

Klinische Sozialarbeit - eine kritische Einschätzung

von

Karlheinz Ortmann und Heinz-Alex Schaub

In leicht veränderter Form erschienen in der Zeitschrift Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Jg. 53, Heft 1, S. 66 - 72

1. Einführung

Das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik ist kein gegebener und unveränderlicher Tatbestand. Es ist vielmehr gesellschaftlich konstruiert, als Teil komplexer sozialer Wirklichkeit zu verstehen und damit variabel. Wenn derzeit die Lösung gesundheits- und krankheitsbezogener Probleme primär von Ärzten¹ erwartet wird und das biomedizinische Paradigma die Konstruktion der Gesundheitsversorgung dominiert, so bedeutet dies nicht, daß das immer so war und so bleiben muß.

Eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen liegt darin, auch für die Zukunft eine leistungsfähige, sozial gerechte und bezahlbare Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Gesundheitsversorgung wird wahrscheinlich nicht so sehr durch eine mögliche Zunahme *akuter Erkrankungen* bedroht, vielmehr ist - auch vor dem Hintergrund, daß in zwanzig Jahren etwa ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland über sechzig Jahre alt sein wird - zu erwarten, daß *chronische Gesundheitsstörungen und Erkrankungen* eine noch größere Rolle im Krankheitsspektrum spielen werden als bisher, ohne daß das bestehende Gesundheits- und Sozialsystem genügend darauf vorbereitet ist.

Die Biomedizin hat bisher zweifellos große Erfolge zu verzeichnen, aber es ist offensichtlich, daß sie an Grenzen stößt und viele Fragen bezüglich gesundheitlicher Problemlagen ohne Antwort geblieben sind. Es sind dies insbesondere Fragen nach Zusammenhängen zwischen *individuellem Lebensstil* (z. B. Ernährungsgewohnheiten, Bewegung, Gestaltung von Beziehungen), *sozialer Lage* (z. B. Ausbildung, Einkommen, Arbeit, Alter) und Gesundheit bzw. Krankheit. Obwohl solche Zusammenhänge mittlerweile empirisch gut belegt sind, hat dies in der Gesundheitsversorgung bisher keinen Niederschlag gefunden. Den bereits vor 20 Jahren formulierten begründeten Forderungen nach umfassender - also biopsychosozialer - Versorgung und

¹ Zugunsten der Lesbarkeit wird auf geschlechtsneutrale Formulierungen wie beispielsweise Ärzt/inn/e/n oder Ärzte und Ärztinnen verzichtet.

Behandlung sind bisher keine Taten gefolgt.

Der zu erwartende steigende Bedarf und die sich in ihrer Qualität verändernde Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wirft Fragen nach einer Umorientierung der Gesundheitsversorgung auf. Kann es in Zukunft noch sein, daß die Biomedizin nahezu allein die Versorgungsinhalte und -strukturen bestimmt? Werden andere Disziplinen und Professionen mit anderen Sicht- und Handlungsweisen ein größeres Gewicht erhalten und können diese belegen, daß sie in der Lage sind, die genannten Zukunftsaufgaben in Fragen der Gesundheit und Krankheit zu bewältigen? Dieser hier nur skizzierte Diskurs über die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung birgt für die sog. nicht-medizinischen Disziplinen und Professionen Chancen, sich mehr als bisher in die Gesundheitsversorgung einzumischen und den Beweis für ihre Kompetenz für die Bearbeitung gesundheitlicher Problemlagen anzutreten.

Vor diesem Hintergrund wird auch verständlich, daß in den letzten Jahren die Bemühungen zu genommen haben, eine klinische Variante der Sozialarbeit zu entwerfen (vgl. z.B. Blätter der Wohlfahrtspflege 1998, Ansen 2000, Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit 2000, 2001). Einhellig wird hier die Ansicht vertreten, daß klinische Sozialarbeit einerseits mehr Gesundheit möglich machen könnte und andererseits die Profession Sozialarbeit stärken könnte, die es in den vergangenen Jahrzehnten nicht besonders wirkungsvoll verstanden hat, sich in den klinischen Feldern der Gesundheitsversorgung zu etablieren.

Anscheinend möchte sich die Sozialarbeit nach jahrzehntelangen 'Magddiensten' für die Medizin und einigen heftigen, jedoch nicht so glücklich verlaufenden Affären mit den unterschiedlichsten Psychotherapieinhalten und -methoden, in denen die Sozialarbeit nahezu bis zur Selbstaufgabe um Anerkennung gerungen hat, endlich verabschieden. Vor dem Hintergrund, daß die Sozialarbeit bisher weder über ein kohärentes *eigenes Verstehensmodell* noch über *eigene Handlungskonzepte* in Fragen der Gesundheit und Krankheit verfügt, erscheint das Überanpassungsverhalten der Sozialarbeit zwar verständlich, aber wegen der tatsächlichen, oben angedeuteten Aufgaben in gesundheitsbezogenen Fragen, nicht akzeptabel.

Die hier darzulegende Einschätzung dieser Entwicklung erfolgt daher unter dem Eindruck, daß noch mehr geklärt werden muß, was unter klinischer Sozialarbeit zu verstehen ist, wo die Gemeinsamkeiten mit anderen 'Kliniken' - etwa in der Psychologie und der Medizin - liegen, und wie sich diese von der 'klinischen Sozialarbeit' unterscheiden. Es wird zu zeigen sein, daß diese Sparte der Sozialarbeit ihre curricularen Eigenheiten nicht nur aus den bestehenden 'Kliniken' heranzieht, sondern vor allem das eigene unverwechselbare Profil damit füllt, indem sozialwissenschaftliche Er-

kenntnisse und Konzepte herangezogen werden. Wie sich auf diese Weise eine Praxis der klinischen Sozialarbeit entwickeln läßt, bleibt abzuwarten.

2. Woran liegt es, daß Sozialarbeit bisher in Fragen von Gesundheit und Krankheit nicht recht vorangekommen ist?

Bei der Beantwortung dieser Frage werden hier die ökonomischen und juristischen Rahmenbedingungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die bildungspolitischen Rahmungen der Sozialarbeiterausbildung ausgeklammert. Deren Bedeutungen für den Entwicklungsstand der Disziplin und Profession Sozialarbeit sollen nicht unterschätzt werden, aber der fokussierte Blick darauf engt die Perspektive ein und versperrt die in die Zukunft weisende Um- und Weitsicht derart, so daß der offene Blick auf das weite Feld der Sozialarbeit für die Bearbeitung gesundheits- und krankheitsbezogener Probleme weitgehend verstellt würde. Es sollen drei vorläufige Antworten auf die o. g. Frage gegeben werden:

1. Sozialarbeit wird von den Disziplinen und Professionen im klinischen Feld der Gesundheitsversorgung (noch) nicht als eigenständige Disziplin und Profession mit eigenen Wissensbeständen sowie spezifischen Denk- und Handlungsweisen wahrgenommen und anerkannt. Sie gilt im Vergleich zu den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen (Medizin und Psychologie) und Professionen (Arzt und Psychologe) nicht als gleichwertig. Auch das Verhältnis zwischen den sich vehement formierenden Pflege- und Gesundheitswissenschaften und der Sozialarbeit/Sozialarbeitswissenschaft ist noch auszuloten.
2. Sozialarbeiter können sich in ihrem beruflichen Denken und Handeln nicht wie klinisch tätige Ärzte und Psychologen auf gesellschaftlich anerkannte, bewährte und etablierte Erklärungs- bzw. Verstehensmodelle stützen. Sie können auch nicht auf derartige Behandlungskonzepte verweisen und diese anwenden. Der Sozialarbeit fehlt ein entwickeltes und schlüssiges *soziogenetisches Verstehensmodell* für Gesundheit und Krankheit, mit dem es möglich ist, die *soziale Dimension* von Gesundheit und Krankheit zu focussieren und *soziotherapeutisch* zu bearbeiten.
3. Gesundheit und Krankheit gelten in der Sozialarbeit vielfach noch als *separate* Themen, die mit den zentralen Fragen der Sozialarbeit nichts zu tun haben und nur in *krankheits- und medizinnahen* Tätigkeitsfeldern Sozialer Arbeit von Bedeutung sind. Gesundheit und Krankheit sind als Themen nicht wirklich in die Sozialarbeit integriert, obwohl Sozialarbeit auch in den meisten Zusammenhängen 'Gesundheitsarbeit' ist (vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit 2001). Die in den Gesundheits- und Sozialversorgungssystemen vorzufindende Aufspaltung und

Hierarchisierung komplexer, *bio-psycho-sozialer Problemlagen* in einzelne Teile, die jeweils für sich und getrennt voneinander zu bearbeiten sind, finden in der Sozialarbeit ihre Entsprechung. Es steckt System dahinter, daß der *biologische* Zugang der gesellschaftlich akzeptierte, der *psychologische*, der in Grenzen gewollte und der *soziale* als der vernachlässigte angesehen werden kann.

3. Was läßt hoffen, daß sich diese Situation verändern wird?

Die *Vielschichtigkeit* und *Uneinheitlichkeit* der Sozialarbeit läßt sich als das Markenzeichen der Disziplin und Profession verstehen. Sozialarbeit ist in der Lage, komplexe Themen und Problemzusammenhänge zu bearbeiten, die von den klassischen Disziplinen und Professionen aufgrund ihres spezialisierten Eingegrenztseins nicht (mehr) bearbeitet werden können. Sozialarbeit bezieht sich auf die Bereiche *zwischen* den klassischen Professionen. Sie ist eine transprofessionelle Praxis, die beispielsweise medizinische, psychologische oder juristische Themen aufnimmt und bearbeitet, ohne Medizin, Psychologie oder Jurisprudenz zu sein (Ortmann und Kleve 2000). Auch wissenschaftlich nimmt Sozialarbeit eine transdisziplinäre Position ein. Diese bezieht sich auf andere Wissenschaften; sie ist auf deren Wissen und Forschung angewiesen. Gleichzeitig ist Sozialarbeit auch selbst darauf angewiesen, daß sich andere Disziplinen auf die Sozialarbeit beziehen.

Die klinische Sozialarbeit verfügt über ein wissenschaftstheoretisches Modell, mit dem sich die Bezüge der Sozialarbeit zu Fragen von Gesundheit und Krankheit verstehen und begründen lassen. Mit diesem *bio-psycho-sozialen Modell* (vgl. Uexküll und Wesiack 1996) werden Menschen als biopsychosoziale Einheiten aufgefaßt. Gesundheitliche Problemlagen lassen sich physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander kommunizieren und durch Auf- und Abwärtsbewegungen untrennbar biopsychosozial verwoben sind. Physiologische Vorgänge können psychosozial wirken und psychosoziale Vorgänge physiologisch. Es entwickelt sich eine gesundheits- und krankheitsbezogene Sozialarbeitsforschung, mit der Sozialarbeit ihr *eigenes* Wissen generiert und dies für ihr Können nutzbar macht. Forschungsaktivitäten in der Sozialarbeit - auch angeschoben durch Forderungen nach Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie durch die zunehmende Konkurrenz der Gesundheitswissenschaften und der Pflegewissenschaft – nehmen zu (vgl. Ortmann und Waller 2000). Zu dieser Entwicklung wird auch beitragen, daß Sozialarbeiter mittlerweile promovieren können und zukünftig auch verstärkt in der Sozialarbeiteraus- und weiterbildung tätig sein werden. Dies sind in der Tendenz günstige Anzeichen und Voraussetzungen, unter denen sich auch die gesundheits- und krank-

heitsbezogene Sozialarbeit insgesamt stärken kann.

Auf diese Weise wird sich eine klinische Sozialarbeit entwickeln können, die ihre Wurzeln in der Sozialarbeit hat; denn Sozialarbeit ist nicht allein deshalb schon als klinische Sozialarbeit zu bezeichnen, weil Sozialarbeiter z. B. in Kliniken oder in gesundheitsbezogenen Beratungsstellen arbeiten. Klinische Sozialarbeit darf auch nicht mißverstanden werden als Kopie anderer 'Kliniken', wie etwa der klinischen Psychologie.

4. Was sind die Kernelemente klinischer Sozialarbeit?

Klinische Sozialarbeit in Feldern der Gesundheitsversorgung meint im Kern, *interdisziplinäres gesundheitsbezogenes Handeln in sozialen Situationen für und mit Menschen, die von gesundheitlichen Problemen bedroht oder erkrankt sind*. Dieses Handeln erfolgt auf der Basis eigener Verstehensmodelle von Gesundheit und Krankheit und mit *eigenen* (Be)Handlungskonzepten.

Verstehens- und Handlungskonzepte existieren erst in Ansätzen und müssen weiterentwickelt werden. Die sozialwissenschaftlich-sozialmedizinisch-gesundheitswissenschaftliche Forschung hat bereits Wissen geliefert, an das die hier gemeinte klinische Sozialarbeit anschließen kann. So ist die Bedeutung *sozialer Stressoren* für Gesundheit und Krankheit bekannt, wie z.B. lebensverändernde Ereignisse und psychosoziale Transitionen (z. B. Tod des Partners, Arbeitsplatzverlust) sowie chronische Umweltüberforderungen (z. B. Arbeitsstress, Familien- bzw. Partnerprobleme). Auch sind Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit empirisch belegt (vgl. die umfassende Übersicht von Mielck 2000). Ferner ist die Bedeutung *psychosozialer Ressourcen* für einen Erkrankungs- oder Gesundungsprozeß bekannt. Genannt seien hier soziale Fähigkeiten und die Kompetenz, allein mit einem Problem fertig zu werden oder Formen sozialer Unterstützung zu nutzen und soziale Netzwerke aufzubauen.

Es fehlen jedoch noch umfangreiche Belege aus der Praxis der Sozialarbeit dafür, daß Formen professioneller sozialer Unterstützung, Netzwerkarbeit und Case Management (vgl. Schaub 1998) gesundheitsförderlich wirken. Diese zu liefern, sehen wir als eine dringliche Aufgabe der Sozialarbeitsforschung an.

Die Entwicklung *eigener* Verstehensmodelle und Behandlungskonzepte ist aus unserer Sicht die Voraussetzung dafür, Detailfragen zur Ausgestaltung klinischer Sozialarbeit in Praxis, Lehre und Forschung aufgreifen und klären zu können. Wenn diese gewünschte Eigenständigkeit zur Grundlage weiterer Überlegungen gemacht wird, ist auch vorgebeugt, daß klinische Sozialarbeit sich dem biomedizinischen oder psychologischen Paradigma nicht übermäßig anpaßt oder gar unterwirft. Es geht nicht darum,

Ärzte oder Psychologen zu imitieren (vgl. Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit 2000), sondern um *eigenes* Wissen und Können und um eine *eigene* Form des klinischen Denkens und Handelns.

Klinische Sozialarbeit hat sich im transparenten und fairen Wettstreit mit bestehenden und praktizierten anderen Modellen zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit zu bewähren. Es besteht Konkurrenz und die Notwendigkeit zur Kooperation auf dem sich ausweitenden 'Gesundheitsmarkt'. Diese Bedingungen sollte die klinische Sozialarbeit in konstruktiver Haltung akzeptieren; denn eine ihrer Stärken liegt darin, *zwischen* den verschiedenen Positionen zu vermitteln und den besten Weg für die von Krankheit bedrohten oder erkrankten Menschen – auch in der Zusammenarbeit mit Ärzten oder Psychologen – auszuhandeln.

5. Welches sind die Merkmale klinischer Sozialarbeit?

Hier werden zentrale Merkmale genannt, die für die konkrete Ausgestaltung klinischer Sozialarbeit von großer Bedeutung sind. Sie sollten als Essentials bei der Entwicklung von Curricula in Weiter- und/oder Fortbildungsveranstaltungen berücksichtigt werden. Die Reihenfolge der folgenden Merkmale ist nicht als Rangfolge zu verstehen:

- Klinische Sozialarbeit fokussiert die *soziale Dimension* gesundheitlicher Beschwerden. Damit ergänzt klinische Sozialarbeit die *somatische* und *psycho-somatische* Versorgung und Behandlung um eine *sozio-somatische* bzw. psychosoziale Perspektive. Mit der Würdigung der sozialen Dimension wird überhaupt erst die Voraussetzung geschaffen, um den Anspruch an komplexer Problemwahrnehmung und integrativer Problembearbeitung, die dem bio-psycho-sozialen Modell implizit sind, *praktisch* einzulösen. Die potentielle Gleichrangigkeit der drei Systemebenen bio-psycho-sozial in Fragen von Gesundheit und Krankheit findet derzeit noch keine Entsprechung in der Versorgung und Behandlung von Patienten/Klienten. Während die psychologische sich nicht zuletzt mit Hilfe des Psychotherapeutengesetzes etabliert hat, wird die soziale Systemebene im Gesundheitssystem weder systematisch in den Blick genommen noch bearbeitet.
- Klinische Sozialarbeit versteht und behandelt *Menschen in Situationen* (Alltags- und Lebenssituationen, soziale Kontexte). In theoretischer Hinsicht kann das bio-psycho-soziale Konstrukt als ein *soziales* Postulat verstanden werden, das eo ipso bio-psycho-soziale Komplexität zulässt und Gesundheitsprobleme nicht auf eine oder zwei Systemebenen reduzieren kann. Insofern ist klinische Sozialarbeit durch eine multidimensionale Klärung von Hilfewünschen und Hilfebedarf sowie durch die Entwicklung multiperspektivischer Problemlösungsstrategien gekennzeichnet. Dafür

müssen klinisch tätige Sozialarbeiter besonders gut qualifiziert sein. Hier sollen nur Stichworte genannt werden, die sozialarbeiterischem Handeln - auch über die klinische Sozialarbeit hinaus – eigen sind: Rollenflexibilität, Methodenvielfalt, Wissensvielfalt, Handlungsvielfalt, Prozeßkompetenz, Forscher im Handlungsvollzug, 'reflection in action' (vgl. Schaub 2000, Ortmann 2001)

- Klinische Sozialarbeit ist niedrigschwellig angelegt. Klinisch tätige Sozialarbeiter praktizieren deshalb *auch* an den Orten, wo Menschen leben und Hilfe benötigen (z.B. in deren Wohnungen) und nicht nur in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. *Aufsuchende Hilfe* bekommt damit einen gleichrangigen Wert wie die traditionelle Komm-Struktur.
- Klinische Sozialarbeit ist familienorientiert; denn Gesundheit und Krankheit werden in *Familien* und anderen sozialen *Netzwerken* gelebt. Sozialarbeit hat dabei von einem Familienmodell auszugehen, das keine Form des Zusammenlebens ausschließt.
- Vor dem Hintergrund chronischer Erkrankungen und anderer chronifizierender und chronifizierter gesundheitlicher Problemlagen, die die Lebensqualität der Menschen nachhaltig beeinflussen können, umfaßt klinische Sozialarbeit per definitionem neben Akutbehandlungen (z.B. im Sinne von Kriseninterventionen) insbesondere Langzeitbehandlungen, -beratungen, -betreuungen und -begleitungen. Diese gilt es zu konzeptualisieren und durchzuführen. In dem Zusammenhang werden in Zukunft im Rahmen der *Managed Care* neben dem *Case Management* auch Aufgaben im Bereich des *Disease Management* in den Vordergrund des Interesses rücken.
- Klinische Sozialarbeit erfordert ein eigenes *Beratungsmodell*, mit dem die gesundheitsbezogenen Zusammenhänge der *Lebensweisen* und *Lebenslagen* der Klienten erreicht und beeinflusst werden können. Es geht in der Praxis dieser Beratung deshalb um Verstehen und Deuten der genannten Lebenssituationen. Klinische Sozialarbeiter sind Spezialisten für Kommunikation und Interaktion.
- Klinische Sozialarbeit ist ressourcenorientiert. Sie orientiert sich nicht an den Defiziten der Menschen, sondern rückt die persönlichen und sozialen Ressourcen der Menschen in das Zentrum ihres Denkens und Handelns, um die Selbsthilfe- und Selbstheilungspotentiale der Menschen zu fördern und auszubauen.
- Klinische Sozialarbeit schließt die selbstverständliche Bereitschaft zur Kooperation und des Zusammenwirkens mit anderen Disziplinen und Berufsgruppen im Sinne einer integrierten (biopsychosozialen) Gesundheitsversorgung ein. Dazu gehört auch im Bedarfsfall die Delegation von Hilfesuchenden an Einrichtungen und Fachkräfte der Spezialversorgung.

6. Wie kann klinische Sozialarbeit auf den Weg gebracht werden?

Obwohl die Diskussion um klinische Sozialarbeit in Deutschland noch recht jung ist und viele Fragen offen sind, schreitet die Etablierung schnell voran. So ist bereits der erste Masterstudiengang in klinischer Sozialarbeit vom bayerischen Staatsminister genehmigt worden und wird zum Wintersemester 2001/2002 an der Fachhochschule Coburg beginnen. So sehr dies einerseits zu begrüßen ist, muß andererseits aber auch gefragt werden mit welchen Inhalten das Studium gefüllt werden soll, fehlt es doch der Sozialarbeit - wie oben erwähnt - an *eigenen Verstehensmodellen* und *Behandlungskonzepten*. Es ist zu befürchten, daß - analog zu den Erfahrungen in den grundständigen Studiengängen der Sozialarbeit - auch hier Wissensbestände anderer Disziplinen importiert werden, ohne deren Gebrauchswert für die klinische Sozialarbeit kritisch zu überprüfen. Dies kann allenfalls für eine Übergangsphase akzeptabel sein. Abgesehen davon sind möglicherweise inzwischen auch andere Fachhochschulen dabei, möglichst schnell Weiterbildungsstudiengänge in klinischer Sozialarbeit zu entwickeln und anzubieten, ohne daß es in der Bundesrepublik einen Konsens über die möglichen Inhalte und Formen gibt. Dies kann zu einer Pluralisierung und Unübersichtlichkeit hinsichtlich des Qualifikationsprofils der Absolventen führen und damit wäre dann die Chance vertan, klinische Sozialarbeit über ein einheitliches Weiterbildungsdesign (analog zu den medizinischen und psychologischen Kliniken) als „Fachsozialarbeit“ (Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit 2001) für andere Professionen verläßlich und durchschaubar zu machen. Dies ist aber für die Kooperation bzw. interprofessionelle Zusammenarbeit von erheblicher Bedeutung.

Um klinische Sozialarbeit auf den Weg zu bringen, darf in den Aus- und Weiterbildungsangeboten die besonders bei Praktikern der Sozialarbeit verbreitete Aufspaltung professionellen Denkens und Handelns in Theorie *oder* Praxis nicht fortgesetzt werden. Vielmehr muß dort Sozialarbeit als *Wissenschaft und Praxis* entworfen werden. Um *eigene* Verstehensmodelle und *eigene* Behandlungskonzepte für die klinische Sozialarbeit zu entwickeln und zu erproben, bedarf es der *eigenen* Wissensproduktion, mit der eigenes Wissen generiert wird. Dabei wird es von besonderer Bedeutung sein, aus den Fragen und Antworten aus der Praxis eine Praxeologie der klinischen Sozialarbeit zu entwickeln. Es ist bekannt, daß sich wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis nicht *einfach* anwenden lassen. Hilfeprozesse verlaufen in humanen Hilfepraxen vielfach nicht zügig und rational. Sie sind vielmehr durch zahlreiche Unwägbarkeiten und Dilemmata gekennzeichnet. Klinische Sozialarbeiter werden - wie alle Sozialarbeiter - permanent mit den Möglichkeiten und Unmöglichkeiten von Praxis konfrontiert sein und müssen sich darin zurechtfinden.

Dazu müssen sie sich idealiter als Forscher im Handlungsvollzug, als „reflecting practitioners“ ausweisen können. Die zentrale Aufgabe aller Fort- und Weiterbildungen in klinischer Sozialarbeit liegt darin, daß die Studierenden lernen, Praxis nicht nur als Handlungsfeld zu verstehen, sondern auch als Forschungs- bzw. Theoriefeld zu erschließen. Praxisreflexion und damit eine damit verbundene progressive Praxis-Theorie-Entwicklung haben nicht nur eine Schlüsselfunktion für die Entwicklung eigener Verstehensmodelle und Behandlungskonzepte in der klinischen Sozialarbeit, sondern auch für das Erreichen und Sichern bestmöglicher Hilfequalität.

7. Fazit und Ausblick

Klinische Sozialarbeit kann - bei entsprechender Positionierung - in den präventiven, kurativen und rehabilitativen Feldern der Gesundheitsversorgung wichtige Funktionen übernehmen. Sie kann die biomedizinische und psychosomatische Behandlung um eine somatosoziale Perspektive ergänzen und das biopsychosoziale Modell und eine integrative Versorgung Wirklichkeit werden lassen.

Im Sinne einer umfassenden integrierten Versorgung und Behandlung sind Kooperationen zwischen den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Fächern und Berufsgruppen wünschenswert. Klinische Sozialarbeit könnte als eine eigenständige Form des professionellen Denkens und Handelns dazu beitragen, Kooperationen selbstverständlich werden zu lassen. Die Eigenständigkeit der Sozialarbeit in Fragen von Gesundheit und Krankheit soll nämlich nicht zu einer Abschottung der Sozialarbeit führen. Sie ist vielmehr eine wesentliche Voraussetzung für eine Kooperation „in Augenhöhe“ (Ansen 2000) mit der Medizin und der Psychologie. Diese wiederum ist Voraussetzung für interdisziplinäres und transdisziplinäres Denken und Handeln, das eine integrierte Versorgung erst ermöglicht.

Das Plädoyer der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (2001) für die Entwicklung eines Fachgebietes 'klinische Sozialarbeit' ist sehr zu begrüßen. Sie trägt dazu bei, daß sich Sozialarbeit besser als bisher als kompetent und verlässlich für die Bearbeitung gesundheits- und krankheitsbezogener Probleme ausweist und profiliert. In diesen Bemühungen sollte u. E. insbesondere der Praxisforschung eine Schlüsselrolle zukommen, die z. Zt. die drängenden Fragen der Gesundheit und Krankheit aufgreifen kann, weil *individueller Lebensstil* und *soziale Lage* als wichtige Parameter für Morbiditäts- und Mortalitätskriterien gelten. Hier könnte klinische Sozialarbeit im Zusammenwirken mit anderen Disziplinen und Professionen dazu beitragen, für viele Menschen mehr Gesundheit und Gesundung zu ermöglichen als dies unter den bisherigen Versorgungsbedingungen möglich ist.

8. Literatur

- Ansen, H. (2000): Klinische Sozialarbeit und methodisches Handeln, in: sozialmagazin 25, Heft 2, S. 16 - 26
- Blätter der Wohlfahrtspflege – Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit (1998): Themenheft 'Klinische Sozialarbeit', Heft 9 u.10
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (2000): Perspektiven klinischer Sozialarbeit in Deutschland, Online-Mitteilung 35, www.fh-fulda.de/dgs/mit35.htm
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (2001): Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit, online-Mitteilung 45, www.fh-fulda.de/dgs/mitt45.htm
- Ortmann, K. u. Kleve, H. (2000): Sozialmedizin in der Sozialarbeit - ein Schlüssel für die Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Sozialarbeit, in: Das Gesundheitswesen, Jg. 62, Heft 7, S. 361 - 364
- Ortmann, K. (2001): Behandlung als Koproductio. Patienten mit funktionellen Beschwerden in hausärztlicher Behandlung, Lage, Verlag Hans Jacobs
- Schaub, H.-A. (1998): Case Management und chronifizierte biopsychosoziale Problemlagen, in: Gruppenpsychother. Gruppendynamik 34, S. 23 - 36
- Schaub, H.-A. (1999): Praxistheorie und Praxisforschung in der klientenbezogenen Sozialen Arbeit - dargestellt am Beispiel der sozialpädagogischen Familienhilfe, in: System Familie, Jg. 12, S. 80 – 88
- Uexküll, Th. v.; Wesiack, W. (1996): Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell, in: Uexküll, Th. v. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage, S. 13 - 52, München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg