen, die sich auf ihrem Genesungsweg befinden. Zur Vertiefung werden die Bezugsvariablen des CHIME-Modells unter philosophischen Aspekten der Phänomenologie und des Existenzialismus betrachtet. Zur Werte-Orientierung des Recovery wird die sinnorientierte Psychotherapie (Logotherapie) von Viktor E. Frankl herangezogen. Zukünftige Projekte der Pflegeforschung sollten werteorientiertes Pflegehandeln vor dem Hintergrund der werteorientierten Betroffenerwartungen aufgreifen.

Das Kapitel von Maren Fries beschäftigt sich mit den Persönlichkeitsrechten psychisch erkrankter Menschen und untersucht die Möglichkeiten und Grenzen des Konzepts der offenen Tür in der stationären akutpsychiatrischen Behandlung. Theoriegestützt und auf der Grundlage von Expertenmeinungen wird die gängige Praxis des Konzepts der geschlossenen Tür und das konkurrierende Konzept der offenen Tür diskutiert; dabei reflektiert die Autorin ethische Aspekte anhand der biomedizinischen Prinzipienethik nach Beauchamps und Childress (2009). Obwohl das Konzept der offenen Tür den Zwang und die Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte verringern kann, sind die Eingangstüren von Stationen, auf denen psychiatrische Akutbehandlungen erfolgen, auch weiterhin überwiegend verschlossen. Daher sollten sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse als auch ethische Kriterien herangezogen werden, um zu entscheiden, wie eine gute Praxis bei minimaler Anwendung von Zwang und Einschränkung der Persönlichkeitsrechte für psychisch erkrankte Patienten sichergestellt werden kann.

Der Beitrag von Sonja Freyer thematisiert die Betroffenheit und die Bedürfnisse Angehöriger nach einem vollendeten Suizid von

Klienten. Steigende Suizidraten verdeutlichen die Relevanz, sich mit den Themen Suizidprävention und Suizidpostvention auseinanderzusetzen. Für den deutschsprachigen Raum wird die Profilentwicklung einer Advanced Practice Nurse (APN) mit der Spezialisierung auf Suizidprävention und -postvention mittels einer Meta-Synthese (in Anlehnung an die Meta-Ethnographie nach Noblit und Hare, 1988) dargestellt. Zukünftige APNs in diesem Bereich benötigen ausgeprägte kommunikative Kompetenzen, ein hohes Reflexionsvermögen, Fähigkeiten zur Suizidrisikoeinschätzung und umfassende Kenntnisse zu den Auswirkungen eines Suizids auf das familiäre Umfeld. Die Datenlage ist insbesondere zu den Aufgaben, Tätigkeiten und Kompetenzen von Pflegenden im Bereich der Suizidpostvention international gering und für den deutschsprachigen Raum liegen gar keine Daten vor. Hier besteht eine eklatante Forschungslücke, die es mit gezielten pflegewissenschaftlichen Fragestellungen zu verringern gilt.

Im letzten Beitrag geht es um die Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege, denn Verstehen und Verständnis kann nur im Rahmen einer positiven Gestaltung von Beziehungen entwickelt werden. Julia Lademann bezieht sich auf erste pflegewissenschaftliche Theorien und stellt fest, dass ein wissenschaftlich fundiertes Hintergrundwissen, eine gezielte Kompetenzentwicklung bei Pflegefachpersonen sowie angemessene Rahmenbedingungen zur praktischen Umsetzung notwendig sind. Es gilt, psychisch erkrankte Menschen sowohl auf der Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse als auch im Hinblick auf ihre Individualität und Persönlichkeit anerkennend und einbeziehend zu begleiten. In diesem Beitrag werden die in dem vorliegenden Band präsentierten Themen mit Blick auf eine verstehensorientierte Beziehungsgestaltung zusammenfassend und beispielhaft diskutiert.

# 1 Von der Emanzipation des Verstehens in der psychiatrischen Pflege

*Sabine Weißflog*

## 1.1 Einleitung

»Sie dürfen nicht alles glauben, was Sie denken!« Dieser Spruch wird Heinz Erhardt (1909–1979), einem deutschen Kabarettisten, in den Mund gelegt. Wenn ich dies beherzige, fallen mir genug Situationen ein, in denen ich mich im Nachhinein bei so manchem Irrtum ertappt habe. Diese Selbsterkenntnis bezieht sich natürlich auch auf Begegnungen, Beobachtungen und Annahmen. Ob ich also mit meinen Gedanken das getroffen habe, was mein Gegenüber meinte, konnte ich nicht wissen, denn ich hatte ja nicht gefragt.

Nun trifft diese Reflexion natürlich auch für das jeweilige Gegenüber zu: sowohl als Person als auch im Hinblick auf die Annahmen und Erwartungen aus und in institutionalisierten Settings. In meinem Berufsleben als Fachperson in der psychiatrischen Pflege stand ich vor Aufgaben, die aus meiner Sicht mit widersprüchlichen und zum Teil paradoxen Erwartungen gepaart waren. Psychiatrisch-pflegerisches Handeln sollte fördern/unterstützen und/oder sanktionieren sowie führen und/oder wachsen lassen. Diese Widersprüchlichkeit gilt auch für die moralisch aufgeladenen Imperative um die Nähe- und/oder Distanz-Diskurse, die wie eine magische Formel von Generation zu Generation Pflegenden weitergetragen wurden. Ich traf meine Entscheidungen zumeist also rational und den gegebenen Glaubenssätzen folgend, das glaubte ich jedenfalls.

Dass Entscheidungen und Verstehen von Erlebtem nicht immer im erlebten Moment situationsgerecht stattfinden können, soll an einem Beispiel veranschaulicht werden.

### Fallbeispiel Herr D.

Stellen Sie sich dafür folgendes Szenario auf einer stationären Behandlungseinheit des niederschweligen Drogenentzugs vor: Es ist um die Mittagszeit. Das Team ist mit neu aufgenommenen Klienten beschäftigt, es herrscht eine rege Betriebsamkeit und alle sind bemüht, »fertig« zu werden – das Team mit der Arbeit und die neu aufgenommenen Klienten mit dem Aufnahme-prozedere. Plötzlich wird es laut. Von dem Lärm aufgeschreckt treffen sich Pflegefachpersonen und Klienten auf dem Stationsgang und beobachten, wie Herr D. mit dem Fuß gegen Türen und Wände tritt. Als Herr D. die Pflegefachpersonen wahrnimmt, bricht er sein Tun ab und setzt sich auf den Boden des Flures. Die Interpretation der Pflegenden zu diesem Zeitpunkt lautete: »Herr D. ist aggressiv – er hat Suchtdruck –, vielleicht möchte er die Behandlung abbrechen.« Diese Interpretation wird anschließend in den Pflegebericht geschrieben und an die nächste Schicht übergeben. Diese weiß dann gleich, auch ohne den Klienten kennen zu müssen, dass Herr D. aggressiv ist und zum Selbstschutz einer engmaschigen Überwachung bedarf.

Aus diesem Problemlösungsansatz können wir ableiten, dass Pflegefachpersonen ihren Fokus auf das Verhalten des Klienten und nicht auf die individuelle Handlung und dem

damit verbundenen Wissen um das Handlungsmotiv richteten. Das Ziel dieser diskursiv entstandenen Wahrheit führte zum Sanktionieren und dem Erzwingen einer Verhaltensänderung. Die subjektivierte pflegerische Fürsorge diente in ihrer Funktion der sozialen Regulierung.

Einen anderen Verlauf nahm das Geschehen als die Pflegefachpersonen, vor dem Hintergrund ihrer Beobachtung und der eingeschlossenen Interpretation, Herrn D. folgende Frage stellten: »Sie treten gegen Türen und Wände. Wir haben den Eindruck, sie sind gereizt. Warum tun sie das?« Herr D. schaute auf und antwortete: »Es ist Mittag, auf der Rampe steht der Essenswagen und keiner holt ihn rein – ich habe Hunger.«

Mit dieser Frage an Herrn D. sind wir bei der individuellen Handlung und dem Handlungsmotiv: dem Verstehen des subjektiven Sinns, um den Genesungsweg des Klienten begleiten und unterstützen zu können. Die Fürsorge und damit verbunden das Verstehen um das subjektive Erleben des Klienten wurden für die Pflegefachpersonen handlungsleitend.

Dieses Beispiel fasst sehr gut zusammen, worum es in diesem Aufsatz gehen soll. Die erste Problemlösung zeigt, dass die Pflegefachpersonen die Individualität der sozialen Regulierung angenommen haben. Sie fungieren im gesellschaftlichen Diskurs als Subjekt, und als Teil der Gesellschaft können sie nicht über das Ablösen aus gesellschaftlichen Verhältnissen ent-subjektiviert werden.

Beim zweiten Lösungsansatz wurde das beobachtete Geschehen nicht in bestehendes

Vorwissen eingeordnet. Die Differenzverfahren löste einen Problemlöseprozess aus, in dessen Verlauf der gegebene Fall neu interpretiert werden konnte.

Die Fallbearbeitung und Problemlösung erfolgen auf der Grundlage von Assessments, lebensweltorientiert und unter Zuhilfenahme hermeneutischer Verfahren. Im Ergebnis können Pflegefachpersonen beobachtete Phänomene mit Hilfe eines fachlichen Repertoires interpretieren und reflektieren sowie ihr Handeln gegenüber der eigenen Professionsgemeinschaft und auch über diese hinaus theoriegestützt begründen, was wiederum einer lokalen Ent-Subjektivierung der psychiatrischen Pflege entsprechen würde.

Wie wir gesehen haben, ist mit jedem Lösungsansatz Wissen verbunden. Um die Relevanz der Phänomenologie und des Konzepts der Lebenswelt für die psychiatrische Pflege begreifen zu können, deren Einführung das Ziel dieser Arbeit ist, werde ich im theoretischen Rahmen sozial- und geisteswissenschaftliche Theorien und Quellen aufgreifen. Nach der Auseinandersetzung mit dem Subjekt-Begriff nach Michel Foucault (1926–1984) nutze ich die gesellschaftlichen Verhältnisse als Verstehenszugang und gehe dabei u. a. auf die Argumentationslinie von Ulrich Beck (1944–2015) bis Andreas Reckwitz (\*1970) ein. Anschließend werde ich die Analyse der Lebenswelt nach Edmund Husserl (1859–1938) und Alfred Schütz (1899–1959) beschreiben und die Bedeutung der Phänomenologie im Konzept der Lebenswelt für die psychiatrische Pflege herausarbeiten.

## 1.2 Subjektivierung der psychiatrischen Pflege

Spätestens seit den kritischen Diskursen gesellschaftlicher Verhältnisse in den Werken von Michel Foucault wissen wir, dass die diskursiv entstandene Wahrheit festhält, wie

etwas zu wissen ist und nicht, wie die Dinge sind. Sie ist das Ergebnis der Trennung des Wahren vom Falschen – mithilfe der Diskurskontrolle und sanktionierter Abweichungen

und getragen von Machtmechanismen (Foucault 1976). Ich erinnere mich an Menschen, die zur stationären Behandlung in die psychiatrische Klinik kamen und sich mit den Worten: »Ich bin Borderline« vorstellten oder die während der Behandlung äußerten: »Ich bin agitiert.« Sie haben eine Individualität angenommen, »[...] die ihnen das Gesetz einer Wahrheit auferlegt, die sie in sich selbst und die anderen in ihnen zu erkennen haben. Diese Machtform verwandelt die Individuen in Subjekte.« (Foucault [1982] 2005, S. 275) Nicht das Subjekt ist dann der Ausgangspunkt der schöpferischen Tätigkeit, sondern die Art und Weise, wie wir uns selbst verstehen, ist eine schöpferische Tätigkeit und der Effekt diskursiver Strukturen (Foucault 2010). Die Selbstständigkeit – autonom und reflexiv – ist an das vernünftige Denken des Subjekts gebunden und die Wahrheit ist nichts anderes als die Artikulation von Macht. Vernunft und Macht sind eng miteinander verbunden. Das Subjekt ist das Ergebnis des Zusammenspiels, weil im Subjekt das Zusammenwirken stattfindet.

»[...] die Macht [ist], wie überall, niemals das, was jemand besitzt, sie ist auch niemals das, was von jemanden ausgeht. Die Macht gehört weder einem Jemand noch übrigens einer Gruppe, es gibt Macht nur, weil es Streuungen, Relais, Geflechte, wechselseitige Stützen, Unterschiede des Potenzials, Abstände usw. gibt.« (Foucault 2005, S. 17)

Foucaults Machtanalytik geht nicht von einer ökonomischen Herrschaft aus, sondern von einer gesellschaftlichen Maxime. U. a. analysierte er Techniken, die das Handeln des Individuums regulieren (Weißflog 2014). Weil Pflegefachpersonen staatliche, individuelle und kollektive Anforderungen zu erfüllen haben, arbeiten sie zwischen den anatomisch-politischen und bio-politischen Bereichen der Macht und des Lebens. Sie besetzen eine strategische Position, tragen zur Regulation des Sozialen bei und stehen so im Zentrum der Bio-Macht (Weißflog 2014).

### Definition Bio-Macht

Der Foucaultsche Begriff Bio-Macht kann in seiner Funktion u. a. als Regulierung des Gesundheitsniveaus verstanden werden. Die Bio-Macht ist auf die Fürsorge der Bevölkerung gerichtet. Sie vereint das Individuum und die Bevölkerung als Gegenstand der Macht, indem sie aufgrund ökonomischer Berechnungen direkt Einfluss auf die Bevölkerung nimmt (Weißflog 2014).

Worauf ich hinaus möchte ist, dass im Feld der Psychiatrie seit der Psychiatrie-Enquete (1975) Fragen über Macht, Gewalt und Zwang im psychiatrischen Alltag und in der psychiatrischen Publizistik eine zentrale Rolle spielen. Bereits vor zwanzig Jahren zeigte Kate Irving (2002) auf, dass eine körperliche Fixierung zur Kontaktbarriere im Pflege-Klienten-Geschehen führen kann, da das Monopol auf die absolute Wahrheit beim Gesundheitsteam liegt und diese Art der Ausgrenzung schließlich nicht zur Förderung eines selbstbestimmten Lebens der erkrankten Menschen beiträgt (Irving 2002). Das Studienergebnis von Irving eröffnet, dass die Fürsorge, u. a. die Unterstützung psychisch erkrankter Menschen auf dem Weg zu einem selbstbestimmten Leben, durch diskursive Prozesse subjektiviert wurde. Als Objekt der Macht, der Subjektmacht, hat sie die Funktion, das Verhalten der »Patienten« zu ändern. »Through these discursive practices we can understand how staff maintain a monopoly over the truth and perpetuate claims about the inevitability of restraint use.« (Irving 2002, S. 405)

Wie uns die Geschichte aufzeigt, hatte die staatliche Repression des Wahns ihren Ursprung im »[...] Dekret der Gründung des Hôpital général in Paris [1656].« (Foucault 1969, S. 71) Diese Einrichtung spiegelte die monarchisch-bürgerliche Ordnung in Frankreich und eine Politik der Fürsorge den Armen gegenüber wider. Zum Ende des

18. Jahrhunderts wurden die ersten Irrenhäuser errichtet, denen neben dem Behandlungsauftrag eine Ordnungsaufgabe zugewiesen wurde (Foucault 1969). Die Aufseher sollten den Psychiater über die Kranken informieren. Mit Muskeln und Stärke, einer unerschrockenen Haltung, Rechtschaffenheit und lauterer Sitten waren sie für die Ausführung der Anordnungen des Arztes zuständig. In der Hierarchie den Aufsehern untergeordnet, waren es die Wärter, die mit besonderer Feingefühligkeit und Sauberkeit den Kranken auf einer Alltagsebene »umdrehen« sollten. Indem sie vortäuschten, dem Kranken zu Diensten zu sein, erhielten sie Kenntnisse über die innere Seite des Menschen. Das Wissen gaben sie an die Aufseher weiter, die dann den Arzt informierten. Die fraktionierten Aufgaben und Funktionen bildeten die innere Ordnung der Irrenanstalt und dienten gleichzeitig als Grundlage für das Machtsystem, welches darauf ausgerichtet war, den Irren zu beherrschen (Foucault 2005). Kontrolle und Überwachung stellten zentrale Aspekte der »Wahrheit« um die Behandlung der Irren dar. Die Aufseher und Wärter übernahmen diese Aufgaben. In diesem unverwechselbaren Tätigkeitsbereich erkannten sie sich selbst und wurden von anderen erkannt; sie wurden zum Subjekt und gleichzeitig zum Objekt und Gegenstand der Machttypen Disziplinarmacht und Körperpolitik, die auf die Bevölkerung und deren Lebensoptimierung sowie auf die Kontrolle über das Leben zielen (Foucault 1976).

Die diskursiven Praktiken führten also dazu, dass sich Pflegefachpersonen im Feld der psychiatrischen Behandlung mit der Funktion sozialer Regulierung identifizierten. Nicht das subjektive Erleben der Menschen, sondern die »Patienten« und deren Krankheit sowie beobachtbare Symptome wurden handlungsleitend, wofür es der Stimme des erkrankten Menschen nicht bedurfte (Weißflog 2014). Auch wenn Foucault gesamtgesellschaftliche Prozesse analysierte, die über Lebenswelten der Individuen hinausgingen, sehen wir die Wirkung der Prozesse und Prak-

tiken in der Subjektivierung mit dem Einfluss auf die Lebenswelt, so wie sich die Individuen selbst wahrnehmen, an ihrem Denken und an ihren Handlungsweisen. Herr D. äußerte über weitere Gespräche an den nächsten Tagen: »Ich bin immer übersehen worden – erst als ich laut wurde, hat man etwas für mich getan.« An dieser Äußerung wird deutlich, dass der Diskurs durch die Macht reguliert und im Sinn ausgetragen wird.

»Wenn die Macht zur sozialen Existenz gehört, [...] dann geht es nicht um Freiheit, sondern nur um lokale, temporäre Befreiungen, also Praktiken, die eine lokale Machtbeziehung verändern, ihre Rationalität angreifen, untergraben, ihr die Grundlagen entziehen. Doch an die Stelle dieser Macht wird eine andere treten.« (Demirović 2008, S. 58)

Eine Strategie des Widerstandes könnte zu einer temporären Befreiung führen, wäre aber letztlich nicht zielführend. Vielmehr scheint mir an dieser Stelle ein Ansatz der kritischen Haltung passender zu sein, den Foucault als »[...] die Kunst nicht dermaßen regiert zu werden« (Foucault 1992, S. 12)<sup>3</sup> charakterisiert. Für Foucault ist der »[...] Entstehungsherd der Kritik im wesentlichen das Bündel der Beziehungen zwischen der Macht, der Wahrheit und dem Subjekt [...]« (Foucault 1992, S. 14 f.) Er versteht unter der *Kritik* eine *moralische und politische Haltung* und eine *Denkart*. Das Subjekt nimmt sich das Recht heraus, die Wahrheit auf die Machteffekte und die Macht auf die Wahrheitsdiskurse hin zu befragen. Für Foucault ist die Funktion der

---

3 »Nach Foucault ist »Regierung« die »Gesamtheit der Institutionen und Praktiken, mittels derer man die Menschen lenkt, von der Verwaltung bis zur Erziehung.« (DE IV, S. 116, zit. n. Beljan 2014, S. 284) »Der Begriff der Regierung meint bei Foucault nicht allein staatliche Institutionen und politische Systeme, sondern »[s]ämtliche Prozeduren, mit denen die Menschen einander führen.« (DE IV, S. 117, zit. n. Beljan 2014, S. 284).

Kritik die *Entunterwerfung*. (Foucault 1992) Folgen wir dem foucaultschen Gedanken, geht es um »[...] ein Denken der Transformation, der Metamorphose« (Foucault & Trombadori 1996, S. 32) und um eine Neuverteilung von Selbst- und Fremdregierung mit einem letztendlich emanzipatorischen Ziel. »Ein solches Unternehmen ist das einer Ent-Subjektivierung.« (Foucault & Trombadori 1996, S. 27) Die Auseinandersetzung mit und an sich selbst verfolgt das Ziel, dass »wir [...] zu dem, um das es geht, in neue Beziehungen treten können.« (Foucault & Trombadori 1996, S. 29)

Meine Frage ist nun: Welche theoretische Grundlage ermöglicht die Entidentifizierung bzw. Ent-Subjektivierung der psychiatrischen

Pflege als lokale Emanzipation? Wie wir seit Foucault wissen, ist nicht das Individuum/ Subjekt die gesellschaftliche Substanz, sondern das gesellschaftliche Verhältnis (Demirović 2008). Folglich können wir die Transformation des Subjekts nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Verhältnissen behandeln. Auch wenn existierende gesellschaftliche Praktiken Veränderungen bedürfen würden, stellen sich gesellschaftliche Verhältnisse so dar, dass uns Kritik nicht möglich erscheint. Wir leben in einer empirischen Epoche – des Positivismus, der Objektivität und der Rationalisierung, die sich durch Vernunft auszeichnet. Das ist der allgemeine Rahmen meines Textes.

### 1.3 Diskurs gesellschaftlicher Verhältnisse

Die gesellschaftstheoretische Perspektive, mit der ich mich nun in Auszügen auseinandersetzen möchte, eröffnet uns auf der einen Seite eine Struktur der Standardisierung, Messbarkeit, Verifizierbarkeit und Verallgemeinerbarkeit. Wissenschaftliche Erklärungen, welche auf standardisierte Verfahren der empirischen Sozialforschung zurückzuführen sind, wie die randomisierte kontrollierte Untersuchung (RCT), die als »Goldstandard« betrachtet wird, versprechen den höchsten Evidenzgrad. Die Wirkungen von Interventionen sind an größeren Fallzahlen untersucht, das Studiendesign arbeitet mit einer Kontrollgruppe, die Zuordnung zur Behandlungsgruppe unterliegt dem Zufall und die Einflussnahme des Untersuchers ist ausgeschlossen. Das Untersuchungsergebnis belegt die aufgestellte Hypothese empirisch und die Aussage kann verallgemeinert werden. In der medizinischen Behandlung und gestützt auf naturwissenschaftliche Modelle müssen patientenorientierte Entscheidungen auf der Grundlage dieser empirisch nachgewiesenen

Wirksamkeit getroffen werden. Die Behandlungsleitlinien geben den aktuellen Standard der Wissenschaft wieder. Ihre Empfehlungen sollen die Behandlungsqualität verbessern und Interventionen, die nicht durch Evidenz begründet sind, verringern (AWMF 2019). »Gute« psychiatrische Pflege möchte erkrankte Menschen auf dem Genesungsweg selbstbestimmten Handelns unterstützen. Dem entgegen stehen jedoch häufig Herausforderungen aufgrund von Phänomenen, die nicht immer einfach zu erklären und vorhersagbar sind. Um das alltagspraktische Handeln zu stärken, knüpft z. B. das Training der Alltagsfertigkeiten an den Voraussetzungen, Bedürfnissen und Wünschen der Menschen an. Auch wenn durch das Training die Symptom schwere positiv beeinflusst werden kann, sind die gemessenen Effekte auf die Verbesserung der Lebensqualität und auf die Behandlungszufriedenheit eher gering (AWMF 2019). Damit sind wir erkenntnistheoretisch bei einer Wahrheit, die eine subjektive Auffassung von Wahrheit nur zu einer bestimmten Zeit ab-

bilden kann und bei einem guten Übergang zur zweiten Seite der gesellschaftlichen Perspektive.

Spätestens mit der Studentenbewegung Ende der 1960er Jahre vollzog sich in Deutschland ein gesellschaftlicher Wertewandel von der Fügsamkeit zur Selbstbestimmung. Die Thematisierung der Individualisierung als Phänomen geht auf die soziologischen Klassiker der Jahrhundertwende zurück. Die stark kritische Begründungslinie führt zu den Arbeiten von Foucault. Eine weitere Argumentationslinie führt von Georg Simmel über Norbert Elias zu Ulrich Beck. Die Modernisierung der Gesellschaft führte nach Beck zu einer dreifachen Individualisierung:

»Herauslösung aus historisch vorgegebenen Sozialformen und -bindungen im Sinne traditionaler Herrschafts- und Versorgungszusammenhänge (Freisetzungsdimension), *Verlust von traditionellen Sicherheiten* im Hinblick auf Handlungswissen, Glauben und leitende Normen (Entzauberungsdimension) und - womit die Bedeutung des Begriffs gleichsam in ihr Gegenteil verkehrt wird - *eine neue Art der sozialen Einbindung* (Kontroll- bzw. Reintegrationsdimension).« (Beck 1986, S. 206)

Individualisierung bewirkt auf diese Weise »eine Rationalisierung sozialer Beziehungen im Hinblick auf ihren persönlich-privaten Sinn.« (Brock 1994, S. 259)

Die biographische Sichtweise hob die Norm der Familie und der Klasse auf, an ihre Stelle trat die Norm des Arbeitsmarktes. Auch wenn die Individuallage von der institutionsabhängigen Kontrollstruktur, aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt, der Bildung und den sozialrechtlichen Regelungen, vergesellschaftet wurde, hätte die industrielle Moderne zu einer klassenlosen Gesellschaft führen können. Als Folge der ökonomischen Vernunft, in Strukturen der Macht unterlag die Individualisierung dem Herrschaftsverhältnis. Rückblickend ist die Herrschaftsfreiheit in der nachindustriellen Gesellschaft für Andreas Reckwitz (2020) eine optische Täu-

schung und in der Folge »[...] die Singularisierung des Sozialen in der Spätmoderne nicht das *Ende*, sondern [der] *Anfang* einer neuen Klassengesellschaft [...]«. (Reckwitz 2020, S. 276) Die spätmoderne Gesellschaft löste die Moderne ab und folgt der sozialen Logik des Besonderen: »[Die] Etablierung einer postindustriellen Ökonomie der Singularitäten und der Aufstieg der digitalen Kulturmaschine bilden das strukturelle Rückgrat der spätmodernen Gesellschaft der Singularitäten.« (Reckwitz 2020, S. 273) »[...] [A]llgemeine Prozesse der Ökonomie, der Technologien und auch des Wertewandels wirken sich auf die gesamte Gesellschaft und auf alle in ihr lebenden Subjekte in sämtlichen Milieus aus.« (Reckwitz 2020, S. 274) Der singularistische Lebensstil ist getragen von Authentizität und Selbstverwirklichung sowie von Lebensqualität und Kreativität, in seiner reinsten Form in der neuen Mittelklasse, die über ein hohes kulturelles Kapital in Form akademischer Bildungsabschlüsse verfügt und in Berufen der Wissens- und Kulturökonomie tätig ist. Auch wenn es sich bei dieser Klasse um ein Drittel der Bevölkerung in der westlichen Welt handelt, wirkt die Sozialstruktur auf alle Klassen. Die materiellen Ressourcen (Einkommen und Vermögen) bestimmen den Lebensstil und unterscheiden die Klassen voneinander. Die ehemalige Mitte – mit ihrem »sozialdemokratischen Konsens« und niederem oder auch keinem kulturellen und ökonomischen Kapital – bildet die neue Unterklasse, die auch ein Drittel der Bevölkerung ausmacht. Zwischen der neuen Mittelklasse und der neuen Unterklasse befindet sich die alte nichtakademische Mittelklasse. Die Klassenunterschiede und soziale Ungleichheiten werden durch materielle Ressourcen bestimmt, wobei für die Akademikerklasse das kulturelle Kapital bestimmend ist. In der spätmodernen Gesellschaft entscheidet der Faktor *Bildung* über den Lebensstandard und Lebensstil (Reckwitz 2020). Auch wenn der singularistische Lebensstil der Spätmoderne allen Individuen die Selbstverwirklichung verspricht, können nicht alle

davon profitieren. Deshalb stellt sich an dieser Stelle fast zwingend die Frage: Welche Antworten hat die Sozialpolitik auf die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft?

Die Theorie der deutschen Sozialpolitik geht auf Gerhard Weisser und die Verteilung von Lebenslagen zurück. Eng verknüpft ist dieses Lebenslagenkonzept mit dem Godesberger Programm der SPD (1959): »[...] gerechte Beteiligung aller am Ertrag der Volkswirtschaft [und] Lebensbedingungen schaffen, unter denen alle Menschen [...] eigenes Vermögen bilden können.« (Godesberger Programm 1959).

### Definition Lebenslage

Unter der Lebenslage versteht die Sozialpolitik »[...] ressourcenabhängige Handlungsspielräume der Person im Lebenszyklus.« (Schulz-Nieswandt 2006, S. 29) In der Annahme, dass die Entwicklung der Persönlichkeit von An- und Herausforderungen im Lebensverlauf geprägt ist, sehen die Akteure der Sozialpolitik ihre Aufgabe, »[...] als [eine] grundrechtlich fundierte Einflussnahme auf die Gestaltung und Verteilung von Lebenslagen.« (Schulz-Nieswandt 2006, S. 13)

Das lebenslagenorientierte Teilhaberecht des Individuums basiert auf der Verteilung des sozialgesetzgeberisch verallgemeinerbaren Wohlstands, ist ökonomisch organisiert und objektivierbar. Die individuellen Fähigkeiten, z. B. der psychisch erkrankten Menschen, die für eine freie Persönlichkeitsentfaltung über den gesamten Lebenslauf notwendig sind, berücksichtigt das lebenslagenorientierte Teilhaberecht nicht – womit wir wieder bei der Berufsgruppe psychiatrische Pflege wären, auf deren mögliche Entidentifizierung bzw. Ent-Subjektivierung/Emanzipation ich hinaus möchte.

Das Handeln der psychiatrischen Pflegefachpersonen ist von kollektiven und institu-

tionellen, rechtlichen und gesellschaftlichen Zuschreibungen abhängig und muss sich an den ressourcenabhängigen Handlungsspielräumen der Klienten orientieren. Ihre Sorge gilt einer »guten« Pflege und sie haben die Befürchtung, den Bedürfnissen der psychisch erkrankten Menschen nicht gerecht werden zu können (Weißflog et al. 2010; Weißflog 2014). Auch wenn ich sie nicht als homogene Gruppe sehen kann, verbindet sie ihr Aufgaben- und Tätigkeitsbereich, der zwischen den verschiedenen Feldern der psychiatrischen Versorgung und in Abhängigkeit des interdisziplinären Teams divergiert.

Grundpflegerische Tätigkeiten sind laut Gesetz (Pflegeberufereformgesetz §4) den entsprechend ausgebildeten Pflegepersonen vorbehalten (Bundesgesetzblatt 2017). Das Ziel (Pflegeberufereformgesetz §5) der beruflichen Ausbildung in der Pflege ist die »[...] selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege [der Pflegeprozess] von Menschen aller Altersstufen [...]« (Bundesgesetzblatt 2017, S. 2583)

Pflege »[...] umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation [...]. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu Pflegenden und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.« (Bundesgesetzblatt 2017, S. 2583)

Die zur selbstständigen, umfassenden und prozessorientierten Pflege hinzukommende ärztliche Assistenz führte zu einem Doppelmandat und im Arbeitsfeld zu einer Profilschärfe.

»Je höher der kurative und damit ärztliche Aufwand in der Patientenbetreuung ist, desto

höher ist meist auch der weisungsgebundene Anteil der Pflegearbeit (Medikamentengabe, Überwachungs-, Kontroll- und Maschinenarbeit) und desto geringer ist in Relation dazu der autonome Anteil im Sinne direkter Pflege. [...] [W]ird ein chronischer Krankheitsverlauf absehbar oder liegt ein Mensch im Sterben [...] nimmt die autonome Pflege zu.« (Hofmann 1999, S. 3293)

In der psychiatrischen Akutbehandlung überwiegt die Mitarbeit an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dann, wenn die medikamentöse Therapie im Fokus steht.

Die Pflegeausbildung befähigt zur selbstständigen Ausführung des Pflegeprozesses, der als Vorbehaltsaufgabe einem kybernetischen Regelkreis unterliegt. Nach Verena Fiechter und Martha Meier (1992) muss die Pflege als strukturierter Problemlöseprozess gestaltet werden. Sie definierten den Pflegeprozess als erste für den deutschsprachigen Raum und erweiterten das Pflegeprozessmodell in ein 6-Phasen-Modell (Informationssammlung, Festlegen des Pflegeproblems, Festlegen der Pflegeziele, Planung der Pflegemaßnahmen, Durchführung der Pflege, Beurteilung der Wirkung der Pflege) als eine »[...] systematische patientenorientierte Pflegeplanung im Sinne der Problemlösung [...].« (Fiechter & Meier 1992, S. 17)

Seinen Ursprung hat der Pflegeprozess in der Systemtheorie und Kybernetik. Dem 6-Phasen-Modell schloss sich im Rahmen einer Studie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) an (Ashworth et al. 1987). Je nach Denkschule und pflegetheoretischem Ansatz wurde und wird der Pflegeprozess als normiertes, bedürfnisorientiertes oder standardisiertes Verfahren umgesetzt und gegenstandsbezogen an objektivierbaren Pflegeproblemen geführt (Weißflog 2014). Die Pflegeetheoretikerinnen Nancy Roper, Winifried W. Logan und Alison J. Tierney (The Elements of Nursing 1980), basierend auf den Arbeiten von Nancy Roper (1976),

sahen den Pflegeprozess als einen Beitrag zur Förderung der individuellen Krankenpflege (Roper et al. 1980). Nach Ansicht der Pflegeetheoretikerinnen benötigt der Pflegeprozess einen konzeptionellen Rahmen, da er keine eigenständige Handlungsmethode darstellt (Roper et al. 1993).

### Merke

Der Pflegeprozess bildet als Konstrukt einen gedanklichen Vorgang ab, der nicht den Anspruch erhebt, gleichzeitig einen theoriegestützten Interaktionsprozess zu definieren. Um den Genesungsweg psychisch erkrankter Menschen begleitend unterstützen zu können, benötigen Pflegefachpersonen im Feld der psychiatrischen Versorgung Kompetenzen in lebensweltorientierter interaktiver Kommunikation.

Der Betroffenenbewegung ist es ein wichtiges Anliegen, dass Pflegefachpersonen neben der Behandlung objektivierbarer Krankheitssymptome die subjektive Sichtweise der erkrankten Menschen einnehmen – »verhandeln statt behandeln«, um zu einem gemeinsamen Verstehen der subjektiven Wirklichkeiten gelangen zu können. Der Literatur folgend möchten psychisch erkrankte Menschen von Pflegefachpersonen auf dem Weg zu selbstbestimmtem Handeln unterstützt werden. In diesem Zusammenhang beziehe ich mich bewusst auf die Literatur, weil auch psychisch erkrankte Menschen keine homogene Gruppe bilden. Ob sie überhaupt in einer Gruppe zusammengefasst werden können, möchte ich bezweifeln, an dieser Stelle aber nicht weiter vertiefen, weil es zu einer eigenen Abhandlung der Subjektivierung psychisch erkrankter Menschen führen würde.

Aus der US-amerikanischen Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung ging die Recovery-Haltung hervor, die den Prozess von per-