

Professionalität in der forensisch-psychiatrischen Pflege – eine qualitative Studie zu den konstituierenden Rahmungen forensisch-psychiatrischer Pflegefachkräfte im Maßregelvollzug

Zusammenfassung Aus einer Perspektive der praxeologisch-wissenssoziologischen Professionsforschung wird untersucht, was den Beruf der forensisch-psychiatrischen Pflegefachkraft charakterisiert und welche professionstheoretischen Implikationen damit verbunden sind. Es werden Daten aus dem DFG-Projekt „(Re-)Sozialisierung im Maßregelvollzug – im Spannungsfeld von Individuum, Organisation und Gesellschaft“ herangezogen, bei dem in sechs Kliniken des Maßregelvollzugs Erhebungen stattfanden. Aus der empirischen Rekonstruktion werden drei Modi vorgestellt, sich dem spannungsreichen Berufsalltag zu stellen. Dabei wird deutlich, dass ein qualitativ-rekonstruktiver Ansatz mit dem praxeologischen Blick auf die konstituierenden Rahmungen helfen kann, unterschiedliche professionelle Orientierungen der Pflege genauer zu verstehen und zu bewerten.

Schlüsselwörter Forensisch-psychiatrische Pflege, Profession, qualitative Forschung, praxeologische Wissenssoziologie

Professionalism in forensic-psychiatric nursing – a qualitative study on the constitutive frameworks of forensic psychiatric nursing staff in forensic psychiatry

Abstract The article examines from a praxeological perspective what characterizes the profession of forensic psychiatric nurses and what professional-theoretical implications are associated with. It draws on data from a DFG project in which surveys were conducted in various clinics. From the empirical reconstruction, three modes of confronting the tense everyday professional life are presented. It becomes clear that a qualitative-reconstructive approach can help to understand and evaluate different professional orientations of nursing more precisely.

Keywords forensic-psychiatric nursing, profession, qualitative research, praxeological research, sociology of knowledge

1 Rollenspannungen in der forensisch-psychiatrischen Pflege professionell bewältigen

Die vorliegende Studie stellt anhand einer qualitativ-rekonstruktiven Untersuchung die Frage, was den Beruf der forensisch-psychiatrischen Pflegefachkraft auszeichnet und welche professionstheoretischen Implikationen hiermit einhergehen. Die zugrundeliegenden Daten stammen aus dem DFG-Projekt „(Re-)Sozialisierung im Maßregelvollzug – *im Spannungsfeld von Individuum, Organisation und Gesellschaft*“ in dessen Rahmen in 6 Kliniken mit untergebrachten Personen nach § 63 StGB Erhebungen in Form von Interviews und teilnehmenden Beobachtungen durchgeführt wurden (s. ausführlich Vogd et al. 2022).¹

An Pflegefachkräfte, die in der forensischen Psychiatrie arbeiten, werden vielfältige Ansprüche und Erwartungen gestellt. Die untergebrachten Personen (im untersuchten Feld und deshalb auch in diesem Beitrag generell als ‚Patienten‘ benannt), die sie betreuen, haben Straftaten begangen und gelten jedoch – etwa aufgrund psychischer Erkrankung – gemäß StGB §§ 20 und §§ 22 als schuldunfähig bzw. vermindert schuldunfähig. Auch wenn sie verabscheuungswürdige Taten begangen haben, verdienen sie Verständnis und haben Anspruch auf therapeutische Unterstützung. Das Personal hat dabei ihre Gefährlichkeit jederzeit im Blick zu haben und nicht zuletzt aus diesem Grunde sind sie in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht, denn es geht immer darum, die Allgemeinheit vor künftigen Taten zu schützen.

Es ist keine neue Erkenntnis, dass es in der beruflichen Arbeit im Maßregelvollzug nicht nur für die Pflegefachkräfte (Merkt et al. 2021; Schoppmann et al. 2023), sondern auch für die anderen professionellen Akteure darum geht, die Spannung zwischen dem Schutz der Gesellschaft (Sicherheit) und dem therapeutisch Notwendigen (Besserung) kontinuierlich auszubalancieren. Dennoch werden an die pflegerische Berufsgruppe besondere Anforderungen gestellt. Während das ärztliche und psychotherapeutische Personal nur selektiv – etwa in Visiten und im therapeutischen Setting – mit den Patienten und Patientinnen in Kontakt kommt, ist die Rollenbeschreibung für die forensisch-psychiatrische Pflege mit Blick auf die oben benannten Aufgaben diffuser. Sie steht in besonderer Art und Weise mit ihrer Arbeit an einer Schnittstelle, die das ‚Abnormale‘ und das ‚Normale‘ bearbeiten und in ein Verhältnis setzen muss. Im Rahmen einer Sozio- und Milieuthérapie übernimmt sie nicht nur die Aufgaben der Alltagsgestaltung, sondern zugleich kontrollierende, erzieherische und therapeutische Funktionen (z. B. bei begleiteten Ausgängen im Rahmen einer Lockerungserprobung)(s. ausführlich Kröber et al. 2009). Die Gruppe der forensisch-psychiatrisch Pflegefachkräfte erhält zudem durch ihre ständige Präsenz im Klinikalltag der Patientinnen und Patienten den Status einer stellvertretenden Gesellschaft. Sie definiert und lebt, was als normal und als nicht normal gilt und leitet bei Abweichungen Maßnahmen ein (Dudeck et al. 2018: 13).

Trotz der komplexen medizinischen, therapeutischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Anforderungen des Maßregelvollzugs reicht in der Regel eine abgeschlossene Aus-

1 Für das gesamte Projekt liegt ein positives Votum einer Ethikkommission vor. Es bestehen darüber hinaus keine Interessenkonflikte.

bildung zur Pflegefachfrau/Pflegefachmann aus, um in einer forensisch psychiatrischen Klinik als Pflegefachkraft anzufangen. Fachfortbildungen sind zwar erwünscht, werden von den meisten Einrichtungen aber derzeit nicht verlangt (Hechsel et al. 2020). Auf abstrakter Ebene ist der Arbeitsauftrag klar (Sicherung und Besserung mit Perspektive auf Eingliederung in die Gesellschaft). Wie dies konkret geschieht, ist jedoch eher unbestimmt. Wie für soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen typisch besteht kein allgemeingültiges „technologisches Kausalwissen“ (Klatetzki 2010: 13). Nicht zuletzt auch deshalb hat sich für uns die Frage gestellt, woran sich die Pflegekräfte in der alltäglichen Behandlung und Einschätzung der ihnen anvertrauten Personen orientieren.

Aus einer praxistheoretischen Perspektive (Bohnsack 2017) gehen wir davon aus, dass die Betroffenen immer schon *Lösungen* gefunden haben, um mit Anforderungen ihres Berufsalltags umgehen zu können. Wäre dies nicht so, hätten sie gerade in Anbetracht der Herausforderungen des Maßregelvollzugs das Berufsfeld längst verlassen. Als Novize oder Novizin mag man sich zunächst an erfahrenen Pflegekräften orientieren, doch mit der Zeit spielt sich ein „praktischer Sinn“ (Bourdieu 1997) ein, der für die Betroffenen funktioniert und mit der Zeit habitualisiert wird. Freilich ist damit noch nicht gesagt, ob die gefundenen Lösungen aus einer professionstheoretischen Perspektive ‚gut‘ funktionieren, also ob sie nicht nur für die Pflegekräfte praktikabel sind, sondern auch dem gerecht werden, wofür der Maßregelvollzug steht, nämlich die Rehabilitation in eine weniger gesicherte Einrichtung zu bahnen.

Bereits im Feld lässt sich diesbezüglich oft Kritik vernehmen: Von psychotherapeutischer und ärztlicher Seite wird vielfach beklagt, dass die Pflege den Patienten oftmals zu wenig zutraue oder nicht hinreichend unterstütze oder entsprechend dem Common Sense dazu neige,² vermeintlich gefährliche Verrückte oder Sexualstraftäter am besten gar nicht mehr in Freiheit zu lassen.

Aus einer professionssoziologischen Perspektive sind wir jedoch gut beraten, nicht vorschnell den Einschätzungen der anderen Berufsgruppen zu folgen. Zum einen haben diese ihre eigene Standortgebundenheit (etwa eine Psychotherapeutin, die ihren Patienten nur einmal die Woche sieht). Zum anderen können von außen herangetragene Forderungen – selbst wenn man es möchte – kaum ungebrochen in die Handlungspraxis der Kritisierten übersetzt werden.

Es erscheint uns deshalb produktiver, in unterschiedlichen Einrichtungen die handlungsleitenden Orientierungen der Pflege zu rekonstruieren und dabei zu erkunden, wie im Einzelnen das Spannungsfeld zwischen den Programmen und Normen der Institution des Maßregelvollzugs und dem organisatorisch und alltagspraktisch Möglichen durch die forensisch-psychiatrischen Pflegefachkräfte gelöst wird. Es ist also zu schauen, welche (routinierten) Umgangsweisen hierbei gefunden werden. Damit kommen wir in die Lage, gleichsam von innen heraus eine Perspektive zu entfalten, die dem Eigensinn der forensisch-psychiatrischen Pflegefachkräfte gerecht wird, ohne dabei den Behandlungsauftrag des Maßregelvollzugs aus dem Blick zu verlieren.

2 Siehe auch Vogd & Feißt (2022: 93 ff.).

2 Methodologie, Fallauswahl und Schritte der Auswertung

Für die Rekonstruktion haben wir auf die Dokumentarische Methode aus der praxeologischen Wissenssoziologie zurückgegriffen.

Diese zielt darauf, nicht nur das theoretische oder reflexive Wissen von Akteuren und Akteurinnen zu erfassen, sondern darüber hinaus auch ihre habituellen Orientierungen zu rekonstruieren. Gemeint sind hier die Handlungsmuster, denen die Akteure eine Sinnhaftigkeit zuschreiben, da sie sich alltagspraktisch für die in der Einrichtung typischen Anforderungen bewährt haben und entsprechend mit der Zeit als routinierte Praxis habituiert worden sind. Methodologisch schließt diese Studie an Herwig et al. (2023) an, die Gruppendiskussionen mit Bezugspflegefachkräften im Maßregelvollzug durchgeführt hat. Über die Basistypik gelingender Pflege hinausgehend liegt unser Fokus jedoch auch auf der Ausdifferenzierung professioneller Varianten bzw. der Benennung von Kriterien, anhand derer sichtbar wird, wo dies nicht gelingt.

Bohnsack (2017: 127 ff.) weist darauf hin, dass dabei organisationsinterne Normen (etwa die untergebrachten Personen zu bessern und zu rehabilitieren) mit Alltagsnormen außerhalb der Organisation in Konflikt geraten können (etwa möchte man einen rehabilitierten Sexualstraftäter nicht in seiner Nähe wohnen haben). Aus dem benannten wissenssoziologischen Zugang ergibt sich eine spezifische Perspektive auf *professionelles Handeln*. Dieses bezeichnet „definitionsgemäß“ die Fähigkeit, „das Spannungsverhältnis zwischen einer auf Selbstläufigkeit angelegten Interaktion zwischen der Klientel und den Professionellen einerseits und den Anforderungen der generellen normativen Sach-Programmatiken und Rollenbeziehungen der Organisation produktiv zu bewältigen“ (Bohnsack et al. 2022: 20).

Wenn dies gelingt, kann mit Blick auf die jeweilige professionelle Verortung mit Bohnsack (2017: 253 ff.) von einer „konstituierenden Rahmung“ gesprochen werden. Demnach agieren forensisch-psychiatrische Pflegefachkräfte *professionell*, wenn sie in der Lage sind, die hiermit einhergehenden Spannungen in einer produktiven, verlässlichen, also nicht nur von Willkür geleiteten Weise zu bewältigen.³

Damit ist es eine empirische Frage, ob und wie dies geschieht. Mit der konstituierenden Rahmung verfügen wir jedoch nun über ein methodologisches Kriterium, welches sowohl die Auswertung anleitet, als auch die Fallauswahl für die komparative Analyse strukturiert. Es bedeutet, dass es zum einen unterschiedliche professionelle Weisen gibt, die Aufgabe zu lösen. Zum anderen impliziert es auch, dass es Praktiken und Handlungsorientierungen geben kann, die im oben benannten Sinne nicht das Kriterium ‚professionell‘ erfüllen – etwa wenn die Spannung von normativer Anforderung, organisatorischen Zwängen und den alltagspraktischen Verwicklungen mit den Klienten zugunsten eines Pols getilgt wird und man damit dem Behandlungsauftrag nicht mehr gerecht werden kann.

Um dieser Fragestellung empirisch nachzugehen, wurden 23 Experteninterviews mit Pflegefachkräften herangezogen. Diese wurden in sechs Maßregelvollzugskliniken in vier

3 Dies bedeutet auch, dass die Macht der totalen Organisation nicht in jedem Fall als etwas Negatives zu sehen ist, sie kann umgekehrt auch als Voraussetzung einer gelingenden konstituierenden Rahmung verstanden werden.

Bundesländern erhoben. Die Interviews wurden gemäß der Dokumentarischen Methode (Bohnsack 2008) einer formulierenden sowie einer reflektierenden Interpretation unterzogen und nach dem Prinzip der minimalen und maximalen Kontrastierung ausgewählt.

Alle nachfolgenden Textstellen wurden pseudonymisiert.

3 Ergebnisse

Wenngleich zahlreiche Interviews mit auf Station arbeitenden Pflegefachkräften geführt und ausgewertet wurden, beschränkt sich die Darstellung auf drei Interviewprotokolle mit (Stations-)Pflegeleitungen aus unterschiedlichen Maßregelvollzugskliniken, in denen Patienten nach § 63 StGB in einer gesicherten geschlossenen Klinik untergebracht sind.⁴ Diese stehen qua ihrer Stellung in besonderer Weise für die in ihrem jeweiligen Berufsfeld erwarteten Handlungsorientierungen. Ausgewählt wurden Erzählungen zur Arbeitshaltung, sowie Berichte von Patienten, wobei für die Analyse sowohl ‚gelingende‘ Arbeit als auch als ‚problematisch‘ erachtete Konstellationen ausgewählt wurden. Alle Befragten arbeiten seit mehr als 10 Jahren im Maßregelvollzug.

3.1 Verhaltensbeobachtung und Kalibrierung

Im ersten Fall wird die professionalisierte Pflegepraxis einer verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik herausgearbeitet, die sich primär an der Kalibrierung auf Verhaltensabweichungen orientiert.

Für die Analyse haben wir ein Interview mit einer Pflegefachkraft in leitender Position herangezogen, welche schon seit ihrer Ausbildung in derselben Maßregelvollzugsklinik tätig ist. In ihrer beruflichen Laufbahn hat sie auf unterschiedlichen Stationen gearbeitet, unter anderem auch auf der Kriseninterventions- und der Entlassstation. Unabhängig von der Station erscheine für sie „Kontrolle“ und „Beobachtung“ der Patienten als wichtigste Aufgabe. Insbesondere auf der Kriseninterventionsstation würden „Verhaltensveränderungen wirklich schnell auf[fallen]“, da man den „Patienten in vielen verschiedenen Situationen“ sehe und man entsprechend „frühzeitig [...] intervenieren“ könne. „Weil man eben auch nah dran“ sei, würde man z. B. sofort mitbekommen, wenn Patienten „verwirrt über den Flur“ laufen, „diese innere Unruhe“ zeigen oder „mehr Konflikte mit irgendwelchen Mitpatienten“ haben. Die Hierarchie zwischen Pflege und Patient wird bewusst aufrechterhalten. Symmetrische Formen der Interaktion scheinen nicht als Bestandteil der professionellen Verortung gesehen zu werden und sind entsprechend im Interview nicht weiter erwähnenswert.

Mit Blick auf die Rekonstruktion des Orientierungsrahmens deutet sich bereits an, dass die Pflegekräfte dadurch Handlungssicherheit gewinnen, indem man sich auf das Verhal-

4 Genauere Angaben zum Setting lassen sich hier nicht machen, um die Anonymisierung nicht zu gefährden.

ten der Patienten kalibriert und auf diesem Kontrollsystem aufbauend, bei Abweichungen intervenieren kann. „Nah“ am Patienten dran zu sein, bedeutet hier also nicht, Beziehungen zum Patienten für besonders förderungswürdig zu halten, sondern heißt, Patienten genau beobachten zu können.

Da die Patienten⁵ auf der Entlassstation jedoch mehr Freiheitsgrade haben, sei dort die Beobachtung und Kontrolle „schwieriger“, denn wenn jemand wirklich „den Kontakt vermeiden“ wolle, habe er „natürlich hier auch gut Möglichkeiten, den Kontakt auch weitestgehend zu vermeiden“. Entsprechend müsse „aktiv [auf] die Patienten“ zugegangen werden. Auch werden Kontexte geschaffen, welche die Patientenbeobachtung in organisierter Form ermöglichen. So habe man „eine Kochgruppe“ eingerichtet, bei der jeder ‚Patient‘ einmal für ein Menü Verantwortung übernehmen müsse. Dies ermögliche herauszufinden, ob ein ‚Patient‘ etwa zu „dominant“ oder zu „devot“ sei und ob man manchen gewisse „Pöstchen“ nicht geben dürfe, da sie ihre Position ausnutzen würden. Auf diese Weise könne man auch Rückschlüsse auf die „Primärpersönlichkeit“ ziehen. Dieser Fachbegriff aus der klinischen Psychologie beschreibt Eigenschaften einer Person, die auch vor dem erstmaligen Ausbruch einer psychischen Erkrankung schon vorhanden waren, aber dennoch die „Karriere“ (Goffman 1973: 127 ff.) nicht unwesentlich mitprägen. Dabei gehe es auch um „banale“ Sachen wie „Aufstehen, Körper- und Kleiderpflege, Selbstständigkeit und Verlässlichkeit“. Die hier erhobenen Informationen im Blick haltend, werde dann im „Großteam“ über die „Entlassform“, insbesondere hinsichtlich der für den Patienten geeignete Wohn- und Betreuungsform entschieden. Den Patienten werde bei der Aufnahme „fairerweise“ angekündigt, dass alles, was sie auf der Station tun, das Setting ihrer Entlassung beeinflusse.

Als Orientierung wird hiermit nochmals deutlich, dass die befragte Pflegefachkraft sich in dieser Einrichtung stark mit ihrer Kontrollfunktion identifiziert und wohl auch damit in der hiermit einhergehenden hierarchischen Stellung ihre professionelle Sicherheit findet. Dies hilft ihr auch, damit umzugehen, dass Patienten mit Blick auf die diagnostizierte Erkrankung in der Regel nicht als ‚geheilt‘ entlassen werden, sondern die Symptome nur insoweit eingeehrt werden, als sie nicht mehr „gefährlich“ erscheinen. Illustrativ hierzu ist folgende Schilderung:⁶

A: Herr Schmitt, der steht ja so gesehen kurz vor Entlassung. [...] Ich denke, das ist auch für ihn ein sehr geeignetes Wohnheim, hatten wir auch hier im Team besprochen. Ich kenne das ganz gut [...]. Herr Schmitt hat noch eine deutliche Restsymptomatik. Die Krankheitseinsicht, also er weiß, dass er krank ist, aber [...] Frühwarnzeichen etc., die hat er vielleicht formal auf dem Schirm; aber wenn es dann dazu kommt, wird er es nie im Leben angeben können. Er läuft hier soweit stabil mit seiner Restsymptomatik, die darf er auch haben, das ist ja kein Hindernisgrund für eine Entlassung, wir sehen einfach nur im Moment, so wie er sich verhält, keine Gefährlichkeit mehr

5 Wenn im Folgenden die männliche Form verwendet wird, handelt es sich um die konkreten, ausschließlich männlichen ‚Patienten‘ der untersuchten Stationen. Von ‚Patienten‘ ist stets in Anführungszeichen die Rede, da es sich hierbei um die im Feld verwendete Bezeichnung der untergebrachten Personen handelt.

6 Bei allen Namen handelt es sich um Pseudonyme.

und deswegen kann er eben auch entlassen werden. [...] Restsymptomatik, also können auch optische, akustische Halluzinationen sein, das dürfen die ja haben. Ich glaube, die wenigsten gehen hier vollständig remittiert raus. [...] Es geht hier nur um die Gefährlichkeit, richtig. Und dass so ein Eingangsdelikt so nicht noch mal passieren würde, das ist ja der Auftrag, richtig. [...] Davon müssen wir schon überzeugt sein.

Die Pflegefachkraft macht deutlich, dass sie sich an den formalen Zielen der Organisation orientiert. Hier gilt ein Patient als „reif“ und fähig zur Entlassung, wenn keine Gefährlichkeit mehr von ihm ausgeht (§ 67d II StGB). Zugleich demonstriert sie, dass sie die hiermit einhergehende Unterscheidung zwischen rechtlichen und medizinischen Kategorien souverän handhaben kann. Die Pflegefachkraft argumentiert gegenüber dem Interviewer, der sich an anderer Stelle über die Merkwürdigkeiten des Patienten verwundert zeigt, dass Herr Schmitt doch „stabil laufe“. ‚Stabil laufen‘ erscheint somit ein positives Kriterium, das ein Patient zu erfüllen hat, damit er aus dem Maßregelvollzug entlassen werden kann, während etwa ‚Labilität‘ und ‚Unkontrollierbarkeit‘ im Verhalten negativ auf die Einschätzung des Patienten einzahlt.

In der reflektierenden Interpretation wird damit deutlich, dass der formale Auftrag der forensischen Psychiatrie im Arbeitsalltag präsent ist und die Befragte sich hiermit auch identifiziert und in ihrer Praxis bei Patienten, die psychotische Symptome zeigen, sowohl um die kritische Balance weiß, als auch über Kriterien verfügt, zu unterscheiden, wann bzw. in welchem Kontext ein Patient als ‚gefährlich‘ gilt.

Schauen wir nun auf ein Beispiel, wo die Kalibrierung auf den Patienten zu scheitern droht. Dies geschieht etwa in Fällen, wo Patienten Verhaltensweisen zeigen, die verwunderlich erscheinen, aber nicht als bedrohlich oder krankhaft zu bewerten sind. Damit würde eigentlich nichts gegen eine Entlassung sprechen:

A: Herr Kludt ja, werde ich, bin ich ehrlich, auch nicht schlau raus. [...] der zeigt einfach ein absolut bizarres Verhalten. [...] Also könnte man auch irgendwie was Hirnorganisches vermuten, [...] weil er, wie gesagt, so Symptome oder bizarre Verhaltensweisen zeigt, die eigentlich zu einer klassischen Schizophrenie nicht zuzuordnen sind. Das macht es dann einfach schwieriger. [...] Der Kontakt mit den Mitpatienten oder vorm Spiegel stehen. Gut, das sind ja so Manierismen, das haben andere auch, aber er macht es noch mal irgendwie anders als alle anderen. Er entzieht sich auch dem Kontakt, er läuft hier so schleichend über Station, er horcht aber trotzdem ganz gerne mit, bei allen und ist immer sehr gerne informiert, vermeidet aber jeglichen Kontakt trotz alledem. [...] Und ja gut, eine gewisse Sprachbarriere hat man auch [...] und auch das macht es schwer in der Einschätzbarkeit einfach, das ist schwierig.

Eigentlich kann das beobachtete Verhalten – wie gesagt – weder als krank im eigentlichen Sinne noch als Indikator für ein deliktrelevantes Verhalten angesehen werden. Dennoch irritiert und verunsichert es mit Blick auf eine professionelle Haltung, die sich (primär) an kategorisierbaren Merkmalen orientiert. Dem versucht die Pflegefachkraft zu begegnen, indem unterschiedliche Erklärungsansätze herangezogen werden – etwa hirnorganische Defizite oder die Sprachbarriere eines ausländischen Patienten. Dennoch gelingt es nicht,

stabil in eine Erklärung einzurasten und die Einschätzung bleibt damit in der Schwebelage. Herr Kludts Verhalten kann nicht, wie bei Herrn Schmitt, auf die Restsymptomatik oder auf die „Primärpersönlichkeit“ zugerechnet werden. Man kann sich nicht entscheiden, ihn zu entlassen, weiß aber auch nicht, wie man ihn behandeln soll, wenn er auf der Station verbleibt. Die sich hier dokumentierende Unsicherheit spricht jedoch nicht gegen das Bestehen einer konstituierenden Rahmung, sondern zeigt nur, dass die vorherrschende professionelle Orientierung bei manchen Patienten an ihre Grenzen stößt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Stationsleitung eine Haltung demonstriert, die durchaus im Einklang mit dem Zweckauftrag des Maßregelvollzugs steht. Sie versteht sich als eine Beobachtungsinstanz, die kontrolliert, aber zugleich mit Blick auf gesellschaftliche Normen und dem Merkmal „Gefährlichkeit“ für sich über praktikable Kriterien verfügt, in Hinblick auf die Rehabilitation zu Einschätzungen zu gelangen und entsprechend im Team den Entscheidungsprozess mit anzubahnen. Das Verständnis ihrer Arbeit als primär hierarchisch, also kontrollierend und durch klare Vorgaben dem Patienten gegenüber erscheint Orientierung gebend. In diesem Sinne wirkt das Verhalten der Pflegefachkräfte nicht willkürlich. Ein Patient kann – insofern er psychisch hierzu in der Lage ist – sich hierauf einstellen und versuchen, in der Einrichtung in einer Weise zu „laufen“, die ihm eine Perspektive auf Rehabilitation eröffnet. Einschätzbar ist damit ein Patient, wenn sich sein Verhalten etablierten Kategorien zurechnen lässt (Restsymptomatik, Primärpersönlichkeit, etc.). Wo das nicht gelingt, wird es problematisch. Dies hat aber nicht unbedingt etwas mit einer tatsächlichen „Gefährlichkeit“ zu tun.

3.2 Beziehung und Inseln der Normalität schaffen

Schauen wir nun mit dem zweiten Fall auf eine Station einer Klinik, in der ein anderer professioneller Modus vorherrscht. Patienten sollen in dieser Einrichtung vor allem dadurch geführt bzw. resozialisiert werden, indem man mit ihnen auf „Augenhöhe“ zusammenlebt, um hierdurch zugleich das weiterhin fortbestehende „Machtgefälle“ auszubalancieren:

B: Du Patient und ich Personal, das lässt sich nicht ausschließen, das lässt sich nicht ganz ausklammern. [...] Ja, aber wir versuchen das wirklich sehr gering zu halten, soweit es geht im Maßregelvollzug.

Das Personal ist aktiv an der Gestaltung von Gemeinschaft und Beziehung beteiligt, während der Part der ‚Patienten‘ darin besteht, sich zu integrieren, also eine hinreichende Bereitschaft zu zeigen, sich auf diese Weise sozialisieren zu lassen. Der Modus der Kontrolle und Führung der ‚Patienten‘ ist mit der ‚Beziehungsorientierung‘ ein anderer als der zuvor herausgearbeitete Modus ‚Verhaltensbeobachtung und Kalibrierung‘. Letzteres mag zwar in der Praxis auch hier durchaus eine Rolle spielen, wurde im Interview nicht weiter erwähnt, was mit Blick auf die eigene professionelle Verortung eine untergeordnete Bedeutung markiert. Paradigmatisch für die präferierte Haltung der therapeutischen Zusammenarbeit steht ein Theaterprojekt, von dem nahezu euphorisch berichtet wird:

B: Wir hatten vor ein paar Jahren ein Theaterprojekt über mehrere Monate [...]. Das war ein ganz tolles Beispiel [...] wir haben das über mehrere Monate hinweg, mit der Patientengruppe aber auch mit Mitarbeitern gemacht. Also ich glaube, es war relativ ausgewogen, sechs, sechs. [...] Und es war, wir nennen das so im dritten Raum, ein geschützter Raum, wo wir aber wirklich alle gleich sind. Nicht Personal, nicht Patient, sondern einfach nur Schauspieler und keiner besser und keiner schlechter. Und für unsere damaligen Patienten war es ein großes Erlebnis, uns zu erleben, dass wir genauso Lampenfieber haben wie sie, dass wir genauso unseren Text vergessen wie sie, dass wir uns genauso ärgern. Also das war ganz erstaunlich, hat in der Beziehung viel ausgemacht, hinterher. [...] Da hatten wir einen Herrn, der hat dann gesagt, er hat sich das erste Mal hier wieder als ganz normaler Mensch gefühlt. Und das ist ja unser Ziel, dass sie sich einfach trotz ihrer Erkrankung und diesem Aufenthalt, sich als ein ganz normaler Mensch auch empfinden und auch gleichwertig.

An diesem Beispiel zeigen sich in der reflektierenden Interpretation die Charakteristika einer professionellen Orientierung, die auf die temporäre Überwindung der konstitutionellen Hierarchie des Maßregelvollzugs zielt, indem ein dritter Raum geschaffen wird, der eine symmetrische Begegnung ermöglicht. ‚Patient‘ und Pflege kommen sich hierdurch in einer anderen Weise nah als zuvor in der ‚kontrollierenden Beobachtung‘. Die Beteiligten aus der Pflege zeigen sich ihrerseits verletzlich und genau dies ist therapeutisch auch erwünscht.

Die hiermit einhergehende Haltung drückt sich auch den Gruppentherapieangeboten aus. So ist die Suchttherapie als eine Selbsthilfegruppe deklariert, an der bewusst auch Pflegekräfte teilnehmen:

B: Dann haben wir [...] die Sucht-Selbsthilfegruppe, die [...] ist von Personal begleitet oder geleitet. [...] Aber es ist Personal, die entweder selber eine Suchtvorgeschichte hatten oder Angehörige mit einer Suchtvorgeschichte. Also um wirklich hier mit dieser Gruppe anzufangen, zu sagen, ich bin selber betroffen, wie auch immer, so wie eine Selbsthilfegruppe einfach sein soll. Ich bin nicht hier als Personal, ich bin hier als Betroffener. So, dann gehen wir weiter in diesen dritten Raum. [...] Und das Gleiche [machen wir] ja auch mit diesem Chor.

Auch hier drückt sich die professionelle Orientierung am Primat der Augenhöhe aus. Letzteres zeigt sich dabei in besonderer Weise vulnerabel, als dass es offenbart, die Herausforderungen der Sucht aus eigener Erfahrung zu kennen. Freilich geschieht dies wie schon beim Theater in organisierter Form als eine Veranstaltung mit definiertem Anfang und Ende. Auch mit Blick auf die Beziehung von Initiator und Folgschaft bleiben die Prozesse dem Rollengefüge einer therapeutischen Institution treu, was sich im Text durch die Doppelformulierung „begleitet oder geleitet“ ausdrückt. Der Raum der symmetrischen Begegnung als Betroffene hebt nicht die Tatsache auf, dass genau dies von der Klinik gewollt, geplant und in einem organisatorischen Kontext gerahmt ist. Die Grenzen zum Personal verschwimmen nicht generell, sondern nur in einem klar definierten dritten Raum. In diesem Sinne muss auch hier von einer konstituierenden Rahmung gesprochen werden, welche genau um das Spannungsfeld von Organisation, Zweckauftrag der Klinik und Alltagsinteraktion weiß und gerade deshalb Gemeinschaftlichkeit auf menschlicher Ebene ge-

stalten kann. Die hiermit einhergehende professionelle Haltung ist anspruchsvoller und komplexer als die vorangehend geschilderte. Es geht nicht nur darum, in physischer Nähe als Beobachter zu kontrollieren und die rollenbezogene Autorität auszuspielen. Es ist hier auch gefordert, psychische Nähe zuzulassen, sich dabei jedoch nicht zu stark zu verwickeln, um weiterhin in Hinblick auf die Patientenführung entscheidungsfähig zu bleiben, also falls dies notwendig erscheint ggf. auch Maßnahmen (etwa Verlegungen) veranlassen zu können. Es zeigt sich hier ein feines Spiel, Autorität manchmal sanft, manchmal härter auszuspielen, um sie dann in den gemeinschaftlichen Inseln der Normalität gezielt wieder zurückzunehmen. Auf diese Weise kann gleichsam die Quadratur des Kreises gelingen, also dass sich die Bewohner der „totalen Institution“ (Goffman 1973) Maßregelvollzug sowohl als Patient als auch gemeinschaftsfähiger und -würdiger Mensch erfahren.⁷

B: „Also der Patient fällt ja erst aufgrund von seiner Erkrankung, wo er sich ja in sich selber zurückzieht, dann aber auch durch die Gesellschaft, fällt er ja aus Gruppen, aus einer Gruppe heraus. [...] Und unser Ziel ist es einfach, dieses ‚ganz im Ich‘ dahin zu bringen [...] in dieses Wir, sich als vollwertiger Mensch, auch als vollwertiges Mitglied in der Gemeinschaft zu erleben, auch mit der Erkrankung. Also die muss er einfach integrieren.“

Das ‚Gelingen‘ dieser Praxis zeigt sich für die Pflegefachkraft insbesondere dann, wenn der Patient auch nach der Entlassung Mitglieder des Personals als Partner nimmt, denen man sich – etwa im Falle einer Krise – vertrauensvoll zuwenden kann. So wird von Herrn Andersson berichtet, der sich aus einer anderen psychiatrischen Einrichtung aus dem Ausland („der ist dann mit seinem Vater nach Schweden“) auf der Station meldet:

B: Irgendwann kam ein Anruf: ‚Frau B. ich sitze hier in der Psychiatrie, vollkommen durch den Wind und [...] die geben mir das [...] Medikament jetzt, sind die in Ordnung? Ich muss mit jemandem reden, wo ich Vertrauen habe‘, nach Jahren. Und das sind für mich Sachen, wo ich sage, dann machen wir hier einfach auch gute Arbeit. [...] Da hat was funktioniert, und zwar richtig gut. Und ich finde diese Arbeit wichtig.

Es dokumentiert sich hier, dass die Pflegefachkräfte durch die situative Einklammerung der Machtdifferenz der totalen Institution eine subtile und produktive Form von Einfluss entfalten, nämlich indem sie hierdurch einen Ankerpunkt installieren, der vom Patienten ‚freiwillig‘ angelaufen werden kann und ihm somit Orientierung gibt. Gerade darin zeigt sich nochmals die konstituierende Rahmung dieses professionellen Modus: die Beziehungen zwischen Personal und Patienten verlaufen nicht beliebig oder diffus, sondern dem therapeutischen Auftrag folgend. Als Mensch ‚gleich‘ zu sein, hebt hier nicht die konstitutionelle Differenz zwischen medizinisch-therapeutischer Seite und Patientenseite auf.

Dies wird besonders deutlich an einem Beispiel, das seitens der Interviewten als „schwieriger Fall“ beschrieben wird. Herr Peters habe sehr viele „Ressourcen“, die er leider

7 Siehe zum Problem, im Maßregelvollzug in Gemeinschaft zu erfahren auch Feißt (2017).

nicht abrufe („sehr soziale Komponenten“ und dass er auch artikulieren könne, „wenn ihm etwas stinkt“). Doch das Problematische sei, dass er eigentlich „keine Ziele“ habe, es ihm vollkommen „egal“ sei, ob er auf der Station bleibe oder irgendwann ins ambulante Wohnen komme. Sich im Maßregelvollzug einfach nur wohlfühlen oder dort gar eine Art Heimat zu finden, ist seitens der Institution nicht vorgesehen und somit zeigt sich gerade in dem benannten Problem ein Aspekt der professionellen Haltung der befragten Pflegefachkraft. Sich auf Augenhöhe mit den Patienten zu begeben ist kein Selbstzweck oder Selbstausdruck einer generalisierten humanistischen Haltung – es ist Mittel zum Zweck einer auf Therapie und Rehabilitation ausgerichteten Arbeit.

Dies drückt sich auch bei dem benannten Patienten in Hinblick auf die angestrebte Kontrolle des Körpergewichts aus, wie im folgenden Gesprächsausschnitt deutlich wird:

B: Da ist der Beziehungsaufbau wichtig, eine gute Beziehung bei ihm hinzukriegen, da sind wir ganz gut dabei, denke ich mal.

Dann ist es einfach dieses Selbstwertgefühl wiederaufzubauen, da gehört das Gewicht reduzieren einfach auch ein bisschen mit dazu, natürlich vor allem wegen der Gesundheit, aber auch weil es wird ihm weiter nichts bringen, einfach aus Scham nicht rauszugehen, das sind eigentlich momentan so diese Punkte, wo wir dran arbeiten, ihn auch sanft rauszuschieben.

Gerade in der Floskel „ihn auch sanft rauszuschieben“ lässt sich die spezifische Besonderheit der professionellen Haltung zusammenfassend pointieren: Die Macht der Institution wird nicht offen ausgespielt, sondern als subtiler therapeutischer Druck entfaltet. Professionelle Orientierung geben hier auf der einen Seite psychologische Kategorien – wie hier etwa „Scham“ und „Selbstwert“, auf der anderen Seite wieder die Selbstvergewisserung in der Qualität der Beziehung zum Patienten. Anders als im ersten Fall liegt der Fokus darauf, eine Beziehung aufzubauen, die hinreichend tragfähig ist, sodass sich der Patient oder die Patientin durch das entstandene Vertrauen in Folge in die ‚richtige‘ Richtung führen lässt.

3.3 Scheitern der konstituierenden Rahmung

Führen wir nun einen dritten Fall an, in dem die befragte Stationsleitung nicht mehr zu einer konstituierenden Rahmung findet. Im Wechsel zwischen Common Sense-Meinungen (etwa, dass man Sexualstraftäter nicht entlassen solle), rechtlichen Vorgaben (es geht um Verhältnismäßigkeit) und dem therapeutischen Auftrag (Bemühen um Rehabilitation), kann nicht in eine stabile pflegerische oder therapeutische Haltung eingerastet werden. Die Perspektiven oszillieren in einer unproduktiven Weise. Dies bedeutet jedoch, dass in Anklang an Bohnsacks praxeologisches Verständnis professioneller Praxis eben nicht mehr von ebendieser gesprochen werden kann. Da an anderer Stelle auch die pflegerische Seite dieser Praxis umfangreich aufgearbeitet wurde,⁸ beschränken wir uns hier auf die Analyse

8 So die Fallrekonstruktionen in Vogd/Feißt (2022).

einer kurzen Interviewsequenz zu Herrn Volkert, einem pädophilen Mann, der aus strafrechtlicher Perspektive ein eher geringfügiges Delikt begangen hat:

C: [Die Ärzte] sagen ja immer, der [Patient] muss raus. Klar muss/ Er kann/ wird hier therapiert. Wir können ihm nur Sachen auf den Weg mitgeben. Wie zum Beispiel verzichten zu lernen und was weiß der Geier. [...] Und na klar muss [er] auch irgendwann raus. Und, dass es juristisch gesehen nicht so schwerwiegend ist, als wenn jemand ein Kind umgebracht hat oder so. Ne? Ja. Aber da kommt dann immer so [...] unser Otto-Normalverbraucher-Gewissen. [...] Also, wenn man draußen über Sexualstraftäter mit Angehörigen oder mit Bekannten und so redet [...] die müssen, weiß ich, hinter Stacheldraht nach Sibirien oder sonst wo. [...] Wir arbeiten aber mit den Patienten hier. Wir müssen das ja auch ausgrenzen für uns. Ne? Das eine ist das Leben draußen und wir arbeiten hier. Wir wollen/ wir wollen sie ja/ auch helfen, im Sinne der [...] Sicherheit der Bevölkerung. Dass keine Opfer mehr entstehen. [...] Obwohl das auch für mich auch schwierig ist, [...] manchmal mein Problem, das nachzuvollziehen, ob das wirklich so ist. [...] Ist er ehrlich, ist er nicht ehrlich? [...] Klar sehe ich das auch, die Freiheit [...] ist das höchste Gut, was ein Mensch haben kann. Aber die sind nun mal hier auch untergebracht und manchmal ist das schwierig, das mit dem Gewissen zu vereinbaren. [...] Und das ist dann auch schon nicht einfach. Und dann [...] kann ich mir auch mal erlauben, auch mal aus meinem Gefühl zu sagen: Hm, nee, das sehe ich jetzt aber nicht so. Und ich finde das als schlimm. Jemand umzubringen, ist auch schlimm. Aber ein Kind zu missbrauchen oder, ja, oder, das ist auch schlimm. [...] Ich weiß es ja, dass es juristisch anders gesehen wird. Ja? Und das versuchen sie dann immer auf Biegen und Brechen. Und dann [...] kriege ich Hals, dann werde ich verrückt.

Grundsätzlich wird die Einstellung, dass die Patienten irgendwann die Klinik verlassen sollen, von der Pflegefachkraft geteilt, doch referiert sie zugleich auf etwas, was sie als „Otto-Normalverbraucher-Gewissen“ bezeichnet. Es besteht zwar ein Wissen über die rechtliche und medizinische Rahmung der Organisation (den Patienten entlassen, wenn die formalen Kriterien einer Weiterführung der Maßregel nicht mehr gegeben sind). Wenngleich ein kommunikatives Wissen darüber besteht, was der professionelle Auftrag der Einrichtung ist, kann sie das Spannungsfeld des Maßregelvollzugs – Besserung und Sicherung, organisationsinterne Normen vs. externe gesellschaftliche Normen – nicht in eine stabile professionelle Haltung überführen. Es drückt sich eine Handlungsorientierung aus, die den resozialisierenden Auftrag der Einrichtung selbst bei Patienten mit eher geringer Deliktschwere (wie Herrn Volkert) tendenziell tilgt. Anders als in den ersten beiden Beispielfällen, bleibt die Befragte bei der Dramatisierung des Einweisungsdelikts hängen („das ist auch schlimm“), grenzt sich dabei zugleich von der rechtlichen Rahmung ab und sieht zudem die Umgangsweise des ärztlichen und des psychotherapeutischen Personals, welche dem Zweckauftrag der Maßregelvollzugsklinik gerecht zu werden versuchen, als problematisch an. Sie kann ihrerseits jedoch keine eigene professionelle Position dagegensetzen, welche das Dilemma produktiv bearbeiten ließe. Die Äußerung „dann kriege ich Hals“ kann viel mehr als eine psychosomatische Reaktion gelesen werden, die sie sprach unfähig werden lässt. Das nachgeschobene „dann werde ich verrückt, ne?“ lässt jegliche professionelle Orientierung vermissen, denn wer „verrückt“ ist, weiß nicht mehr, was er tut. Die sich

hieraus entfaltenden Entscheidungen und Handlungen können nicht mehr einer professionellen Rationalität zugerechnet werden, die – wie zuvor im Modus ‚Beobachtung‘ oder ‚Beziehung‘ selbst dann mit einer sicheren Handlungsorientierung einhergeht, wenn das professionelle Bemühen im Einzelfall nicht den gewünschten Erfolg zeigt.

4 Diskussion

Herwig et al. (2023) zeigen auf, dass hierbei ebenso eine Haltung von Offenheit und aufrichtigem Interesse an den betreuten Personen notwendig ist, wie auch die Fähigkeit, persönliche Grenzen aufzeigen und aufrechterhalten zu können. Schoppmann et al. (2023) weisen ergänzend darauf hin, dass hierbei auch persönliche Hindernisse in Form von unterschiedlichen, teilweise widersprüchlichen Einstellungen und Idealen sowie ängstlichen Erwartungen eine Rolle spielen können. Unsere Untersuchungen reihen sich in diese qualitativen Studien ein und integrieren sie zu einer professionstheoretischen Perspektive auf die Pflege im Maßregelvollzug. Es kann gezeigt werden, dass unterschiedliche professionelle Orientierungen möglich sind, *die in ihrem jeweiligen Kontext funktionieren* (auch wenn dies nicht bedeutet, in jedem Fall den Besonderheiten der betreuten Patientinnen und Patienten gerecht zu werden). Im Einklang mit Gildberg et al. (2010) lässt sich dabei zunächst eine eher verhaltensverändernde von einer eher beziehungsorientierten Pflege unterscheiden. Bislang schienen die hiermit einhergehenden Qualitäten, so Bowring-Lossock (2006), nur schwer zu „messen“, da es sich um einen Komplex von Haltungen und Einstellungen handele, die nicht an einzelnen Items festgemacht werden können.

Wir können demgegenüber deutlich machen, dass sich die jeweiligen konstituierenden Rahmungen – falls sie gelingen – in einer spezifischen professionellen Haltung, kombiniert mit einem hiermit einhergehenden typischen therapeutischen Setting ausdrücken.

Die vorliegende Studie hat anhand einer qualitativ-rekonstruktiven Untersuchung und der wissenssoziologischen Theoriefigur der konstitutionellen Rahmung die Frage gestellt, wie sich (produktive) professionalisierte Praxis forensisch-psychiatrischer Pflegefachkräfte zeigen kann. Ausgangspunkt ist zunächst der Konflikt, der aus dem doppelten Rollenauftrag ‚Besserung und Fürsorge‘ vs. ‚Sicherung und Kontrolle‘ erwächst (Merkt et al. 2021). Aus Perspektive der praxeologischen Wissenssoziologie erscheint professionelles Handeln darüber hinausgehend dadurch definiert, das Spannungsverhältnis zwischen den unterschiedlichen Zweckaufträgen der Einrichtung und der Selbstläufigkeit der alltäglichen Interaktionen produktiv bewältigen zu können. Auf diese Weise kann eine für die Klientel verlässliche und wiedererkennbare Handlungspraxis etabliert werden. Wenn dies gelingt, wird von einer *konstituierenden Rahmung* gesprochen.

Vor dem Negativhorizont der misslingenden konstituierenden Rahmung können wir an dieser Stelle mit Blick auf die referierte Literatur und den eigenen Studien diesbezüglich einige begründete Thesen formulieren: Für die Entstehung einer professionellen Praxis ist ein klares therapeutisches Profil notwendig, sowie gelebte alltagspraktische Beispiele, welche diese umsetzen und verkörpern lassen. Es können sich dabei einfachere und komplexere professionelle Praktiken entwickeln. So erfordert der beziehungsorientierte Stil höhe-

re Kompetenzen im Management von Grenzen gegenüber den betreuten Menschen als der kontroll- und verhaltensorientierte Stil. Im Anschluss an Schoppmann et al. (2023) ist zu erwarten, dass nicht nur der therapeutische Kontext und das Organisationsmilieu zum Gelingen diesbezüglicher Rahmungen beitragen, sondern Aspekte der Persönlichkeitsstruktur der verantwortlichen Pflegefachkraft und anderer leitender Personen (insbesondere aus dem ärztlichen Bereich) eine Rolle spielen. Aufklärende Hinweise (etwa biografische Indizien oder Berichte von traumatischen Erlebnissen) sind in unserem Datenmaterial durchaus vorhanden, können jedoch nicht expliziert werden, da es nur eine überschaubare Anzahl von mit der Maßregel betrauten Einrichtungen gibt und die Offenlegung deraufschlussgebenden Details die gebotene Anonymisierung aufzuheben droht. Insbesondere mit Blick auf den letztgenannten Punkt zeigen sich die Grenzen der vorliegenden Studie. Als weiteres Forschungsdesiderat erscheint zudem die Frage, welche konstituierende Rahmung im Interesse der Lebensqualität der betreuten Personen und bzw. oder ihrer Chancen auf Rehabilitation als förderlich betrachtet werden kann.

Mit unserer Studie sind wir zwar in der Lage, eine sinngenetische Typenbildung vorzulegen, also zu rekonstruieren, wie die jeweilige konstituierende Rahmung aussieht bzw. woran sich erkennen lässt, in welchen Fällen diese nicht gelingt. Wir sind jedoch nicht in der Lage, im Detail aufzuzeigen, welche Faktoren diese bedingen. Eine Rolle spielen hier sicherlich Besonderheiten der Kultur der jeweiligen Einrichtung einschließlich der therapeutischen Leitung, aber auch Unterschiede in der Klientel, sowie die in den jeweiligen Bundesländern gegebenen Rahmenbedingungen (etwa ob hinreichend ambulante Einrichtungen zur Verfügung stehen).

Die praxeologisch-wissenssoziologische Professionsforschung wurde ursprünglich im Bereich der Erziehungswissenschaften und Sozialen Arbeit entwickelt. Mit Blick auf unsere Untersuchung erscheint eine weitergehende Erforschung der konstituierenden Rahmung in der Psychiatrie und anderen Feldern der Pflege ein vielversprechendes Unternehmen.

Literatur

- Bohnsack, R. (2017): Praxeologische Wissenssoziologie. Opladen, Berlin, Toronto
- Bohnsack, R./Bonnet, A./Hericks, U. (2022): Praxeologisch-wissenssoziologische Professionsforschung: Perspektiven aus Früh- und Schulpädagogik, Fachdidaktik und Sozialer Arbeit. Bad Heilbrunn
- Bourdieu, P. (1997): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. (2. Auflage ed.). Frankfurt/Main
- Bowring-Lossock, E. (2006): The forensic mental health nurse – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 780–785.
- Dudeck, M./Steger, F. (2018): Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin
- Feißt, M. (2017): Organisation und Gemeinschaft im Maßregelvollzug. In S. Amling/W. Vogd (Hrsg.), *Dokumentarische Organisationsforschung* (S. 122–145). Opladen, Berlin & Toronto
- Gildberg, F. A./Elverdam, B./Hounsgaard, L. (2010): Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of staff–patient interaction. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 359–368.
- Goffman, E. (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt/Main
- Hechsel, M./Herwig, G./Nolan, C./Olsen, D./Teuschel, A./Trost, A. (2020): Standortbestimmung zur forensisch-psychiatrischen Pflege 2020 [Stellungnahme]. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP). <https://www.dgsp-ev.de> [Abruf: 25. 8. 2023].

- Herwig, G./Sauter, D./Ayerle, G. (2023): Handlungsorientierungen Bezugspfleger in der Beziehungsgestaltung mit ihren Patient_innen im Maßregelvollzug. *Pflege*, 36(6), 309–317.
- Klatetzki, T. (2010): Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisation als Typus. In T. Klatetzki (Hrsg.), *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisation* (S. 7–24). Wiesbaden
- Kröber, H.-L./Dölling, D./Leygraf, N./Sass, H. H. (2009): *Handbuch der Forensischen Psychiatrie*. Stuttgart
- Merkt, H./Haesen, S./Eytan, A./Habermeyer, E./Aebi, M. F./Elger, B./Wangmo, T. (2021): Forensic mental health professionals' perceptions of their dual loyalty conflict: findings from a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 123.
- Schoppmann, S./Balensiefen, J./Nienaber, A./Rogge, S./Hachtel, H. (2023): The perspective of staff members of two forensic psychiatric clinics in German-speaking Switzerland on the introduction of recovery orientation: An explorative study. *Frontiers in psychiatry*, 13(946418).
- Vogd, W./Feißt, M. (2022): *Therapeutische Arrangements im Maßregelvollzug. Studien zur Leerstellen-grammatik und den Bezugsproblemen in der forensischen Psychiatrie*. Wiesbaden

Interessenkonflikte Für das gesamte Projekt liegt ein positives Votum einer Ethikkommission vor. Es bestehen darüber hinaus keine Interessenkonflikte.

Prof. Dr. Werner Vogd
Universität Witten/Herdecke, werner.vogd@uni-wh.de

Prof. Dr. Martin Feißt
Universität Potsdam, August-Bebel-Str. 89, 14482 Potsdam

Xenia Deilmann-Wansing
Universität Witten/Herdecke, Xenia.Deilmann-Wansing@uni-wh.de