

Ullrich, Gerald

Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“?

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 7, S. 249-254

urn:nbn:de:bsz-psydok-34304

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

- GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988) 55

Familientherapie

- HEEKERENS, H.P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research) 2

Forschungsergebnisse

- GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population) 87
- GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students) 306
- HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment) 38
- JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems) 244
- KLAUER, K.J.: Denktraining für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development) 150
- KUSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment) 114
- LEMP, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles) 80
- LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy]) 157

- LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses) . . . 18
- STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood) 74

Identität

- DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence) . . 214
- LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien) 210
- OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity) 203
- REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View) 222

Praxisberichte

- HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients) 180
- KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach) 300
- DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?) 172
- LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents) 293
- MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit) 94

Psychotherapie

- SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation) 6

Übersichten

- BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence) 126
- FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-

ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz) 132

FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy) 12

HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology) 120

REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests) 283

REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment) 162

SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family) 167

SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father) 261

STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation) 255

SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy) 278

ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?) 249

VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence) 52

WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry) 45

Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities) . . 325

MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry) 353

REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles) 338

ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective) 361

SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview) 330

SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives) 364

SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems) 347

ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis) 358

Tagungsberichte

Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.–29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie 61

Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989 62

Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.–9. 2. 1990 229

Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.–3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers 230

Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR 231

Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg 232

2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft 310

Buchbesprechungen

ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie . . 313

ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus 104

BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen 379

BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth 100

BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung 371

BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation 28

CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie . 314

CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony 238

DOLD, P.: Szeno-Familientherapie 101

EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	378	LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule	105
EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25	312	MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße	65
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen	315	MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers	64
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs	315	MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie – Kindheit und Jugend	139
ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen	313	NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung	380
FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen	64	NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung	193
FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie	102	NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie	377
FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart . .	382	NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	381
FRIESE, H. J./TROT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend	194	NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie	140
GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart . .	271	OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit	142
GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik	66	PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems	29
HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann	63	PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl.	142
HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung	270	PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter – Psychologische Hilfen	316
HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität	236	PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe	382
HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz .	237	PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung . .	64
HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens . .	375	RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit – Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten	375
HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention	30	RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger	105
INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV	195	ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology .	31
ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen	370	SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie	102
JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen	272	SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung . .	315
KAISER, P.: Familienerinnerungen – Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie	100	SCHLEIFFER, R.: Elternverluste – Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik	103
KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie	374	SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern	28
KAST, V.: Wege zur Autonomie	235	SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten	272
KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung .	314	SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44	107
KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen	31	SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder	192
KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung	33	STAATSLNSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder	380
KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie	373	STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter	33
KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre	379	THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte	237
KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht	106	THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis	30
LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen	32	TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl.	66
		VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe	272
		VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn . .	376
		WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter .	194

WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982–1977) – Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen	235	ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit	104
WEISS, H.: Familie und Frühförderung	192	ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag	32
WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie – Ein Behandlungsplan	372	Editorial: 202, 324	
ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	370	Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367	
ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen – Eine erkenntnistheoretische Untersuchung	141	Diskussion/Leserbriefe: 233, 267	
		Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368	
		Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384	
		Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384	

Aus der Abteilung Kinderheilkunde I (Prof. Dr. med. von der Hardt), Arbeitsbereich
Pädiatrische Psychologie (Dr. G. Wolff) der Medizinischen Hochschule Hannover

Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“?¹

Von Gerald Ullrich

Zusammenfassung

Der Begriff „management bias“ wurde von J.A. ROTH (1962) geprägt und diente zur Kennzeichnung einer unter Sozialwissenschaftlern in der Medizin verbreiteten, unkritischen Haltung gegenüber den Problemdefinitionen, die von den medizinischen Auftraggebern für die Forschung formuliert worden waren. Anstelle wirklicher Erkenntnis, so ROTH, würde der Forscher so lediglich die institutionellen Kategorien und Definitionen rechtferti-

gen. In dem vorliegenden Beitrag wird darauf aufmerksam gemacht, daß das Probleme des „management bias“ keine exklusive Forschungsproblematik darstellt, sondern sich in analoger Weise auch für die Praxis bzw. Versorgung formulieren läßt. Im Rahmen der technischen Perfektionierung medizinischer Therapie gerät die Persönlichkeit des Patienten zunehmend mehr in den Vordergrund. Das intensiv-medizinische Behandlungsregime produziert, vermittelt über die ihm inhärente (technische) Perfektion, eine Art des „menschlichen Versagens“ seitens des Patienten und/oder seines sozialen Kontexts. In dem Maße, wie Psychologie in diesem Behandlungskontext die Gründe für das „Versagen“ in der Persönlichkeit des Patienten oder seinem „social support“-System sucht, anstatt auf die systematische Wurzel des Versagens Bezug zu nehmen, wiederholt sich auf der Behandlungs-

¹ Der Beitrag ist eine überarbeitete Fassung des Vortrags „Psychosocial care and medicine: ‚Management bias‘ revisited“, gehalten auf der 20. Konferenz der European Working Group on Psychosocial Aspects of Children with Chronic Renal Failure, Medizinische Hochschule Hannover, 16.-19. Mai 1989.

ebene das aus der Forschung bekannte „management bias“, mit dem das institutionelle Interesse, nicht für das Scheitern zur Verantwortung gezogen zu werden, gegenüber dem des Patienten realisiert wird. Die „Dynamik“ des „management bias“ wird beschrieben und Akzente zu seiner Korrektur formuliert.

„Wenn man sich so anhört, was manche von den Behandlern so über Mukoviszidose (Cystische Fibrose) sagen, kann man den Eindruck bekommen, daß heute *nemand mehr an Mukoviszidose stirbt*. Wenn man stirbt, dann nur, weil man seine Therapie nicht richtig gemacht hat.“
(23jähriger Patient im fortgeschrittenen Stadium der unheilbaren Erkrankung)

„Was uns heute – im Unterschied zu Faust – aufregen müßte, ist jedenfalls nicht, daß wir nicht allmächtig sind oder allwissend; sondern umgekehrt, daß wir im Vergleich mit dem, was wir wissen und herstellen können, zu wenig vorstellen und fühlen können. Daß wir fühlend kleiner sind als wir selbst.“

(G. Anders: Die Antiquiertheit des Menschen, 1956)

In seiner „presidential adress on the future of pediatric psychology“ hebt WALKER (1988) als eines der Hauptthemen für die Zukunft die Rolle der pädiatrischen Psychologie in „medical settings“ hervor. Unter diesem Stichwort erwartet er cost-benefit-analysis, die den psychosozialen Diensten auf einem zunehmend unter Druck geratenen Gesundheitsmarkt ihre Stellung sichern sollen. Mein Beitrag betrifft ebenfalls die Rolle der Psychologie in „medical settings“, versteht sich dabei allerdings nicht als „Promotion“ im Sinne von WALKER, sondern soll kritische Anmerkungen zur Reflexion psychosozialer Praxis in der Medizin liefern. Meine Anmerkungen beziehen sich auf psychosoziale Interventionen in der Behandlung chronischer Erkrankungen. Sie sind somit für die Situation der pädiatrischen (Psycho-)Nephrologie *nicht* spezifisch.

1 „Management bias“

Vor gut zwanzig Jahren präsentierte ROTH (1962) auf einem Soziologie-Kongreß ein kritisches Resümee sozialwissenschaftlicher Forschung. Die Leitideen dieses Resümées sind nach meinem Eindruck heute nahezu unverändert auf die psychosoziale Versorgung anwendbar.

Mit dem Begriff des „management bias“ kritisierte ROTH die verbreitete Neigung sozialwissenschaftlicher Forscher in der Medizin, die aus dem institutionellen Kontext hervorgehende bzw. von der „medical authority“ festgelegte Problemdefinition

umstandslos zu übernehmen, anstatt diese selbst in die kritische Analyse einzubeziehen. Ein solcher bias äußere sich, so ROTH, beispielsweise darin, daß man ständig von „uncooperative patients“ höre, während nie von unkooperativen Ärzten oder Schwestern die Rede sei, daß angestrengt über die Gründe nachgedacht werde, weshalb Patienten die Behandlung abbrechen, ohne daß analysiert würde, woraus sich überhaupt die Behandlungsmotivation (als solche) zusammensetze usw. Ungeprüft gehe die Vorstellung von einem „Normalverlauf“ der Behandlung bzw. von einem „Normalpatienten“ in die Analyse ein, die durch solche Vorgaben von vornherein beschränkt bleiben müsse. Die gesamte Forschung übernehme die Haltung der Institution, derzufolge „the patient has to do the ‚adjusting‘ to the hospital, the latter by implication being thought of as a given, unchanging quantity“ (S. 47).

Statt Erkenntnisse über das Gesamtgeschehen zu erbringen, produziere der zum „handmaiden“ (S. 50) gesunkene Forscher Rationalisierungen institutionalisierter Interessen (S. 48), die man als „Sozialbürokratie“ oder „human engineering“ bezeichnen könnte: „he falls in the same trap as the industrial relations researcher who undertakes to answer such questions as: How can we get the workers to produce more? How can we make the workers more content and less likely to cause trouble? How can we convince the workers that the company knows best?“ (S. 49).

Wie gering die Wirkung dieser frühen Kritik offenbar gewesen ist, zeigt sich an neueren Arbeiten zum Compliance-Konzept (TROSTLE, 1988) und zur Behandlung bei terminaler Niereninsuffizienz (TNI) (PLOUGH, 1986), deren kritische Bestandsaufnahmen die Arbeit von ROTH voll bestätigen. TROSTLE kritisiert das Compliance-Konzept grundsätzlich als biased im Sinne von ROTH. Er verweist darauf, daß sich durch alle Formen der Compliance-Forschung die Annahme hindurchziehe, daß der Arzt legitimerweise das Patientenverhalten kontrolliere, also eine klare Subjekt-Objekt-Relation bestehe: „The very notion of compliance requires a dependent layperson and a dominant professional – someone to give... orders, and someone to carry them out“ (S. 1301). Diese Struktur werde kaum in Frage gestellt, vielmehr kapriziere sich die Forschung auf die Frage, weshalb der Patient von diesem Schema abweiche und wie durch geschicktes Verhalten solche Abweichungen vermieden werden können (S. 1305). So resultiere aus der immanenten Beschränktheit des Compliance-Begriffs, der als solcher schon dem „management bias“ sensu ROTH entspricht, daß wir zwar wissen, „that a noncompliant patient has not followed a clinical prescription, but we do not know what that patient has done *instead*“ (TROSTLE, 1988, 1305; Hervorhebung G. U.). Man könnte hier ergänzen: wir wissen auch nicht, warum die anderen „compliant“ waren! Schon dieses verblüffende Desinteresse an solchen Fragen dokumentiert den bias.

Statt auf die Gründe des Patienten-„Versagens“ zu starren, müsse „compliance“ abgelöst werden durch ein tatsächlich sozialwissenschaftliches Verständnis, das den jeweiligen Kontext systematisch einschließt. Unter einem nicht dem Subjekt-Objekt-Schema verhafteten Blickwinkel zeige sich zunächst, daß z. B. die Vorstellung einer „Non-Compliance“-Persönlichkeit irreführend sei, vielmehr grundsätzlich die Möglichkeit einzuräumen sei,

daß *Behandlungsstörungen* auftreten können (S.1306). Dies insbesondere, weil ein weiter gefaßtes Verständnis der als „Non-Compliance“ titulierten Behandlungsstörung es ermögliche, diese zu erkennen als ein „unavoidable byproduct of collisions between the clinical world and other competing worlds of work, play, friendship, and family life“ (S.1305).

Ein sozialwissenschaftlicher Beitrag könne nicht erreicht werden über eine noch angestrengtere Non-Compliance-Forschung, sondern durch Studien, die konzeptuell das „illness behavior“ ins Zentrum rücken (vgl. MECHANIC, 1962; ROGHMAN, 1975).

Im Vergleich zu der in den letzten Jahren explosiv angewachsenen Non-Compliance-Literatur – TROSTLE (S.1299f.) vermerkt, daß allein im Zeitraum 1984 und 1985 mehr als 1000 Arbeiten im Index Medicus aufgeführt sind, wohingegen bis 1978 überhaupt nur 850 Arbeiten existierten! – sind solche Arbeiten zum „illness behavior“ noch selten und haben weniger Aufmerksamkeit gefunden. Letzteres, weil solche Arbeiten eine *andere* Problemdefinition verwenden, die nicht unmittelbar aus dem „Praxiszusammenhang“ resultiert, d.h. die Interessen der Behandler nicht ungeprüft übernimmt.

Während die Arbeit von TROSTLE eine wissenschaftliche Literaturanalyse ist, befaßt sich die kritische Bestandsaufnahme von PLOUGH (1986) unmittelbar mit der Praxis der Behandlung terminaler Niereninsuffizienz (TNI) in Nordamerika. Für den gegebenen Kontext sind aus dieser Arbeit vor allem folgende Erkenntnisse von Bedeutung:

- a) die TNI-Behandlung ist orientiert an einem *Modell*, das für den klinischen Praktiker wie für den Patienten *abstrakt* bleibt (S.50ff.);
- b) für beide resultiert daraus eine *Abweichungsproblematik* und damit eine Drucksituation: der Kliniker findet in der Praxis die Behandlung keineswegs so reibungslos, wie ein auf technische und somatische Aspekte reduziertes Modell es ihm vorstellt (S.56ff.). Der Patient seinerseits findet sich in den beschönigenden Erfolgsmeldungen über TNI-Patienten nicht wieder, die eher „public-relation“-Berichte der Hochleistungsmedizin darstellen, als die Behandlungswirklichkeit abzubilden (S.21);
- c) aus dem asymmetrischen Behandlungsverhältnis resultiert, daß der Kliniker seine Verunsicherung auf den Patienten abwälzt, dem die volle Verantwortung für das Scheitern zugeschrieben wird;
- d) psychosoziale Helfer helfen nicht primär den Patienten, sondern der Institution. Indem sie versuchen, psychopathologische Gründe für das Scheitern in der Persönlichkeit oder der Familie des Patienten ausfindig zu machen, bestätigen sie die aus dem klinischen Kontext resultierende Problemdefinition auf Kosten des dann psychologisch diskreditierten Patienten (S.79).

Wir finden in dieser gerafften Darstellung auf der Versorgungsebene alle wesentlichen Kritikpunkte wieder, die ROTH für die Forschung anführte: das nach technischen Gesichtspunkten reduzierte Modell entspricht der nach institutionellen Bedürfnissen geformten Vorstellung von

Behandlungs- und Patientennormalität, die Beschuldigung des Patienten wiederholt die Vorstellung von der Institution als gegebener Größe, der der Patient sich zu fügen habe, und die Übernahme dieses settings in der psychosozialen Ursachenforschung schließlich entspricht dem „management bias“. Dieser kommt in der Arbeit von PLOUGH sehr treffend darin zum Ausdruck, wenn er von den psychosozialen Helfern als von „doctors in spite of themselves“ spricht (S.79).

Nachdem nun die Bedeutung des „management bias“ klarer geworden ist, möchte ich in sehr groben Zügen angeben, weshalb der Patient überhaupt solche intensive (wenn auch verzerrte) Aufmerksamkeit erlangt hat, d.h., was seitens des Patienten einen „management bias“ begünstigt bzw. diesen als in gewissem Sinne „folgerichtig“ erscheinen läßt. Anschließend werde ich auf behandlingsspezifische Faktoren für einen „management bias“ zu sprechen kommen, d.h. solche Aspekte benennen, die – analog zum „Krankheitsgewinn“ individueller neurotischer Verzerrungen, die ja auch als „bias“ betrachtet werden können – seitens der *Institution* einen bias begünstigen.

2 „Folgerichtigkeit“ des bias

Die herausragende Stellung des Patienten als „Unsicherheitsfaktor“ der Behandlung kann ich hier nicht ausführlicher erläutern (vgl. ULLRICH, 1989). Für ausschlaggebend halte ich die folgenden Aspekte:

- a) Erst der chronische Patient verdeutlicht dadurch, daß er zu regelmäßigen Kontrollen („follow-up“) erscheinen muß, daß keineswegs eine ärztliche Anordnung auch deren Umsetzung einschließt. Dies gilt für andere Patienten vermutlich in gleichem Maße, wurde aber wegen der dort ausbleibenden Kontrollen kaum beachtet. Auch hier sind die Arbeiten zum „illness behavior“ aufschlußreicher als die Compliance-Forschung (vgl. TROSTLE, 1988; ROGHMAN, 1975 a).
- b) Der chronische Patient nimmt aktiv und intensiv Anteil an der Therapie. In der Regel erreicht die Eigenbeteiligung ein Ausmaß, daß man kaum mehr von Therapie i.S. der Anwendung von Heilmitteln sprechen kann. Eher läßt sich Behandlung als „way of life“ oder als „lifestyle“ auffassen.
- c) Während also die Behandlung faktisch und notwendig weite Bereiche der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds beansprucht und verändert (BALCK ET AL., 1983), weshalb ich sie als „lifestyle“ apostrophiere, orientiert sich das klinische Verständnis an Kategorien und Modellen der akuten Behandlung („Anwendung“). Anders gesprochen: die chronische Behandlung ist notwendig ein komplexer und weitreichender *sozialer Austausch*, während das klinische Verständnis bzw. das klinische „Modell“ im Sinne von PLOUGH gerade vom sozialen (Behandlungs-)Zusammenhang *abstrahiert*: „The patient struggles to understand the experience of uncertainty while the physician struggles

to exclude uncertainty from experience“ (PLOUGH, 1986, S. 67).

- d) Diese Abstraktion mag im Behandlungssetting der akuten Erkrankung nur ausnahmsweise zu Behandlungsstörungen führen, im chronischen Verlauf dagegen nahezu mit Notwendigkeit, jedenfalls aber mit Regelmäßigkeit.
- e) Die chronische Behandlung ist hochtechnologische Behandlung, das heißt, ihr gelingt es durch medizintechnologische Fortschritte auch sehr komplizierte und sensible physiologische Abläufe zu manipulieren und zu kontrollieren. Wenn die hochtechnologische Behandlung somatische Verhältnisse regulieren soll, deren *Toleranzgrenzen* eng gesteckt sind, was nicht nur aber gewiß für die Dialyse gilt, dann kollidiert die vorgegebene geringe Toleranz der Behandlung mit der *natürlichen Variabilität* (Beweglichkeit) des sozialen Lebens, das diese Behandlung verkraften soll.

In diesem Sinne *produziert* die auf ein „Organversagen“ bezogene hochtechnologische Behandlung ein „menschliches“ oder „soziales Versagen“, das in Begriffen der Noncompliance fälschlich als das Problem des Patienten erscheint.

Gewiß könnte man dieser Pointierung entgegenhalten, daß sie überspitzt sei, denn so häufig sei Noncompliance nun auch wieder nicht. Dies ist ohne Zweifel zuzugestehen. Jedoch übersieht der Hinweis, worauf die Compliance der anderen Patienten beruht. Gerade einer auf die Erfüllung der Therapieanforderungen fixierten Perspektive entgeht leicht, was Compliance „kostet“. Der „kooperative“ Patient ist im Bezugssystem der Therapie „normal“ nicht in einem Sinne von „Durchschnitt“, sondern von „Norm“! ROTH (1962, S. 48) ist allemal darin Recht zu geben, daß eine sachlich unausgewiesene Orientierung von „Normalität“ „is likely to prove to be nothing but a stumbling block in the analysis of a social process“.

Richtet man nämlich den Blick über die Compliance als Norm (Sollwert) hinaus, fällt die kooperierende Familie, der es also (noch!) gelungen ist, die Intoleranz der Therapie in das eigene Leben zu integrieren, durch erhebliche *Einbußen* und *Erstarrungen* auf. BALCK ET AL. (1983) nennen als Hauptformen, mit denen die Familie sich an die Therapieanforderungen anpaßt, Einbußen der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, die den Entwicklungsspielraum innerhalb der Familie nachhaltig berühren (vgl. WIRSCHING, 1987).

Hier hätten wir also quasi eine unmittelbare Form des „sozialen Versagen“ vorliegen, die das Gegenstück des Behandlungsversagens darstellt. Zumindest wird deutlich, daß der Non-Compliance-Begriff den Blick systematisch nur auf die (lebensbedrohliche) Spitze des Eisbergs richtet und alles darunter Liegende durch kurzsichtige, nämlich auf das konkrete Behandlungssetting fixierte Sichtweisen vernachlässigt wird, wie es ROTH schon vor mehr als zwanzig Jahren warnend hervorhob.

3 „Nützlichkeit“ des bias

Ich möchte nun noch auf zwei Aspekte hinweisen, die einen „management bias“ begünstigen oder seiner Überwindung widerstehen. Die gerade aufgezählten Aspekte versuchten deutlich zu machen, wie der Patient aufgrund

eines „un-sozialen“ Behandlungsmodells für das Versagen verantwortlich gemacht wird. Es erklärt nur unzureichend die Wucht, mit der mancher „versagende“ Patient oder seine Familie angeklagt wird. Die als Motto gewählte Bemerkung eines erwachsenen Patienten mit Mukoviszidose mit der ich hauptsächlich befaßt bin, ließ davon einiges anklingen. Andererseits handelt es sich gewiß nicht einmal um ein besonders krasses Beispiel. Es scheint, als ginge die durch die Behandlung gesetzte, geringe Toleranz direkt über in eine psychologische Intoleranz.

Dieser Intoleranz hält PLOUGH (1986, S. 102) entgegen: „It is easy to support those patients who display the courage to survive and are successful. Would it not be better to recognize the courage it takes to maintain the will to survive under less exceptional circumstances?“ (Hervorhebung von Plough).

Gewiß, die geringe Toleranz der Behandlung ist vorgegeben und nicht etwa ein willkürlicher, boshafter Akt der Behandler. Gerade weil die enge Toleranz vorgegeben ist (durch die Bedingungen der Therapie bzw. letztlich durch den rapide-progressiven Charakter der unbehandelten chronischen Erkrankung), bedarf die Transformation dieser Intoleranz in eine psychologische einer Erklärung.

Mir scheint, daß hier ein *psychologischer* Zusammenhang zwischen den medizintechnologischen Errungenschaften einerseits und dem Behandler andererseits ausschlaggebend ist. Diese Errungenschaften enthalten in ihrer technologischen Potenz die Versprechung an den Behandler, dem gerade in diesem Bereich der Medizin so schmerzlich präsenten Schicksal zu entinnen, nichts gegen den Tod unternehmen zu können.

Gerade durch diese kaum individuell zu verkraftende, immer wiederkehrende Erfahrung, unmittelbar beteiligt zu sein und nichts gegen den Tod unternehmen zu können, scheint die Übernahme einer den Tod verbannenden Haltung, wie sie auch im Motto indirekt zum Vorschein kam, so intensiv zu sein. Der Tod wird in diesem Kontext scheinbar nicht (mehr) als wesentlich zum Leben zugehörig betrachtet, sondern eher als eine „fremdzufällige Beleidigung desselben“ (JONAS, 1987, S. 254). Die technologischen Errungenschaften entlasten jene Behandlungsbereiche, in denen das Sterben der Patienten leidvolles Schicksal und Regel war, von der Todesbedrohung – *wenn* nur der Patient nicht wäre, der durch sein „menschliches Versagen“ die Todesbedrohung reaktiviert. Auf diesem Wege, auch darüber muß man sich klar werden, nimmt das Leben selbst, wenn es den engen Toleranzgrenzen der Therapie nicht entspricht, *Qualitäten des Todes* in sich auf, wie es sich auch gesamtgesellschaftlich in der Folge des „Risiko-Faktoren“-Bewußtseins niederschlägt (vgl. WAMBACH, 1983), für das ATTALI (1981) das folgende, schon heute z.B. in Amerika gültige Bild voraussagte: „Kranksein wird damit manchmal zur Konsequenz einer freien Entscheidung: Wer raucht, ungesund lebt, trinkt, sich nicht pflegt oder keinen Sport treibt oder zu große Risiken auf sich nimmt, konsumiert die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, und hat damit höhere Versicherungsprämien zu entrichten: Jeder wird zum bezahlten Produzenten seiner eigenen Gesundheit und zum zahlenden Konsumenten der Krankheit“ (S. 239).

Das Schema „menschliches Versagen“ bzw. Non-Compliance *entlastet* die Behandler von der Verantwor-

tung und von unmittelbarer (emotionaler) Beteiligung. Es entspricht so der von MENTZOS (1988) beschriebenen „institutionalisierten Abwehr“. Da dieses Schema zugleich die Grundlage für den „management bias“ darstellt und durch diesen fixiert wird, stellt diese Entlastung der Behandler durch ihre (negative) Patientenentzerrtheit sich dar als ein machtvoller *Widerstand* gegen die mögliche Überwindung des bias, d. h. gegen eine Veränderung der Problemdefinition. Während einerseits psychologische Faktoren auf seiten der Behandler einen Widerstand gegen die Überwindung des „management bias“ darstellen, bestehen für die psychosozialen Mitarbeiter Gründe, die die Übernahme des bias *begünstigen*. Schon ROTH hatte davor gewarnt, daß der social scientist zum „handmaiden“ der jeweiligen Institution wird, die er beforscht. Der Verlust theoretischer Präzision und Objektivität wäre die Folge einer solchen *Aufgabe der professionellen Identität* (1962, S. 50). Diese Aufgabe der professionellen Identität und damit die Gefahr des „handmaiden“ stellt sich für die *unmittelbar untergebenen* psychosozialen Mitarbeiter verschärft, die damit quasi auf die Einhaltung der „institutionellen Abwehr“ verpflichtet werden.

Aber auch hier liegt m. E. ein *psychologisch* wirksamer, subtiler Faktor im Hintergrund, der für die Begünstigung des „management bias“ nicht weniger wesentlich ist. Dieser psychologische Wirkungszusammenhang wurzelt in einer *professionellen Identitätskrise*, der sich jeder Mitarbeiter in diesem Arbeitsfeld ausgesetzt findet. Statt der Aufgabe der professionellen Identität, vor der ROTH warnt, besteht die komplizierte Dynamik hier darin, daß sie gar nicht erst richtig *erlangt* bzw. *vertreten* werden kann: Psychosoziale Arbeit versteht sich im Bereich der chronischen Erkrankung nämlich *nicht* „von selbst“, nicht seitens der Behandler und auch nicht seitens der Betroffenen. Letztlich wohl auch *nicht* seitens der psychosozialen Helfer selbst, die sich ja mit einer „nonpsychiatric population“ konfrontiert sehen, deren Ängste und Belastungen *realer* und nicht neurotischer Natur sind.

Diese „professionelle Identitätskrise“ findet ihren Ausdruck z. B. in einer Distanzierung von therapeutisch-professionellen Haltungen (als quasi „uneigentlichen“ Haltungen), denen eine Haltung „mit-menschlicher“ Beziehung (also „eigentlicher“ Menschlichkeit) entgegengesetzt wird, wie es DVORAK ET AL. (1985) in einem lesenswerten Übersichtsreferat zu psychologischen Behandlungsformen bei Nierenversagen aufzeigen.

In dieser Konstellation der „professionellen Identitätskrise“ liegt eine *Begünstigung* zum „management bias“ insofern, als die Übernahme der herrschenden Problemdefinition wenigstens kurzfristig Anerkennung verschafft und sich positiv *einfügt* in die „institutionalisierte Abwehr“.

Diesen Aspekt betont auch FRIEDRICH (1989), der warnend hervorhob, daß der psychosoziale Mitarbeiter im Liaison-Team einer primär medizinischen Abteilung in dem Dilemma stehe, einerseits die professionelle Konkurrenz als Geltungsprinzip beruflicher Behauptung innerhalb der Klinik anerkennen und be-

folgen zu müssen, wenn er seine Position finden und festigen wolle, daß er aber diese notwendige Profilierung über eine Selbststilisierung zum „Beziehungsexperten“ erreiche, durch die er in der Gefahr stünde, unreflektierte („ideologische“) Positionen als normative Maßstäbe (Lebensqualität, Krankheitsverarbeitung) in der Klinik zu verfestigen.

Die Suche nach psychopathologischen Erklärungen für das Scheitern transformiert die frühe *Moralisierung* des Patienten in eine *Psychologisierung*. Jetzt heißt es nicht mehr, daß der Patient sich nicht so hängen lassen soll, sondern jetzt hat der Patient „Probleme“, vielleicht einen Ablösungskonflikt, vielleicht auch versagt der „broken home“-Kontext dem Patienten den nötigen „social support“ usw. Die psychopathologischen Erklärungen fördern die Kompetenz, *über* den Patienten zu sprechen, *nicht* aber die Kompetenz, *mit ihm* zu sprechen (vgl. dazu BODENHEIMER, 1980, der dieses Paradox psychologischer Erkenntnis in hervorragender Weise am psychotherapeutischen Umgang mit Taubstummen erläuterte). Solche Erklärungen stellen vielleicht eher *Legitimationsformeln* der um Anerkennung bemühten psychosozialen Helfer dar, als daß sie die Wahrheit des „Versagens“ zur Sprache bringen. Vermittelt über diese unvermeidliche professionelle Identitätskrise entstehen „doctors in spite of themselves“. Die Krise ist unvermeidlich, die Konsequenzen daraus sind es *nicht*.

4 Zur Korrektur des bias

Die Korrektur des „management bias“ wird auf praktischer Ebene vor allem im Sinne einer Öffnung des klinischen Raums erfolgen müssen, d. h. vor allem solche Reformen umfassen, die die Artikulation der Betroffenenperspektive auch ohne die Vermittlung über „Beziehungsexperten“ ermöglicht.

Früher hatten die Kliniken zur Demonstration ihrer Bereitwilligkeit, der Perspektive der Betroffenen Raum zu verschaffen, „Kummerkästen“ aufgehängt, deren Alibifunktion unschwer zu erkennen war. Gemessen daran sind die Reformbemühungen, die durch die Integration psychosozialer Mitarbeiter in den Bereich (invasiver) medizinische Versorgung in den letzten Jahren stattgefunden haben, gewiß ein Fortschritt. Aber es bleibt die Frage, ob nicht auch hier die „Kummerkasten“-Funktion, d. h. letztlich: die *Abspaltung* der subjektiven Behandlungserfahrung, noch vorherrscht. Auch wenn diese Abspaltung die psychosozialen Mitarbeiter in der Institution und Hierarchie stabilisiert, indem die subjektiven Behandlungserfahrungen zum Gegenstand spezialistischer Reflexion und ggf. Intervention stilisiert werden, sollte das Ziel nicht die personelle Intensivierung dieser Dienste in dem Sinne sein, am Ende jeden Patienten „begleitend“ an die Institution zu adaptieren, sondern die Flexibilität und Belastbarkeit der Institution zu erhöhen.

Mit anderen Worten sollte es um die *Demokratisierung der Institution* (Krankenhaus) gehen und nicht um die *Medikalisierung der Patienten*, die F. HARTMANN (1989) als Problem einer von den helfenden Berufen vorgetragenen

neuen „Ganzheitlichkeit“ dahingehend karrierte, daß in dieser die Tendenz liege, „die Menschen so weit zu verunsichern, daß sich niemand mehr zutraut, ohne Hilfe eines Arztes zur Welt zu kommen und zu sterben, mit Krankheiten und Lebenskrisen fertig zu werden, erwachsen zu werden und zu altern“ (S. 12).

Summary

Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?

It was ROTH (1962) who first coined the term „management bias“. This term served to brand a pervasive, uncritical identification of the social scientist's perspective in his research projects in medicine, with the problemdefinition of the medical orderer of research. Instead of unbiased findings he thus tended to affirm administrative categories, Roth argued. I will try to point out that problems like „management bias“ are not exclusive to psychosocial science, but they may as well be found in the realm of psychosocial care. The chronically ill became more and more important as a person(ality) during the ongoing process of technical perfection of medical treatment. The intensively, technically supported medical treatment produces within its demands towards the patient and his social context a kind of „human failure“, that is, the patient tends to not fulfill the highly demanding treatment tasks. Within psychosocial care, failure will rather be attributed to the personality or family pathology instead of the institutional setting, and in that way the scientific patterns of biased attribution will be repeated, thus revealing „management bias“, thus supporting the institution's interest of not being blamed for failure. I'll describe the dynamics of the „management bias“ and briefly point out aspects to overcome it.

Literatur

ATTALL, J. (1981): Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin. Frankfurt: Campus. – BALCK, F. B., DVORAK, M. und SPEIDEL, H. (1983): Überlegungen zu einem Kon-

zept der Psychotherapie bei chronisch körperlichen Kranken. In: STUDDT, H. H. (Hg.): Psychosomatik in Forschung und Praxis. München: U. & S. – BODENHEIMER, A. R. (1980): Taubheit. – Die Barriere als Brücke. Ausgewählte Arbeiten zum Problem der Beziehung. Anthropologische Grundlagen und psychotherapeutische Erfahrungen. Villingen-Schwenningen: Neckar. – DVORAK, M., BALCK, F. und SPEIDEL, H. (1985): Psychotherapeutische Ansätze bei Dialysepatienten und ihren Partnern. In: BALCK, F., KOCH, U. und SPEIDEL, H. (Hg.): Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz. Berlin: Springer. – FRIEDRICH, H. (1989): Chancen und Gefahren zunehmender Spezialisierung in der Krankenversorgung am Beispiel der Psychoonkologie. Vortrag, Psychosozialer Krebskongress, 2.–4. 11. 1989. – HARTMANN, F. (1989): Was kann Ganzheitliche Medizin sein? In: Der ganze Mensch und die Medizin. Argument-Sonderband AS 162, S. 7–21. – JONAS, H. (1978): The Right to Die. Hastings Center Report, 8/4. zit. n. d. (1987): Techniken des Todesaufschubs und das Recht zu sterben. In: JONAS, H.: Technik, Medizin und Ethik. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – MECHANIC, D. (1962): The concept of illness behavior. J. chron. Dis., 15, 189–194. – MENTZOS, St. (1988): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – PLOUGH, A. L. (1986): Borrowed Time: The Policy of Extending Lives. Philadelphia: Temple Univ. Press. – ROGHMAN, K. J. (1975 a): The Use of Medications: a Neglected Aspect of Health and Illness Behavior. In: HAGGERTY, R. J., ROGHMAN, K. L. und PLESS, I. B. (eds.): Child Health and the Community. New York: Wiley-Interscience. – ROGHMAN, K. J. (1975 b): Models of Health and Illness Behavior. A Available Models. In: ROGHMAN, K. J. (1975 a). – ROTH, J. A. (1962): ‚Management bias‘ in social science study of medical treatment. Human Organization, 21, 47–50. – TROSTLE, J. A. (1988): Medical compliance as an ideology. Soc. Sci. Med., 27, 1299–1308. – ULLRICH, G. (1989): Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrie: Meinen wir wirklich den Patienten? Monatsschr. Kindheilkd., 137: 756–761. – WALKER, C. E. (1988): Presidential address: The future of pediatric psychology. J. Ped. Psychol., 13, 465–478. – WAMBACH, M. M. (Hg.) (1983): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – WIRSCHING, M. (1986): Krankheit und Familie – Zur Entwicklung einer beziehungs-dynamischen Sicht in der Psychosomatik. Praxis der Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 35, 118–123.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Gerald Ullrich, Zentrum Kinderheilkunde und Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover, Arbeitsbereich Pädiatrische Psychologie, Postfach 61 01 80, 3000 Hannover 61.