Funktionale Asymmetrie in der Psychiatrie

ULRIKE HÖHMANN

Inhaltlicher Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen sind die grundlegenden Unterschiede der Aufgaben und Erwartungen von Klient*innen und Professionellen, die ihre therapeutische Beziehung während eines Klinikaufenthaltes prägen. Solche Unterschiede beziehen sich vorrangig auf die jeweils verschiedenen Situationsbedeutungen, die unterschiedlichen Wissens-, Interessens- und Machtgefüge, das wechselseitige Angewiesensein aufeinander sowie die Rahmenbedingungen des Zusammentreffens und positionalen Verankerungen. Mit Blick auf diese Unterschiede grenze ich mich bewusst gegen romantisierende Alltagsforderungen nach Symmetrie in den Beziehungen zwischen Klient*innen und Profis in therapeutisch relevanten stationären Psychiatriesettings einer Klinik ab, denn bei genauerem Hinsehen erscheinen solche Unterschiede als Ausdruck strukturell kaum aufhebbarer Asymmetrien.

Die therapeutische Beziehung ist Teil eines definierten (Versorgungs-) „Programms" (Luhmann 1972) und der damit einhergehenden Ver-Regelungen stationärer psychiatrischer Unterstützungs-/Therapieangebote. Diese sind in grundsätzlichen Teilen inhaltlich, personell, örtlich, zeitlich, sozial und ökonomisch, gesetzlich sowie verfahrenstechnisch reguliert und bilden den Rahmen der Beziehungen.

Jedoch wird jede Therapiebeziehung unter diesen interaktionsprägenden Bedingungen gleichwohl personal schrittweise ausgehandelt und unterliegt oft aktiven Passungsbemühungen zwischen teils präformierten bzw. vorstrukturierten und situativ-individuellen Zielen, Möglichkeiten, Zwecken, Mitteln und Vorgehensweisen der Beteiligten. Die Annahme, dass der dazu notwendige wechselseitige Abgleichungsprozess als symmetrisch gestaltete Beziehung zu realisieren ist, scheint mir die Einbindung der therapeutisch handelnden Professionellen in das „Versorgungs-/Unterstützungsprogramm" ihrer Klinik zu ignorieren. Denn sie müssen die Grundzüge ihrer Klient*innenbeziehung in den Rahmen definierter Klinikregularien einordnen – wenn nicht gar diesen unterordnen.

So prägen die Programmregularien den Handlungsrahmen in der Klinik und gleichzeitig die professionelle Beziehungsgestaltung und Therapiestrategien. Diese bewegen sich so in Inhalt und Form innerhalb der Grenzen der Versorgungsprogramme, z.B. an den nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) finanzierten Leistungen, an Vertragskonstruktionen mit den Krankenkassen, an berufsrechtlichen Verpflichtungen der Professionellen sowie an deren Bedarfseinschätzungen und Diagnosestellungen etc. Auch wenn gerade interaktionsintensive professionelle Arbeitsfelder über große individuelle Gestaltungsmöglichkeiten verfügen, konkretisieren sich die strukturellen Begrenzungen doch wesentlich am kodifizierten Behandlungsauftrag: Dieser regelt die rechtlichen, ökonomischen und berufsethischen Normierungen, die jeweiligen Verantwortlichkeiten und Rechenschaftspflichten, das Angebot eines bestimmten Settings, die therapeutische Ausrichtung und das Therapieverständnis, aber auch die berufsethische Orientierungen der Behandelnden, die Therapiedauer sowie die Verortung und hierarchische Stellung der Professionellen. Die jeweiligen Ausprägungen beeinflussen dann ebenfalls die Organisationskultur der Klinik etc.

Deutlich werden damit strukturell wirkmächtige Faktoren auf Seiten der Professionellen, die meiner Ansicht nach die Symmetrie der Klient*innen-/Therapeut*innenbeziehung begrenzen.

Dieser Eingebundenheit der Therapeut*innen in ihren professionellen Rahmen steht nun die personengebundene Individualität der Klient*innen/Patient*innen mit ihren spezifischen Hoffnungen, Hilfebedarfen, Leiden, Versorgungs- und Unterstützungsansprüchen gegenüber. Oft suchen sie die Professionellen ja deshalb auf, weil diese

CC-BY-SA 4.0 | HTTPS://10.60837/CURARE.V48I1-2.8799

„etwas können und tun", was sie selbst nicht könnten. Die fachliche und kompetenzbezogene Asymmetrie wird geradezu zu einem „Behandlungsgrund". Und eben diese Hilfebedürfnisse der Patient*innen müssen die Professionellen, um beruflich tätig werden zu können, in die geltenden klinikbezogenen Programmregularien einhegen. So wies schon vor fast 45 Jahren der Medizinsoziologe Jürgen Rohde (1972: Abschnitt V, §25) auf diese unauflösliche Paradoxie der Patientenrolle hin. Er charakterisiert den Patienten als „Herrn, der seinen Dienern Untertan ist". Damit verweist Rohde darauf, dass die Patient*innen zwar die Herren bzw. die tonangebenden Personen der Gesundheitsberufe sind, dabei jedoch gleichzeitig den Programmen, d.h. den Verfahren und Inhalten der Hilfe ausgeliefert sind. Danach sind Patient*innen angewiesen auf die Hilfe der Professionellen, die diese nur unter begrenzenden Regularien erbringen können, auch wenn diese nicht immer dem Bedarf und den Erwartungen der Patienten entspricht.

Ohne hier weitere Details ausführen und diskutieren zu können, wird deutlich, dass strukturelle Differenzen zwischen Patient*innen und behandelnden Professionellen solche Paradoxien bedingen. Der kurze Blick auf die zentralen Unterschiede des Handlungsrahmens von Patient*innen und Profis verdeutlicht, dass ihre Beziehung durch zentrale Asymmetrien geprägt ist, um Ziele und Zwecke der Beziehung überhaupt adressieren zu können.

Um auf mögliche personenanerkennende Gestaltungsoptionen einer so konstellierten Hilfebeziehung unter Ungleichen zu verweisen, nenne ich diese Hilfebeziehung – in dem Versuch, die strukturelle Asymmetrie auf die Funktionen der Professionellen zu begrenzen – „funktional asymmetrisch". Dieser Begriff wischt die aufgeführten Unterschiede nicht vom Tisch, sondern erkennt sie als existent an. Das halte ich für eine Voraussetzung dafür, die Beziehung berufsethisch, individuell und situational verantwortlich gestalten zu können und personal integritätsschützende Interaktionsformen zu entwickeln, die – jenseits naiver Symmetrievorstellungen – gleichwohl Respekt, Vertrauen, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit als die Basis eines auf Gelingen ausgerichteten Therapiebündnisses stärken. Dazu gilt es, ohne Ansehen der Person, alle Klient*innen als menschlich „gleichwertige" Interaktionspartner anzusehen. Dies bedarf einer bewussten Haltung, die sich an der conditio humana orientiert und nicht an der Informationsasymmetrie, kulturellen Unterschieden, oder spezifischen professionellen Kompetenzen. Dabei tragen die Professionellen selbst Verantwortung dafür, eine solche Beziehungsgestaltung zum Ausdruck zu bringen.

Vorschlag für ein Konzept zur aktiven Gestaltung der funktionalen Asymmetrie

Das bewusste Annehmen der inhärenten funktionalen Asymmetrie als Grundstruktur der Profi-Klient*innen-Beziehung fordert den Professionellen eine aktive Auseinandersetzung und bewusste Gestaltung ab. Unter normativen Gesichtspunkten sollten sich Haltung und Handlungen in der Beziehung zu Klient*innen – als Elemente ethischer Berufspflicht – bewusst am Schutz der individuellen personalen Integrität von Klient*innen/Patient*innen ausrichten.

Welche konkreten Orientierungsmerkmale können diesen Respekt und Schutz fördern und professionelle, funktional asymmetrische Interaktionsstrategien zur Wahrung der personalen Integrität des Gegenübers steuern? Eine beispielhafte Konkretisierung bietet ein Vorschlag von Axel Honneth (1997, nach Höhmann 2006), der aus meiner Sicht praktikable Orientierungspunkte aufweist. Als Vertreter einer „Philosophie der Anerkennung" sieht er es als moralische Verpflichtung, allgemeine Grundsätze dieser Philosophie sichtbar werden zu lassen. Das heißt, in Bezug auf professionelle Hilfebeziehungen, die zentralen Bedürftigkeitssphären einer Person als normative Bezugspunkte zu achten und auf deren Schutz hinzuwirken. Denn moralische Verletzungen in diesen Bedürfnissphären können, insbesondere bei Vulnerabilität, die notwendige Selbstbeziehung und Integrität von Personen zerstören, wie ihr Selbstvertrauen, ihre Selbstachtung oder ihr Selbstwertwertgefühl. Eine Missachtung dieser Sphären widerspräche zudem berufsethischen Prinzipien. Diese moralischen Schutz-

gebote leitet HONNETH aus den folgenden drei grundlegenden Bedürfnissphären von Personen ab:

- Die Anerkennung des Leibes, mit all seinen Empfindungen.
- Die Anerkennung des rechtmäßigen Urteils.
- Die Anerkennung, dass jede Person einen Platz als wertvolles Mitglied der menschlichen Gemeinschaft innehat.

Aus dieser skizzierten Perspektive leite ich meinen inhaltlichen Vorschlag ab, solche Orientierungspunkte für die Gestaltung notwendig funktional asymmetrischer, aber integritätswahrender professioneller Beziehungen zu nutzen. Naturgemäß müssen dazu diese vorerst abstrakt benannten Sphären für den jeweiligen Umgang mit Menschen in verschiedenen vulnerablen Situationen konkretisiert werden. Diese drei Bedüftigkeitssphären können dabei jedoch wertvolle Orientierung für die Entwicklung und Gestaltung berufsgruppenübergreifend abgestimmter Grundstrategien professioneller Beziehungsgestaltung bieten.

Für die Ausformulierung solcher Konkretisierungen schlage ich des Weiteren vor, möglichst nah an klient*innenbezogenen Praxiserfordernissen und Erfahrungen zu bleiben, also den Lebenssphären der Klient*innen und den darauf bezogenen Aufgaben der Professionellen im therapeutischen Alltag Rechnung zu tragen.

Zur Strukturierung solcher Sphären und der darauf bezogenen Aufgaben hat sich in der Versorgungspraxis eine Zusammenstellung von CORBIN (zusammenfassend dazu HÖHMANN 2006) als heuristisch hilfreich erwiesen. Dabei geht es um fünf zentrale und miteinander verwobene Lebensbereiche, innerhalb derer sich für nahezu alle Klient*innen bei bedeutsamen (psychosozialen, lebensgeschichtlichen oder gesundheitlichen) Umbrüchen Bewältigungsanforderungen ergeben, wenn auch in individuell unterschiedlichen Bedingungsgefügen. Diese sind:

- Der Umgang mit der Krankheit (der physischen, psychischen, sozialen, spirituellen Ebene),
- die damit verbundenen Alltagsauswirkungen und -bedingungen,
- die biographische Situation, Bedingungen, Anpassungsprozesse und Reaktionen,
- die erforderliche/gewünschte Unterstützung zur Stärkung des Selbstmanagements im Umgang mit der Gesamtsituation,
- sowie letztendlich die erforderliche/gewünschte Unterstützung bei der Suche nach weiteren Hilfen, Spezialisten, Selbsthilfe etc.

Bewältigungsanforderungen zu identifizieren, denen Klient*innen in diesen Kernbereichen und Kontexten ausgesetzt sind, und integritätswahrende Unterstützung beim spezifischen Umgang damit anzubieten, sind Aufgaben des gesamten multiprofessionellen Gesundheits- und Behandlungsteams. Entsprechende therapeutische Konzepte können nun durch ihre erkennbare Orientierung der professionellen Beziehungsgestaltung an der Anerkennung der Leiblichkeit, des rechtmäßigen Urteils der Klient*innen sowie des unverbrüchlichen Wertes als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft funktional asymmetrisch und gleichwohl integritätswahrend gestaltet werden. Systematische Reflektionen – auch in Teams – können dabei helfen, die eigene Praxis zu überprüfen. Dies kann in ganz unterschiedlichen Einzel- oder Gruppen, ad hoc oder strukturierten Formaten geschehen (Anregungen z.B. in HÖHMANN, LAUXEN & SCHWARZ 2018, Kap. 5).

Literatur

HÖHMANN, ULRIKE 2006. Hilfehandeln als Tätigkeit der beruflichen Pflege. Eine Annäherung an zentrale Elemente eines Bezugsrahmens in der Verschränkung von systemischer und handlungstheoretischer Perspektive. *Pflege & Gesellschaft* 11, 1: 17–29.

HÖHMANN, ULRIKE; LAUXEN, OLIVER & SCHWARZ, LAURA 2018. *Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken*. Frankfurt am Main: Mabuse.

LUHMANN, NIKLAS 1972. Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In OTTO, HANS-UWE & SCHNEIDER, SIEGFRIED (eds) *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit I*. Neuwied u.a.: Luchterhand: 21–43.

RHODE, JÜRGEN 1972. *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart: Enke.

Ulrike Höhmann, Prof. Dr., lehrt an der Universität Witten/Herdecke. Sie studierte Soziologie, Psychologie und Politikwissenschaft und schloss eine Ausbildung zur Krankenschwester ab. Mitarbeit in diversen pflegebezogenen Fachgesellschaften und Herausgebergremien. Arbeitsschwerpunkte: Multiprofessionelle Versorgung, Organisations-, Personal- und Qualitätsentwicklung, Praxis- und Entwicklungsforschung, Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Seit 1985 Dozenten- und Referententätigkeiten in Gesundheits- und Bildungseinrichtungen; 1993–1997 Leitung des Agnes-Karll-Institutes für Pflegeforschung. Von 1997 bis 2013 war sie Professorin für Pflegewissenschaft und -forschung an der Ev. Hochschule Darmstadt und von 2013 bis 2020 am Lehrstuhl für „Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen“ (Leitung Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“) tätig.

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Humanmedizin
Stockumer Str. 12
58453 Witten
e-mail: ulrike.hoehmann@uni-wh.de