

Reinhard J. Topf (Hg.)

Das krebskranke Kind und sein Umfeld

Psychosoziale Aspekte der
Versorgung und Unterstützung

Reinhard J. Topf (Hg.)

**Das krebskranke Kind
und sein Umfeld**

**Psychosoziale Aspekte der
Versorgung und Unterstützung**

new academic press



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages oder der Autoren/Autorinnen reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 2014 by new academic press, Wien
www.newacademicpress.at

ISBN 978-3-7003-1865-1

Umschlaggestaltung: www.b3k-design.de
Satz: Peter Sachartschenko
Druck: CPI buch bücher.de

Inhalt

Vorwort	7
Vorwort der ärztlichen Leitung des St. Anna Kinderspitals	11
Reinhard J. Topf Meilensteine in der Ideengeschichte des Kinderschutzes – Historische Anmerkungen zum Beitrag der Psychoanalyse und Pädagogik (2012)	17
Reinhard J. Topf, Josef M. Trimmel, Lea Vachalek, Christa Felsberger, Helmut Gadner Das Psychosoziale Betreuungskonzept der pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspitals (1994, 1997, 1999)	58
Karl Steinberger Aspekte liaisonpsychiatrischer Tätigkeit in einem Kinderkrankenhaus	81
Sarah Rinner Psychologische Aspekte in der Betreuung von schwerkranken Kindern und Jugendlichen. Einblicke in die Praxis.	87
Brigitta Walzl Soziale Arbeit. Die Methodenkompetenz bei komplexen Problemstellungen auf der pädiatrischen Onkologie.	104
Reinhard J. Topf Medizinische Krebsaufklärung als psychosoziale Notwendigkeit. Tiefenpsychologische Aspekte in der medizinischen Behandlung krebskranker Kinder (1997).	116
Reinhard J. Topf Die Mutter als „Leibärztin“: Das Kind, die Krankheit und der Tod (2009)	139
Reinhard J. Topf Das schwerkranken fremdsprachige Kind und seine Familie – ein mehrfacher Übersetzungsprozess (2011, 2013)	162
Kathrin Mörtelmayr, Carmen Fuß, Alexandra Vitzthum „Schere, Stein, Papier“ – mehr als „nur“ spielen. Ein Einblick in die Mehrdimensionalität der Arbeit von Kindergartenpädagoginnen auf der pädiatrischen Onkologie.	179
Reinhard J. Topf, Christine Höfer, Marina Rudy Schule und Krebserkrankung – eine pädagogische Herausforderung (2011)	194

Maria Kletečka-Pulker Medizinrechtliche Aspekte der medizinischen Behandlung krebskranker Kinder und Jugendlicher	204
Anna Rakoš Kunsttherapie mit krebskranken Kindern (2006, 2007)	219
Doris Buchmayr „Die alte Moorhexe hext im Krankenhaus herum ...“ Über die Bedeutung von Spiel und Kreativität in der Musiktherapie mit krebskranken Kindern und Jugendlichen	234
Pia Schildmair Kinderkrankenhauseelsorge im multireligiösen und interkulturellen Kontext Seelsorgliche Begleitung zwischen Pastoral Care, Spiritual Care und Human Care	250
Reinhard J. Topf, Eva Bergsträßer Palliative Betreuung und Behandlung (2006)	264
Rosemarie Felder-Puig, Reinhard J. Topf, Rainer Maderthaner, Helmut Gadner, Anton K. Formann Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ in der Pädiatrie Nutzen für die Gesundheitsfürsorge, -forschung und -planung? (2008) .	287
Ulrike Leiss Kinder und Jugendliche mit einem Hirntumor – spezielle Bedürfnisse und Herausforderungen in Hinblick auf mögliche Spätfolgen	300
Rosemarie Felder-Puig, Stephanie Häfele, Helmut Gadner, Reinhard J. Topf Maligne Knochentumoren bei jungen Patienten Psychosoziale Probleme und Lebensqualität (2006)	315
Roland Dopfer, Rosemarie Felder-Puig Rehabilitation und Lebensqualität (2006)	327
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	343

Vorwort

Die Idee zu diesem Buch entstand in einem Gespräch mit einer Bekannten, Frau Mag. Haunschmied-Donhauser, welche in ihrem Hauptberuf im Verlagswesen in leitender Position tätig ist. Sie meinte, ich sollte zentrale, bereits bestehende Artikel in einem Sammelband veröffentlichen und durch Originalarbeiten ergänzen. Der Verlag „New Academic Press“ fand sich und erklärte sich bereit.

Ich entschied mich zu einer teilweisen Wiederveröffentlichung meiner psychologischen und psychotherapeutischen Arbeiten zum Themenfeld klinischer Probleme der krebskranken Kinder und ihrer Angehörigen. Ergänzt sind diese Beiträge durch ausgewählte gemeinsame Arbeiten mit Kolleginnen und Kollegen zu speziellen Themenbereichen, welche mir für dieses Gebiet relevant erscheinen. Weiters gelang es mir, Kolleginnen und Kollegen meiner Abteilung sowie die konsiliarisch verbundenen Fachkollegen zu motivieren, Originalbeiträge zu psychologisch hochrelevanten Bereichen des gegenständlichen Themenbereiches zu schreiben. Dadurch konnte der fachlich breite und komplexe Betreuungsansatz krebskranker Kinder fast in seinem ganzen Umfang dargelegt und ein sehr umfassender Überblick gegeben werden. Ich möchte mich an dieser Stelle gleich bei diesen Autoren für ihr Engagement bedanken.

Was zeichnet dieses Buch nun besonders aus? Zunächst kann durch den Wiederabdruck älterer Arbeiten die Entwicklung eines fachlichen Gebietes der Medizin in den letzten drei Jahrzehnten aufgezeigt werden. Gerade die onkologische Pädiatrie ist wie wahrscheinlich kein anderes Fach in der Medizin im Kampf für das Überleben von Patienten erfolgreich gewesen – aus einer vor ca. 50 Jahren „tödlichen“ Krankheit ist eine inzwischen in vielen Fällen heilbare geworden. Diese verbesserte Überlebensprognose schlägt sich in den Originalarbeiten auch nieder – während zu Beginn der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts von einer Überlebenswahrscheinlichkeit von ca. 66 Prozent gesprochen wird, besteht heutzutage für ein krebskrankes Kind Hoffnung auf ein 5-Jahres-Überleben von ungefähr 80 bis 90 Prozent.¹

Es zeigt sich anhand dieser Arbeiten die schnelle Entwicklung der Pädiatrie durch die Integration und Aufnahme der Eltern des kranken Kindes in die Spitalsstruktur in den letzten Jahrzehnten. Althergebrachte Denkmuster mussten aufgegeben werden: Nicht das kranke Kinder alleine steht nunmehr im Mittel-

1 Gemma et al. Childhood cancer survival in Europe 1999-2007: results of Eurocare-5-a population-based study. *Lancet Oncol* 5,12, 2013.

punkt, sondern das Kind in seinem Kontext zu seiner Familie. Das St. Anna-Kinderspital war ein Pionierkrankenhaus bei der Öffnung des Krankenhauses für die Eltern in Österreich, was es mit sich brachte, dass überkommene, über 150 Jahre gewachsene Strukturen neu überdacht werden mussten.

Die Zentrierung auf die gesamte Familie des schwerkranken Kindes brachte eine weitere neue Idee ins Spiel, nämlich die Idee des Patienten als Kunden des Krankenhauses. Als Vertreter dieser „Kunden“ sehen sich selbstverständlich die Eltern, die sich in der Folge in der „Elterninitiative für krebskranke Kinder des St. Anna-Kinderspitals“ organisierten; sie begleiten seit damals das Spital als Unterstützer, aber auch als kritischer Interessensvertreter der Familie uns gegenüber und sichern damit als externe Institution eine Weiterentwicklung des Krankenhauses ab. Um ihr Anliegen auch finanziell unterstützen zu können, begannen sie sich deshalb in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts an die Öffentlichkeit zu wenden und um Unterstützung zu bitten. Diese Idee des Fundraisings war für die damalige Zeit neu. Es wurde damit ein Bündnis mit der österreichischen Bevölkerung eingegangen, indem ersucht wurde, finanziell die Entwicklung moderner Strukturen im Gesundheitswesen zu unterstützen und auch den Familien tatkräftig zu helfen. Nur mit der Unterstützung der Bevölkerung war es in der Folge möglich, das Forschungsinstitut für krebskranke Kinder (CCRI) in Wien zu gründen und eine unabhängige, auf die Bedürfnisse der klinischen Behandlung orientierte moderne medizinische Forschung zu etablieren. Ohne diese Verbindung von Krankenhaus und Forschung wären die Erfolge der letzten Jahre nicht möglich gewesen. Es ist erfreulich, dass diese Erfolge erst kürzlich durch eine unabhängige wissenschaftliche Studie über die Effizienz der europäischen Kinderonkologie in einer der weltweit wichtigsten Fachzeitschriften bestätigt werden konnten. Die Studie von Gemma et al. (2013) reiht die österreichische Kinderonkologie von allen europäischen Staaten bei den Überlebensraten nach fünf Jahren an die erste Stelle. Jedem einzelnen Spender sei an dieser Stelle für die jahrelange Unterstützung gedankt.

Die im Buch dargestellte Entwicklung einer modernen psychosozialen Abteilung wäre aber ohne die ständige finanzielle und ideelle Unterstützung durch die Mitglieder der „Elterninitiative für krebskranke Kinder des St. Anna-Kinderspitals“ nicht möglich gewesen. Einzelne Stellen der psychosozialen Gruppe werden nach wie vor durch sie finanziert. Mein Dank gilt allen unermüdlich tätigen Helfern dieser Gruppe, insbesondere natürlich den Mitgliedern des Vorstandes.

Als Folge der Öffnung wurde das Krankenhaus in den achtziger Jahren auch baulich gänzlich verändert und für die Bedürfnisse einer modernen Pädiatrie adaptiert. Weiters wurden neue Organisationsstrukturen eingeführt, um die Integration und den Aufbau einer psychosozialen Betreuung zu gewährleisten. Auf den onkologischen Stationen wurde ein Drei-Säulenmodell der Betreuung unter dem Primat der organmedizinischen Behandlung aufgebaut. Und hier ist wahrscheinlich einer der entscheidenden Unterschiede zu anderen Spitälern im

deutschsprachigen Bereich zu suchen. Es war ein ernsthaftes Anliegen, der Idee einer einerseits hierarchisch klar strukturierten und andererseits für die menschlichen und psychosozialen Anliegen der Familien offenen und dynamischen Institution zum Durchbruch zu verhelfen. Beispielhaft sei dafür genannt, dass seit dem Ende der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts auf allen onkologischen Einheiten des Spitals wöchentliche psychosoziale Fallkonferenzen mit dem jeweiligen Personal der Stationen stattfinden, in denen das Wohl der Kinder und Familien in den Mittelpunkt gerückt und eine medizinische, psychosoziale und kulturelle Gesamtsicht auf die betreuten Familien erarbeitet werden. Diese gesamte Auf- und Umbauarbeit wäre ohne die fortschrittliche Orientierung und den dezidierten Willen zur Veränderung der Leitung des Spitalsmanagements nicht möglich gewesen. An dieser Stelle sei insbesondere dem ärztlichen Direktor dieser Ära, Herrn Univ.-Prof. Dr. Helmut Gadner, und dem Verwaltungsdirektor des Spitals, Herrn Dr. Roland Lavaulx-Vrecourt, herzlichst gedankt. Sie erkannten in einer vorbildhaften Weise die Zeichen der Zeit und unterstützen mich immer tatkräftig.

Es freute mich deshalb besonders, als ich im Jahre 2009 zusammen mit dem damaligen ärztlichen Direktor des St. Anna-Kinderspitals, Herrn Univ.-Prof. Dr. Helmut Gadner, sowie mit einer in unserem Krankenhaus wissenschaftlich tätigen Psychologin und Spezialistin für Lebensqualitätsforschung, Frau Mag. Dr. Rosemarie Felder-Puig, vom deutschen Wissenschaftsinstitut IQWiG (=Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)² angefragt wurde, als externer Begutachter des staatlichen Überprüfungsprozesses der deutschen Kinderonkologie in Bezug auf die Erfüllung psychosozialer Standards tätig zu werden. Die Veröffentlichung über das „Psychosoziale Konzept des St. Anna-Kinderspitals“ aus dem Jahre 1996 war einer der Gründe für die Bestellung als externe Gutachter gewesen.

Betrachtet man die gesamte Entwicklung dieser Jahre kritisch – ich blicke dabei auf einen Zeitraum von 25 Jahren zurück –, so werden Beschränkungen für mich deutlich. Trotz aller professionellen Hilfestellung ist das menschliche Leid der Kinder und Angehörigen nicht zu stillen. Eine kindliche Krebskrankheit bleibt ein grausamer Einschnitt in die Seelen des Kindes und der Angehörigen, den man lediglich mildern, aber nie entfernen und rückgängig machen kann. Gänzlich unfassbar wird das Leid im Falle des Ablebens eines Kindes für die Angehörigen. Wie internationale Studien³ zeigen, bleibt hier eine Kerbe für das Leben.

Zu hoffen ist, dass ein offener Bereich der Hilfestellung in diesem Jahr für Ös-

-
- 2 IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (Hrsg.) Qualität der pädiatrisch-hämatologisch-onkologischen Versorgung (2009) <http://www.iqwig.de>
 - 3 Jiong Li et al. Hospitalization for Mental Illness among Parents after the Death of a Child. *N Engl J Med* 2005, 352,1190–1196.

terreich geschlossen werden kann, nämlich die psychosoziale Nachsorge der betroffenen Familien in der noch zu schaffenden „Rehabilitationsklinik für familienorientierte Nachsorge“. Dort soll die gesamte Familie nach der akuten medizinischen Behandlung wieder zu sich finden können, indem sie die Folgen der Diagnosestellung sowie der Behandlung sowohl körperlich als seelisch aufarbeiten können. In Deutschland gibt es dazu die entsprechenden Vorbildkliniken bereits seit langem (vergleiche dazu im Buch dazu den Beitrag von Dopfer und Felder-Puig).

Ich hoffe am Ende meiner Ausführungen, dass wir als Mitarbeiter der Psychosozialen Abteilung den Kindern und den Angehörigen doch soweit helfen konnten, dass sie eine Milderung ihrer Leiden erfahren konnten. Weiters hoffe ich, dass wir den Kollegen der Ärzteschaft und der Pflege durch unsere Anstrengungen in ihrer menschlich herausfordernden täglichen Arbeit in der stationären Zusammenarbeit auch Entlastung bringen konnten.

Abschließend möchte ich Herrn DDDr. Gerhard Donhauser für die redaktionelle Beratung und Betreuung und meinem Verleger, Herrn Dr. Harald Knill, für seine Hilfestellungen danken. Weiters bedanke ich mich bei den Verlagen Springer, Klett-Cotta und Österreich für die unentgeltliche Freigabe zur Wiederveröffentlichung der bereits erschienenen Artikel.

Den Dank an die gesamte Geschäftsführung des Hauses, insbesondere auch an die Pflegedirektion, für die wertvolle Unterstützung über all die Jahre und auch bei diesem Buchprojekt möchte ich an dieser Stelle wiederholen.

Am Ende danke ich meiner Familie für ihre Unterstützung mir gegenüber. Im Besonderen möchte ich meiner Frau, Dr. Elisabeth Pracher, für die zahlreichen fachlichen Gespräche über all die Jahre danken. Sie ist auch im St. Anna-Kinderhospital als Ärztin tätig ist und arbeitete jahrelang an der kideronkologischen Abteilung.

Wien, im Jänner 2014 Reinhard Topf

Vorwort der ärztlichen Leitung des St. Anna Kinderspitals

Die Heilbarkeit von Krebserkrankungen im Kindesalter zählt zu den größten medizinischen Erfolgen der letzten Jahrzehnte. Mitte des vergangenen Jahrhunderts wurde auf diesem Gebiet der Medizin eine Entwicklung multimodaler Therapien eingeleitet, die – schrittweise fortgeführt – schließlich zur Anwendung von hoch komplexen Therapieschemata geführt hat, welche bei der überwiegenden Mehrzahl der Kinder heutzutage zur Heilung führen. Die Pioniere der pädiatrischen medikamentösen Krebstherapie waren ursprünglich damit konfrontiert, bei „totgeweihten“ Kindern eine belastende und gefährdende Behandlung zu versuchen, ohne positive Vorerfahrung zeigen zu können. Widerstände in der medizinischen und nicht-medizinischen Öffentlichkeit mussten daher überwunden werden. Allerdings war diese Ausgangssituation prägend für die weitere Entwicklung: Die relative Seltenheit der Erkrankung und die Gefährdung durch die Behandlung erforderten von Beginn an wissenschaftliche Planung, Dokumentation und Kooperation, um ein solches Vorgehen bei Kindern ohne – aus damaliger Sicht – realistische Überlebenschance zu rechtfertigen und die Wirksamkeit nachzuweisen.

Beispielhaft lässt sich die Entstehungsgeschichte anhand der Behandlung der akuten lymphoblastischen Leukämie (ALL), der häufigsten Krebserkrankung des Kindesalters, darstellen. Nachdem die Wirksamkeit von Einzelsubstanzen, die eine Verlängerung des Überlebens bewirkten, in den 1950er-Jahren erwiesen war, konnten durch Kombination mehrerer Substanzen in den folgenden beiden Jahrzehnten erste Heilerfolge erzielt werden. Die Entwicklung und Anwendung von einheitlichen Behandlungskonzepten wurde von Einzelzentren über nationale und internationale Zusammenschlüsse zum Teil auf weltweite Aktivität ausgedehnt. Traditionellerweise wurde damit die standardmäßige Versorgung von Kindern mit onkologischen Erkrankungen in prospektiv geplanten multizentrischen Behandlungsstudien vorgenommen. Durch eine kontinuierliche Anpassung der Behandlungsqualität und Intensität an biologische und Verlaufsp Parameter mit prognostischer Bedeutung gelang es, die Heilungsrate innerhalb von 50 Jahren von 0 auf 90% zu steigern.

Betrachtet man die Beiträge in diesem Sammelband, so kann man diese positive Entwicklung an den wiederabgedruckten Originalarbeiten auch gut nachvollziehen. So sprachen die Autoren beispielsweise in der ältesten Arbeit

aus dem Jahr 1994 davon, dass bereits 2 von 3 Kindern geheilt werden konnten, eine Rate, welche bis heute weiter deutlich verbessert wurde.

Ausschlaggebend für die durchschlagenden Erfolge in der pädiatrischen Onkologie waren mehrere Faktoren: Zunächst unterscheidet sich das Spektrum der Krebsdiagnosen und damit das Ansprechen der Mehrzahl der Erkrankungen auf eine Therapie grundsätzlich von dem des Erwachsenenalters. Lymphome und Leukämien, welche heutzutage oft hervorragend behandelbar sind, umfassen fast die Hälfte der Erkrankungen, gefolgt von Tumoren mit im weitesten Sinn embryonaler Genese, während Karzinome, die häufigsten Krebserkrankungen des Erwachsenenalters, die umweltexponierte Oberflächengewebe wie Darm und Lunge oder Drüsengewebe wie Brust und Prostata betreffen, bei Kindern praktisch nicht vorkommen. Damit im Zusammenhang stellt sich die Frage nach den Ursachen des Auftretens von Krebs im Kindesalter. Die zeitliche Nähe zur Embryonalentwicklung birgt das Risiko, dass die in dieser Zeit erforderliche genetische Plastizität verbunden mit raschem Zellwachstum erste Mutationen begünstigt, die den Grundstein zur Entwicklung späterer Krebserkrankungen darstellen können. Die Anpassung des spezifischen Immunsystems an die Abwehrequerfordernisse erfordert ebenso, besonders in den Kindesjahren, genetische Variabilität und rasches Wachstumspotential und kann erklären, warum Leukämien und Lymphome zusammen in dieser Altersgruppe die häufigsten Diagnosen darstellen.

Nur ganz selten lässt sich eine Familiarität erkennen. Umweltrisikofaktoren sind in der pädiatrischen Onkologie umstritten und bis auf Extremexpositionen statistisch schwer nachzuweisen, wobei ein individueller Einfluss naturgemäß nie ausgeschlossen werden kann. Bei der häufigsten Erkrankung, der ALL, gibt es epidemiologische Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Migranten, ein Indiz dafür, dass einer geänderten infektiologischen Umwelt und damit Infektionen generell eine mögliche Bedeutung in der Krebsentstehung zukommen könnten. Oft wird nach seelischen Ursachen gefragt, eindeutige Zusammenhänge lassen sich jedoch diesbezüglich nicht erkennen. Für alle Krebserkrankungen des Kindesalters beträgt die Inzidenz in Ländern mit ausreichender statistischer Erhebung etwa 150 Neuerkrankungen/Million/Jahr.

Die damit absolut gesehen relative Seltenheit kindlicher Malignome machte es von Beginn an offensichtlich, dass nur eine über Behandlungszentren übergreifende statistische Erfassung von Erkrankung, Ansprechen auf Therapien und Prognose Chancen bot auf eine erfolgreiche medizinische Entwicklung. Ein weiterer möglicher Faktor, der für den Fortschritt hilfreich war, ist die traditionell große Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft in der pädiatrischen Onkologie. Pädiater sind, da sie ja in der Regel sowohl mit den Kindern wie auch mit den Eltern der Patienten gewohnt sind zu kommunizieren, hohen Ansprüchen bezüglich empathischer Grundhaltung und kommunikativem Geschick ausgesetzt, um das Klima des wohlwollenden gemeinsamen Interesses

an der Gesundheit des Kindes zu unterstreichen. Darüber hinaus sind Kinderärzte medizinische Universalisten mit dem Anspruch auf ganzheitliche medizinische Betrachtung und Vorgehensweise. Ein starkes individuelles Engagement, Kindern eine optimale medizinische Versorgung zu bieten, stellt zusammen mit oben genannten Faktoren eine günstige Voraussetzung für die Entwicklung erfolgreicher kooperativer Konzepte in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie dar.

Stimulierend während der sich entwickelnden erfolgreichen klinischen Behandlungskonzepte waren enorme Fortschritte in der Laborforschung. Die enge Zusammenarbeit zwischen klinischer und Laborforschung hat zu gegenseitiger Befruchtung geführt, viele Erkenntnisse der Krebsforschung sind auf pädiatrisch onkologische Initiative zurückzuführen. Die zunehmende Erklärbarkeit der Mechanismen der Krebsentstehung hat weitgehend zu einer Entmystifizierung der Erkrankung geführt.

Um es dem Leser dieses Bandes zu erleichtern, sich die Auswirkung der Erkrankung und der damit verbundenen Therapie auf die Lebensumstände vorzustellen, der die Familien ab Diagnosezeitpunkt unterworfen sind, sei im Folgenden die Therapie einer ALL kurz skizziert.

Häufig erfolgt die Diagnosestellung der Erkrankung der Kinder für die Familien völlig unerwartet, die Vorstellung beim Arzt erfolgt oft wegen unspezifischer Symptome wie Fieber, Blässe, Hautausschlägen oder Müdigkeit. In der Regel kann die Diagnose anhand eines einfachen Blutbildes bereits vermutet werden; zur Diagnosestellung- und -sicherung folgt eine Blutgewinnung aus dem Knochenmarksraum. Innerhalb weniger Stunden herrscht meist Gewissheit über die Erkrankung, und die Behandlung kann unmittelbar beginnen. Diese ist über die ersten Tage typischerweise eine wenig eingreifende Behandlung mit einem Kortikosteroid, sodass bis zur Verabreichung der ersten systemischen Chemotherapie Zeit bleibt, Details zur geplanten Therapie und die generell ausgezeichneten Heilungsaussichten in mehreren Gesprächen der Familie zu erläutern. Diagnosestellung und Therapiebeginn markieren trotzdem eine dramatische Phase im Leben der Betroffenen, welche durch die unmittelbare Todesbedrohung alle Gewissheiten des bisherigen Lebens in Frage stellt und erst nach und nach übergeht in eine Phase der Akzeptanz und Adaptation an die neuen Gegebenheiten. Die erste Phase der systemischen Chemotherapie der Leukämie wird über einen Zeitraum von ca. 5 Wochen verabreicht, wobei das Kind mit Begleitperson stationär aufgenommen bleibt. Meist ist am Ende dieses ersten Zeitraumes das Knochenmark im Mikroskop bereits wieder frei von Leukämiezellen und daher erholungsfähig. Die weitere Behandlung erfolgt teils ambulant, teils stationär für insgesamt etwa 6 Monate. Während dieser Therapiephase ist ein Kindergarten- oder Schulbesuch nicht möglich, die nötigen stationären Aufenthalte und auch eng vorgeschriebenen ambulanten Kontrollen führen zu einer Neuordnung des Familienlebens, welches sich

der Notwendigkeit der Erkrankung und der Behandlung meist völlig unterordnet. Folgend auf diese intensive Therapiephase schließt sich eine eineinhalb-jährige orale Erhaltungstherapie an, welche ambulant durchgeführt wird. Während dieser Zeit ist ein Kindergarten- oder Schulbesuch wieder möglich, in dieser Phase finden die Familien meist langsam wieder in ihr früheres normales Leben zurück.

Frühzeitig, d.h. meist innerhalb der ersten 5 Wochen, wird die Leukämie zurückgedrängt auf ein Niveau einer Resterkrankung, welche mikroskopisch im Blutbild und im Knochenmark nicht mehr sichtbar ist. Zu diesem Zeitpunkt lässt sich jedoch durch die hoch entwickelte molekulare Labordiagnostik oft schon mit hoher Sicherheit vorhersagen, wie hoch das Rückfallrisiko nach einer Standardbehandlung sein würde bzw. ob eine Therapieintensivierung notwendig wird, einschließlich einer möglichen Stammzelltransplantation, um auf Dauer geheilt zu bleiben.

Die praktische Durchführung der Behandlung und Betreuung krebskranker Kinder ist auf das Funktionieren eines hoch spezialisierten Teams angewiesen. Im Pflegeberuf besteht die Herausforderung neben der rein fachlichen Qualifikation und der Beherrschung des kompetenten Umgangs mit Kindern und Eltern in Extremsituationen auch darin, an der Schaffung eines Klimas des Vertrauens mitzuwirken, welches es den Eltern ermöglicht, die Kinder in optimaler Weise zu begleiten und zu unterstützen. Zusätzliche professionelle Mitarbeit durch ein speziell geschultes Team aus PsychologInnen und anderen psychosozialen MitarbeiterInnen ist heute ein absoluter Anspruch an ein pädiatrisch-onkologisches Zentrum. Da ein Großteil der intensiven Behandlungen stationär oder in enger Anbindung an das Krankenhaus für durchschnittlich ein halbes Jahr durchgeführt werden muss (s.o.), ist das Team neben rein medizinischen Belangen, die den Patienten betreffen, auch mit Problemen der familiären Umgebung konfrontiert, welche oft aus einem dramatisch veränderten Familienleben resultieren. Im St. Anna-Kinderspital und in den meisten österreichischen Zentren kann man deshalb von einem 3-Säulen-Modell (medizinisch – pflegerisch – psychosozial) der Betreuung sprechen, bei dem natürlich das organmedizinische Primat gegeben ist. Die Arbeiten im Buch dokumentieren diesen Aufbau über die Jahrzehnte ausgezeichnet.

Eine wesentliche Gefährdung besteht bei den Patienten durch die während der Krebsbehandlung bestehende und durch sie verursachte Abwehrschwäche gegen Infektionen. Die zur Infektionsprophylaxe gehörende Isolation, die auch bei „Heimurlauben“ geboten ist, stellt für die Familien eine besondere Belastung dar. Eine vom onkologischen Team organisierte psychosoziale und pflegerische Unterstützung kann entlasten, indem so für die Familien aufwendige Krankenhausbesuche reduziert werden können oder, wenn eine Heilung trotz aller Therapieversuche doch nicht möglich ist, eine palliative Betreuung zu Hause ermöglicht wird. Eine enge Zusammenarbeit der Berufsgruppen des

Krankenhauses mit dem niedergelassenen Bereich soll bei den von ihrer Krebserkrankung geheilten Patienten im Rahmen der Nachsorge beitragen, bei den im Alltagsleben nunmehr unbeeinträchtigten ehemaligen Patienten allenfalls wesentliche, durch die Erkrankung oder deren Behandlung entstandene Risiken zu kennen.

Univ.-Doz. Dr. Georg Mann

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Holter

Reinhard J. Topf

Meilensteine in der Ideengeschichte des Kinderschutzes – Historische Anmerkungen zum Beitrag der Psychoanalyse und Pädagogik¹

1. Einleitung

Wenn man sich mit der historischen Entwicklung des „Bildes vom Kind“ in unserer westlichen Zivilisation beschäftigt, so ist man ziemlich bald erstaunt, wie kurz der eigentliche Zeitraum ist, in dem das Kind mit eigenen Rechten anerkannt und ausgestattet wurde. Erst im Jahre 1989 wurde von der Generalversammlung der UNO das „Übereinkommen über die Rechte der Kinder“ verabschiedet.² In den Jahren danach ratifizierten die meisten Mitgliedsstaaten diese Rechte; Österreich folgte im Jahr 1992, erhob aber dieses Gesetz zur Kinderrechtskonvention leider nicht in den Verfassungsrang.³

Der erste Aufruf für Schutzrechte für Kinder überhaupt wurde von 30 Nationen im Rahmen des Völkerbundes in der „Genfer Erklärung von 1924“ formuliert und war damals als moralischer Appell an ihre Mitglieder und die Welt verstanden worden, sich für den Schutz von Kindern zu engagieren.⁴ Für die Rechte der Kinder im Krankenhaus wurde im Jahr 1988 von Elterninitiativen eine Europäische Charta verabschiedet.⁵ Selbsthilfegruppen aus 14 europäischen Ländern sind in dieser Vereinigung organisiert und versuchen, die psychologischen Ergebnisse der Hospitalismus-Forschung umzusetzen. Ausgegangen ist diese Bewegung 1961 von England. Die Charta fordert vielfältigen Schutz des kranken Kindes im Krankenhaus vor institutioneller Willkür. Nicht zufällig stieß die österreichische Gruppe erst in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts dazu (siehe dazu Kapitel IV).

Folgt man den beiden Hauptexponenten – Lloyd de Mause⁶ und Philippe Ariès⁷ – zur Geschichte der Kindheit mit ihren nach wie vor als aktuell disku-

1 Erschienen im Jahr 2012 in: Inthorn, Julia / Kletecka-Pulker, Marianne [Hg.], Kinderschutzgruppen in Österreich [= Recht und Ethik in der Medizin, Bd. 7]. Wien: Verlag Österreich 2012, 1 – 40

2 Kerber-Ganse 2009.

3 Sax 2010.

4 Kerber-Ganse 2009.

5 EACH (European Association for Children in Hospital) <http://www.each-forsick-children.org> (2006).

6 De Mause 1977.

7 Ariès 1978.

tierten Thesen und Darstellungen, so sind die tausend Jahre davor von struktureller Gewalt am Kind gekennzeichnet. Sie begründen diese Vorstellungen mit der Tatsache, dass die Abgrenzung der Kindheit von der Erwachsenenwelt nicht erfolgt sei und somit die Kinder in einer für uns unvorstellbaren Art und Weise sehr früh in die Welt der Erwachsenen integriert gewesen wären. Die „Integration“ sei dabei auf allen Ebenen des menschlichen Seins erfolgt: in die Arbeitswelt – sowohl in die landwirtschaftliche als auch frühindustrielle Welt als billig verfügbare und notwendige Arbeitskraft;⁸ in die soziale Welt durch die sehr frühe Anerkennung der Zeugungs- und Heiratsfähigkeit und keiner entsprechend etablierten Schutzzone der Pubertät; in die militärische Welt durch eine schnelle und frühzeitige Rekrutierung als Soldaten und in die intime Welt durch die frühe Teilnahme an den sexuellen Spielen und Gewohnheiten der Erwachsenen. Einen eigenen ideellen Status und damit verbunden einer gewissen Berücksichtigung seiner Eigenheit und Besonderheit gab man dem Kind mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts als Folge der Aufklärung⁹, die rechtliche Absichtserklärung international erfolgte erst wie oben ausgeführt in der Völkerbunderklärung von 1924.

Es wird die historische Entwicklung des allgemeinen und medizinischen Kinderschutzes im internationalen Kontext, aber auch mit dem Schwerpunkt des deutschsprachigen Gebietes, wahrscheinlich am besten von B. Herrmann et al. dargestellt.¹⁰ Herrmann et al. heben in ihrer historischen Betrachtung hervor, dass es insgesamt erstaunlich wenig wissenschaftliche medizinische Publikationen in der Literatur gäbe¹¹, obwohl die Ärzteschaft in der Diagnose einer Kindesmisshandlung eine zentrale Rolle einnehmen würde. Im deutschsprachigen Bereich steige beispielsweise die Zahl der Veröffentlichungen erst in den letzten Jahren an. Der medizinische Kinderschutz hinke im Vergleich zum allgemeinen Kinderschutz also deutlich nach. So habe der erste internationale medizinische Kongress zum Kinderschutz erst im Jahre 1976 in Genf stattgefunden. Spezielle Erklärungen für diesen eklatanten Mangel an wissenschaftlicher Auseinandersetzung liefern die Autoren Herrmann et al. nicht.¹²

Eine Erklärung für dieses „Nachhinken“ könnte in der Geschichte der Entwicklung der Kinderspitäler liegen. Der Kampf der Ärzteschaft war ab dem Beginn des 19. Jahrhunderts über einen Zeitraum von ungefähr 130 Jahren hauptsächlich gegen den allzu frühen Tod der Kinder durch Infektionen, schlechte Lebensbedingungen und Ernährung gerichtet. Erst relativ spät – in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts – wurde aus dem Kampf um das Leben der Kinder, ein Kampf um die Lebensqualität der kranken Kinder. Weite Teile der Ärzteschaft

8 Vgl. dazu Marx 1872; Wiesbauer 1982.

9 Roberson 1977.

10 Herrmann et al. 2010.

11 Ebd.

12 Ebd.

realisierten relativ spät die katastrophalen Lebensbedingungen der Kinder in den Spitälern selbst. Durch die Begegnung der modernen Psychologie mit der Kinderheilkunde wurden die katastrophalen seelischen Auswirkungen des Hospitalismus erkannt und die Integration der Angehörigen in den Spitalsalltag vorangetrieben. Die Öffnung der Kinderabteilungen für die Eltern (Rooming-In) geht regelhaft der Entstehung des speziellen medizinischen Kinderschutzes und der Kinderschutzgruppen um ungefähr 10 bis 15 Jahre voraus. Wie Herrmann et al zeigen¹³, sind die entscheidenden medizinischen, wissenschaftlichen Arbeiten in den angloamerikanischen Ländern entstanden und mit einer großen Verspätung im deutschsprachigen, mitteleuropäischen Raum bekannt geworden. Nachdem ich selbst in den letzten Jahrzehnten durch meine Tätigkeit im Kinderspital mit dieser Thematik beschäftigt war und die Entstehung der Kinderschutzbewegung miterleben und gestalten konnte, bin ich der Überzeugung, dass erst durch die Integration der Angehörigen in den Krankenhausbetrieb die psychosozialen Bedingungen der Familien in den Fokus der Pädiatrie rückten. Die möglichen Gewaltkonstellationen gegen das Kind wurden durch die tägliche Beobachtung der familiären Interaktionen im Spitalsalltag sichtbar. Im folgenden Beitrag sollen ein paar Aspekte dieser Entwicklung zum Schutz des Kindes dargestellt werden.

Insbesondere möchte der Autor auf die speziellen Beiträge einzelner Personen eingehen, bei denen es auch einen Österreichbezug gibt. Hierbei zeigt sich eine spezielle Situation. In Österreich entstanden die großartigen geistigen Beiträge zum Schutz des Kindes. Diese Ideen hatten einen signifikanten Einfluss auf internationale Entwicklungen im Bereich des Kinderschutzes. Es mutet teilweise grotesk an, dass ein Teil dieser Vorstellungen zwar bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Wien formuliert wurden, aber erst durch die langsamen Reformen nach dem 2. Weltkrieg mit einer längeren Verzögerung in Österreich „wiedereingeführt“ wurden. Ich spreche in diesem Zusammenhang natürlich von den heftigen Folgen des Faschismus in Österreich, der ab dem Jahre 1933 einen „Kahlschlag“ fortschrittlicher Ideen bewirkt hatte. Wollten die Träger dieser fortschrittlichen Ideen zum Kindeswohl überleben, mussten sie emigrieren. Sie wanderten hauptsächlich in den angloamerikanischen Raum aus. Dort formulierten sie diese Ideen und bewirkten einschneidende Veränderungen der dortigen Sichtweise des Kindes. Hervorzuheben sei an dieser Stelle vor allem der Einfluss der Psychoanalyse auf die Pädiatrie.

13 Ebd.

2. Die Situation am Beginn des 19. Jahrhunderts: Medizinischer Kampf gegen den zu frühen Tod der Kinder als Folge schwerer Vernachlässigung – Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wilhelm Mauthner

Zu Beginn des 18. Jahrhunderts wird das Kind aufgrund der Erkenntnisse der Vertreter der Philosophen der Aufklärung, allen voran von J. Rousseau, als eigene Einheit erkannt und nicht mehr als kleiner Erwachsener gesehen.¹⁴ Diese Erkenntnis implizierte, dass damit das Kind als „pädagogisches“ Objekt erkannt wurde. Das Kind brauchte eine Erziehung, um gesellschaftsfähig gemacht zu werden. Die pädagogischen Konzepte des „Wachsen-Lassens“ und des „Führens“ des Kindes konkurrieren in der Folge miteinander. Gesellschaftlich zeigt sich dieser Wandel des Bildes des Kindes beispielsweise durch die Etablierung eines öffentlichen Schulsystems durch Kaiserin Maria Theresia im Jahre 1753 sowie einer systematischen Eingliederung von Kindern in den industriellen Produktionsprozess¹⁵, welcher mit pädagogischen Argumenten begründet wurde. Wie Historiker ausführen, schlossen sich beide Ideenwelten – die Förderung und die Ausbeutung des Kindes – nicht aus.¹⁶ Gewalt als Erziehungsmittel war trotz der Erfolge der Aufklärung weiterhin üblich und weitverbreitet, Züchtigung an der Tagesordnung; als Mittel wurden Peitschen, Stöcke, Kochlöffel, Gürtel und Ruten verwendet.¹⁷ Fortschrittliche Ideen gegen die Gewalt des Kindes etablierten sich erst langsam im 19. und 20. Jahrhundert. Sie wandten sich gegen diese Form der „schwarzen pädagogischen“ Sichtweise auf das Kind und forderten eine gewaltfreie Erziehung.¹⁸

Am Beginn des 19. Jahrhunderts erfolgte allerdings ein dramatischer Paradigmenwechsel in der medizinischen Sichtweise auf das Kind. Dem Kind sollte institutioneller Schutz durch medizinische Behandlung zugutekommen. Es entstand eine der mächtigsten und erfolgreichsten Kinderschutzbewegungen aller Zeiten, die in der Folge vielen Kindern das Leben retten sollte. Es kam an mehreren Orten in Europa – in Paris, St. Petersburg, Berlin und Wien – fast gleichzeitig zur Gründung von Kinderspitälern. Im deutschsprachigen Raum ist dabei in Wien Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wilhelm Mauthner mit der Gründung des ersten österreichischen Kinderspitals, dem St. Anna-Kinderspital, federführend. Er gründete dieses im Jahr 1837 aus eigenen Mitteln und rief in der Folge zu Spenden auf. Der öffentliche feudale Sektor sah zum damaligen Zeitpunkt keine Notwendigkeit der finanziellen Unterstützung, diese erfolgte erst später.¹⁹

Zuvor war allerdings bereits in Wien klar geworden, wie groß die Not der Kin-

14 Roberson 1977; de Mause 1977.

15 Buchmann, Buchmann 2006; Pappenheim 2004.

16 Wiesbauer 1982.

17 Zenz 1981.

18 Vgl. Miller 1983; Rutschky 1977.

19 Krepler 1988; Wiesbauer 1982.

der war. Vorläuferinstitution des Kinderspitals war zum Beispiel eine Ambulanz für kranke Kinder, das sogenannte „Kinderkrankeninstitut“, welches von Dr. Joseph Mastalier im Jahre 1787 gegründet wurde und die zweite Institution dieser Art in Europa war; als Vorbildinstitution diente ein Institut in London, welches zuvor gegründet worden war, aber nur kurz bestand.²⁰ An diesem Wiener Institut war übrigens genau 100 Jahre später Sigmund Freud für ein Jahrzehnt als Abteilungsleiter für Neurologie tätig und veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Gebiet; manche bezeichnen deshalb S. Freud auch als Begründer der Kinderneurologie.²¹ Dieses Institut bestand übrigens bis zum Jahre 1938 und wurde dann von den Nationalsozialisten aufgelöst; zahlreiche dort angestellte jüdische Kinderärzte starben in Konzentrationslagern oder begingen Selbstmord, einigen gelang die Flucht.²²

Weiters wurden zahlreiche Kinder in Findelhäusern und Waisenhäusern aufgenommen. Leider boten diese Orte den aufgenommenen Kindern überhaupt keinen Schutz, sondern waren im Gegenteil für die Kinder äußerst gefährlich – wie Statistiken der damaligen Zeit zeigten, starben dort die meisten Kinder an infektiösem oder seelischem Hospitalismus sowie an den schlechten Rahmenbedingungen (Ernährung, usw.).²³ Laut diesen Autoren starben um 1800 in Wien insgesamt noch über 62% aller Kinder vor Erreichung des ersten Lebensjahres, wodurch sich die Wiener Bevölkerung nach 28 Jahren nahezu zur Gänze ausgetauscht hätte.²⁴ Erst um 1860 reduzierte sich die Sterblichkeit der Säuglinge um die Hälfte und lag laut Buchmann und Buchmann bei 30%.²⁵ Die Wahrscheinlichkeit, früh zu sterben, dürfte vom Grad der Industrialisierung und somit Proletarisierung abhängig gewesen sein, dh die Wahrscheinlichkeit zu sterben war im städtischen Umfeld um sehr viel höher als im ländlichen. Die Lebensbedingungen (Hygiene, Ernährung, Wohnungs- und Arbeitsbedingungen) der Frauen und deren Kinder müssen im ländlichen Bereich eindeutig besser gewesen sein.²⁶

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass es bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts mehr oder weniger schicksalhaft und gottgewollt in Kauf genommen wurde, dass das Leben kurz sei und die meisten Kinder früh sterben würden. Dr. Mauthner wandte sich gegen diese Einstellung und stellte einen eindeutigen Bezug zu den sozialen Bedingungen der Kinder in der damaligen Gesellschaft her.²⁷ Er rief zum Kampf gegen die systematische, schwere Vernachlässigung der Säuglinge und Kinder auf, machte auf die schrecklichen

20 Pappenheim 2004; Wiesbauer 1982.

21 Pappenheim 2004.

22 Tragl 2007.

23 Buchmann, Buchmann 2006.

24 Krepler 1988.

25 Buchmann, Buchmann 2006.

26 Wiesbauer 1982.

27 Krepler 1988; Wiesbauer 1982.

Lebensbedingungen der Menschen in den Elendsquartieren und die furchtbaren hygienischen Lebensumstände aufmerksam. Er wandte sich in seinen revolutionären Aussagen nicht gegen eine radikale Veränderung der Gesellschaft, wie dies einige Jahrzehnte später Karl Marx und die sozialistischen Denker tun sollten,²⁸ sondern bot in seinem Spital dem Kind und seinen Eltern konkrete Hilfe an. Wie oben bereits erwähnt, rief er die reicheren Bevölkerungsschichten zu Spenden auf und sensibilisierte die Bevölkerung durch Aufklärungsschriften zur Ernährung, Kindererziehung, Wohnsituation, Hygiene und Pflege. Mit anderen Gleichgesinnten wurden Reformen (Wasserversorgung usw.) in der Stadt durchgesetzt, die zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen und Hygiene der Menschen generell, aber insbesondere der Kinder führten. Die Eltern beschuldigte er nicht im Sinne einer persönlichen Fahrlässigkeit, sondern nahm sie vielmehr in Schutz und machte die katastrophalen gesellschaftlichen und sozioökonomischen Bedingungen seiner Zeit dafür verantwortlich. Er meinte, man müsste dieses Leid der kranken Kinder durch geeignete Pflege in einer medizinischen Institution lindern und beenden und bot mit der Gründung des Kinderspitals eine Zufluchtsstätte für Kinder, nicht aber für die gesamte Familie an. Dr. Mauthner hoffte durch die Trennung der Kinder von der Familie die Ansteckungsgefahr, und mit verbesserten hygienischen Pflegemaßnahmen die Sterblichkeit der Kinder, insbesondere der Säuglinge, zu vermindern.

Eine diesbezügliche Änderung – also die stationäre Mitaufnahme der Eltern – erfolgte erst mit einiger Verspätung von ca. 120 bis 150 Jahren nach der Gründung der ersten Kinderspitäler gegen Ende des 20. Jahrhunderts. Die Folgen dieser alleinigen Aufnahme der Säuglinge und Kinder wurden viel später unter dem Begriff des „seelischen Hospitalismus“ diskutiert. Ein Teil meiner späteren Ausführungen zum Kinderschutz wird sich mit dieser Phase des Kinderschutzes beschäftigen. Pointiert könnte man formulieren, dass man zum damaligen Zeitpunkt und aus der damaligen Perspektive heraus, dem Überleben des Kindes – sicherlich zu Recht – Vorrang vor der Lebensqualität des Kindes gegeben hatte. Noch waren die Erkenntnisse der modernen Psychologie, Pädagogik und Psychoanalyse des beginnenden 20. Jahrhunderts nicht geboren.

Laut C. Rudolph et G. Benetka leitete Dr. Mauthner mit der Gründung einer weiteren Institution, nämlich der Anstalt „Heilpflege und Erziehungsanstalt Levana“, die Gründung einer heilpädagogischen Denkschule ein.²⁹ Die Grundgerüste für eine bessere Versorgung „von schwachsinnigen und verwahrlosten Kindern“ (damalige Begrifflichkeit, Anmerkung des Autors) wurden hiermit gelegt und später um die Jahrhundertwende mit der Errichtung einer heilpädagogischen Abteilung im Rahmen der Universitätskinderklinik fortgeführt.³⁰

28 Marx 1872.

29 Rudolph, Benetka 2007.

30 Pappenheim 2004.

Die Ideen Dr. Mauthners führten in den folgenden Jahrzehnten in ganz Österreich zur Gründung anderer Kinderspitäler und medizinischer Kinderabteilungen. Die Kinderheilkunde wurde als eigenes universitäres Unterrichtsfach anerkannt, was mit einer verstärkten wissenschaftlichen Forschung zum Wohle der Kinder einherging.³¹ Erste Impfstoffe wurden entwickelt, um die Kinder vor den viralen Infektionen zu schützen.³² Der Kampf gegen den zu frühen Tod der Kinder wurde nun mit neuen naturwissenschaftlichen Methoden geführt.

Es ist aus dieser Perspektive heraus betrachtet, berechtigt, den Kinderarzt Dr. Mauthner als einen der engagiertesten und effizientesten Vertreter eines medizinischen Kinderschutzes seiner Zeit zu bezeichnen – er war ein Sozialpädiater.

3. Der Beginn des 20. Jahrhunderts: Sigmund Freud und die „traumatische Neurose“ – der psychoanalytische Beitrag zum Kinderschutz

Für viele Personen, die momentan in der Kinderschutzbewegung tätig sind, ist der Beitrag von Sigmund Freud und seiner Schüler dazu nicht ersichtlich. Liest man entsprechende Kompendien, so spielt die psychoanalytische Betrachtungsweise eine erstaunlich geringe Rolle, was nicht nur mit der modern gewordenen Abwertung der Psychoanalyse zu tun hat. Vielmehr sind viele psychoanalytische Erkenntnisse bereits so öffentlich geworden, dass sie gar nicht mehr der Psychoanalyse zugeschrieben werden.³³ So greifen nicht wenige Fachleute, ohne es selbst zu wissen, auf Konzepte zurück, die im Rahmen der psychoanalytischen Theoriebildung entstanden sind. Für viele Fachleute ist daher die Idee des medizinischen Kinderschutzes in der Regel mit Personen aus dem angloamerikanischen Raum verbunden und der Bezug zu einer mitteleuropäischen Tradition im Denken nicht vorhanden. Insbesondere in den deutschsprachigen Ländern herrscht diese Auffassung häufig vor.

Ich möchte deshalb auf ein paar Spuren zur Ideengeschichte eingehen und sie im Rahmen der folgenden Ausführungen sichtbar machen.

Fast alle Autoren beziehen sich in der Frage der Schädlichkeit und der Auswirkungen von Gewalt am Kind auf die schwerwiegenden Stresserfahrungen, welche das Kind erleiden musste. Diese Stresserfahrungen würden bleibende Narben in der Seele des Kindes hinterlassen, zu einer erhöhten seelischen Vulnerabilität und so zu einem veränderten Seelenleben führen, wobei in der Regel die dissoziativen Prozesse in den Mittelpunkt gerückt werden. Die Folgen der schrecklichen Erfahrungen seien dann in psychosomatischen Beschwerden, Ver-

31 Krepler 1988; Swoboda 1962; Wiesbauer 1982.

32 Pappenheim 2004.

33 Lobner 1986.

haltensstörungen, Borderline-Störungen, neurotischen und psychotischen Erkrankungen sichtbar. Die verschiedenen Schulen der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie mögen sich zwar in der Terminologie unterscheiden, aber alle Schulen eint mehr oder weniger die Vorstellung der traumatischen Situation (monotraumatische vs polytraumatische vs sequentielle vs kumulative Situationen) als Erklärungsmodell in der Einschätzung der Schädlichkeit der Gewalt am Kind.

3.1. Sexueller Missbrauch an Kindern als Ursachenerklärung für hysterische Neurosen

Den Begriff „traumatische Neurose“ führte ein Neurologe im Jahre 1889 ein,³⁴ beschränkte aber die Ursachen auf ein organisches Fundament; hingegen nahm Sigmund Freud im Zuge seiner Auseinandersetzung mit der Charcot- und der Pariser Schule der Psychiatrie psychosoziale und psychologische Ursachen in Zusammenhang mit diesem Begriff an. Beim Studium der Hysterien kam er gemeinsam mit dem Arzt Dr. Breuer zu dem Schluss, dass unverdauliche und unverträgliche Erlebnisse der Vergangenheit die Ursachen für diese für die damalige Zeit unerklärlichen Zustände der Patienten seien. Offensichtlich konnten äußere traumatische Ereignisse irritierende Auswirkungen auf die seelische Landschaft der Patienten haben. Die Beschäftigung mit der Hysterie führte ihn zu der Vorstellung einer traumatischen Neurose, d.h. er ging davon aus, dass aufgrund früher Traumatisierung eine Läsion im seelischen Gewebe (Denkstrukturen) eingetreten sei, die zu einem Freiwerden der Affekte führe. Diese Affekte würden sich durch den Prozess der Verschiebung anderswo an weniger gefährliche Vorstellungswelten anbinden und so zu einer veränderten inneren Situation führen. Es käme durch diese innere Verzerrung zu einem Riss mit der Welt und dadurch zu einer neurotischen Weltsicht. Das Trauma bestehe also darin, dass der seelische Schmerz so unerträglich sei, dass das normale Denken nicht mehr möglich sei. Der Begriff „Psychotherapie“ wurde dabei übrigens im Zuge der Frage der Heilung von ihm zum ersten Mal in einer frühen Arbeit für eine französische Zeitschrift über die Hysterie verwendet.³⁵

In der Vertiefung der Frage nach den Ursprüngen der Neurosen kam *Sigmund Freud* relativ bald zu dem Ergebnis, dass die Entstehung der Traumatisierung mit sexueller Gewalt am Kind zu tun haben müsste. Im Mai 1896 trat er mit diesen Vorstellungen im Rahmen eines Vortrags vor dem Wiener „Verein für Psychiatrie und Neurologie“ an die Öffentlichkeit. Er hatte den Eindruck, die „Quellen des Nils“, wie er selbst formulierte, gefunden zu haben und war

34 Becker 1997, 11–24.

35 Freud 1952a.

sich sicher, den Durchbruch in der Erforschung der Neurosen geschafft zu haben. Es war – wie er damals ausführte und wie die heutigen wissenschaftlichen historischen Aufarbeitungen bestätigen (siehe Einleitung) – durchgängiges, gesellschaftliches Wissen, dass es verbreiteten sexuellen Missbrauch an Kindern gäbe. Auch ein diesbezügliches allgemeines Unrechtsbewusstsein wäre vorhanden gewesen. Dieser Aspekt war also nicht die revolutionäre Botschaft an die Kollegen und Menschen seiner Zeit. Revolutionär war vielmehr die Verbindung von psychosozialen familiären Gegebenheiten mit der Psychopathologie der Psychiatrie. Es hatten bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Vertreter aus der wissenschaftlichen Welt der Psychiatrie so leidenschaftlich Partei für die geschundenen Kinder ergriffen und die Neurosen in Verbindung mit psychosozialen Bedingungen in den Familien gebracht. Die damals führenden Vertreter der Psychiatrie beschäftigten sich vielmehr intensiv mit den Fragen der Heredität, also der Erblichkeit, der Neurosen und kappten dabei deren seelische und psychosoziale Bedingungen vollständig; so bereiteten sie die spätere Ansicht vor, dass es „minderwertiges“ Leben gäbe.

Sigmund Freud hörte seinen Patienten hingegen jahrelang zu, glaubte deren Erzählungen über ihr Leben und ergriff Partei für sie. Er identifizierte sich mit den in ihrer Kindheit malträtierten Patienten und rückte den sexuellen Missbrauch in den Fokus der Betrachtung. Damit wurde die Familie als „heiliger“ Hort der Sicherheit in Frage gestellt. Freud schreibt dazu: „Eine zweite Gruppe bilden jene weit zahlreicheren Fälle, in denen eine das Kind wartende, erwachsene Person – Kindermädchen, Kindsfrau, Gouvernante, Lehrer, leider auch allzu häufig ein naher Verwandter – das Kind in den sexuellen Verkehr einführte und ein – auch nach der seelischen Richtung ausgebildetes – förmliches Liebensverhältnis, oft durch Jahre, mit ihm unterhielt.“³⁶ Der empörte Aufschrei der Fachwelt und der Gesellschaft blieb nicht aus; Sigmund Freud wurde in der wissenschaftlichen Welt seiner Zeit für längere Zeit isoliert.

3.2. Die Folgen seiner Entdeckungen

Sigmund Freud stellte sich den unterschiedlichen Kritikern und setzte sich mit ihnen auseinander. Er überprüfte seine Vorstellungen. Er kam in den folgenden Jahren zu zahlreichen neuen Ergebnissen, welche den monokausalen Erklärungsansatz des sexuellen Missbrauches als alleinige Ursache der Neurosenentstehung relativierte und in ein komplexes Netzwerk an Theorien einbettete. Er anerkannte zwar implizit weiterhin in allen weiteren Schriften die Gewalt realer psychosozialer, traumatischer und maligner Ereignisse auf die Seele an³⁷, musste

36 Freud 1952b.

37 Freud 1943a; Hirsch 1994.

aber zugestehen, dass er der Überdeterminiertheit der seelischen Probleme nicht gerecht geworden war.

Man brauchte für die Bewertung der abnormalen Entwicklung des Kindes einen Maßstab, um bei den Erzählungen der Patienten zwischen realen und phantasierten Traumata unterscheiden zu können. Dieser Maßstab konnte und musste folglich in einer fundierten und universellen Entwicklungstheorie des Menschen bestehen, in der die Fragen der normalen Entwicklung des Denkens, der Merkfähigkeit, der psychosozialen Kompetenz, der Emotionalität und Affektivität, sowie der menschlichen Sexualität beantwortet bzw. diskutiert werden konnten.

Diese neue Entwicklungspsychologie musste zudem in der Lage sein, den Menschen im Ablauf der physikalischen und psychologischen Zeit zu erfassen. Damit ist gemeint, dass Mechanismen der Seele identifiziert werden mussten, die es erklärbar machten, wieso es zum Beispiel bei einer sexuellen Traumatisierung in der Kindheit, bei einem Patienten zu einem viel späteren Zeitpunkt zu einem hysterischen Anfall kommen konnte und bei einem anderen Patienten nicht. Die Repräsentation des Faktors „Zeit“ in der menschlichen Seele wurde durch die Entdeckung des Prinzips der Nachträglichkeit ermöglicht, d.h. Vergangenes kann in der Gegenwart nachträglich wirken bzw. nachträglich kann das Vergangene neu bewertet werden und dadurch die zukünftige Entwicklung determinieren. Erst durch die Definition des Erlebens in der zeitlichen Abfolge wäre es möglich, zu einer Bewertung von einem möglichen sexuellen Missbrauch zu kommen und weitere differentialdiagnostische Aussagen darüber treffen zu können.

Verkürzt ausgedrückt, bedeuteten die folgenden Erkenntnisse Sigmund Freuds, dass es ohne eine begründete und einsehbare, auf wissenschaftlichem Fundament stehende Entwicklungspsychologie, niemals zu einer systematischen Entwicklungspsychopathologie kommen könnte. Wären nämlich diese logischen Verbindungen nicht gegeben, käme es schnell zu willkürlichen fachlichen Aussagen über sexuellen Missbrauch.

Auf diese zentrale Frage, welche Kriterien eine wissenschaftliche Psychotherapie erfüllen muss, um nicht in den Ruf einer konfessionellen „Glaubens“-Schule zu kommen, gehen übrigens K. Grawe et al. in einem hervorragenden Werk ein;³⁸ sie versuchen Kriterien für eine solche Auseinandersetzung zu finden. Aber nicht nur die einzelnen Psychotherapieschulen müssen sich generell dieser Anforderung stellen, sondern alle Personen, die im Kinderschutzbereich tätig sind, sind dazu aufgefordert. In der Geschichte des Kinderschutzes gibt es zahlreiche Beispiele für unreflektierte Positionen und voreiligen Schlussfolgerungen.³⁹ Gerade die ersten Erfahrungen, welche Sigmund Freud machen musste, belegen ebenfalls, wie sorgfältig und differenziert die Vorgehensweise in der Ab-

38 Grawe et al. 1994.

39 Egle et al. 2005.

klärung eines Verdachtes des sexuellen Missbrauchs sein muss, um der Komplexität der Problemstellung gerecht zu werden.⁴⁰

Sigmund Freud erfüllte die oben genannten Anforderungen an eine Entwicklungspsychologie und -psychopathologie in Folge seiner Auseinandersetzung mit dem Traumgeschehen, indem er wichtige Funktionsweisen des Unbewussten entdeckte.⁴¹ Er ging in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“⁴² auf die normale menschliche Entwicklung sowie deren Abweichungen ein und schuf damit einen Maßstab für die Bewertung der Frage „Was braucht das Kind und was kommt einem Missbrauch gleich?“ Er gab dem Kind in der Entwicklung einen eigenen „kindlichen sexuellen Status“ und grenzte diesen somit von der erwachsenen Sexualität ab. Erst in der Überschreitung der Generationsschranke findet laut Freud der sexuelle Missbrauch statt. Die Sexualität des Erwachsenen ist zwar aus vielen kindlichen sexuellen Strömungen gespeist, diese Strömungen sollten aber in der Pubertät zur genitalen Sexualität ausgereift und zur erwachsenen Sexualität – mit allen darin enthaltenen Variationen – legiert werden. Beim Perversen findet diese Legierung nicht ausreichend statt, darum ist dem Perversen das Kind mit den Vorläufern der Sexualität näher, als der ausgereifte erwachsene Mensch. Weiters unterscheidet sich die Sexualität des Erwachsenen eindeutig durch die Fortpflanzungsmöglichkeit von der kindlichen Situation. Sie ist somit sehr verschieden voneinander.

Missbrauch zwischen dem Erwachsenen und dem Kind findet deshalb dort statt, wo der Erwachsene die normalen Zärtlichkeitsstrebungen des Kindes zur Leidenschaft umdeutet, dem Kind ein leidenschaftliches Begehren unterstellt und danach handelt. Es ist eindeutig die Aufgabe des Erwachsenen die Grenzen zu halten und nicht die des Kindes. Das Kind weiß aufgrund seines Entwicklungsalters nichts von der Leidenschaft des Erwachsenen, es erahnt lediglich in der Identifikation mit den Eltern seine eigene zukünftige Welt als Erwachsener und Liebender.⁴³ Auch wenn das Kind aufgrund seiner Neugierde in die erwachsene Welt hineindrängt, kann es nicht mit seinen Strebungen dafür verantwortlich gemacht werden. Das Erlebnis der eigenen kindlichen Welt und der Welt der Erwachsenen spielt sich logischerweise in der Familie und mit den Eltern ab. Diese Erlebniswelt des Kindes ist konflikthaft und ist von verschiedenen Strömungen, die sich um die Liebe und die Aggression gruppieren, durchdrungen. Sigmund Freud vergleicht diesen Kampf des Kindes mit den Eltern um eine eigenständige Position mit der Ödipussage. In dieser Sage zeigen sich die Folgen des Versagens von Grenzen im Dreiecksverhältnis Kind-Mutter-Vater am deutlichsten. Es übersteigt die Möglichkeiten

40 Vgl. Jones et al. 1996.

41 Freud 1942a.

42 Freud 1942b.

43 Laplanche 1988.

dieser Arbeit, um auf weitere komplexe Bausteine psychoanalytischer Theoriebildung einzugehen.

Eine der wichtigsten frühen, wissenschaftlichen Arbeiten zum sexuellen Missbrauch sei aber an dieser Stelle noch zitiert; es handelt sich dabei um eine Arbeit von Sándor Ferenczi aus dem Jahre 1933 mit dem Titel „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind“.⁴⁴ Das Wort „Sprachverwirrung“ verweist auf die Überschreitung und den Bruch in der Generationsschranke zwischen Erwachsenen und Kind, so wie ich es im obigen Absatz dargestellt habe. In dieser genannten Arbeit geht Ferenczi insbesondere auf die gutmütige Glaubensbereitschaft des Kindes an den Erwachsenen ein und die dramatischen, seelischen Auswirkungen, wenn diese gutmütige, emotionale Strömung des Kindes durch einen sexuellen Übergriff zerstört und das Kind traumatisiert wird. Bei sexuellen Übergriffen auf das Kind, welche sich in der Familie ereignen, ist die reale Abhängigkeit des Kindes vom Erwachsenen das Hauptproblem – das Opfer kann nicht fliehen. Ferenczi stellt den Begriff des Abwehrvorgangs der „Spaltung“ in das Zentrum der Ausführungen; dieser Abwehrmechanismus, welcher im betroffenen Kind vor sich geht, versucht einerseits die Liebe zur gewalttätigen Person weiterhin aufrecht zu erhalten, andererseits den seelisch angerichteten Schaden zu egalisieren, um notgedrungen ein Weiterleben des Opfers mit dem Täter zu ermöglichen. Bedeutsam ist diese Arbeit weiters für alle, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, da dargelegt wird, wie das Traumatische in der therapeutischen Beziehung wiederkehrt und welche Abwehrvorgänge dabei im professionellen Helfer vor sich gehen und zum Schaden für den Patienten werden können. Er fordert von seinen Kollegen, dass sie durch ständige Eigenreflexion an ihren eigenen Übertragungen, den sogenannten Gegenübertragungen, arbeiten müssten, um die traumatisierten Patienten nicht in die „Sprachlosigkeit“ abzudrängen bzw. um nicht in der aktuellen therapeutischen Beziehung einer Wiederholung der alten malignen Beziehungsmuster Vorschub zu leisten. Seine Implikationen sollten in den folgenden Jahrzehnten zahlreiche Auswirkungen auf die Ausbildungsordnungen der Psychotherapievereine haben.

3.3. Der Fall Schreber, die Psychoanalyse und die seelischen Folgen von Gewalt am Kind: Eine Kampfansage gegen die damals gängigsten pädagogischen Schulen

Lebt man in Wien, so weiß man, dass der Begriff „Schrebergarten“ für eine kleinbürgerliche Idylle steht. Ein Garten in der Stadt mit einem Häuschen und viel Ruhe. Es gibt in Wien sogar eine Straße, welche nach Schreber benannt wurde. Aber nicht nur in Wien steht der Begriff „Schrebergarten“ für die Kleingar-

⁴⁴ Ferenczi 2004.

tenkultur, sondern im gesamten deutschsprachigen Raum. Es ist vielen aber nicht bewusst, dass die Namensnennung für diese Bewegung um die Mitte des 19. Jahrhunderts in Berlin zu Ehren des Pädagogen Dr. Daniel Gottlob Moritz Schreber erfolgte.⁴⁵ Dieser Arzt war in seiner Zeit ein selbsternannter Pädagoge und äußerst bekannter Gesundheitspolitiker, der umfangreiche und einflussreiche Schriften zur Erziehung von Kindern schrieb. Diese Schriften versuchten in preußischer Manier zu erklären, wie man durch frühe strukturelle Gewalt den Willen des Kindes brechen und fügsam machen konnte. Dr. Moritz Schreber forderte die intensive Beherrschung des Kindes. So schrieb er unter anderem: „Gewöhnung an ein frisches und straffes Leben für Jünglinge und Jungfrauen“ oder „Selbstbeherrschung beim einjährigen Kind“.⁴⁶ Er hatte gewaltigen Erfolg und viele Eltern richteten sich nach seinen Anweisungen.

Seine Schriften stehen aus heutiger Sicht betrachtet in der Tradition der deutschen „Schwarzen Pädagogik“⁴⁷, welche sich mit der repressiven Erziehung zur Zucht, Ordnung und sittlicher Reinheit des Kindes beschäftigten. Diese Schriften bildeten die ideologische Grundlage der späteren faschistischen Ideologie, da sie ausnahmslos von der Notwendigkeit einer früheren Gleichschaltung und Formung des Menschen durch Dressur des Kindes in einem allmächtigen Staat ausgingen. Viele dieser pädagogischen Schriften des ausgehenden achtzehnten und des folgenden neunzehnten Jahrhunderts versuchten dem Leser deutlich zu machen, dass es für die Formung und „Ziehung“ des Kindes notwendig sei, bereits in den ersten Lebensjahren mit Eifer ans Werk zu gehen. Oft fiel dabei die Metapher vom „Baum im Garten“, den man bereits in jungen Jahren „ziehen“ und „anbinden“ müsse, da er sonst nicht gerade wachse.

Für die Geschichte der Psychiatrie und Pädagogik wurde Dr. Moritz Schreber durch die schwere seelische Erkrankung seines Sohnes – dieser erkrankte an einer paranoiden Schizophrenie – von Interesse. Sein Sohn, Dr. Daniel Paul Schreber, hatte in Preußen als Senatspräsident des Oberlandesgerichtes Dresden eine hohe Funktion in der Justiz inne. Berühmt wurde er nicht durch seine Funktion, sondern durch eine detaillierte Niederschrift seines Wahnsystems in dem Buch „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“.⁴⁸

Der offensichtlich hochintelligente Paul Schreber legt in diesem Buch seine bizarren Erklärungen der Welt dar; er erläutert, warum er erkrankt sei und versucht von der gewalttätigen und sexuellen Besitzergreifung zu erzählen, die ihm angetan wurden. Als Sohn eines der bedeutsamsten Pädagogen seiner Zeit forderte die Erkrankung in der Folge zahlreiche prominente Psychiater, Philosophen und Psychoanalytiker geradezu heraus, die Auswirkungen repressiver und

45 Heiligenthal, Volk 1985.

46 Schreber (1858) in Rutschky 1977, 354–357.

47 Rutschky 1977.

48 Schreber 1985, 21–28.

gewalttätiger Erziehung zu untersuchen. Den politischen Teil dieser Analyse unternahm zum Beispiel u.a. auch der Nobelpreisträger mit österreichischen Wurzeln Elias Canetti⁴⁹, indem er auf den strukturellen Zusammenhang von Gewalt gegen das Kind und die Entstehung von gesellschaftlicher Paranoia im Rahmen des Faschismus einging.

Der erste Autor allerdings, der auf die furchtbaren Folgen von repressiver und gewalttätiger Erziehung anhand der Wahngeschichte von Dr. Paul Schreber einging, war Sigmund Freud. In der Monographie „Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia“ beschäftigt er sich mit der Entstehung des paranoiden Wahns und stellt Zusammenhänge zwischen den gewalttätigen Erziehungsmethoden des Vaters und der Entstehung der schweren Krankheit des Sohnes her.⁵⁰ Er, der Pädagoge Schreber war ja der Ansicht, dass man bereits auf den Säugling heftig einwirken müsse, um bei der Erziehung Erfolg zu haben. Die komplexen Ausführungen Freuds bzw. anderer großer Psychiater, welche sich in der Folge mit diesen Themen beschäftigten, müssen an dieser Stelle liegenbleiben – insbesondere die Auswirkungen dieser wissenschaftlichen Arbeit S. Freuds auf die psychoanalytische Entwicklungslehre, die Strukturtheorie und die Theorie des Narzissmus.

Ich beziehe mich vielmehr auf den Teil der wissenschaftlichen Arbeit Sigmund Freuds, der den Opferaspekt des Patienten Schreber und das Verhältnis zum Täter „Vater“ beleuchtet. Es gibt einen Begriff in den „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“, den der Patient Paul Schreber immer wieder verwendet, nämlich den Begriff „Seelenmord“.⁵¹ Er schildert im Detail, wie sein Körper von übergeordneten Mächten und von Gott-Vater geschunden und gemartert werde. Er schildert die Entstehung der hypochondrischen und paranoiden Wahnbildungen sowie die seelischen Qualen, denen er durch die grausamen Ausschweifungen ausgesetzt sei. Er spricht in diesem Zusammenhang von „Seelenmord“, der ihm angetan werde, welcher seine Seele zerstöre. Daniel Paul Schreber auszugsweise wörtlich: „So konnte man vielleicht dazu kommen, einem von Ehrgeiz und Herrschsucht eingegebenen Streben, das in seine Konsequenzen zu einem Seelenmorde – falls es etwas Derartiges giebt – also zur Auslieferung einer Seele an einen Anderen, etwa zur Erreichung eines längeren irdischen Lebens oder zur Aneignung der geistigen Kräfte des Betreffenden oder zur Verschaffung einer Art persönlicher Unsterblichkeit, oder zu irgendeinen sonstigen Vortheilen führen konnte, nicht gleich von vorherein mit voller Entschiedenheit entgegenzutreten“.⁵² Und später: „[...] ich selbst habe, wie ich wohl sagen darf, eine grausige Zeit durchlebt und eine bittere Schule des Leidens durchgemacht. Auf der anderen Seite hat das seit sechs Jahren ununterbrochen fortdauernde Zuströmen von

49 Canetti 1980.

50 Freud 1943b.

51 Schreber 1985.

52 Schreber 1985, 24.

Gottesnerven in meinen Körper den Verlust der ganzen bis dahin angesammelten Seligkeit und die vorläufige Unmöglichkeit der Neubegründung von Seligkeiten zur Folge gehabt, sodass die Seligkeit sozusagen suspendiert ist, alle Menschen, die seitdem gestorben sind und noch sterben werden, bis auf Weiteres nicht selig werden können“.⁵³

Natürlich wird der Leser des Textes – klinisch gesehen – in eine wahnhaft grausame Innen-Welt eingeführt, die alle formalen und inhaltlichen klinischen Auffälligkeiten eines Wahnsystems hat. Verbindet und vergleicht man aber diese Wahnbildungen mit den Erziehungstexten seines berühmten Vaters und den dort vorgestellten peinigenden Praktiken, so werden die Zusammenhänge zwischen verursachender Außenwelt und entstandener Innenwelt deutlich. Wie immer geht es in der klinischen Psychologie um das Verständnis von psychosozialer „Um-Gebungs-Welt“ und (innerer) seelischer Welt; nur in der Betrachtung und Analyse der äußeren und inneren Welt und deren Wechselwirkungen erschließt sich ein tieferes Verständnis des Menschen. Weisen die Texte von Schrebers Vater auf eine programmatische pädagogische Mission hin, so zeigt der Text des Sohnes die Ergebnisse der pädagogischen Bemühungen des totalitären Anspruches des Vaters auf den Sohn. Der Text „Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken“ ist somit als Aufschrei eines misshandelten Menschen zu sehen, der im Wahn um eine Aufrechterhaltung des inneren Zusammenhalts seiner Seele ringt. Eines der neueren Standardwerke zum Kindesmissbrauch und zur schweren Vernachlässigung schließt durch den Titel des Buches „Soul Murder“ direkt an den Fall Schreber an und stellt die massiven seelischen und zerstörerischen Auswirkungen von sexueller Gewalt und Misshandlung in den Mittelpunkt der Ausführungen.⁵⁴

Die Arbeit Sigmund Freuds „Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia“ ist aber hauptsächlich als eine Auseinandersetzung mit der damaligen Psychiatrie zu verstehen, welche weitgehend in biologischen und mechanischen Modellen des 19. Jahrhunderts verhaftet war.⁵⁵ Sigmund Freud stellte in seiner Auseinandersetzung mit dem Text von Daniel Paul Schreber somit einen psychosozialen Zusammenhang in der Ätiologie der Psychosen her und weitete die psychoanalytische Lehre auf die großen Geisteskrankheiten aus. Er entreißt damit die psychotischen Produktionen der Patienten dem Unverständnis seiner Zeit und gibt Hinweise auf die Dechiffrierbarkeit von schizophrenen Denkmustern. Ähnlich wie zuvor bei den Produktionen und Darstellungen der Hysterie geht S. Freud von der Möglichkeit aus, dass man die Beschreibungen der Patienten sinnvoll analysieren und verstehen kann. Es ist das eindeutige Verdienst Sigmund Freuds, anhand dieses Textes die schweren seelischen Auswirkungen

53 Schreber 1985, 27.

54 Shengold 1995.

55 Vgl. Strotzka 1983.

struktureller Gewalt am Kind zu verdeutlichen und sich damit gegen weitverbreitete und äußerst beliebte Vorstellungen von Kindeserziehung seiner Zeit zu wenden. Diese Arbeit Sigmund Freuds ist als zentraler Angriff gegen die Repression und gewalttätige Unterdrückung des Kindes und deren Repräsentanten zu verstehen. Sie ist somit als eine Kampfschrift für das Wohl des Kindes und gegen jegliche systematische Gewalt gegen das Kind aufzufassen!

In der Folge wird durch die psychoanalytische Pädagogik versucht, eine dem Kindeswohl nähere Erziehung zu vertreten. Anna Freud, Sigmund Freuds Tochter, beginnt mit vielen anderen Personen, sich dieser Fragestellung zu widmen. Durch diese Beschäftigung kommen sie schnell zu den zahlreichen Kindern und Jugendlichen in Wien, welche in der Zwischenkriegszeit in verschiedenen Asylen und Institutionen unter zum Teil schrecklichen seelischen Bedingungen leben. Diese Auseinandersetzung mit der Frage, wie psychosoziale Bedingungen auf die kindliche Seele wirken, führt konsequenterweise zu den Fragen des seelischen Hospitalismus. Diese Auseinandersetzung um den Hospitalismus beginnt also noch in Wien, wird aber in Folge durch Emigration nach England und in die USA verlagert. Im nächsten Abschnitt möchte ich auf die Begegnung von Psychoanalyse und Pädiatrie eingehen.

3.4. Die Verbindung Psychoanalyse, Pädiatrie und das Wiener Gesundheitswesen: Gründung der Jugendwohlfahrt

Wie allseits bekannt, konnten bedeutsame Schüler von Sigmund Freud, wie zum Beispiel Alfred Adler, den späteren Ausführungen über die psychoanalytische Entwicklungstheorie und den Ödipuskomplex nicht mehr folgen und trennten sich von ihm.⁵⁶ Aber allen Psychologen, ob sie sich im engeren Kreis um Sigmund Freud befanden, oder ob sie außerhalb eigene psychotherapeutische Vereine gründeten, war eines gemeinsam: Die Bedeutung und Vulnerabilität der Kindheit war ihnen bewusst. Viele dieser Personen sowie zahlreiche andere Persönlichkeiten aus dem Bereich der Reformpädagogik, der Medizin und Politik verbündeten sich trotz inhaltlicher Gegensätze und rückten den Schutz des Kindes in den Mittelpunkt.⁵⁷ Die meisten Personen waren von psychologischen Ideen beseelt, welche implizit die „Trauma-Theorie“ in sich trugen. Sie gingen davon aus, dass traumatisierende, psychosoziale Bedingungen für Kinder geändert und den betroffenen Kindern psychologische Hilfestellungen zur Verfügung gestellt werden müssten. Als Folge dieser neuen Sichtweise wurden in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts, bis ca. 1933, also bis zum Beginn des Austrofaschismus, zahlreiche diesbezügliche Institutionen gegründet.

⁵⁶ Wyss 1991.

⁵⁷ Pappenheim 2004.

Es ist hier nicht möglich, die zahlreichen Persönlichkeiten namentlich zu nennen, die sich mit dem Kindeswohl beschäftigten. Hervorheben möchte ich aber an dieser Stelle eine selten genannte Verbindungsstelle zwischen Psychoanalyse, Pädiatrie und Politik. Der als großer Reformers in Österreich bekannte Arzt und Wiener Stadtrat für Gesundheit, Dr. Julius Tandler⁵⁸, hatte als einen seiner engsten Berater den Kinderarzt und Psychoanalytiker, Dr. Josef Karl Friedjung, an seiner Seite.⁵⁹ Dieser Kinderarzt leitete jahrelang das oben erwähnte Wiener „Kinderkrankeninstitut“ sowie das Kinderambulatorium der Wiener Arbeiterkrankenversicherung und war ein frühes Mitglied der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Er war weiters in der Sozialdemokratischen Partei verankert, Mitglied des Wiener Landtages und engagierte sich insgesamt sehr für das Wohl der Kinder. Diese Verbindung erwies sich als fruchtbar für die Entwicklung einer fortschrittlichen, psychosozialen Versorgungsstruktur für Kinder in Wien.⁶⁰ Die Gründung der Wiener Jugendwohlfahrt um 1910, der „Kinderübernahmestelle“, zahlreicher Familienberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen und Zufluchtsstätten für verwaiste Jugendliche und Kinder seien an dieser Stelle hervorgehoben;⁶¹ diese Institutionen versuchten den misshandelten, vernachlässigten und missbrauchten Kindern sowie den Familienangehörigen Hilfe und Unterstützung zu geben.⁶²

Mit dem Beginn der faschistischen Ära in Österreich ab 1933 begann der große Exodus vieler Persönlichkeiten, denen das Wohl des Kindes wichtig gewesen war und die entsprechende Arbeit in Österreich geleistet hatten. Ab 1938 blieben Personen, wie Sigmund Freud selbst, keine andere Wahl mehr, als ihr Heimatland zu verlassen. Manchen gelang die Flucht nicht mehr, sie landeten in den Vernichtungslagern der Nationalsozialisten. Mit dem Einzug des Faschismus waren aber logischerweise viele Ideen, die die Verletzlichkeit der kindlichen Seele in den Mittelpunkt rückten, in Österreich nicht mehr repräsentiert. Andere Vorstellungen über die kindliche Seele übernahmen endgültig die führende Rolle. Viele faschistische Ideen hatten in den Exponenten der „Schwarzen Pädagogik“ des 19. Jahrhunderts ihre Ursprünge.⁶³ Nun konnten sich die Vertreter dieser Ideen voll entfalten und ungehemmt durchsetzen.

Erst in letzter Zeit wird die unheilvolle Geschichte, welche die Jugendwohlfahrt dabei spielte, aufgearbeitet und erschreckende Details sichtbar.⁶⁴ Die Jugendwohlfahrt war leider bereits kurz nach ihrer Gründung in diesem düsteren Abschnitt der österreichischen Geschichte nicht zum Wohl des Kindes tätig,

58 Sablik 2010.

59 Mühlleitner 1992.

60 Wiesbauer 1982; Mühlleitner 1992.

61 Aichhorn 1994.

62 Aichhorn 1994; Berger 2007; Spiel 1983.

63 Vgl. Rutschky 1977.

64 Vgl. Berger 2007.

sondern wurde offensichtlich – genauso wie die gesamte Medizin – im Zuge der sogenannten Gleichschaltung aller Institutionen zum Erfüllungsgehilfen eines mordenden und menschenverachtenden Regimes. Das Wohl des Kindes wurde dem rassistischen Gedanken und der Eugenik untergeordnet und somit der Name Fürsorge pervertiert. Österreich sollte sich nach dem 2. Weltkrieg sehr lange nicht von diesem Verlust fortschrittlicher Ideen zur Erziehung und dem Kinderschutz erholen. Als Spätfolge hatte die Jugendwohlfahrt lange mit ihrem zweifelhaften Ruf in der Bevölkerung zu kämpfen. Viele Familien in Österreich verbanden dieses Amt lange mit der Angst der Kindesabnahme und dem endgültigen Verlust des Kindes.

4. Schutz des kranken Kindes vor struktureller institutioneller Gewalt: Der seelische Hospitalismus – Begegnungen zwischen Psychoanalyse und Pädiatrie

Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts hatten sich die medizinischen Erfolge in der Behandlung kranker Kinder verbessert, die Überlebensraten waren deutlich besser geworden.⁶⁵ So ging es in der Regel nicht mehr um das Überleben des Kindes, sondern um die Qualität des Lebens. Damit ist gemeint, dass sich bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts einzelne Kinderärzte und Psychologen Sorgen um das Wohl der Säuglinge und Kinder in den zahllosen Heimen und Kinderabteilungen der Spitäler machten.

Nach Troschke muss hier insbesondere der österreichische Kinderarzt Dr. Pfaundler – dieser leitete später die Hauner'sche Kinderklinik in München – hervorgehoben werden⁶⁶, der offensichtlich bereits im Jahre 1899 von den schädlichen Auswirkungen der Spitalsaufnahme auf das kranke Kind ohne Mutter geschrieben hatte. Er prägte für die Folgen der Spitalsaufnahme den Begriff „Hospitalismus“.

Viele fortschrittliche und wichtige Wissenschaftler, welche sich mit dem Wohl des Kindes beschäftigt hatten und vor dem Faschismus fliehen mussten, wanderten aus dem deutschsprachigen Bereich Europas aus. Sie emigrierten hauptsächlich nach Großbritannien und in die USA. Ein Teil der Familie Sigmund Freuds und mit ihnen viele andere Psychoanalytiker gelang die Flucht nach London. Sehr schnell kam es zwischen den Emigranten und den dort ansässigen Ärzten und Wissenschaftlern zu Kontakten, die sich in Folge nach dem Ende des 2. Weltkrieges auch für die mitteleuropäischen Staaten als fruchtbringend erweisen sollten. Eine wichtige Verbindung ergab sich logischerweise aufgrund des gemeinsamen Interesses an der Entwicklung von Kindern zwischen

65 Krepler 1988.

66 Troschke 1969.

Pädiatrie und Psychoanalyse; dies führte zu einer enormen fachliche Bereicherung für beide Seiten.⁶⁷

Die Lage der Kinder hatte sich in den meisten westlichen Ländern seit dem 1. Weltkrieg verbessert, der Status des Kindes wurde zumindest – siehe Einleitung – durch den Völkerbund anerkannt. Durch den 2. Weltkrieg wurden in Europa, vor allem am europäischen Kontinent, viele Fortschritte wieder zerstört; die Lage der Kinder durch den Krieg hatte sich naturgemäß verschlimmert. Kinder litten durch die Kriegswirren direkt und indirekt erheblich. Kinder wurden durch Kriegshandlungen genauso getötet und malträtiiert wie die Erwachsenen.

Nach Beendigung der Kriegshandlungen begann ein neuer Abschnitt in Mitteleuropa, der durch die Siegerstaaten selbstverständlich wesentlich beeinflusst wurde. Insbesondere die Zuwendung der mitteleuropäischen Staaten zum Westen brachte es mit sich, dass es nicht nur zu einer erheblichen Verbesserung im ökonomischen Sinne kam, sondern dass ein Aufschwung der demokratischen Entwicklung stattfand, in dessen Gefolge die Rechte der Kinder und der Kinderschutz wieder an Boden gewannen. In vielen europäischen Ländern diesseits der Mauern brach in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts die Gesellschaft zu neuen Ufern auf. Über Jahrhunderte lang geltende Werte wurden hinterfragt, neue Lebensformen propagiert. Es ist nicht vermessen zu behaupten, dass mit den beiden Weltkriegen die tradierte Wertewelt zusammengebrochen war.

Im Zuge der Demokratisierung der Gesellschaft etablierte sich eine neue anti-autoritäre Gesinnung, die sich gegen viele etablierte Institutionen wandte. Es wurden Kirche, Familie, Justiz, Ehe, tradierte Sexualität, die Stellung der Frau, alte Erziehungswerte und die politische Landschaft generell in Frage gestellt, Reformen gefordert und auch durchgesetzt. Im Bereich der Stellung der Kinder kam dies in Österreich unter anderem durch eine groß angelegte Kampagne des Kinderarztes Dr. Hans Czermak zum Ausdruck, der sich mit seinen Mitstreitern gegen die „g’sunde Watschn“ wandte und ein Verbot jeglicher Gewalt am Kind forderte. Dr. Czermak kämpfte gegen die alten ideologischen Haltungen zum Kind und gegen die „alltägliche Gewalt im Umgang mit den Kindern“ an.⁶⁸ Er erreichte mit seinen Mitstreitern tatsächlich, dass im Jahre 1989 in Österreich im Jugendwohlfahrtsrecht jegliche Gewalt am Kind und das Züchtigungsrecht der Eltern verboten wurden.⁶⁹

Die Medizin erlebte in der Nachkriegszeit einen enormen Innovationsschub und blieb von den neuen Strömungen nicht verschont. Die traditionelle Psychiatrie wurde als Hort der Gewalt gesehen und die Patienten aus ihren im 19. Jahrhundert errichteten Asylen befreit. In der Gynäkologie wurde das Rooming-In und generell neue Formen des Umgangs mit Frauen gefordert. Die Patienten und

67 Winnicott 1983; D. W. Winnicott, *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse* (1983).

68 Vgl. Strotzka et al. 1972; Pernhaupt, Czermak 1980; Schlüter, Vielhaber 2002; Streit 2002.

69 Maleczky 1993.

Angehörigen bekamen mehr Rechte zugesprochen. Die Pädiatrie wurde von diesen Tendenzen auch ergriffen, aber erstaunlicherweise erst mit Verspätung von ungefähr 30 bis 40 Jahren: In Österreich war sie eine der letzten sogenannten „totalen“ Institutionen, welche sich dem Zeitgeist der Öffnung nicht mehr verschließen konnte.

Wie oben bereits ausgeführt, brachten sich die ausgewanderten Psychoanalytiker schnell in ihren neuen Heimatländern Großbritannien und USA wissenschaftlich wieder ein. So hatten sich in Wien in der Zwischenkriegszeit bereits Psychologen mit der seelischen Deprivation, also den seelischen Folgen des Hospitalismus beschäftigt. Beim Hospitalismus müssen zwei Forschungsrichtungen unterschieden werden; einerseits geht es um die Erforschung der Auswirkungen auf die kindliche Seele durch eine medizinisch bedingte Spitalsaufnahme und den damit verbundenen Behandlungen bzw. den Bedingungen dieser stationären Aufnahmen. Die andere Richtung befasst sich mit den Folgen der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in Säuglingskrippen und Heimen; diese Aufnahmen sind in der Regel Unterbringungen von Kindern als Folge von Vernachlässigung und Gewalt am Kind durch die Eltern.

Entscheidend für die Erforschung des Hospitalismus war der Wiener Psychologe und Psychoanalytiker Dr. Renée Spitz, der bereits in den dreißiger Jahren in Wien in der „Kinderübernahmestelle“ mit der systematischen Säuglingsbeobachtung, u.a. durch Filmaufnahmen, begonnen hatte. Er startete 1933 zwecks der Validierung des sehr bekannten Bühler-Hetzer-Kindertests eine umfangreiche Studie in New York zu dem Thema Hospitalismus und verglich Säuglinge in verschiedenen Institutionen mit normal aufwachsenden Säuglingen hinsichtlich verschiedener psychologischer Variablen auf deren seelischen Deprivationszustand.⁷⁰ Nach seiner Flucht aus Österreich veröffentlichte er 1946 diese Ergebnisse in den USA und gewann dort großen Einfluss auf die entsprechenden Forschungszentren.⁷¹ In seiner Studie zeigten sich erschreckende Ergebnisse. Die in Institutionen untergebrachten Säuglinge waren in vielen psychologischen Variablen in einem sehr schlimmen Zustand; er konnte zudem bei den Nachuntersuchungen eine erschreckend hohe Sterblichkeitsrate bei den untergebrachten Kindern nachweisen. R. Spitz prägte in der Folge die Diagnose „anaklitische Depression“, die sogenannte Säuglingsdepression aufgrund chronischer Deprivation.⁷² Diese Arbeit fand großen öffentlichen Widerhall in der gesamten Welt und bewirkte, dass man der Not der Kinder eine größere Aufmerksamkeit schenkte.⁷³

In Großbritannien konzentrierten sich die psychologischen Forschungen ebenfalls auf die seelische Entwicklung des Kindes und des Gedankens des Kin-

70 Spitz 1971a; Spitz 1971b; Spitz 1971c.

71 Spitz 1971c.

72 Ebd.

73 Troschke 1974.

derschutzes. Wie bereits erwähnt kam es relativ schnell zu einem intensiven fachlichen Austausch zwischen den Vertretern der Pädiatrie und der Psychoanalyse. Anna Freud konzentrierte sich mit ihren Forschungen auf die Anstaltskinder und die Kinder, welche durch den 2. Weltkrieg in England ihr Heim verloren hatten. Sie gründete bereits 1940 die „Hampstead Nurseries“, welche sich mit der seelischen Behandlung der traumatisierten Kinder beschäftigten.⁷⁴

Ein Arzt und Psychoanalytiker ist in diesem Zusammenhang besonders hervorzuheben, nämlich Dr. John Bowlby. Dieser kam durch seine psychoanalytische Ausbildung mit den Fragen der Deprivationsforschung von Renée Spitz, den Forschungen von Anna Freud und anderer Persönlichkeiten in Verbindung. Er konzentrierte sich auf die Fragen der Auswirkungen der malignen psychosozialen Umgebung auf die Entwicklung des Kindes. Er entdeckte dabei die wissenschaftlichen Arbeiten des Österreicherers Dr. Konrad Lorenz und begründete in der Folge die Bindungstheorie, welche die bedeutsame Stellung der Mutter für den Säugling in den Mittelpunkt rückte.⁷⁵ Er beschäftigte sich intensiv mit den Fragen der Auswirkungen des Fehlens mütterlicher Fürsorge und erarbeitete sich einen diesbezüglichen internationalen Ruf.

So kam es, dass bereits in der dritten Sitzung der Vereinten Nationen im Jahre 1948 beschlossen wurde, den Kindern in Europa zu helfen, welche durch die direkten oder indirekten Folgen des Krieges, gelitten hatten. Damit waren die zahllosen heimatlosen Kinder und Flüchtlingskinder gemeint.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beauftragte im Jahre 1950 Dr. John Bowlby mit der Aufgabe, wissenschaftliche Daten zu erarbeiten und Schlussfolgerungen vorzulegen.⁷⁶ In seinem Endbericht strich Bowlby die zentrale Bedeutung der Mutter für die gesunde Entwicklung der Kinder hervor und wandte sich gegen alle Maßnahmen, welche die mütterliche Position zum Kind schwächen könnte. Dieser Bericht erschien als Buch mit dem Titel „Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit“ und hatte durchschlagenden und lang anhaltenden, internationalen Erfolg. Bowlby übertrug diese Ergebnisse seiner Forschungen zusammen mit dem englischen Psychoanalytiker James Robertson auf die hospitalisierten Kinder in den Spitälern und begann mit diesem Kollegen gemeinsam Langzeitstudien. Er entdeckte drei Phasen der kindlichen Verhaltensveränderungen beim Hospitalismus: Stufe des Protests, des Rückzugs und der Loslösung. Robertson und Bowlby konnten die langfristigen Folgen dieser Trauerreaktionen als Folge der Abwesenheit der Mutter belegen und die massive Trennungsangst der kranken Kinder in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken.⁷⁷ In den Jahrzehnten danach schrieb er die Trilogie „Bindung, Trennung

74 Freud A. 1973a; Freud A. 1973b.

75 Holmes 2006.

76 Bowlby 1973.

77 Robertson 1974; Holmes 2006.

und Verlust“ und legte die weiteren Fundamente seiner Bindungstheorie dar⁷⁸, die bis heute großen Einfluss auf die internationale Entwicklungspsychologie hat.

Auf alle Fälle konnte sich das englische Parlament dem Einfluss der Forschungen über den seelischen Hospitalismus bei Kindern in den Spitälern nicht mehr entziehen und beauftragte ein Komitee mit der Untersuchung der Situation der kranken Kinder und Jugendlichen.

Dieser Bericht wurde in der Folge als „Platt Report“ (benannt nach dem Vorsitzenden des Ausschusses Sir Platt) bezeichnet und brachte den Durchbruch. Robertson James fasst die Ergebnisse des Reports zusammen.⁷⁹ Es sollte den Eltern in Zukunft unbeschränkter Zugang zum Kind durch unbeschränkte Besuchszeit geboten werden. Bei unter fünfjährigen Kindern sollte die Mutter, bzw. eine primäre, familiäre Bezugsperson, ständig im Spital bleiben dürfen. Weiters wurden auf die mangelhafte psychologische Ausbildung der Ärzte und der Krankenpflegepersonen eingegangen – diese sollte verbessert werden, damit mehr Einfühlung und Verständnis für die kranken Kinder aufgebracht werden könne. Auch sollten die baulichen Situationen in den Spitälern verändert werden, um den Familien darin mehr Platz zu geben. Die Kinder sollten – wenn nur irgendwie möglich – in eigenen Abteilungen und nicht mit den erwachsenen Patienten gemeinsam untergebracht werden. Durch einen Erlass der britischen Regierung wurden diese Empfehlungen an die Träger der Spitäler herangebracht und entsprechender Druck ausgeübt.

In Folge kam es in England zur Gründung zahlreicher Elterninitiativen, welche die Umsetzung der psychologischen Ergebnisse forderten. Im Jahre 1988 formierten sich diese Elterninitiativen auf einer europäischen Plattform und formulierten die Rechte der Kinder im Krankenhaus – EACH.⁸⁰ In dieser europäischen Initiative geht es aber um viel mehr, als nur um die Forderung der Öffnung der Kinderspitäler, sondern es wird ein Kinderschutz im Krankenhaus vor den schädlichen Bedingungen des Krankenhauses selbst gefordert.⁸¹ Durch die zahlreichen Forschungen war klar geworden⁸², dass – wie im „Platt-Report“ bereits angedacht – die Öffnung der Kinderabteilungen für die Eltern nur ein Teil der notwendigen Maßnahmen sein konnte. Vielmehr musste sich an der Gestaltung der Räumlichkeiten der Abteilungen, der Ausbildung für sämtliche Spitalsmitarbeiter, dem gesamten täglichen Umgang mit dem kranken Kind sowie der Operationsvorbereitung etwas verändern.⁸³ In den Jahrzehnten danach gelang es langsam dem Kind im Krankenhaus diesbezüglich Raum zu geben und personelle

78 Bowlby 1969; Bowlby 1973; Bowlby 1980.

79 Robertson 1974, 93.

80 EACH (2006).

81 Musil 2010; Pohl 2010; EACH (2006).

82 Freud, Bergmann 1972; Troschke 1974.

83 EACH (2006).

Ressourcen (Psychologen, Pädagogen, Kunst- und Musiktherapeuten usw.) dafür zu schaffen.

In den USA kam es in den fünfziger Jahren auf Grund ähnlicher Diskussionen ebenfalls zur langsamen Öffnung der Kinderabteilungen. Laut *J. Troschke* öffneten sich in einzelnen Krankenhäusern die Tore für die Eltern und liberale Besuchsregelungen wurden eingeführt.⁸⁴ Bedeutsame psychologische Arbeit in der Prävention von seelischen Schäden bei kranken Kindern machte die emigrierte Wiener Psychoanalytikerin und Lehrerin Emma Plank. Diese setzte die Ergebnisse der kinderanalytischen Therapie am Krankenbett um und versuchte den Traumatisierungen der Kinder mit psychologischen Methoden Einhalt zu gebieten.⁸⁵ Sie begründete in den USA in den fünfziger Jahren die „Child Life Worker-Bewegung“, welche sich als Ziel die intensive heilpädagogische Versorgung des kranken Kindes durch eigene Mitarbeiter im Krankenhaus setzte.⁸⁶

Als weitere Pionierin auf dem Gebiet der psychologischen Hilfestellung für das traumatisierte Kind sei die Begründerin der Kunsttherapie für Kinder, Edith Kramer, genannt, welche ebenfalls Österreich verlassen musste und sich in New York ansiedelte. Sie arbeitete mit psychiatrisch erkrankten Kindern und zeigte die Wichtigkeit des nonverbalen Dialogs mit dem Patienten auf.⁸⁷

4.1. Aber wann kam diese Entwicklung nach Mitteleuropa und Österreich?

Nach *J. Troschke* kam die Diskussion über den seelischen Hospitalismus erst mit einer Verspätung von 10 bis 15 Jahren nach Deutschland.⁸⁸ Die Stadt München sei die erste Stadt in Deutschland gewesen, welche im Jahre 1966 die medizinischen Abteilungen aufgefordert hätte, unbeschränkte Besuchszeiten einzuführen. *Troschke* zitiert weiters eine wissenschaftliche Befragung und Umfrage von *G. Biermann* aus den Jahren 1970 und 1972 über den Stand zur Öffnung der deutschen Kinderabteilungen, in welcher sich zeigt, dass sich ca. ein Fünftel der Abteilungen geöffnet hatten.⁸⁹ In Österreich war die Situation hingegen gänzlich anders.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf Österreich und nicht auf die Situation in Deutschland.

Über internationale Kontakte der kinderärztlichen Fachverbände begann die Idee eines modernen Kinderkrankenhauses, welche die Eltern als einen Teil der

84 Troschke 1974.

85 Plank 1973.

86 Musil 1994.

87 Kramer 1997; Zwiauer 1997.

88 Troschke 1974.

89 Ebd., 169–170.

klinischen Wirklichkeit im Spitalsalltag akzeptierte sollte, langsam einzusickern. Darüber hinaus kam es nach dem Weltkrieg an einigen Orten, u.a. in Wien am „Institut für Tiefenpsychologie“ der medizinischen Universität, zu einem intensiven Erfahrungsaustausch der emigrierten Psychoanalytiker mit den verbliebenen Kollegen. Dieser Austausch bewirkte – wie ich weiter unten am Beispiel Wiens zeigen möchte – eine Infiltration neuer Ideen in die Kinderheilkunde.

Ein Wendepunkt in der beginnenden Auseinandersetzung zwischen den ärztlichen Befürwortern und den ärztlichen Gegnern um die Öffnung der pädiatrischen Abteilungen sei nach Troschke die 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft der Kinderheilkunde 1967 in Wien gewesen.⁹⁰ Dort sei Stimmung unter den Fachleuten für eine Öffnung gemacht worden. Hier tauschten die Gegner und Befürworter ihre Argumente aus. Ein starker Gegner einer Öffnung der Kinderabteilungen war der Vorstand der Universitätskinderklinik Wien, Univ.-Prof. Dr. Hans Asperger. Dieser leitete die Wiener Universitätskinderklinik zunächst interimsmäßig von 1946 bis 1949 und von 1962 bis 1977 dann als ordentlicher Vorstand; zuvor war er von 1932 an der Leiter der heilpädagogischen Station der Wiener Universitätskinderklinik; in der Zeit von 1957 bis 1962 war er überdies Leiter der Innsbrucker Universitätskinderklinik.⁹¹ Troschke zitiert eine Arbeit von Asperger in der Pädiatrischen Praxis aus dem Jahre 1966,⁹² indem sich der Vorstand der Wiener Kinderklinik entschieden gegen die schädlichen Auswirkungen der Aufnahme der Mütter wandte. „Die Schwestern würden unzumutbar frustriert durch die sich in ‚ihren‘ Aufgabenbereich der Kinderpflege drängenden Mütter. Eine enorme Mehrarbeit und Arbeitsbehinderung würde einen vernünftigen Stationsbetrieb unmöglich und den Schwesternmangel noch größer machen. Das ewige Gefrage der Mütter würde sehr stören“. Ich möchte an dieser Stelle ein paar Mitteilungen aus einem längeren Gespräch mit der Psychologin Frau Dr. Wanschura mit ihrer Erlaubnis zitieren. Frau Dr. Wanschura war um die Mitte der siebziger Jahre im Rahmen ihrer Doktorarbeit mit dem seelischen Hospitalismus beschäftigt und arbeitete deshalb als Hospitantin an der Kinderklinik.⁹³ Sie hatte dabei die Gelegenheit, in langen fachlichen Gesprächen mit Herrn Univ.-Prof. Dr. Asperger seine Position und seine Haltung zum Kind im Krankenhaus zu erfahren und ihn auch zu seiner ablehnenden Position zur Mitaufnahme von Eltern zu befragen. Sie teilte mir mit, dass Herr Prof. Asperger aufgrund seiner langjährigen Forschungen zur Vulnerabilität von kranken Kindern, den Schutz des Kindes vor Übererregung in den Mittelpunkt stellte. Er hatte die Position, dass die Anwesenheit der Eltern beim Kind einen inneren Konflikt um die Vorherrschaft der Versorgung auslösen würde. Das Kind wäre die ganze Zeit irri-

90 Ebd., 1974.

91 Tragl 2007.

92 Troschke 1974, 166 unten.

93 Wanschura 1978.

tiert, wem es folgen solle – der Mutter oder dem Arzt oder der Pflegeperson. Er stufte diese Irritationen des Kindes höher ein, als die Ängste des Kindes vor der Trennung. Asperger war überzeugt, dass er mit dem Verbot der Mitaufnahme eines Elternteiles dem Kind nur Gutes tue würde.

Diese Haltung Aspergers war nicht untypisch für die Meinung zahlreicher Fachleute der damaligen Zeit. Die Eltern mussten ihre kranken Kinder im Eingangsbereich des Spitals abgeben. In einer großangelegten empirischen Untersuchung zu damals brennenden Fragen des Kindeswohls und zur Kindererziehung in Österreich, wurden unter anderem auch die Frage der Mitaufnahme der Eltern sowie des Rooming-Ins bei Experten der damaligen Gesundheitsversorgung (Ärzte, Sozialarbeiter) abgefragt.⁹⁴ Es zeigte sich dabei das aus heutiger Sicht erschreckende Ergebnis, dass sich ca. 90% der Experten zu Beginn der siebziger Jahre gegen eine gänzliche Freigabe der Besuchszeiten aussprachen; für eine gewisse Lockerung der Besuchszeiten – einmal täglich – plädierten lediglich ungefähr 20% der befragten Ärzteschaft! An dieser Stelle beklagte G. Pernhaupt zu Recht den eklatanten Wissensmangel der österreichischen Ärzte über die neuen internationalen Forschungen zur Psychologie des Kindes und sah ihre Haltung zum Kind auf einem „vorwissenschaftliches Verständnis“ begründet.⁹⁵

Bei der oben genannten 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1967 in Wien präsentierte der Wiener Kinderarzt, Prim. Dr. Hans Zimprich mit seinen Mitarbeitern, in einem Vortrag die Schlussfolgerungen eines Versuchs, in einem Kinderspital der Gemeinde Wien – dem Karolinspital – liberalere Besuchssituationen für Mütter zuzulassen. In diesem Vortrag berichteten die Kinderärzte von ihren schwierigen Erfahrungen. Sie meinten, dass wesentliche räumliche Voraussetzungen fehlten und die Belastungen dadurch für das Pflegepersonal zu groß seien. Der spätere Begründer der Kinderpsychosomatik in Wien engagierte sich also schon sehr früh in diesem Bereich und versuchte Änderungen zu erreichen.⁹⁶ Ein Großteil seiner Kollegen plädierte aber lediglich für eine beschränkte Öffnung und sprach sich gegen eine „generelle schrankenlose“ Regelung aus.⁹⁷

Der Wiener Psychoanalytiker und Vorstand des Instituts für Tiefenpsychologie, Univ.-Prof. Dr. Strotzka, engagierte sich damals für eine liberalere Politik an den meisten österreichischen Kinderabteilungen und untersuchte bereits in den sechziger Jahren die schädlichen Auswirkungen des Hospitalismus auf die Kinder.⁹⁸ Er war dadurch das liberale Pendant zum Vorstand der Wiener Universitätskinderklinik in dieser Frage. Diese Positionierung Strotzkas ergab sich logischerweise alleine dadurch, dass die Mitarbeiter des „Instituts für Tiefenpsycho-

94 Simon 1972.

95 Pernhaupt 1972, 18.

96 Zimprich 1995.

97 Czermak 1972.

98 Vgl. Troschke 1974.

logie an der Universität Wien“ früher wieder Anschluss an die internationale Fachwelt zur Hospitalismus-Forschung gefunden hatten und mit den emigrierten österreichischen Kollegen der Psychoanalyse in ständiger Verbindung waren. Auch hat sich Prof. Strotzka selbstkritisch mit seiner Vergangenheit auseinandergesetzt. Die Vorlesungen dieses Instituts wurden für viele Generationen von Wiener Ärzten, Psychologen und Pädagogen über Jahrzehnte so zu einem geistigen Fluchtpunkt, um mit progressiven Ideen zur gesellschaftlichen Entwicklung Kontakt zu bekommen.

So führte Strotzka gemeinsam mit M. Simon bereits 1966 eine umfangreiche Studie mit hospitalisierten Kindern im Allgemeinen Krankenhaus in Wien durch und konnte die gravierenden seelischen Veränderungen der Kinder zeigen. Es wurde zugleich deutlich, dass viele Eltern unter dieser unbefriedigenden Situation litten. Zahlreiche Eltern versuchten deshalb offensichtlich damals schon diese Regelungen zu umgehen, den „geschickteren“ sei es dann auch gelungen.⁹⁹

Es ist anzunehmen, dass die ablehnende Haltung des damals führenden österreichischen Pädiaters, Univ.-Prof. Dr. Asperger zum Rooming-In, mitverantwortlich war, dass es in Österreich später als in Deutschland ernsthafte Bestrebungen gab, die Kinderabteilungen zu öffnen. Es dauerte bis zur zweiten Hälfte der siebziger Jahre, bis sich die Kinderspitäler bewegten.

Es begannen die ersten Kinderspitäler der Gemeinde Wien um 1977 die wöchentliche Besuchszeit umzustellen und sich langsam für die Eltern zu öffnen, die Universitätskinderklinik Wien allerdings folgte zunächst nicht und hielt sich weiter an die Vorgaben ihres langjährigen Vorstandes. War es vorher üblich gewesen, nur sonntags für eine Stunde zum Kind auf Besuch zu kommen, so konnten später Eltern täglich für eine Stunde kommen. Fallweise blieben einzelne Eltern auch über Nacht.¹⁰⁰ In der Dissertation von Wanschura ist eine Information für Eltern durch den damaligen Leiter des St. Anna-Kinderspitals, Herrn Univ.-Prof. Dr. Paul Krepler, abgedruckt. In dieser Elterninformation vom Dezember 1976 weist der ärztliche Direktor des Spitals auf die positiven psychologischen Aspekte eines täglichen Besuches des kranken Kindes hin. Es wird in dieser Information aber auch die Not des ärztlichen Direktors deutlich. Er beklagt, dass es natürlich sinnvoll wäre, einen Elternteil mit aufzunehmen – diese Möglichkeit sei aber leider durch die räumlichen Gegebenheiten noch nicht gegeben. Er weist die Eltern tröstend auf den Vorteil der großen Krankenzimmer hin. In diesen großen Zimmern könnten die Kinder miteinander sein und würden so die Trennung von den Eltern leichter aushalten. Er versichert den Eltern, dass das Personal alles tun würde, um das kranke Kind auch ohne Eltern zu trösten.

Er hatte deshalb bereits im Jahre 1973 einen Besuchsdienst für die hospitalisierten Patienten durch die „Gelben Tanten“, einem „Internationalen Komitee für

⁹⁹ Czermak 1972.

¹⁰⁰ Wanschura 1978.

freiwillige Sozialhilfe“, organisiert. Diese Gruppe an freiwilligen Helferinnen spielte mit den Kindern, las ihnen Geschichten vor und versuchte das Leid der Kinder so zu mildern. Univ.-Prof. Dr. Paul Krepler war sich offensichtlich der Notwendigkeit weiterreichender Änderungen bewusst; er unterstützte die psychologische Erforschung der Auswirkungen der unterschiedlichen Besuchsregelungen auf die Kinder, indem er die Durchführung der Dissertation von Frau Dr. Wanschura zuließ. Wie Frau Dr. Wanschura schrieb, war eine solche Genehmigung in einem anderen Kinderkrankenhaus der Gemeinde Wien nicht zu erlangen.

Durch die Neubesetzung der Funktion des ärztlichen Direktors mit Univ. Prof. Dr. H. Gadner im Jahre 1980 kam frischer Wind nach Wien. Univ. Prof. Dr. Gadner wurde wegen seiner fachlichen Qualifikationen auf dem Gebiet der Onkologie und Hämatologie berufen und verkörperte einen neuen Typus Kinderarzt.¹⁰¹

Im Gegensatz zu vielen österreichischen Wissenschaftlern und Pädiatern hatte Univ.-Prof. Dr. Gadner in Deutschland die Entstehung neuer medizinischer und psychosozialer Strukturen und das Rooming-In in Berlin bereits miterleben und gestalten können. Mit diesen Erfahrungen ausgerüstet, gelang es ihm in den folgenden Jahren die Strukturen weiter zu verändern. Wie Frau Dr. Wanschura mitteilte, stellten in einer gemeinsamen Pressekonferenz Herr Univ.-Prof. Dr. H. Gadner, Univ.-Prof. Dr. Löschenkohl und sie selbst die empirischen Ergebnisse ihrer Dissertation „Kind und Krankenhaus“ der Öffentlichkeit vor. Wie nicht anders zu erwarten, zeigten diese Daten die schädlichen Auswirkungen des Hospitalismus und deckten sich mit den wissenschaftlichen Ergebnissen der internationalen Studien.¹⁰²

In enger Kooperation mit dem damaligen Wiener Gesundheitsstadtrat und dem ärztlichen Präsidenten des Trägervereins „Wiener Rotes Kreuz“, Univ.-Prof. Dr. Alois Stacher, konnten in Folge neue bauliche Strukturen errichtet werden – der alte Patiententrakt wurde abgerissen, der Neubau wurde den Bedürfnissen der damaligen Zeit angepasst.¹⁰³

Wie in den Seiten davor beschrieben, wurde damit ein langer Weg zum Schutz des Kindes vor struktureller institutioneller Gewalt beendet. Das Kind bekam im Krankenhaus durch den mit aufgenommenem Elternteil quasi einen „Anwalt“ an seine Seite gestellt, der nun bei allen geplanten medizinischen und pflegerischen Aktionen zu befragen und zu informieren sei. Der Elternteil konnte jetzt also durch seine Anwesenheit und als die vom Gesetz geforderte Vertretung des minderjährigen kranken Kindes vor Ort im Krankenhaus für die Interessen des Kindes eintreten.

Diese Argumentation von mir, dass die kranken Kinder die „elterliche Anwaltschaft“ im Spital bräuchten, könnte einzelne ehemalige Mitglieder der Kinderab-

101 Krepler 1988.

102 Wanschura 1978; Wanschura, Löschenkohl 1979.

103 Gadner 1988.

teilungen (Krankenpflegepersonen, Ärzte, usw.) reizen, da sie sich damit der „Unterstellung“ gegenüber sehen könnten, sie hätten in den alten Zeiten nicht das Wohl des Kindes im Auge gehabt. So war aber diese Argumentation nicht gemeint. Ich bin mir sicher, dass die meisten Krankenpflegepersonen und Ärzte auch früher ihr Bestes gaben, um eine Gesundung des Kindes zu erreichen und liebevoll im Kontakt mit den kranken Kindern waren. Das zeigen auch einzelne Ergebnisse der Studie von Wanschura.¹⁰⁴ Tatsache ist aber, dass sie die Elternschaft aber nicht ersetzen konnten und zudem strukturell gesehen sich durch die große Zahl an kranken Kindern logischerweise in einer massiven Überforderung in der pflegerischen menschlichen Versorgung befinden mussten.

Die Elternschaft birgt ja nicht nur die emotionale Seite wie die elterliche Liebe zum Kind oder die Erziehungsfunktion in sich, sondern hat eine der wichtigsten Funktionen für die Gesundheit des Kindes in sich: nämlich die „leibärztliche Funktion“.¹⁰⁵ Die „leibärztliche Position“ der Mutter (Vater) bedeutet, dass es erst überhaupt über die Sorge der Eltern über den Gesundheitszustand des Kindes zum Kontakt mit dem Krankenhaus kommt. Die Sorge um das Kind treibt die Eltern zum Arzt bzw. in das Kinderkrankenhaus. Diese ängstlichen Eltern ließ man früher vor dem Tor des Krankenhauses und trennte die sich sorgende Mutter (Vater) vom verängstigten Kind. Solch ein Eingriff ist funktional gesehen aber ein „gewalt“-iger Eingriff – er bedeutet strukturelle Gewalt, d.h. eine Institution greift strukturell einseitig verfügend in eine Beziehung ein. Czermak meinte dazu, dass viele ärztliche Kollegen diesen Eingriff in die Mutter-Kind-Beziehung durchaus sinnvoll erachteten und sogar begrüßten, da sie meinten, dass das Kind durch die Trennung eine „zu starke Bindung an die Mutter“ aufgeben müsste.¹⁰⁶ Alte ideologische Ideen der „Schwarzen Pädagogik“ blitzten da in der Haltung mancher Ärzte durch.

Durch die Öffnung des Krankenhauses wurden also die Fragen, was das „Kindeswohl“ denn bedeute und wer das „Kindeswohl“ denn am besten vertrete sowie wer das Recht auf die Definitionsgewalt des „Kindeswohles“ habe, tägliches Brot der im Krankenhaus beschäftigten Personen. Dieser Diskurs zwischen dem kranken Kind, den gesetzlichen Vertretern (den Eltern) und den verschiedenen Mitgliedern der Behandlungsteams ist ein unendlicher und anstrengender, aber notwendiger. Er fordert ständig zur Gewichtung der verschiedenen Positionen und zur Selbstreflexion heraus. Bereits die Autoren des Buches „Das Wohl des Kindes“ wiesen auf die großen Schwierigkeiten hin, die diese Frage aufwirft.¹⁰⁷ Sie beschäftigten sich deshalb mit den Grenzen des professionellen Handelns und zeigten dabei die Verflochtenheit von persönlicher und professioneller

104 Wanschura 1978.

105 Topf 2009.

106 Czermak 1972, 42.

107 Goldsein et al. 1988.

Überzeugung auf. Durch den früheren Ausschluss der Eltern wurde dieser Dialog um das Kindeswohl vor dem Tor des Krankenhauses gelassen und auf eine Stunde pro Woche beschränkt.

Mit der Aufnahme eines Elternteils wurde die Kommunikation mit dem Kind für das Krankenhauspersonal – wie von vielen zuvor befürchtet – komplizierter. Die Kinderkrankenschwester und KinderärztInnen hatten zu Beginn der Öffnung große Probleme, sich auf die geänderten Rahmenbedingungen einzustellen. Die Definition als „Familien-Spital“ erforderte neue Denkansätze in der Betreuung der Kinder. Es musste mit dem kranken Kind (je nach Alter verschieden intensiv) und mit den Eltern gesprochen werden. Alle pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen erfolgten durch die Anwesenheit der Eltern bedingt, unter deren Aufsicht.¹⁰⁸ Diese Änderung in der Kommunikation war also tatsächlich beträchtlich und forderte zu zahlreichen neuen Maßnahmen heraus. Das Berufsbild des Kinderarztes und der Kinderkrankenschwester musste umgeschrieben werden, neue Ausbildungscurricula mussten gestaltet werden.

Und es brauchte vor Ort eine psychosoziale Unterstützung der Behandlungsteams, um eine effizientere Dienstleistung unter den neuen Gegebenheiten erbringen zu können. Diese Hilfestellungen gaben in der Folge dann die verschiedenen psychosozialen Mitarbeiter. Es kam wie oben bereits kurz erwähnt, zu einer wichtigen Ergänzung der traditionellen strukturellen Versorgung, insbesondere bei den schwerkranken Kindern: es wurden neue psychosoziale Strukturen aufgebaut.¹⁰⁹

Einschub:

Die spezielle Situation im St. Anna-Kinderspital in Wien

Die Kinderärzte mussten zugleich erkennen, dass ihre fachliche Expertise nicht mehr ausreichte und sie bei der Vielzahl erkennbarer psychosozialer Fragestellungen überfordert waren. Es brauchte einen neuen interdisziplinären Zugang zu den Problemstellungen. Daher entschloss sich im St. Anna-Kinderspital die Leitung im Jahre 1982, eine Kinderpsychologin anzustellen. Des Weiteren wurde ein Konsiliarius für Kinderpsychiatrie installiert. Bald zeigte sich aber, dass es spezielle soziale Fragen gab, bei denen es notwendig war, die extramurale Versorgung für das Kind und die Familie nach der Entlassung zu gewährleisten. So wandte sich der ärztliche Leiter an die Leitung des Wiener Jugendamtes, heute Amt für Familie und Jugend (AFJ) genannt, und bat um Hilfe.

Das AFJ installierte in Folge einen Verbindungsdienst; eine Sozialarbeiterin der Stadt Wien, eine Beamtin, nahm ungefähr um 1987 ihren Dienst mit zuerst wenigen Wochenstunden auf. Später in den neunziger Jahren hatte das Spital

¹⁰⁸ Topf 1997.

¹⁰⁹ Vgl. Topf et al. 1994.

dann eine Diplomsozialarbeiterin mit 40 Wochenstunden zur Verfügung. Ähnliche Kooperationen hatte es schon in der Kinderpsychiatrie im AKH gegeben. Bald folgten die anderen Kinderabteilungen Wiens. Diese Konstruktion in Wien war ein Sonderfall in Österreich, welche durch die Größe der Stadt bedingt wurde.

Der Autor dieser Zeilen hatte die Chance, diesen psychosozialen Aufbau und Umbauprozess mitgestalten zu können. Ich wurde aufgrund meiner bereits erworbenen Erfahrungen mit ähnlichen gruppenspezifischen Großgruppenprozessen in der damals in der Mitte der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts ebenfalls neustrukturierten forensischen Psychiatrie, meiner Ausbildung in Kinderpsychologie und meinen Erfahrungen in der Psychotherapie, gegen Ende der achtziger Jahre von Univ.-Prof. Dr. Gadner und Josef Trimmel, einem engagierten Sozialarbeiter mit einer individualpsychologischen Psychotherapieausbildung, ins St. Anna-Kinderspital geholt. Trimmel hatte um 1985 begonnen, neue Wege in der psychosozialen Patientenversorgung zu gehen. Er arbeitete zuvor bei Prim. Dr. Günther Pernhaupt in einer therapeutischen Wohngemeinschaft in einem Krankenhaus für suchtgiftkranke Patienten. Die hervorragende Idee von Josef Trimmel war es, die Strukturen einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit einer Spitalsstruktur zu verbinden. Nach kurzer Zeit gemeinsamer Arbeit verließ dieser Pionier das Krankenhaus und widmete sich anderen Aufgabenstellungen.

Mir gelang es dann in der Folge mit Hilfe der tatkräftigen Unterstützung der Direktion und vieler Mitarbeiter aller Bereiche des Krankenhauses, eine moderne psychosoziale Abteilung aufzubauen, die den seit Jahrzehnten von vielen modernen Psychologen und Ärzten geforderten Prinzipien entsprechen konnte. Ein Miteinander von den Eltern – den sogenannten „Leibärzten“¹¹⁰ – und den Kinderärzten in der Behandlung des kranken Kindes wurde angestrebt und umgesetzt. Zu Beginn der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts etablierten auch die anderen österreichischen Kinderabteilungen psychosoziale Dienste. Zuvor wurden die Kinderabteilungen in den österreichischen Spitälern – wenn überhaupt – von benachbarten heilpädagogischen oder kinderpsychiatrischen Stationen konsiliarisch mitversorgt. Angestellte Psychologen auf Kinderabteilungen waren bis zum Jahr 1980 die absolute Ausnahme.

Das St. Anna-Kinderspital unterstützte kontinuierlich die strukturelle Aufbauarbeit psychosozialer Gruppen in Österreich und stellte seine Erfahrungen zur Verfügung. So versorgte ich beispielsweise zu Beginn der neunziger Jahre immer wieder bei besonderen Krisensituationen die Station für hirntumorkranke Kinder an der Universitätskinderklinik Wien mit; letztendlich war dieser Zustand aber nicht mehr zu halten; es gelang in der Folge mit Hilfe der „Elterninitiative für krebskranke Kinder für Wien, Niederösterreich und Burgenland“ eine

110 Topf 2009.

eigene Psychologin für diese Station zu finanzieren. Die Kollegin war in der Folge jahrelang assoziiertes Mitglied der psychosozialen Abteilung des St. Anna-Kinderspitals – solange jedenfalls, bis die Universitätsklinik die Finanzierung selbst übernahm. In Deutschland begann der Prozess der Öffnung der Kinderabteilungen – wie bereits in der Einleitung dieses Kapitels ausgeführt –, früher; auch dort begannen sich sehr bald psychosoziale Gruppe zu etablieren. Diese schlossen sich im Jahre 1989 zusammen und gründeten die „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der Gesellschaft der pädiatrische Onkologie und Hämatologie“.¹¹¹ In dieser Arbeitsgruppe sind inzwischen alle schweizerischen, deutschen und österreichischen Gruppen vertreten.

Anerkennung für die Aufbauarbeit erfuhr das St. Anna-Kinderspital und der Autor dieser Zeilen (gemeinsam mit der in unserem Spital tätigen Forschungspsychologin Mag. Dr. Felder-Puig) im Jahre 2008 durch die Bestellung als externer psychologischer Experte für den psychosozialen Teil einer Studie durch das deutsche IQWiG.¹¹² Dieses Institut hatte im Auftrag der Bundesregierung der Republik Deutschland einen bundesweiten Bericht über die „Qualität der pädiatrisch-hämatologisch-onkologischen Versorgung“ zu erstellen. Anlass für diese Bestellung als externer Experte für den Vorbericht dieser Studie war die Veröffentlichung des psychosozialen Betreuungskonzeptes des St. Anna-Kinderspitals in den 90er Jahren sowie andere Publikationen in Kooperation mit Frau Mag. Dr. Felder-Puig zur Lebensqualität von chronisch kranken Kindern. Diese letzten Zeilen füge ich deshalb ein, da die oben genannte Aufbauarbeit enorme Kraftanstrengungen und Ausdauer erforderten, welche aus heutiger und außenstehender Sicht schwer nachvollziehbar sind. Es gab zahlreiche Ängste und Sorgen der Mitarbeiter des Spitals zu besprechen und Widerstände gegen eine vollkommene Öffnung des Krankenhauses zu überwinden. Viele Details und Rundumgegebenheiten dieses Aufbauprozesses sind inzwischen vergessen und bestehende Strukturen werden als selbstverständlich hingenommen. Diese Bestellung erfreute mich deshalb besonders.

Als Abschluss dieses Kapitels möchte ich noch einen kurzen Ausflug zu den Selbsthilfegruppen der Eltern kranker Kinder machen und auf deren Bedeutung für die Öffnung der Kinderabteilungen hinweisen. Wie oben erwähnt, sind Eltern gesetzlich verpflichtet, ihre unmündigen Kinder quasi als Anwalt nach außen zu vertreten.

Entsprechend dem Zeitgeist der sechziger Jahre verstanden viele Eltern plötzlich diese Vertretungspflicht in einem umfassenderen Sinne als die Jahre zuvor und begannen sich in Deutschland und Österreich – genauso wie in Großbritannien zuvor – in Selbsthilfegruppen zu organisieren. Das erste Aktionskomitee

111 Kinderkrebsinfo.de (15. 1. 2012).

112 IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) <http://www.iqwig.de> (15. 1. 2012).

„Kind im Krankenhaus“ (AKIK-Bundesverband) gründete sich bereits im Jahre 1968 in Frankfurt und begann die Rechte der Kinder und Eltern im Krankenhaus zu vertreten. In Österreich organisierten sich Eltern 1986 in dem Verein „Kinderbegleitung“.¹¹³ In der Folge verbündeten sich viele fortschrittliche Ärzte mit diesen Eltern-Verbänden und nutzten die Beweglichkeit und politische Kraft der Selbsthilfegruppen für die gemeinsame gute Sache. Diese Frankfurter Elterngruppe organisierte dann zusammen mit 11 anderen europäischen Gruppen im Jahre 1988 auch das 1. Europäische Treffen „Kind im Krankenhaus“ in Leiden in Holland, welches in der Folge die oben genannte EACH (Charta für Kinder im Krankenhaus) verabschiedete.¹¹⁴ Die „Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde“ unterstützte sehr bald den Prozess der Öffnung der Kinderabteilungen. Im Jahre 1993 organisierte beispielsweise der damalige Vorstand der Universitätskinderklinik Graz, Univ.-Prof. Dr. Kurz, die „3. Europäische Konferenz der Kind-im-Krankenhaus-Initiativen“ mit und „unterstrich die Wichtigkeit der Vorbereitung des Kindes auf den Krankenhausaufenthalt, die Anwesenheit der Eltern bei der Aufnahme“ und setzte sich für die psychosoziale Betreuung der kranken Kinder im Krankenhaus ein.¹¹⁵

Ab dem Jahre 1973 sollten sich die Elterngruppen für krebskranke Kinder als starke Verbündete im Kampf um die Öffnung der Kinderabteilungen – nicht nur in Deutschland,¹¹⁶ sondern ab 1985 auch in Wien und später in ganz Österreich – erweisen. Bedingt durch die schwere Krankheit, intensiver Behandlungen und den langen Spitalsaufenthalten der Kinder, war diese Patientengruppe besonders vom Ausschluss der Familien betroffen. Die Eltern entwickelten große Anstrengungen in der Akquirierung von Geldern für die psychosoziale Versorgung ihrer Kinder in den Kliniken, den Aufbau der entsprechenden Forschungseinrichtungen und unterstützten sowohl in Deutschland als auch in Österreich (ab 1985) tatkräftig die jeweiligen Kinderabteilungen. Es wurde auf Initiative von Univ.-Prof. Dr. Gadner in der Folge das Familienzentrum für krebskranke Kinder, die Elterninitiative für krebskranke Kinder und der Heimunterricht für krebskranke Kinder im Rahmen der Heilstättenschule der Stadt Wien ins Leben gerufen.¹¹⁷ Zusätzlich wurden die ersten psychosozialen Mitarbeiter (Kindergärtnerinnen, Sozialarbeiterinnen) durch die Elterninitiativen finanziert und im Krankenhaus angestellt.¹¹⁸ Durch die Öffentlichkeitsarbeit der Elterninitiativen konnten weite Kreise der Bevölkerung für die Anliegen der kranken Kinder im Spital gewonnen werden.¹¹⁹

113 KiB children care – Verein rund ums erkrankte Kind, <http://www.kib.or.at> (15. 1. 2012).

114 Vgl. <http://www.akik.de> (2011).

115 B. Musil 1994, 124.

116 DLFH Jubiläumsschrift (2005) <http://www.kinderkrebsstiftung.de> (15.1.2012).

117 Topf et al. 2011.

118 Vgl. Gadner 1988; Topf et al. 1994.

119 Vgl. <http://www.elterninitiative.at>; <http://www.ccri.at>; <http://www.kinderkrebshilfe.at>.

4.2. Auswirkung des Rooming-In auf die Entstehung von Kinderschutzgruppen und die Beziehung Kinderabteilung – Jugendwohlfahrt in Wien

Das Rooming-In hatte aber auch andere Auswirkungen. Schnell wurde sichtbar, dass es viele psychosoziale Probleme in den Familien gab, welche man früher nicht erkennen konnte. Jetzt waren die familiären Situationen im Spitalsalltag täglich vorhanden. Die durch die Öffnung des Krankenhauses entstandene Nähe zu den psychosozialen Problemen der Familien sensibilisierte die Ärzteschaft und das Krankenpflegepersonal stark. Die speziellen Fragen des Kinderschutzes gewannen plötzlich mehr an Gewicht. Ich bin deshalb der Meinung – wie in der Einleitung angedeutet – dass die Gründung einer eigenen differentialdiagnostischen Gruppe namens „Kinderschutzgruppe“ nur die logische Folge sein konnte. Aus einem allgemeinen Kinderschutzanspruch wurde schnell der spezielle. In dem diesbezüglich starken Engagement der Kinderärzte zeigte sich auch die stark geänderte Einstellung zum kranken Kind und dem Kindeswohl insgesamt, welche sich auch in der Kooperation mit der Diplomsozialarbeiterin des Jugendamtes (AFJ) ausdrückte.

Die Kooperation mit der Verbindungssozialarbeiterin funktionierte zunächst gut. Sie bekam die ärztlichen Zuweisungen, stieg in die Betreuung der Familien ein und band – je nach Wohnsitz – die Familie beim AFJ des Bezirkes an. Die gesetzliche ärztliche Anzeigepflicht wurde erfüllt; bei sogenannten „leichteren Fällen“ bestand immer ein Unbehagen, was durch die polizeiliche Anzeigepflicht ausgelöst werden würde; bei schweren Verletzungen und groben Verdachtsituationen wurde aber generell angezeigt. Die Verbindungssozialarbeiterin bekam in der Regel alle Fälle zur Erledigung zugewiesen. Die Auseinandersetzung mit den Hintergründen der Kinderschutzfälle erfolgte nur bei besonders „brisanten“ Fällen. Mit der Übergabe an die Verbindungssozialarbeiterin war in der Regel die interne Erledigung abgeschlossen; die Mitarbeiter im Krankenhaus gingen davon aus, dass das Kind in Sicherheit sei und vom AFJ gut „betreut“ werde.

Zwei Änderungen im Jugendwohlfahrtsgesetz im Jahre 1989 hatten dann aber ihre Auswirkungen. Diese zeigten sich in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhauspersonal und Jugendwohlfahrtsbehörde nicht sofort, sondern sie „schlichen“ sich sozusagen subkutan in die Kommunikation ein und kamen langsam zum Tragen.

Die eine Änderung betraf die Einführung des Verbotes des elterlichen Züchtigungsrechtes und jeglicher Gewalt am Kind im Sinne von Strafen.¹²⁰ Das damalige Motto war „Helfen“ statt „Strafen“. Durch die Gesetzesänderung wurde der Druck auf die Kinderärzte, alles zu melden, erhöht. Es wurde den Spitalern aufgelegt, dass sie Vorfälle am Kind unbedingt und unverzüglich dem zuständigen

120 Maleczky 1993.

Jugendamt zu melden hatten. Im Falle von Wien war dies, die im jeweiligen Krankenhaus tätige Verbindungssozialarbeiterin. Diese nahm die Meldungen entgegen und leitete sie dann an das jeweilige Jugendamt weiter, welches die Verantwortung hatte, die geeigneten Maßnahmen zu treffen. Das heißt, die Verbindungssozialarbeiterin war im Grunde – ab diesem Zeitpunkt der Gesetzesänderung – eine Überbringerin der Meldung, die Letztverantwortung hatte die jeweilige zuständige Sozialarbeiterin am Jugendamt. Und an dieser Schnittstelle begannen dann die gruppendynamischen Situationen in den Kinderabteilungen auseinanderzulaufen.

Die zweite Änderung im Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 mit Folgen für die Kooperation Krankenhaus-Jugendamt war, dass die Jugendwohlfahrt zu unterscheiden hatte, ob es sich um eine Hilfestellung im sozialen Bereich oder um eine „Hilfe zur Erziehung“ handelte, später wurde diese „Hilfe zur Erziehung“ unter dem Terminus „Gefährdungsmeldung“ bekannt.¹²¹

Die „Hilfe zur Erziehung“ hieß für die tägliche Arbeit der Sozialarbeiter am zuständigen Jugendamt, dass es entweder zu einer freiwilligen Kooperation mit der Familie kam und diese somit ein verläSSLicher Partner war, oder aber, die Familie den geforderten Auflagen nicht zustimmen wollte und das AFJ deswegen gezwungen war, Zwangsmaßnahmen einzuleiten. Das AFJ musste parallel zur Einleitung der Zwangsmaßnahmen beim zuständigen PflEGschaftsgericht die Übertragung der Obsorge für Pflege, Erziehung oder beides, für das Kind beantragen.

Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben begannen die einzelnen Jugendwohlfahrtsbehörden (die Durchführungsbestimmungen sind Ländersache) formalisierte und qualitätssichernde Abläufe einzuführen, um ihr Handeln nach innen und nach außen legitimieren zu können.

Die Spitäler spürten die Änderungen an einzelnen Patientenschicksalen, welche sich dann zu Konfliktfällen entwickeln konnten. Ein klassischer Konfliktfall war zum Beispiel jener, bei dem es scheinbar für das Krankenhaus „nur“ um eine mittelgradige Vernachlässigung des kranken Kindes ging und die Meldung an die Verbindungssozialarbeiterin erfolgte. Diese übermittelte ihrerseits die notwendigen Informationen an die zuständige Kollegin. Und „plötzlich“ entwickelte sich die Situation für das Krankenhaus ganz anders als gedacht und erwünscht.

Wenn es beispielsweise über die Verbindungssozialarbeiterin zur Rückmeldung an das Spital kam, es müssten massive Eingriffe in die Familie erfolgen, z.B. eine Kindesabnahme mit einer Unterbringung des Kindes in ein Krisenzentrum, so wollten natürlich die Spitalsmitarbeiter die Hintergründe wissen. Aus Datenschutzgründen konnten aber von der Verbindungssozialarbeiterin keine genaueren Informationen gegeben werden, sondern diese zugrundeliegenden Sachverhalte wurden nur angedeutet. Von der Position des Spitals aus betrachtet, hatte

¹²¹ Vgl. im folgenden Zinner 2008, 101.

sich durch eine Meldung an das AFJ eine nicht nachvollziehbare menschliche „Katastrophe“ entwickelt.

Die Verbindungssozialarbeiterin stand dadurch zwischen zwei Fronten: Einerseits war sie zur Amtsverschwiegenheit und ihren Kollegen des AFJ verpflichtet, andererseits war sie in der Regel mit den Kollegen des Krankenhauses emotional verbunden, da dies ihr regulärer Arbeitsplatz war. Diese Situationen arteten sich in den folgenden Jahren zu immer stärkeren Zerreißproben für die Verbindungssozialarbeiterinnen aus.

Die Stellung der Verbindungssozialarbeiter in den Spitälern wurde zunehmend von beiden Seiten – der Jugendwohlfahrt und den Kinderabteilungen – diskutiert. Beide Seiten hatten den Eindruck, dass da etwas „unrund“ laufe. Ich selbst war mit der ärztlichen Direktion des St. Anna-Kinderspitals in dieser Angelegenheit zu zahlreichen intensiven Gesprächen mit den Vertretern der Jugendwohlfahrt involviert; es wurde versucht, die Abläufe zu verbessern, die Datenschutzfragen zu klären und zu bindenden Vereinbarungen zu kommen. Aber die diesbezüglichen Diskussionen in den fachlichen Berufsverbänden und in den Organen nahmen zu.

Das heißt, durch die Gesetzesänderungen 1989 war aus einem sogenannten „Betreuungsfall“ für die Jugendwohlfahrt ein „Behördenfall“ geworden; also die Frage im Raum stehend, wie einschneidend sie auf die gemeldeten Fälle zu reagieren hätten. Die Vertreter der Spitäler fühlten sich hingegen immer mehr als „Erfüllungsgehilfen“ amtlicher Aufträge und auf formale Meldungspflichten reduziert.

Die Standesvertretungen der Ärzteschaft forderten, dass sie mehr Spielräume im Spitalsalltag haben müssten, um den Kindern zu helfen und sie nicht den Ämtern „ausliefern zu müssen“. Die Änderung des Ärztegesetzes von 1998 war eine unmittelbare Folge dieser Kontroversen; im Jahr 2004 wurde als weitere Folge die „Kinderschutzgruppen“ als Instrument des Abklärungsverfahrens bei Verdacht auf Kindesmisshandlung im Österreichischen Krankenanstaltengesetz verankert.

In diesen Zeitraum, also von 1989 an bis ungefähr 1998, fällt in Österreich auch die Gründung der ersten Kinderschutzgruppen. In Graz wurde 1990 die erste österreichische Kinderschutzgruppe von Univ. Dr. M. Höllwarth und Univ. Prof. Dr. U. Scheer gegründet; in Wien 1996 erfolgte die Gründung der ersten Kinderschutzgruppe im Preyer'schen Kinderspital durch Univ. Doz. Dr. G. Fasching.¹²² Die anderen Spitäler folgten nach.

Nach der Gründung der Kinderschutzgruppe – auch das St. Anna- Kinderspital hatte ab ca. 1997 eine Kinderschutzgruppe – verschärfte sich die bisherige schwierige Stellung der Verbindungssozialarbeiter in den Wiener Spitälern noch mehr. Es stellte sich die Frage, ob es mit ihrer Amtsverschwiegenheit zu verein-

122 Tragl 2007.

baren sei, dass sie an Sitzungen der Kinderschutzgruppen teilnahmen. Wieder gab es zu dieser Frage Besprechungen zwischen den Vertretern der Kinderabteilungen und dem AFJ. Die zuständigen und dazu berufenen Juristen sahen die Schwierigkeiten in beide Richtungen: Einerseits könnte eine beamtete Sozialarbeiterin aufgrund ihres Status einer Vertreterin der Hoheitsverwaltung einen möglichen Straftatbestand nicht „informell“ entgegennehmen; andererseits durfte sie das vorhandene und logische Bedürfnis nach Information über amtliche Daten, welches regelhaft von den Mitgliedern der Kinderschutzgruppen geäußert wurde, nicht erfüllen. In dieser verschärften Situation wurde die Teilnahme der Verbindungssozialarbeiterin von der Abteilungsleiterin des AFJ per Weisung an den regelmäßigen Sitzungen untersagt.

Nachdem es aber bei komplexen Sachverhalten nach wie vor zu Schwierigkeiten bei den oben genannten Fragen des Datenschutzes und der Stellung der Amtsperson in der rechtlich komplexen Institution Krankenhaus gekommen war und die Zerreißproben zunahmen, wurden schließlich mit dem Jahresende 2003 alle Verbindungssozialarbeiter des AFJ von den Kinderabteilungen abgezogen; in der Begründung wurde von der zuständigen Stadträtin für Soziales aber gezielt darauf hingewiesen, dass die Kinderabteilungen einen Bedarf an klinischer Sozialarbeit hätten und dieser seit dem Abzug der beamteten Sozialarbeiter des AFJ nicht abgedeckt wäre.

In Zukunft sollte die Kommunikation von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Kinderabteilungen bei Gefährdungsfällen direkt mit den jeweiligen zuständigen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen des AFJ stattfinden. Die Meldungen auf Verdacht der Gefährdung des Kindeswohles mussten schriftlich erfolgen. Um die Kommunikation mit den Spitälern aber wieder zu verbessern, wurden die Jugendämter angewiesen, bei komplexen Fällen in das Spital zu Fallbesprechungen zu kommen. Diese zuletzt genannte Weisung der Abteilungsleiterin milderte die entstandene Kluft zwischen den Kinderabteilungen und dem AFJ ein wenig. Es wurde auf vielen Ebenen versucht, den Abzug der Verbindungssozialarbeiter durch die Stadt Wien wieder rückgängig zu machen – diese Versuche misslangen.

Der tatsächliche Vorteil für die beiden Parteien war, dass die Kommunikation direkter wurde. Der dazwischen geschaltete Verbindungssozialarbeiter war zwar bequem gewesen, hatte aber den direkten Dialog zwischen den Entscheidungsträgern verhindert. Das heißt, es kam diesbezüglich wirklich zu einer Verbesserung des Verhältnisses. Ein weiterer Vorteil dieser neuen Regelung war, dass die Verantwortlichkeit über die Gefährdungsmeldung nun primär allein bei der Leitung des Krankenhauses lag – die Verantwortung war aber somit größer geworden.

In dieser Situation war die Kinderschutzgruppe für die kollegialen Führungen ein Garant dafür, dass die möglichen Fälle einer Kindesgefährdung in einer interdisziplinären Gruppe besprochen wurden, also die Abklärung auf eine breitere Basis gestellt war. Den Kinderschutzfällen wurde eine strukturell gesicherte, er-

höhte Aufmerksamkeit im Spitalsalltag gewidmet. Die Kinderschutzgruppe wurde in diesem Sinne auch in den meisten Spitälern als Stabsstelle des ärztlichen Direktors verankert.

Der Abzug der Verbindungssozialarbeiter hatte aber trotzdem einen Schaden in der Beziehung zwischen den Institutionen hinterlassen. Es fehlte spürbar die sozialarbeiterische Kompetenz in den Kinderabteilungen. Die psychosoziale Not vieler Familien bestand unvermindert.

Nach Gesprächen mit der Stadträtin für Gesundheit der Stadt Wien, Frau Mag. Sonja Wehsely, beauftragte sie mich mit der Vermittlung und gab mir auch den entsprechenden Verhandlungsspielraum. Nach etlichen Orientierungsgesprächen mit der Abteilungsleiterin des Amtes für Familie und Jugend und der zuständigen Direktorin des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurde ein Diskussionsforum, das „Wiener Kinderschutzforum“, gegründet.¹²³

Dieses Forum sollte als Diskussionsplattform zwischen den leitenden Sozialarbeiterinnen aller Wiener Jugendämter, den ärztlichen Direktoren der Spitäler bzw. den Abteilungsleitern der Kinderabteilungen und den Mitgliedern der Kinderschutzgruppen dienen. Eine derartige Besprechung hatte es bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegeben. Die Diskussion sollte strukturiert vor sich gehen; anhand von Fallbesprechungen kritischer anonymisierter Fälle sollte die jeweilige Sichtweise dargestellt und dann zur Diskussion eingeladen werden. Es sollten klinische Fallvignetten sein, um sich besser in den Standpunkt der „sogenannten anderen Seite“ einfühlen zu können. Es sollte das Verständnis für die Positionen der anderen Seite wiedergewonnen werden und ein offenerer Dialog möglich werden. Die 1. Besprechung fand im April 2008 statt. Die Diskussionen waren sachlich, aber durchaus emotional. Es zeigten sich die erwarteten fachlichen unterschiedlichen Positionen. Letztendlich waren die Diskussionen so aufschlussreich und nachhaltig, dass es aufgrund weiterer Gespräche mit verschiedenen Entscheidungsträgern im Hintergrund nach über 5 Jahren zu einer Klärung und Lösung der offenen Fragen kam.

Bereits bei dem 2. Kinderschutzforum im Juni 2008 konnte von den beiden Abteilungsleiterinnen der Stadt Wien bekannt gegeben werden, dass es durch die Umwandlung von Dienstposten der Stadt Wien in jeder Kinderabteilung wieder „Klinische SozialarbeiterInnen“ geben würde; diese würden aber nicht mehr beamtete Angestellte des AFJ, sondern des jeweiligen Spitalsträgers sein. So konnten die oben zitierten und bekannten rechtlichen Probleme, welche aus der Amtsverschwiegenheit resultierten, eliminiert werden. Diese Ankündigung beim „2. Wiener Kinderschutzforum“ wurde inzwischen Realität.

123 Es sei an dieser Stelle den beiden Abteilungsleiterinnen der Stadt Wien, Frau Mag. Renate Balic-Penzing und Frau Dr. Susanne Herbek, sowie der Geschäftsführerin des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien, Frau Dr. Maria Kletečka-Pulker, besonders für ihr engagiertes Eintreten für die Lösung dieser Angelegenheit gedankt.

Das „Wiener Kinderschutzforum“ tagt seitdem regelmäßig einmal im Jahr und versucht weiterhin, die Kooperationen mit verschiedensten involvierten Behörden zu verbessern. Die Lenkungsgruppe des Wiener Kinderschutzforums hat sich inzwischen um einen hohen Vertreter der Bundespolizeidirektion Wien, um den Präsidenten des Wiener Landesstrafgerichts, um eine Vertreterin der Staatsanwaltschaft Wien und die Vorsitzende der Familienrichter und Familienrichterrinnen erweitert.

5. Abschließende Bemerkungen

Beschäftigt man sich mit diesen langen und wechselvollen Entwicklungen in der Geschichte des kranken Kindes und seines Schutzes, so merkt man erst, wie kurz manche Erfolge sind. Die wechselvolle Geschichte des österreichischen Staates spielt dabei in diesem Verhältnis eine besondere Rolle. Die Absicht des Autors dieser Arbeit war – wie eingangs erwähnt, einige Linien der Ideengeschichte des Kinderschutzes mit der Geschichte der Psychoanalyse und der Kinderheilkunde in Österreich, insbesondere aus einer Wiener Position heraus, zu verknüpfen. Es ist dem Autor allerdings bewusst, dass seine Darstellung keine punktgenaue historische Aufarbeitung der Geschichte aller österreichischen Kinderabteilungen in Bezug auf den Hospitalismus ist. Sie ersetzt somit keinesfalls eine genaue Zeittafel, in welcher die Punkte der genauen Öffnung des Rooming-Ins auf den Kinderabteilungen und Geburtsstationen dargestellt werden. Sie geht damit auch nicht auf weitere bedeutsame Persönlichkeiten ein, die hier entscheidend gewesen sein könnten. Diese Aufarbeitung sollte allerdings erfolgen.

Weiters beleuchtet diese Arbeit nicht die Ausgeliefertheit des kranken Kindes in einer Institution ohne Eltern. Somit sind potentielle spezielle historische Übergriffssituationen nicht angesprochen – auch hier sollte eine zeitgeschichtliche Aufarbeitung Lücken schließen helfen und den möglichen Betroffenen historische Gerechtigkeit angedeihen lassen.

Es ist zu hoffen, dass die erreichten Positionen in der Zukunft halten und ausgebaut werden können und das Wohl des Kindes mit seinen Bedürfnissen dabei immer im Mittelpunkt stehen wird.

Literatur

- Aichhorn 1994: Aichhorn A., Verwaahlte Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung, 1994.
Ariès 1978: Ariès P., Geschichte der Kindheit, 1978.
Becker 1997: Becker S., Trauma und Realität. In: Richter-Appelt (Hg.), Verführung, Trauma, Missbrauch, 1997, 11–24.

- Berger 2007: Berger E., Zur Geschichte der Jugendfürsorge. In: Berger E. (Hg.), Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung, 2007, 41–46.
- Bowlby 1969: Bowlby J., Bindung, 1969.
- Bowlby 1973: Bowlby J., Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit, *Maternal Care and Mental Health*, 1973.
- Bowlby 1973: Bowlby J., Trennung. Angst und Zorn, 1973.
- Bowlby 1980: Bowlby J., Verlust, Trauer und Depression, 1980
- Buchmann, Buchmann 2006: Buchmann B. M., Buchmann D., Die Epoche vom Ende des 18. Jahrhunderts bis um 1860. In: Csendes P., Opl F. (Hg.), *Wien. Geschichte einer Stadt. Von 1790 bis zur Gegenwart*, 2006, 15–46.
- Canetti 1980: Canetti E., Masse und Macht, 1980.
- Czermak 1972: Czermak H., Übersicht über die einschlägige Literatur. In: Strotzka H., Simon M., Cermak H., Pernhaupt G. (Hg.), *Psychohygiene und Mutterberatung. Eine Bestandsaufnahme als Grundlage für eine Reform*, 1972, 19–46.
- De Mause 1977: De Mause L., Evolution der Kindheit. In: De Mause L. (Hg.), *Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*, 1977, 12–111.
- DLFH Jubiläumsschrift 2005: <http://www.kinderkrebsstiftung.de> (15.1.2012).
- EACH 2006 (European Association for Children in Hospital) <http://www.each-forsick-children.org>.
- Egle et al. 2005: Egle U. T., Hoffmann S. O., Joraschky P., Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 2005.
- Ferenczi 2004: Ferenczi S., Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In: Ferenczi S., *Schriften zur Psychoanalyse 2004*, 303–316.
- Freud 1942a: Freud S., Die Traumdeutung. In: *Gesammelte Werke II, III*, 1942.
- Freud 1942b: Freud S., Drei Abhandlung zur Sexualtheorie. *Gesammelte Werke V*, 1942, 27–144.
- Freud 1943a: Freud S., Zur Einleitung der Selbstmord-Diskussion. *Gesammelte Werke VIII*, 1943, 61–63.
- Freud 1943b Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides). *Gesammelte Werke VIII*, 1943, 237–320.
- Freud 1952a: Freud S., Étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques. *Gesammelte Werke I*, 1952, 38–55.
- Freud 1952b: Freud S., Zur Ätiologie der Hysterie. *Gesammelte Werke I*, 1952, 425–459.
- Freud A. 1973a: Freud A., Die Schriften der Anna Freud, Band II: Kriegskinder, Berichte aus den Kriegskinderheimen „Hampstead Nurseries“ 1941 und 1942, 1973.
- Freud A. 1973b: A. Freud, Die Schriften der Anna Freud, Band III: Anstaltskinder, Berichte aus dem Kriegskinderheimen „Hampstead Nurseries“ 1943–1945, 1973.
- Freud, Bergmann 1972: Freud A., Bergmann T., Kranke Kinder. Ein psychoanalytischer Beitrag zu ihrem Verständnis, 1972.
- Gadner 1988: Gadner H., Das St. Anna-Kinderspital in den 80er Jahren. In: Krepler P., *Das Kind und sein Arzt. 150 Jahre St. Anna-Kinderspital*, 1988, 135–168.
- Goldsein et al. 1988: Goldstein J., Freud A., Solnit A., Goldstein S., *Das Wohl des Kindes. Grenzen des professionellen Handelns*, 1988.
- Grawe et al. 1994: Grawe K., Donati R., Bernauer F., *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, 1994.
- Heiligenthal, Volk 1985: Heiligenthal P., Volk R., Vorwort. In: Schreiber D. P., *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, 1985, 7–11.
- Herrmann et al. 2010: Herrmann W., Banaschak S., Thyen U., Dettmeyer R. B., *Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*, 2010.
- Hirsch 1994: Hirsch M., *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie*, 1994.
- Holmes 2006: Holmes J., *John Bowlby und die Bindungstheorie*, 2006.
<http://www.akik.de> (2011)
<http://www.ccri.at>; <http://www.kinderkrebshilfe.at>
<http://www.elterninitiative.at>

- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen), Qualität der pädiatrisch-hämatologisch-onkologischen Versorgung (2009) <http://www.iqwig.de> (15. 1. 2012).
- Jones et al. 1996: Jones D. P. H. and The Royal College of Physicians, Sexueller Missbrauch von Kindern, 1996).
- Kerber-Ganse 2009: Kerber-Ganse W., Die Menschenrechte des Kindes, 2009.
- KiB children care – Verein rund ums erkrankte Kind, <http://www.kib.or.at> (15. 1. 2012)
- Kinderkrebsinfo.de – Informationsportal zu Krebs- und Bluterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, <http://www.kinderkrebsinfo.de> (15. 1. 2012).
- Kramer 1997: Kramer E., Kunst als Therapie mit Kindern 1997.
- Krepler 1988: Krepler P., Das Kind und sein Arzt. 150 Jahre St. Anna-Kinderspital, 1988.
- Laplanche 1988: Laplanche J., Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze, 1988.
- Lobner 1986: Lobner H. (Hg.), Psychoanalyse heute. Festschrift zum 60. Geburtstag von Harald Leupold-Löwenthal. Die öffentliche Geheimwissenschaft. Forschungsbeispiele aus der internationalen Psychoanalyse, 1986.
- Maleczky 1993: Maleczky O., Zur Strafbarkeit der „Gsundn Watschn“, ÖJZ 1993, 625.
- Marx 1872: Marx K., Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Der Produktionsprozess des Kapitals, 1872.
- Miller 1983: Miller A., Am Anfang war Erziehung, 1983.
- Mühlleitner 1992: Mühlleitner E., Biographisches Lexikon der Psychoanalyse, 1992.
- Musil 2010: Musil B., Pädagogisch-erzieherisch relevante Aspekte und Überlegungen für das Kind im Krankenhaus. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien 1994.
- Pappenheim 2004: E. Pappenheim, Von der Kinderheilkunde im 19. Jahrhundert zur Kinderpsychoanalyse In: Pappenheim, Hölderlin, Feuchtersleben, Freud. Beiträge zur Geschichte der Psychoanalyse, der Psychiatrie und Neurologie 2004, 347–361
- Pappenheim 2004: Pappenheim E., Politik und Psychoanalyse in Wien vor 1938. In: Pappenheim, Hölderlin, Feuchtersleben, Freud. Beiträge zur Geschichte der Psychoanalyse, der Psychiatrie und Neurologie 2004, 408–425.
- Pernhaupt 1972: Pernhaupt G., Eindrücke einer teilnehmenden Beobachtung und persönlichen Befragung von Ärzten in Wiener Mutterberatungsstellen. In: Strotzka H., Simon M., Cermak H., Pernhaupt G. (Hg.), Psychohygiene und Mutterberatung. Eine Bestandsaufnahme als Grundlage für eine Reform 1972, 15–18.
- Pernhaupt, Czermak 1980: Pernhaupt G., Czermak H., Die gesunde Ohrfeige macht krank, 1980.
- Plank 1973: Plank E., Hilfen für Kinder im Krankenhaus, 1973.
- Pohl 2010: Pohl S., Heilpädagogik auf der Kinderstation: Konzeptionelle Überlegungen zur bindungstheoretisch gestützten Arbeit mit Langzeitpatienten, 2010.
- Roberson 1977: Roberson P., Das Heim als Nest: Mittelschichten-Kindheit in Europa im neunzehnten Jahrhundert. In: De Mause L. (Hg.), Hört ihr die Kinder weinen, 1977, 565–602.
- Robertson 1974: Robertson J., Kinder im Krankenhaus, 1974.
- Rudolph, Benetka 2007: Rudolph C., Benetka G., Kontinuität oder Bruch? Zur Geschichte der Intelligenzmessung im Wiener Fürsorgesystem vor und in der NS-Zeit. In: Berger E. (Hg.), Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung, 2007.
- Rutschky 1977: Rutschky K., Schwarze Pädagogik. Quellen zur Naturgeschichte der bürgerlichen Erziehung, 1977).
- Sablik 2010: Sablik K., Julius Tandler. Mediziner und Sozialreformer, 2010).
- Sax 2010: Sax H., Die Stellung des Kindes in der politischen Entscheidung. In: Kerbl R. et al., Kind und Recht, 2010, 103–116.
- Schlüter, Vielhaber 2002: Schlüter S., Vielhaber C. (Hg.), The best of Kinderschutz aktiv. Eine Sammlung von Beiträgen in Erinnerung an Hans Czermak, 2002.
- Schreber 1985: Schreber D. P., Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken, 1985, 21–28.
- Schreber M. (1858) in Rutschky (1977): Schwarze Pädagogik. Quellen zur Naturgeschichte der bürgerlichen Erziehung 1977, 260–264, 354–357.
- Shengold 1995: L. Shengold L., Soul Murder. Seelenmord – die Auswirkungen von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit, 1995.

- Simon 1972: Simon M. D., Fragebogenuntersuchung über die Stellung von Experten zu Fragen der Aufzucht und Erziehung von Kleinkindern. In: Strotzka H., Simon M., Cermak H., Pernhaupt G. (Hg.), Psychohygiene und Mutterberatung. Eine Bestandsaufnahme als Grundlage für eine Reform, 1972, 47–103.
- Spiel 1983: Spiel W., Die Individualpsychologie Alfred Adlers in Wien. In: Berner P., Spiel W., Strotzka H., Wyklicky H. (Hg.), Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien, 1983).
- Spitz 1971: Spitz R., Hospitalismus I. In: Bittner G., Schmid-Cords E. (Hg.), Erziehung in der frühen Kindheit, 1971, 77–98.
- Spitz 1971b: Spitz R., Hospitalismus II. In: Bittner G., Schmid-Cords E. (Hg.), Erziehung in der frühen Kindheit, 1971, 99–103.
- Spitz 1971c: Spitz R., Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. In: Bittner G., Schmid-Cords E. (Hg.), Erziehung in der frühen Kindheit, 1971, 77–98.
- Streit 2002: Streit G., Die „g’sunde Watschn“ und das Kindeswohl. In: Schlüter S., Vielhaber C. (Hg.), The best of Kinderschutz aktiv. Eine Sammlung von Beiträgen in Erinnerung an Hans Czermak, 2002, 132–138.
- Strotzka 1983: Strotzka, H., Sigmund Freud und die Psychoanalyse. In: Berner P., Spiel W., Strotzka H., Wyklicky H. (Hg.), Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien, 1983, 81–87.
- Strotzka et al. 1972: Strotzka H., Simon M., Czermak H., Pernhaupt G. (Hg.), Psychohygiene und Mutterberatung, 1972.
- Swoboda 1962: Swoboda W., Chronik der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, 1962.
- Topf 1997: Topf R., Medizinische Krebsaufklärung als psychosoziale Notwendigkeit – Tiefenpsychologische Aspekte in der medizinischen Behandlung krebskranker Kinder. In: Kinderanalyse 5/3, 1997, 285–311.
- Topf 2009: Topf R., Die Mutter als Leibärztin: Das Kind, die Krankheit und der Tod. In: Zeitschrift „Psyche“ 63/6, 2009, 566–588.
- Topf et al. 1994: Topf R., Trimmel J., Vachalek L., Felsberger C., Gadner H., Das Psychosoziale Betreuungskonzept der pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspitals, Wien. Jahrbuch der Psychoonkologie 1994, 15–40.
- Topf et al. 2011: Topf R., Höfer C., Rudy M., Schule und Krebserkrankung – eine pädagogische Herausforderung. In: Integrationsjournal 6, 2011, 20–28.
- Tragl 2007: Tragl K., Chronik der Universitäts-Kinderklinik Wien, 2007. <http://www.meduniwien.ac.at/hp/100jahrekinderklinik/chronik-der-kinderklinik-wien> (15. 1. 2012).
- Tragl 2007: Tragl K., Chronik der Wiener Krankenanstalten, 2007.
- Troschke 1969: Troschke J. F. v., Die psychische Traumatisierung von Kindern im Krankenhaus. Dissertation Ludwig-Maximilian-Universität München 1969.
- Troschke 1974: Troschke J. F. v., Das Kind als Patient im Krankenhaus, 1974.
- Wanschura 1978: Wanschura T. B., Kind und Krankenhaus. Dissertation Universität Wien 1978.
- Wanschura, Löschenkohl 1979: Wanschura T., Löschenkohl E., The child in the hospital: two condition models for the reinforcement/inhibition of behavioral disorders. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 28/27, 1979, 51–55.
- Wiesbauer 1982: Wiesbauer E., Das Kind als Objekt der Wissenschaft. Medizinischen und psychologische Kinderforschung an der Wiener Universität 1800–1914, 1982.
- Winnicott 1983: Winnicott D. W., Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse, 1983.
- Wyss 1991: Wyss D., Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Entwicklung, Probleme, Krisen, 1991.
- Zenz 1981: Zenz G., Kindesmisshandlung und Kindesrechte, 1981.
- Zimprich 1995: Zimprich H., Allgemeine Problematik einer psychosomatischen Medizin. In: Zimprich H. (Hg.), Kinderpsychosomatik, 1995, 1–25.
- Zinner 2008: Zinner B., Das Verfahren zur Abklärung von Kindeswohlgefährdung. Ein rechtlicher Missing Link? iFamZ 2008, 101,
- Zwiauher 1997: Zwiauher C. (Hg.), Edith Kramer. Malerin und Kunsttherapeutin zwischen den Welten, 1997.

Reinhard J. Topf, Josef M. Trimmel, Lea Vachalek, Christa Felsberger,
Helmut Gadner

Das Psychosoziale Betreuungskonzept der pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspitals

Diese Arbeit¹ beschreibt die Ergebnisse der Integration psychosozialer Strukturen in eine pädiatrisch-onkologische Abteilung. Es werden die Leitlinien des Konzepts, die Aufgaben der Mitarbeiter der psychosozialen Gruppe und die Strukturen der Kooperation mit den Kernberufsgruppen des Spitals vorgestellt. Kritische Anmerkungen zu dem Konzept schließen die Arbeit ab.

1. Einleitung

Galt in den sechziger Jahren die Krebserkrankung eines Kindes in der Regel noch als ein beinahe sicheres Todesurteil, so gelang es durch die Fortschritte der Medizin die Heilungsraten entscheidend zu verbessern. Die Überlebenschance eines krebskranken Kindes liegt derzeit bei ca. 70 %, wenn man alle bösartigen Erkrankungen zusammenfasst². Diese verbesserte Langzeitüberlebensrate ist nur mit einem hohen medizinischen Aufwand zu erzielen. Das bedeutet jedoch für das krebskranke Kind und seine Angehörigen über einen langen Zeitraum hinweg eine äußerst große körperliche, seelische und soziale Belastung. Aufgrund einer realen Abhängigkeit des Kindes von seinen Angehörigen wird durch die Erkrankung das gesamte Familiensystem auf das stärkste mitbetroffen.³

Die Entwicklung der Krebsbehandlung führte dazu, dass infolge des medizinischen und pflegerischen Aufwandes die behandelnden Ärzte und das Krankenpflegepersonal an die Grenzen ihrer menschlichen Ressourcen kamen. Die betreuenden Berufsgruppen hatten immer weniger zeitlichen Spielraum für die zwischenmenschliche Betreuung der Krebspatienten und deren Angehörigen zur Verfügung. Es stellte sich heraus, dass eine traditionelle Spitalsstruktur mit der Fülle psychosozialer Probleme der krebskranken Kinder und deren Angehö-

1 Diese Arbeit wurde bereits in leicht veränderter Form in folgenden Zeitschriften des Springer-Verlages Wien veröffentlicht: Jahrbuch der Psychoonkologie 1994, 15–40, Pädiatrie und Pädologie 32/1997, 13–23. Erschienen weiters 1999 in: Psychologie in Österreich, Feb. 1999, 89–100, WUV-Universitätsverlag, Wien

2 Haaf, Kaatsch, Michaelis 1993.

3 Vgl. Aymanns 1992; Bider 1989; Bürgin 1981; Ehrhart 1989; Matzenberger 1988; Petermann, Noecker, Bockmann, Bode 1990.

rigen nicht mehr ausreichend zurechtkam. Das traditionelle Krankenhauspersonal war außerdem durch die fachliche Ausbildung qualitativ kaum für eine optimale psychosoziale Versorgung des krebserkrankten Kindes und dessen Familie gerüstet.⁴ Große menschliche Anstrengung und Initiative des einzelnen Arztes bzw. der Krankenschwester alleine waren zu wenig, um den psychosozialen Problemen gerecht zu werden. Es wurde deutlich, welch hoher emotionaler und menschlicher Belastung die onkologischen Stationsteams selbst ausgesetzt waren, sodass diese ihrerseits psychosoziale Unterstützung nötig hatten.⁵

Aus dieser allgemeinen Überforderung der Ärzte bzw. des Krankenpflegepersonals und aus dem Recht des krebserkrankten Kindes auf eine optimale medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung entstanden auf den onkologischen Abteilungen der meisten Kinderkrankenhäuser sowohl in der BRD als auch in Österreich – vor allem im St. Anna-Kinderspital/Wien – mit Beginn der achtziger Jahre die ersten Versuche der Integration von psychosozial tätigen Mitarbeitern ins Krankenhaus. Diese Entwicklung bedeutete einerseits den Schritt zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Ärzten, Krankenschwestern und psychosozialen Mitarbeitern, andererseits musste die Idee einer alleinigen und ganzheitlichen Betreuung des schwerkranken Kindes und seiner Angehörigen durch die Kernberufsgruppen des Spitals aufgegeben werden. Die tendenzielle Abspaltung psychosozialer Belange in der pädiatrisch-onkologischen Patientenbetreuung erfordert daher in der Zusammenarbeit neue institutionelle Strukturen.

2. Leitlinien des Konzepts

Das Konzept der psychosozialen Betreuung versucht den Phänomenen, welche durch eine Krebserkrankung bei einem Kind oder Jugendlichen ausgelöst werden, gerecht zu werden. Im Folgenden möchten wir auf diese näher eingehen.

2.1. Ganzheitliche Sichtweise in der Betreuung

2.1.1. Wie bereits in der Einleitung ausgeführt, kann eine Berufsgruppe (z. B. die der Ärzte) dem komplexen Geschehen einer kindlichen Krebserkrankung nicht gerecht werden. Der Kinderarzt wäre überfordert, wenn er versuchte, den vielfältigen psychosozialen Aspekten neben den medizinischen nachzukommen. Da Kinder aufgrund ihrer realen Abhängigkeit von der Erwachsenenwelt und der damit verbundenen Bedürftigkeit nach einer mitmenschlichen Auseinanderset-

4 Kaufmann 1990; Ullrich 1989.

5 Meerwein 1991.

zung, eine solche Reduzierung der Betreuung auf eine rein somatische Ebene kaum verzeihen würden, muss einer ganzheitlichen Betreuung Rechnung getragen werden. Wir versuchen, die Krebserkrankung eingebettet in psychische und soziale Bedingungen zu verstehen. Im Gegensatz zu einem klassischen psychosomatischen Behandlungsansatz⁶ halten wir das Primat der organmedizinischen Behandlung aufrecht, versuchen jedoch die psychosozialen Aspekte der Erkrankung so weit wie möglich zu berücksichtigen. Diese werden im Sinne eines ganzheitlichen Blicks auf den Patienten von der psychosozialen Gruppe in enger Kooperation mit den Ärzten und dem Krankenpflegepersonal wahrgenommen.

2.1.2. In diesem Zusammenhang muss ein Aspekt einer möglichen Gefährdung ganzheitlicher Patientenversorgung angesprochen werden. Er ergibt sich aus der Kernaufgabe ärztlicher Tätigkeit bei onkologischen Patienten. Ein pädiatrisch-onkologisch tätiger Arzt hat die schwierige Aufgabe, einem Kind schmerzhaft und langwierige medizinische Prozeduren abzuverlangen, auch wenn er weiß, welcher physischen und seelischen Schmerz er dabei dem Kind zufügt. Der Arzt kann dies nur deshalb vor sich und dem Kind bzw. den Eltern rechtfertigen, weil er auf der Grundlage naturwissenschaftlicher Forschung weiß, dass es für das langfristige Überleben des Kindes keine Alternative gibt. Dies erfordert aus psychodynamischer Sicht, dass der Arzt eine Affektabsplattung⁷ betreiben muss. Dieses Phänomen bedeutet für den Arzt, dass er in der aktuellen Behandlungs- bzw. Therapieentscheidungssituation sein Mitgefühl für das Kind bis zu einem gewissen Grad absplatten muss. Es bestünde ansonsten die Gefahr, dass affektive Momente die medizinische Behandlung ungünstig beeinflussen könnten. Aus dieser Affektabsplattung und einer damit einhergehenden psychischen Abgrenzung gegenüber dem Kind ergibt sich langfristig gesehen die Schwierigkeit, dass das Kind nicht mehr als ganzer Mensch vom ärztlichen Helfer in der Behandlung gesehen wird. Im Idealfall sollte deshalb der behandelnde Arzt ständig zwischen Affektabsplattung und Affektintegration in der Beziehung zum Patienten oszillieren.⁸ Psychosoziale Mitarbeiter können in diesem Prozess für den Arzt eine große Unterstützung sein.⁹ Die Gefahr einer zu großen seelischen Distanzierung durch die Ärzte und einer damit einhergehenden Delegation der zwischenmenschlichen Agenden an den psychosozialen Mitarbeiter ist aber potentiell immer vorhanden. Wir glauben deshalb, dass durch strukturelle Maßnahmen diesem möglichen Abspaltungsprozess entgegenzuwirken ist. Das Gesagte trifft in einer ähnlichen Form selbstverständlich auch für die Personen des Krankenpflegepersonals zu.

6 Vgl. dazu Frischenschlager 1986.

7 Brenner 1989; Freud A. 1964.

8 Balint 1991.

9 Vgl. dazu Kap. 3.3.1.2.

2.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Struktur

2.2.1. Ein anderes Phänomen bezieht sich auf ein gruppendynamisches Element. Je mehr Berufsgruppen an der Betreuung eines Patienten arbeiten, desto größer ist die Gefahr, dass sie nicht koordiniert vorgehen und die sachliche Arbeitsebene der onkologischen Behandlergruppe verlorengelht.¹⁰ Diese Gefahr steigt noch mit der zunehmenden Anzahl an Personen innerhalb jeder Berufsgruppe. Betrachtet man unter diesen Prämissen eine kideronkologische Station, so zeigt es sich, dass insgesamt ca. 9 verschiedene Berufsgruppen (das sind Ärzte, Krankenpflegepersonal, Physiotherapeuten/innen, Psychotherapeuten/innen, Kindergärtnerinnen, Lehrerinnen, Musiktherapeutin, Seelsorgerin und sonstige), d. h. ungefähr 25 Personen unmittelbar mit dem Patienten arbeiten. Mit der Integration jeder neuen Berufsgruppe steigt die Gefahr eines kommunikativen Chaos sowohl auf der sachbezogenen als auch auf der emotionalen Ebene. Auf rein ärztlich-pflegerischer Ebene wird diesem Umstand durch die traditionelle kommunikative Spitalstruktur, z. B. durch die täglich stattfindenden Stationsvisiten, zwar ein Ordnungsprinzip entgegengesetzt, diese traditionellen Spitalstrukturen werden jedoch der Integration neuer Berufsgruppen nicht gerecht. Beispielsweise kann die Einbringung der psychosozialen Belange in die Stationsvisite zum Verlust der medizinisch-pflegerischen Arbeitsebene führen. Andererseits stellt aber die Abgabe von psychosozialen Belangen an die psychosozialen Mitarbeiter eine ganzheitliche Patientenbetreuung durch die Ärzte und das Krankenpflegepersonal in Frage. Das heißt, dass sich der Arzt oder die Krankenschwester nur mehr für die rein sachlich-medizinischen Belange in der Patientenbetreuung zuständig fühlt bzw. es auch ist¹¹. Eine solche Entwicklung ist längerfristig gesehen nicht wünschenswert, wie wir anhand eines einfachen Beispiels zeigen möchten. Es könnte z. B. geschehen, dass der behandelnde Arzt aus Unkenntnis des schwierigen sozialen Umfeldes des Kindes (z. B. schlechte hygienische Bedingungen, mangelnde Beaufsichtigung des Kindes usw.) einer Spitalentlassung zustimmt, somit selbst seine eigenen medizinisch-hygienischen Standards, welche für die Durchführung der Chemotherapie absolut notwendig sind, unterläuft und dadurch das Kind gefährdet. Wir sind deshalb überzeugt, dass es mit der Integration von psychosozialen Berufen in eine Spitalstruktur zu neuer Strukturbildung kommen muss, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine ganzheitliche Betreuung des Krebspatienten zu ermöglichen.

2.2.2. Ein weiteres Phänomen, das für die Bildung neuer Strukturen einer interdisziplinären Zusammenarbeit auf kideronkologischen Abteilungen spricht, beruht auf der Beobachtung des Übergreifens eines Chaos von einer zuerst so-

¹⁰ Bion 1990; Kernberg 1988.

¹¹ Vgl. 2.1.2.

matischen Ebene auf eine psychosoziale. Wenn eine Krebserkrankung in einer Zelle anfängt und sich unkontrolliert und bösartig zu vermehren beginnt, so wird diese somatische Ebene spätestens durch die erfolgte medizinische Diagnosestellung zu einer psychosozialen. Schlagartig wird aus einer vielleicht bis dahin für das Kind geordneten Welt eine chaotische und bedrohliche, im schlimmsten Fall sogar eine tödliche. So wie sich für das Kind ab dem Augenblick der Diagnosestellung alles verändert, verändert sich für seine nahen Bezugspersonen von einer Minute auf die andere ebenfalls alles.¹² Die Eltern des Kindes sind in höchster Besorgnis um das Leben des Kindes. Ein Elternteil des Kindes muss vielleicht die berufliche Tätigkeit aufgeben, es resultieren daraus unter Umständen große finanzielle Probleme. Das kranke Kind braucht mehr Zuwendung, die Geschwister leiden und fordern ebenfalls Verständnis, die Beziehung der Eltern kommt vielleicht ins Wanken usw.¹³ Die Diagnosestellung verändert also abrupt sowohl den Lebensplan des Kindes als auch den der ganzen Familie. Nicht nur das Kind, das ganze soziale Bezugssystem des Kindes – die Familie – kommt ins Trudeln.

Mit diesem schwankenden System kommt jeder Mitarbeiter einer onkologischen Station in Berührung. Diese Berührung dauert in der Regel aufgrund der Dauer der Behandlung lange. Da der Kontakt mit anderen Menschen in einem selbst emotionale Bewegung erzeugt, ist jeder Mensch, der mit einem derartig in Aufruhr befindlichen System in Berührung kommt, selbst bedroht, von diesem Chaos „angesteckt“ zu werden. Wie stark diese „Ansteckung“ im Einzelfall ist, hängt von der jeweiligen Person und ihrer Funktion ab. Als Bediensteter einer onkologischen Station kann und darf aber diesem schwankenden Familiensystem nicht ausgewichen werden. Es gehört schließlich zur beruflichen Aufgabe, sich mit diesem System in seiner jeweiligen Funktion auseinanderzusetzen. Es existiert die Gefahr, dass das System „onkologische Station“ selbst von diesem ständigen Chaos, angesichts der vielen Familien, welche dort behandelt werden, überwältigt und befallen wird. Erschwerend kommt noch hinzu, dass durch die Vielzahl von Berufsgruppen ganz spezifische Kontaktformen und Kommunikationsmuster mit dem betroffenen System „Familie“ entstehen. Diese unterschiedlichen Zugänge bieten zwar einerseits die Chance, dem Patienten auf verschiedenen Ebenen gerecht zu werden, bergen aber gleichzeitig die Gefahr des kommunikativen Missverständnisses mit Spaltungstendenzen im onkologischen Behandlungsteam in sich, welche letztendlich nicht zum Wohle des Patienten sein können. Eine übliche Spitalsstruktur wird diesem Phänomen nicht gerecht werden können.

12 Bürgin 1981; Bürgin 1991.

13 Bürgin 1981.

2.3. Förderung aktiver Krankheitsbewältigung

2.3.1. Wir wollen an dieser Stelle kurz grundsätzlich auf die Bedeutung von schwerer Krankheit für ein Kind bzw. einen Jugendlichen eingehen, insbesondere wollen wir ansatzweise das Verhältnis von „Entwicklung“ und „Krankheit“ diskutieren.¹⁴

Wie der Begriff „Entwicklung“ bereits aussagt, ist es eine der Aufgaben des Menschen, sich von der Zeugung an zu „entwickeln“. Über die Richtung dieser „Entwicklung“ sind sich viele Psychologen, Pädagogen und Philosophen¹⁵ einig. Ziel der menschlichen Entwicklung ist demnach die Autonomie des Menschen. Darunter wird in der Regel die potentielle Fähigkeit verstanden, Verantwortung für die eigene Person zu übernehmen, größtmögliche Selbständigkeit zu erlangen sowie die Fähigkeit, diese Autonomie in Rücksicht auf die anderen Menschen auszuüben.¹⁶ Dass diese Autonomie letztendlich eine relative ist und ihre Begrenzung im Tod findet, ist ein ontogenetisches Faktum¹⁷.

Dieser Entwicklungsprozess ist kein gradliniger, sondern er verläuft phasenspezifisch. Jede Phase stellt dabei den Menschen vor die unterschiedlichsten Aufgaben.¹⁸ Nehmen wir z. B. das Kleinstkindalter, so besteht eine der Aufgaben des Kindes darin, von der Mutterbrust wegzukommen und sich die Fähigkeit zu erwerben, feste Nahrung zu sich nehmen, die mit den Händen zum Mund gebracht, dort gekaut und schließlich geschluckt wird. Wie schwierig dieser scheinbar einfach anmutende Prozess sein kann und wie gefährdet das Baby bzw. Kleinkind in dieser Phase sein kann, zeigt das Syndrom der funktionellen Gedeihstörungen bei Kindern. Nehmen wir als anderes Beispiel die motorische Entwicklung: Ein Kind hat in den ersten Lebensjahren die Aufgabe, sich vom Passiv-von-der-Mutter-getragen-Werden hin zum eigenen Gehen und Bewegen zu entwickeln. Oder nehmen wir die sprachliche Entwicklung: Ein Kind hat die Aufgabe, Wörter, Begriffe und Sätze zu erlernen, wenn es mit anderen Menschen einmal in Beziehung treten will. Diese kurzen Beispiele dienen lediglich der Veranschaulichung dessen, was die Humanwissenschaftler mit Begriffen wie „intellektuelle, psychomotorische, soziale und affektive Entwicklung“ bezeichnen.¹⁹ Die Entwicklung ist also ein progressiver Prozess hin zur Autonomie und weg von der Abhängigkeit von der Mutter und vom Elternhaus.²⁰ Anders ausgedrückt: Will ein Kind einmal selbständig leben, so hat es einerseits gewisse Fähigkeiten zu erwerben und andererseits gewisse Abhängigkeiten zu bewältigen.

14 Bürgin 1981; Freud A., Bermann 1977.

15 Thomas, Feldmann 1992.

16 Maslow 1973; Maslow 1981.

17 Condrau 1991.

18 Piaget 1975.

19 Thomas, Feldmann 1992.

20 Vgl. Freud A. 1964.

Dieser Prozess des Erwachsen-Werdens ist an und für sich bereits schwierig und birgt je nach Entwicklungsphase viele Möglichkeiten des Scheiterns in sich.²¹

Eine Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter bedroht diesen progressiven Prozess der Entwicklung radikal und nachhaltig. Durch die Krebserkrankung und den damit zusammenhängenden medizinischen und pflegerischen Maßnahmen droht für das betroffene Kind ein Entwicklungsstillstand bzw. ein Entwicklungsrückschritt.²² Im schlimmsten Fall wird die kindliche Entwicklung durch den Tod beendet. Das Kind wird nicht nur in seiner körperlichen Unversehrtheit und Entwicklung bedroht, sondern auch in seiner sozialen, intellektuellen, motorischen und psychisch-emotionalen. Das Kind wird auf der einen Seite schlagartig aus seinem sozialen Umfeld, d. h. seiner Familie, seinem Kindergarten, seiner Schule, seinem Berufsfeld bzw. seinem Freundeskreis herausgerissen, auf der anderen Seite ebenso plötzlich mit einer völlig fremdartigen und bedrohlichen Welt – dem Spital – und den damit verbundenen Behandlungen ausgesetzt.²³ Anders ausgedrückt, bedeutet eine schwere Erkrankung für das Kind, dass ein progressiver Prozess – nämlich die kindliche Entwicklung – durch einen schwer regressiven Prozess – die Krankheit – bedroht wird. Es existiert somit für das Kind die Gefahr, dass es etwas entwicklungspsychologisch Erobertes durch die Krankheit nicht mehr halten kann bzw. sogar auf eine frühere, bereits bewältigte Entwicklungsstufe zurückfällt und dort fixiert bleibt.²⁴ Eine solche Fixierung hätte für das Kind erhebliche psychosoziale Schädigungen zur Folge.

Um diesen möglichen psychosozialen Folgeschäden vorzubeugen und dem Kind bei der Krankheitsbewältigung zu helfen, hat sich in unserem Spital ein multidisziplinäres psychosoziales Team gebildet. Dieses Team versucht in enger Kooperation mit den Ärzten, dem Krankenpflegepersonal sowie anderen Berufsgruppen (z. B. den Physiotherapeuten/innen) und dem Elternverein für krebskranke Kinder eine Umwelt im Krankenhaus zu bieten, welche es dem Kind ermöglichen sollte, sich aktiv der Krankheit zu stellen und diese zu bewältigen. Es wird dabei konzeptuell versucht darauf zu achten, dass das Kind Partner der medizinischen Behandlung wird und größtmögliche Kontrolle über seine Umgebung hat.²⁵ Als eine der wichtigsten Maßnahmen, welche dem Kind Verständnis für die Vorgänge in sich und um sich ermöglichen soll, zählt z. B. die altersgemäße medizinische Aufklärung von Krankheitsbeginn an.²⁶ Eingebunden in ein enges professionelles Beziehungsgeflecht sollen dadurch die progressiven Elemente des Kindes gefördert werden und eine mögliche Depression durch mangelnde

21 Freud A. 1968; Klein 1983; Klein, Riviere 1983; Winnicott 1990.

22 Bürgin 1981; Freud A., Bermann 1977.

23 Bunzel, Sedlak 1985; Bürgin 1981; Freud A., Bermann 1977.

24 Freud A., Bermann 1977.

25 Bürgin 1981.

26 Bürgin 1981; Freud A., Bermann 1977; Topf 1997.

Stimuluskontrolle (vgl. dazu auch die Theorie der gelernten Hilflosigkeit²⁷) vermieden werden. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die umfangreiche Literatur zum positiven Krankheitsverlauf bei Krebspatienten durch aktive Copingstrategien.²⁸

2.4. Familienorientierte Sichtweise der Betreuung

Wie bereits unter Punkt 2.2.2. angemerkt, sind die Angehörigen eines krebskranken Kindes selbst unmittelbar Betroffene. Den Eltern fällt in der Betreuung des schwerkranken Kindes eine komplizierte Doppelrolle zu: Einerseits sollten sie dem erkrankten Kind psychischen Halt geben und die Behandlung mittragen, andererseits sind sie selbst durch die Erkrankung des Kindes in einem besonders vulnerablen seelischen Zustand und haben auf lange Zeit eine Fülle an psychosozialen Problemen zu bewältigen.²⁹ Damit die Eltern dem Kind in dieser schwierigen Phase beistehen können, gibt es auf den onkologischen Stationen Mutter-Kind-Betten. Eine onkologische Station verwandelt sich somit in eine Wohngemeinschaft mit all den sich daraus ergebenden Möglichkeiten und Schwierigkeiten des Zusammenlebens. Es müssen Familien verschiedenster sozialer und nationaler Herkunft miteinander und mit dem Personal im stationären Alltag auskommen. Durch die lange Dauer der Behandlung erhält die stationäre Wohngemeinschaft den Charakter einer Schicksalsgemeinschaft mit einer zeitweilig verdichteten emotionalen Atmosphäre. Um den sich daraus ergebenden gruppendynamischen Phänomenen gerecht zu werden, versuchen wir strukturell mit Eltern- und Kinderrunden (siehe unter Pkt. 4.2. und 4.3.) darauf zu antworten.

Aus der Doppelrolle der Eltern sowohl als Haltgebende als auch als Haltsuchende ergeben sich aus psychosozialer Sicht zeitweilig schwierige Kind-Eltern-Interaktionen, die den Verlauf der Krebserkrankung in einer ungünstigen Art und Weise beeinflussen können. Diese Beeinflussungen zeigen sich dann in der Regel als Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Compliance, welche bearbeitet werden müssen, um den medizinischen Behandlungsablauf nicht zu gefährden. Für den psychosozialen Mitarbeiter sind diese Interaktionsprobleme als psychodiagnostische Information wichtig, um das Kind mit seiner jeweiligen seelischen Problematik besser verstehen zu können.

Was von uns unter 2.3. über Förderung aktiver Krankheitsbewältigung für das krebskranke Kind ausgeführt worden ist, gilt in gleicher Weise für die Angehörigen. Wir versuchen in engster Kooperation mit den Ärzten und dem Krankenpflegepersonal die Eltern in die Lage zu versetzen, dem Ansturm an psychosozialen

27 Seligmann 1975.

28 Vgl. Aymanns 1992; Heim 1988.

29 Bürgin 1981.

alen Problemen standzuhalten und sich mit diesen aktiv auseinanderzusetzen. Die psychosoziale Begleitung der Eltern folgt in ihrer Vorgehensweise dabei dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Primäres Ziel des psychosozialen Vorgehens ist es, die Eltern in ihrer Betreuungskompetenz zu stärken, damit sie den Anforderungen, welche sich aus der Betreuung des krebskranken Kindes ergeben, besser standhalten können. Wir wollen aber gleichzeitig unter allen Umständen verhindern, dass durch ein Überstülpen psychosozialer Hilfestellung progressives Wachstumspotential bei den Eltern zugedeckt werden könnte. Diese Feststellung ist uns deshalb wichtig, da wir glauben, dass erwachsene Menschen ein Recht darauf haben, sich auch im Leid ihren Weg selbst zu suchen. Wir wenden uns damit auch gegen eine bevormundende psychosoziale Arbeitshaltung, die Eltern von krebskranken Kindern nicht so sein lässt, wie sie sind. Eine solche wird manchmal von psychosozialen Mitarbeitern im Spital immer wieder dann gefordert, wenn es zu größeren Interaktionsschwierigkeiten von Eltern und dem Kernpersonal kommt. Diese Haltung kann durchaus als Schutz der Eltern vor invasiven psychosozialen Maßnahmen angesehen werden.

2.5. Generelle Indikation einer psychosozialen Versorgung für die betroffene Familie

Ausgehend von unserer Erfahrung, dass es für eine effektive psychosoziale Betreuung des Kindes bzw. der Eltern zu spät ist, wenn sich die Probleme im Zuge des Verlaufs der medizinischen Behandlung der Krebskrankheit des Kindes bereits verschärft haben und diese kumuliert sind, werden von Beginn der Erkrankung an, psychosoziale Hilfestellungen angeboten. Dieser Ansatz bedeutet, dass wir in den für das Kind bzw. den Eltern empfindlichsten Phasen der Erkrankung den Einstieg der Betreuung vollziehen.³⁰ Diese Phasen sind bei der medizinischen Diagnosestellung und der damit verbundenen Mitteilung der Nachricht an die betroffenen Familien, bei der Mitteilung eines Rückfalls (Rezidivs) und bei der Nachricht des Überganges kurativer zu palliativer medizinischer Therapie. Der Einstieg psychosozialer Tätigkeit erfolgt wieder in engster Kooperation mit den Ärzten und dem Krankenpflegepersonal.³¹

Ein weiteres Argument spricht für eine von Beginn der Erkrankung des Kindes an begonnene und prozessorientierte psychosoziale multidisziplinäre Betreuung. Es ist im Einzelfall schwer festzustellen, welche psychosozialen Vorbelastungen bzw. psychosozialen Ressourcen die Familie hat. Unserer Erfahrung nach hängt es von ihnen ab, wie ein krebskrankes Kind und seine Angehörigen die schwere und lange Zeit der medizinischen Behandlung bewältigen. Wir ver-

³⁰ Topf 1997.

³¹ Vgl. Punkt 4.1.

suchen daher durch präventive psychosoziale Arbeit zu einer aktiven Form der Krankheitsbewältigung³² beizutragen. Wir gehen davon aus, dass jede Familie mit einem krebskranken Kind ein Anrecht auf eine psychosoziale Grundversorgung von Krankheitsbeginn an hat. Über den Umfang dieser psychosozialen Versorgung kann im Vorhinein nicht entschieden werden, denn er hängt letztendlich von der jeweiligen Familiensituation ab.

3.0. Das Psychosoziale Team

3.1. Institutionelle Rahmenbedingungen

Das St. Anna-Kinderspital hat neben 4 Stationen zur Behandlung von Krankheiten der allgemeinen Kinder- und Jugendheilkunde und einer großen internen Ambulanz eine onkologische Abteilung mit 2 Grundstationen (je max. 16 Betten), 1 Knochenmarktransplantationsstation (4 Laminar-air-flow-Einheiten), 1 onkologische Ambulanz sowie 1 Intensivpflegestation für onkologische Patienten. Die onkologische Ambulanz betreut ca. 200 Patienten in der ambulanten Phase der Behandlung und ca. 800 Patienten in der onkologischen Nachsorge. Pro Jahr werden insgesamt ca. 110 krebskranke Kinder und Jugendliche neu diagnostiziert, das sind ca. 50 % aller Neuerkrankten in Österreich.

3.2. Zusammensetzung des Teams und die Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen:

Das Team besteht aus

- 1 Leiter
Dieser ist von seiner Ausbildung klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut mit tiefenpsychologischer Orientierung. Er ist für die Koordination aller psychosozialen Aktivitäten im Krankenhaus zuständig.
- 4 Psychotherapeutinnen mit Grundausbildung in klinischer Psychologie
- 3 Kindergärtnerinnen
- 8 Lehrerinnen
- 1 Seelsorgerin
- 1 Musiktherapeutin
- 1 Sozialarbeiterin vom Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien (liaisonhaft tätig)
- Assoziierte Teilnehmer: 2 Physiotherapeutinnen, 1 Betreuerin des Familienzentrums, externe Krankenschwestern, Praktikantinnen.

³² Heim 1988.

Die meisten Mitarbeiter (Psychologen/innen, Musiktherapeutin, Physiotherapeuten/innen) sind teilzeitbeschäftigt.

3.3. Innere Struktur

Diese Gruppe trifft sich zweimal in der Woche zu Fallbesprechungen, welche protokolliert werden. Es erfolgt in diesen Treffen die Planung und Kontrolle der psychosozialen Betreuung. Im Mittelpunkt der Besprechung stehen die Kinder und Jugendlichen sowie die Familie insgesamt. Es werden die neu erkrankten Patienten vorgestellt und all jene Kinder diskutiert, um die sich ein Teammitglied erhöhte Sorgen macht.

3.4. Die Aufgaben der einzelnen Teammitglieder

3.4.1. Die Gruppe der Psychotherapeuten/innen

Jeder onkologischen Station (auch der Intensivstation) ist ein/e Psychotherapeut/in zugeteilt.

3.4.1.1. Die Einzelfallbetreuung

Der Einstieg in die Betreuung erfolgt durch das Gruppengespräch³³. Unsere Einzelfallbetreuung ist familienorientiert und prozessorientiert. Damit verstehen wir eine psychotherapeutische Begleitung der Familie über die einzelnen Phasen der Krebserkrankung hinweg. Diese schließt eine psychotherapeutische Einzelfallbetreuung des Kindes als auch eine psychosoziale und sozialrechtliche Beratung der Eltern mit ein. Eine intensive Einzelfallbetreuung des Kindes ist in der Regel dann indiziert, wenn das Kind mit dem Diagnoseschock nur schlecht zurende kommt und/oder von den Eltern wenig psychische Unterstützung hat.

Wir versuchen das Kind und die Eltern bei der Verarbeitung des Diagnose- und Rezidivschocks, bei der Bewältigung der medizinisch-pflegerischen Behandlung mit ihren Nebenwirkungen, bei der Auseinandersetzung mit schwierigen medizinischen Operationen (z. B. Amputationen, Umkehrplastiken), bei der Auseinandersetzung in der Sterbephase des Kindes und bei der Bewältigung von familiären Beziehungsproblemen zu unterstützen. Diese Tätigkeit schließt psychosoziale Krisenintervention ebenfalls mit ein.

Um den Eltern von Anfang an den für die Betreuung notwendigen sozialen Halt geben zu können, beginnen wir mit einer umfassenden sozialrechtlichen

33 Vgl. Pkt. 4.1.

Beratung (z. B. finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, organisatorische Hilfen für die Kinderbetreuung usw.). Übersteigen die Schwierigkeiten im sozialen Bereich unser Wissen, so ziehen wir die Sozialarbeiterin hinzu, die dann die weitere Beratung der Eltern in diesem eng umschriebenen Sozialbereich durchführt. Der Grund, warum wir die sozialrechtliche Beratung der Eltern übernehmen, ist, dass wir einer weiteren Aufspaltung der Betreuungstätigkeit nicht Vorschub leisten wollen. Durch die Kontinuität der Betreuung und unsere hohe Präsenz in den Phasen der stationären Behandlung versuchen wir präventiv möglichen psychosozialen Krisen in der ambulanten Phase der Behandlung entgegenzuwirken. Es sei an dieser Stelle auch erwähnt, dass die Gruppe der Psychotherapeuten/innen auch eng mit der Selbsthilfegruppe der Kinder-Krebshilfe gegebenenfalls zusammenarbeitet.

3.4.1.2. Liaisonhafte Beratung

Um die Ärzte und das Krankenpflegepersonal im onkologischen Alltag bei den vielfältigen psychosozialen Schwierigkeiten, welche sich aus der Behandlung eines krebskranken Kindes ergeben, zu unterstützen, bieten wir ihnen die Möglichkeit an, sich auch außerhalb der strukturellen Betreuung³⁴ mit uns zu besprechen.³⁵ Ziele dieser Beratungen sind eine Stärkung der zwischenmenschlichen Kompetenz der Kernberufsgruppen in der Patientenbetreuung und eine konkrete fachliche Hilfestellung. Als wichtigste Voraussetzung für das Funktionieren dieser liaisonhaften Beratung ist die Bereitschaft der Ärzte/innen und des Krankenpflegepersonals zu nennen, dieses Angebot der Psychotherapeuten/innen auch zu nutzen. Damit die liaisonhafte Beratung aber von den Kernberufsgruppen überhaupt als attraktives Angebot verstanden werden kann, sind neben einer hohen zeitlichen Präsenz der Psychotherapeuten/innen auf der onkologischen Station ein hoher Ausbildungsgrad der Psychotherapeuten/innen mit Wissen aus den unterschiedlichsten Bereichen der Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Sozialarbeit notwendig. Damit die liaisonhafte Beratung im onkologischen Alltag tatsächlich greifen kann, ist es für die Person des/der Psychotherapeuten/in notwendig, die vielfältigen gruppenspezifischen Prozesse der Station mitzuerkennen und in seiner/ihrer Beratungstätigkeit zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang sei auf die diesbezüglichen Anmerkungen von Bürgin (1981) zu der komplizierten und schwierigen Stellung von Psychotherapie im stationären Alltag verwiesen.

34 Vgl. Pkt. 4.4. und 4.5.

35 Lindemann 1985.

3.4.1.3. Prozessorientierte Psychodiagnostik

Um einerseits eine notwendige Qualitätskontrolle psychosozialer Einzelfallbetreuung zu haben und andererseits die oben diskutierte liasonhafte Beratung der Kerngruppen überhaupt effektiv und kompetent ausüben zu können, bedarf es einer Psychodiagnostik durch den Therapeuten. Eine wesentliche Voraussetzung für eine klassische klinische psychodiagnostische Begutachtung ist eine standardisierte Situation, in der mittels Testverfahren Informationen gewonnen werden, um dann Rückschlüsse auf psychische Prozesse ziehen zu können. Eine solche Standardisierung ist aus zwei Gründen weder dem krebskranken Kind noch den Eltern zuzumuten. Es bringt bereits alleine die medizinische Behandlung eine Fülle an notwendigen Untersuchungen mit sich, die das Kind erheblich belasten. Eine zusätzliche psychologische Untersuchung erscheint uns deshalb nicht vertretbar. Außerdem bezweifeln wir den Wert solcher testpsychologischer Untersuchungen unter den gegebenen Bedingungen in Relation mit dem erhaltenen Informationsgehalt. Andererseits droht durch eine standardisierte testpsychologische Untersuchung eine zusätzliche Stigmatisierung des Kindes und der Eltern als psychisch auffällig und abnorm. In der Regel bedeutet nämlich bereits alleine die Diagnose „Krebs“ für viele Betroffene eine Stigmatisierung mit all den damit verbundenen psychischen Schwierigkeiten. Wir setzen sie deshalb nur sparsam ein, z. B. um mögliche Teilleistungsstörungen beim Kind abgrenzen zu können. Wir versuchen aber aus der Not eine Tugend zu machen, indem wir das Krankenhaus selbst als standardisierte Testsituation ansehen und aus dem Umgang des Kindes und der Angehörigen mit diesem die notwendigen psychodiagnostischen Informationen gewinnen. Das heißt, wir nützen als psychodiagnostische Informationsquelle das Beziehungsgeflecht, in welchem sich das Kind und die Eltern befinden, um durch die Diagnose desselben Rückschlüsse auf die psychische Situation des Kindes machen zu können. Wir beobachten, wie das Kind und die Familie insgesamt das Beziehungsangebot des Krankenhauses nützen. Aus dieser begleitenden prozessorientierten Beziehungsdiagnostik erkennen wir leichter als durch eine standardisierte Untersuchung, wo das Kind und seine Familie psychische und soziale Unterstützung brauchen. Eine wesentliche Hilfe stellen für uns in diesem Zusammenhang die psychosozialen Strukturen³⁶ dar. Eine weitere wichtige Informationsquelle stellt die psychosoziale Einzelfallbetreuung dar. Wir versuchen aus dem unmittelbaren Kontakt mit dem Kind und den Angehörigen Informationen zu gewinnen, um mit ihrer Hilfe eine effizientere psychosoziale Unterstützung zu gewährleisten. Diese psychodiagnostische Tätigkeit verlangt von uns manchmal detektivische Fähigkeiten, um in diesem Beziehungspuzzle die entscheidenden Elemente zum Verständnis des krebskranken Kindes zu erhalten.

³⁶ Vgl. Pkt. 4.

Die Kriterien unserer klinischen Psychodiagnostik beziehen sich ausschließlich auf mögliche fördernde Bedingungen für den Krankheitsverlauf des Kindes. Diese sind in Bezug auf das Kind folgende:

- Wie nimmt das Kind die Diagnose auf?
- Wie groß ist das Regressionsbedürfnis?
- Wie groß ist die Regressionsfähigkeit?
- Wie sehr ist das Kind in der Lage, die familiäre Umwelt zu mobilisieren und zu nützen?
- Wie gestaltet das Kind die Beziehungen in der stationären Umwelt, d. h. seine Beziehungen zu den Ärzten und dem Krankenpflegepersonal?
- Wie gut ist das Kind in der Lage seine schulische Realität zu halten?

Die Kriterien für die Interaktion des Kindes zu seiner familiären Umwelt sind folgende:

- Wie gut wird das Kind von den nahen Bezugspersonen psychisch gehalten?
- Wie groß sind die familiären finanziellen und sozialen Ressourcen, damit die Bezugspersonen die Betreuung des Kindes gewährleisten können?
- Wie viel psychische Unterstützung brauchen die Eltern, damit sie dem Kind Halt geben können?

Anhand dieser Kriterien wird der Krankheitsverlauf des Kindes von uns beobachtet, damit gegebenenfalls mit psychosozialer Unterstützung auf ungünstige Entwicklungen reagiert werden kann.

3.4.2. Die Kindergärtnerinnen

Jeder onkologischen Station ist eine Kindergärtnerin zugeteilt. Die wichtigste Funktion der Kindergärtnerin besteht darin, dass sie sich dem Kind als „Übergangsobjekt“ im Sinne Winnicotts³⁷ anbietet. Damit ist gemeint, dass sie mit dem neu aufgenommenen Kind sobald wie möglich auf einer spielerischen Ebene Kontakt aufnimmt, eine positive emotionale Beziehung aufbaut und dem Kind als erste positive Bezugsperson von Spitalsseite zur Verfügung steht, die dem Kind keine Schmerzen und Qualen zufügt. Gelingt diese Kontaktaufnahme, so hat das krebserkrankte Kind bereits einen ersten wesentlichen Schritt in der Krankheitsbewältigung gemacht. Es hat in einer fremden Welt Fuß gefasst. Eine andere Aufgabe der Kindergärtnerin ist, im Verlauf der weiteren Behandlung das Kind bzw. den Jugendlichen mit kreativen Mitteln zu beschäftigen und zu einer aktiven Krankheitsbewältigung zu ermutigen. Durch die genaue Kenntnis der Kinder auf der Station ist sie auch gut in der Lage durch Gruppenaktivitäten die soziale Situation des Kindes zu verbessern und einer

37 Winnicott 1990.

möglichen Isolation im Spital entgegenzuwirken. Die Gruppenaktivitäten dienen dazu, den Kindern während der stationären Phasen altersgemäße soziale Situationen zu bieten, wie diese den gesunden Kindern ebenfalls in ihrem Umfeld offenstehen. Eine weitere wichtige Funktion hat die Kindergärtnerin in Bezug auf die anwesenden Elternteile. Diese neigen in der oft langen stationären Phase der Kinder dazu, sich zu erschöpfen und zu verausgaben. Hier besteht für die Kindergärtnerin die Möglichkeit, als Betreuungsperson kurzfristig einzuspringen und die Eltern dadurch erheblich zu entlasten.

3.4.3. Die Lehrerinnen

Eine kindliche Krebserkrankung und die damit verbundene Behandlung bringt mit sich, dass die schulpflichtigen Kinder für die Dauer der Intensivbehandlung wegen einer ständigen Immunsuppression nicht in die Regelschule gehen dürfen. Das bedeutet, dass für das Kind der Verlust der schulischen Realität droht. Dies würde für das Kind nicht nur den Verlust der Klassengemeinschaft und der sozialen Beziehungen zu den gleichaltrigen Mitschülern bedeuten, sondern auch die berufliche Zukunft beeinträchtigen. Um dem entgegenzuwirken unterrichten eigens geschulte Lehrerinnen die Kinder sowohl im Spital während der stationären Aufenthalte als auch im Rahmen eines Schulversuches zu Hause. Der Wiener Schulversuch erlaubt den Kindern, laufend Prüfungen zu machen, wodurch sie sich eine belastende Jahresprüfung ersparen und mit einem regulären Zeugnis abschließen können. Die Dosierung des Unterrichts erfolgt dabei nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten, damit eine dem jeweiligen Gesundheitszustand des Kindes angepasste schulische Förderung möglich ist. Durch diese spezielle Form des Unterrichts können die Kinder ohne Lernverlust wieder in die Stammklasse integriert werden. Durch den laufenden Unterricht wird dem krebskranken Kind auch eine altergemäße Forderung zugemutet, was einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl des Kindes hat. Eine weitere Aufgabe der Lehrerinnen ist, den Kontakt mit der Stammschule zu halten und dem Kind beim stufenweisen Wiedereintritt in die Klassengemeinschaft psychosoziale Hilfestellung zu bieten. Sie erfüllen damit ebenso wie die Kindergärtnerinnen eine wichtige Funktion als „Übergangsobjekt“ im Sinne Winnicotts.³⁸

3.4.4. Der/die Seelsorger/in

Er/sie begleitet die Kinder und die Angehörigen von der Diagnosestellung an, wenn sie es wünschen. Er/sie spendet die Sakramente, macht Sterbebegleitungen und betreut im Rahmen der seelsorgerischen Nachsorge verwaiste Eltern.

³⁸ Winnicott 1990.

3.4.5. Die Musiktherapeutin

Sie betreut Kinder auf der Knochenmarkstransplantationstation und der intensivmedizinischen Station. Ihre Aufgabe besteht in der seelischen Aktivierung der Kinder und im Abbau von Spannungszuständen durch musiktherapeutische Maßnahmen. Sie stellt den Kindern ein nonverbales Ausdrucksmittel zur Verfügung, damit diese einen zusätzlichen Freiraum im eingeeengten Transplantations- bzw. Intensivzimmer zur Verfügung haben.

3.4.6. Die Sozialarbeiterin

Sie betreut sozial bedürftige krebskranke Kinder und Familien in Absprache mit den Psychologen/innen. Meistens handelt es sich um Probleme in Wohnungsangelegenheiten, Fragen im Zusammenhang mit dem Aufenthalts- bzw. Beschäftigungsgesetz bei ausländischen Familien, bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten und anderen sozialen Problemen. Als Angestellte der MA 11 der Stadt Wien (Amt für Jugend und Familie) ist dadurch eine enge Kooperation mit den staatlichen Stellen erleichtert.

3.4.7. Die Physiotherapeutinnen

Sie zählen zwar nicht zum unmittelbaren Team der psychosozialen Gruppe, haben aber aufgrund ihrer körperbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen einen sehr wichtigen Zugang zum Patienten und damit die Möglichkeit, psychische Aktivierung beim Kind zu erreichen. Sie sind in allen psychosozialen Sitzungen integriert.

3.4.8. Die externen Schwestern

Neben der allgemeinen Hauskrankenpflege der krebskranken Kinder ist ein zentraler Tätigkeitsschwerpunkt von ihnen die Betreuung sterbender Kinder im häuslichen Bereich. Neben einer selbstverständlich engen Zusammenarbeit mit den Ärzten und Krankenschwestern der onkologischen Stationen hat sich die Integration in das psychosoziale Team als sinnvoll erwiesen. Sie nehmen regelmäßig an den Besprechungen teil.

3.4.9. Das Familienzentrum

Für auswärtige Familien gibt es das Familienzentrum („Ronald McDonald-Haus“), in dem es Eltern-Kind-Wohneinheiten zu äußerst moderaten Preisen gibt. Für das Management dieses Bereichs und die psychosoziale Betreuung der Familien gibt es eine Betreuerin, welche zwecks Koordinierung der Aktivitäten in die psychosoziale Gruppe des Spitals integriert ist.

4. Die Strukturen der Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Krankenpflegepersonal

Wie in den Leitlinien des Konzepts ausgeführt ist eine umfassende Betreuung des Kindes und der Familie nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit von den verschiedensten Berufsgruppen möglich. Diese Zusammenarbeit erfordert Strukturen der Kooperation, um eine sorgfältige und optimale Patientenbetreuung zu ermöglichen.

4.1. Das Gruppengespräch

Dieses Treffen dient zur Diskussion der Diagnose, eines Rezidivs und des Überganges von kurativer zu palliativer Therapie und findet in den ersten Tagen nach der Aufnahme statt. Es soll dadurch bereits den Eltern und Kindern gegebene medizinische Information nochmals aufbereitet und diskutiert werden. Solche Treffen finden auch manchmal bei anderen Gelegenheiten statt, z. B. bei Störungen in der Interaktion von Eltern und dem Personal. Teilnehmer an diesen Gesprächen sind auf der einen Seite die Eltern und das Kind, auf der anderen Seite der Arzt, eine Psychotherapeutin und eine Krankenschwester. Die krebserkrankten Kinder nehmen in der Regel erst ungefähr ab dem 10. Lebensjahr daran teil, da jüngere Kinder durch diese Situation überfordert sind und wenig von ihr profitieren könnten. Diesen Kindern werden in einem kleineren Rahmen (mit weniger Gesprächsteilnehmern) die für sie wichtigen medizinischen Informationen altersgerecht vermittelt. In diesen Gesprächen erfolgt primär die Vertiefung der medizinischen Aufklärung der Kinder und der Eltern. Durch das Gruppengespräch soll gewährleistet sein, dass das Kind und die Eltern den gleichen Informationsstand haben. Die Öffentlichkeit, welche durch das Gruppengespräch gegeben ist, soll garantieren, dass es zu keiner Tabuisierung innerhalb der Familie in Bezug auf die Diagnose kommt.

Diese Öffentlichkeit und die damit verbundene Möglichkeit der Offenheit gelten auch für die Beziehungen der Familie zu den Ärzten und Krankenschwestern der Station. Die Familienangehörigen wissen, dass sie mit jedem Bediensteten der Station offen über die Erkrankung sprechen können. Einer möglichen Tabuisierung einzelner Aspekte der Erkrankung (z. B. der möglichen Lebensgefahr und des Todes) wird dadurch weitgehend entgegengewirkt. Durch die konsequente Aufklärung des Kindes und der Eltern wird ein ehrliches und haltendes Stationsklima ermöglicht. Das Kind braucht nicht zu befürchten, über wesentliche Aspekte der Krankheit im Unklaren gelassen worden zu sein. Die Chance einer aktiven Krankheitsbewältigung ist damit gegeben.

Durch die Teilnahme aller wichtigen Berufsgruppen ist auch sichergestellt, dass die Informationsweitergabe in den Berufsgruppen ermöglicht wird. Jedes

Mitglied einer Berufsgruppe kann sich somit auf die gleiche medizinische Realität in der Beziehung zum Kind und den Eltern berufen. Eine offene und ehrliche Patientenbeziehung ist dadurch für das Personal leichter gegeben.

4.2. Die Elternrunde

Diese sollte auf den onkologischen Grundstationen in der Regel 14-tägig stattfinden. Teilnehmer sind die Eltern der gerade stationären Kinder, ein Arzt, eine Krankenschwester und eine Psychotherapeutin. Sie bietet den Eltern die Möglichkeit, allgemeine Fragen zur medizinischen Behandlung und zur Krankenhausorganisation zu stellen. Aus der Erfahrung zeigt sich nämlich, dass manche Eltern immer wieder die vielfältigen Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit den Ärzten im onkologischen Alltag nicht nützen. Es ist ihnen erst im Schutz der Gruppe möglich, diese Fragen zu stellen und unter Umständen Kritik und Unmut anzubringen. Auf die Gründe dieser Zurückhaltung wollen wir hier in diesem Zusammenhang nicht näher eingehen. Die Elternrunde bietet weiters die Möglichkeit, bestehende zwischenmenschliche Spannungen von Eltern und dem Personal zu besprechen. Dies ist wichtig, um einen reibungslosen Ablauf in der Behandlung des krebserkrankten Kindes zu gewährleisten.

4.3. Die Kinderrunde

Diese sollte in der Regel 14-tägig stattfinden. Es nehmen wieder ein Arzt, eine Krankenschwester und eine Psychotherapeutin daran teil. Analog zur Elternrunde wird den anwesenden stationären Kindern die Möglichkeit geboten, sich im Schutz der Gruppe mit offengebliebenen Fragen der Behandlung und dem Leben auf der Station auseinanderzusetzen. Die Kinder lernen auch unterschiedliche Krankheitsbewältigungsstrategien oder -formen kennen. Es bietet sich ihnen weiters die Möglichkeit der gegenseitigen Hilfestellung in den unterschiedlichsten Behandlungsphasen. Soziales Lernen kann dadurch erleichtert werden.

4.4. Die Psychosoziale Sitzung

Diese findet wöchentlich an einem fixen Tag auf jeder Station statt und dauert ungefähr 60 Minuten. Teilnehmer an dieser Sitzung sind alle an diesem Tag anwesenden Personen des betreuenden Personals, das sind die Ärzte, das Krankenpflegepersonal und die Mitarbeiter der psychosozialen Gruppe.

In diesen Sitzungen erfolgt der Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen über patientenbezogene Daten, um ein koordiniertes Vorgehen in der

Betreuung zu ermöglichen. Wie in den Leitlinien des Konzepts bereits ausgeführt, soll ein ganzheitlicher Blick auf das Kind ermöglicht und eventuellen Spaltungstendenzen im Team entgegengewirkt werden. Darüber hinaus bietet diese Sitzung dem Stationspersonal die Möglichkeit, seine Beziehungen zu Kind und Eltern reflektieren zu können. Angesichts des massiv auftretenden Leidens bei den Patienten bietet diese Gruppe dem Personal letztendlich auch die Möglichkeit, von der eigenen Betroffenheit zu erzählen und wieder etwas Abstand zu den Ereignissen auf der Station zu gewinnen. Sie übt dadurch eine wesentliche psychohygienische Funktion für die Teams aus.

4.5. Das psychosoziale onkologische Fallseminar

Dieses findet alle 8 Wochen statt. Teilnehmer sind der ärztliche Leiter des Krankenhauses, alle onkologisch tätigen Ärzte, die Psychotherapeuten, der Leiter der psychosozialen Beratung sowie die Stationschwester der jeweiligen onkologischen Station. In einer einstündigen Sitzung werden außerhalb der Stationsroutine psychosoziale und medizinische Schwierigkeiten in der Patientenbetreuung diskutiert. Fragen der ärztlichen Gesprächsführung und medizin-ethische Fragestellungen sind weitere Schwerpunkte dieser Runde.

5. Kritische Anmerkungen

Abschließend wollen wir kurz auf die problematischen Schnittzonen des Konzepts eingehen. Diese ergeben sich allgemein ausgedrückt aus dem Versuch einer Synthese zweier wissenschaftstheoretisch unterschiedlicher Denkschulen. Auf der einen Seite steht eine streng naturwissenschaftlich ausgerichtete pädiatrische Onkologie, auf der anderen Seite eine psychosoziale Beratung mit ihrer humanistisch-phänomenologisch und tiefenpsychologischen Ausrichtung. Auf die Notwendigkeit, aber auch die Schwierigkeiten einer Synthese dieser beiden Denksysteme ist insbesondere von Uexküll und Wesiack³⁹ in ihrer wissenschaftstheoretischen Begründung psychosomatischer Medizin ausführlich eingegangen worden. Wir wollen uns an dieser Stelle deshalb eher mit der Diskussion der praktischen Schwierigkeiten einer solchen Synthese begnügen.

Eine der Problemzonen psychosozialer Tätigkeit im Krankenhaus hat mit den Erwartungshaltungen der medizinischen Mitarbeiter an die psychosozialen Fachkräfte zu tun. Diese leitet sich aus dem naturwissenschaftlichen Verständnis der Ärzte ab. Sie besteht vereinfacht ausgedrückt in der Hoffnung einer unmittelbaren Erfolgsmeldung psychosozialer Interventionstätigkeit beim Kind

39 Uexküll, Wesiack 1986.

bzw. den Eltern. Psychosoziale Handlungen haben sofort und sichtbar zu wirken. Die zugrundeliegende Idee einer solchen Erwartungshaltung ist, dass die psychosoziale Intervention wie ein Medikament funktioniert: schnell, sichtbar und kontrollierbar⁴⁰. Noch verstärkt wird diese Erwartung bei den Ärzten durch die im Hintergrund immer vorhandene Todesdrohung einer malignen Erkrankung. Die latente Angst des medizinischen Kernpersonals ist, dass psychosoziale Probleme der Kinder und Eltern die Arzt-Patient-Beziehung so stark stören könnten, dass die weitere medizinische Behandlung der Krebserkrankung gefährdet ist. Eine der Aufgaben des psychosozialen Mitarbeiters in diesem Zusammenhang ist, sich diesem technokratischen Anspruch an die psychosoziale Arbeit zu stellen. In dieser Auseinandersetzung muss der seelische und soziale Aspekt des Patienten und der Angehörigen wieder sichtbar gemacht werden, um einer möglichen Dehumanisierung des Kranken entgegenzuwirken und um wieder Raum für eine ganzheitliche Sichtweise auf den Patienten zu schaffen. Dieser Prozess ist dadurch aber potentiell konflikthaft. Damit der psychosoziale Mitarbeiter sich diesen Auseinandersetzungen stellen kann, ist einerseits großes Verständnis von Seiten der Spitalsleitung für diese Prozesse notwendig, andererseits eine strukturell hierarchisch unabhängige Positionierung der psychosozialen Gruppe in der Krankenhausorganisation. Trotz dieser Voraussetzungen kann es aber manchmal geschehen, dass solche Konflikte zeitweilig die Zusammenarbeit der Berufsgruppen erschweren und es zu einem Übergreifen der Konflikte auf die reale Arbeitsebene kommt. Die Folgen sind, dass an der fachlichen Kompetenz der psychosozialen Mitarbeiter gezweifelt wird und die oben referierten Strukturen (z. B. die Gruppengespräche, Elternrunden, Kinderrunden) von den Kernberufsgruppen des Spitals kurzfristig nicht mehr eingehalten werden, da der Nutzen der interdisziplinären Zusammenarbeit nicht mehr gesehen wird. Es ist in dieser Situation wichtig, diese Prozesse zu besprechen und bewusst zu machen, um die weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gewährleisten.

Aus rein organisatorischen Schwierigkeiten, z. B. durch eine vorübergehende Unterbesetzung der Stationen mit Ärzten oder Krankenschwestern und einer damit einhergehenden zeitlichen Überforderung, kann es ebenfalls zu einem kurzfristigen Zusammenbruch der interdisziplinären Arbeitsstrukturen kommen. Aus der Erfahrung zeigt sich, dass die psychosozialen Sitzungen auf den Stationen das stabilste Strukturelement sind und die größte Verankerung im stationären Ablauf gefunden haben. Sie finden regelmäßig seit Jahren statt und sind somit immer als Forum zur Verfügung gestanden, um Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit besprechen zu können. Wie die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, finden die stationären Kinderrunden am seltensten statt. Neben dem erheblichen organisatorischen Aufwand, welcher für das Zustandekommen der Runde notwendig ist, zeigt sich vor allem die heterogene Zusam-

40 Vgl. dazu auch Kap. 2.1.2. zum Problem der Affektabsplaltung.

mensetzung im Alter der pädiatrischen Patienten als der größte Erschwernisgrund. Die Elternrunden haben auf den onkologischen Grundstationen nach wie vor ihre Bedeutung, fanden eine Zeitlang nur alle 4 bis 8 Wochen statt, werden aber inzwischen sogar wöchentlich in Kooperation mit der Kinderkrebshilfe durchgeführt. Das psychosoziale onkologische Fallseminar findet inzwischen nach 5-jähriger Durchführung nicht mehr statt, da durch eine organisatorische Änderung es andere übergreifende Strukturen gibt.

Ein weiterer Problembereich des Konzepts betrifft die psychotherapeutische Einzelfallbetreuung des Kindes und die psychosoziale Beratung der Eltern. Der Zugang zu den Familien gelingt nicht immer, obwohl ein psychosozialer Betreuungsbedarf gegeben erscheint. Die Gründe für diese nicht geglückten Zugänge liegen unseres Erachtens einerseits in der Vorgeschichte der jeweiligen Familie (z. B. negative Vorerfahrungen mit Psychologen, massive psychosoziale Vorbelastungen mit Widerstand und Angst vor einer Auseinandersetzung mit diesem seelischen Leid, große Schuldgefühle der Eltern in Bezug auf die Erkrankung des Kindes), andererseits in einer missglückten psychosozialen Kontaktaufnahme. In diesem Zusammenhang muss auf die Ausgangslage psychosozialer Beratung verwiesen werden: Der primäre Grund für den Kontakt mit dem Krankenhaus ist nicht eine seelische Erkrankung, sondern eine organische. Es ist deshalb nicht selbstverständlich, dass Kinder oder Eltern auch gleichzeitig einen Psychologen wünschen. Eine Ablehnung psychosozialer Hilfestellung ist nicht zuletzt aus rechtlichen Gründen zur Verhinderung einer „psychosozialen Zwangsbehandlung“ zu respektieren. Solchen Kindern oder Eltern kann aber trotzdem in der Regel über den Umweg der liaisonhaften Beratung⁴¹ weitergeholfen werden.

Danksagung: Wir bedanken uns bei allen Ärzten und dem Pflegepersonal des Spitals für die gute Zusammenarbeit in den letzten Jahren. Ohne die Bereitschaft zur ständigen Kooperation wären der Aufbau und die Durchführung dieses Konzepts nicht möglich gewesen.

Die obige Arbeit wurde in unveränderter Fassung zugänglich gemacht, um auch die Entwicklung des Konzepts zu verdeutlichen. Natürlich haben sich in der Zwischenzeit neue Anpassungen und **Veränderungen** ergeben.

Im personellen Bereich wurde das Psychosoziale Team aufgestockt: Es konnte mit Unterstützung der Elterninitiative für krebskranke Kinder erstens eine **eigene Sozialarbeiterin** für die effizientere Betreuung und sozialen Unterstützung der Familien angestellt werden und zweitens konnte eine **Kunsttherapeutin** für die Betreuung der krebskranken Kinder und Jugendlichen engagiert werden, wodurch eine intensivere und erweiterte Betreuung der Kinder erreicht werden konnte.

41 Vgl. Kap. 3.3.1.2.

In der interdisziplinären Kooperation mit den externen Krankenpflegepersonen, den PhysiotherapeutInnen und dem Seelsorger hat sich eine losere und informellere Kooperation aus zeitlichen Gründen ergeben – diese Gruppen nehmen nicht mehr an den internen Besprechungen der Psychosozialen Gruppe teil. Es findet aber im stationären Rahmen nach wie vor eine intensive Kooperation statt.

Ungefähr seit dem Jahr 2000 erfüllen die Funktion des Psychotherapeuten die Berufsgruppe der Psychologen. Eine zusätzliche Ausbildung in einer Psychotherapierichtung ist zwar erwünscht, aber nicht mehr bindend. Diese Entwicklung ergab sich einerseits aus pragmatischen Gründen bei der Stellennachbesetzung, andererseits aus den breiteren Einsatzmöglichkeiten von klinischen Psychologen im Spitalsalltag.

Weiters gibt seit ungefähr 15 Jahren eine regelmäßige und wichtige konsiliarpsychiatrische Unterstützung in der Patientenversorgung (siehe Beitrag von Dr. Steinberger in diesem Buch)

Literatur

- Aymanns 1992: Aymanns P., Krebserkrankung und Familie. Zur Rolle familialer Unterstützung im Prozeß der Krankheitsbewältigung. Bern 1992.
- Balint 1991: Balint M., Der Arzt, der Patient und die Krankheit. Stuttgart 1991.
- Bider 1989: Bider A. S., Erlebnis- und Bewältigungsreaktionen von Kindern und Jugendlichen mit Krebserkrankung. Dissertation Univ. Graz 1989.
- Bion 1990: Bion W. R., Erfahrungen in Gruppen. Frankfurt 1990.
- Brenner 1989: Brenner C., Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt 1989.
- Bunzel, Sedlak 1985: Bunzel B., Sedlak F., Mein Kind wird operiert. Wien 1985.
- Bürgin 1981: Bürgin D., Das Kind, die lebensbedrohliche Krankheit und der Tod. Stuttgart 1981.
- Bürgin 1991: Bürgin D., Pädiatrische Psycho-Onkologie. In: Meerwein F., Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern 1991.
- Condrau 1991: Condrau G., Der Mensch und der Tod. Zürich 1991.
- Ehrhart 1989: Ehrhart B., Wie erleben ein Kind und seine Familie eine lebensbedrohliche Erkrankung – am Beispiel Krebs. Dissertation Univ. Innsbruck 1991.
- Freud A. 1964: Freud A., Das Ich und die Abwehrmechanismen. München 1964.
- Freud A. 1968: Freud A., Wege und Irrwege der Kinderentwicklung. Stuttgart 1968.
- Freud A., Bermann 1977: Freud A., Bergmann T., Kranke Kinder. Ein psychoanalytischer Beitrag zu ihrem Verständnis. Frankfurt: 1977.
- Frischenschlager 1986: Frischenschlager O., Psychoonkologie als spezielle Psychosomatik. Beiträge zur Psychoonkologie 3/1986, 5–11.
- Haaf, Kaatsch, Michaelis 1993: Haaf H.G., Kaatsch P., Michaelis J., Jahresbericht 1992 des Deutschen Kinderkrebsregisters. Mainz IMSD 1993.
- Heim 1988: Heim E., Coping und Adaptabilität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? Zeitschrift Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 38/1988, 8–18.
- Herschbach 1991: Herschbach P., Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim 1991.
- Holland, Rowland 1989: Holland J., Rowland J., Handbook of Psychooncology. Psychosocial Care of the Patient with Cancer. New York 1989.

- Kaufmann 1990: Kaufmann U., Psychosoziale Versorgung in der Kinderheilkunde – ein Pilotprojekt für andere chronische Krankheiten. In: Petermann F., Bode U., Schlack H. G. (Hg.), Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Köln 1990, 53–56.
- Kernberg 1988: Kernberg O. F., Innere Welt und äußere Realität. München 1988.
- Klein 1983: Klein M., Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart 1983.
- Klein, Riviere 1983: Klein M., Riviere J., Seelische Urkonflikte. Frankfurt 1983.
- Koch, Lucius-Hoene, Stegie 1988: Koch U., Lucius-Hoene, Stegie R. (Hg.), Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin 1988.
- Knispel 1988: Knispel D., Leitfaden für eine klinische systematische psychosoziale Versorgung krebskranker Kinder und ihrer Familien. Dissertation Univ. Hamburg 1988.
- Lindemann 1985: Lindemann E., Jenseits von Trauer. Beiträge zur Krisenbewältigung und Krankheitsverarbeitung. Göttingen 1985.
- Maslow 1973: Maslow A. H., Psychologie des Seins. München 1973.
- Maslow 1981: Maslow A. H., Motivation und Persönlichkeit. Hamburg 1981.
- Matzenberger 1988: Matzenberger R., Einfluss von Chemotherapie und Bestrahlung auf Intelligenz, Motorik und Konzentration des leukämiekranken Kindes sowie krankheitsbedingte Problemfelder und Bewältigungsstrategien des Patienten und seiner Angehörigen aus psychosozialer Sicht. Dissertation Univ. Wien 1988.
- Meerwein 1991: Meerwein F. (Hg.), Einführung in die Psycho-Onkologie. Bern 1991.
- Petermann, Noecker, Bockmann, Bode 1990: Petermann F., Noecker M., Bockmann F., Bode U., Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse. Frankfurt 1990.
- Piaget 1975: Piaget J., Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde. Stuttgart 1975.
- Piaget 1977: Piaget J., Theorien und Methoden der modernen Erziehung. Frankfurt 1977.
- Rogers 1985: Rogers C., Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart 1985.
- Seligmann 1975: Seligmann M., Erlernte Hilflosigkeit. München, Weinheim 1975.
- Sesterhenn 1991: Sesterhenn H., Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie. Heidelberg 1991.
- Topf 1997: Topf R., Medizinische Krebsaufklärung als psychosoziale Notwendigkeit – Tiefenpsychologische Aspekte in der medizinischen Behandlung krebskranker Kinder. Kinderanalyse 5/3/1997, 285–311.
- Thomas, Feldmann 1992: Thomas R., Feldman B., Die Entwicklung des Kindes. Weinheim 1992.
- Ullrich 1989: Ullrich A., Die Last der Helfer in der Onkologie. In: Verres R., Hasenbring M. (Hg.), Psychosoziale Onkologie. Jahrbuch der medizinischen Onkologie. Berlin 1989, 241–253.
- Uexküll, Wesiack 1986: Uexküll T. v., Wesiack W., Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll T. v. (Hg.), Psychosomatische Medizin. München 1986, 1–29.
- Winnicott 1990: Winnicott, D. W., Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt 1990.