

Karlheinz Ortmann und Heinz-Alex Schaub

Sozialarbeit und Gesundheit

Wir möchten im folgenden aufzeigen, daß ein Zusammenhang zwischen Sozialarbeit und Gesundheit besteht, aus dem sich Sozialarbeit auch als Gesundheitsarbeit verstehen läßt. Ferner werden wir der Frage nachgehen, welchen Beitrag eine so verstandene Sozialarbeit zur Sicherung und Wiederherstellung von Gesundheit leisten kann. Mit unseren Überlegungen möchten wir auch einen vorläufigen Beitrag zur Standortbestimmung der Sozialarbeit im Feld der Gesundheitssicherung leisten.

Bei der Bearbeitung des Themas lassen wir uns von der bekannten Definition von Gesundheit der WHO leiten, nach der neben der physischen und psychischen auch die soziale Dimension des Wohlbefindens als integraler Bestandteil zu werten ist. Wir greifen diese Definition als Utopie im positiven Sinne auf, weil sie über die tatsächlichen Verhältnisse in der Bundesrepublik hinausgeht. In der Definition erscheinen die drei Aspekte der Gesundheit als potentiell gleichrangig und gleichwertig, aber sie läßt völlig offen, wie sie in Beziehung zueinander stehen oder gar miteinander verbunden sind. Dies läßt schon erwarten, daß es schwierig sein wird, zwischen den verschiedenen Wissenschaften, die die Aspekte der Gesundheit repräsentieren und dafür ja spezifische Institutionsformen beruflichen Handelns entwickelt haben, sowohl theoretisch als auch praktisch eine Konsensfähigkeit herzustellen, die sich auf der Handlungsebene in Kooperationsfähigkeit zeigt.

Die uns hier interessierende Bedeutung der Sozialarbeit einschließlich ihres Arbeitsansatzes in Fragen der Gesundheit betrifft selbstverständlich den sozialen Aspekt von Gesundheit, der eng mit der »sozialen Frage« verknüpft ist und mit sozialwissenschaftlichen Fragestellungen und Methoden zu bearbeiten ist. Dieser soziale Aspekt ist in seiner gesellschaftlichen Wirksamkeit weniger bedeutend als der physische oder auch der psychische. Sozialwissenschaftliche Erklärungsmuster scheinen bisher noch keine machtvolle Methode entwickelt zu haben, die theoretische Erkenntnisse auch in praktisches Handeln umsetzen könnte. Darüber hinaus sind — anders als in der Medizin — Theorie und praktische Erfahrung traditionell getrennt. Es gibt keine eindeutige Verbindung zwischen der Soziologie als Wissenschaft und der Sozialarbeit als deren Handlungsebene mit »Praxis und Erfahrung«. Die Verknüpfung und gegenseitige Abhängigkeit sind gestört. Sie haben unter-

schiedliche Geschichten in derselben Gesellschaft und nicht viel mehr gemeinsam als die Vorsilbe.

Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Die Notwendigkeit der Einbeziehung der Sozialarbeit in die Gesundheitsversorgung wird in der neueren Literatur nicht mehr ernsthaft in Zweifel gezogen. Unterschiede bestehen aber in der Frage, wie dieses geschehen soll. Einerseits wird gefordert, die Sozialarbeit solle unter ärztlicher Gesamt- und Endverantwortung (Jungmann 1975, Deutsches Ärzteblatt 1982) stehen, und andererseits werden Gesundheitsteams (Trojan und Waller 1979) vorgeschlagen, in denen Sozialarbeiter gleichberechtigt neben anderen Gesundheitsberufen tätig sein sollen.

Für viele Autoren stellvertretend soll hier besonders auf die Arbeit von Regus (1983) eingegangen werden, weil dessen kritische Ausführungen u.E. das Dilemma der Sozialarbeit im Gesundheitswesen besonders gut aufzeigt. Regus weist darauf hin, daß die Debatte um mehr oder weniger Sozialarbeit im Gesundheitswesen einen objektiven Kern in der realen Krise der medizinischen Versorgung und der gegenwärtigen Arzt-Patient-Beziehung trifft. Er benutzt diese These zur Bearbeitung der Frage, ob psychosoziale Berufe in die primärärztliche Versorgung mit einbezogen werden sollten. Dabei definiert Regus die Kompetenz der Sozialarbeit, zu Fragen der Gesundheit Stellung zu nehmen, aus der Analyse der von den Medizinern beanspruchten »Primärversorgung« mit ihren Ansprüchen und Realitäten. Damit werden Probleme des beruflichen Selbstverständnisses der Ärzte und dessen Realisierung angesprochen. Insbesondere die Untersuchungen von Bollinger und Hohl (1981) konnten eine schwindende Autorität der Ärzte gegenüber ihren Patienten nachweisen, und solch eine Entwicklung läßt natürlich aufhorchen. Das mag neben vielen anderen Faktoren auch mit Kompetenzdefiziten in der praktischen Medizin angesichts wachsender Einsicht in und Kenntnis über psychosoziale und soziale Faktoren für die Ursachen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsstörungen und Erkrankungen zusammenhängen. Doch auch nach der Erweiterung des psychosozialen Aspekts im Medizinstudium hat sich die medizinische Versorgung in den Praxen niedergelassener Ärzte nicht wesentlich geändert.

Es liegt nicht daran, daß Mediziner nicht gewillt sind, psychosoziale Aspekte der Gesundheit anzuerkennen, zu berücksichtigen und anzuwenden, vielmehr ist es ihnen wegen ihrer spezifischen Praxisorganisation und Einbettung in das kassenärztlich organisierte und dort

materiell bestimmte Abrechnungssystem nicht leicht möglich, sich mit diesen Erkenntnissen vertraut zu machen und sie anzuwenden.

Einerseits ist vor allem unter jüngeren Ärzten die Krise der Arzt-Patient-Beziehung als Beziehungsproblem zwischen Medizinern und ihren Patienten aufgegriffen worden. Die zunehmende Nachfrage nach Balint-Gruppen mag darauf hinweisen. Ärzte sind »psychologisiert« worden. Andererseits unterliegen aber auch sie den grundsätzlich gleich gebliebenen Arbeitsbedingungen — vor allem dem Einzelabrechnungsverfahren durch die Krankenkassen — in der Primärversorgung. Was hätte sich also in ihrem Kooperations- und Organisationsgefüge auch ändern sollen? Regus weist mit Recht darauf hin, daß Patienten, deren Leiden Ausdruck sozialer Kränkungen sind, nur schwer zu »behandeln« sind. Auch in einer kooperativen, durch Balint-Gruppen-Arbeit verfeinerten, Subjekt-Subjekt-Beziehung in »einem übergreifend pädagogisch-therapeutischen Zusammenhang« (125) müsse man häufig mit einem Scheitern ärztlichen Bemühens rechnen, solange nicht die Versorgungsstrukturen im Sinne einer »Demokratisierung und Gemeindeorientierung« (127) reformiert sind.

Im weiteren Verlauf seiner kritischen Auseinandersetzung mit psychosozialen und sozialen Aspekten der Beratung in der primärärztlichen Versorgung diskutiert Regus prinzipielle Grenzen ausschließlich psychologischer Hilfskonzepte ebenso wie die Notwendigkeiten und Aufgaben medizinischer Sozialarbeit. Dabei problematisiert er die Schwierigkeiten einer integrativen interdisziplinären Kooperation bewußt aus der Sicht der »Sozialarbeit im Gesundheitswesen« (wie auch Mehs 1981, Kreuter et al. 1982, Weber-Falkensammer und Oppl 1983, Reinicke 1986).

Die relativ umfangreiche Literatur zur Kritik der primärärztlichen Versorgung hat u.a. den Weg für die Sozialarbeit geebnet, zu Fragen der Gesundheit mit herangezogen zu werden. Dieser Diskussionsstand präsentiert aber auch die dominante Medizinkonzentrierung der Gesundheitsversorgung, die gleichzeitig kritisiert wird, und läßt eher peripher, entsprechend dem politischen Standort verschiedener Autoren mehr oder weniger sozialwissenschaftlich begründete Fragestellungen ins Zentrum hinein- oder gar auf naturwissenschaftlich-medizinische Sichtweisen hinwirken. Folgende Sprachregelung mag das auch bei einem fortschrittlichen Autor verdeutlichen: Regus (1983) schreibt: Die Erfahrung, daß »selbst in berufsübergreifenden Gruppenpraxen mit *eigenen* (Hervorhebung d. Verf.) Sozialarbeitern« (135) in einer »ganzheits- und subjektorientierten Beratung auf primärärztlicher Basis« die Funktion der Sozialarbeit immer noch unsicher sei. Das ist

u.E. gar nicht anders zu erwarten und in diesem Arbeitszusammenhang sicherlich richtig gesehen. Es verdeutlicht vor allem die Notwendigkeit, den Standort der Sozialarbeit mitzureflektieren. Letztlich heißt dies auch, die Frage stellen zu dürfen: Kann sich die gesundheitsbezogene Sozialarbeit im System der offiziellen, staatlich durch die RVO geschützten Gesundheitsversorgung überhaupt adäquat entwickeln? Für die engagierten Mitarbeiter dieser von Regus erwähnten Gruppenpraxen kann eine solche Erfahrung unsicherer Funktion der Sozialarbeit resignative Folgen haben, schmerzlich ist es aber auch für die Klientel, die an chronifizierenden sozialen Kränkungen leiden und deshalb die medizinische Primärversorgung aufgesucht haben.

Das oft bedauerte, fehlende berufliche Selbstverständnis der Sozialarbeiter (auch in Gruppenpraxen) liegt sicher auch darin begründet, daß sie selbst von kritischen Medizinern als Defizitfüller und/oder -beseitiger gesehen werden. Sozialarbeit bietet im Gesundheitswesen häufig ein Unterstützungssystem an, das — ungewollt — eher zur Kompensation und Stabilisierung des mangelhaft funktionierenden Systems beiträgt als zu dessen qualitativer Weiterentwicklung, die zu mehr Gesundheit führen könnte als zur Zeit gelebt wird. Falls sich die Sozialarbeit wirklich mit diesen Fragen auseinandersetzen will, muß sie offensiv mit eigenen Methoden und Inhalten aktiv werden und den »Magdcharakter« (Schaub und Schwall 1984) gegenüber der Medizin in Fragen der Gesundheit und Krankheit, den sie im traditionellen Gesundheitssystem innehat, aufkündigen. Die Sozialarbeit muß selbst die Fragen formulieren, deren Beantwortung sie sich als Aufgabe gestellt hat.

Die Sozialarbeit ist behindert

Mit der Gründung der Fachhochschulen Anfang der 70er Jahre und der damit verbundenen Aufwertung der höheren Fachschulen zu Fachhochschulen ist eine damals längst überfällige Reform auf halber Strecke steckengeblieben. Seitdem können sich Studenten während eines dreijährigen praxisorientiert wissenschaftlichen Studiums soweit in die Problematik ihres Faches einarbeiten, daß sie sich gerade noch nicht selbst mit den Fragen ihrer Theorie und Praxis wissenschaftlich auseinandersetzen. Allein die Möglichkeit wissenschaftlichen Arbeitens ist damit schon von studentischer Seite eingeschränkt, obwohl gerade die Wissenschaftsgrundlage des Berufs, das geprüfte, systematisierte Wissen und Können, ein notwendiger Bestandteil der eigenen Professionalisierung ist. Darüber hinaus muß hervorgehoben werden, daß keine — zumindest vorläufig — abgeschlossene und in sich schlüssige »Theorie

der Sozialarbeit« existiert. Die Lehr- und Forschungsbedingungen, das Bemühen um eine Sozialarbeiterwissenschaft, die dem Beruf eine gewisse Eigenständigkeit geben könnte, wird bekanntlich staatlich nicht gefördert, sondern eher verhindert. Sozialarbeiter/innen werden auch nicht von Sozialarbeiterprofessoren ausgebildet, sondern von Vertretern der Basiswissenschaften der Sozialarbeit, die ihrerseits häufig wenig Erfahrungen mit praktischer Sozialarbeit haben und damit auch die Funktion des Berufs nur unzureichend kennen. Wie sollen diese Professoren den Studierenden eine Fachsicht oder gar Berufsidentität vermitteln (Mangold 1981)?

Weiterbildungsfragen sind für die Sozialarbeit nicht einheitlich geregelt. Es gibt keine umfassend wirksame Berufsorganisation, die selbst über die Qualifikationen von Sozialarbeiter/inne/n entscheidet, indem sie Prüfungen abhält, Lizensierungen vergibt oder gar über verpflichtende berufliche Verhaltensregeln befindet.

Auch Sozialarbeiter/innen selbst sind sich ihrer Einstellung zu ihrem Beruf nicht so sicher. Dies zeigt u. a. auch die Professionalisierungskontroverse, die mit Stichworten wie Intuition versus diagnostisches Denken, warmes Herz versus berufliche Beziehung, gesunder Menschenverstand versus erworbenes Fachwissen bezeichnet werden kann (Lotmar 1969). Soll über den gesunden Menschenverstand hinaus überhaupt professionell reflektiert werden?

In der Öffentlichkeit haftet wohl auch deshalb dem/der Sozialarbeiter/in immer noch der Ruch an, zwischen dem Ehrenamt des Amateurs im repressiv staatlichen Auftrag und dem bezahlten Hauptamt des professionellen Fachmannes, der eigenständig entscheidet, zu stehen.

Betrachtet man Sozialarbeiter/innen im Spiegel gesellschaftlicher Machtverhältnisse, dann deutet vieles darauf hin, daß sie ähnlichen Entwertungstrategien unterliegen, wie sie ihnen in bezug auf die ihnen anvertrauten gesellschaftlich Deklassierten bekannt sind. Diese Strategien können zu Selbstentwertungen führen und sich in der genannten Anwaltschaft zu sozialpsychologisch zu verstehenden Abwehrmustern im Sinne beruflicher Deformationen verbilden (Blinkert 1976), die eine adäquate Zusammenarbeit mit der Klientel stören. Typische Deformationsmuster sind u. a.:

Helfertyp oder regressive Identifikation (»Ich bin von den Betroffenen betroffen und wie gelähmt«), *Amtsarsch* oder distanzierte repressive Rationalisierung (»Laß die doch mal selbst was machen, dann kriegen die auch die finanzielle Unterstützung«), *Underdog* oder resignative Pseudokooperation (»Ich kann nichts für sie tun, weil die Ärzte (und Juristen) das Anliegen nicht unterstützen«), *Funktionär* oder apersonale

Politisierung »Ich kann nichts für sie tun. Erst müssen die gesellschaftlichen Verhältnisse geändert werden«).

Diese ausschnitthaften aber dennoch kennzeichnenden Beispiele dokumentieren den von vielen Sozialarbeiter/inne/n selbst eingeschätzten Stellenwert und weniger den Wert sozialer Arbeit. Es wäre sicherlich verfehlt, diese beruflichen Verhaltensmuster als persönliche Problematiken der Sozialarbeiter/innen zu werten. Sie sind vielmehr Kompensationsmuster, die die Abhängigkeit von gesellschaftlich mächtigen Strukturen und deren Vertreter widerspiegeln. Sozialarbeiter/innen haben eben im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, die an Hochschulen ausgebildet werden, einen unterprivilegierten Status und sie werden in der Regel niedriger bezahlt als andere Absolventen.

In den folgenden drei Abschnitten möchten wir darstellen, wie es dennoch möglich ist, Sozialarbeit als eigenständige Disziplin mit eigentümlichen Methoden zu entwickeln; denn u.E. ist es nur auf diesem Wege möglich, die brennenden Gesundheitsfragen in Kooperation mit anderen zumindest teilweise zu beantworten.

Der Stand der Professionalisierungsdebatte

Ende der 70er Jahre setzte ein Bruch in der Diskussion um die Entwicklung von mehr Professionalität der helfenden Berufe insgesamt ein. Die »Entmündigung durch Experten« schonte auch die Sozialarbeit nicht. Die Alltagswelt wurde neu entdeckt und mit ihr auch deren Problemlösungskapazität. Sozialarbeit als professionelle Arbeit habe entmündigenden Charakter und die Wirklichkeitsentwürfe der Klient/inn/en verschwänden spurlos in den Bewertungs- und Entscheidungsroutinen der Experten (Herriger 1986). Originäre Selbsthilfe (Kreutzer 1983) wandte sich gegen die als entmündigend erfahrene Sozialarbeit. Dadurch wurde die Diskussion über die »Selbstbeschränkung der Experten und die Unterstützung der Selbsthilfe« (Herriger 1986) unterstützt.

Mittlerweile scheint die Kontroverse um mehr Professionalität einerseits und Entprofessionalisierung der Sozialarbeit andererseits ausgestanden. Das fruchtbare Ergebnis dieser Auseinandersetzung liegt wohl darin, daß die Forderung nach ständiger Reflexion professioneller Intervention in bezug auf die subjektiven Bedürfnisse und Wünsche sowie Interessen der Klientel ein unverzichtbarer Bestandteil der Sozialarbeit geworden ist. Das »Defizitmodell« ist als herrschendes theoretisches Konstrukt für die Analyse und Interpretation sozialer Problemstellungen aufzugeben und den Ressourcen im weitesten Sinne (Friedrich et al. 1979) Bedeutung beizumessen, so daß Selbsthilfe und -organisation in

Verbindung mit sozialpolitischen Forderungen nach Verbesserung der sozialen Situation in Zusammenhang gesehen werden können.

Die Krise der Gesundheitsversorgung

Die Grenzen der Gesundheitsversorgung sind erreicht. Sie ist kaum noch finanzierbar und trotz steigender Arztdichte und dem Einsatz modernster Medizintechnologie wird die Bevölkerung in der Bundesrepublik insgesamt nicht gesünder (Schmidt et al. 1987).

Bekanntlich ist die Gesundheitsversorgung Domäne der Medizin, die mehr und mehr die Akutdiagnostik und Akuttherapie naturwissenschaftlich zu verstehender Erkrankungen in das Zentrum ihres Denkens und Handelns gerückt hat. Hier hat sie auch zweifellos große Erfolge zu verzeichnen. Es scheint jedoch fast so, als sei ihr entgangen, daß sich das Krankheitsspektrum erweitert hat. Hier hat die Verschiebung in Richtung einer Zunahme der chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen u.v.m.) stattgefunden, die mittlerweile weit über 70 % der Gesamtmortalität ausmachen. Dieses Problem kann die Medizin allein nicht lösen, weil es dafür keine schulmedizinischen Bewältigungsstrategien gibt. Ein anderer Zugang erscheint sinnvoller, der, gemessen an den hohen personellen und finanziellen Aufwendungen im kurativen Bereich, nur wenig Beachtung findet und gesellschaftlich über keine große Machtbasis verfügt.

Es sind dies Prävention — die Sicherung von Gesundheit weit im Vorfeld von Krankheitssymptomen und manifester Erkrankung — und Rehabilitation — die Sicherung der Lebensqualität Kranker und Behinderter — als zwei Bereiche gesundheitlicher Versorgung, die mehr Aufmerksamkeit verdienen. Wir sind der Ansicht, daß sich mit präventiver Gesundheitsarbeit mehr Gesundheit erreichen läßt. Dies klingt zunächst banal, ist aber bei näherer Betrachtung eine komplizierte These. Wir wollen sie sowohl theoretisch verfechten als auch an praktischen Beispielen begründen.

Überlegungen und Befunde

Im Mittelpunkt neuerer sozialwissenschaftlicher und sozialepidemiologischer Überlegungen und Forschungen steht die Suche nach psychosozialen Schutz- und Risikofaktoren und deren Einfluß auf Gesundheit und Krankheit. Einen Überblick über die empirische Literatur gibt Waltz (1981).

Badura (1983) nennt und belegt durch zahlreiche Befunde drei Arten psychosozialer Risiken, die gesundheitsgefährdend sind und die chronifizierende Krankheitsprozesse in Gang setzen können, in deren Verlauf es zu manifesten Erkrankungen kommen kann:

- Belastende Lebensereignisse (life-events), wie Verlust einer nahen Bezugsperson durch Scheidung oder Tod, Verlust des Arbeitsplatzes, Umzug ...
- Chronische körperliche und nervliche Belastungen in der Arbeitswelt und/oder Familie, wie chronische Arbeitsüberlastungen, andauernde Konflikte in der Familie ...
- Kritische Übergänge im Lebenszyklus, wie von der Krankheit zum Erwachsenenalter, von der Schule in die Arbeitswelt, Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und Eintritt ins Rentnerleben.

Die soziologische Gesundheitsforschung kann auch gesundheitsfördernde psychosoziale Faktoren empirisch belegen. So ist inzwischen nachgewiesen, daß positiv empfundene soziale Beziehungen einen direkten Einfluß auf das psychische Wohlbefinden haben und ebenso, daß Formen sozialer Unterstützung die physische Gesundheit beeinflussen, indem sie entweder vor Belastungen schützen oder, etwa bei chronischen Erkrankungen, deren Bewältigung erleichtern (Badura 1981, 1983, 1985).

Diese Ergebnisse, die wir hier sehr verkürzt wiedergegeben haben, haben zur »Wiederentdeckung eines zeitweilig verborgenen Gesundheitssystems« (Wenzel 1983) geführt, indem sie auf die Gesundheitsrelevanz sozialer Netzwerke wie Familien oder familienähnliche Lebensgemeinschaften, Freundeskreise, nachbarschaftliche Beziehungen, Freizeitgruppen etc. aufmerksam gemacht haben. Wenn auch die Forschungsergebnisse noch lückenhaft sind und Wirkungszusammenhänge noch nicht befriedigend erklärt werden können (Badura 1985), so sind doch schon jetzt Überlegungen zu ihrer Übersetzung in praktische Prävention und Rehabilitation gerechtfertigt.

Gerhardt und Friedrich (1985) fordern in der Auseinandersetzung mit Badura und von Ferber (1985) allerdings eine sorgfältige Klärung des Zusammenhangs von möglichen krankheitsverursachenden Faktoren und tatsächlich erkrankten Personen. Sie befürchten, und das ist schließlich sehr ernst zu nehmen, daß Menschen zu Objekten pathologischer Risikoeinflüsse aus ihrer Umwelt gemacht werden, wenn epidemiologische Befunde dazu benutzt werden, unter staatlicher Verfügung in die menschliche Natur und/oder das Alltagsleben einzuwirken, die bisher den Zugriffen staatlicher Rationalität entzogen waren. Badura und von Ferber — als Vertreter praktischer Forschungsaufgaben im

Bereich Prävention — wenden sich gegen diesen Verdacht auf »falsche Ideologie«, daß sie einer manipulativen Kontrolle von Machteliten in die Hände arbeiten, wenn sie auf Risikofaktoren, die die Gesundheit bedrohen können, aufmerksam machen. Man müßte Badura und von Ferber schon falsch verstehen wollen, wenn man ihnen unterstellt, mit der Interpretation epidemiologischer Befunde dazu beizutragen, daß »die (untersuchte) Person ... auf das Kräfteparallelogramm einer experimentell manipulierbaren Stimulus-response-Resultante reduziert (wird)« (Gerhardt und Friedrich 1985). Eher kann die von Badura und von Ferber propagierte Netzwerkförderung als praktische präventionsrelevante Folgerung aus den Ergebnissen epidemiologischer Forschung verstanden werden, die u.a. zu mehr Selbstbestimmung und Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger führt und damit möglichen zentralistisch-bürokratisch-staatlich manipulativen Eingriffen entgegenwirken kann.

Wenn (Medizin-)Soziolog/inn/en immer noch in ihrem Selbstverständnis davon ausgehen, daß sie kein eigenes Feld wirkungsvoller Praxis haben können, weil dies einer illusionären Sehnsucht nach umfassender Sicht und umfassendem Handeln gleichkäme (Gerhardt und Friedrich 1985), so ist dies eine elitäre Selbsteinschränkung, die mit dazu beitragen kann, daß die gesundheits- und sozialpolitischen Verhältnisse so bleiben wie sie sind. Darüber hinaus kann diese Sichtweise aber auch so verstanden werden, daß soziale Praxis und Erfahrung als von sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen abgekoppelte Elemente außer- und vorwissenschaftlichen Charakter haben sollen, um damit staatlich-bürokratischer Kontrolle verfügbar zu bleiben.

Das Problem, präventive Maßnahmen als Aufforderungen zu Verhaltensänderungen bzw. Regulierungen zu verstehen, die mit Verordnungen und gesundheitspolitisch begründeten Gesetzen sanktionierbar gemacht werden können, zeigt sich an der momentanen Auseinandersetzung um die tödliche Infektionskrankheit AIDS. Es kann als gesichert angesehen werden, daß z.Z. bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders gefährdet sind zu erkranken, und daß nur Verhaltensänderungen, also Veränderung von Risikoverhalten (Rosenbrock 1986), vor einer Ansteckung schützt. Gleichzeitig ist es aber sinnlos, diese notwendigen, oft lebensrettenden Änderungen zentral-bürokratisch zu verordnen oder gar zu überwachen. Vielmehr ist zumindest zu einem Teil das notwendige Schutzverhalten über Netzwerkarbeit wie z.B. Selbsthilfeinitiativen, Aufklärungen durch selbst potentiell Gefährdete (von Praunheim 1985) erfolgversprechender als staatliche Aufklärungsversuche, die vielleicht kurzzeitig einen leichten Rückgang der Infektionsrate zur Folge haben.

Zurück zu der Kontroverse zwischen Gerhardt/Friedrich und Badura/von Ferber. An ihr wird noch etwas anderes deutlich, das in bezug auf unsere Themenstellung von großer Bedeutung ist: Sozialarbeit als praxisorientierte Wissenschaft, die sich im wesentlichen auf Sozialwissenschaften beruft, wird von den Autoren gar nicht erwähnt! Dies entspricht dem herrschenden Trend in der Hochschulentwicklung, auf Gesamthochschulkonzepte zu verzichten und die sog. wissenschaftlichen von den praxisorientiert wissenschaftlichen getrennt zu halten. So kann auch in Fragen der Gesundheit die wissenschaftliche Entwicklung in den verschiedenen soziologischen Hochschulabteilungen ein Eigenleben führen, ohne mit der sozialen Praxis und Erfahrung in Berührung zu kommen, die von Fachhochschulabsolventen vielfach ohne wissenschaftlichen Anspruch durchgeführt wird.

Potentiale und Qualitäten

Die Erkenntnisse sozialwissenschaftlicher und sozialepidemiologischer Forschung münden in die Ablösung des sog. Risikofaktorenmodells, mit dem gesundheitsschädigende Risikofaktoren als individuelles Fehlverhalten erklärt wurden und in dessen praktischer Konsequenz als präventive Maßnahmen Programme zur »Gesundheitserziehung« durch Verhaltensänderungen konzipiert und praktiziert wurden (Kurse für Raucher/innen und Übergewichtige). Erst das Konzept der Lebensweise, die Verortung von Gesundheit und Krankheit in der Alltagswelt und ein Verständnis, wonach gesundheitsschädigendes und gesundheitsförderndes Verhalten in den Lebensbedingungen von Menschen eingebettet ist (Füller 1987), läßt einen direkten Zusammenhang zwischen Sozialarbeit und Gesundheit sichtbar werden.

Für die Sozialarbeit gilt es, die sozialwissenschaftlichen Befunde aufzunehmen, sie in die eigenen Erfahrungen zu integrieren und diese Kombination für praktische Präventions- und Rehabilitationsaufgaben nutzbar zu machen und weiterzuentwickeln. Keine Berufsgruppe im Spektrum der helfenden Berufe kann sich auf so reichliche Erfahrungen in alltagsorientierter Arbeit beziehen, wie die der Sozialarbeiter/innen. Diese haben sie allerdings bedauerlicherweise teilweise der Modeströmung therapeutischer Sozialarbeit, in der oft unkritisch für die Sozialarbeit wenig brauchbare Konzepte anderer Disziplinen übernommen wurden, geopfert.

Die Sozialarbeit sollte sich auf ihre Stärken besinnen und ihre Erfahrungen und Potentiale in die Diskussion um gesündere Lebensbedingungen und mehr Lebensqualität (Zapf 1984) einbringen, denn die dort

von anderen Disziplinen als neu entdeckten Themen und Arbeitsbereiche sind ihr längst bekannt.

So könnte sie an ihre Erfahrungen in Gemeinwesenarbeit anknüpfen und die von ihr in den 70er Jahren entwickelten, leidenschaftlich praktizierten und diskutierten Gemeinwesenarbeitskonzepte (Victor-Gollancz-Stiftung 1974) für die Gesundheitsförderung nutzbar machen. Die Gemeinde könnte zum Bezugsrahmen und die Gemeinwesenarbeit zum Arbeitsprinzip (Boulet et al. 1980) für die Sozialarbeit werden, denn die Gemeinde ist der Ort, in dem die gesellschaftliche Realität, die sich in mehr oder weniger lebbarer Lebensqualität zeigt, für die dort lebenden Menschen wahrnehmbar, erfahrbar und potentiell veränderbar wird (Becker und Franzkowiak 1982, Becker und Laugsch 1985).

Dabei könnte die Sozialarbeit auch auf ihre umfangreichen Erfahrungen in der Arbeit mit Selbsthilfepotentialen zurückgreifen. Die »Hilfe zur Selbsthilfe« ist seit langem durchgängiges Prinzip sozialarbeiterischen Handelns. Hier könnte sie eine besonders schwere Aufgabe übernehmen, die mehr denn je darin liegen wird, die Notwendigkeit professioneller Hilfe und die Möglichkeiten der Selbsthilfe oder Eigeninitiative betroffener Menschen im wohl verstandenen Sinne auszubalancieren (Ortmann 1987).

Unsere Bestimmung eines möglichen Standortes und in dessen Folge die Bestimmung möglicher Aufgaben und Arbeitsfelder für die Sozialarbeit im Feld der Gesundheitssicherung hat natürlich politischen Forderungscharakter und weist weniger auf die tatsächlichen Verhältnisse hin. Damit ist auch gemeint, daß zumindest in theoretischer Hinsicht und zum jetzigen Zeitpunkt der Versuch gemacht werden sollte, aus der Sicht der Sozialarbeit zu Fragen der Gesundheit Stellung zu nehmen, ohne zugleich die dominierende Position der Medizin im Visier zu haben und diese je nach gesundheits- und sozialpolitischem Standort zu schützen oder zu bedrohen.

Konturen und Perspektiven

Wir möchten die Sozialarbeit als »Gesundheitsarbeit« noch näher skizzieren. So verstehen wir die von uns im folgenden erwähnten Beispiele als Arbeitsgebiete der Sozialarbeit, deren Sinn und Erfolg von den sog. betroffenen Menschen bestimmt wird.

Die kleinen Netze

Es ist wünschenswert, daß Sozialarbeiter/innen möglichst viel von den komplexen familiendynamischen Zusammenhängen verstehen, mit denen sie als »Gesundheitsarbeiter/innen« konfrontiert werden. Denn Sozialarbeit als Netzwerkarbeit ist zuerst familienorientierte Arbeit, wobei wir unter »Familie« alle erdenklichen und tatsächlichen Möglichkeiten menschlichen Alleine- und Zusammenlebens verstehen. Für diese Arbeit ist es bedeutsam, daß emotionale Unterstützung nicht losgelöst werden sollte von der Unterstützung bei der Lösung konkreter Probleme sowie praktisch-materieller Hilfe. So erfordern z.B. die Beziehungen zwischen chronifizierter Erkrankung eines Familienmitglieds, seiner Arbeitslosigkeit, der materiellen Not der gesamten Familie und ihre drohende soziale Deklassierung ein differenziertes Analyse- und Interpretations- sowie ein entsprechendes Interventionsinstrumentarium, das gleichzeitig über die Grenzen familienorientierter Arbeit hinausgeht (Richter et al. 1976, Greitemeyer 1984, Oswald und Müllensiefen 1985).

Aber auch die Hilfe, sog. einfache familiäre Belastungen in schwierigen Lebenslagen besser bewältigen zu können, kann unter präventiven Gesichtspunkten gesundheitsfördernde Sozialarbeit sein. Dabei ist z.B. an Gesprächskreise und Begegnungsmöglichkeiten für Eltern mit kleinen Kindern zu denken, in denen sie ihre Erfahrungen in der Kindererziehung austauschen können, oder ähnliche Angebote für werdende Eltern, die sich so auf ihre zukünftige Rolle vorbereiten können. Auch die Schaffung von Spielplätzen oder Möglichkeiten zur Unterbringung von Kindern in Kindertagesstätten, als Voraussetzung für die Berufstätigkeit beider Eltern, ist familienorientierte Prävention in unserem Sinne (Gerlicher 1980).

Allgemein gilt es, vorhandene soziale Netze nutzbar zu machen, sie zu erweitern oder überhaupt erst zu knüpfen, um den Austausch mit anderen zu fördern. Ziel ist es, die soziale Integration (Lang und Müller-Andritzky 1984) zu verbessern und Vereinsamung und Isolation (z.B. alleinstehender und zurückgezogen lebender alter Menschen) zu verhindern oder rückgängig zu machen. Gesprächs- und Freizeitgruppen sind hier ebenso wichtig wie traditionelle Einzelfallhilfe.

Das Gemeinwesen

Untrennbar mit der Netzwerkarbeit verknüpft ist die Sozialarbeit im Gemeinwesen. Voraussetzung dafür ist die Analyse der Strukturen des Gemeinwesens, wie z.B. Zusammensetzung der Bevölkerung, Infra-

struktur, Ausländeranteil, Arbeitslosenrate (Geiger 1982). Aus einer solchen Sozialtopographie (Seippel 1976) ergeben sich viele Hinweise auf die spezifische Problematik. Das Ziel liegt in der »Aktivierung« der Bewohner/innen. Damit ist gemeint, daß in der Auseinandersetzung mit der unmittelbaren sozialen Welt die Lebensqualität im Gemeinwesen gestaltet wird. Die Sozialarbeit könnte dabei die Aufgabe übernehmen, soziale Aktivitäten zu fördern, diese zu verknüpfen und zu koordinieren. Im Verbund mit den Bewohner/inne/n und anderen Professionellen könnte sie die nötige Öffentlichkeit herstellen und soziale und gesundheitspolitische Forderungen stellen, die vor allem auf kommunaler Ebene zu realisieren sind. Das Spektrum denkbarer Ansätze zur Gemeinwesenarbeit reicht von der Einrichtung psychosozialer Arbeitsgemeinschaften bis hin zur Schaffung von Begegnungsstätten. Zukünftig muß sich die Sozialarbeit im Bereich der präventiv orientierten Gesundheitsversorgung auch mehr um Fragen der Gesundheitsrelevanz des Umweltschutzes kümmern. Probleme mit der Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung, Folgen der Ernährungs-, Landwirtschafts- und Verkehrspolitik als krankheitsverursachende Faktoren sind ein heute noch nicht genügend berücksichtigtes Arbeitsfeld gemeinwesenorientierter Sozialarbeit. Dieser Aufgabenbereich wird neben den klassischen Bereichen der Arbeits- und Wohnwelt im Gemeinwesen immer wichtiger.

Erfahrungen

In vielen Projekten ist eine so verstandene Gesundheitsarbeit versucht worden. Zuletzt hat das Projekt »Gemeindebezogene Netzwerkförderung« unter Leitung von A. Trojan umfangreiche Ergebnisse zu diesem Thema gebracht. Auf der Tagung »Gesundheit ist mehr! Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Zukunft« im November 1986 in Hamburg wurde deutlich, wie Vereine, Initiativen und selbstorganisierte Einrichtungen diejenigen Menschen ansprechen, bei denen Gesundheitsförderung möglich und nötig ist (Enkerts 1987). Stellvertretend für viele solcher Initiativen möchten wir zwei Projekte näher beschreiben, in denen gesundheitliche Probleme als psychosoziale aufgegriffen wurden. Das eine, am Gesundheitszentrum Gropiusstadt, ist ein explizites »Gesundheitsprojekt« in einem definierten Gemeinwesen. Das andere wendet sich an eine bestimmte Gruppe von Menschen, die sich durch eine sie alle auszeichnende besondere Lebenslage, nämlich als Einzelternfamilien zu leben, kennzeichnen läßt. Hier ist Gesundheitsarbeit eher implizit als wesentlicher Bestandteil allgemeiner Sozialarbeit berücksichtigt worden.

Entmedikalisierung von Alltagsproblemen

Aus der Arbeit der Sozialberatungsstelle am Gesundheitszentrum Gropiusstadt in Berlin wird über ein Projekt berichtet, in dem Sozialarbeit als Beitrag zur »Entmedikalisierung von Alltagsproblemen« (Kling-Kirchner 1981, 1982) verstanden wird.

Die ursprüngliche Zielgruppe der Projektarbeit sind Frauen, die unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Herz-, Magen-, Darm- und Genitalbeschwerden leiden, die im Zusammenhang mit Schlaflosigkeit, Migräne, Schwindel, Erschöpfung und Ängsten auftreten. Wegen dieser als psychovegetative und funktionelle Syndrome umschriebenen Beschwerden befinden sie sich in ärztlicher Behandlung. Die Diskrepanz zwischen dem anhaltend schlechten Befinden der Frauen und fehlenden organischen Befunden wird ärztlicherseits zum Anlaß genommen, die Frauen an die Beratungsstelle zu delegieren.

Dort wird nicht die Symptomatik der Frauen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt, sondern deren unmittelbare Lebenssituation. Es zeigen sich neben den Gesundheitsbeeinträchtigungen auch und vor allem Aspekte des Alltags, die man als belastende Lebenssituationen bezeichnen könnte. Die Frauen berichten über finanzielle Sorgen, Alkoholprobleme, Scheidungen, Schul- und Drogenprobleme der Kinder, gewalttätige Ehemänner usw. Der Zusammenhang zwischen Symptomatik und Lebenssituation wird sichtbar. Im sozialen Kontext lassen sich die Krankheitsgefühle der Frauen als Aktionen und Reaktionen auf schwierige Lebenssituationen verstehen. Deren Analyse wird zur Basis des sozialarbeiterischen Handelns. Hier sind es Hinweise auf individuelle und familiäre Belastungen, die im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen in der Gropiusstadt zu sehen sind.

Es wird weiter beschrieben, daß nicht versucht wurde, den Frauen ihre Probleme abzunehmen — sie für sie zu lösen —, sondern nach Möglichkeiten gesucht wurde, mit denen die Frauen möglichst aus eigener Kraft an ihren Problemen arbeiten und diese lösen konnten. Es wurden Gesprächsgruppen eingerichtet, in denen die Frauen ihre isoliert gemachten Erfahrungen mit anderen austauschen und vergleichen konnten. Schließlich wurde sogar in Selbsthilfe ein Frauentreffpunkt — Café — geschaffen, das sich als offenes Angebot für Frauen in der Gropiusstadt versteht.

Über die Folgen dieser Arbeit wird berichtet, daß sich bei einigen Frauen die Symptome zurückbildeten. Arztbesuche waren nicht mehr so häufig erforderlich. Die Auswirkungen der Arbeit reichten bis in die Familie hinein. Andererseits kam es aber auch vor, daß Frauen die Spannungen zwischen Gruppenerfahrung einerseits und dem Berufs-

und Familienleben andererseits nicht aushalten konnten und fernblieben.

Wenngleich die Ergebnisse der Projektarbeit nicht nach wissenschaftlichen Bewertungskriterien beurteilt werden können und dürfen, liegen hier eindrucksvolle Erfahrungen vor, die die komplexen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialem Leiden sowie deren Bearbeitung durch die Sozialarbeit aufzeigen.

Die gesundheitspolitische Relevanz und Brisanz dieses Projekts wird noch deutlicher, wenn man einen größeren Zusammenhang herstellt. Nach Schätzungen werden in den Praxen niedergelassener Ärzte 50-60 % aller Patient/inn/en — darunter mehr Frauen als Männer — wegen solcher Krankheitsgefühle behandelt, denen die Schulmedizin hilflos gegenüber steht. Solche Symptome erfüllen nicht die Definitionsvoraussetzungen des schulmedizinischen Krankheitsbegriffs (Böhm und Erdmann-Rebhann 1981). Ungenaue Diagnosebezeichnungen wie »Psychosomatosen, neuro-dystonische Beschwerden, neuro-vegetative Dystonie, neuro-vegetative Dysregulation, psychovegetative Dysregulation und vegetative Dystonie« (Glaeske 1986) weisen auf die Hilflosigkeit hin, mit der Ärzte diesen Symptomen begegnen. Die Medikalisierung von Alltagsproblemen läßt sich deshalb auch als Reaktion auf erlebte Hilflosigkeit verstehen. 1984 standen »Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa mit 778 Mio. DM Industrieabsatz an erster Stelle aller ... verordneten ... Arzneimittelgruppen. Die Krankenkassen hatten hierfür 1,2 Mrd. DM aufzuwenden (Glaeske 1986).

Psychosoziale Arbeit mit Einelternfamilien

Nach dem Zahlenspiegel des VAMV (Verband alleinstehender Mütter und Väter, 1983) gab es bereits 1982 mit zunehmender Tendenz 927 000 alleinstehende Männer und Frauen mit 1,33 Mio. Kindern unter 18 Jahren. In einer Kleinstadt mit ca. 35 000 Einwohnern ist, von einem Sozialarbeiter initiiert, über drei Jahre versucht worden, eine psychosoziale Arbeit mit Einelternfamilien aufzubauen, um deren Lebenssituation zu verbessern. Diese Arbeit fand ihren Ausdruck in verschiedenen Gruppenaktivitäten, die sich vom »Stammtisch«, gemeinsamen Feiern, über zeitlich begrenzte geschlossene Gruppen mit Selbsterfahrungsanspruch, eine offene Arbeitsgruppe zur Stärkung der Selbsthilfepotentiale bis hin zur sozialen Arbeit mit den Kindern erstreckten (Schaub und Schaub-Harmsen 1984, 1986).

Die in diesem Projekt mitarbeitenden Alleinerzieher und auch deren Kinder signalisierten nahezu alle ein schweres Schicksal. Sie wirkten

hilfesuchend, gezeichnet, überfordert und häufig am Ende ihrer seelischen und körperlichen Kräfte. Viele Frauen litten während der oft jahrelangen konflikthaften Gesamtsituation vor der Trennung an chronifizierten funktionellen Beschwerden sowie psychischen und vor allem psychosomatischen Erkrankungen. Zum großen Teil waren sie jahrelang in ambulanter Behandlung und zeitweise auch immer wieder stationär. Die meisten hatten regelmäßig Sedativa, Psychopharmaka und Schlaftabletten eingenommen.

Nach der Trennung zeigte sich häufig eine Besserung der geschilderten Symptomatik, doch prägten oft starke Versagens- und Schuldgefühle sowie die Angst, es allein nicht schaffen zu können, die Stimmungen und Handlungen der Alleinerzieherinnen. Insgesamt wirkten diese Familien auf Grund ihrer Geschichte und Lebensumstände sehr störanfällig und die einzelnen Familienmitglieder in ihrer psychosozialen Entwicklung benachteiligt und bedroht.

Angesichts der komplexen Problemvielfalt war es notwendig, mögliche sozialarbeiterische Interventionen zu hierarchisieren und zu gliedern. Fragen der Sozialhilfe, des Wohngelds, des Sorge- und Besuchsrechts sind reale Probleme und erfordern andere Hilfestellungen als evtl. mögliche Schulschwierigkeiten eines Kindes oder Isolationsgefühle der Alleinerziehenden. Betrachtet man die oft eingeschränkten Ressourcen zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituation der Einelternfamilien, so wird deutlich, daß eine positive Veränderung und Entwicklung auch besonders hohe Anforderungen an die psychosozialen Interventionen stellt. Effektive Arbeit mit Einelternfamilien, so eines der wesentlichen Ergebnisse des Projekts, setzt voraus, daß die herkömmlichen Grenzen der Sozialarbeit in Frage gestellt und neue Kooperationsformen mit Ärzten und Psychotherapeuten gefunden werden müssen. Professionelle Hilfe kann hier nicht berufs-, sondern nur problemorientiert angewandt wirkungsvoll sein und ein eigenes Netzwerk bilden.

Schlußbemerkungen

Bei selbstkritischer Rückschau auf die gemachten Ausführungen zum Thema »Sozialarbeit und Gesundheit« fällt uns die anspruchliche Haltung auf, mit der wir nahezu generelle Aussagen machten, um dennoch die spezielle Problematik ansprechen zu können. Das hat sicherlich Folgen für die Stringenz der Bearbeitung und vielleicht notwendige Klarheit gehabt. Vielleicht ist die Herangehensweise auch typisch sozialarbeiterisch, nämlich Generalist/in sein zu wollen, weil die soziale

Problematik es erfordert, und Spezialist, weil jede konkret praktische Arbeit auch Abgrenzung verlangt.

Unser Hauptanliegen war es, für die selbstbestimmte Sozialarbeit einen Weg aufzuzeigen, um auf Fragen der Gesundheit Antworten zu finden. Erst der Blick über die strukturellen und institutionellen Gegebenheiten der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung hinaus läßt sichtbar werden, welche gesellschaftlichen Potentiale die Sozialarbeit aufgreifen kann, um für mehr Gesundheit zu sorgen. Auf der Basis der Eigenständigkeit wird die Integration der genannten Aspekte der Gesundheit im Sinne der WHO möglich und wirkliche Kooperation mit anderen Gesundheitsarbeitern (z.B. Ärzt/inn/en) sinnvoll.

Literaturverzeichnis

- Badura, B. (Hrsg.), 1981: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M.
- Badura, B., 1983: Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Bd. 5, 29-48
- Badura, B., 1985: Zur Soziologie der Krankheitsbewältigung. Oder: Das emotionale Defizit soziologischer Handlungstheorie. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 14, Heft 5/85, 339-348
- Badura, B., von Ferber, C., 1985: Einwände gegen Uta Gerhardts und Hannes Friedrichs »Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens«. In: Medizinische Soziologie. Jahrbuch 4. Frankfurt/M., New York, 128-145
- Becker, K., Franzkowiak, P., 1982: Gesundheitsorientierte Selbsthilfe als soziale Aktion. In: Abholz, H.-H., Borgers, D., Karmaus, W., Korporal, J. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin. West-Berlin, New York, 249-257
- Becker, K., Lausch, B., 1985: Health Work in a Working-Class District of Mannheim. In: Laaser, U., Senault, R., Viefhues, H. (Hrsg.): Primary Health Care in the Making. West-Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 516-520
- Blinkert, B., 1976: Berufskrisen in der Sozialarbeit. Weinheim
- Böhm, R., Erdmann-Rebhann, C., 1981: Befindlichkeitsstörungen bei Frauen. In: Schneider, C. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/M., New York, 83-89
- Bollinger, H., Hohl, J., 1981: Sozialarbeiterinnen und Ärzte im Krankenhaus. Eine Studie zum beruflichen Alltag. Frankfurt/M., New York
- Boulet, J.J., Krauss, E.J., Oelschlägel, D., 1980: Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip — eine Grundlegung. Bielefeld
- Deutsches Ärzteblatt, 1982: Sozialarbeit: Ärzteschaft umreißt Tätigkeitsfeld. Jg. 79, Heft 16, 76-78
- Enkerts, V., 1987: Gesundheit ist mehr! Bericht über die Tagung »Gemeindebezogene Netzwerkförderung« vom 28.-30.11.1986 in Hamburg. In: DGSP Rundbrief Nr. 36, März/87, 35

- Friedrich, H., Fränkel-Dahmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streeck, U., 1979: Soziale Deprivation und Familiendynamik. Göttingen
- Füller, A., 1987: Gesundheitsförderung im Gemeinwesen — Aktivierung der Bewohner und Koordination der Angebote. In: Prävention, Heft 1, Jg. 10, 3-7
- Geiger, A., 1982: Gesundheitserziehung im Stadtteil. Konzeption eines Studienprojekts. In: Waller, H. (Hrsg.): Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Ausbildungs-konzepte, Praxisberichte, Forschungsergebnisse. Weinheim, Basel, 46-58
- Gerhardt, U., Friedrich, H., 1985: Risikofaktoren, primäre Prävention und das Problem des richtigen Lebens. Zur Funktion der Soziologie in der Medizin. In: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 4. Frankfurt/M., New York, 107-127
- Gerlicher, K. (Hrsg.), 1980: Prävention. Vorbeugende Tätigkeiten in Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Göttingen
- Glaeske, G., 1985: Frauentypische Diagnosen und Arzneiverordnungen — Zur Epidemiologie des Arzneiverbrauchs bei Frauen. Vortrag gehalten auf der Tagung »Medikamente für Frauen — Chemie für die Seele«, 4.-6.11.1985 in Bremen
- Greitmeyer, D., 1984: Die Berücksichtigung sozialer Einflußfaktoren bei der Diagnose der Familieninteraktion. In: Brunner, E.J. (Hrsg.): Interaktion in der Familie. West-Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 59-87
- Herriger, N., 1986: Die beschädigte Identität. Soziale Arbeit auf der Suche nach einem neuen professionellen Selbstverständnis. In: Soziale Arbeit, Heft 1, Jg. 35, 16-20
- Jungmann, G., o.J.: Sozialarbeit und freie ärztliche Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 72, Heft 41, 2847-2848
- Kling-Kirchner, C., 1981: Frauenspezifische Prävention im Bereich medizinischer Basisversorgung — Notwendigkeit, Möglichkeiten. In: Schneider, U. (Hrsg.): Was macht Frauen krank? Ansätze zu einer frauenspezifischen Gesundheitsforschung. Frankfurt/M., New York, 180-186
- Kling-Kirchner, C., 1982: Sozialarbeit im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung — ein möglicher Ansatz zu einer Entmedikalisierung von Alltagsproblemen? In: Soziale Arbeit, Jg. 31, Heft 1, 9-16
- Kreuter, H., Oppl, H., Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.), 1982: Sozialdienst im Krankenhaus. Gesetzlicher Auftrag und Selbstverständnis. Frankfurt/M.
- Kreuzer, U., 1983: Zwischen Sozialpolitik und Expertenherrschaft. Über den Verlust originärer Merkmale von Selbsthilfegruppen. In: Gruppenpsychotherapeut. Gruppendynamik, Jg. 18, Heft 4, 297-315
- Lang, S., Müller-Andritzky, M., 1984: Gesundheit und soziale Integration. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt/M., New York, 141-156
- Lotmar, P., 1969: Professionalisierung in der Sozialarbeit. In: Der Sozialarbeiter, Heft 3
- Mangold, J., 1981: Immer mehr neue Methoden werden uns nicht weiterhelfen. In: Sozialmagazin, Jg. 6, Heft 5, 50-72
- Mehs, M., 1981: Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Wandel eines Arbeitsfeldes. In: Medizin Mensch Gesellschaft, Jg. 6, 153-158
- Ortmann, K., o.J.: Krebsnachsorge. Zur Rolle der Sozialarbeit in der Rehabilitation Krebskranker. Erscheint in: Die Rehabilitation
- Oswald, G., Müllensiefen, D., 1985: Psychosoziale Familienberatung. Freiburg

- Praunheim, R. von, 1985: AIDS wird ein Teil der schwulen Kultur werden. In: Halter, H. (Hrsg.): Todesseuche AIDS. Hamburg, 163-173
- Regus, M., 1983: Probleme psychosozialer Beratung in der primärmedizinischen Versorgung. Zu einer Funktionsbestimmung medizinischer Sozialarbeit. In: Argument-Sonderband AS 102. West-Berlin, 116-143
- Reinicke, P., 1986: Sozialarbeit im öffentlichen Gesundheitswesen Berlins. In: Das öffentliche Gesundheitswesen, Jg. 48, 133-139
- Richter, H.E., Strotzka, H., Willi, J. (Hrsg.), 1976: Familie und seelische Krankheit. Eine neue Perspektive der psychologischen Medizin und der Sozialtherapie. Reinbek
- Rosenbrock, R., 1986: AIDS kann schneller besiegt werden. Hamburg
- Schaub, H.-A., Schaub-Harmsen, F., 1984: Einelternfamilien. Erfahrungsbericht einer dreijährigen psychosozialen Arbeit. In: Familiendynamik, Jg. 9, 19-32
- dies., 1986: Einelternfamilien aus der Sicht betroffener Kinder. Versuch einer familienorientierten Gruppenarbeit. In: Familiendynamik, Jg. 11, 143-150
- Schaub, H.-A., Schwall, H., 1984: Ein sozialpsychiatrisches Projekt im Studium Sozialwesen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Jg. 14, Heft 4, 16-26
- Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B. (Hrsg.), 1987: Der solidarischen Gesundheitsversicherung die Zukunft. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 60, Band 1. Köln
- Seippel, A., 1976: Handbuch Aktivierende Gemeinwesenarbeit 1. Bochum, Dortmund, Bottrop
- Trojan, A., Waller, H., 1979: Sozialarbeit und Medizin. In: Argument-Sonderband AS 27, 192-203
- Verband alleinstehender Mütter und Väter (VAMV), 1983: Zahlenspiegel des VAMV (6/83). Bonn, hektografiert
- Victor-Gollancz-Stiftung (Hrsg.), 1974: Reader zur Theorie und Strategie von Gemeinwesenarbeit. Materialien zur Jugend- und Sozialarbeit 8. Frankfurt/M.
- Waltz, E.M., 1981: Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit — ein Überblick über die empirische Literatur. In: Badura, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt/M., 40-119
- Weber-Falkensammer, H., Oppl, H. (Hrsg.), 1983: Einführung in Sozialarbeit/Sozialpädagogik im Gesundheitswesen. Arbeitsbuch für soziale Berufe. Erlangen
- Wenzel, E., 1983: Die Auswirkungen von Lebensbedingungen und Lebensweisen auf die Gesundheit. In: Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, Band 5, 1-18
- Zapf, W., 1984: Individuelle Wohlfahrt. Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Frankfurt/M., New York, 13-26