

Zusammenfassung

Das grundlegende Strukturproblem bei der Dokumentation von Beratungs- und Therapieprozessen lässt sich in das Paradox fassen, dass eine Einrichtung und das dort handelnde Personal in dem Maße angreifbar wird, in dem der Grad der Gründlichkeit einer Dokumentation steigt. Insbesondere führt eine hohe Präzision der Dokumentation dazu, dass jener Grad an Vagheit verloren geht, der erforderlich ist, um – bei nicht vorhersehbaren und nicht planbaren Anlässen – das eigene Handeln anhand der Akten rechtfertigen zu können. Vor diesem Hintergrund ist Weiterbildung in Dokumentation ein prekäres Unterfangen. Ein Qualitätssprung ist schon dadurch zu erwarten, dass diese Schulung als Prozess gestaltet wird, innerhalb dessen die erwähnte, nicht hintergehbare Paradoxie zur Sprache kommt. Damit wird v. a. ein Unterlaufen dieser Paradoxie verhindert, und die Akteure werden entlastet.

Wie wird „Fallverstehen in der Begegnung“ dokumentiert?

Professionelle Anforderungen, praktische Umsetzungen und unvermeidliche Paradoxien

Urban M. Studer¹ und Bruno Hildenbrand²

¹ Winterthur

² Institut für Soziologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena

„Fallverstehen in der Begegnung“

Zentral am Konzept des „Fallverstehens in der Begegnung“ (Welter-Enderlin u. Hildenbrand 1996) ist, dass von einer widersprüchlichen Einheit von Personalität und Rollenformigkeit ausgegangen wird. Es wird von 2 Achsen ausgegangen, einer *Achse der Begegnung* – d. h. affektive Nähe, Empathie, Versprechen auf Kontinuität, Vertrauen und Personalität (Begegnung als ganze Menschen) – und einer dieser nachgeordneten *Achse des Fallverstehens* – d. h. reflexive Distanz und Rollenformigkeit (Sozialbeziehung als Rollenträger).

Die *Begegnungsachse* wird personal aufgespannt vom Klienten oder der Klientin bzw. von einem (typischerweise familialen) Klientensystem einerseits und dem oder der Professionellen bzw. dem Therapeutesystem andererseits. Begegnung heißt Dialog und das, was sich im Dialog zwischen Menschen ereignet (Hildenbrand u. Welter-Enderlin 1998). Zentrales Medium der Begegnung ist also die Sprache, und zwar im Sinne des „Ins-Gespräch-Kommens“ (Gadamer 1993, S. 172). Begegnung betont das Wir gegenüber einem getrennten Ich und Du und stellt modellhaft eine Alternative zu problematischen, psychosoziale Störungen kennzeichnenden Interaktionsformen dar. Für die Therapiepra-

xis programmatisch setzt die Konzeption des Begegnungsbegriffs, dass psychosoziale Störungen als Störungen des Begegnenkönnens zu lesen sind, und dass Heilung als „Heilung durch Begegnung“ zu verstehen ist (Stierlin 1980, S. 226).

Wesentlich an der Begegnungsachse ist, dass die Professionellen als Professionelle in einem je speziellen organisatorischen Kontext zu sehen sind, und dass die Klientinnen und Klienten in ihrer je individuellen und familienbezogenen „beschädigten Autonomie“ und ihrer Geschichte gesehen werden.

Um genau Letzteres zu leisten, d. h. um die Begegnung *fallverstehend* zu gestalten, wird die affektive Nähe der Begegnung gebrochen durch reflexive Distanz, durch eine Bewegung der Distanzierung, die schon im Wort „Fall“ angezeigt wird. Die Distanzierung über methodisch kontrolliertes, rekonstruktives Fallverstehen wirkt dabei einer möglichen Stagnation des therapeutischen Prozesses entgegen. Eine solche Stagnation könnte dadurch entstehen, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut bei ausschließlicher Ausrichtung auf Begegnung zwar gefühlige Situationen des quasi-familialen Beisammenseins einrichten könnte, diese aber keine Potenz in Richtung Strukturtransformation, d. h. Heilung hätten. Außerdem dient die Bewegung der Distanzierung im Fallverstehen der Wahrung der Universalität und der funktionalen Rollenformigkeit der Therapeuten-Klienten-Beziehung.

Dr. U. M. Studer, Eduard Steiner-Strasse 13, CH-8400 Winterthur, Schweiz

How to document “understanding structures of meaning of a case in the therapeutic encounter”? Professional requirements, practical implementation and unavoidable paradoxes

Urban M. Studer and Bruno Hildenbrand

Summary

The basic structural problem in documenting consulting and therapeutic processes can be summarized in the paradox that says that an institution with its personnel is vulnerable in proportion to the degree of careful reporting. In particular, if the records are very precise, situations are no longer vague. This is why it is necessary to justify, on unpredictable

and unplanned occasions, one's activities by means of record files. Against this background, training in reporting procedures is a delicate enterprise. An improvement in reporting performances can be expected by merely shaping this kind of training as a process that brings to light the not deceivable paradox mentioned before. This prevents this paradox from being ineffective, and the actors are relieved of the burdens.

Hinter der Begegnungssachse liegt die *Wissensachse*. Sie wird aufgespannt durch theoretisches Wissen und philosophische Grundlagen (Menschenbild, Weltansicht etc.) einerseits und durch Handlungsregeln und -techniken andererseits. Was die Handlungsregeln und -techniken angeht, so ist speziell das methodisch kontrollierte, rekonstruktive Fallverstehen zentral. Es geht dabei um das Erkennen von Handlungs- und Wissensmustern, und das stets mit dem Ziel, gemeinsam mit den Hilfesuchenden neue Handlungs- und Wissensmuster zu entwickeln und sie bei ihnen lebenspraktisch zu festigen.

Die für die Therapiepraxis relevante Frage ist schließlich die: Wie setzt man die widersprüchlichen Pole von Fallverstehen und Begegnung, von funktional-spezifischer und personaler Sozialbeziehung zueinander ins Verhältnis, und zwar immer wieder aufs Neue im Rahmen eines fortlaufenden Prozesses?

Als Grundmodell für die konkrete Ausgestaltung des Arbeitsbündnisses als sozialer Ort der Verschränkung von personaler und funktional-spezifischer Sozialbeziehung sowie der praktischen Vermittlung von Theorie und Praxis formulieren wir in Anlehnung an Hil-

denbrand (1999) ein „Dreikreismodell“, dem zufolge jeder therapeutische Prozess gewissermaßen dreifach zu rahmen ist. Zunächst geht es um die Herstellung einer *affektiv positiven Beziehung* zwischen Klienten und Therapeuten, diesem folgt die Etablierung des *sozialen Rahmens*, der klärt, was Therapie ist, und schließlich kommt es zu einer eher kognitiv ausgerichteten *Auftragsklärung*. Dazu je ein paar Bemerkungen:

Bevor man mit Klienten oder einem Klientensystem etwas aushandeln kann, bedarf es grundsätzlich, speziell wenn man es mit beschädigter Lebenspraxis zu tun hat, der Vermittlung von Sicherheit. Levold (1998) nennt als Grundlage für die Herstellung einer affektiv positiven therapeutischen Beziehung Prozesse des Verbindens („joining“), der Spannungsreduktion und der Affektabstimmung.

Um die Notwendigkeit eines sozialen Rahmens nachvollziehbar zu machen, stellt Hildenbrand die Frage: „Wer kann denn garantieren, dass die Klientinnen und Klienten wissen, was das ist, wenn jemand sagt: ‚Das ist Therapie‘?“ In Anlehnung an Goffman (1980) hält Hildenbrand fest, dass ganz allgemein, bevor Aufträge verhandelt werden können, ein Rahmen definiert

werden muss, innerhalb dessen die Aufträge verhandelt werden können. Die grundlegende Beobachtung ist hier, dass Handlungen des täglichen Lebens verstehbar sind wegen eines oder mehrerer Rahmen, die ihnen Sinn verleihen, die sozusagen vorreflexiv Komplexität reduzieren oder Gestaltkomplettierung ermöglichen. Soziale Rahmen sind sozial etabliert, sie orientieren das Handeln und setzen Maßstäbe dafür. Rahmenverletzungen und Rahmenbrüche ziehen unweigerlich Korrekturbemühungen nach sich, da es eine allgemeine menschliche Eigenart zu sein scheint, einmal etablierte Rahmen da zu halten, wo sie sind. Die Frage also: „Was soll hier geschehen, damit das, was hier geschieht, Therapie ist?“, darf nicht als beantwortet vorausgesetzt werden, sondern ist immer wieder von neuem zu klären. Der letzte Schritt, die Auftragsklärung, setzt die Beantwortung dieser Frage voraus und ist deshalb der sozialen Rahmung des Therapieprozesses nachgeordnet.

Bezüglich des letzten Kreises der kognitiv ausgerichteten Auftragsklärung zitieren wir Ludewig (1992, S. 132, 134): „Therapeutische Kommunikation bedeutet in jeder Phase Sinnstiftung oder Themenwahl und damit Reduktion von Komplexität [...] Erst der ausgehandelte und eindeutig formulierte Auftrag definiert das Hilfesystem als Therapie, Beratung oder Begleitung. Er legt also fest: Ziel und Methoden der Hilfemaßnahme, Kriterien für die Durchführung und die Verlaufsprüfung, Entscheidungshilfen für die Beendigung, Erfolgskriterien usw.“

Die dreifache Ausgestaltung des Arbeitsbündnisses von der Herstellung einer affektiv positiven therapeutischen Beziehung über die Etablierung des sozialen Rahmens: „Das ist Therapie“, bis zur kognitiv ausgerichteten Auftragsklärung ist nicht ein für alle Mal zu bewerkstelligen. Es handelt sich dabei vielmehr um einen in sich fortlaufenden Prozess, wo manchmal im Bereich der Herstellung einer positiven Beziehung gearbeitet werden muss, wo von Zeit zu Zeit ein entglittener Rahmen wiederhergestellt werden muss und wo periodisch die Auftragsklärung verändert werden muss, weil der therapeutische Prozess vorangegangen ist. Summarisch wird dieser

dreifache, in sich fortlaufende Prozess der kontinuierlichen Arbeitsbündnis-ausgestaltung im Begriff des *Aushandelns* gefasst.

Konzeption eines dem "Fallverstehen in der Begegnung" angemessenen Dokumentationssystems therapeutischer Prozesse

Die Ausführungen in diesem und im nächsten Abschnitt stützen sich auf Entwicklungsarbeiten und Erfahrungen, die um die Mitte der 1990er-Jahre in einer deutsch-schweizer Therapieeinrichtung für schwerst drogenabhängige Menschen gemacht wurden und an denen der Erstautor (Studer) hauptamtlich, der Zweitautor (Hildenbrand) als Berater prozessbegleitend beteiligt war.¹ In jener Zeit befand sich die genannte stationäre Einrichtung, deren Therapiekonzept u. a. eine starke systemische Grundorientierung einschließt, in einem starken Transformationsprozess, der einerseits durch interne Organisations- und Konzeptentwicklungsarbeit, andererseits durch externe therapiemarktspezifische sowie finanz- und sozialpolitische Einflussmomente angetrieben wurde. Auf der therapeutischen Ebene entwickelte sich das Personal von einer Betreuungsgruppe, die praktisch zu gleichen Teilen aus genesenen Ex-Users, die Selbsthilfefahrungen hatten, und professionellen Therapeuten bestand, zu einer durchgehend therapeutisch professionalisierten Mitarbeiterschaft. Die Einrichtung war in jener Zeit als ganze Gegenstand einer durch das Justiz- und Polizeidepartement der Schweiz finanzierten Fallstudie (Studer 1998), in deren Rahmen u. a. die Datenerhebungen und -analysen vor-

¹ Da es sich bei der vorliegenden Arbeit weder um eine Analyse des Status professionellen Handelns in jener Einrichtung handelt noch um ein irgendwie geartetes "PR-Papier" für diese, sondern der allgemeine Gegenstand professionalisierungstheoretisch adäquaten Dokumentierens von Therapieprozessen im Zentrum steht, wird hier auf eine namentliche Nennung jener Einrichtung verzichtet. Die Autoren sind der Einrichtung aber zu Dank verpflichtet für die bereitwillige Zurverfügungstellung des Datenerhebungsmaterials, das diesem Artikel zugrunde liegt

genommen wurden, auf die sich der vorliegende Artikel stützt.

Einem professionell adäquaten Dokumentationssystem therapeutischer Prozesse kommen grundsätzlich 3 Aufgaben zu, die jedoch je nach institutionellem Kontext unterschiedlich akzentuiert sind:

- *Sicherung* therapeutischer Arbeit für sich und ggf. für Kolleginnen und Kollegen,
- *Begründung* therapeutischer Interventionen,
- Grundlage für *Qualitätsmanagement* im Bereiche der therapeutischen Arbeit.

Die vielschichtige Widersprüchlichkeit dieser 3 Aufgaben wird aus der daten- und erfahrungsgestützten Diskussion im nächsten Abschnitt ersichtlich.

Der Anspruch an ein professionell adäquates Dokumentationssystem kann nun so formuliert werden, dass es darum geht, die 3 genannten Aufgaben verträglich mit dem im vorangehenden Abschnitt ausgeführten, je nach konkretem Kontext spezifisch zu realisierenden Modell therapeutischen Handelns von "Fallverstehen in der Begegnung" zu lösen. Hinzu treten die Paradoxien, die bei jeder Erstellung von Krankenakten im Spiel sind, bei denen es darum geht, nicht in erster Linie über den Therapieprozess etwas auszusagen, sondern vorab sich gegen die Eventualitäten eines außertherapeutischen Verwendungszusammenhangs von Krankenakten abzusichern (vgl. Garfinkel, in diesem Heft). Auf diesen Gesichtspunkt werden wir nicht hier, sondern an späterer Stelle eingehen.

In Fragen übersetzt muss das Dokumentationssystem so verfasst sein, dass über folgende Fragen Aufschluss erlangt werden kann: Welche Themen oder Ereignisse werden im therapeutischen Prozess von wem wie aufgenommen? Welche thematischen Schwerpunkte bilden sich? Setzen sich in der reflexiven Auseinandersetzung mit einem Fall spezifische Deutungsmuster durch? Falls ja, auf welche übergreifenden Fallstrukturhypothesen zielen diese hin? Stehen Interventionen in einem sinnlogischen Zusammenhang zu Themen oder Ereignissen und zu Reflexionen? Ergibt sich eine

Stringenz der Interventionen im zeitlichen Prozess oder handelt es sich eher um wenig gerichtete Interventionen aus dem Hier und Jetzt?

Zunächst skizzieren wir kurz das *konkrete Dokumentationssystem*, das in der genannten Therapieeinrichtung – d. h. in einem stationären systemischen Therapiekontext – in einem längeren Beratungsprozess mit den damals in der Einrichtung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern konzeptualisiert und umgesetzt wurde.

Dieses Dokumentationssystem besteht grundsätzlich aus 2 Teilen, wobei die Dokumentation für jede Klientin und jeden Klienten einzeln geführt wird. Der erste Teil des Dokumentationssystems umfasst einerseits formal-administrative und therapieorganisatorische Daten wie Personalien, Angaben zum Kostenträger, Daten zum Ein- und Austritt sowie zu den Übertritten zwischen verschiedenen Behandlungsabschnitten, schriftliche Therapievereinbarungen, Berichte an Kostenträger etc., andererseits „objektive“ Daten zur Person, d. h. Genogramm- und Lebenslaufdaten sowie Angaben zum Medizinal- und Legalstatus. Wir wollen hier auf diesen konventionellen ersten Teil nicht weiter eingehen.

Der für uns interessante Teil ist der zweite, der für sich in Anspruch nimmt, eine professionell adäquate, fortlaufende Dokumentation des Therapieprozesses – zumindest von der Konzeptualisierung her – anzusetzen. Die Konzeptualisierung dieses Teils lehnt sich an das Protokollverfahren im Rahmen von Feldforschungen von Schatzman u. Strauss (1973) an, soweit die Sicherung von Beobachtungen betroffen ist. Bei der Entwicklung der Reflexionen im Zusammenhang mit dem Fallverstehen war das Vorbild die „Grounded Theory“ von Strauss (1994).²

Parallel zum zeitlichen Verlauf der Therapie gliedert sich dieser Prozessdokumentationsteil in eine Abfolge von 2 Typen von Eintragungen. Ers-

² Dieses Dokumentationssystem hat damit erkennbar seine Wurzeln in der qualitativen Sozialforschung und entstammt somit einem außertherapeutischen Feld. Der Import in ein Therapiesetting erforderte einen ausführlichen Diskussionsprozess sowie Modifikationen, über die im Folgenden berichtet wird

Datum & Setting	Beobachtungen/ Ereignisse	Interpretation & Arbeitshypothese	Weiteres Vorgehen/ Intervention	Termine & Abmachungen
-----------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------

Beispiel 1³

Datum & Setting	Beobachtungen/ Ereignisse	Interpretation & Arbeitshypothese	Weiteres Vorgehen/ Intervention	Termine & Abmachungen
7.3.	Natalie möchte die Abgabe ihrer Wohnung übernehmen trotz des Angebots ihres Vaters, der „alles regeln möchte“ („hat gerne die Übersicht“)	Ablöseprozess vom Vater (und auch von der Mutter) nicht vollzogen	O.k., dass sie die 2 ^{1/2} -Zimmer-Wohnung mit auflöst; Liste machen, was in die Einrichtung soll!	Wird am Donnerstag, 15.3., 14.00 Uhr von der Mutter abgeholt und spätestens 19.00 Uhr zurückgebracht

Beispiel 2

Datum & Setting	Beobachtungen/ Ereignisse	Interpretation & Arbeitshypothese	Weiteres Vorgehen/ Intervention	Termine & Abmachungen
11.7.94 therapeutisches Einzelgespräch [10 Tage nach Therapieeintritt von Hans]; XY [sig.]	[Hans erzählte:] Sein Vater war nie krank, musste oft auf allen vieren aufstehen (Bandscheiben) und war dennoch immer und zuverlässig im Stall (Verbot, schwach zu sein)	Hans musste rasch in diese Fußstapfen steigen, durfte sich nie Krankheiten oder Unwohlsein erlauben. Dies führte zu einem raschen Anstieg der Konsumspirale: morgens konsumieren, um aufstehen zu können		
12.7.94; XY [sig.]	Hans hat Darmgrippe			Ermuntern, auch krank sein zu dürfen (= Ankommen)

tens sind dies *Blöcke fortlaufender Ereignis-, Reflexions- und Interventions-eintragungen*, die in der folgenden Art und Weise in 5 festen Spalten organisiert sind (s.oben).

Dieser kontinuierlichen Abfolge von Eintragungen wird periodisch Inhalt geboten, indem ein sog. *Memo* als zweiter Typ von Eintragungen eingerückt wird. Der Begriff Memo ist ein alltagssprachlicher und steht für die Abkürzung von Memorandum. Er wird im Geschäftsverkehr verwendet und fand über Strauss (1994, v.a. Kap. 5) Eingang in die qualitative Sozialforschung. Memo bedeutet dort „ein Vor-

gehen, mit dem Kodierergebnis aktualisiert und weitere Kodiervorgänge angeregt werden, und auch ein Hilfsmittel, um die Theorie zu integrieren“ (Strauss 1994, S. 50). In unserem Zusammenhang bezeichnet „Memo“ sinngemäß eine Art Standortbestimmung, eine Zusammenfassung von Detailbeobachtungen zu einer integrierten Hypothese im Zusammenhang mit dem Fallverstehen mit dem Ziel der Planung weiteren therapeutischen Vorgehens.

Die generativen Fragen lauten in diesem Zusammenhang: Wie sehen die bisher generierten Hypothesen aus, und wie haben sie sich über die Zeit entwickelt? Welche Erfahrungen wurden zusätzlich gewonnen? Müssen frühere Einschätzungen revidiert oder können sie beibehalten werden? Welche weiteren Schritte können wir auf dieser Grundlage mit

dem Klienten bzw. der Klientin planen?

Memos stehen in einem unmittelbar praktischen Verwendungszusammenhang, der über die unmittelbare Therapeut-Klient-Beziehung hinaus reicht. Dadurch, dass in Memos gewissermaßen eine Zwischenbilanz der geleisteten Arbeit gezogen wird, versetzen sie zum einen bei Fallübergaben die im therapeutischen Prozess nachfolgenden Kolleginnen und Kollegen⁴ in die Lage, sich das zunutze machen zu können, was bereits erarbeitet wurde. Zum anderen müssen im Verlauf des therapeutischen Prozesses immer wieder Entwicklungsberichte an Kostenträger verfasst werden. Memos stellen eine

³ Alle Personen- und Zeitangaben in den Zitaten sind anonymisiert, und in eckige Klammern gesetzte Bemerkungen stammen vom erstgenannten Autor dieses Artikels (UMS). Sie stützen sich auf den unmittelbaren Kontext des zitierten Dokumentationsausschnittes

⁴ In der Einrichtung, von der hier die Rede ist, wird der therapeutische Ablauf in 3 Phasen gegliedert, für die jeweilige Phase ist jeweils eine andere Therapeutengruppe zuständig

adäquate Vorarbeit für solche Berichte dar.

Erfahrungen und Beobachtungen im Zusammenhang mit dem skizzierten Dokumentationssystem

Im Rahmen einer umfassenden Fallstudie dieser Einrichtung (Studer 1998) haben wir mehrere Therapiedokumentationen fallrekonstruktiv⁵ untersucht. Aus den Ergebnissen soll die Bilanz für die Tauglichkeit des vorgestellten Dokumentationsverfahrens gezogen werden.

Allgemein: Worüber gibt das, worüber berichtet wird, Aufschluss? Zunächst haben wir die in der Ereignisspalte aufgeführten Themen und ihre Abfolge untersucht. Dabei hat sich gezeigt, dass sich Themenkomplexe in ihrer Zusammensetzung erschließen lassen, und weil die Themen in ihrer zeitlichen Abfolge aufgeführt werden, ist auch die Analyse der Geschichte eines Themas möglich.

Das, was in der Ereignisspalte notiert wird, unterliegt zwangsläufig einer *Auswahl*, und in der Auswahl liegen schon erste Elemente der Bildung einer Fallstrukturhypothese. Über die Rekonstruktion der Geschichte verschiedener Themen lassen sich die Entscheidungsmuster, die den Therapieprozess geleitet haben, rekonstruieren, was Aufschluss über das professionelle Handeln einer Person oder des therapeutischen Personals in einer Therapieeinrichtung gibt.

Sowohl aus Sicht professionellen Handelns wie auch aus der Sicht des Qualitätsmanagements zeigt sich, dass sich bereits anhand einer methodischen Analyse der Ereignisspalte therapierelevante Fragen beantworten lassen wie: Werden fallspezifische Problembereiche durch eine Therapeutin oder einen Therapeuten erkannt? Wie differenziert werden sie wahrgenommen, wie werden sie gewichtet? Sind es therapeutische Prozesse, die ressourcenorientiert abgebildet werden, oder werden technokratisch bloße Defizitsitua-

tionen registriert? Werden auf der Ebene der Ereignisdokumentation Begegnung und Interaktion abgebildet, und falls ja, wie werden diese gestaltet?

Zwischen Therapie als Alltag und Alltag als Therapie. Einführend halten wir zu diesem Punkt fest, dass stationäre therapeutische oder rehabilitatorische Einrichtungen ganz allgemein in Abhängigkeit ihres therapeutischen Konzeptverständnisses auf einem Kontinuum, das sich zwischen *Therapie als Alltag* und *Alltag als Therapie*⁶ aufspannt, angesiedelt werden können.

Der Strukturtyp von Einrichtungen, die unter *Therapie als Alltag* fallen, ist dadurch charakterisiert, dass der Tagesablauf durch eine stundenplanmäßig geordnete Abfolge therapeutischer Veranstaltungen (Einzel- und Gruppengespräche, begleitetes Arbeiten, Sport, etc.) organisiert ist. Der zeitliche Rahmen des Therapiebetriebs richtet sich nach dem Arbeitstag der Experten, d. h. des professionellen Personals, die nach anerkannten Regeln therapieren. Der Interaktionstyp zwischen therapeutischem Personal und Klientel ist unpersönlich rollenförmig organisiert, mit anderen Worten: Im Zentrum stehen funktional-spezifische Sozialbeziehungen.

Im Gegensatz dazu verweist *Alltag als Therapie* auf einen Einrichtungstyp, in dem der Einrichtungsalltag selbst (was z. B. die praktischen Aufgabenfelder einer Haushaltsführung, handwerkliche Arbeiten in und ums Haus, das Treffen von Besuchern, Ausgänge, etc. einschließt) als therapeutisch wirksam begriffen wird. In solch einem 24-Stunden-Betrieb spielen klar strukturierte Veranstaltungen weder in der Konzeption noch in der Praxis eine wesentliche Rolle. Die Einrichtung stellt eine Art Quasi-Familie dar, und entsprechend ist der Interaktionstyp zwischen Betreuungspersonal und Klientel ein quasi familienspezifischer. Es begegnen sich diese als „ganze Menschen“, d. h., dass personale Sozialbeziehungen im Zentrum stehen.

In einer Einrichtung wie der hier beschriebenen, die zwischen diesen bei-

den Polen steht, ist das alltägliche Zusammenleben das Feld, in dem sich problematische Lebensorganisations- und Interaktionsmuster reproduzieren sollen, um dann therapeutisch in klar gerahmten Settings angegangen zu werden. Das Betreuungspersonal tritt hier einmal in Form von Quasi-Familienangehörigen auf, um dann von Fall zu Fall diesen Typ von Sozialbeziehung zu verlassen und die Therapeutenrolle einzunehmen. Für die Klientel stellt dies eine nicht geringe Anforderung dar, zwischen personalen und funktional-spezifischen Sozialbeziehungen zu unterscheiden bzw. unterscheiden zu lernen. Es handelt sich dabei um einen Prozess, der durch explizites Rahmen von Interaktionssituationen (typisch für *Therapie als Alltag*) erleichtert werden soll. Für das professionelle Personal schließlich stellt eine solche Alltagsorganisation eine ebenfalls sehr anspruchsvolle Aufgabe dar: Einerseits wird von den therapeutischen Bezugspersonen situativ *gestalt-sicheres Rahmen von Interaktionszusammenhängen* gefordert, andererseits ist auch ein erhebliches Maß an *individuellem Begegnungsvermögen* notwendig.

Im oben gegebenen Beispiel 1 beschreibt die dokumentierende Person ein Beispiel für die Thematisierung von Alltag als Therapie, und sie nimmt dabei adäquat einen fallstrukturspezifischen Problembereich der Klientin wahr.⁷ Umgekehrt zeigt sich bereits in der Nichtidentifikation sowohl der eintragenden Person wie auch des Ereigniskontextes in der Settingspalte eine Schwäche der protokollierenden Person im Bereich Therapie als Alltag. Sie gehört zur Gruppe der nicht professionalisierten Betreuungspersonen (Ex-Addict). Dieser erste Eindruck wurde durch die Analyse des weiteren Verlaufs der entsprechenden Dokumentation erhärtet. Nur aus dem erweiterten Protokollkontext und aus Milieuvertrautheit heraus, nicht aber aus der Dokumentation selbst lässt sich er-

⁵ Vgl. zum Begriff der Fallrekonstruktion Hildenbrand (1999a)

⁶ Eine ausführliche Darstellung dieser analytischen Kategorie findet sich in Hildenbrand (1991)

⁷ Dass es sich hier um eine adäquate Problemwahrnehmung handelte und nicht darum, dass dem Fall subsumptionslogisch eine Fallstrukturhypothese übergestülpt wurde, wurde anhand des weiteren Datenmaterials und einer ausführlichen Fallrekonstruktion überprüft

schließen, dass sich der Eintrag vom 7.5. auf ein betreueriesches Einzelgespräch bezieht, das etwa 14 Tage nach Eintritt der Klientin Natalie in die Behandlung zwischen ihr und ihrer persönlichen Bezugsperson, die die Protokollierende ist, stattfand.

Als empirisches Fazit ist hier festzuhalten, dass das geschilderte Dokumentationssystem eine sehr adäquate Grundlage bietet, um in therapeutischen Kontexten, die sich im Spannungsfeld zwischen Therapie als Alltag und Alltag als Therapie bewegen, individuelle Ressourcen bzw. Schwächen von Mitarbeitenden hinsichtlich dieser beiden Pole methodisch zu erschließen und entsprechend zu nutzen bzw. durch fallspezifische Weiterbildung zu beheben.

Identifikation der protokollierenden Person: persönliche Absicherungsstrategie vs. Verantwortungsübernahme. Die Beobachtung gegen Ende des letzten vorigen Abschnitts verweist auf eine Problematik, die mit jeder Form des Dokumentierens in therapeutischen Einrichtungen einhergeht. Werden in einem solchen Rahmen Dokumentationseintragungen nicht personal identifiziert, so wird dadurch ausgeschlossen, dass Personen, die nicht über ein hohes Maß an Milieuvertrautheit verfügen (z. B. Handschriften von Mitarbeitenden erkennen), entscheiden können, welche Personen über welche Begegnungs- oder Beobachtungssituationen hinsichtlich der Klientel berichten. Es hat dies zur Folge, dass, gestützt auf die Dokumentation, die professionelle Beziehung therapeutisch Handelnder zur Klientel nicht verhandelt werden kann. Dies wäre zwar aus der Perspektive des Schutzes der personalen Integrität der therapierenden Person nachvollziehbar, widerspricht aber vollständig der funktional-spezifischen Rollenförmigkeit therapeutischen Handelns. Diese fordert die persönliche Zurechnung des Eingetragenen zu einem Autor, um die Verantwortungsübernahme für die Eintragungen und ihre Inhalte zu gewährleisten.

Als *persönliche Absicherungsstrategie gegenüber bzw. als Unterlaufensstrategie von dokumentationsgestützter Evaluation des eigenen therapeuti-*

schen Handelns haben wir folgende Variationen des folgenden Handlungsmusters angetroffen:

- Prekäre Situationen therapeutischen Handelns werden entweder systematisch nicht dokumentiert oder,
- falls sie dokumentiert werden, dann so, dass die „Schuldzuschreibung“ für diese auf die Klientel verlagert wird,
- über die eigene Person bzw. über die therapeutische Beziehung wird nichts ausgesagt, und die Einträge referieren ausschließlich Feststellungen oder Einschätzungen der Klientinnen und Klienten (zu diesem Punkt detaillierter weiter unten).

Gewissermassen als Copingstrategie, um mit der als „bedrohlich“ empfundenen latenten Beurteilungsmöglichkeit des eigenen therapeutischen Arbeitens anhand von Dokumentationseintragungen umzugehen, diene beispielsweise einer ehemaligen Betreuungsperson der untersuchten Einrichtung das Hilfsmittel der „doppelten Buchführung“, wie sie selbst berichtet: „Neben den Eintragungen, die ich in den Dokumentationsordner schreibe, führe ich noch meine eigenen Aufzeichnungen, wo ich halt korrigieren kann.“ Mit anderen Worten: Aus der Sicht dieser Person dürfen im Dokumentationsordner Veränderungen der Einschätzungen im Verlauf des Therapieprozesses nicht korrigiert werden, da dies in ihrer Sicht die Kundgabe eines Fehlers darstellt. Damit wird jedoch der therapeutische Prozess unausweichlich eingefroren.

Im Kontext therapeutischer Einrichtungen zieht diese Beobachtung die zentrale Leitungsaufgabe nach sich, dass die folgenden *Voraussetzungen für das Führen transparenter Therapiedokumentationen* sicherzustellen sind:

- Die Beziehungen innerhalb und zwischen den einzelnen Hierarchiestufen müssen in einer Institution angemessen definiert sein, was insbesondere sowohl einen vertrauensvollen wie auch inhaltlich und rechtlich transparent geregelten Umgang mit Prozessdokumentationen für Zwecke des Qualitätsmanagements und u. U. der Absicherung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach außen im Falle schwer-

wiegender Ereignisse (wie z. B. Todesfällen) voraussetzt.

- Die protokollierenden Personen müssen fachlich professionell so gefestigt sein, dass sie hinter den Texten, die sie verfassen, ohne Not stehen können. Vonseiten der Leitung soll als Ziel vermittelt werden, dass Eintragungen verfasst werden, die sich auf praktische Urteilskraft stützen, und nicht solche, die sich an einem unerreichbaren Ideal von Wissenschaftlichkeit oder letztgültigem therapeutischen Handeln orientieren.

Nicht zuletzt, um diesen beiden Punkten Rechnung zu tragen, wurde aus Persönlichkeitsschutzgründen bei der 5-spaltigen Konzeption des skizzierten Dokumentationssystems insbesondere auf eine zusätzliche, sog. Übertragungsspalte verzichtet, in der situativ Übertragungsgefühle und -empfindungen der therapeutisch Handelnden festzuhalten wären. Solche Texte gehören tatsächlich in den Bereich der „privaten“ Dokumentation.⁸

Identifikation des Kontextes und soziale Rahmung. Wird ohne Verweis auf die Begegnungsqualität zwischen Klienten und Therapeuten sowie auf das konkrete Setting dokumentiert – wie etwa in Beispiel 1 –, so wird vor dem Hintergrund der dreifachen Rahmungslogik therapeutischer Prozesse, die wir im ersten Abschnitt ausgeführt haben, auf der Ebene der Dokumentation weder der notwendigen Gestaltung einer affektiv gerahmten Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten noch der situativ immer wieder neu vorzunehmenden Etablierung des sozialen Rahmens, der klärt, was Therapie ist, Rechnung getragen. Das Protokollierte fokussiert dann fast ausschließlich auf die kognitiven Inhalte des therapeutischen Gesprächs.

In solchen Fällen sind im Zusammenhang mit Professionalisierungsanstrengungen und Qualitätsmanagement Fragen folgender Art zu beantworten: Inwieweit bildet das Protokollierte die tatsächliche Interaktionspraxis therapeutisch Handelnder ab? Wie

⁸ Ausgesprochen psychoanalytisch orientierte Einrichtungen werden dies möglicherweise anders handhaben

weit geschieht das Herstellen von affektiv positiven Beziehungen und sozialer Rahmung zwar habituell und gestaltsicher, aber reflexiv wenig durchdrungen?

Die geschilderte Weglassungspraxis hat zudem zur Folge, dass wiederum jemand, der nicht bei den berichteten Ereignissen dabei war oder über weitgehende Milieuvertrautheit verfügt, die Ereignisse nur beschränkt aus der Dokumentation heraus verstehen kann.

Zwischenbetrachtung. Nehmen wir die in diesem und im vorigen Punkte angesprochenen Beobachtungen zusammen, so wird klar, dass auch das hier vorgeschlagenen Dokumentationssystem nicht davor gefeit ist, dass es durch die Dokumentierenden absicherungslogisch in einer Art und Weise geführt wird, die bereits Garfinkel (in diesem Heft) als charakteristisch für viele klinische Dokumentationen herausgearbeitet hat:

„Wenn man die Schwierigkeiten von Forschern bei der Verwendung von Krankengeschichten thematisiert, muss man sich auch zu der Tatsache äußern, dass nur ein geringfügiger Teil der Inhalte von Krankengeschichten auf eine aktuarielle Art gelesen werden kann, ohne dass Ungereimtheiten entstehen. Ein Forscher, der den Krankengeschichten eine aktuarielle Lesart überzustülpen versucht, wird sein Notizbuch mit Auslassungen über ‚Unzulänglichkeiten‘ im Datenmaterial, mit Beschwerden über ‚Nachlässigkeit‘ und dergleichen füllen. ... Folglich kann der Inhalt einer Krankengeschichte – wie heterogen er auch sein mag – von einem Klinikmitarbeiter gelesen werden, ohne dass Ungereimtheiten entstehen, wenn er genauso, wie ein Jurist ‚den Schriftsatz erstellt‘, aus den fragmentierten Resten *im Laufe* seines Auftrags, deren wechselseitige Relevanz als Explikation einer legitimen klinischen Aktivität in Dokumente hineinzulesen, einen ‚Fall macht‘. [Abs.] Aus dieser Perspektive betrachtet, besteht eine Krankengeschichte aus einem einzigen freien Feld von Elementen, wobei mit dem Gebrauch des Feldes der kontraktuelle Aspekt der Beziehung formuliert werden

kann, bei welcher Gelegenheit eine solche Formulierung auch immer erforderlich ist. Die Fragen, welche Dokumente benutzt werden, wie sie benutzt werden und welche Bedeutungen ihr Inhalt annehmen wird, hängen von den bestimmten Gelegenheiten, Zielen, Interessen und Fragestellungen ab, die ein bestimmter Klinikmitarbeiter bei der Konsultation von Dokumenten nutzen kann.“

Auf das Potenzial des hier vorgestellten Dokumentationssystems aber, bei gezielter Schulung des professionellen Personals systematisch dieser Fragmentierungstendenz von Beobachtungsmaterial entgegenwirken zu können, wird weiter unten eingegangen.

Zum Zusammenhang zwischen Themen, Reflexionen und Interventionen. Die zu beantwortenden Kernfragen lauten hier: Stehen die Interventionen in einem sinnlogischen Zusammenhang zu den Beobachtungen und Reflexionen? Ergibt sich eine Stringenz der Interventionen im zeitlichen Prozess, oder handelt es sich eher um wenig zusammenhängende Interventionen aus dem Hier und Jetzt? In welchem Maße wird diagnostisch dem dialektischen Zusammenhang von Autonomie und Beschädigung Rechnung getragen, und wie wird dieser Zusammenhang interventionspraktisch übersetzt? Wo siedeln sich Interventionen etwa im Spektrum zwischen individuumszentriertem und systemischem Intervenieren an? Wie und wann werden Interventionen ausgewertet und überprüft („controlling“)?

Ein gelungenes Beispiel für einen sinnlogisch adäquaten Zusammenhang zwischen einer Intervention und der Interpretation einer Beobachtung gibt das obige Beispiel 2 von Hans. Dazu exemplarisch ein paar strukturekonstruktive Bemerkungen:

„Sein Vater war nie krank ...“ bedeutet, dass er nie arbeitsunfähig war, worin sich ein typisches Körperbild der bäuerlichen Unterschicht ausdrückt: „Krank ist man dann, wenn man nicht mehr aus dem Bett aufstehen kann.“ In diesem Sinne ist die Klammerbemerkung in der Ereignisspalte von „Verbot, schwach zu sein“ sinnhaft auf dieses Datum bezogen, würde

aber, falls sie – wie anzunehmen ist – von der protokollierenden Person stammt, in die Interpretations- und Arbeitshypothesenspalte gehören.

In dieser Spalte nimmt die dokumentierende Person – z. T. unter Rückgriff auf frühere Eintragungen, die hier nicht wiedergegeben werden – im Zusammenhang mit dem väterlichen Handlungsmuster von unterschichtsmäßiger Selbstaussbeutung eine selbstmedikationslogische Deutung des Suchtmusters von Hans vor: „Hans musste rasch in diese Fußstapfen steigen, durfte sich nie Krankheiten oder Unwohlsein erlauben. Dies führte zu einem raschen Ansteigen der Konsumspirale: morgens konsumieren, um aufstehen zu können.“

Das Ereignis am folgenden Tag, die Darmgrippe von Hans, wird nun vor dem Hintergrund der Interpretation der Eintragung des Vortags in eine sinnlogisch adäquate, alltagspraktisch verankerte therapeutische Intervention übersetzt: „Ermuntern, auch krank sein zu dürfen (= Ankommen)“. Wenn jemand in seiner Entwicklung so blockiert ist, dass er von seinem Muster des „steten Arbeitens“ nicht ablassen kann, und wenn dann eine Bezugsperson sagt: „Oh, du bist krank, du hast Darmgrippe? Ja dann leg dich doch ins Bett!“, dann handelt es sich um eine eindeutige therapeutische Intervention.

Interessant ist, dass in der Formulierung „Ermuntern, auch krank sein zu dürfen“ der Klient nicht zum Kranksein ermuntert wird, sondern dazu, dass er sich im Widerstand gegen sein von der Familie übernommenes Handlungs- und Orientierungsmuster erlaubt, krank sein zu dürfen. Die Bezugsperson lässt sozusagen nicht gewähren, dass der Klient nicht gewähren lässt, und initiiert unter der Hand ein alternatives Muster. Diese Formulierung setzt bei seinem Klienten als einem autonomen Handlungssubjekt an. Es liegt hier keine Situation von Befehl und Gehorsam an, wie z. B.: „Du bist krank, bleib im Bett“, sondern es wird an der personalen Autonomie angesetzt, indem der Therapeut sagt: „Du bist krank, ich ermuntere dich, erlaube dir, krank zu sein!“ Mit anderen Worten: Hier wird *Begegnung, abgestützt durch Fallverstehen, abgebildet.*

Das in Klammern gesetzte „Ankommen“ bedeutet vom unmittelbaren Kontext her, dass Hans bei sich als autonomem Handlungszentrum ankommt. Indem er sich nämlich erlaubt, krank zu sein – gemäß „Ermuntern, auch krank sein zu dürfen“, achtet er auf seine Körperempfindungen. Im weiteren Kontext dessen, dass dieser Eintrag etwa 10 Tage nach dem Eintritt von Hans in das Behandlungsprogramm vorgenommen wurde, erhält das „Ankommen“ die Zusatzdimension ankommen an einem neuen Ort: in der Therapieeinrichtung.

Im Gegensatz zum Zustand des Bei-sich-Seins verweist Ankommen auf einen Prozess. Mit anderen Worten: Die therapeutische Bezugsperson traut Hans den Zustand des Bei-sich-Seins noch nicht so schnell zu, in Klammern sagt sie gewissermaßen ganz vorsichtig, dass sie erst einmal den Prozess sieht, der ihn dazu bringt, dass er hin und wieder auch einmal bei sich ist.

Zusammenfassend gilt, dass die gesamte Dokumentationseinheit des Beispiels 2 einem *falladäquaten, auch begegnungssicheren therapeutischen Autonomisierungsmodell* Ausdruck gibt.

Therapie als Fallverstehen in der Begegnung. Regelmäßig machten wir bei der Analyse verschiedener Dokumentationen die Erfahrung, dass in der Ereignisspalte oft Ereignisse aus der Geschichte einer Klientin bzw. eines Klienten protokolliert werden, während die *Rahmungen der therapeutischen Interaktionen*, in der diese Ereignisse transportiert worden sind, nur selten festgehalten werden.

Der erste Eintrag vom 11.7. im Beispiel 2 („Sein Vater war nie krank ...“) ist von eben dieser Art. Aus der Verflechtung von Was und Wie der therapeutischen Beziehung wird das Was herauspräpariert, und das Wie der Begegnung wird weggelassen. Wie dem gegenüber im kurzen zweiten Eintrag vom 12.7. im Beispiel 2 („Darmgrippe“) Begegnung abgebildet wird, haben wir im vorangehenden Punkt ausgeführt.

Dass in einer Dokumentation der Begegnungsaspekt der therapeutischen Beziehung nicht vertreten ist, kann darauf hindeuten, dass es entweder keine Begegnung gibt und die Therapeut-Klient-Beziehung technokratisch angelegt ist oder – plausibler – dass der Begegnungsaspekt aus der Dokumentation herausgehalten wird und im persönlichen Kontext der Protokollierenden verbleibt. Damit wird Dokumentieren aber reduziert auf den Wissensaspekt des Fallverstehens.

Umgekehrt muss aber auch respektiert werden, dass Begegnungsmodi die Persönlichkeit der protokollierenden Person tangieren und es von daher anspruchsvoll ist, eine geeignete Form zu finden, um die Begegnungsaspekte so in die Dokumentation einzubeziehen, dass zum einen der *Therapieprozess als ganzer nachvollzogen werden kann*, zum anderen der *Persönlichkeitsschutz* der handelnden und dokumentierenden Person gewahrt bleibt. Dies ist ganz im Sinne der Dialektik von personaler und funktional-spezifischer Sozialbeziehung, die für therapeutisches Handeln konstitutiv ist.

Um nun beim Protokollieren einer sich in diesem Spannungsfeld häufig öffnenden Falle zu entgehen, nämlich in der Ereignisspalte lediglich *erzählte Realität zu reformulieren* (und z. T. schon zu deuten), hat es sich als pragmatisch hilfreich erwiesen, in dieser Spalte Dialogsequenzen aus therapeutischen oder alltäglichen Gesprächen weitgehend *wörtlich* zu zitieren, ganz im Sinne eines ungefilterten, nicht selektiven Protokollierens. Dadurch wird – so hat die Erfahrung gezeigt – erreicht, dass erstens klar ist, wer was gesagt hat, zweitens wird damit eine angemessene Datenbasis geschaffen, um später, gestützt auf solche Informationen aus erster Hand, Hypothesen zu revidieren, und drittens lässt sich somit auch die Begegnungsdimension therapeutischen Handelns einfangen.

Genau an dieser Beobachtung macht sich auch der große Nutzen „natürlicher“ Protokolle in der Professionalisierung therapeutischen Han-

delns im Sinne von „Fallverstehen in der Begegnung“ fest. Der Begriff „natürliche Protokolle“ verweist hier auf Tonband- oder Videoaufzeichnungen bzw. deren Verschriftungen, so wie sie in Supervisionskontexten therapeutischen Handelns üblich sind. Die therapeutisch Handelnden können sich während solcher Aufzeichnungen vollständig auf die Begegnungsarbeit einlassen und müssen nicht, um gleichzeitig das Wie und Was der Begegnungsarbeit zu protokollieren, zusätzlich zum notwendigen Wechselspiel zwischen Eigen- und Fremdperspektive auch noch die Metaperspektive auf die gemeinsame Begegnungsdynamik realisieren. Diese kann nachträglich, ohne Handlungsdruck aus den natürlichen Protokollen herausgezogen und analysiert werden.

Die Weiterentwicklung des ursprünglichen Dokumentationssystems und dessen Nutzung in der Supervision

Das in mehreren gemeinsamen Sitzungen mit dem Personal der Einrichtung entwickelte Dokumentationssystem erwies sich im Probelauf insofern als problematisch, als es noch zu sehr den Geist der soziologischen Feldforschung atmete, der es ja auch entstammte. Gerade bei eher wenig professionalisierten Betreuungspersonen erzeugte es aufgrund seiner methodischen Strukturiertheit den Eindruck eines überzogenen und nicht erfüllbaren Anspruchs von (Quasi-)Wissenschaftlichkeit und letzter Gültigkeit. Daher wurde im Rahmen eines Zyklus interner Schulungseinheiten erfolgreich mit dem Umbenennen der Spalten und der dadurch vermittelten pragmatischeren Herangehensweise an das Verfassen von Eintragungen experimentiert (s. unten).

Das Arbeiten am skizzierten Dokumentationssystem im Rahmen interner Schulungseinheiten und von Supervision erwies sich dabei als hochgradig effektiv. Indirekt wurde dadurch, in-

Datum & Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?	Termine & Abmachungen
-----------------	--------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------

dem der Prozess der Findung eines angemessenen Dokumentationssystems auf gemeinsamer Grundlage im Vordergrund stand, die Professionalisierung des therapeutischen Personals gefördert. Anstatt dass direkt über die Behandlung von Klientinnen und Klienten geredet wurde, konnte, indem das Dokumentationssystem zur Sprache kam, indirekt über das therapeutische Handeln reflektiert werden. Schließlich setzte dieses Vorgehen bei den therapeutisch Handelnden in naturwüchsiger Weise eine Art von *Achtsamkeitsschulung hinsichtlich Beobachten, Hypothesenbilden und Intervenieren* in Gang. Im Einzelnen wurde dabei wie folgt vorgegangen:

- Die therapeutischen Bezugspersonen nahmen in der Ereignisspalte *möglichst ungefilterte, detailgetreu beschreibende, ausschnittsweise wörtlich zitierende und jeglicher Form der persönlichen Wertung entledigte Eintragungen* vor.
- Während der Schulungseinheiten wurden im Team gemeinsam die entsprechenden Eintragungen in die Interpretations- und Interventionsspalten vorbereitet, um dann durch die fallführende Bezugsperson in der Dokumentation eingetragen zu werden. Dies hatte vorübergehend eine entlastende Verlagerung der Verantwortung für Eintragungen in die beiden letzten Spalten auf das therapeutische Team zur Folge.
- Als willkommener Nebeneffekt wurde über diese Praxis ein Handlungsmodus hoher Teamkooperation einstudiert, der *ergebnisorientiert* (die Diskussion musste in einer formulierten Hypothese und Intervention münden), *handlungsorientiert* (unterschiedliche Perspektiven mussten ausgetauscht und zueinander in Bezug gesetzt werden) und *methodisch kontrolliert* (defizitorientiertes Denken konnte durch ressourcenorientierte Perspektiven systematisch kontrastiert werden) war.

Die Paradoxie von professionellem Anspruch und organisatorischer Verwendungszusammenhänge von Dokumentationssystemen

Während des gesamten Prozesses der Entwicklung eines nach innen wie nach außen praktikablen Dokumentationssystems wurden neben der zunächst mangelnden Handhabbarkeit sukzessive die Probleme deutlich, auf die Garfinkel in seinem Beitrag über „gute organisatorische Gründe für schlechte Klinikakten“ (in diesem Heft) hingewiesen hat. Diese Probleme lassen sich in das Paradox fassen, dass eine Einrichtung und das dort handelnde Personal in dem Maße angreifbar wird, in dem der Grad der Gründlichkeit einer Dokumentation steigt. Insbesondere erzeugt eine hohe Präzision der Dokumentation, dass jener Grad an Vagheit verloren geht, der erforderlich ist, um bei – nicht vorhersehbaren und nicht planbaren Anlässen – das eigene Handeln rechtfertigen zu können.⁹

Vor diesem Hintergrund ist jede Schulung in Dokumentation ein äußerst widersprüchliches Unterfangen. Aber ein Qualitätssprung ist schon dadurch zu erwarten, dass diese Schulung als Prozess gestaltet wird, innerhalb dessen die erwähnte, nicht hintergehbare Paradoxie zur Sprache kommt. Damit wird v. a. ein Unterlaufen dieser Paradoxie verhindert, und die Akteure werden entlastet.

Offen bleiben muss, welche Lösungen die Akteure finden, um auch bei Benutzen des hier vorgestellten Dokumentationssystems Platz für die gewünschte (und für das Überleben in therapeutischen Einrichtungen aus subjektiver Sicht unverzichtbare) Vagheit zu schaffen – denn das strukturelle Problem bleibt auch bei Verbesserung von Dokumentationssystemen, es verschärft sich sogar, wie dargelegt,

⁹Professionell handelt, wer unter Handlungsdruck in der Lage ist, falladäquat zu agieren im Vertrauen darauf, später dieses Handeln begründen zu können. Dieser professionstheoretisch begründeten Auffassung Oevermanns (1996) wäre die Frage nach der Deprofessionalisierung therapeutischen Handelns durch zunehmende Verrechtlichung beizugesellen. Darauf können wir hier aber nicht eingehen

mit deren Verbesserung. Wer dies untersuchen will, dem sei Garfinkels Ethnomethodologie nachdrücklich empfohlen.

Literatur

- Gadamer HG (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp, Frankfurt
- Garfinkel H (2000) „Gute“ organisatorische Gründe für „schlechte“ Klinikakten. System Familie 13:111–122
- Goffman E (1980) Rahmen-Analyse – Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Suhrkamp, Frankfurt
- Hildenbrand B (1991) Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Huber, Bern
- Hildenbrand B (1999) Auftragsklärung und/oder Rahmung? Zur Bedeutung der Anfangssequenz in Beratung und Therapie. System Familie 12:123–129
- Hildenbrand B (1999a) Fallrekonstruktive Familienforschung: Anleitungen für die Praxis. Leske und Budrich, Opladen
- Hildenbrand B, Welter-Enderlin R (1998) Einleitung: Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse im Kontext der Entwicklung der systemischen Theorie. In: Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (Hrsg) Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, S 7–16
- Levold T (1998) Affekt und System: Plädoyer für eine Perspektivenerweiterung. In: Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (Hrsg) Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg, S 18–51
- Ludewig K (1992) Systemische Therapie: Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart
- Oevermann U (1996) Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe A, Helsper W (Hrsg) Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt, S 70–182
- Schatzman L, Strauss AL (1973) Field research: strategies for a natural sociology. Prentice Hall, Englewood Cliffs
- Stierlin H (1980) Eltern und Kinder – Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Suhrkamp, Frankfurt
- Strauss AL (1994) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Fink, München
- Studer UM (1998) Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik: Fallstudie einer deutschschweizer Suchtherapieeinrichtung. Abschlussbericht ans Bundesamt für Justiz. Eigenverlag, Bern
- Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (1996) Systemische Therapie als Begegnung. Klett-Cotta, Stuttgart