

## Sozialarbeit und Medizin

### Möglichkeiten und Hindernisse der Kooperation im Rahmen gemeindeorientierter Versorgung

In dem folgenden Beitrag haben wir versucht, die Fülle von theoretischen und programmatischen Äußerungen sowie einige Ergebnisse von empirischen Untersuchungen mit unseren eigenen Überlegungen zur Kooperation von Sozialarbeit und Medizin zu verbinden. Wir werden uns zuerst mit einigen für dieses Thema wichtigen Problemen der Gesundheitssicherung in der BRD beschäftigen. Der entwicklungsbedürftige Stand der Medizinalstatistik erlaubt es zwar nur, Effektivität und Effizienz unserer Gesundheitsversorgung im Grobraster zu erfassen; es wird aber dennoch möglich sein, Hauptprobleme der Versorgung herauszustellen und vor diesem Hintergrund die Frage der Kooperationsmöglichkeiten von Sozialarbeit und Medizin zu diskutieren. Wir wollen daran anschließend das (von uns an anderer Stelle ausführlicher dargestellte)<sup>1</sup> Konzept gemeindeorientierter Versorgung skizzieren und es daraufhin prüfen, ob es geeignet ist, den organisatorischen Rahmen für eine Kooperation von Sozialarbeit und Medizin abzugeben. Bezogen auf dieses Konzept soll auch die Einbeziehung weiterer nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe wie z. B. von Psychologen und Gemeindefachkräften sowie die Bedeutung von nicht-professioneller Hilfe angesprochen werden.

Welche institutionellen Kooperationsmöglichkeiten von medizinischen und sozialen Diensten im Rahmen der gemeindeorientierten Versorgung konkret möglich sind, werden wir anschließend darstellen. Dabei wird auch auf einige Modelle hingewiesen, die im Ausland entwickelt wurden und aufgrund gesetzlicher Barrieren nicht ohne Schwierigkeiten in unsere Versorgungslandschaft zu verpflanzen sind.

Mit diesen und anderen Hindernissen einer Kooperation von Sozialarbeit und Medizin werden wir uns abschließend beschäftigen. Dabei geht es um strukturelle Barrieren in der Gesundheitsversorgung, um Defizite in der sozialmedizinischen und medizinsoziologischen Ausbildung von Medizinern und Sozialarbeitern und um das Problem der als „professionelle Dominanz“ bezeichneten Vorherrschaft der Ärzte, die die medizinische Sozialarbeit in Theorie (Dominanz des medizinischen Krankheitsmodells) und Praxis (Dominanz der medizinischen Profession) im Status eines untergeordneten Hilfsberufs hält.

#### I.

Die Gemeinsamkeiten von Sozialarbeit und Medizin sind am allgemeinsten dadurch zu charakterisieren, daß beide in ihrer gesellschaftlichen Funktion auf die Vermeidung und Linderung kollektiven und individuellen Leidens abzielen.

Die durch Medizinsoziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie analysierte und in der Bevölkerung durch die Diskussion der sog. Kostenexplosion zunehmend bewußt werdende Tatsache, daß unser System der medizinischen Versorgung trotz erheblichen personellen und finanziellen Aufwands zahlreiche Versorgungsaufgaben nur unzureichend löst, ist aktueller Ausgangspunkt unserer Betrachtungen über Sozialarbeit und Medizin. Die Notwendigkeit von Beiträgen der Sozialarbeit zur Gesunderhaltung und Krankenversorgung sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens läßt sich dabei aus folgenden Punkten ableiten:

- aus dem veränderten Spektrum der Krankheiten und Todesursachen im Zusammenhang mit dem veränderten Altersaufbau der Bevölkerung,
- aus der Zunahme von Erkenntnissen über die Bedeutung sozialer Faktoren bei der Entstehung, der Behandlung und dem Verlauf der heutigen Massenkrankheiten,
- aus der Tatsache, daß die herrschende Medizin sich nach wie vor weitgehend naturwissenschaftlich versteht, sich weiter spezialisiert und technisiert und
- aus der Erkenntnis, daß die medizinische Versorgung generell nur einen begrenzten Beitrag zur Krankheitsverhütung leisten kann.

*Morbiditätsstatistiken* zeigen den hohen Anteil chronisch Kranker und Behinderter, nach Jantzen's Analyse<sup>2</sup> verschiedener Statistiken sind ca. 10% der Bevölkerung chronisch krank oder behindert. Vom 40. Lebensjahr steigt der Anteil chronischer gegenüber akuten Krankheiten erheblich an. In der 1974 durchgeführten Mikrozensuszusatzserhebung bezeichneten sich von den 40–65jährigen über  $\frac{1}{5}$  als krank, davon  $\frac{2}{3}$  als chronisch krank, von den über 65jährigen waren es bereits  $\frac{1}{3}$ , die sich selbst als krank bezeichneten und von diesen gaben  $\frac{4}{5}$  chronische Leiden an<sup>3</sup>. Chronische Krankheiten und Behinderungen im Alter sind in einem besonders hohen Maße mit sozialen Faktoren verknüpft, das gilt sowohl bzgl. ihrer Verursachung als auch bzgl. ihrer Folgen<sup>4</sup>.

Die *Mortalitätsstruktur* in der BRD ist nach einer Analyse des Sozialmediziners Schäfer durch die erhebliche Zunahme der folgenden 6 Todesursachen gekennzeichnet: koronare Herzkrankheiten, Lungen- und Bronchialkrebs, Leberzirrhose, Bronchitis, Straßenunfälle und Diabetes<sup>5</sup>.

Diese Todesursachen haben zu der 1950 einsetzenden *Abnahme* der Lebenserwartung bei Männern mittleren Alters geführt. Auch die bislang kontinuierliche Steigerung der Lebenserwartung bei Frauen ist in den letzten Jahren weit weniger ausgeprägt, z. T. ebenfalls aufgrund der Zunahme der genannten Todesursachen<sup>6</sup>. Wie Schäfer darlegt, sind diese Todesursachen vorwiegend durch „falsches Verhalten, gesellschaftliche Umstände und insbesondere auch den psychosozialen Stress bedingt“<sup>7</sup>. Seine Analyse macht ganz entschieden auf die Bedeutung nicht-medizinischer Ursachen bei den häufigsten der zum Tode führenden Krankheiten und damit auf die Notwendigkeit sozialer Prävention aufmerksam.

Die Analyse der *Invaliditätsstatistiken* gibt Hinweise auf die erhebliche gesundheitliche Belastung am Arbeitsplatz. Während die Zahl der schweren Arbeitsunfälle in den letzten Jahren abgenommen hat, bleibt die Invalidierungsquote unverändert hoch<sup>8</sup>.

Von der großen Zahl chronisch Kranker in der Bevölkerung, die aus Morbiditäts-, Invaliditäts- und Mikrozensusserhebungen abzulesen ist, erhält ein zu ge-

ringer Anteil medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen<sup>9</sup>. Dabei scheint die Realisierung der im Rehabilitationsangleichungsgesetz vorgeschriebenen sozialen Rehabilitation in Planung und Praxis noch besonders unzulänglich.

Ein weiteres Problem unseres Gesundheitswesens zeigt sich in der Tatsache, daß trotz des immer dichter werdenden Netzes sozialer Gesetzgebung und der damit verbundenen Abnahme der Nichtversichertenquote auf 0,3% der Wohnbevölkerung<sup>10</sup> die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in der Krebsvorsorge von 1972 bis 1974 nur um knapp 4% auf 14,41% der Berechtigten gesteigert werden konnte und damit äußerst gering blieb<sup>11</sup>.

Diese Beispiele aus neueren verfügbaren Statistiken mögen verdeutlicht haben, daß im großen Ausmaß auch soziale Faktoren an der Entstehung und dem Verlauf der heutigen Massenerkrankungen beteiligt sind und daß die Medizin diesem Versorgungsaspekt nur unzureichend gerecht wird.

Das Vorherrschen einer sich primär naturwissenschaftlich verstehenden, sich weiter technisierenden und spezialisierenden Medizin wird ablesbar an der Zunahme medizinischer Fachgebiete<sup>12</sup>, der relativ stärkeren Zunahme von Fachärzten gegenüber Allgemeinärzten und der stärkeren Ausweitung des stationären Bereichs gegenüber der ambulanten Versorgung<sup>13</sup>. Dieser Spezialisierung und Technisierung der Medizin und der damit verbundenen Kostensteigerung im stationär-kurativen und teilweise auch rehabilitativen Bereich stehen die vergleichsweise niedrigen Ausgaben für präventive Maßnahmen<sup>14</sup> und die erhebliche Abnahme von im öffentlichen Gesundheitsdienst erbrachten Leistungen gegenüber.

Die Zahl der Gesundheitsämter hat sich seit 1970 stark verringert, damit einher ging die Abnahme der dort tätigen Ärzte und Sozialarbeiter<sup>15</sup>; auch die Zahl der insgesamt im Gesundheitswesen tätigen Sozialarbeiter und Gemeindeschwestern ist rückläufig<sup>16</sup>.

Zwar stieg die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Sozialarbeiter im gleichen Zeitraum um ca. 50% an<sup>17</sup>. Mit (1974) insgesamt 892 Sozialarbeitern auf 716 530 Betten bleibt allerdings die von der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus geforderte Relation von 1 Sozialarbeiter auf 250 Betten in der Akutbehandlung (und einer günstigeren Relation für die Behandlung chronischer Patienten) noch lange Utopie<sup>18</sup>.

Der im Vergleich zu den hohen Kosten relativ geringe Erfolg der Gesundheitsversorgung läßt sich wesentlich auf strukturelle Mängel unseres Gesundheitswesens zurückführen. Folgende Haupt-Kritikpunkte werden genannt<sup>19</sup>:

- unzureichende Planung der Gesundheitsversorgung auf der Basis epidemiologischer Forschung,
- Dominanz der Kuration gegenüber der Prävention,
- Trennung von ambulantem, stationärem und öffentlichem Gesundheitswesen,
- Trennung von medizinischen und sozialen Diensten,
- Mißverhältnis zwischen Überbetonung der technisierten krankenhauszentrierten Medizin auf der einen und einer Unterentwicklung gemeindenaher, psychosozial orientierter Behandlung auf der anderen Seite,
- mangelnde Förderung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, die selbständig Versorgungsaufgaben wahrnehmen können,

- unzulängliche Gesundheitsgesetzgebung, die oft weniger auf Verbesserung der Gesundheit als auf ökonomische und ständische Interessen der Ärzteschaft abgestellt ist.

## II.

Die in diesem Abschnitt darzustellenden Überlegungen zu einer gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung sollen zeigen, daß dieses Konzept Lösungsmöglichkeiten für einige der hier skizzierten Versorgungsprobleme bereithält. Der Beitrag der Sozialarbeit hat für das Konzept der Gemeindemedizin eine ganz wesentliche Bedeutung. Darüber hinaus leistet – und auf diesen Aspekt soll hier nur kurz hingewiesen werden – Sozialarbeit generell – also nicht nur als medizinische oder psychiatrische Sozialarbeit – einen Beitrag zur Gesundheitssicherung: Sozialarbeit, die sich die Beseitigung materieller, sozialer und psychischer Not zum Ziel gesetzt hat, bedeutet immer auch zugleich Prävention von Krankheit. Zielgruppen sozialer Arbeit, die als Obdachlose, Arbeitslose, Straffällige, Heimkinder, Erwerbsunfähige etc. zu den Problemgruppen unserer Gesellschaft gezählt werden, sind immer auch Risikogruppen im medizinischen Sinne<sup>19a</sup>. Die heutigen Krankheiten erfordern für Medizin und Sozialarbeit eine Versorgungsstrategie, die imstande ist, neben individuellen auch und gerade gesellschaftliche Faktoren in ihrer Bedeutung für soziales, psychisches und körperliches Leiden zu erkennen und zu bekämpfen. Während die Sozialarbeit sich in den letzten Jahren zunehmend ihrer gesellschaftlichen Funktionen bewußt wurde<sup>20</sup>, konnten sich in der Medizin nur zögernd Disziplinen entwickeln, die aus einem gesellschaftsbezogenen Selbstverständnis heraus handeln. Heute haben sich vor allem Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie die gesellschaftliche Formulierung und Behandlung von Krankheit zur Aufgabe gemacht. Gemeindemedizin und Gemeindepyschiatrie sind Konzepte einer entsprechend veränderten therapeutischen Praxis.

Die Gemeinde als relativ überschaubare geographische und soziale Einheit eröffnet einen direkteren Einblick in die Zusammenhänge zwischen Umwelt und Krankheit als dies auf nationaler Ebene möglich ist und – wichtiger noch – ermöglicht damit gezieltere Versorgungsansätze unter Einbeziehung der für die Gemeinde verantwortlichen Dienste und der in der Gemeinde lebenden Bevölkerung. Während auf der einen Seite nationale Versorgungsstrategien Gefahr laufen, den einzelnen durch Anonymisierung und mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten zum passiven Konsumenten von Gesundheitsleistungen zu machen, greift auf der anderen Seite die allgemeinmedizinische Behandlung als – bestenfalls! – auf das Haus oder die Familie bezogener Versorgungsansatz zu kurz, da in diesem Rahmen das Einbezogensein der Klienten in weitere soziale Zusammenhänge vielleicht erkannt, aber nicht zum Bestandteil therapeutischen Handelns gemacht werden kann. Zwischen diesen beiden Polen ist das Konzept der gemeindeorientierten Versorgung anzusiedeln. Es läßt sich anhand folgender vier Hauptprinzipien charakterisieren<sup>21</sup>:

### 1. *Umfassende Versorgung*

Darunter wird die Intensivierung von Prävention und Rehabilitation in der psychosozialen und medizinischen Betreuung verstanden. Dieses Prinzip richtet sich gegen die derzeitige Überbetonung der kurativen Medizin. Es umfaßt in erster Linie die verstärkte Primärprävention im psychosozialen Bereich und weiterhin Maßnahmen der Gesundheitserziehung, der Früherkennung und der Nachsorge sowie psychosoziale, berufliche und medizinische Wiedereingliederungsmaßnahmen.

### 2. *Integrierte Versorgung*

Dies bedeutet die inter- und intrainstitutionelle Koordination von psychosozialer und medizinischer Betreuung. Integriert werden müssen insbesondere die drei Bereiche ambulantes, stationäres und öffentliches Gesundheitswesen sowie der medizinische mit dem psychosozialen Bereich. Organisatorische Formen verbesserter Integration sind beispielsweise Diagnostikzentren für alte Leute und chronisch Kranke, mit deren Hilfe man Fehlplatzierungen vermeiden kann, Tageskliniken als Übergangseinrichtungen vom stationären zum ambulanten Bereich (oder auch zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierungen) und weiterhin Rehabilitationsambulanzen und Nachsorgeeinrichtungen des Krankenhauses.

### 3. *Kooperative Versorgung*

Dieses Prinzip – für unser Thema besonders wichtig – bedeutet Versorgung im interdisziplinären Team. Die stärkere Berücksichtigung psychosozialer Belange des Patienten erfordert Psychologen und Sozialarbeiter, verstärkte Prävention benötigt neue Berufsgruppen wie den Gesundheitsberater oder den Gesundheitserzieher. In der Rehabilitation werden Sozialarbeiter, aber auch Physio- und Ergotherapeuten wichtiger als der Arzt. Kooperative Versorgung bedeutet auch, das Selbsthilfepotential in der Gemeinde zu aktivieren und Laien in der Planung und Organisation der lokalen Gesundheitsdienste zu beteiligen.

### 4. *Gemeindenähe Versorgung*

Dieses Prinzip hat in erster Linie die bedarfsgerechte Verteilung der Gesundheitsdienste zum Inhalt. Wesentliche Grundlage ist die auf regionale Bedürfnisse abgestellte Planung von Versorgungseinrichtungen, etwa auf einen besonders hohen Anteil von Alten und Gastarbeitern in einem Bezirk. Ein weiterer Aspekt dieses Prinzips bezieht sich auf den Versuch, den Patienten soweit wie möglich in seinem engeren sozialen Rahmen zu belassen; das bedeutet z. B. Präferenz für Haushilfen und Hauspflege anstelle einer Einweisung ins Alten- oder Pflegeheim und Präferenz ambulanter vor stationärer Versorgung. Ein weiterer Aspekt der Gemeindenähe bezieht sich auf den Abbau von Zugangsbarrieren zu medizinischen und sozialen Einrichtungen: Solche Barrieren können geographischer, fi-

nanzieller, aber auch sozialer und psychischer Natur sein. Sie tragen besonders in unteren Schichten oder bei sog. Randgruppen dazu bei, daß auch bei ernststen Beschwerden therapeutische Instanzen nicht oder zu spät aufgesucht werden und daß Möglichkeiten zur Vorsorge ungenutzt bleiben.

Das Konzept der gemeindeorientierten Versorgung, charakterisiert anhand der vier Versorgungsprinzipien umfassend, integriert, kooperativ und gemeindenah, ist also als Bündel sozialmedizinischer, sozialpsychiatrischer und sozialfürsorgender bzw. -therapeutischer Maßnahmen zu verstehen. Dabei zielt das Prinzip der kooperativen Versorgung explizit auf eine Zusammenarbeit ärztlicher und nicht-ärztlicher Berufe ab. Aber auch aus der Beschreibung der drei weiteren Prinzipien läßt sich die Bedeutung der Sozialarbeit für eine gemeindeorientierte Versorgung ablesen. Wie eine Kooperation von Sozialarbeit und Medizin konkret, d. h. institutionell, gestaltet werden kann, soll im folgenden anhand einiger Beispiele veranschaulicht werden.

### III.

Als Institution umfassender Versorgung in der Gemeinde wird der *allgemeinärztlichen Praxis* nach wie vor eine besondere Bedeutung zugeschrieben. Ob und in welchem Maße sie dieser Aufgabe gerecht wird, ist in der BRD noch nicht systematisch untersucht worden. Ergebnisse aus anderen Ländern, Berichte von niedergelassenen Ärzten, aber auch eigene Erfahrungen in der allgemeinärztlichen Versorgung lassen es zumindest fraglich erscheinen, ob sie in ihrer jetzigen Form als Einzelpraxis besonders effektiv ist. Die Entwicklung von Gruppenpraxen und die Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe wie Gemeindegeschwester, Gesundheitsberater, Psychologe etc. ist häufig diskutiert worden und scheint sich – wie ausländische Erfahrungen zeigen – zu bewähren<sup>22</sup>. Der Beitrag der Sozialarbeit zur Verbesserung der Versorgung in der niedergelassenen Praxis ist von Goldberg et al. erprobt und untersucht worden<sup>23</sup>: Die starke – auch aus Untersuchungen in der BRD bekannte<sup>24</sup> – Verflechtung von physischen, psychischen und sozialen Problemen bei Patienten, die Allgemeinpraxen aufsuchen, machten eine von Arzt und Sozialarbeiter in gemeinsamer Verantwortung getragene Behandlung erforderlich oder führten zu häufigen Überweisungen an den Sozialarbeiter. Die Tätigkeiten des Sozialarbeiters – in der Praxis oder auf Hausbesuchen – bestanden in der Erstellung sozialer Diagnosen, der Vermittlung sozialer Dienste und von Einzelfallhilfe. Als besonders bedeutsam erwies sich, daß „die Auseinandersetzung mit Krisen sofort erfolgte, anstatt daß Probleme von Klienten erst den Zuständigkeitskriterien eines speziellen Hilfsdienstes angepaßt werden mußten“<sup>25</sup>. Inzwischen ist der Sozialarbeiter in England zu einem unentbehrlichen Mitglied des primary health care teams geworden, zumindest dort, wo die primärmedizinische Versorgung von Gesundheitszentren oder größeren Gemeinschaftspraxen aus erfolgt.

Der „Report of the working party on social work support for the health service“<sup>26</sup> nennt u. a. die folgenden wichtigen Funktionen einer Sozialarbeit in der Primärversorgung:

- Erstellung sozialer Diagnosen,
- sozialtherapeutische Intervention als Einzel- oder Gruppenbehandlung, allein oder in Kooperation mit anderen Teammitgliedern,
- Mobilisierung sozialer Hilfen, Kontaktaufnahme mit Behörden, Selbsthilfegruppen etc.
- Beratung anderer Teammitglieder, praxisnahe Ausbildung von Studenten und Beteiligung an der Versorgungsplanung in der Gemeinde.

Die Frage, ob Kooperation von Sozialarbeit und Medizin in der primärmedizinischen Versorgung nötig sei, ist auch in der BRD gestellt worden. Der Sozialmediziner Pflanz hat sie negativ beantwortet:

„Der Ruf nach dem Sozialarbeiter als Partner in der ärztlichen Einzel- oder Gruppenpraxis klingt zwar zur Zeit innerhalb der gesundheitspolitischen Debatte ganz modern, doch ist diese Forderung anachronistisch angesichts einer notwendigen Zentralisierung und Spezialisierung in der Sozialarbeit selbst. Sozialarbeiter werden auch kaum mehr auf solche Aufgaben hin ausgebildet, wie sie ihnen in der ärztlichen Praxis gegenüberstehen würden. So wird man vom Primärarzt erwarten müssen, daß er nicht erst durch Erfahrung, sondern schon durch die Aus- und Weiterbildung die für eine soziale Betreuung unbedingt erforderlichen Kenntnisse erwirbt“<sup>27</sup>.

Diese Argumentation gegen den Sozialarbeiter als Partner in der ärztlichen Praxis erscheint uns aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar; allerdings ist Pflanz voll zuzustimmen, wenn man seine Stellungnahme ausschließlich als ein Votum dafür interpretiert, daß eine verbesserte Aus- und Weiterbildung von Sozialarbeitern Voraussetzung für ihren Einsatz in der primärmedizinischen Versorgung zu sein hat.

Die Forderung, den Allgemeinarzt zusätzlich oder, wie in einem Beitrag von Jefferys ausgeführt<sup>28</sup>, sogar primär zum Fachmann für die soziale Betreuung seiner Patienten zu machen, beinhaltet Konsequenzen, die kürzlich von G. Stimpson unter dem Titel „Social care and the role of the general practitioner“ als Tendenz zur Medikalisierung und Individualisierung sozialer Probleme analysiert wurden<sup>29</sup>. Diese Tendenz kann besonders dann als bedrohlich groß eingeschätzt werden, wenn – wie in unserem Gesundheitssystem – ärztliches Handeln nach Einzelleistungen bezahlt wird und sich z. B. das Ausstellen eines Rezeptes besser rentiert als ein beratendes Gespräch. Eine verbesserte psychosoziale Ausbildung von Medizinern sollte u. E. nicht zum Ziel haben, den Allgemeinarzt zum Facharzt für soziale Fragen zu machen, sondern vor allem dazu dienen, seine diagnostischen Fähigkeiten auch für psychische und soziale Probleme seiner Patienten zu erhöhen, um ihnen rechtzeitig kompetente psychologische oder sozialtherapeutische Beratung bzw. Behandlung vermitteln zu können. Die Gefahr einer Medikalisierung sozialer Probleme, d. h. die zunehmende Tendenz der Medizin, im Rahmen ihres primär naturwissenschaftlich bestimmten Krankheitsmodells sozialbedingte Hilfsbedürftigkeit medizinisch zu definieren und zu therapieren, sie quasi medizinisch „umzumünzen“, ist durch die Kooperation mit Sozialarbeit nur dann grundsätzlich zu verändern, wenn Sozialarbeit sich der eigentlichen Wurzeln des ihr anvertrauten Leidens erinnert, es nicht individualisiert und auf eine allein psychologische Problematik reduziert, sondern soziale Ursprünge durch soziale Aktionen, z. B. im Rahmen der Gemeinwesenarbeit, angeht.

Wir haben vorstehend zu zeigen versucht, in welcher Weise die Einbeziehung des Sozialarbeiters in die primärmedizinische Versorgung zur Realisierung gemeindeorientierter Medizin beitragen kann. Im folgenden sollen die Möglichkeiten der Kooperation von Sozialarbeit und Medizin in der *psychiatrischen Versorgung* skizziert werden.

Die Forderung nach gemeindenaher, sektorisierter Versorgung wird in der Psychiatrie weitaus intensiver diskutiert als in der übrigen Medizin. Es scheint, als habe die eklatante Versorgungsmisere in der Psychiatrie und ihre empirische Analyse die Beschäftigung mit alternativen Versorgungsmodellen und deren Entwicklung gefördert. Darüber hinaus ermöglichten einige gesetzliche Änderungen (Änderung des Kassenarztrechts von 1976, Entwicklung von Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) die Realisierung von neuen Versorgungsmodellen. Der Sozialarbeiter ist ein festes Mitglied im Team für die gemeindenahere, psychiatrische Versorgung geworden. Er arbeitet in der psychosozialen Kontaktstelle eines Wohnviertels, im Club für ehemalige Patienten und deren Angehörige, im Gemeindepsychiatrischen Zentrum und im Kriseninterventionsteam des Gesundheitsamtes. Auch in der stationären psychiatrischen Versorgung übernimmt der Sozialarbeiter mehr und mehr therapeutische Funktionen: In Poliklinik, Tagesklinik und beschützender Werkstatt ist er Teil der „therapeutischen Gemeinschaft“ bzw. des Behandlungsteams; in Übergangsheimen und anderen halbstationären Einrichtungen ist er mit rehabilitativen Aufgaben betraut<sup>30</sup>. Dabei hat er weiter reichende Kompetenzen als im Rahmen des Sozialen Krankenhausdienstes, der nichtpsychiatrische Patienten betreut<sup>31</sup>.

Gemeindepsychiatrische Versorgungsmodelle sind in der BRD immer noch die Ausnahme, doch nimmt ihre Zahl ständig zu<sup>32</sup>. Vergleichbare gemeindenahere Modelle in der allgemeinen medizinischen Versorgung, in denen Sozialarbeiter und Mediziner kooperativ zusammenarbeiten, sind dagegen selten: Die klassische gemeindenahere Einrichtung des *Gesundheitsamtes* befindet sich seit Jahren in einer funktionellen und personellen Krise; Ärzte meiden das Gesundheitsamt wegen der geringen therapeutischen Möglichkeiten, Sozialarbeiter aufgrund der rigiden Organisationsstruktur und wegen ihres Einsatzes als untergeordnete Helfer bei medizinischen Aufgaben<sup>33</sup>. Die von Gaettens-Küthmann<sup>34</sup> beschriebene *sozialmedizinische Rehabilitationsambulanz*, in der Internisten und Sozialarbeiter vorsorgend, nachsorgend und krisenintervenierend zusammenarbeiten, scheint ein Einzelfall geblieben zu sein. Die Zahl von „Sozialstationen“ hat zwar deutlich zugenommen; die meisten von ihnen arbeiten jedoch nach einem auf die Funktionen von Altenpflegestationen reduzierten Konzept. Integrierte Sozialstationen als Modell gemeindenaher Versorgung, an der auch Sozialarbeiter wesentlichen Anteil haben, sind bisher nur von einer Arbeitsgruppe an der Gesamthochschule Kassel projiziert worden<sup>35</sup>.

Bei den ebenfalls an Bedeutung gewinnenden *Sozialen Diensten der Krankenkassen* haben sich in einigen Fällen Sozialarbeiter schon ein eigenständiges Berufsfeld im Bereich des Gesundheitswesens schaffen können<sup>36</sup>. Diese Entwicklung ist möglich durch den nötigen, aber nur sehr zögernd beginnenden Wandel der Krankenkassen von einer anonymen Finanzierungs- und Verwaltungsorganisation zu einer Versorgungseinrichtung im Gesundheitssystem.

## IV.

Abschließend wollen wir uns mit einigen Problemen beschäftigen, die einer Kooperation von Sozialarbeit und Medizin entgegenstehen. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß das Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte und die auf die Vergütung einzelner, primär technischer Leistungen zugeschnittene Gebührenordnung eine Kooperation von Sozialarbeit und Medizin – besonders im ambulanten Bereich – erheblich erschwert. Darüber hinaus sind zwei weitere Probleme zu nennen: die derzeitig mangelhafte, z. T. ganz fehlende sozialmedizinische Ausbildung der Studenten der Sozialarbeit und der Medizin sowie das professionelle Gefälle zwischen diesen beiden Berufen.

Wie eine vom Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführte Panel-Befragung von Sozialarbeitern ergab, besteht unter den Sozialarbeiterstudenten eine starke Motivation, in Bereichen der Gesundheitsversorgung tätig zu werden<sup>37</sup>. Der Wunsch nach Arbeit im Team und nach Aufgaben im Rahmen der Gemeinwesenarbeit werden aus der Befragung besonders deutlich. Die Unterrichtssituation in den Fächern Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie und Medizinsoziologie scheint jedoch an den Fachhochschulen noch desolater zu sein als an den medizinischen Fakultäten<sup>38</sup>. Möglicherweise ist dies der Grund für die Feststellung der Allensbacher Studie, daß die Motivation, im Gesundheitswesen zu arbeiten, während des Studiums abnimmt. Nach dem Studium wird der Sozialarbeiter zumeist mit den folgenden Arbeitsbedingungen – und das gilt ganz besonders für die Tätigkeit im Gesundheitsamt – konfrontiert: mit Überlastung durch Verwaltungsaufgaben und berufsfremde Tätigkeiten sowie mit einer Teamarbeit verhindernden stark hierarchisch strukturierten Verhältnis zum Amtsarzt, der – nach den Untersuchungsergebnissen – oft noch einer engen und konservativen Auffassung von Sozialhygiene verhaftet zu sein scheint und nur ein mangelhaftes Verständnis von den Möglichkeiten fortschrittlicher Sozialmedizin und Sozialarbeit hat. Diese negativen Erfahrungen tragen ebenfalls dazu bei, daß für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen erhebliche Rekrutierungsprobleme bestehen.

Eine Verbesserung der Ausbildung in den erwähnten Fächern an den Fachhochschulen für Sozialarbeit – wie sie z. B. vom Bundesgesundheitsrat oder der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie gefordert wird<sup>39</sup> – ist für die Kooperation von Medizin und Sozialarbeit unabdingbar. Auch im Medizinstudium ist die Ausbildung in den genannten Fächern zu verstärken, damit die Ärzte mit der Bedeutung psychosozialer Faktoren im Krankheitsgeschehen auch die Notwendigkeit von Sozialarbeitern als Partnern bei der Gesundheitssicherung erkennen und würdigen lernen. Um die Arbeit im Team zu erlernen, sind gemeinsame Fallkonferenzen und die gemeinsame Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen in Gemeindemedizin und Gemeindepsychiatrie denkbar<sup>40</sup>.

Eine Verbesserung der medizinischen Aus- und Weiterbildung von Sozialarbeitern wird allerdings nicht erreicht, wenn sie sich in der rein additiven Vermittlung von medizinischem Basiswissen erschöpft. Medizinische Lerninhalte sollten vielmehr aus einem übergeordneten, Sozialarbeit und Medizin verbindenden Handlungskonzept entwickelt werden. Dazu bietet sich das Konzept der gemeindeorientierten Versorgung besonders auch deswegen an, weil es zahlreiche

Methoden und Aufgaben von Gemeindemedizin, Gemeindepsychiatrie und Gemeinwesenarbeit einschließt.

Ein weiteres Hindernis für die Kooperation von Sozialarbeit und Medizin besteht in der als „professionelle Dominanz“ bezeichneten beruflichen Vorherrschaft der Ärzte<sup>41</sup>. Bezogen hierauf stellen berufssoziologische Aufsätze Sozialarbeit als „semi-profession“ der „profession“ Medizin gegenüber. Dabei werden das Ausmaß an gesellschaftlicher Anerkennung, der Grad an Autonomie und Verantwortlichkeit gegenüber dem Klienten, der Stand wissenschaftlicher Fundierung beruflicher Methoden, der Grad allgemein akzeptierter Berufscodices und der Organisationsstand berufsständischer Vereinigungen als Kriterien einer solchen Unterteilung zugrundegelegt<sup>42</sup>. G. Weber hat diese Professionalisierungskriterien einer ausführlichen Kritik im Hinblick auf die Sozialarbeit unterzogen<sup>43</sup>.

Wir meinen, daß die primär deskriptiv gedachten Bezeichnungen „semi-profession“ und „profession“ leicht als berufssoziologische Legitimation für das niedrigere Sozialprestige und die geringere Bezahlung der Sozialarbeit mißbraucht werden könnten. Um das hierarchische Gefälle zwischen Arzt und Sozialarbeiter zu verringern und die gegenseitige Anerkennung als gleichberechtigte Partner zu fördern, erscheint uns die Kooperation im Rahmen gemeinsamer Konzepte wie der hier dargestellten gemeindeorientierten Versorgung als wichtige Möglichkeit<sup>44</sup>.

Zur Verwirklichung dieses Ziels ist neben einer Verbesserung sozialmedizinischer Ausbildung allerdings auch der Abbau struktureller Barrieren, wie sie von P. Thoma<sup>45</sup> diskutiert werden, eine wesentliche Voraussetzung.

## Anmerkungen

1 A. Trojan, H. Waller (Hrsg.): *Angewandte Sozialmedizin. Eine Einführung in die gemeindeorientierte Gesundheitsversorgung für medizinische und psychosoziale Berufe*. Erscheint Ende 1978 im Verlag Urban und Schwarzenberg.

Dieselben (Hrsg.): *Sozialpsychiatrische Praxis*. Erscheint Ende 1978 in der Akademischen Verlagsgesellschaft.

2 W. Jantzen: *Die berufliche und gesellschaftliche Eingliederung Behinderter*. Jahrbuch für kritische Medizin, Band 1, Berlin 1976, S. 28–42.

3 Vgl. Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG): *Daten des Gesundheitswesens*. Bonn 1977, S. 79.

4 Vgl. z. B. R. Zimmermann: *Alter und Hilfsbedürftigkeit. Zur Soziologie von Krankheit, psychischem Leiden und sozialer Abhängigkeit*. Stuttgart 1977.

5 H. Schäfer: *Lebenserwartung und Lebensführung*. Mensch, Medizin, Gesellschaft 1 (1976), 27–32.

6 Vgl. C. A. Nathanson: *Sex, illness, and medical care*. Soc. Sci. & Med. 11 (1977) 13–25.

7 H. Schäfer a. a. O. S. 27.

8 E. Ballerstedt et al.: *SPES-Indikatorentableau*. Soziale Welt 28 (1977) 462.

*Invaliderungsquote: Männliche Personen im Alter von 50 bis unter 60 Jahren mit überwiegender Lebensunterhalt durch Rente als Anteil an der Wohnbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts.*

Vgl. auch J. Ricke et al.: *Frühinvalidität – Arbeiterschicksal?* Jahrbuch für kritische Medizin, Band 2, Berlin 1977, S. 148–161.

9 BMJFG a. a. O. S. 272.

10 E. Ballerstedt et al. a. a. O. S. 462.

11 BMJFG a. a. O. S. 32.

Die Möglichkeiten, durch Einbeziehung von Sozialarbeitern eine effektivere Gesundheitsvorsorge zu erreichen, werden von Sankowsky anhand eines Modellversuchs beschrieben. G. Sankowsky: Krankheitsfrüherkennung, Gesundheitsvorsorge und Sozialarbeit. Das Öffentliche Gesundheitswesen 34 (1972), 687–693.

12 H. Krähe: Die medizinische Ausbildung als Gegenstand der Medizinsoziologie. In: B. Geissler, P. Thoma (Hrsg.): Medizinsoziologie. Frankfurt/M. 1975.

13 Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: Gesellschaftliche Daten 1977. S. 47; vgl. auch BMJFG a. a. O. S. 315.

14 ebenda S. 312.

15 ebenda S. 224.

16 ebenda S. 226 f.

17 ebenda S. 260.

18 M. Mehs: Darstellung der „Richtlinien der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V.“. In: Sozialdienst im Krankenhaus Nr. 3–4 (1978) S. 6.

19 Vgl. auch E. Jahn: Systemanalyse der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik. In: WSI-Studie Nr. 32: Integrierte medizinische Versorgung. Notwendigkeit–Möglichkeit–Grenzen Köln 1975.

Ch. v. Ferber, K. P. Kisker: Was ist praktische Sozialmedizin? In: Handbuch der Sozialmedizin, Band III, Stuttgart 1976, S. 8–10.

F. Naschold: Zur Effizienz des medizinischen Versorgungssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Die Ortskrankenkasse 59 (1977) 459–462.

A. L. Cochrane: Epidemiologie und medizinischer Fortschritt. Vortrag gehalten auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin in Hannover 1977.

19a Sozialarbeit kann jedoch nicht nur bei den genannten Rand- und Risikogruppen, sondern auch in wichtigen allgemeinen Lebensbereichen, wie z. B. der Schule, Hilfen anbieten, die als Prävention späterer psychosozialer und medizinischer Probleme anzusehen sind (vgl. z. B. A. Arp et al.: Erfahrungen mit sozialpädagogischer Beratung in der Schule. betrifft: Erziehung 11 (1978) Nr. 4, S. 52–54).

20 Vgl. die Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. von 1973 in: M. Mehs a. a. O. S. 5. Vgl. auch die Aufsätze in: W. Hollstein und M. Meinhold (Hrsg.): Sozialarbeit unter kapitalistischen Produktionsbedingungen. Frankfurt/M. 1973.

21 Vgl. A. Trojan, H. Waller: Gemeindeorientierte Versorgung über Strategien zukünftiger Gesundheitssicherung. Frankfurter Hefte 33 (1978) 82–88.

22 Vgl. A. Trojan, H. Waller (Hrsg.): Angewandte Sozialmedizin a. a. O.

23 E. M. Goldberg et al.: Social work in general practice. Lancet 1968 II, 552–555.

24 Vgl. z. B. H. Vogt: Krankheitsspektrum und Patienten-Arzt-Kontakte in einer all-gemeinärztlichen Praxis unter Berücksichtigung ausgewählter sozialer und psycho-sozialer Faktoren. Diss. Med. Heidelberg 1974.

25 E. M. Goldberg et al. a. a. O. S. 553

26 Department of Health and Social Security (DHSS): Social work support for the health service. HMSO London 1974 S. 28. Vgl. auch J. Baraclough: Social work and the health service. Newsletter of the British Association of Social Workers, Dezember 1973, S. 583–585.

27 M. Pflanz: Überlegungen zur primärärztlichen Betreuung der Bevölkerung. In: O. Döhner (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft. Frankfurt/M. 1973, S. 39 f.

28 M. Jefferys: The doctors' dilemma. A sociological viewpoint. In: Cox, A. Mead (Hrsg.): A sociology of medical practice. London 1975.

29 G. V. Stimpson: Social care and the role of the general practitioner. Soc. Sci. & Med. 11 (1978) 485–490.

30 Vgl. A. Trojan, H. Waller (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Praxis a. a. O.

31 Vgl. A. Wagner et al: Sozialarbeit im Krankenhaus. Ein Erfahrungsbericht. Deutsches Ärzteblatt 73 (1976) 2960–2965.

J. J. Rohde: Funktion und Stellung des Sozialdienstes im Krankenhaus. In: Sozialdienst im Krankenhaus Nr. 3/4 (1974) S. 3–12.

Vgl. auch Z. Butrym: Sozialarbeit im Gesundheitsbereich Freiburg (Lambertus) 1972.

Dieselbe: Medical social work in action. London 1968.

32 K. Dörner: Wie sehen wir die Enquête und was machen wir damit? Sozialpsychiatrische Informationen 6 (1976) Nr. 35/36 S. 4–13.

33 Diese Entwicklung ist von amtsärztlicher Seite als Verlust eines Hilfsberufes ausdrücklich bedauert worden (vgl. A. Ochmann: Sozialarbeiter im Gesundheitswesen. Das Öffentliche Gesundheitswesen 34 [1972] 105–106).

Andere Amtsärzte beklagen die „Vermännlichung“ und „Politisierung“ des Sozialarbeiters (vgl. R. Kahnt: „Öffentlicher Gesundheitsdienst und Sozialarbeit. Das Öffentliche Gesundheitswesen 34 [1972] 14–19). Wiederum andere haben die Ursachen für die Rekrutierungsprobleme genauer analysiert und sind zu bemerkenswerten Folgerungen gekommen: vgl. R. Mattheis: Sozialarbeit im Gesundheitsamt – Diagnose und Prognose. Das Öffentliche Gesundheitswesen 35 (1973) 583–586.

34 E. Gaettens-Küthmann: Angewandte Sozialmedizin – Erfahrungen mit einer Rehabilitationsambulanz. Therapie der Gegenwart 110 (1971) 3–18.

35 Vgl. z. B. P. Lüth: Soziale Erfindungen und Gemeinwesenmedizin – Sozialstationen als Antwort auf Fragen. Prisma – Zeitschrift der Gesamthochschule Kassel Nr. 14 (1977) S. 12–16.

36 Vgl. H. Eichner, R. Neuhaus: Krankenkassen und Sozialarbeit. Die Ortskrankenkasse 59 (1977) 2–8.

Einen Erfahrungsbericht gibt: E. E. Vogtmann: Sozialarbeiter in der Krankenversicherung. Die Ortskrankenkasse 53 (1971) 840–843.

37 Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V.: Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Frankfurt/M. 1975.

38 Vgl. R. Depner: Medizinische Soziologie und Sozialarbeit. Medizinsoziologische Mitteilungen 2 (1976) Nr. 1 S. 1–8.

39 Vgl.: Medizinsoziologische Mitteilungen Nr. 3 (1977) Nr. 4 S. 65–69.

40 Vgl. z. B. H. A. Prins: Medical education. The social worker's contribution. Social Work Today 4 (1973) 119–121.

S. Brandon: The role of the medical teacher in social work training. Case Conference 15 (1968) 224–226.

L. Ratoff et al.: Social workers and GPs-Problems of working together. Social Work Today 5 (1974) 497–500.

J. W. Evans et al.: Social workers and general practice. Brit. Med. J. 1969 I, S. 44–46.

G. Lloyd et al.: An interdisciplinary workshop. Journal of the Royal College of General Practitioner 23 (1973) 463–473.

41 E. Freidson: Dominanz der Experten. München (Urban & Schwarzenberg) 1973.

42 Vgl. z. B. B. N. Toren: Semi-professionalism and social work: a theoretical perspective. In: A. Etzioni (Hrsg.): The semi-profession and their organisation. New York 1969 S. 141–195.

43 G. Weber: Sozialarbeit zwischen Arbeit und Profession. Soziale Welt 23 (1972) 432–446.

44 Vgl. auch M. Jefferys: The boundaries of community medicine: with the social work services. Public Health 84 (1970) 30–38.

45 P. Thoma: Medizinsoziologie und Sozialarbeit. Soziale Welt 26 (1975) 456–468.