

Ullrich, Gerald

**Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik:
(I) Begründung und Problematik der psycho-somatischen
Kooperation**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 7, S. 260-265

urn:nbn:de:bsz-psydok-36585

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 III 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 III 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 an 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 "Spezialized 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 | SCHAEFFER, 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 | |

Aus der Abteilung I, Kinderheilkunde und Pneumologie des Zentrums Kinderheilkunde und Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktor: Prof. Dr. med. H. von der Hardt)

Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psycho-somatischen Kooperation¹

Gerald Ullrich

Zusammenfassung

Die hauptsächlichen Probleme, die sich psychosozialer Versorgung in Kinderkliniken heutzutage stellen, ergeben

sich im Rahmen chronischer Krankheit. In Deutschland hat dieser neue Problemfokus zur Integration psychosozialer Mitarbeiter geführt und zur Entwicklung interdisziplinärer Ansätze zur Lösung dieser Probleme. Der erste Teil dieser in drei Folgen erscheinenden Arbeit diskutiert Probleme dieses Arbeitseinsatzes. Zur Absicherung der beruflichen Identität tendieren psychosoziale Mitarbeiter dazu, die Zuständigkeit für psychosoziale Fragen für sich zu reklamieren, was auf Seiten des medizinischen Personals als eine Mißachtung ihrer eigenen psychosozialen

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.

Kompetenzen wahrgenommen werden kann. Dies kann im Gegenzug zur Distanzierung und Isolation psychosozialer Mitarbeiter führen und deren Position empfindlich schwächen. Die Gefahr solcher negativen Wechselbeziehungen liegt in einer professionellen Zersplitterung des Arbeitsbereiches, anstelle einer wirklich kooperativen Versorgung.

„Wenn man bedenkt, daß es sich um eine „Invasion“ in die Intimsphäre der betreffenden Leute handelt, daß ihre Verpflichtung gegenüber ihrer Arbeit und sogar ihre Identität selbst wahrscheinlich in Frage gestellt wird, braucht man nicht viel Phantasie, um zu erkennen, wie taktische Fehler, Schnitzer oder soziale Unreife ein sonst gutes Projekt erschweren können...“ (SCHATZMANN u. STRAUSS 1979, S. 80)

1 Einleitung

Der vorliegende Beitrag versteht sich als ein konzeptioneller Versuch, relevante Aufgabenfelder für psychosoziale Mitarbeiter in der Kinderklinik zu beschreiben. Zwar wird beispielhaft auf vorhandene Ansätze und Fachliteratur (hier vor allem aus dem Bereich der Mukoviszidose, mit dem der Autor am besten vertraut ist) verwiesen, jedoch kann kein Überblick über den neuesten Stand einzelner Arbeitsfelder geleistet werden. Ziel des Beitrags ist es vielmehr, das Spektrum möglicher Aufgaben und Tätigkeiten aufzuzeigen, um einer häufig anzutreffenden *Verengung* der Aufgabendefinition psychosozialer Mitarbeiter entgegenzuwirken, sowie zur Diskussion und Reflexion über ein noch relativ neues und dadurch naturgemäß noch ungenau konturiertes Arbeitsgebiet anzuregen (vgl. hierzu auch HÄRTER u. KOCH 1992; NOECKER 1987).

Es wird in diesem Beitrag überwiegend recht allgemein von „psychosozialen Mitarbeitern“ gesprochen. Dies ist Absicht in einem doppelten Sinn: 1. sind als psychosoziale Mitarbeiter sehr unterschiedliche Berufsgruppen auch in dem engeren Bereich sogenannter „Begleitung“ der häufig schwerkranken Patienten involviert. Wenn also von Psychologen oder von Psychologen – und – Sozialarbeitern gesprochen würde, entspräche dies zwar der Mehrzahl jener, die in dem Bereich arbeiten, um den es hier vor allem gehen soll. Aber es würde dem vereinfachenden Eindruck Vorschub leisten, als seien andere Berufsgruppen (Heilpädagogen, Musiktherapeuten usw.) hier nicht ebenfalls denkbar. 2. Soll durch die allgemeinere Bezeichnung „psychosozialer Mitarbeiter“ die Frage berufsgruppenspezifischer Zuständigkeiten aufgeworfen werden, auf die an späterer Stelle eingegangen wird. Das heißt, es soll eingegangen werden auf die Frage, *wer* überhaupt ein psychosozialer Mitarbeiter ist (oder als solcher wahrgenommen wird) und *welche* der hier systematisierten Aufgaben *wen* primär angehen.

Im ersten Teil wird vor allem auf die problematische Stellung des psychosozialen Mitarbeiters innerhalb der somatischen Medizin eingegangen. Der zweite Teil bemüht sich um eine Auflistung und Systematisierung möglicher Tätigkeitsfelder.

2 Geschichte und Begründung

Das Erscheinungsbild der klinischen Probleme, die innerhalb der Klinik zu lösen sind, hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte ganz erheblich gewandelt und mit diesem Wandel haben sich auch die psychosozialen Aufgaben und Problemstellungen geändert. Noch in den 60er Jahren wurde über die Einbeziehung von Eltern in die stationäre Behandlung sowie über die Bedeutung der Hospitalisierung für das Kind geforscht und gestritten (vgl. z. B. VERNON et al. 1965; sowie das von BIERMANN herausgegebene „Jahrbuch der Psychohygiene“, Bd. I, 1973). Demgegenüber konnte WOLTERS schon 1976 (dt. 1986) mit Recht feststellen, daß eine bloß an Fragen der Hospitalisierungsproblematik orientierte pädiatrische Psychologie im Hinblick auf die neueren medizinischen Entwicklungen in der Gefahr stehe, „antiquiert“ zu sein oder zu werden. Zu den neueren Entwicklungen und der veränderten Problemlage sind insbesondere zu rechnen die deutliche Akzentverschiebung hin zur Behandlung chronischer Erkrankungen, und hier insbesondere die Integration invasiver und polytraumatisierender Behandlungsmethoden, also z. B. die Chemotherapie, die Dialyse und die Organtransplantation.

In sehr prägnanter Form sind die hier nur anzudeutenden Veränderungen durch den Sprecher der Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands, Prof. BLUNCK anlässlich der Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus (BaKuK) im September letzten Jahres benannt worden. Er führt die folgenden Bedingungen für die tiefgreifende Veränderung der Versorgung von stationären Kindern innerhalb der letzten 15 Jahre an:

- „(es hat sich) die Verweildauer im Krankenhaus so gut wie halbiert. Im Kinderkrankenhaus werden die Mütter durch uns in die spezielle Pflege ihrer kranken Kinder eingewiesen. Dadurch sind sie heute viel früher in der Lage, zusammen mit dem niedergelassenen Kinderarzt ohne uns die Versorgung zu Hause fortzusetzen.
- (es zeigt sich), daß die im Krankenhaus behandelten Kinder im Durchschnitt sehr viel schwerer krank sind als früher. Das wurde über eine Verbesserung der ambulanten Diagnostik und der Versorgung durch niedergelassene Ärzte ermöglicht. Leicht oder mittelschwer kranke Kinder sehen wir nur noch selten in der Kinderklinik. Auch werden heute leichte chirurgische Eingriffe häufig schon ambulant durchgeführt. Wir möchten betonen, daß wir dies als positiv bewerten.
- (es haben sich) die Operationsmethoden und die intensivmedizinischen Möglichkeiten der Kinderchirurgen so verbessert und die diagnostischen und therapeutischen Erkenntnisse in der konservativen Pädiatrie so erweitert, daß heute Kinder überleben, deren Prognose noch vor wenigen Jahren hoffnungslos gewesen wäre. Diese Kinder aber bedürfen einer besonders konzentrierten, personalintensiven und zeitaufwendigen stationären Behandlung“²

² Für die freundliche Überlassung dieser zur Gründungssitzung der BaKuK vorgetragenen Stellungnahme danke ich Frau Grotensohn, Geschäftsführerin des Aktionskomitees Kind im Krankenhaus e.V., Bundesverband; in gekürzter Fassung siehe auch BLUNCK (1992).

Mit anderen Worten haben sich in der Folge bahnbrechender medizinischer Fortschritte gerade unter psychosozialen Gesichtspunkten neuartige und schwerwiegende Probleme ergeben, die zugleich teilweise über das hinausgehen, was im Kontext einer primär somatischen Medizin angemessen bearbeitet werden kann. Während die schon lange vollzogene Aufnahme von Erziehern und Lehrern in die Betreuung von Kindern im Kinderkrankenhaus der gewachsenen Sensibilität gegenüber den entwicklungspsychologischen (normalen) Bedürfnissen von Kindern auch im Krankenhaus Rechnung tragen sollte, kann die neuerdings stattfindende Integration psychosozialer Spezialisten in die pädiatrische Versorgung als eine Reaktion auf diese *neuartigen* Problemstellungen betrachtet werden. Darin ist wohl auch ein Versuch zu sehen, das innerhalb wie außerhalb der modernen Medizin anzutreffende Unbehagen gegenüber der „High-Tech-Medizin“ zu kompensieren bzw. zu beschwichtigen.

TH. VON UEXKÜLL (1985) brachte dies im Vorwort zu einem Sammelband zur „Psychoenphrologie“ dergestalt auf den Punkt, „daß die *Einführung des Kranken als Subjekt*, die der Psychologie trotz aller Anstrengungen nicht gelungen ist, von der Perfektion der Technik – gegen deren eigentliche Intention – erzwungen wird“ (Hv. G.U.).

Die konkreten Aufgaben und die Position psychosozialer Mitarbeiter sind deshalb aber noch längst nicht klar bestimmt. Die Position reicht vom Blitzableiter (Sündenbock) über den Handlanger bis hin zur omnipotenten Überschätzung insbesondere des Psychologen. Die gute Mittelposition des kompetenten Mitarbeiters zu finden, ist dagegen oft ein schwieriges Unterfangen, wozu dieser Beitrag eine Hilfe darstellen soll. Die noch relative Unbestimmtheit des Aufgabenfeldes besteht *zwischen* den medizinischen und den psychosozialen Mitarbeitern einerseits, andererseits auch *innerhalb* der Gruppe psychosozialer Mitarbeiter selbst. Einen empirischen Versuch der Aufklärung über Aufgabendefinitionen (und deren mögliche Divergenzen) unternahmen KOCH et al. (1990; vgl. a. HÄRTER u. KOCH 1992), wohingegen der vorliegende Beitrag einen normativen Ansatz darstellt, der also darauf abzielt, was sein sollte oder doch zumindest unternommen werden könnte. Es soll gewissermaßen der psychosoziale „Möglichkeitssinn“ gestärkt werden.

3 Problematik der psycho-somatischen Kooperation

Im Rahmen einer noch nicht abgeschlossenen Studie zu psychosozialen Mitarbeitern an deutschen Universitätskinderkliniken (GRONHOLZ u. ULLRICH) zeigte sich, daß in den 38 Universitätskliniken über 350 psychosoziale Mitarbeiter³ tätig waren (bei einem Gesamtrücklauf von ca.

65%) und wir allein 120 Rückmeldungen von Psychologen und Sozialarbeitern erhielten. Die Frage nach möglichen Aufgabenfeldern und der Versuch einer Systematisierung erscheint mit Blick auf diese große Zahl an praktisch Tätigen insofern lohnend. Dies gilt jedoch nicht allein in quantitativer Hinsicht, sondern vor allem in qualitativer. Denn mehr noch als für den schon vergleichsweise lange und gut etablierten Bereich der Erziehungsberatung gilt für die psychosoziale Versorgung in der Pädiatrie (und insgesamt in der somatischen Medizin), daß die psychosoziale Berufsrolle *sehr unscharf bestimmt* ist und mit ihr die berufliche Identität fragil bleibt. Erst recht gilt daher für diesen jungen Arbeitsbereich, was BUCHHOLZ (1988) kritisch schon zur Arbeit im Feld der Erziehungsberatung festgestellt hat:

„Weder von den Inhalten noch von der Berufsrolle her ist eindeutig festgelegt, worin eigentlich beraterische Kompetenz besteht – worin sie sich im besonderen von therapeutischer Kompetenz unterscheidet. Deshalb lehnen sich viele Berater an die divergierenden therapeutischen Schulen an. Das stiftet, jedenfalls vorübergehend, Identität, überfordert aber spätestens dann, wenn man merkt, daß die Klienten gar nicht so gerne komplett durchtherapiert werden wollen ... An diesen Stellen wird dem Berater deutlich, daß seine Kompetenz prekär organisiert ist, und zwar aus prinzipiellen Gründen: Worin seine Kompetenz besteht, läßt sich Klienten nicht erklären, sondern nur ad oculus demonstrieren, d.h. handelnd und erlebend. Das geht umgekehrt nur, wenn wir zuvor die Mitarbeit des Klienten gewonnen haben, seine ‚compliance‘, und dies bedarf in aller Regel einer erläuternden Sinnvermittlung ... Da auch die Beziehung zu Klienten eine formell organisierte Arbeitsbeziehung ist, gehört zur Kompetenz des Beraters die Bewältigung eines weiteren Dilemmas: sich in einem formellen Beziehungskontext (Arbeitsverhältnis, Hierarchie, professionelle Beratung) mit informellen Themen (Familienbeziehungen, Emotionen etc.) zu beschäftigen. Er bewegt sich in einem diffusen Rollensystem: Es gibt keine genauen Rollenerwartungen, keine eindeutigen Erfolgskriterien, keine allgemein verbindlichen Vorgehensweisen“ (BUCHHOLZ 1988, S. 282; vgl. zu dieser Problematik auch CRAMER 1982).

Für den Bereich psychosozialer Versorgung in der somatischen Medizin stellt sich diese Situation sogar in verschärfter Form, weil die Begründung und der mögliche Ertrag psychosozialer Hilfen bei einem somatischen Leiden für alle Beteiligten, also oft einschließlich der Professionellen selbst, *nicht evident* ist. Es geht also keineswegs „bloß“ darum, solche Hilfen plausibel zu machen („Sinnvermittlung“), sondern diese müssen zum Teil erst entwickelt und herausgefunden werden. Zusätzlich verkompliziert wird die Situation in der Klinik weiterhin dadurch, daß dort mit dem medizinischen Personal kritische Beobachter und z.T. auch Auftraggeber unmittelbar präsent sind und sich mitunter eine Art Bewährungsnotstand für psychosoziale Mitarbeiter ergeben kann (vgl. a. FRIEDRICH 1988). Um der von BUCHHOLZ benannten Infragestellung der beraterischen Kompetenz zu entgehen, finden wir auch hier Versuche, die berufliche Rollendiffusion durch Verengung zu lösen. Der Betonung des Therapeutischen kommt m.E. jedoch eine geringere Rolle zu als der Einengung des eigenen Arbeitens auf Einzelfallbetreuung.

³ Für psychosoziale Mitarbeiter war in dieser Studie ebenfalls eine weit gespannte Definition gewählt worden, zu der z.B. Erzieher, Lehrer, Heilpädagogen ebenso zählten wie Sozialarbeiter und Psychologen, die man mit diesem Begriff am häufigsten assoziiert.

KOCH u. SIEGRIST (1988) stellen jedoch fest, daß im Hinblick auf Arbeitsbeziehungen und Arbeitskonflikte durchaus häufig eine Art Betonung des Therapeutischen dergestalt stattfindet, daß diese als primär psychologische begriffen und als therapeutisch zu lösende angegangen werden. Darin sehen die Autoren einen wenigstens unproduktiven (wenn nicht kontraproduktiven) Ersatz für organisationspsychologische Kenntnisse der Mitarbeiter: Statt sich auf die spezifische Situation ihres Arbeitsfeldes einzustellen, reduzieren psychosoziale Mitarbeiter deren faktische Komplexität, indem sie sie in persönliche Problematiken psychologisieren. Sie tragen so zu mitunter folgenreichen (Sprach-) Verwirrungen bei. In einem früheren Beitrag (ULLRICH 1990) habe ich auch die *Distanzierung* von therapeutischen Grundhaltungen als eine Reaktionsmöglichkeit auf die Identitätskrise angesprochen, also etwa die Ablehnung der eigenen Therapieausbildung als einer bloßen Psycho-„Technik“, die den körperlich kranken Mitmenschen in seiner Krise nicht erreichen könne. Eine solche Distanzierung führt jedoch erst recht zur Statusunsicherheit, insofern sie die berufliche Identität weiter unterhöhlt, bis diese dann in einer konturlosen, letztlich antiprofessionellen, „eigentlichen“ Mitmenschlichkeit verdunstet. Der hier vertretene Standpunkt ist dem genau entgegengesetzt. Zur Lösung der Probleme wird nicht eine Auflösung, sondern eine Differenzierung und Stärkung der Professionalität gefordert.

Neben der Betonung des Therapeutischen finden wir vor allem die Verengung des Arbeitsansatzes auf die (quasi-therapeutische) Einzelfallbetreuung i. S. der „Begleitung“. Das heißt, mit Rückgriff auf das eigene Berufsbild wird der legitime und notwendige Ort des psychosozialen

Mitarbeiters an der Seite des Betroffenen gesehen (der dann mit dieser professionellen Hilfe durch die Unwirtlichkeit des medizinischen Geländes „begleitet“ wird). Diese Art der Verengung wird (ausnahmsweise) sehr kritisch angesprochen von einer in unserer eingangs erwähnten Studie befragten Therapeutin. Sie antwortete auf unsere Frage, wo Defizite psychosozialer Versorgung lägen: „... zu viel überfürsorgliche Fallarbeit ... Der Platz des psychosozialen Mitarbeiters in der Klinik ist gänzlich undefiniert!“

Beide Aspekte, also die Betonung des Therapeutischen und die dazu passende Focussierung des eigenen Handelns auf Einzelfallbetreuung, zeitigen jedoch ernst zu nehmende Gefahren, das heißt sie tendieren als Lösungsversuche dazu, die eigene Situation unabsichtlich noch zu verschärfen. Denn mit der Betonung des Therapeutischen bzw. der Psychologisierung der Behandlung wird schnell ein Gesichtspunkt von (psychosozialer!) Dysfunktion und Krankheit eingeführt, dessen Angemessenheit bei einer somatischen, „primarily non-psychiatric population“ (MILLER 1988) fragwürdig ist.

So ist im Sinne von HARTMANN (1989) nicht nur vor einer „Medikalisierung des gesamten menschlichen Zusammenlebens“ zu warnen, sondern auch vor einer Psychologisierung, die gleichermaßen „... die Tendenz hat, die Menschen so weit zu verunsichern, daß sich niemand mehr zutraut, ohne Hilfe eines Arztes (oder eines Therapeuten, G.U.) zur Welt zu kommen und zu sterben, mit Krankheiten und Lebenskrisen fertig zu werden, erwachsen zu werden und zu altern.“ (S. 12). (Noch drastischer formulierte WENZEL 1988, S. 460, das hier anklingende Problem, indem er eine „gemeindenah“ und „ganzheitlich“ schwadronierende Gesundheitspsychologie als „Schreckgespenst“ der Zukunft bezeichnete: „Der psychosoziale Blockwart scheint keine Fiktion mehr zu sein, sondern das Ziel von Professionalisierungsbestrebungen derjenigen, die den Menschen das vermeintliche Heil bringen wollen“!)

Hinzu kommt, daß eine psychologische Probleme und Belastungen – auch zur *eigenen Identitätssicherung* – betonende Rhetorik sich geradezu kontraproduktiv verhalten kann gegenüber den bei somatisch Kranken stark ausgeprägten Normalisierungsbestrebungen (vgl. KNAFL u. DEATRICK 1986): Während die psychosozialen Mitarbeiter zur Deklaration ihrer eigenen Zuständigkeit die Belastungen und das Problematische betonen, tendieren die Betroffenen dazu, auf schnellstem Wege ihre Situation oder ihre Befindlichkeit als „normal“ wiederher- oder darzustellen (vgl. dazu auch ULLRICH u. HELLMANN-BACKHAUS 1992).

Nicht minder problematisch können sich die (nicht-intendierten) Nebeneffekte auswirken, die eine Verengung auf die Einzelfallbetreuung, wie sie im Primat der „Begleitung“ des Patienten und seiner Angehörigen anklingt, mit sich bringt. Indem psychosoziale Mitarbeiter per se ihren Platz an der Seite der Betroffenen sehen, besteht im Hinblick auf das medizinische Personal die Gefahr, daß dessen psychosoziale Kompetenzen dadurch glatt übergangen oder übersehen werden (vgl. FRIEDRICH 1988). Damit aber wird bei diesen Mitarbeitern die Angst heraufbeschworen, durch die Integration psychosozialer Spezialisten zugleich eine *Verarmung* der eigenen Berufspraxis

Thomas Uhlemann Stigma und Normalität

Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. 1990. 204 Seiten, kartoniert DM 46,- /öS 359,- / SFr 47,30. ISBN 3-525-45723-5

Hannes Friedrich / Otto Spoerri / Susanne Stemann Mißbildung und Familiendynamik

Kinder mit Spina bifida und Hydrocephalus in ihren Familien. Unter Mitarbeit von M. Mueser, H. Fischbach, B. Rama und G. H. Seidler. 1991. 215 Seiten, kartoniert DM 54,- /öS 421,- / SFr 55,50. ISBN 3-525-45729-4

V&R Vandenhoeck & Ruprecht

hinnehmen zu müssen, wenn nämlich die Beziehungspflege plötzlich nicht mehr Bestandteil medizinischer Versorgung ist, sondern zur spezialisierten Aufgabe von neuen Experten wird. Sehr deutlich klingt dieser Sachverhalt in der lesenswerten Stellungnahme von KUBANEK (in KÖHLE u. KUBANEK 1981, S. 36) an, in der dieser im Hinblick auf die vermeintlich indizierte Delegation psychologischer Probleme an den „Psycho“-Spezialisten von der Gefahr spricht, sich als Onkologen dadurch „zum reinen Exekutivorgan von Zytostatikaprotokollen“ zu reduzieren. MEERWEIN (1988) warnt in diesem Zusammenhang sehr treffend, daß eine nicht selten eingenommene Position, derzufolge *erst durch* die Einbeziehung des Psychotherapeuten (bzw. psychosozialer Spezialisten) die Medizin zur „eigentlich“ menschlichen Medizin werde, auf seiten der etablierten medizinischen Behandler eine schwerwiegende Kränkung hervorruft. Das medizinische Personal werde sich dadurch gerade nicht durch Psychologie bereichert, sondern *verlassen* fühlen (müssen), und so zu einer zumindest latenten *Unterminierung* der Position psychosozialer Experten nachgerade veranlaßt.

Beispielhaft dazu wieder KUBANEK: „Hinzu kommt eine anprangernde Ideologie mancher ‚Psychos‘, die mit pauschalen Vorwürfen ... die Kluft zwischen einer rein psychologischen Betrachtung und einer reinen naturwissenschaftlichen Medizin noch mehr aufreißen. Solche Schlagworte werden von Medizinern als Versuch einer Keiltreiberei empfunden, besonders, wenn diese Begriffe *nicht gemeinsam erarbeitet* wurden, sondern einfach gegen die klinisch tätigen Ärzte benützt werden“ (KÖHLE u. KUBANEK 1981, S. 40, Hv. G.U.). Man wird auch ohne den Verweis auf spezifische publizistische Stellungnahmen davon ausgehen können, daß im Pflegebereich zusätzliche psychosoziale Mitarbeiter genauso als eine potentielle Gefahr im Sinne einer Verarmung der eigenen Berufspraxis angesehen werden. Immerhin war schon der Einzug der Eltern in den Arbeitsbereich der Kinderkrankenpflege (z.B. Rooming-in) seinerzeit im selben Sinne wenigstens mit gemischten Gefühlen betrachtet worden (vgl. das „Jahrbuch der Psychohygiene“, 1973, Bd. I).

Man kann also sagen, daß die Art, in der psychosoziale Mitarbeiter mit Rollendiffusion und ihrer „prekären Kompetenz“ (BUCHHOLZ) umgehen, geeignet ist, Prozesse in Gang zu setzen, die zwar als Lösungsversuche gedacht waren, die jedoch zusätzliche *destabilisierende* Wirkungen haben (können), wenn nämlich die eigene berufliche Identität auf Kosten der beruflichen Identität anderer organisiert oder gesichert werden soll. Insofern ist es in der Tat sehr ratsam, sich den Eintritt neuer Berufsgruppen in eine Klinik als eine „Invasion in die Intimsphäre“ der dort schon Arbeitenden vorzustellen, wie es in dem Motto zu diesem Beitrag anklingt. Und es ist überdies ratsam, sich *immer von neuem* zu vergewissern, ob ein Konsensus über die eigene Aufgabendefinition gefunden werden kann. Denn wie SCHATZMANN u. STRAUSS (1979) betonen, „verändern sich natürlicherweise Beziehungen, die anfangs angeknüpft werden – und zwar nicht immer zum Besseren“ (S. 82).

Gerade vor diesem Hintergrund kann es wichtig sein, wenn psychosoziale Mitarbeiter sich, anstelle einer vor-schnellen Festlegung (Einengung) auf eine bestimmte

Form des Tätigwerdens, ein möglichst weites Spektrum von Aufgaben vor Augen führen. Sie können sich so die Flexibilität ihres beruflichen Tätigwerdens vergegenwärtigen und erhalten (bzw. schaffen). Der Versuch, psychosoziale Aufgaben- und Tätigkeitsfelder aufzulisten und zu systematisieren erfolgt mit anderen Worten im Hinblick darauf, solche problematischen Verengungen von Aufgabendefinitionen zu relativieren und zugleich auf Auswege und Alternativen aufmerksam zu machen, die (im Falle konflikthafter Aufgabendefinitionen) für eine erfolgreiche psycho- somatische Kooperation hilfreich sein können.

Ich werde grundsätzlich unterscheiden zwischen den konventionellen Aufgabenfeldern, auf die hier nur der Vollständigkeit (Systematik) halber eingegangen wird, und den durch die Hinwendung zur somatischen Medizin neu entstandenen (oder prinzipiell möglich werdenden) Aufgaben, auf die im zweiten Teil eingegangen wird. Im dritten Teil wird schließlich noch kurz auf die Bedeutung wissenschaftlichen Arbeitens eingegangen.

4 Konventionelle Aufgaben

Zu den konventionellen Aufgaben lassen sich die psychologische Diagnostik und der reguläre Einsatz therapeutischer Verfahren zählen. Sie sind eine klassische Domäne des klinischen Psychologen und des Psychotherapeuten (egal welcher ursprünglichen Berufszugehörigkeit). Daneben können zu den konventionellen Aufgaben sozialrechtliche Problemstellungen (Schwerbehindertenausweis usw.) gerechnet werden, die die Domäne des Sozialarbeiters/Sozialpädagogen sind. Arbeitsstellen, die primär in diesem Sinne beschrieben sind, vermitteln zumeist nur eine geringe oder gar keine Statusunsicherheit: Die Arbeitsaufträge sind in aller Regel sehr klar umschrieben und sie „passen“ zu der professionellen Selbstdefinition des psychosozialen Mitarbeiters (sei es im Sinne psychotherapeutischer oder z.B. sozialarbeiterischer Anliegen und Aufträge). Man findet solche Arbeitsplatzbeschreibungen wohl vor allem für Stellen, die in den 70er Jahren eingerichtet wurden. Es handelt sich dann meist um Klinikstellen in dem Sinne, daß der Psychologe oder Sozialarbeiter für die ganze Klinik – aber für keinen Bereich im besonderen! – zuständig ist. Nicht selten hat sich daraus dann eine Subspezialisierung (z.B. auf Enuresis, Mißhandlungsfälle oder Anorexia nervosa und Bulimie) dergestalt ergeben, daß eine ernst zu nehmende Bedeutung solcher Mitarbeiter für die (reguläre) psychosoziale Versorgung *somatischer* Kranker unterblieb oder versandete. Mit dem Anwachsen des Problemdrucks in krankheitsspezifischen Bereichen (z.B. Onkologie oder Dialyse) wurde deshalb bald die Einstellung *speziell hierfür* zuständiger Mitarbeiter gefordert und auch durch verschiedene Modellprojekte umgesetzt (vgl. z.B. PETRICH 1990; HÄRTER u. KOCH 1992). Diese Entwicklung zeigt eine große Parallele zur Erwachsenenmedizin, in der seit einigen Jahren eine Kontroverse um Fachpsychosomatik oder allgemeine (integrierte) Psychosomatik geführt wird (vgl. BRÄUTIGAM 1988): Soll mit dem spezifisch psychologisch qualifizierten

Personal vor allem bei eng umschriebenen Krankheits- oder Störungsbildern gearbeitet werden, die sonst leicht durch die Maschen einer primär somatisch orientierten Medizin fielen? Oder soll mit Hilfe dieses Personals die psychosoziale Kompetenz der gesamten medizinischen Versorgung verbessert werden?

Zweifelloos kann diese Gegenüberstellung in der Form von Ausschlussalternativen nur von zweifelhaftem Wert sein; *als solche* aber signalisiert sie ein wichtiges Umdenken, insofern die Gefahr einer Spezialisierung in exotischen Nischen gesehen und die Notwendigkeit einer Integration *gerade* in einer unvermeidbar arbeitsteiligen „High-Tech-Medizin“ benannt wird.

Summary

The Role and the Tasks of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach

Nowadays, the core problems of psychosocial care of pediatric inpatients are those imposed by the chronically ill child and his family. In Germany, these new and complex problems are supposed to be solved by integrating psychosocial specialists and developing a comprehensive, interdisciplinary approach. The first part of this series discusses its problems and pitfalls. To find out their role in the complex network, the new specialists misleadingly may define their task as exclusively devoted to casework. The medical staff may perceive this as a kind of neglect of its own psychosocial competencies. As a consequence, they will become suspicious of the new colleagues, disregarding their potentiality, too. Instead of a true cooperation, this may lead to a kind of fragmentation of the professional network.

Literatur

BLUNCK, W. (1992): Die Vereinigung leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschlands. *Der Kinderarzt* 23: 1899–1900. – BRÄUTIGAM, W. (Hg.) (1988): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer. – BUCHHOLZ, M. B. (1988): Macht im Team – intim. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 37: 281–290. – CRAMER, M. (1982): Psychosoziale Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer. – FRIEDRICH, H. (1988): Soziologische Bemerkungen zur Liaisonpsychotherapie. In: BRÄUTIGAM, W. (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 98–104. – HARTMANN, F. (1989): Was kann ganzheitliche Medizin sein? *Kritische Medizin um Argument*, AS 162: 7–21. – HÄRTER, M./U. KOCH (1992): Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche psychosozialer

Dienste bei chronischen Erkrankungen in der Pädiatrie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 1: 172–180. – KNAFL, K. A./J. A. DEATRICK (1986): How families manage chronic conditions: An analysis of the concept of normalization. *Research in Nursing & Health* 9: 215–222. – KOCH, U./B. SIEGRIST (1988): Psychosomatische Dienste in medizinischen Kliniken – die Kooperationsfrage unter forschender Perspektive. In: BRÄUTIGAM, W. (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 81–97. – KOCH, U./U. JAKOB/B. SIEGRIST/M. HÄRTER/M. ECKERT (1990): Chronische Niereninsuffizienz, Mukoviszidose und Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Krankheitsübergreifende Evaluation der Modellprogramme des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA)*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. – KÖHLE, K./B. KUBANEK (1981): Zur Zusammenarbeit von Psychosomatikern und Internisten. Erfahrungen aus zwölf Jahren. In: UEXKÜLL, T. v. (Hg.): *Integrierte Psychosomatische Medizin. Modelle in Praxis und Klinik*. Stuttgart: Schattauer, S. 17–54. – MEERWEIN, F. (1988): Liaisonpsychiatrie auf einer Abteilung für Onkologie. In: BRÄUTIGAM, W. (Hg.): Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Berlin: Springer, S. 9–16. – MILLER, M. S. (1988): Role of the Mental Health Professional in Cystic Fibrosis. In: MELLIS, C. M./S. THOMPSON (Hg.): 10th International Cystic Fibrosis Congress: Sydney, Australia, 5–10 March 1988. Congress abstracts. *Excerpta Medica: Asia Pacific Congress Series* 74, S. 124–129. – NOECKER, M. (1987): Formen der Versorgung chronisch kranker Kinder. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie* 6: 309–323. – PETRICH, C. (1990): Psychosoziale Versorgung chronisch kranker Kinder. *Der Kinderarzt* 21: 145–146. – SCHATZMANN, L./A. L. STRAUSS (1979): Strategien des Eintritts. In: GERDES, K. (Hg.): *Explorative Sozialforschung*. Stuttgart: Enke, S. 77–93. – UEXKÜLL, T. VON (1985): Geleitwort. In: BALCK, F./U. KOCH/H. SPEIDEL (Hg.): *Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz*. Berlin: Springer. – ULLRICH, G. (1990): Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 39: 249–254. – ULLRICH, G./U. HELLMANN-BACKHAUS (1992): Psychosoziale Versorgung beim mukoviszidosekranken Kind. (Vortragsmanuskript; Fortbildungsveranstaltung der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in Brixen, 5.–9. 8. 1992; unveröff.). – VERNON, D. T. W./J. M. FOLEY/R. R. SIPOWICZ/J. L. SCHULMAN (1965): The Psychological Responses of Children to Hospitalization and Illness. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas. – WENZEL, E. (1988): Die Gesundheit, die psychosozialen (HelferInnen-)Berufe, die Menschen und die Politik. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 20: 455–464. – WOLTERS, W. H. G. (1986): Entwicklung der psychosozialen Betreuung in der Kinderklinik. In: WOLTERS, W. H. G. (Hg.): *Psychosoziale Betreuung im Krankenhaus*. Stuttgart: Enke, S. 30–46.

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