

Forum

Die Kunst, bei Fallbesprechungen (un-)glücklich zu sein

Matthias Krüger,
Paul-Otto Schmidt-Michel

Der Beitrag soll aus systemtheoretischer Sicht den in psychiatrischen (Stations-)Teams klassischen Vorgang der „Fallbesprechung“ beleuchten. Ausgegangen wird dabei von der – inzwischen sehr verbreiteten – Teamorganisation des „Bezugstherapeuten-systems“, wonach jedem Patienten bestimmte Bezugstherapeuten zugewiesen sind, die für ihn in der Verantwortungshierarchie höher stehen als andere Kollegen (die für andere Patienten Bezugstherapeutenfunktion übernehmen).

In der Fallbesprechung werden Eindrücke gesammelt, Patientenverhalten wird referiert, bewertet und gedeutet, um schließlich Entscheidungen zu treffen, die den

Therapieprozess günstig beeinflussen sollen (Empfehlung bestimmter therapeutischer Maßnahmen, Entlassplanung, Hinzuziehung von Angehörigen etc. ...)

Der Beitrag plädiert dafür, die in einem solchen Kontext eingebetteten Fallbesprechungen bewusst mit der Grundhaltung der Ziellosigkeit zu führen, weil sie dann – paradoxerweise – am ehesten ihren Zweck erfüllen, die jeweils zuständigen Teammitglieder zu „guten Entscheidungen“ zu befähigen. Die auf Ziele und Zwecke hin ausgerichtete Fallbesprechung (Klärung, Analyse, argumentatives Entwickeln einer Entscheidungsfindung) leistet das nicht bzw. führt zu Entscheidungen, die sich im Nachhinein oft als unpassend erweisen.

Zunächst ein Exkurs in die Denkwelt Niklas Luhmanns [2] und seine Konzeption von Kommunikation: Er begreift diese als geschlossenes System, das sich selbst erschafft und aufrecht erhält. Die an der Kommunikation beteiligten Menschen können mit dem was sie denken, fühlen und an Bewusstsein haben, auf Kommunikation Einfluss nehmen, sie aber nicht direktiv bestimmen. Für das System „Kommunikation“ stellt sich das System „Bewusstsein“ bzw. die psychischen Vorgänge der Beteiligten als Umwelt dar. Eine Umwelt, die es zum eigenen Weiterbestehen und -prozessieren braucht, die aber nicht zum System gehört – wie auch umgekehrt. Somit stellen sich „Bewusstsein“ und „Kommunikation“ gegenseitig als Umwelten zur Verfügung und bedürfen einander, ohne sich gegenseitig determinieren zu können: Eine Kommunikation kann nicht bestimmen, was gedacht und gefühlt wird; ein Gefühl, ein Gedanke kann nicht bestimmen, was an kommunikativem geschieht.

Dieser zunächst abstrakt und fremd klingende Ansatz bietet fast metaphorisch ein plausibles Bild für das komplizierte kommunikative Geschehen im Rahmen einer Fallbesprechung eines Teams. Die Beteiligten sind dabei ständig an der Schnittstelle zwischen psychischem System und kommunikativem System, indem sie zum einen gefordert sind, „in sich“ dem nachzuspüren, was der zu besprechende Patient an Bildern und Gedanken bei ihnen anstößt und zum anderen sind sie genötigt, ein kommunikatives Ergebnis innerhalb gewisser Zeitgrenzen zu produzieren. Das eine (Psychische) ist

nur sehr selektiv ins andere (Kommunikative) einzubringen: Was wir über einen Patienten denken, fühlen, spüren, die Worte, die sich uns aufdrängen, wenn wir über ihn nachdenken, die changierenden Bilder, die körpernahen Reaktionen, die Anekdoten, die visionierten Zukünfte, die Affekte, die an ihn gekoppelt sind, die eher stabilen, verfestigten Haltungen ihm gegenüber versus den flüssigeren „Eindrücken“, die die letzte konkrete Begegnung hinterließ, sein Platz in unserem kognitiven Netz mit seinen entsprechenden assoziativen Verknüpfungen und – als Endstrecke dieser inneren Prozesse – die Sätze, die wir gedanklich vorformulieren, kurz bevor wir sie in die Teamrunde werfen, sind das eine: Unser „Bewusstsein“. Aus unserem Mund entlassen, entfalten die Worte im Raum als Kommunikation ihr Eigenleben und wir spüren, dass sie nicht das repräsentieren können, was in uns als unser Bewusstsein über den Patienten war¹.

In Fallbesprechungen wird damit die begrenzte Kommunikabilität von Psychischem besonders spürbar. Andere kommunikative Settings haben es im Prinzip mit derselben begrenzten (oder In-)Kommunikabilität zu tun, sind aber – im Gegensatz zu Fallbesprechungen – weniger darauf angewiesen, dass der kommunikative Raum mit Beschreibungen der psychischen Vorgänge der Akteure angeregt und angereichert wird: Der Austausch zwischen Käufer und Verkäufer am Brötchenstand kommt gut ohne diese zu Recht, die zielorientierte Besprechung eines Fertigungsteams in einem Industriebetrieb ebenso.

Psychiatrische Teams behelfen sich oft damit, Besprechungen so zu ritualisieren,

¹ Vorher stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß wir überhaupt selbst Zugang bekommen zu dem, was unsere Gedanken, Gefühle, Empfindungen zu dem Patienten sind: Gibt es das authentische Erleben bezüglich des Patienten? Inwieweit – falls es das gäbe – wird es durch unsere stillen, privaten, nur in uns vorgehenden Gespräche über ihn verfälscht, erweitert, bereichert? Wenn zu diesen privaten, innerlichen „Patientenkonstruktionsprozessen“ noch soziale dazukommen (Gespräche mit Dritten über ihn) wo bleibt das, wie wir „wirklich“ den Patienten erleben? Im Lichte dieser Theorie ist das Erspüren und Erkennen des vermeintlich Wirklichen immer nur Annäherung bzw. ein Weiterprozessieren eines Bewusstseins, das die Geschichte, die es sich selbst erzählt, immer weiter spinnt.

dass sensiblere, auf Zwischentöne achtende, auch Widersprüchlichkeiten zulassende Beschreibungen von Patienten immer weniger Raum einnehmen oder so gesteuert und eingeschränkt werden, dass diese für die Kommunikation im Team letztlich folgenlos bleiben. Die riskanteren Beschreibungen, deren kommunikative Folgen wenig vorhersehbar sind, werden vermieden. Man bemüht sich um Anschlussfähigkeit, um als Gesamtteam in Richtung der Entscheidung zu gelangen, von der man erahnt, dass sie kommen wird. In strittigen Fragen wird sich nach einigen Positionskämpfen und einigen unruhigen Blicken auf die Uhr eine Teammeinung bahnen, die die Teammitglieder innerlich immer mehr selegieren lässt, was gesagt und was zurückgehalten wird. Letztlich ist das der – durchaus sinnvolle und auch effektive Versuch – die kommunikativ hoch riskante und schwer berechenbare Situation „Fallbesprechung“ doch zu steuern und zu Ergebnissen zu bringen. Der Preis dafür ist der Verlust an potenziell neuen, anregenden Beiträgen und eine Tendenz zu Pseudobesprechungen, die immer inhaltsärmer werden und zu Ritualen verkommen.

In diesem Dilemma erscheint die *Trennung von Funktionen*, die üblicherweise Fallbesprechungen zu erfüllen haben, sinnvoll: Die Funktion des Berichterstattens, die Funktion der Ideengenerierung und schließlich die Funktion der Entscheidungsfindung. Vermischt nehmen sich die drei Funktionen gegenseitig die Effektivität: Ein Berichterstattender leidet unter im Hinterkopf ablaufenden (kreativen) Ideengenerierungs- und Entscheidungsprozessen; das „Entscheidungen-Treffen-Müssen“ deckelt kreative Ideengenerierungsprozesse und lässt Berichte (neutrale Beschreibungen auf der Verhaltensebene) zu entsprechend gefärbten Argumenten mutieren. Ideengenerieren und Berichterstattens kann so raumgreifend werden, dass über sie notwendige Entscheidungen vergessen oder vermieden werden.

Ein „Outsourcen“ der Entscheidungsfindungsfunktion aus der Teambesprechung auf die Ebene der zuständigen Bezugstherapeuten erscheint hier hilfreich. In Psychiatrie und Psychotherapie geht es um letztlich unentscheidbare Fragen (Wohin soll der Fokus im therapeutischen Prozess gelegt werden? Welches Reagieren auf das Verhalten des Patienten gibt dem in-

dividuellen Entwicklungsprozess des Patienten gute Impulse und welches Reagieren ist im Blick auf das Klinikkonzept und die Patientengemeinschaft angemessen?), deren komplexer und selbstrekursiver Charakter keine analytisch-kausale Klärung erlaubt und auf die es demzufolge keine richtigen und falschen Antworten gibt. Damit sind es die im Heinz v. Foersterschen Sinne unentscheidbaren Fragen, die (und nur die) Entscheidungen erfordern [1]. Die, die sie treffen, haben dafür Verantwortung zu übernehmen; die Entscheidungsprozesse sollten daher außerhalb des Rahmens von Fallbesprechungen (mit ihrer Tendenz zur Verantwortungsdiffusion) stattfinden. Die dort gesammelten Berichte und Ideen sollen die Entscheidungsfindung unterstützen. Auf diese Weise werden die Besprechungen lebendiger und die Entscheidungen klarer – weil von Menschen getroffen, die dafür die Verantwortung übernehmen.

Paradoxerweise schadet bei dieser klaren funktionalen Trennung (Berichten, Ideengenerieren, Entscheiden) ein scheinbares Vermischen dieser Funktionen in Teambesprechungen dem Diskussions- und Entscheidungsprozess nicht: Entscheidungsnahe Statements („...also es ist doch klar, dass Herr X mit seinem Verhalten das Setzen von Grenzen geradezu provoziert und jetzt müssen wir...“) von einem in diesem Fall nicht in Verantwortung stehenden Kollegen, ist eine Idee, die die, die zu entscheiden haben, aufgreifen können. Sind die Funktionen dagegen nicht getrennt, ist ein solches Statement der erste Schritt in Richtung kraftraubender Positionskämpfe oder es führt – bei Kampfmüdigkeit der Teammitglieder – zu einer diskussionsabkürzenden Pseudozustimmung.

Damit dieses Konzept von Fallbesprechung erfolgreich sein kann, braucht es außer der hierarchischen Differenzierung und der Klarheit darüber, wer mit wem was zu entscheiden hat, einen Sockel von Teamidentität, auf dem alle stehen können und Platz haben: Die therapieschulenspezifische Schicht dieses Sockels scheint dabei weniger von Bedeutung zu sein als die emotional-solidarische. Sie liefert die Basis für jeden einzelnen, in Verbundenheit mit den anderen „freie“ Entscheidungen zu treffen, die der Entscheidende für sich und seine Situation mit dem Patienten für passend hält, weil er durch das hinter ihm stehende Team

gestärkt ist – auch wenn darunter welche sind, die anders entschieden hätten [3].

Literatur

- ¹ Foerster H v. „Ethik und Kybernetik zweiter Ordnung“. In: Short Cuts. Frankfurt a. Main: Zweitausendeinsverlag 2001
- ² Luhmann N. Soziale Systeme, Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt: Suhrkamp, 1984
- ³ Weber G, Gross B. Organisationsaufstellungen. In: Gunthard Weber (Hrsg): Praxis des Familien-Stellens. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, 1998

Matthias Krüger

Psychiatrische Tagesklinik
Merkurstraße 3
88 046 Friedrichshafen