

## Aus der Praxis

### **Das rahmengesteuerte Team: Vom Versuch, gemeinsam verschieden zu sein – eine Teamkasuistik**

Matthias Krüger und Paul-Otto Schmidt-Michel

#### *Zusammenfassung*

In dem Beitrag wird die Entwicklung des Teams einer Psychiatrischen Tagesklinik dargestellt; dabei wird der Versuch beschrieben, Multiprofessionalität und „therapeutische Multikulturalität“ so zu organisieren, daß zum einen Klarheit bezüglich der Funktionen der Mitarbeiter entsteht, zum anderen deren Individualität (Arbeitsstil, psychotherapeutische Ausrichtung) Entfaltungsraum bekommt.

#### *Einleitung*

Geschildert wird die Zusammensetzung und Organisation des Teams der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen (Krüger u. Schmidt-Michel 1998): Diese ist Teil des Psychiatrieplans des Landes Baden-Württembergs, hat 20 Behandlungsplätze und (gemäß der Psychiatriepersonalverordnung) 10,4 Vollzeitkräfte, wobei die Berufsgruppenverteilung vom Träger im Rahmen des mit den Krankenkassen ausgehandelten Budgets definiert werden konnte.

Das Team, dessen Entstehen und dessen vorläufige Organisationsstruktur hier dargestellt wird, hat zwei Besonderheiten:

- Es entstand in großer Autonomie der „Planer“, da eigens eine gGmbH gegründet wurde und keine Abhängigkeiten zu übergeordneten hierarchischen Strukturen („Mutterklinik“, Klinikverbund) bestanden;
- Es entstand am grünen Tisch; d. h. es gab kein Kernteam, um das herum sich die anderen Mitarbeiter gruppierten und es gab keine gemeinsamen Arbeitsplatzbiographien. Insofern hat die Team-Entwicklung etwas von

einem „natürlichen Experiment“ zur Frage, wie sich ein Team unter den gesetzten Prämissen der Aufgabenerfüllung (die Tagesklinik sollte ihren Platz in der Regelversorgung für psychisch Kranke in der Region einnehmen), der Multiprofessionalität und „therapeutischen Multikulturalität“ so organisiert, daß es effizient im Sinne einer Kunden- aber auch Mitarbeiterdienlichkeit funktioniert.

### *Die Auswahl des Teams*

Für die Auswählenden (den designierten leitenden Arzt und den designierten leitenden Psychologen, die die Tagesklinik planten und konzeptionierten) war die Leitfrage, mit welchen Personen und mit welchen Professionen eine Tagesklinik im allerweitesten Sinne „gut läuft“? Angestrebt wurde zum einen ein Bezugspersonensystem; zum anderen wurde versucht, eine möglichst breite Palette an Anregungs- und Reflexionsmedien im Therapieprogramm zu installieren, um möglichst viele Patienten über sprachliche, künstlerische, musikalische und körperorientierte Angebote wieder „neugierig aufs Leben zu machen“. Diese Palette steht und fällt mit den Mitarbeitern.

Deshalb war Kriterium für die Mitarbeiterauswahl neben der Grundprofession auch noch das Vorhandensein einer „besonderen Ausrichtung“, die nicht notwendigerweise die Form einer therapeutischen Zusatzqualifizierung haben mußte: eher ein Hobby und eine Passion, von dem der/die potentielle Mitarbeiterin glaubte, andere Menschen darüber erreichen und damit positive, lebenszugewandte Impulse geben zu können.

Zum Team gehören:

- 3 Ärzte (leitender Arzt, 2 Assistenzärzte) in Teilzeitdeputaten. Die Arztstellen – und nur die Arztstellen – stehen weiter unter der Anstellungsträgerschaft des Zentrums für Psychiatrie Weißenau; alle anderen Mitarbeiter sind von der Arkade-Pauline 13 gGmbH angestellt. Diese Regelung war eine Auflage des Ministeriums mit der dann auch Realität gewordenen Hoffnung, dadurch eine bessere Kooperation und Vernetzung der beiden psychiatrischen Institutionen zu erreichen. Der leitende Arzt hat die fachärztliche Verantwortung, supervidiert die Behandlungen und ist in Krisensituationen abrufbar. Neben seinen ärztlichen Aufgaben im engeren Sinne leitet ein Assistenzarzt (im Rahmen des später zu erläuternden Bezugstherapeutensystems co-zuständig für ca. acht Patienten) noch eine Gesprächsgruppe und eine Assistenzärztin (zuständig für ca. fünf Patienten) eine Yoga-Gruppe.
- Der leitende Psychologe (für ca. acht Patienten zuständig) organisiert und moderiert die Teamsitzungen, „kümmert sich ums Personal“ und ist zu-

sammen mit dem Geschäftsführer für das Budget der Tagesklinik zuständig. Zudem bietet er im 14-tägigen Rhythmus eine Gesprächsgruppe zum Thema Familie und Partnerschaft und freitags eine Musik- und Singgruppe an.

Die Bezugstherapeuten:

- Die Sozialpädagogin (80 %-Deputat) ist – wie die folgenden Mitarbeiter auch – für jeweils vier bis fünf Patienten bezugstherapeutisch zuständig; gemäß ihren Interessen und ihrer therapeutischen Weiterqualifizierung bringt sie sich über die Sportgruppe, kognitive Spielegruppe und Paar- und Familiengespräche in die Tagesklinikarbeit ein;
- Der Sozialarbeiter (75 %-Deputat) ist Bezugstherapeut und passionierter Theaterspieler, weshalb er auch eine entsprechende Gruppe und ein modifiziertes, auf die speziellen Verhältnisse akkomodiertes soziales Kompetenztraining im Wochenplan anbietet.
- Der Krankenpfleger (100 %-Deputat) ist neben seiner Bezugstherapeutenfunktion ein belesener Kenner der systemtheoretischen Literatur und Hobby-Koch, weshalb er dienstags mit einer jeweils individuell zusammengestellten Küchenmannschaft für alle 30 Tagesklinik-Menschen kulinarische Highlights setzt.
- Die Krankenschwester (100 %-Deputat) ist eine am Fritz Perls-Institut ausgebildete Tanz- und Bewegungstherapeutin und bietet in diesem Bereich *sowohl Einzel- als auch Gruppensitzungen an. Sie achtet darauf, daß in der* Klinik das Systemisch-Intellektuelle das Ganzheitlich-Emotionale nicht zu sehr in den Hintergrund drängt. Zusammen mit dem Arzt leitet sie zudem eine geschlossene Gesprächsgruppe und bietet eine Entspannungsgruppe an.
- Die Ergotherapeutin (95 %-Deputat) hat zusammen mit unserer Kunsttherapeutin den Atelierbereich unter sich; neben ihrer Bezugstherapeutenfunktion leitet sie das Ausdrucksmalen, das offene Atelier, die Skulpturierungsgruppe. Aufgrund ihrer früheren Arbeitsstelle hat sie ein gutes Gespür für und einen sicheren Umgang mit suchtgefährdeten Patienten; sie ist auch das strukturgebende Gegengewicht zu dem Teamteil, der eher den Ideen vom Chaos und Autopoiese nähersteht.
- Schließlich hat noch die postgraduierte Psychologin Bezugstherapeutenfunktion, die während des Erziehungsurlaubs unserer Kunsttherapeutin bei uns arbeitet: Sie ist in verhaltenstherapeutischer Ausbildung und bringt sich über diese Qualitäten wie auch über ihr Hobby Yoga bei uns ein.

Neben den Bezugstherapeuten bauen sich noch einige „therapeutische Satelliten“ in den Wochenplan ein, die keine Patienten in Bezugstherapeutenfunktion betreuen.

- Die mit 15 % angestellte Sozialpädagogin arbeitet dienstags und kümmert sich auf Sprechstundenbasis um Patientenbelange, die mit Rente, Arbeit und Rehabilitation zu tun haben. Als Kompensation für den nicht-vorhandenen Bereich einer klassischen Arbeitstherapie organisiert sie individuell betriebliche Praktika für Patienten, die wieder in das Arbeitsleben einsteigen möchten. Diese Patienten sind dann zeitweise bei der Belastungserprobung im Betrieb und den Rest des Tages weiter in der Tagesklinik.
- Mittwochs kommt als Honorarkraft der Musiktherapeut, der eine kontinuierliche Musiktherapiegruppe leitet und anschließend eine Übergabe an die Kernteammitarbeiter macht.
- Schließlich kommt dienstags und freitags die im Erziehungsurlaub befindliche Kunsttherapeutin, die auf Honorarbasis zwei Gruppen anbietet: Diese Gruppen sind offen und erfordern keine kontinuierliche Teilnahme. Sie sollen Impulse setzen, indem sie die gewohnten Wahrnehmungsschemata der Patienten eher mit einem künstlerisch-ästhetischen als einem therapeutischen Impetus irritieren.

In den ersten beiden Jahren der Teamselbstfindung wurden diese multiplen Ressourcen in Form spezieller Mitarbeiterqualitäten teamdynamisch zum Problem. Es herrschte zuweilen eine bedrohliche, von Konkurrenz geprägte Stimmung, indem es unausgesprochen galt, sich an Kreativität, Innovationswillen und Engagement ständig zu überbieten. Mit der Zeit, mit Supervision und mit dem schlichten Alltag ist diese Phase abgeklungen und die Mitarbeiter genießen es, in einer etwas gelasseneren Haltung ihre Arbeit zu tun.

### *Rahmenbedingungen für die Team-Selbstorganisation*

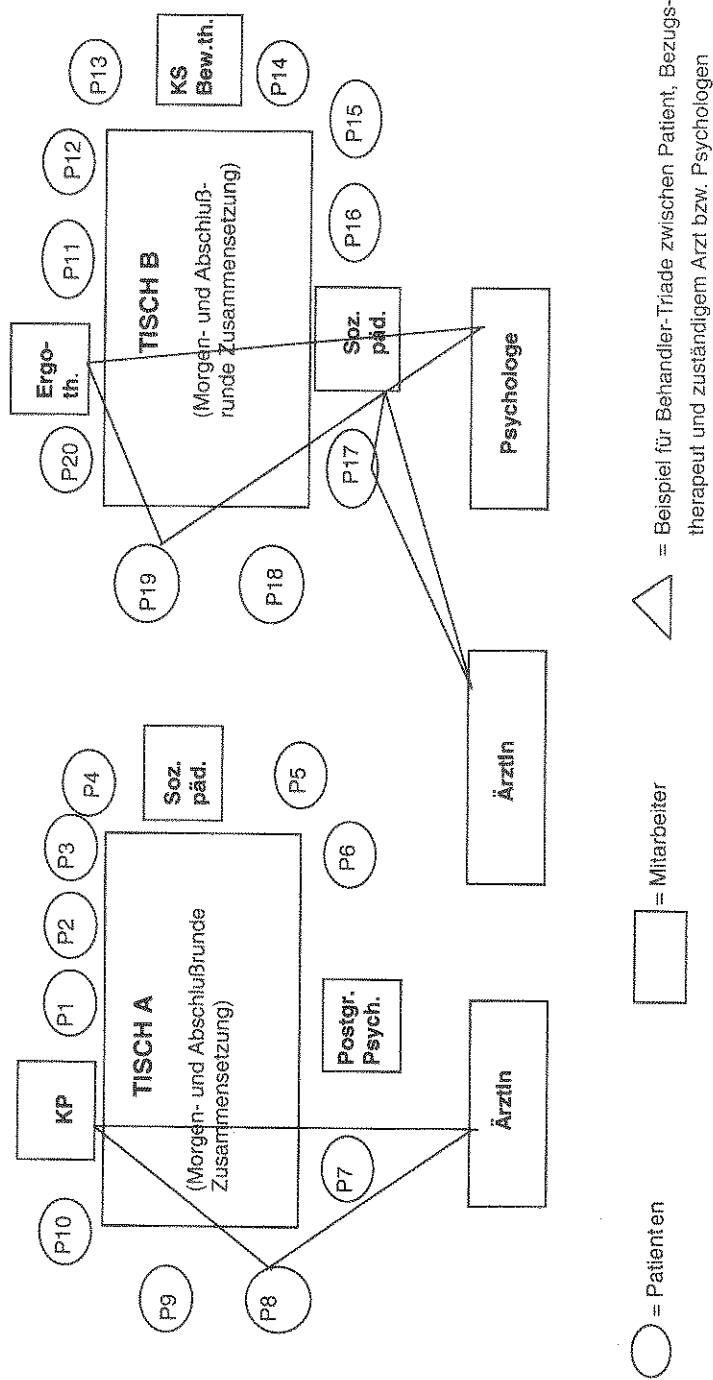
Welche Rahmenbedingungen eignen sich, um aus einer Menschenansammlung ein Team zu machen, dessen Mitglieder gern und effektiv ihre Kompetenzen einbringen? Die Rahmensetzung der Tagesklinik-Mitarbeiter läßt sich folgendermaßen beschreiben:

„Laßt uns in unseren erlernten Berufen mindestens so viel tun, daß damit die zahlenden Auftraggeber (die Krankenkassen, die Gesellschaft) zufrieden sind (Pflichtübungsteil) und darüber hinaus, was wir gern tun, gut können und von dem wir meinen, daß es Menschen in Krisenzeiten hilft“ (Kürübungsteil).

Diese Rahmensetzung ist Basis für den therapeutischen Wochenplan der Tagesklinik und des Bezugstherapeutensystems wie in Abbildung 1 dargestellt.

Die Patienten sind je nach Zugang in zwei Gruppen aufgeteilt, die jeweils von drei Bezugstherapeuten betreut werden: Gerade für die Bezugstherapeuten ist der „Pflichtübungsteil“ eher klein, der „Kürübungsteil“ groß. Sie müssen an

Abb. 1: Das Bezugstherapeutensystem in der Tagesklinik Friedrichshafen



ihren Patientinnen und Patienten dran sein und fungieren in erster Linie als Beziehungsmanager und erst in zweiter Linie als Vertreter ihrer Profession; und damit sind sie am meisten gefordert, ihre nur skizzierte Funktion im tagesklinischen Behandlungskonzept individuell zu füllen – so daß sie das ich-identisch und effektiv (was immer das heißt) tun können. Die verschiedenen Bezugstherapeuten gestalten diese Funktion unterschiedlich: Die einen treffen sich mit ihren Patienten zu festen Einzelgesprächskontakten, die anderen lassen das offen, noch andere möchten bewußt auf geplante Einzelgespräche verzichten und über die Alltagsbegleitung therapeutisch wirken.

Jeder Patient hat darüber hinaus noch einen zuständigen Mitarbeiter auf der Arzt- und Psychologen-Ebene. Damit wird jeder Patient individuell von einem Therapeuten-Duo – Arzt oder Psychologe und einem Bezugstherapeuten – betreut. Dieses Duo übernimmt die Therapieverantwortung, muß sich deshalb eng abstimmen, austauschen, Strategien entwickeln und eine therapeutische Linie finden. Beide besprechen sich auch im Hinblick auf die Art und Häufigkeit der Gesprächskontakte. Als Standard hat sich herauskristallisiert, daß es wöchentlich einen langen etwa einstündigen Termin zu dritt (Arzt/Psychologe, Bezugstherapeut und Patient) gibt und nur bei Bedarf noch zusätzliche Einzelkontakte.

Dieser Termin zu dritt hat eine zentrale Bedeutung in der Tagesklinik-Behandlung: Hier geht es um Synthese, Planung, Strategie und Integration des therapeutischen Prozesses. Anders gesagt: Der Patient macht in der Woche seine Erfahrungen, lernt sich kennen, wagt sich an neue Inhalte, eventuell an neue Umgangsformen mit sich und mit anderen. Die Sitzungen zu dritt sollen diese Erfahrungen bündeln, reflektieren und prüfen, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist und ob die gesetzten Ziele noch passen oder neu formuliert werden müssen.

*Coping-Strategien des heterogenen Teams:  
vom Konsens- zum Konsultationsmodell*

Teilweise durch die verschiedenen Grundausbildungen, teilweise durch die individuellen Therapieschulen-Biographien lassen sich im Team für den einzelnen Patienten jeweils mehrere Strategien entwickeln. Der tiefenpsychologische Arzt wird andere Ideen entwickeln als die gestaltorientierte Ergotherapeutin, der systemische Psychologe andere als die integrativ arbeitende Bewegungstherapeutin. Hat das Behandler-Duo eine gemeinsam getragene therapeutische Haltung und Vorgehensweise entwickelt, bedeutet das noch nicht, daß das übrige Team die Einschätzungen teilt. Entsprechend mühsam verliefen die wöchentlichen Fallbesprechungen: Mit dem Anspruch, umfassenden Konsens im Team zu entwickeln, hinterließ jede Teamsitzung Kollegen, die ihre

Sicht „durchgesetzt“ (oder manchmal ausgesessen) haben und solche, die „überzeugt werden konnten“ (oder denen es manchmal zu mühsam war, weiter zu argumentieren). Das wurde frustrierend, zeitraubend und teamspaltend. Eine positive Veränderung ergab sich durch den Modellwechsel „vom Konsens zur Konsultation“ (Schweitzer et al. 1995). Damit mußten nur die beiden bezugstherapeutischen Verantwortlichen im Team am berühmten „gemeinsamen Strang“ ziehen, das übrige Team konnte als rückmeldende und impulsgebende Instanz genutzt werden, ohne daß Konsens in den diagnostischen und therapiestrategischen Fragen hergestellt werden mußte.

Mit dieser veränderten Haltung wurden aus „Argumentationskonkurrenten“ Ratgeber, die in schwierigen Einschätzungen und Entscheidungen weiterhelfen, ohne die verantwortliche Position einnehmen zu wollen. Ratschläge kann man dankbar annehmen und entsprechend umsetzen, aber auch dankbar ablehnen. Im Rahmen des Konsultationsmodells bedient man sich auch der individuellen, z. T. professionellen Kompetenzen der Mitarbeiter – egal ob diese im spezifischen Fall Bezugstherapeutenfunktion haben oder nicht. So kann beispielweise die Sozialpädagogin in kniffligen rentenrechtlichen Fragen weiterhelfen, die Bewegungstherapeutin eine Serie von Einzelstunden mit den Patienten machen, mit dem Arzt eine medikamentöse Alternative durchgesprochen werden.

Eine besondere Variante der Team-Konsultation ist unser auf Bedarf abzurufendes Reflecting-Team (Andersen 1987), das die Form hat, daß einer der zuständigen Bezugstherapeuten mit dem Patienten ein ca. 15minütiges Interview führt und das übrige therapeutische Team dabei zuhört; dann werden aus den vormals Sprechenden die Zuhörenden und umgekehrt: Das Restteam diskutiert untereinander ohne den Patienten und seinen Bezugstherapeuten über deren zuvor stattgefundenes Gespräch und über mögliche therapeutische Perspektiven. Das Reflecting-Team wird eingesetzt als Ideengenerierung in Zeiten von Stagnation und Krise, aber auch als Bilanz am Ende eines Tagesklinikaufenthalts. Manchmal kommt der Anstoß dazu vom Team, manchmal vom Patienten selbst.

### *Fehlerfreundlichkeit und Belehrungsarmut*

Die zweite Grundhaltung, die sich als hilfreich und fast notwendig erwiesen hat, Teamheterogenität im Alltag lebbar zu machen, kann in dem Satz ausgedrückt werden: „Was die Kollegin gemacht und gesagt hat, ist okay.“ Mit diesem Satz verzichtet man auf kollegiale Belehrungen und vertraut in das spontane und authentische Reagieren des Teammitglieds, das in der entsprechenden Situation gerade unter Handlungs- und Aussagedruck steht. Die Erfahrungswelt Tagesklinik ist so komplex, und man begegnet Patienten in so

verschiedenen Positionen und Funktionen (von der Plauderei am Mittagstisch, über ein Gruppenangebot, bis hin zu einer zugespitzten Krisenintervention, in die man hineingerutscht ist, weil die erstverantwortlichen Bezugstherapeuten nicht anwesend waren), daß Handlungsdevisen, die den „richtigen Umgang“ mit dem bestimmten Patienten festlegen, fehl am Platz sind. Therapeutisch erscheinen sie auch deshalb wenig hilfreich, weil sie den Patienten einen gekünstelten und gesteuerten Erfahrungspool bieten, der nur wenig Futter für einen therapeutischen Diskurs und verändernde Impulse gibt. Zur Verdeutlichung ein Beispiel:

Die zuständigen Bezugstherapeuten von Frau X meinen, daß sich diese in die Idee, als Kleinkind vom Großvater mißbraucht worden zu sein, zunehmend verrennt, kaum mehr andere Gesprächsinhalte zuläßt und immer weniger zu konstruktiven Schritten (weg von dieser Opferbeschreibung) in der Lage ist. Dennoch wird auf das Ausgeben einer Devise im Sinne von „laßt euch nicht auf Gespräche mit Frau X über ihre vermeintliche Mißbrauchsgeschichte ein“ verzichtet. Vielmehr wird bewußt betont, daß jeder/jede im Team das Recht oder die anstrengende Freiheit hat, in der entsprechenden Situation so zu reagieren, wie er/sie es für angemessen und stimmig hält: Kommt diese Patientin z. B. in die offene Frauengruppe, obliegt es der Sozialpädagogin, die diese Gruppe leitet, wie sie damit umgeht, wenn Frau X den Wunsch äußert, ihr Mißbrauchserlebnis zu thematisieren. Bietet sie ihr die Bühne? Kann die Gruppe genutzt werden, um andere, eventuell irritierende Ideen und Rückmeldungen zu generieren? Ist es vielleicht eine therapeutische Irritation, wenn Frau X bedingungslos diese Bühne angeboten wird? Wird das Thema eher betroffen und am geschilderten Einzelfall bearbeitet oder – mit mehr Distanz – als vielschichtiges gesellschaftliches Phänomen? Das alles ist denkbar und in der Situation und für die Mitarbeiterin mehr oder weniger stimmig.

In diesem Sinne ist der Satz „was die Kollegin gemacht und gesagt hat, ist okay“ auch ein Ausdruck des Bemühens, eine „fehlerfreundliche“ Atmosphäre zu schaffen. Im Umgang mit selbstreferentiellen, lebenden Systemen (Simon 1988), wie es Menschen, Familien und Gruppen sind, hat die Verwendung der Kategorien „richtig oder falsch“ ihre Grenzen. Manchmal bewirken stringent durchdachte Interventionen nichts und der tollpatschige „Fehler“ löst gewaltige Veränderungen aus. Hier ist Verhalten (in diesem Fall das Verhalten des Mitarbeiters gegenüber dem Patienten) Input, zu dem der stehen muß, der ihn macht. Dann gilt es abzuwarten und mit der eingetretenen Veränderung weiterzuarbeiten.

Der zweite Grund, der Fehlerfreundlichkeit und Belehrungsarmut zu erstrebenswerten Elementen in der Team- und Klinikkultur macht, ist das Paradox, daß sich Menschen eher dann verändern, wenn sie so gelassen werden wie sie sind. Veränderungen, die tragen und Substanz haben, vollziehen Menschen nicht, wenn ihnen das bisherige Handeln als „Fehler“ angekreidet und zum Vorwurf gemacht wird. Ein Gedanke, der sich sowohl auf Patienten als auch auf Mitarbeiter beziehen läßt: Menschen werden offener, bei sich etwas zu verändern, wenn ihr bisheriger Weg respektiert wird; sie kommen in eine Abwehr-



und Verbarrikadierungshaltung, wenn sie die Botschaft empfangen: „Verändere dich, weil du bisher falsch gelegen hast.“

Dieser Verzicht auf Belehrung soll und darf aber nicht die kollegiale Rückmeldung als solche unterbinden. Die Rückmeldung zielt aber nicht darauf ab, den ideologisch und methodisch anders orientierten Mitarbeiter von der Überlegenheit der eigenen Ideologie und Methode zu überzeugen, der „andere Blick“ auf den Patienten oder die Situation soll Anregung und kein Missionsversuch sein.

### *Das Umschalten von „Geschehenlassen“ zu „aktivem Steuern“*

In den meisten Fällen gelingt dieses Modell der Anregung und des Angebots. Es reicht aus, um das bisher dominante Muster des Patienten im positiven Sinne durcheinander zu bringen und zur Neuordnung anzuregen.

In einigen anderen Fällen gelingt das aber nicht: Dann ist das Muster des Patienten so stark, daß es seinerseits das Team oder einzelne Mitarbeiter dazu bringt, darauf einzusteigen, ohne sich selbst zu verändern. Chaostheoretisch gesprochen, versklavt das Patientenmuster das Teammuster und dann bietet das Behandlungsangebot und das Bezugstherapeutesystem eine ideale Möglichkeit für den Patienten, sich nicht zu verändern. In diesen Fällen ist ein koordinierteres Teamauftreten gefordert. Das Team als Ganzes bespricht dann Behandlungspläne und das Umgehen mit wiederkehrenden kritischen Situationen. Es hat sich bewährt, zu den regulären Fallbesprechungsterminen eine bei Bedarf abrufbare Extra-Teamzeit zu installieren, um solche Teamabsprachen bezüglich eines bestimmten Patienten/einer bestimmten Patientin in eine Form zu bringen, die im Alltag bestehen kann.

So wurde unter Federführung der zuständigen Bezugstherapeuten für eine Patientin ausgearbeitet und festgesetzt,

- wann der Entlassungstermin sein sollte,
- welche Gruppenangebote sie noch besuchen konnte und welche nicht mehr,
- wieviel „Gesprächszeit“ sie bei welchen Therapeuten eingeräumt bekommen sollte, auf die dann verwiesen werden konnte, falls sie sich außerhalb dieser Zeiten an andere Mitarbeiter (z. T. diese gegeneinander ausspielend) wenden sollte.

Diese Vereinbarung lag in schriftlicher Form allen vor. Mit wenigen Nachbesserungen an diesem koordinierten Entlassungsplan gelang so ein konstruktiver (und von allen als hoch problematisch antizipierter) „Abschied“ von der Patientin.

### *Hierarchie*

Psychiatrische Behandlung, so auch in der Psychiatrischen Tagesklinik, kann als Auftragsmix von Therapie, Kontrolle und Fürsorge gesehen werden (Simon u. Weber 1987). Während für den Auftrag „Therapie“ die Frage der Hierarchie keine große Relevanz hat, ist sie für die Bereiche Kontrolle und Fürsorge ein funktionales Steuerungsinstrument, mit dessen Hilfe Entscheidungen schnell und ohne große Reibungsverluste getroffen werden können.

Je zugespitzter die Situation, d. h. je drängender die Frage ist, ob die Tagesklinik (noch) der richtige Behandlungsort angesichts drohender Selbst- oder Fremdgefährdung ist, desto manifester wird die Entscheidungshierarchie; entscheidend wird sie in Fällen, in denen die Einschätzungen von akademischem Behandler (Arzt oder Psychologe) und Bezugstherapeut auseinander gehen. Hier ist klar, daß der Erstgenannte mehr Verantwortung trägt und deshalb entscheidet.

### *Wie kann therapeutische Methodenvielfalt umgesetzt werden?*

Durch sich selbst bestätigende Wahrnehmung und Konstruktion verwendet jeder/jede Mitarbeiter/in ein individuelles Bild der Welt, des Menschen, von Krankheit und Therapie entsprechend seiner „privaten Ideologie“, sei sie in Sprache gefaßt oder nicht.

Systemtheorie und Konstruktivismus (selbst wiederum Ideologien) scheinen als Metatheorien gut geeignet, eine Methoden- und Weltsichtvielfalt zuzulassen, weil sie selbst den blinden Fleck und das Ideologische der eigenen Weltsicht am ehesten mitberücksichtigen. So können unter einem systemischen Dach viele therapeutische Mieter wohnen und ihre Kompetenzen und Qualitäten einbringen: verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische, integrativ gestalttherapeutische und natürlich auch systemisch-familientherapeutische.

Die Integrationsleistung vollbringt in der Tagesklinik dabei hauptsächlich der Patient, der – ohne daß das expliziert wird – in Form verschiedener Mitarbeiterkontakte mit verschiedenen Ansätzen in Berührung kommt. Das Team bemüht sich nicht besonders, den Sprach- und Ideengebrauch zu vereinheitlichen oder nur dann, wenn diese Vielfalt der Ansätze für den Patienten zum Problem wird. Insgesamt kann eher von einem Neben- als einem Miteinander bei der Patienten-Arbeit gesprochen werden: So führt beispielsweise die Patientin Einzel- und Paargespräche mit dem systemisch orientierten Psychologen, in denen die Depression im funktionalen Gefüge der Familie und Partnerschaft gesehen wird; mit der tiefenpsychologisch ausgerichteten Bewegungstherapeutin, die sie auch als Bezugstherapeutin betreut, hat die Patientin Gruppen- und Einzelstunden, die ihr helfen sollen, Gestautes und Verdrängtes, das sprachlich schwer

zugänglich ist, spürbar und lebendig werden zu lassen; in der sozialen Kompetenzgruppe, die eine in Verhaltenstherapieausbildung befindliche andere Mitarbeiterin durchführt, soll sie schwierige Situationen im Rollenspiel erproben und Verhaltensalternativen entwickeln, die für sie passend scheinen und ihr Handlungsrepertoire erweitern. Alle drei Mitarbeiter in diesem Beispiel haben implizit oder explizit unterschiedliche Krankheits- und Therapietheorien, die nur begrenzt ineinander überführbar sind. Alle drei konstruieren mit der Patientin eine spezifische Geschichte, und es bleibt ihr überlassen, wie sie daraus wiederum ihre große bisherige Ich-Erzählung umschreibt: Sie bleibt Autorin ihrer Lebensbiographie, wir als therapeutisch Tätige fungieren für eine begrenzte Zeit als Co-Autoren.

Wenn man diese Metapher der Co-Autorenschaft akzeptiert und sich darauf bescheidet, letztendlich zur kommunikativen Umwelt des Patienten zu gehören, ohne die Macht zu haben, einen Menschen intentional und instruktiv zu verändern, dann ist das therapeutische Nebeneinander kein Chaos, sondern eine Reichhaltigkeit, der sich der Patient bedienen kann: So wie im „richtigen Leben“ – nur mit dem Unterschied, daß im Rahmen der Tagesklinikbehandlung die Erfahrungswelt dichter ist und der Reflexion der gemachten Erfahrungen ein breiterer und bewußterer Raum gegeben wird als im Alltagsleben.

Das Ganze kann aber nur gelingen, wenn die einzelnen therapeutischen Mitarbeiter das, was sie selbst tun, kritisch reflektieren und das, was die anderen anders machen, kritisch würdigen, ohne die divergierende therapeutische Position des anderen zu übernehmen. Der Analytiker hält für sich das analytische Krankheits- und Therapiemodell für praktikabler und besser als das verhaltenstherapeutische oder systemische (bei allen Überschneidungen und ineinander überführbaren Elementen), sonst hätte er dieses Modell nicht; und das gilt für alle Schulen gleichermaßen. Trotzdem kann respektiert werden, daß andere einen anderen Weg gegangen und zu anderen Standpunkten gelangt sind, von denen aus die Welt anders aussieht; und vor allem zu respektieren, daß für einzelne Patienten von diesen anderen Standpunkten aus mehr zu sehen und aus dem Gesehenen manchmal mehr entwickelt werden kann als vom eigenen Standpunkt aus.

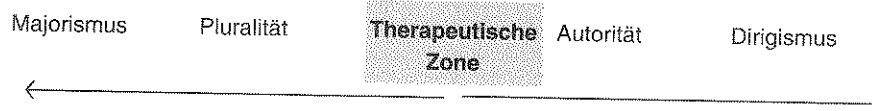
Das bisher Gesagte bezieht sich auf die Arbeit mit den einzelnen Patienten und der einzelnen Patientin. Bezogen auf das Gesamtkonzept der Tagesklinik findet das beschriebene gleichrangige Nebeneinander der Theorien und Modelle ein Ende, weil eben die Metatheorie systemisch ist.

*Resümee*

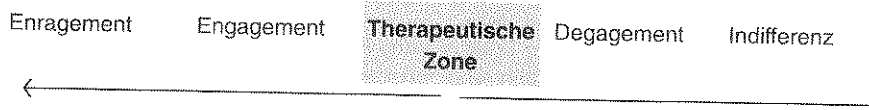
Wie effizient und wie zufrieden arbeitet das Team unter dem vorgestellten Klinikkonzept? Bei den routinemäßigen Prä-Post-Evaluationen zeigen sich bei allen Patientengruppen hoch signifikante Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt im Sinne einer reduzierten Symptomatik. Auch die Bewertungen, die die Patienten uns auf den anonymen Befragungsbögen geben (jeweils eine Stichtagserhebung am letzten Dienstag im Quartal) sind gut bis sehr gut (wobei man das bei der generellen Dankbarkeit, die Patienten ihren Behandlern gegenüber zeigen, nicht zu hoch bewerten sollte).

Für die Bewertung der therapeutischen Effizienz einer Team-Organisation eignen sich die Kiskerschen Team-Achsen (Kisker 1988), wonach es für ein Team im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich gilt, auf den Dimensionen Verantwortung, Beteiligtheit, Abstand und Professionalisierung jeweils einen optimalen, in der Mitte angesiedelten therapeutischen Bereich zu erreichen:

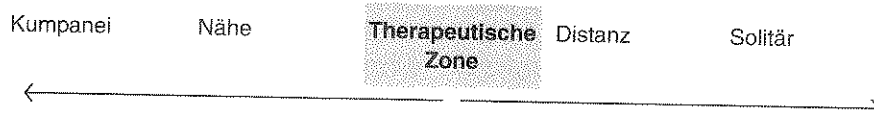
**Dimension „Verantwortung“**



**Dimension „Beteiligtheit“**



**Dimension „Abstand“**



**Dimension „Professionalisierung“**

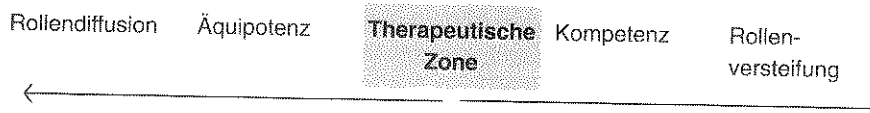


Abb. 2: Die vier Teamachsen nach Kisker (1988)

Daran orientiert scheint die Team-Organisation der Tagesklinik durch Rahmensteuerung, Co-Bezugstherapeutesystem und dem Raumbenutzen für die individuellen (therapeutischen) Präferenzen und Qualitäten günstige Selbstorganisationsprozesse zu fördern; diese zeigen sich in einem hohen Maß an Verantwortungsübernahme seitens der Mitarbeiter und einer supportiven und sich gegenseitig respektierenden Haltung der einzelnen Teammitglieder, die in diesem Sinne „gemeinsam verschieden“ sind.

### *Summary*

*The frame guided team:*

*The try to be different while being united – a team-casistry*

In this article the development of a team in a psychiatric day treatment clinic is reported. This team tries, to organise multi-professionality and therapeutic „multi-culturality“ in a way, that on the one hand the functions of the team-members are clear and defined, that on the other hand there is room for the different individualities (working-style, psychotherapeutic orientation) to develop.

### *Literatur*

- Andersen, T. (1987): The Reflecting Team. *Family Process* 25: 415–428.
- Kisker, K. P. (1988): „Team“ – Erfahrungen mit einer problematischen therapeutischen Interaktionsfigur in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 15: 148–154.
- Krüger, M.; Schmidt-Michael, P.-O. (1998): Die Psychiatrische Tagesklinik in Friedrichshafen – eine Beschreibung und erste Auswertung der innovativen Konzeption. *Krankenhauspsychiatrie* 9: 22–27.
- Schweitzer, J.; Armbruster, J.; Menzler-Fröhlich, K. H.; Rein, G.; Bürgy, R. (1995): Der ambulante Umgang mit „Pathologie“ und „Chronizität“ in einem Sozialpsychiatrischen Dienst mit betreutem Wohnangebot. In: Schweitzer, J.; Schumacher, B. (Hg.): *Die unendliche und die endliche Psychiatrie. Zur Dekonstruktion von Chronizität*. Heidelberg: Carl Auer.
- Simon, F. B. (Hg.) (1988): *Lebende Systeme*. Berlin: Springer.
- Simon, F. B.; Weber, G. (1987): Vom Navigieren beim Driften. Die Bedeutung des Kontextes der Therapie. *Familiendynamik* 12: 355–362.

Anschrift der Verfasser: Dr. Matthias Krüger, Psychiatrische Tagesklinik, Merkurstr. 3, 88046 Friedrichshafen.