

Ullrich, Gerald

Rolle und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 9, S. 326-330

urn:nbn:de:bsz-psydok-36803

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

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology and Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Specialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry) | 167 | REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy) | 14 |
| KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers) | 83 | ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach) | 260 |
| SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies) | 363 | ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation) | 299 |
| SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving) | 78 | ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume) | 326 |
| STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES)) | 157 | VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma) | 331 |
| WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study) | 160 | WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence) | 171 |
| Psychotherapie | | Werkstattberichte | |
| WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy) | 88 | VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell | 345 |
| Übersichten | | WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung | 55 |
| BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families) | 49 | Tagungsberichte | |
| BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy) | 124 | Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen | 348 |
| BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System) | 368 | 10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg | 25 |
| BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics) | 373 | Buchbesprechungen | |
| FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study) | 293 | BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2 | 224 |
| HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training) | 20 | BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch | 312 |
| HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome) | 132 | BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt | 351 |
| KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care) | 316 | BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie | 311 |
| | | CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde | 222 |
| | | CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence | 222 |
| | | DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work | 218 |
| | | DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen | 30 |
| | | EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28 | 61 |
| | | EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29 | 220 |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien | 62 | PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter | 29 |
| FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie | 64 | PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes | 352 |
| FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen | 63 | RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt | 308 |
| GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert | 383 | RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen | 29 |
| GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST) | 355 | ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter | 28 |
| GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen | 382 | RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie | 382 |
| HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung | 308 | SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung | 383 |
| JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen | 221 | SCHAFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern? | 218 |
| KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung | 354 | SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik | 351 |
| Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie | 353 | SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46 | 92 |
| LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis | 219 | STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen | 311 |
| MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie | 225 | STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie | 30 |
| MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS | 62 | VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen | 352 |
| MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen | 31 | WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen | 220 |
| MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926 | 351 | WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung | 309 |
| MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1 | 312 | ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung | 64 |
| MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule | 28 | | |
| NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien | 59 | Editorial 232, 273 | |
| OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention | 311 | Mitteilungen der Herausgeber 350 | |
| | | Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379 | |
| | | Diskussion/Leserbriefe 27 | |
| | | Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380 | |
| | | Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382 | |
| | | Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385 | |

Rolle und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee^{1 2}

Gerald Ullrich

Zusammenfassung

Um eine mögliche Fragmentierung des Arbeitsbereichs zu vermeiden, wie es im Teil I angedeutet wurde, brauchen psychosoziale Mitarbeiter Möglichkeiten zur flexiblen Aushandlung ihrer beruflichen Position. Dazu wurden im Teil II verschiedene klinische Aufgaben und Optionen beschrieben, während der Teil III auf die Bedeutung wissenschaftlicher Arbeit als eines weiteren, wichtigen Feldes aufmerksam macht. Neben der Anerkennung durch klinische Forschung vermag die Durchführung von gemeinsamen Studien auch kollegiale Beziehungen zu vertiefen helfen und so für die Kooperation auch praktisch nützlich zu werden. Die häufig feststellbare Selbstisolation psychosozialer Mitarbeiter wird abschließend kritisiert und zwar vor allem im Hinblick auf deren mangelnde Kooperation mit anderen psychosozialen Mitarbeitern, insbesondere Erziehern und Lehrern. Es wird daher abschließend gegen eine kurzsichtig berufsständische Selbstisolation und für eine integrative und die Kompetenzen aller involvierten Mitarbeiter berücksichtigende Strategie in der Organisation psychosozialer Versorgung plädiert.

„Nimmt man den Versorgungsauftrag des Patienten ernst, kann es keine ‚ergiebigsten‘ oder ‚unergiebigsten‘ Patienten geben, sondern nur geeignete oder ungeeignete Gesprächstechniken.“
(HOHAGE et al. 1981, S. 546)

¹ Die Arbeit verzichtet der Lesbarkeit wegen auf eine geschlechtsspezifische Schreibweise (psychosoziale Mitarbeiter/innen usw.) und appelliert insofern an die Fähigkeit, Bezeichnungen für Berufsgruppen als für beide Geschlechter gültig betrachten zu können.

² Ich möchte mich an dieser Stelle bei meinen Arbeitskollegen in Hannover sowie bei Frau Dipl.-Päd. Hellmann-Backhaus für wertvolle Anregungen bedanken.

1 Einleitung

In den beiden ersten Teilen dieser Arbeit wurde zunächst auf die prekäre berufliche Identität des psychosozialen Mitarbeiters im somatisch orientierten Behandlungsfeld der Pädiatrie eingegangen. Besonders betont wurde dabei, daß seitens dieser Mitarbeiter eine Verengung ihrer Aufgabendefinition hin zur psychotherapeutischen Einzelfallbetreuung oft beobachtet werden könne. Um den langfristig problematischen Folgen einer solchen Verengung entgegenzuwirken, wurde im Teil II versucht, das Spektrum möglicher Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter aufzuzeigen, die alle dem gemeinsamen Ziel unterstehen, den Betroffenen dazu zu verhelfen, daß sie den größeren Belastungen auch gewachsen sind. Unterschieden wurden (a) die konventionellen Aufgaben (Teil I, ULLRICH 1993 b) und (b) die neuen Aufgabengebiete im Kontext chronischer Krankheit und Krankheitsbewältigung (Teil II, ULLRICH 1993 c). Hierzu wurden gezählt die „Arbeit am Behandlungsmilieu“, die „supportiven Ansätze“ (Begleitung), weiterhin die „edukativen Ansätze“ und schließlich Maßnahmen zur Herstellung und Beeinflussung von Öffentlichkeit. Offengeblieben ist die Stellung wissenschaftlichen Arbeitens, auf die nun noch kurz einzugehen ist, bevor eine abschließende Stellungnahme zur Problematik der psychosozialen Versorgung in der Pädiatrie versucht wird.

2 Klinische Forschung

Wenn hier klinische Forschung als ein Aufgabenfeld des in der Klinik, also in der Versorgung tätigen Mitarbeiters aufgeführt wird, mag dies zunächst überraschen, denn häufig trifft man in der Praxis auf eine sehr kategorische

Unterscheidung von Wissenschaft und Praxis (HERSCHBACH 1991, spricht hier ironisch von zwei „Arten von Menschen“, S.233), mit der nicht selten das Begriffspaar „Elfenbeinturm“ und „wirkliche Hilfe“ assoziiert wird. Diese weitverbreitete Geringschätzung wissenschaftlicher Arbeit unter klinisch Tätigen ist gewiß zu einem Teil auf eine zu beklagende, zumeist über die Methodik vermittelte Isolation auch klinisch orientierter Forschung zurückzuführen, die, wie HOLZKAMP in einem Beitrag zur „Relevanz- Krise“ der empirischen Psychologie schon 1970 feststellte, „in immer wachsendem Maße mit exakten Methoden Belanglosigkeiten und Trivialitäten zutage fördert“ (S.10).

Ähnlich auch BRÜCKNER und KROVOZA: „Empirie meint nicht länger methodisch kontrollierten Erfahrungsgewinn, sondern Verzicht auf Erfahrungen, die sich dem vorhandenen Instrumentarium nicht fügen ...“ (1972, S.77). Dazu inhaltlich gleichlautend und so die Aktualität der damaligen Kritik bestätigend, meint SHORE (1993) in einem Editorial zum Abschluß seiner fünfjährigen Tätigkeit als Herausgeber des „American Journal of Orthopsychiatry“: „The purpose of research as a systematized way of enhancing knowledge ... has been corrupted. In today's inflated market, research has become its own reward. Thus, journal editors see a flood of papers that are exercises in methodology with little meaning or significance“. (S.4).

Gleichwohl ist die verbreitete Spaltung in Forschung durch „Wissenschaftler“ einerseits, und Versorgung durch „Praktiker“ andererseits, in mehrerlei Hinsicht gerade im Arbeitsfeld der Medizin von erheblichem Nachteil. Sie stellt eine andere Variante der Verengung (Selbstbeschränkung) dar, die mit dem Verzicht auf relevante Einflußmöglichkeiten einhergeht, nämlich:

- (a) die Wissenschaftsgläubigkeit vieler Mediziner zur Absicherung der eigenen Position zu nutzen und sich im wissenschaftlich strukturierten (und hierarchisierten) Arbeitsfeld zu behaupten (FRIEDRICH 1988). Dies gilt um so mehr, als ein erheblicher Teil psychosozialer Spezialisten in *universitären* Kinderkliniken angestellt ist, in denen wissenschaftliche Betätigung erwartet wird;

Hinzuweisen ist darauf, daß das Augenmerk solcher Studien auch auf die Versorgung selbst zu richten wäre. Zu Recht stellte B. LASK auf der internationalen Mukoviszidose-Konferenz in Dublin (1992) in einem „State of the Art“-Vortrag fest, daß es zwar zahlreiche „population-studies“ gebe, jedoch nur sehr wenige „intervention-studies“, die jedoch zur Förderung der *Transparenz* psychosozialer Versorgung von großem Nutzen sind. Daß diese Einschätzung nicht nur für psychosoziale Beiträge zur Problematik der Mukoviszidose zutrifft, halte ich für wahrscheinlich.

- (b) (interdisziplinäre) wissenschaftliche Projekte zur Grundlage einer langfristig *auch klinisch* kooperativen, *kollegialen* Arbeitsbeziehung zu nutzen, wofür z. B. PASNAU (1975; nach JORASCHKY et al. 1986) plädiert hat, insofern durch solche Projekte Erfolg und Anerkennung als gemeinsame Erlebnisse gewonnen werden können (vgl. a. KÖHLE et al. 1981);

Diesen Gesichtspunkt illustrierend und bestätigend, meint THEML in einer Diskussionsanmerkung in Anspielung auf eine seit dem 10. Lebensjahr währende Freundschaft zwischen einem später als Onkologen Tätigen und einem mit diesem dann eng zusammenarbeitenden Psychoanalytiker, daß solche in der Tat engen Bande „wohl nur insofern *modellhaft* sein (können), als man halt einfach Freund werden muß irgendwo. Und wenn man das nicht seit der Schule zusammen oder seit dem Sandkasten geworden ist, dann geht das am leichtesten wohl über ein *gemeinsames Drittes*, also das Trianguläre, was da angesprochen wurde. Freunde sozusagen am gleichen Objekt, in der gleichen Aufgabe zu werden. Das ist wohl das, was mit *Angstabbau zwischen den Disziplinen* und zwischen Arzt, Patient und Krankheit gemeint ist.“ (BRÄUTIGAM 1988, S.203; Hv. G.U.).

- (c) der Klinik als Institution und/oder einzelnen Behandlern qualifizierte *Rückmeldungen* und Aufschluß über deren eigene Arbeit zu geben und sie so in die Lage zu versetzen, *selbst* angemessene Korrekturen der klinischen Versorgung vorzunehmen.

Der zuletzt genannte Aspekt ist besonders zu betonen, denn es gibt sicher zahlreiche Ärzte, die anschauliche und einprägsame Ergebnisse klinischer Studien besser als eine konstruktive Kritik ihrer eigenen Arbeit zur Kenntnis nehmen können, als die gut gemeinte und vielleicht sachlich richtige *Beratung* durch den Psychologen. Demgegenüber beklagen klinische Psychologen häufig die mangelnde Bereitschaft der Ärzte, sich von diesen psychosozial „supervidieren“ zu lassen – in der Regel ohne selbst eine Bereitschaft zu erkennen zu geben, *flexibel mit mehr oder weniger ausgeprägten Hierarchie- und Statusängsten* der Gemeinten umzugehen.

Nicht zuletzt ist im Hinblick auf klinische Studien daran zu denken, daß diese, so sie denn publiziert oder vorgetragen werden können, medizinische Praktiker erreichen können, die in anderen, womöglich weniger gut mit psychosozialen Spezialisten ausgestatteten Kliniken tätig sind und von praxisrelevanten Beiträgen dann unmittelbar profitieren könnten.

3 Diskussion und Schlußbemerkung

Psychosoziale Problemstellungen im Kinderkrankenhaus haben im deutschsprachigen Schrifttum bislang nur sporadisch Gehör gefunden. Wenn überhaupt, wurde in aller Regel über Krankheitsprobleme o.ä. berichtet („population studies“). Zur psychosozialen Versorgung als solcher gibt es dagegen nur sehr spärliche Literatur, weshalb ein vorrangiges Anliegen dieser in Serie erscheinenden Veröffentlichungen darin liegt, die Reflektion über diesen Arbeitsbereich zu fördern und zu differenzieren.

Meine grundsätzliche Position möchte ich folgendermaßen zusammenfassen und pointieren: Mit dem Medizinsoziologen VON FERBER (1983) gehe ich davon aus, daß die weitgehende ärztliche Dominanz im Gesundheitswesen („Monopolstellung“) mit dazu beigetragen hat, daß die Kritik an der Medizin *ideologischer* wurde, sich also (notgedrungen) auf „starke Worte“ anstatt auf (eventuell viele kleine) praktische Schritte konzentrierte. In der heutigen Gesellschaft treffen wir so auf ein Nebeneinander einer extrem technologisch perfektionierten und leistungsstar-

ken Medizin einerseits, und grundsätzlicher Kritik sowie Vorbehalten ihr gegenüber andererseits („Inhumanität der Humanmedizin“). Psychosoziale Mitarbeiter, und hier insbesondere jene aus den spezialisierten Berufssparten (Sozial- und Heilpädagoginnen sowie Psychologen und Psychotherapeuten) werden durch diesen gesellschaftlichen Kontext dazu verleitet, ihren Eintritt in die Klinik dahingehend mißzuverstehen, daß sie „Anwälte“ der Patienten gegen die als potentiell „inhuman“ vorgestellte Medizin seien. Die Psychologisierung der in der Klinik auftretenden Beziehungen und die einseitige Konzentration auf eine „Begleitung“, d.h. Einzelfallbetreuung, lassen sich auch als Ausdruck dieser Position interpretieren, deren prekäre Grundlage in der latenten Gegenpoligkeit zur Klinik liegt (vgl. MEERWEIN 1988; ULLRICH 1993 a, S.165 ff.). Die in Teil I zitierte Stellungnahme von KUBANEK (KÖHLE et al. 1981; vgl. ULLRICH 1993 b) macht schlaglichtartig deutlich, wie sich gerade diese (außerhalb der Klinik!) vermeintlich gut begründete Position als in hohem Maße problematisch für den Aufbau von *kooperativen* Beziehungen *innerhalb* des klinischen Behandlungsfeldes herausstellt.

Mit der hier vorgestellten Systematisierung und Differenzierung von Aufgabenfeldern psychosozialer Mitarbeiter sollte das Augenmerk darauf gelenkt werden, daß *neben* der Einzelfallbetreuung zahlreiche andere lohnende und wertvolle Optionen für psychosoziale Mitarbeiter bestehen. Sich dies zu vergegenwärtigen, kann insbesondere dann wichtig werden, wenn der einseitig auf Einzelfallbetreuung ausgerichtete Weg psychosozialer Mitarbeiter durch „widerwillige“ oder „unkooperative“ Ärzte und/oder Pflegepersonal versperrt oder unwegsam gestaltet wird. Keineswegs muß das dann ein Indiz für eine mangelnde psychosoziale Sensibilität medizinischer Behandler sein, wie es unter den betroffenen Mitarbeitern dann oft gemutmaßt wird. Triebfeder mag umgekehrt in manchen Fällen gerade die *Ganzheitlichkeit* (zumindest im Anspruch) des Behandlers sein, der *deshalb* eine Delegation psychosozialer Problematiken ungern vorzunehmen bereit ist (Problem der „Verarmung“, s. ULLRICH 1993 b).

Psychosoziale Mitarbeiter sind notwendig darauf angewiesen, ihre *raison d'être* im Krankenhaus mit dem dortigen Personal *auszuhandeln*. Die berufliche *Identität* ist demnach nichts Feststehendes, sondern ein auf Interaktionen und Interpretationen beruhender *Prozeß*, also eine (bestenfalls in einem Fließgleichgewicht befindliche) *Übereinkunft*. Wie es im Falle therapeutischer Behandlungskomplikationen (Widerstand) hilfreich ist, sich über „geeignete oder ungeeignete Gesprächstechniken“ Gedanken zu machen (HOHAGE et al. 1981), anstatt „falsche“ von „richtigen“ Patienten auszusortieren, so sollte auch für das heterogenere Arbeitsfeld psychosozialer Versorgung in der Klinik verfahren werden. Das Aufzeigen einer Vielzahl potentieller Einflußmöglichkeiten und Aktivitäten psychosozialer Mitarbeiter diene mir insofern nicht dazu, einen Maßstab für „Supermänner bzw. -frauen“ im psychosozialen Feld zu errichten, sondern ist als ein Versuch gemeint, für die Aushandlung positiver Identität *verschie-*

dene Angebote unterbreiten und ausprobieren zu können. (Die Begriffe „Aushandlung“ und „Übereinkunft“ dürften zudem deutlich machen, daß ich keineswegs unterstelle oder gar empfehle, daß der psychosoziale Mitarbeiter sich seine Arbeitsfelder „selbst bestimmt“, wie es in der Aufzählung von notwendigen und sinnvollen Maßnahmen, z.B. die Einflußnahme auf das Behandlungsmilieu, verstanden werden könnte).

Ziel aller Bemühungen sollte es sein, eine *Demokratisierung* der Institution Krankenhaus dergestalt zu erreichen, daß die Artikulation von Bedürfnissen erleichtert und die Flexibilität der Organisation erhöht wird. Dafür bedarf es nicht eines Therapeuten für jeden Patienten, sondern einer ermutigenden Atmosphäre innerhalb der Institution – an der zu arbeiten insofern das *erste Anliegen* aller psychosozialen Mitarbeiter sein sollte.

Neben dieser quasi programmatischen Schlußbetrachtung ist auf eine wesentliche Voraussetzung meiner Ausführungen noch näher einzugehen. Indem sich meine Vorschläge an die *virtuelle Gruppe* psychosozialer Mitarbeiter richteten (ULLRICH 1993 c), stellen sich Fragen danach, *wer* zu einer solchen Gruppe gezählt werden könnte oder müßte, *ob* eine solche Gruppe faktisch oder bloß virtuell existiert (und wenn ja, warum), *wie* sie organisiert sein könnte, und welche Gemeinsamkeiten und *Unterschiede* zwischen den Mitgliedern einer solchen Gruppe bestehen (Frage der berufsspezifischen Zuständigkeit).

Hilfreich im Sinne eines Modells kann es hier sein, sich das von WOLTERS (1986) vorgestellte Organigramm des psychosozialen Dienstes der Klinik in Utrecht vor Augen zu führen (Abb.1).

Während hierzulande häufig unter psychosozialen Mitarbeitern lediglich psychotherapeutisch und sozialarbeiterisch tätige Berufsgruppen verstanden werden, macht dieses Modell darauf aufmerksam, daß auch andere Berufsgruppen, hier insbesondere die Kliniklehrer und -erzieher, als zugehörig zu betrachten sind. Daß es sich bei dieser häufig anzutreffenden Verengung auf Spezialisten nicht bloß um eine begriffliche handelt, sondern auch um eine praktisch bedeutsame und in hohem Maße problematische Verengung, deutet sich bereits in einer eigenen, noch nicht abgeschlossenen Studie zu psychosozialen Mitarbeitern in Kinderkliniken (GRONHOLZ/ULLRICH) an: Wir fanden nicht nur eine erhebliche Zahl von Kliniklehrern, die sich unter der Bezeichnung „psychosozialer Mitarbeiter“ gar nicht recht angesprochen fühlten oder aber ihre Aufgabe unverständlicherweise ausschließlich auf Wissensvermittlung bezogen (wohingegen von Pädagogen in der Regelschule gemeinhin und mit Recht noch andere Aufgaben und Fähigkeiten erwartet werden). Besonders betrüblich ist vor allem eine weitgehende Isolierung der Arbeit der Erzieher, und zwar sowohl seitens des medizinischen als auch seitens des (spezifischen) psychosozialen Personals. In besonders deutlicher Weise brachte dies eine in der Studie befragte Erzieherin zum Ausdruck, die feststellt: „Bevor so viele ‚Psychos‘ im Hause waren, hatte ich mehr Aufgaben, die mir Spaß gemacht haben, intensivere Betreuung war möglich in meiner Position. Jetzt bin ich nur noch ‚Erzieherin‘!“ (Folgerichtig – und m.E. mit Recht –

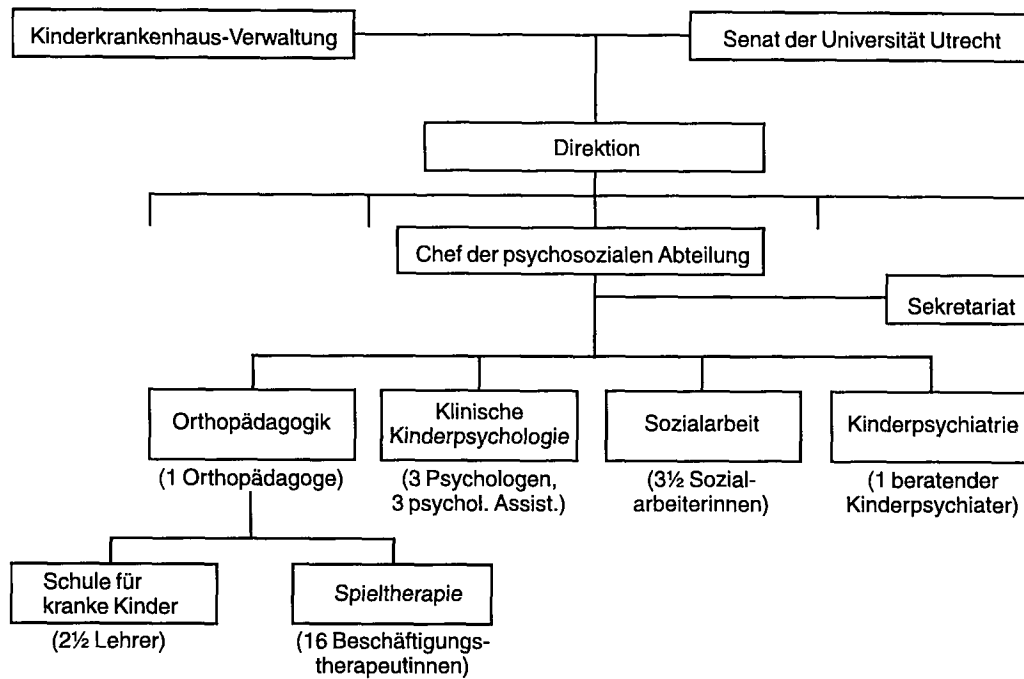


Abb. 1: Aufbau eines Psychosozialen Dienstes (nach WOLTERS 1986)

fordert sie eine „bessere Aufteilung der Psychosozialen“. Diese eigentlich alarmierende Charakterisierung läßt ein Problem anklingen, das KOCH et al. (1988) unter organisationspsychologischer Perspektive thematisieren in bezug auf den gesamten Bereich der kooperativen und neuartigen Berufsgruppen integrierenden Modelle, nämlich wie Zuständigkeiten und Aufgaben (neu) verteilt und geregelt werden. Die Autoren monieren eine eklatante Vernachlässigung dieser Abstimmungsprobleme, die zumeist einem sozusagen urwüchsigen Selbstorganisationsprozeß überlassen bleiben. Dadurch aber besteht die ausgeprägte Gefahr, daß gut gemeinte Projekte scheitern oder daß die berufliche Identität „stärkerer“ Berufsgruppen auf dem Rücken von „schwächeren“ Berufsgruppen ausgehandelt wird, wodurch es zu einer der Sache selbst unangemessenen, hochgradig arbeitsteiligen Zersplitterung (Fragmentierung) des Gesamtbereichs kommt – über den dann an Feiertagen in Form „ganzheitlicher“ Versorgung gesprochen wird (als sei diese schon dadurch gewährleistet, weil es in der Klinik Psychotherapeuten gibt).

Umgekehrt sind die unterschiedlichen Berufsgruppen ja keineswegs überall gleichermaßen zuständig und kompetent. So wird man von einer Erzieherin wohl kaum verlangen, sich z.B. psychodiagnostisch oder wissenschaftlich zu betätigen. Andererseits betont WOLFF (1978) in einem Beitrag zum Verständnis von Verhaltensstörungen bei Kindern mit Recht, daß es eine „Verflachung und Aushöhlung der Aufgaben von Erziehern“ bedeutete, wenn sie von einem kompetenten Umgang mit Auffälligkeiten abgekoppelt würden, indem diese systematisch als *zu delegierende* Problematiken betrachtet würden. Nicht allein also aus ökonomischen Gründen (der Ressourcenbegrenzung für hoch spezifisches, teures Personal), sondern auch der Sache nach habe eine *multiplikative* Strategie, also die

Beratung des primär tätigen Personals durch Spezialisten, eine höhere Priorität als die Delegation.

Schon die zahlenmäßige Verteilung des Personals in Utrecht (vgl. Abb.1) legt ja auch dort eine solche multiplikative (bzw. subsidiäre) Form des Arbeitens nahe. Im gleichen Sinne wäre im Hinblick auf die in Teil II skizzierten Aufgabenfelder zu fragen, ob für die dort „edukativ“ genannten Ansätze die Pädagogen der Klinikschule nicht einen wesentlichen Beitrag (in gemeinsam erarbeiteten Programmen) leisten könnten.

Für eine solche, in hohem Maße untereinander vernetzte und dadurch wirklich als solche zu bezeichnende *Teamarbeit* spräche nicht nur der Gesichtspunkt der Ressourcenschonung und der des Erhalts von qualitativ befriedigenden Arbeitsfeldern. Gerade für das hoch spezialisierte Personal stellt sich leichter als für die klarer strukturiert arbeitende Berufsgruppe der Erzieher oder der Lehrer das Problem des „burn-out“ bzw. der Erschöpfung, weshalb z.B. KEREKJARTO et al. (1987) im Resümee ihrer mehrjährigen Studie zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten dafür plädieren, daß die dort Tätigen nur mit einer Hälfte ihrer Arbeitszeit in dieser aufzehrenden Begleitungstätigkeit involviert sein sollten und ansonsten konventionelle (oder klassisch psychosomatische) Aufgaben übernehmen sollten. Letzteres dürfte schon anlässlich der Arbeitsplatzbeschreibungen und wegen des Stellenpools in den jeweiligen Kliniken ein kaum zu realisierender Vorschlag sein. Indem psychosoziale Spezialisten sich jedoch vergegenwärtigen, in welcher Weise sie qualitativ verschiedenartige und z.T. auch multiplikativ orientierte Optionen der Arbeit haben – oder zumindest darum bemüht sein können, sich solche zu verschaffen –, kann die sehr sorgfältige Respektierung der psychosozialen Kompetenzen sowohl medizinischer als auch der zuweilen aus dem Blickfeld geratenden anderen psychosozialen Mitar-

beiter zu einer *Bereicherung* des eigenen Arbeitens beitragen (anstatt als die Verarmung gefürchtet zu werden, die man unabsichtlich und vielleicht ohne Wissen anderen schon zugemutet hat).

Summary

The Role and the Tasks of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (III) Résumé


To prevent a possible fragmentation of professional networks, as described in part I, the psychosocial co-worker should be flexible to negotiate his or her role. Therefore part II described areas and problems of clinical engagement, and part III finally adds the scientific inquiry as another relevant task. Apart from gaining professional reputation, clinical studies may as well strengthen personal relationships among the professionals involved. The tendency of psychosocial specialists to isolate themselves is critically resumed with special regard to other psychosocial staff (clinic's kindergarden and school). This leads to a plea for a careful recognition of the competencies of all team members to assure that the positive effects of interdisciplinary cooperation will outweigh its possible negative side-effects.

Literatur

- BRÄUTIGAM, W. (Hg.) (1988): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer. – BRÜCKNER, P./A. KROVOZA (1972): Was heißt Politisierung der Wissenschaft und was kann sie für die Sozialwissenschaften heißen? Frankfurt a.M.: Europäische Verlagsanstalt. – FERBER, CHR. V. (1983): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheits-selbsthilfe. Zur Soziologie des Laien vor den Ansprüchen der Medizin. In: CHR. V. FERBER/B. BADURA (Hg.): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheits-selbsthilfe. München: Oldenbourg, S. 265–293. – FRIEDRICH, H. (1988): Soziologische Bemerkungen zur Liaisonpsychotherapie. In: W. BRÄUTIGAM (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 98–104. – HERSCHBACH, P. (1991): DILEMMA ZWISCHEN PRAXISRELEVANZ UND METHODENZWANG. In: SCHWARZ, R./ZETTL, S. (Hg.): Psychosoziale Krebsnachsorge in Deutschland. Eine Standortbestimmung. Heidelberg: Verlag f. Medizin Fischer, S. 227–234. – HOHAGE, R./L. KLÖSS/H. KÄCHELE (1981): Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. PSYCHE 35: 544–556. – HOLZKAMP, K. (1972): Zum Problem der Relevanz psychologischer Forschung für die Praxis. In: K. HOLZKAMP (Hg.): Kritische Psychologie. Vorbereitende Arbeiten. Frankfurt a.M.: Fischer TB, S. 9–34. – JORASCHKY, P./K. KÖHLE (1986): Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste. In: T. V. UEXKÜLL / R. ADLER / J. M. HERRMANN / K. KÖHLE / O. W. SCHONECKE / W. WESJACK (Hg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban Schwarzenberg, 3. Aufl., S. 423–431. – KEREKJARTO, M. V. / S. SCHUG (1987): Psychosoziale Betreuung von Tumorpatienten im ambulanten und stationären Bereich. Bilanz eines 5jährigen Modellversuchs im Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf. München: Zuckschwerdt Verlag. – KOCH, U./B. SIEGRIST (1988): Psychosomatische Dienste in medizinischen Kliniken – die Kooperationsfrage unter forscherscher Perspektive. In: W. BRÄUTIGAM (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 81–97. – KÖHLE, K./B. KUBANEK (1981): Zur Zusammenarbeit von Psychosomatikern und Internisten. Erfahrungen aus zwölf Jahren. In: T. V. UEXKÜLL (Hg.): Integrierte Psychosomatische Medizin. Modelle in Praxis und Klinik. Stuttgart: Schattauer, S. 17–54. – MEERWEIN, F. (1988): Liaisonpsychiatrie auf einer Abteilung für Onkologie. In: W. BRÄUTIGAM (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 9–16. – PASNAU, R. O. (1975): Consultations-Liaison Psychiatry. Seminars in Psychiatry Series. New York: Grune & Stratton. – SHORE, M. F. (1993): Research: The latest magic wand. AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY 63: 4–5. – ULLRICH, G. (1993 a): Psychosoziale Versorgung bei Mukoviszidose. Ergebnisse einer multizentrischen Studie. Frankfurt a.M.: Lang. – ULLRICH, G. (1993 b): Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 42: 260–265. – ULLRICH, G. (1993 c): Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 42: 299–305. – WOLFF, G. (1978): Kindliche Verhaltensstörungen als sinnvolles Signalverhalten. Zeitschrift für Heilpädagogik 29: 145–155. – WOLTERS, W. H. G. (1986): Entwicklung der psychosozialen Betreuung in der Kinderklinik. In: W. H. G. WOLTERS (Hg.): Psychosoziale Betreuung im Krankenhaus. Stuttgart: Enke, S. 30–46.

Anschrift d. Verf.: Dr. Gerald Ullrich, Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Konstanty-Gutschow-Str. 8, 30625 Hannover.

**Benjamin Bardé /
Dankwart Mattke (Hg.)
Therapeutische Teams**



Benjamin Bardé
Dankwart Mattke (Hg.)

**Therapeutische
Teams**

Vandenhoeck & Ruprecht

Theorie – Empirie – Klinik. 1993. 306 Seiten,
kartoniert DM 49,- / öS 382,- / SFr 50,30
ISBN 3-525-45745-6

V&R Vandenhoeck & Ruprecht