

Dewald, Axel

Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 9, S. 753-764

urn:nbn:de:bsz-psydok-43370

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determanation of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gussone</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung

Axel Dewald

Summary

Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field Cooperation has become a standard-component in the meantime if it is about the insertion of structure-improving measures in the public health. But Problems occur in particular if the borders of the vocational activity have to be crossed with it. Prenatal-diagnostic measures as potentially conflictful psychosocial burden-situations, that take their starting point at medical actions, show very clear, that it is not only helpful but even absolutely necessary that different professions work together. However this is still the exception. The aim, standing behind these efforts, is always the creation of an integral, low-thresholded care – and support-offer for the concerned women and their partners. In the present work some important conditions for cooperation from the theory will be named, central obstacles for the build-up of cooperation described and already existing initiatives in the area of prenatal diagnostics introduced.

Zusammenfassung

Kooperation ist mittlerweile ein Standardbaustein geworden, wenn es um die Einführung von strukturverbessernden Maßnahmen im Gesundheitswesen geht. Probleme gibt es aber vor allem dann, wenn dabei die Grenzen von Berufsgruppen überschritten werden. Bei pränataldiagnostischen Maßnahmen als potentiell konfliktträchtigen psychosozialen Belastungssituationen, die bei medizinischen Eingriffen ihren Ausgangspunkt nehmen, ist die Zusammenarbeit verschiedener Professionen unabdingbar, leider aber immer noch eine Ausnahme. Zielsetzung der Kooperation ist die Schaffung eines möglichst ganzheitlichen, niederschweligen Versorgungs- und Unterstützungsangebots für die betroffenen Frauen und ihre Partner. In der Arbeit werden wichtige aus der Theorie stammende Voraussetzungen für Kooperation benannt, zentrale Hindernisse für den Aufbau von Kooperation beschrieben und bereits existierende konkrete Initiativen vorgestellt.

1 Einführung und Hintergründe

Der Beitrag basiert auf den Ergebnissen des Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kin-

des“ (BMFSFJ 2000, 2001). Der Projekttitel ist etwas irreführend, da sich nach kurzer Laufzeit herausstellte, daß die Weiterentwicklung der Beratungskonzeption und der formalen Beratungskriterien der weniger problematische Teil der Aufgabenstellung war. Schließlich konnte in diesem Bereich auch auf umfangreiche Vorarbeiten anderer Institutionen zurückgegriffen werden.

Als schwieriger erwies sich der Aufbau von Kooperationsstrukturen, der Bereich, in dem die psychosozialen Beratungsstellen an den Modellstandorten am meisten initiativ wurden. Es zeigte sich, daß diese Aufgabenstellung so komplex und von so vielen Einflußfaktoren bestimmt war, daß ein Königsweg nicht ableitbar war. Ebenso deutlich wurde auch, daß eine tatsächliche Verbesserung des Beratungsangebots ohne verstärkte Kooperationen kaum denkbar ist. Gleichwohl gibt es Ausnahmen, die positive, zukunftsweisende Ansätze in diese Richtung weisen.

2 Theoretische Kooperationsmodelle

Wehner et al. (1998) beschreiben Kooperation als Prozeß, durch den gleichberechtigte Partner eine Form von Zusammenarbeit entwickeln, die beiden nützt und die dazu führt, daß das aus der Zusammenarbeit resultierende Produkt eine erhebliche Verbesserung erfährt. Als Koordination bezeichnen die Autoren eine Phase der Zusammenarbeit, in der eine gemeinsam definierte Aufgabe von beiden Partnern mit Hilfe eines Systems von Regeln und klar definierten Abläufen routinemäßig bewältigt wird.

Hinsichtlich der Pränataldiagnostik liegt der Schluß nahe, daß die Entwicklung in den meisten Fällen noch nicht so weit fortgeschritten ist. Die Formen von Kooperation in den von uns untersuchten Bereichen, die vermutlich repräsentativ für Deutschland sind, befinden sich in einem Entwicklungsstand, der wohl eher dem dritten Element des Modells von Wehner entspricht, dem der *Ko-Konstruktion*. Die Phase der *Ko-Konstruktion* meint, daß die beteiligten Personen und Gruppen versuchen, eine Einigung darüber zu erzielen, wie die weitere Zusammenarbeit einschließlich der Aufgabendefinition aussehen soll. Die Aufmerksamkeit der Beteiligten liegt dabei auf der Konzipierung oder Überprüfung fraglich gewordener Aspekte der Arbeitsbereiche. Es können die Sichtweisen der Beteiligten auf problematisch gewordene Arbeitsgegenstände ausgetauscht werden, Rituale des Alltags, formalisierte Abläufe wie auch ungeschriebene Gesetze angesprochen werden. Diese Phase bedarf eines formellen Rahmens und einer klar definierten gemeinsamen Absicht.

Ernst von Kardorff (1998) beschreibt in einem Modell zentrale Kontextbedingungen und Voraussetzungen für die Herstellung von Kooperation, die gerade auch im Feld der Pränataldiagnostik wichtig sind:

- Kooperationsbemühungen finden immer auch auf dem Hintergrund von Macht- und Interessenkonkurrenzen statt und werden somit auch zu einer Frage machtpolitischer Strategien und intelligenter Koalitionsbildungen.
- Ein wesentlicher Druck auf Kooperation geht seit einiger Zeit von den öffentlichen Haushalten aus, die im Zuge der Vorgaben von Kostendämpfung und Qualitätssi-

cherung Kooperation und Koordination der verschiedenen Gruppen und Institutionen in der medizinisch-psychosozialen Versorgung fordern.

Als Voraussetzungen für die Umsetzung sind zu nennen:

- Kooperation und Koordination benötigen ein klares Konzept von Zielsetzungen der Beteiligten. Die eigene Rolle wird mit den anderen Beteiligten ausgehandelt, eigene Interessen offengelegt und mit den Erwartungen der anderen abgestimmt. Alle Partner müssen dabei zu einer gemeinsamen Zieldefinition gelangen. Dazu gehört auch, daß
- klare und verlässliche Verantwortlichkeitsdefinitionen vereinbart werden,
- es eine routinisierte Pflege der Beziehungen im Sinne von Vertrauensbildung durch geeignete Kommunikationsstrukturen gibt,
- was auch einfache, zeitgerechter Rückmelde- und Informationsroutinen beinhaltet.
- Es muß eine Klärung der sozialen, zeitlichen und finanziellen Kosten der Kooperation für jeden Partner geben: die Beteiligten müssen die Gründe für eine Kooperation und den möglichen Nutzen spezifizieren. Das Argument, die Aufgabe an sich verlange eine Kooperation, ist nicht ausreichend.
- Die Beteiligten müssen zu fachlicher Einsicht, sowie einem Mentalitäts- und Verhaltenswandel gelangen.
- Es muß eine gemeinsame Sprache der Kooperationspartner entwickelt werden, die nicht nur Zugehörigkeit signalisiert, sondern auch erlaubt, Differenzen zu besprechen.

3 Kooperationshemmnisse

Es gibt, wie aus ähnlichen Forschungsvorhaben bekannt, auch an den Schnittstellen zwischen dem psychosozialen und medizinischen Bereich grundlegende Kooperationshemmnisse, die gekennzeichnet sind durch:

- wechselseitiges grundlegendes Mißtrauen und stereotype Bilder,
- häufiges direktes Hinweisen auf vermeintlich eingeschränkte Kompetenzen der jeweils anderen Gruppen,
- offen ausgetragene Zuständigkeits- und Verteilungskämpfe.

Neben diesen direkt erfahrbaren Phänomenen gibt es aber auch andere Faktoren innerhalb der beteiligten Gruppen, die beachtet werden müssen.

Kooperationshemmnisse in der psychosozialen Beratung: Die Arbeit des Modellprojekts hat ergeben (BMFSFJ 2000, 2001), daß die Entwicklung einer Beratungskonzeption und von Kooperationsstrukturen stark miteinander verwoben sind, was sich insbesondere bei der häufig gestellten Frage nach möglichen Gründen für die unzureichende Inanspruchnahme des Beratungsangebots zeigte. Angesichts der differenzierten Beratungskonzeption und des hohen Fort- und Weiterbildungsaufwands im Bereich der psychosozialen Beratung können diese kaum bei der Beratungsqualität gesucht werden. Vielmehr ist zu vermuten, daß das Beratungsangebot in der Öffentlichkeit zuwenig bekannt ist und die anderen beteiligten Berufsgruppen zu selten auf das Angebot verweisen.

Hinsichtlich der Darstellung des psychosozialen Beratungsangebots in der Öffentlichkeit wurde die bisherige Strategie der Weiterentwicklung der Beratungskriterien geändert in Richtung Profilierung, Konturierung und Prägnanz bei der Formulierung der Beratungskriterien und des Beratungsangebots, anstatt allein auf eine zunehmende Differenzierung und Komplexität zu setzen. Das Angebot sollte ein klareres Profil erhalten, so daß für potentielle Ratsuchende deutlicher erkennbar ist, worin für sie der Nutzen einer Beratung bestehen kann. Ein zweiter, nicht weniger wichtiger Vorteil einer solchen Profilierung ist die erkennbare Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, die ebenfalls mit der Thematik befaßt sind, hat sich doch immer wieder gezeigt, daß Ärzte und psychosoziale Beraterinnen oft über vorurteilsbehaftete Vorstellungen verfügen, was die je anderen unter Beratung verstehen.

Selbstverständlich gelten für alle Beratungsstellen die gleichen gesetzlichen Anerkennungskriterien, trotzdem gibt es zwischen den Anbietern von psychosozialer Beratung deutliche Unterschiede hinsichtlich Identität, Angebot und der interdisziplinären Besetzung von Teams. Um die Außendarstellung zu verbessern sollte auch darüber nachgedacht werden, ob ein größerer Konsens oder eine klarere Abgrenzung zwischen den Trägern und Verbänden anzustreben ist. Das betrifft das beraterische Selbstverständnis und die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen des Beratungsangebots, als auch die formale Organisation der Beratungsstellen. Diese Zusammenhänge sind für Außenstehende oft nur schwer zu durchschauen und erschweren insbesondere in Ballungsgebieten die Entscheidung, an wen Betroffene sich wenden sollen oder wohin man als Arzt überweist. Dabei ist es illusorisch, daß sich die Träger auf ein gemeinsames Profil des Beratungsangebots einigen, gleichwohl darf dieser Aspekt nicht vergessen werden, wenn man sich Gedanken darüber macht, wie das psychosoziale Beratungsangebot in der Öffentlichkeit bekannter und die Beratungslandschaft transparenter gemacht werden kann.

Dies sind handlungsorientierte praktische Aspekte, die seitens der psychosozialen Beratung einer Verbesserung der Kooperation entgegenstehen. Wie steht es aber um die Motive oder die grundlegende Haltung gegenüber dem Medizinsystem? Man kann davon ausgehen, daß bei nicht wenigen Beraterinnen Berührungsängste und ausgeprägte Befürchtungen bestehen hinsichtlich einer Dominanz der Ärzteschaft, die psychosoziale Beratung auch noch zu vereinnahmen und die Mitarbeiter/innen in diesen Stellen zu Handlangern zu degradieren. Diese verständlichen Befürchtungen münden in einem grundsätzlichen Dilemma, auf das weiter unten eingegangen wird.

Kooperationshemmnisse im Bereich der Medizin: Selbstverständlich werden schwangere Frauen und werdenden Eltern auch durch Gynäkolog(inn)en gut beraten. Aber oft wird gerade von Ärzten übersehen, daß medizinische und psychosoziale Beratung nicht das gleiche sind, auch wenn es eine ganze Reihe von Frauenärzten gibt, die eine psychosoziale Beratung anbieten und auch die dafür nötige Zusatzqualifikation in Form der sogenannten psychosomatische Grundversorgung oder einer psychotherapeutischen Ausbildung besitzen. Eine zeitaufwendige und umfassende psychosoziale Patientinnenbetreuung ist nur schwer in die Arbeitszusammenhänge niedergelassener Ärzte einzupassen und wird auch nicht ausreichend honoriert. Die Schwangerschaftsvorsorge wird immer noch als Paket abgerechnet. Angemessener

wären jedoch Einzelleistungen, über die mit der Frau nach umfassender Aufklärung ein Konsens erzielt werden sollte.

Bleibt somit die Frage, wie angesichts dieser Bedingungen ein möglichst breites Spektrum an Beratungsangeboten unabhängig vom Engagement einzelner bereitgestellt werden kann und wie betroffenen Frauen diese Informationen zugänglich gemacht werden können. Geht dies nur über die gesetzliche Verankerung einer Hinweispflicht oder ist dies auch über eine schrittweise Verbesserung der interdisziplinären Kooperation möglich?

Neben strukturellen Aspekten gibt es auch noch ein psychologisches Moment, das einer Erweiterung der Dyade Arzt/Ärztin-Patientin entgegensteht: das Rollenverständnis von Arzt/Ärztin und Patientin, Erwartungen und vielleicht auch „Mythen“. Friedrich et al. (1998) kommen in ihrer Untersuchung u.a. zu dem Ergebnis, daß eine Besonderheit in der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patientin in der Schwangerschaftsvorsorge besteht. Seitens der Patientin gibt es eine tief verwurzelte Erwartung, daß der Arzt/die Ärztin sie an die Hand nimmt, das Beste für sie tut und sie auf dem Weg durch das besondere Lebensereignis Schwangerschaft begleitet. Nach Friedrich et al. entspricht die Arzt-Patientinnen-Interaktion in dieser besonderen Situation einem Übergangsritual. Diese Erwartung, geleitet zu werden konnten die Autoren bei vielen der von ihnen untersuchten Frauen unabhängig von deren Informations- und Kenntnisstand nachweisen. Auch ein hoher Kenntnisstand ist demnach kein Garant dafür, eine in hohem Maße selbstverantwortliche und subjektiv tragfähige Haltung gegenüber den Angeboten der Medizin zu entwickeln. Darüber hinaus haben viele Ärzte ein ausgeprägtes Gefühl der Verantwortung für ihre Patientinnen, dem sie ihrem eigenen Empfinden nach zuwiderhandeln würden, wenn sie sie woanders hinschicken würden.

Eine in Zukunft engere Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen könnte diese spezielle Funktion des Begleitens auch anderen Berufsgruppen wie Hebammen oder eben auch psychosozialen Beraterinnen zuweisen.

Konsequenz dieser Überlegungen ist, daß die Konzentration allein auf strukturelle Bedingungen zu kurz greift. Die Beziehungen zwischen Arzt und Patientin, zwischen Beraterin und Ratsuchenden, zwischen Hebamme und Schwangerer sind so verschieden, daß sie nicht beliebig ausgetauscht werden können. Gleichwohl ist deutlich, daß nicht eine Berufsgruppe allein all diese Funktionen erfüllen kann.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, mit welcher längerfristigen Strategie der skizzierten Situation am besten begegnet werden kann. Bei der Suche nach Antworten gerät man leicht in ein Dilemma, das, um es auf zwei übergeordnete Begriffe zu reduzieren, vielleicht am besten damit beschrieben wird, daß gleichzeitig die Ziele „Autonomie“ und „Integration“ angestrebt werden, wobei zu befürchten steht, daß die mit diesen beiden Zielen einhergehenden Handlungen und Konsequenzen nur schwer miteinander vereinbar sind (Abb. 1).

Autonomie meint, durch die Weiterentwicklung des Beratungsangebots in erster Linie dem Ziel verpflichtet zu sein, eine alternative Säule der Schwangerenversorgung zu etablieren, die in bewußter Abgrenzung zur derzeit medizinisch dominierten Praxis konzipiert wird. Das könnte zur Folge haben, daß sich bei Medizinerinnen der Eindruck verfestigt, man stehe ihrer Arbeit kritisch gegenüber und wolle ihnen „ihre“ Patienten wegnehmen. Die dann vermutlich begrenzte Bereitschaft der Ärzte zur Kooperation dürfte auch durch

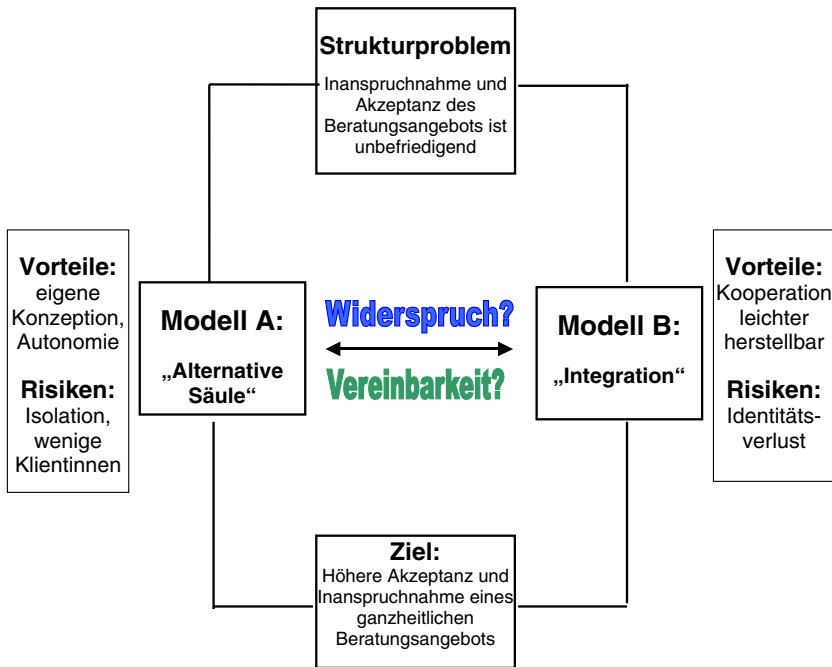


Abb. 1: Versorgungsmodelle der Psychosozialen Beratung in der Pränataldiagnostik

einen verstärkten Einsatz seitens der psychosozialen Beratungsstellen nicht unbedingt zu fördern sein.

Integration bedeutet das gegenwärtige System der Schwangerenversorgung in ihren Grundzügen zu respektieren und seitens der psychosozialen Beratungsstellen zu versuchen, ihrem Ansatz bei der Versorgung innerhalb des Systems ein höheres Gewicht zu verleihen. In diesem Fall wäre eine Kooperation leichter zu realisieren, allerdings mit der Gefahr, ein Stück der Identität des eigenen Ansatzes einzubüßen.

Nach den Ergebnissen aus dem Modellprojekt (BMFSFJ 2000, 2001) ist es bislang das Bestreben der psychosozialen Beratungsstellen, beide übergeordneten Ziele zu realisieren. Es soll eine spezielle Identität gewahrt bleiben, die sich auf der speziellen Qualifikation zur Beratung gründet und die sich auch für die betroffenen Frauen deutlich erkennbar von der medizinischen Praxis der Schwangerenversorgung abhebt. Zugleich wollen die Beraterinnen die medizinischen Fachkräfte zur Kooperation bewegen, so daß diese auf das psychosoziale Beratungsangebot für Frauen und Männer aktiv hinweisen.

4 Kooperationsfelder und konkrete Initiativen

4.1 Fallbezogene Kooperation: Beispiel aus dem Modellprojekt

Im Mai 1998 haben die Mitarbeiterinnen der Schwangerschaftsberatungsstelle des Caritasverbandes Recklinghausen die Arbeit in der gynäkologischen Ambulanz des St. Vin-

cenz-Krankenhauses in Datteln aufgenommen. Seit Juli 1998 ist einmal wöchentlich eine Beraterin Ansprechpartnerin für die Frauen, die zur Fruchtwasseruntersuchung in die Klinik kommen. Das Arbeitsfeld Krankenhaus unterscheidet sich maßgeblich von der Arbeit in der Beratungsstelle, wo sich Beraterinnen und Frauen als gleichberechtigte Gesprächspartnerinnen gegenüber sitzen. Im Krankenhaus sind die Frauen Patientinnen, was ein Autoritätsgefälle impliziert. In der Beratungsstelle ist die Gesprächsatmosphäre unter vier Augen eher intim, im Krankenhaus finden die Gespräche in der Wartezone statt, wo oft mehrere Frauen oder Paare sitzen, die auf die Untersuchung oder den Eingriff warten. Für intensivere Gespräche kann zwar ein Arztzimmer benutzt werden, das aber hin und wieder auch von Ärzten für Verwaltungstätigkeiten aufgesucht wird. Trotz dieser ungünstigen Bedingungen hat sich diese Rückzugsmöglichkeit als wichtig herausgestellt, da in den letzten Monaten vermehrt Frauen mit einem auffälligen Befund Gesprächsbedarf direkt dort vor Ort hatten.

Mit dem Chefarzt der Gynäkologie, der in der Regel die Amniozentesen selbst durchführt, sind regelmäßige Auswertungsgespräche über die Tätigkeit der Beraterinnen in der Ambulanz vereinbart worden. Sowohl der Chef- als auch der Oberarzt verweisen inzwischen regelmäßig an die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle oder regen gemeinsame Gespräche mit betroffenen Frauen und Paaren an. Insgesamt ist die Zahl der Frauen, die das beschriebene Beratungsangebot nutzen, jedoch sehr gering.

Diese ersten Erfahrungen wurden zum Anlaß genommen, um gemeinsam mit dem Geschäftsführer des Krankenhausträgers nach einer Möglichkeit zu suchen, das Beratungsangebot bereits in das Anmeldeverfahren einzubinden. Der Vorschlag, eine schriftliche Terminbestätigung mit Aufklärungsbogen der Klinik, der gegebenenfalls zu unterschreibenden Einverständniserklärung, die bisher erst unmittelbar vor dem Eingriff ausgegeben wurde, und Informationen über die Beratungsstelle an die angemeldeten Frauen zu versenden, wurde im November 1999 mit dem Chefarzt und dem Verwaltungsleiter diskutiert. Seitens der Klinik wird die telefonische Anmeldung der Frau zur Amniozentese nun schriftlich bestätigt. Sie erhält alle notwendigen Informationen bereits einige Zeit vor der Untersuchung. Dieses Schreiben enthält ebenfalls Informationen über das Beratungsangebot der Beratungsstelle, außerdem liegt ein Informationskärtchen bei. Auch dieses Vorgehen hat nicht mehr Frauen motiviert, sich im Vorfeld über die Untersuchungsmethoden und deren Auswirkungen zu informieren und sich beraten zu lassen.

4.2 Institutionelle Kooperation

Kentenich (Berlin) favorisiert eine Kooperationsstrategie, die er beim Heidelberger Kongreß „Pränataldiagnostik. Neue Wege zur Kooperation in der psychosozialen und medizinischen Versorgung“ am 24.3.2001 vorgestellt hat. Er fordert feste Netze zwischen den Beratungsstellen, den Gynäkologen und den Pränataldiagnostikzentren. Die wesentlichen Elemente seines Ansatzes im folgenden:

- *Ort der Beratung:* Zentraler Ort ist die Frauenarztpraxis, die Frauen im Falle einer Schwangerschaft in den meisten Fällen aufsuchen, da bei Feststellung der Schwangerschaft dort die Beratung stattfindet und pränataldiagnostische Maßnahmen be-

- ginnen können. Kliniken, die pränataldiagnostische Maßnahmen bzw. Abruptiones nach pränataldiagnostischen Maßnahmen durchführen, sollen ebenfalls verstärkt Orte qualifizierter Beratung werden.
- *Feste Netze*: Die Zusammenarbeit in Form fester Netze zwischen Beratern/Beratungszentren, gynäkologischen Praxen/Schwerpunktpraxen und Kliniken soll verstärkt werden, was Kentenich als ein nicht leicht zu erreichendes Ziel einschätzt. Die Beispiele aus Essen (Univ.-Frauenklinik), Bonn (Univ.-Frauenklinik) und Berlin (DRK Kliniken Westend – Frauenklinik, Schwerpunktpraxen und sozialmedizinische Dienste) zeigen jedoch, daß dieses möglich ist.
 - *Beratungskompetenz der Ärzte*: Wenngleich Ärzte primär *organisch* orientiert ausgebildet sind, hat sich in vielen Berufszweigen die „Psychosomatische Grundversorgung“ etabliert. Entsprechend positive Ansätze in der Frauenheilkunde sollen aufgegriffen und fortgeführt werden. Nur wenn es gelingt, Ärzte mit einer größeren Beratungskompetenz auszustatten, wird es auch möglich sein, ihnen den Sinn unabhängiger Beratung näher zu bringen und die Angst vor Konkurrenz verlieren zu lassen.
 - *Unabhängige Beratungszentren*: Aus den genannten Punkten ergibt sich eine zentrale Bedeutung für unabhängige Beratungszentren, wobei „Independent Counselling“ eine hohe Professionalität erfordert, die in den vorhandenen Netzen eingesetzt werden muß. Je besser diese Netze funktionieren, desto mehr schätzen alle Beteiligten die zentrale Bedeutung unabhängiger Beratungskompetenz, weil diese die Autonomie der Frauen erhöht und zur eigenen Entlastung (z.B. der Ärzte) beiträgt.
 - *Weitere Berufsgruppen*: Seelsorger oder Hebammen können gegebenenfalls auch die führende Rolle innerhalb eines solchen Beratungsnetzes übernehmen, wenn es ihnen vor Ort gelingt, initiativ zu sein.
 - *Konferenzen*: Auf lokaler und bundesweiter Ebene sind Konferenzen der verschiedenen Träger und Berufsgruppen (Berater, Gynäkologen, Pränatalmediziner, Humangenetiker, Hebammen) erforderlich, die zur Knüpfung fester Netze beitragen und auch Teil eines Qualitätsmanagements sein können.
 - *Migrantinnen*: Die bisherigen Konzepte focussieren zu sehr auf deutsche Patientinnen, wenn man bedenkt, daß in einigen Regionen Deutschlands etwa ein Viertel der schwangeren Frauen Migrantinnen sind, was nicht nur Auswirkungen auf die sprachliche Vermittlung, sondern auch auf transkulturelle Aspekte hat (z.B. die Geschlechtspräferenz beim Ungeborenen). Vor Ort ist es notwendig, dafür Sorge zu tragen, daß muttersprachliche Berater und/oder Ärzte in feste Netze eingebunden sind.
 - *Prinzip Hoffnung*: Es hat sich gezeigt, daß die Frauen selbst wichtige Fragen der Geburtshilfe (Geburtsort und die Geburtsabläufe) mehr und mehr selbst entscheiden. So gibt es mittlerweile konkurrierende und gut funktionierende Alternativen hinsichtlich des Entbindungsortes zwischen Kliniken, Geburtspraxen, Geburtshäusern, Hebammen, was heute zur normalen Entbindungs-Kultur in Deutschland gehört. Entsprechend ist zu hoffen, daß sich hinsichtlich der Beratung die Netzwerke durchsetzen, die den Autonomiebedürfnissen der Frauen am ehesten entsprechen.

In eine ähnliche Richtung weist die Arbeit einer Projektgruppe an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Bonn. Dort wird versucht, in Kooperation mit zwei Schwanger-

schaftsberaterinnen des Diakonischen Werks, der Klinikseelsorge und der gynäkologischen Psychosomatik ein Beratungsangebot innerhalb der Frauenklinik zu etablieren. Wichtig bei diesem Projekt ist, daß das Beratungsangebot in den routinemäßigen Ablauf integriert ist und allen betroffenen Frauen angeraten wird. Zusätzlich sollen die guten strukturellen Ausgangsbedingungen dazu genutzt werden zu untersuchen, ob durch das Beratungsangebot auch ein Beitrag zur Prävention psychischer Langzeitfolgen geleistet werden kann.

4.3 Arbeitskreise und Qualitätszirkel als interprofessionelle Kooperation

Der erste Schritt sollte in einer gegenseitigen Information über die jeweiligen Tätigkeitsbereiche bestehen, was über Arbeitskreise wie zum Beispiel den Arbeitskreisen Pränataldiagnostik in Münster oder Berlin geschehen kann. Zu nennen ist an dieser Stelle auch der Arbeitskreis in Hamburg, der aufgrund der Förderung und offiziellen Unterstützung durch den Senat eine Sonderstellung einnimmt. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Erstellung von Verzeichnissen der regionalen Anbieter mit thematischen Schwerpunkten oder die Einrichtung von Hotlines oder regelmäßigen Fallbesprechungen.

Noch einen Schritt weiter geht die gemeinsame Entwicklung von Standards und Kriterien durch interprofessionellen Qualitätszirkel, wie in ersten Schritten in Heidelberg bereits in die Praxis umgesetzt (BMFSFJ 2001). Die wichtigsten Aspekte dabei sind folgende:

Eine Regionalkonferenz in Heidelberg mit Vertreterinnen und Vertretern von medizinischen und psychosozialen Einrichtungen führte zu dem Ergebnis, ein Modell für den Aufbau einer Kooperation zwischen den Beteiligten zu erarbeiten. Die erste Voraussetzung für eine weitergehende Zusammenarbeit der Berufsgruppen war, sich gegenseitig im direkten Gespräch über die eigenen Tätigkeitsbereiche zu informieren. Dabei galt es insbesondere auch, Unterschiede im Verständnis zentraler Begriffe (wie z.B. Beratung) zu klären und zu einer gemeinsamen Sprache zu finden. Ein weiterer unverzichtbarer Bestandteil des Modells ist, daß der gesamte Prozeß von einem neutralen Moderator koordiniert und begleitet wird.

In einem nächsten Schritt sollen die Teilnehmer/innen ihre Kolleg(inn)en in den verschiedenen Gremien über diese Gesprächsrunde und deren Ziele informieren. Nachdem dort eine Einigung über mögliche eigene Ziele sowie mögliche Angebote an die jeweils andere Berufsgruppe erzielt wurde, kann nach einer weiteren interdisziplinären Gesprächsrunde die Bildung eines berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkels angestrebt werden.

Die bisherigen Erfahrungen lassen es geboten erscheinen, die berufsgruppeninterne Ziel- und Interessensklärung nicht parallel, sondern sukzessive ablaufen zu lassen, weil es häufig Unklarheiten oder Mißverständnisse darüber gibt, was eine psychosoziale Beratung ausmacht und worin deren Funktion besteht. Der Einigungsprozeß wird erheblich beschleunigt, wenn sich die Vertreterinnen der psychosozialen Beratungsstellen zunächst über ein Profil ihrer Tätigkeit einigen und diese Information den Ärzten vorab zur Verfügung stellen. Im Anschluß daran sind die Ärzte aufgefordert, in ihren Gremien das Angebot zu diskutieren und mit einem eigenen Vorschlag zu reagieren (Abb. 2).

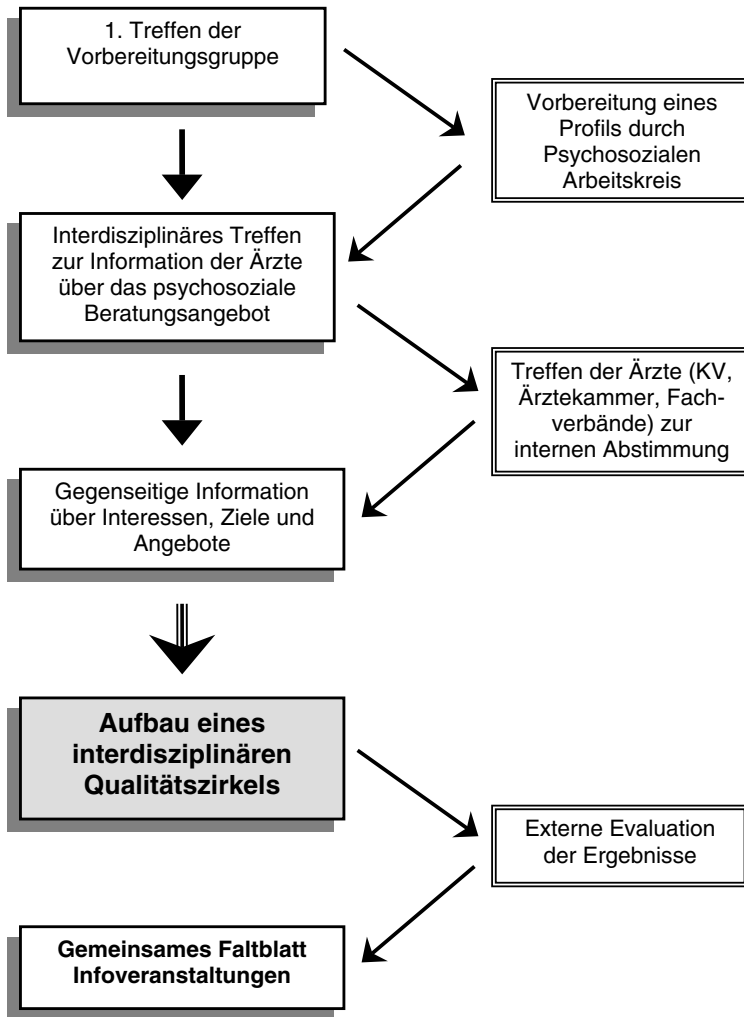


Abb.2: Idealtypischer Kooperationsprozeß zur Bildung eines interdisziplinären Qualitätszirkels

4.4 Politische Maßnahmen: Beispiel Änderung des Mutterpasses

Ein wesentlicher Impuls in Richtung einer verbesserten Zusammenarbeit vor Ort wird eventuell von der angestrebten Änderung des Mutterpasses und der Mutterschaftsrichtlinien ausgehen.¹ Ziel beider Änderungen ist es, die von allen Seiten als notwendig erachtete stärkere Beteiligung der psychosozialen Beratung an der Schwangerschaftsvorsorge

¹ Nachdem zunächst ein Formulierungsvorschlag innerhalb des Projekts erarbeitet wurde, wurde dieser mit den Vertretern der Gynäkologen innerhalb des wissenschaftlichen Beirats, insbesondere aber mit Herrn Prof. Dr. med. H. Kentenich, Berlin, abgestimmt.

in den Richtlinien zu verankern und nach außen hin deutlich zu machen. Die Formulierung für den Mutterpaß lautet: „Ihr Arzt und/oder Ihre Hebamme stehen Ihnen für alle Fragen der Schwangerschaft zur Verfügung. Sie haben auch das Recht, sich in allen Schwangerschaftsfragen bei einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle beraten zu lassen. Anschriften erhalten sie über die Wohlfahrtsverbände oder das örtliche Gesundheitsamt.“

Auch in den Mutterschafts-Richtlinien sollte das Recht der schwangeren Frauen und ihrer Partner auf ihren Beratungsanspruch bei den Schwangerschaftsberatungsstellen aufgenommen werden. Eingefügt werden sollte folgender Text: „Werdende Eltern werden auf den Beratungsanspruch bei den Schwangerschaftsberatungsstellen hingewiesen.“

Diese Textstelle ist analog zum Entwurf des Sozialgesetzbuchs 9. Buch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach § 61 verfaßt. Die Bundesärztekammer hat ihre Bereitschaft zugesagt, das Vorhaben im Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen zu unterstützen.

5 Fortbildung

Zur Förderung der Kooperation sollten Fortbildungen gemeinsam konzipiert und über Träger ausgerichtet werden, die bereit sind Angehörige beider Berufsgruppen anzusprechen und die bei beiden Gruppen eine gewisse Akzeptanz haben. Im Rahmen des Modellprojekts (BMFSFJ 2000) wurde dazu ein inhaltliches und formales Konzept entwickelt, das sich explizit an Angehörige verschiedener Berufsgruppen richtet und sich an dem Kooperationsgedanken orientiert. Da sich die unterschiedlichen Auffassungen über das Wesen von Beratung als eines der größten Hindernisse für eine weiterreichende Entwicklung von Kooperationsstrukturen erwiesen haben, nimmt dieser Bereich hier einen großen Raum ein. Die Teilnehmerinnen werden eingehend in Gesprächsführung und Beratungstechniken unterrichtet.

In sich ist das Curriculum modular aufgebaut. Bezogen auf bestimmte Grundkompetenzen soll es möglich sein, einzelne Module aufgrund ausreichend vorhandenen Vorwissens auszulassen oder durch Wahlmodule zu ersetzen. Dafür gilt es noch die entsprechenden Kriterien und Nachweismöglichkeiten festzulegen. Es soll damit auch sichergestellt werden, daß berufsspezifische Weiterbildungsformen (etwa die Facharzt-ausbildung) das Curriculum möglichst unverändert übernehmen können und somit ein Transfer psychosozialer Beratungskompetenz in andere Bereiche stattfindet. Was die spezifischen Inhalte angeht, soll auch hier am Prinzip des fallorientierten Lernens, der Einbeziehung von Selbsterfahrung und der Berücksichtigung gesellschaftlicher Kontextbedingungen festgehalten werden.

6 Fazit

Sowohl die Arbeit innerhalb des Modellprojekts als auch die Bemühungen anderer Institutionen und Initiativen führten mittlerweile zu einem Katalog möglicher Maßnahmen zum Aufbau von Kooperationen. Einige dieser Maßnahmen sind nicht verallge-

meinerbar, sondern von ganz konkreten Bedingungen vor Ort abhängig. Allerdings ist dies ein erster und wesentlicher Schritt, vor allem angesichts der festgefügteten Strukturen im Medizinbereich und auch der psychosozialen Beratungslandschaft. Wenn weitergehende Veränderungen angestrebt werden, müssen diese Strukturen selbst das Ziel von Maßnahmen werden, wobei auch hier durchaus erste Erfolge zu verzeichnen sind. Mit der inzwischen recht weit gediehenen Initiative zur Änderung des Mutterpasses und der Mutterschaftsrichtlinien wurde eine der zentralen Rahmenbedingungen Thema, die die Zusammenarbeit der Berufsgruppen regeln. Daß ein ernsthaftes Interesse an einer interprofessionellen Zusammenarbeit besteht, zeigte nicht zuletzt die große Zahl von Anmeldungen zum Heidelberger Kongreß „Pränataldiagnostik. Neue Wege zur Kooperation in der psychosozialen und medizinischen Versorgung“ im März 2001, der insgesamt eine breite Resonanz nach sich gezogen hat.

Literatur

- BMFSFJ (2000): Materialien zur Familienpolitik, Nr. 6: Zwischenbericht des Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“. Bonn.
- BMFSFJ (2001): Materialien zur Familienpolitik: Abschlußbericht des Modellprojekts „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“. Bonn.
- Wehner, T.; Clases, C.; Endres, E.; Raeithel, A. (1998): Zusammenarbeit als Ereignis und Prozeß. In: Spieß, E. (Hg.): Formen der Kooperation. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 95-124.
- v. Kardorff, E. (1998): Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle, B.; Sommer, G.; Nestmann, F. (Hg.): Netzwerkinterventionen. Tübingen: dgvt Verlag, S. 203-222.
- Friedrich, H.; Henze, K.-H.; Stemmann-Acheampong, S. (1998): Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosozialen Voraussetzungen und Folgen. Berlin: VVB.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Psych. Axel Dewald, Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg.