



Brigitte Geißler-Piltz

Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit – eine Historie mit vielen Brüchen¹

In Deutschland entwickelte Alice Salomon, angeregt durch Forschungsarbeiten von Mary Richmond als Pionierin der sozialen Arbeit die ersten Konzepte Klinischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Während in Deutschland jedoch die Entwicklung zu einer eigenständigen Wissenschaft durch den Nationalsozialismus unterbrochen wurde, konnte in den USA die Social Case Work zu einer methodisch anspruchsvollen Arbeitsform reifen.

Die Nachkriegsgeschichte verlief zunächst ähnlich gespalten: Im Unterschied zur internationalen Social Work war die deutsche Sozialarbeit noch lange nach 1945 mit ihrem beschädigten Selbstverständnis sowie dem Streit um Akademisierung und Professionalisierung beschäftigt und vernachlässigte die Methodenentwicklung. Erst in den 70er Jahren fand sie allmählich Anschluss, bahnte aber mit der dann einsetzenden Therapiebewegung eher Wege aus der Sozialarbeit, als zu ihrer Profilierung beizutragen. Dies und die unglückliche Liaison zwischen Medizin und Sozialer Arbeit mag auch die Entwicklungsverzögerung der klinischen Sozialarbeit erklären, die allerdings in jüngster Zeit zunehmend Anerkennung und Profil gewinnt.

Im Folgenden soll die Entwicklung zur Klinischen Sozialarbeit schrittweise nachgezeichnet werden.

1. Methodenentwicklung in ihren Anfängen

1.1 Mary Richmond und das Konzept »Person-in-Environment«

Es ist den frühen Forschungsarbeiten von Mary Richmond zu verdanken, die in ihrem Bestreben, die direkte Arbeit mit den Klienten effizienter zu gestalten und eine gerechtere Verteilung der Hilfeleistungen zu erzielen, ein Konzept in zwei Schritten vorlegte. Der eine sah die systematische Anleitung der ehrenamtlich arbeitenden »friendly visitors« durch hauptamtliche Kräfte vor, galt also einer Verbesserung der Hilfeleistung (Munson 1983, S. 85). Der andere bestand in der Erarbeitung methodischer Grundlagen der Fallarbeit mit den Regeln von Erkundung (Investigation), Diagnose und Behandlung. Diese Systematik entlieh sie der gesellschaftlich anerkannten Profession der Medizin, wie sie auch sonst bestrebt war, ihre Arbeit praktisch und theoretisch mit den Erkenntnissen der verschiedenen Wissenschaften zu verknüpfen (Kadushin 1990, S. 5).

Eine weitere Annahme macht Richmonds Vorgehen bahnbrechend und bestimmend für die Klinische Sozialarbeit. In der Einzelfallhilfe trennt sie sich von der zu ihrer Zeit auch von den Wissenschaften getragenen Vorstellung, man müsse die Menschen ihrer Umgebung anpassen. Sie war überzeugt, dass die Umgebung auch an den Menschen anzupassen sei. Hier war sie von den soziologischen Erkenntnissen der Chicagoer Schule und der Settlementbewegung (Dorfman 1988, S. 8) beeinflusst, die die Umgebungsfaktoren von besonderer Bedeutung für die Sozialarbeit hielten. Das auf dieser Annahme basierende Vorgehen ist bis heute grundlegend für die Sozialarbeit: Der doppelte Fokus bedeutet, das menschliche Verhalten nicht losgelöst von den individuellen und sozialen Lebensverhältnissen zu begreifen. Das theoretische Konzept und die methodische Strategie dieser anspruchsvollen Person-in-environment-Anforderung heißt, den Klienten und seine soziale Situation als wechselseitige Beziehung zu erfassen sowie auch die helfende Person in ihrem Einfluss auf dieses und in diesem System zu reflektieren.

¹ Dieser Beitrag erscheint zugleich als: Geißler-Piltz, B. (2005): *Geschichte der Clinical Social Work und Klinischen Sozialarbeit*. [Entspricht Kap. 8] In: Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (Hg.): *Einführung in die Klinische Sozialarbeit*. München/Basel (Reinhardt/UTB). (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. 9.)

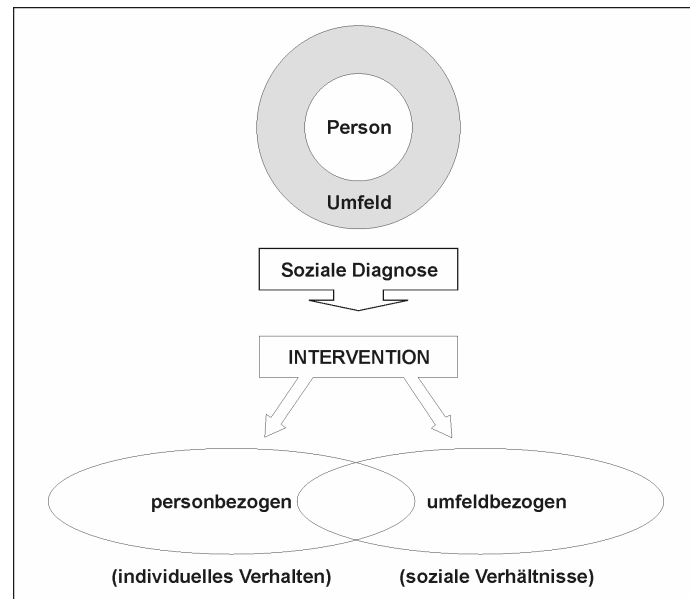


Abb. 1: Doppelter Fokus der Diagnose

1917 erschien das Standardwerk *Social Diagnosis*, in dem Mary Richmond die theoretischen Grundlagen für die Behandlung und Betreuung von Menschen in Notlagen darlegt. Zentral im »process leading to diagnosis« (1917, S. 113 ff.) sind die »investigations«. Sie bilden die Grundlage für die Diagnose, also für die Einschätzung der individuellen Lebenslagen und Lebensbewältigungsstrategien. Es sind Anleitungen für sozial relevante Beobachtungen bei Hausbesuchen und für Fragen, die als Grundlage für das »right treatment« dienen. In ihrem 1922 erschienenen Lehrbuch *What is Social Case Work?* vertieft sie diesen Ansatz und sieht die Aufgabe des Case-Workers darin, personen-spezifische Anpassungsleistungen zwischen Menschen und sozialer Umwelt zu entwickeln.

1.2 Alice Salomon und die »Soziale Diagnose«

Alice Salomon, die große Pionierin der Sozialen Arbeit, fasst einzelne Schritte und Aspekte der Arbeiten von Richmond zusammen und überträgt sie differenziert auf deutsche Verhältnisse. Nach dem ersten Weltkrieg, der die Sozialwissenschaften in Deutschland vom internationalen Diskurs isoliert, schreibt sie das aufwändige Methodenbuch *Soziale Diagnose* (1926/2004), das als Meilenstein der Sozialarbeit in Deutschland gelten kann. Sie folgt darin Richmond, wenn sie in der sorgfältigen Erhebung sozialer Daten eine Voraussetzung methodischen Handelns und einer soliden sozialen Diagnose sieht, die eine selbstständige und komplexe Leistung vom Fürsorger fordere (Müller 1995, S. 145). Anders als Richmond ging es ihr indes nicht um die Frage, ob ein Klient sich seiner Hilfe würdig erweise, vielmehr um die Entwicklung professioneller Hilfe. So übernimmt sie z. B. nicht den Begriff »Social Case Work«, sondern sieht ihren Ansatz als Teil der Methoden der Fürsorge (Neuffer 1990, S. 30).

Bei der »Ermittlungstechnik«, u. a. den »Erkundungen«, der Deutung und Bewertung der Daten, legt sie Wert auf Präzision und Vollständigkeit, fordert wissenschaftliche Tugenden und verlangt, Tatsachen und persönliche Meinung zu trennen (1926/2004, S. 271ff.). Die geforderte Vorgehensweise mag heute übertrieben erscheinen, ist für Salomon aber zwingend:

»aus der Ermittlung von Tatbeständen wirtschaftlicher oder anderer Art ist eine soziale Diagnose geworden, die alle Seiten des menschlichen Lebens, die Anlage und Entwicklung, Milieu und Schicksal in das rechte Licht setzen und zu einem Gesamtbild vereinigen soll, das für die Hilfeleistung den Ausgangspunkt abgibt und das Ziel bestimmt.« (1926/2004, S. 260)



Die Soziale Diagnose kann als Grundlage der Theorie und Methode der Sozialen Arbeit angesehen werden. Nach Salomon besteht diese darin, »dass man entweder einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden – oder dass man seine Umwelt so umgestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann« (1926/2004, S. 308). Mit diesem Handlungsansatz führt sie das Person-in-Environment-Konzept gedanklich weiter; heute würde man dies als soziale Unterstützungs- und Netzwerkarbeit bzw. politisch-aktivierende Arbeit bezeichnen.

In der »Kunst, zu helfen« (1926/2004, S. 388ff.) reflektiert sie auch das Verhältnis zwischen Klient und Sozialarbeiter. Zentral erscheint ihr die Autonomie des Klienten, ohne dessen eigenen Willen Hilfe scheitern müsse: »Das Gefühl des Vollbringens und der Kraft, das entsteht, wenn man selbst Herr über eine Schwierigkeit wird, ist ein zu kostbares Gut, als dass man es irgendeinem Menschen vorenthalten dürfte« (1926/2004, S. 305).

Die soziale Diagnose ist ein wichtiger Teil eines Gesamtkonzepts Sozialer Arbeit und Vorbild für die Ausarbeitung einer bis dahin fehlenden Behandlungsmethode, die Hilfe durch Beratung leistet (Feustel 2003, S. 6). Danach arbeitet sie an einer sozialen Kasuistik mit Blick auf eine soziale Therapie – die Sidy Wronski weiter entwickelt –, setzt sich mit der Behandlung sozialer Probleme auseinander und konzipiert – in Zusammenarbeit mit Arthur Kronfeld – ein soziales Therapiemodell, das sich am medizinischen Modell orientiert und sich Erkenntnisse der Psychoanalyse zu eigen macht. Da hier die individuellen lebensgeschichtlichen Daten die sozialen Lebensverhältnisse überlagern, geht der doppelte Fokus verloren, d. h. die Sozialarbeit erhält eine psychotherapeutische Ausrichtung, die aufgrund des Nationalsozialismus allerdings ohne Bedeutung blieb. Salomons Werk wird durch die erzwungene Emigration in die USA beendet. Das von ihr konzipierte Bild der Sozialen Arbeit ist so erstaunlich aktuell, dass die zögerliche Rezeption ihrer Arbeiten unverständlich erscheint.

2. Methodenentwicklung bis zum 2. Weltkrieg

Diese Entwicklungsphase der Sozialen Arbeit ist in Deutschland doppelt begrenzt, zum einen aufgrund des kriegsbedingten Abbruchs der Entwicklung aller Sozialwissenschaften, zum anderen aufgrund der totalen Isolation durch den Nationalsozialismus, der die Sozialarbeit gleichschaltete und für seine Ziele missbrauchte. In anderen Ländern, insbesondere in den USA, konnte Soziale Arbeit dagegen auf der von Richmond geschaffenen Basis – getragen von sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen und einem pragmatischen Empirismus – Expertenschaft in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern entwickeln. Trotz aller Diversifizierung auch in den Handlungsvollzügen blieb die Einzelfallarbeit (Generic Social Case Work) die dominante Methode, stand und steht in den USA als Synonym für Sozialarbeit; daran änderten auch die Gruppen- und die Gemeinwesenarbeit nichts. Gesellschaftliche Veränderungen und die Konfrontation mit den traumatisierten Soldaten des 1. Weltkriegs nahmen Einfluss auf die Entwicklung. Sie lehrten die Sozialarbeit, dass nicht nur Armut, familiäre Schwierigkeiten, Krisen, Alter oder Krankheit die psychosoziale Gesundheit der Menschen bedrohten (Dorfman 1988, S. 11). Zunehmende psychosoziale Probleme auch außerhalb der Gruppe der typischen Klientel führten zu einem ungeheuren Aufschwung der therapeutischen sozialen Arbeit und der Erkenntnisse der Psychoanalyse.

2.1 Psychoanalyse und Soziale Arbeit

Der Einfluss der Psychoanalyse auf die amerikanische Soziale Arbeit geht auf eine Vortragsreise zurück, die Freud im Jahre 1909 gemeinsam mit Jung und Ferenczi unternahm. Der Funke der als radikal erachteten Psychoanalyse sprang allerdings erst in den 30er Jahren auf die Soziale Arbeit über. Die Verbindung baute sich durch Freud-Schüler und emigrierende jüdische Ärzte und Psychoanalytiker aus Deutschland auf (Belardi 1992, S. 36). Deren akademische Abschlüsse und professionelle Kompetenz wurden in den USA von den Berufsverbänden nicht anerkannt, weshalb sie häufig als Sozialarbeiter tätig waren.



Sie taten das, was sie gelernt hatten, behandelten Klienten, teilweise auch in privaten Praxen. So auch der Nichtmediziner Rank, der sich schon zu Beginn der 20er Jahre von Freud löste, nach 1926 immer wieder Lehrverpflichtungen an der School of Social Work der University of Pennsylvania übernahm und 1936 schließlich in die USA emigrierte. Rank ist der erste einflussreiche Lehrer, der tiefenpsychologische Einsichten für die sich entwickelnde Clinical Social Work formuliert (Dunlap 1974/1996, S. 320).

Anders als in Deutschland, wo die Psychoanalyse allein unter den Pädagogen und Sozialpädagogen Anerkennung fand, erschien das wissenschaftliche Rüstzeug der Tiefenpsychologie vielen amerikanischen Sozialarbeitern als Rettung aus den Tiefen der frustrierenden täglichen Arbeit mit einer schwierigen Klientel. Die deterministische Sicht auf die frühkindliche Lebensgeschichte und die damit verbundenen Probleme für die Persönlichkeitsentwicklung und Lebensproblematik machte individuelles Verhalten erklärbar und vermittelte vielen Sozialarbeitern das Gefühl, am Prozess der Heilung teilzuhaben und damit zum Kreis der Psychiater und Psychologen zu gehören.

2.2 Social Case Work differenziert sich

In den 20er und 30er Jahren war die Einzelfallarbeit in den USA dominiert durch den psychoanalytischen Ansatz, eine Strömung, die mit Modifikationen bis in die späten 60er Jahre anhielt. Ziel der psychoanalytischen Einzelfallhilfe ist es, die innere Welt des Klienten bzw. seine Störungen mithilfe der Analyse prägender frühkindlicher und familiärer Erfahrungen zu verstehen, die es innerhalb einer therapeutischen Beziehung auf der Basis des Konzepts des Unbewussten und der freien Assoziation aufzuarbeiten galt.

Gegen diesen Trend entwickelte sich unter dem Einfluss Otto Ranks die Functional School, deren bekannteste Vertreterinnen Jessi Taft und Virginia Robinson sind; Letztere veröffentlichte 1930 *A Changing Psychology of Social Work*. Leitend für diese therapeutische Ausrichtung der Case Work waren Theorien von G. H. Mead, K. Lewin, J. Dewey und W. I. Thomas, die die menschliche Entwicklung als zielgerichteten Prozess betrachteten (Dunlap 1974/1996, S. 326). Sie formulieren die Grundlage eines humanistischen Menschenbildes, das den Klienten mit freiem Willen und Verantwortung für sein Tun im Hier und Jetzt ausstattet. Diese Ausrichtung der Case Work verzichtete explizit auf die Exploration der Vergangenheit bzw. sah sie nur dann indiziert, wenn sie den laufenden Hilfeprozess unterstützen konnte (Cooper/Granucci 2002, S. 3). Da die Methode von der Annahme ausgeht, dass Menschen in einer helfenden Beziehung, die als Widerspiegelung des Alltags begriffen wurde, sich verändern und »wachsen« können, ist der Fokus auf diese Interaktion gerichtet. In einem von gegenseitigem Respekt und gemeinsamen Lernen geprägten Prozess des Helfens hat der Klient die Chance, sein Leben zu reflektieren und »die aus seiner Vulnerabilität erwachsenen Stärken zu entdecken und anzuwenden« (Dunlap 1974/1996, S. 323; Übersetzung von der Autorin).

Der Begriff »Functional School« ist irreleitend, da er lediglich einen Aspekt dieser Richtung erfasst, nämlich die Orientierung auf die Aufgaben der »agencies«, die zur Zeit der Depression ihre Zweckbestimmung unter Beweis stellen mussten. Nach Taft, die das funktionale Konzept entwarf, bestimmen Art und Kontext der Organisation der sozialen Arbeit die Zieldefinition, den Inhalt, die Dauer und die Qualität der therapeutischen Beziehung (ebd., S. 331). Unter dem Zwang der Rechtfertigung führte die Functional School eine Begrenzung der Dauer von Hilfeprozessen ein und verlangte eine Qualitätssicherung durch Supervision.

Dieser Methode, die von Smaley weiter entwickelt wurde, hat die klinische Sozialarbeit viele Impulse zu verdanken. Sie erscheint aktuell in der Betonung der »Prozessqualität von Kurzzeit-Hilfeleistungen, die durch Reflexion und Supervision gesichert werden soll« (Pantucek 1998, S. 36). Es verwundert deshalb nicht, dass Rank zur Zeit wiederentdeckt wird.

Die Functional School konnte sich langfristig nicht gegen konkurrierende psychoanalytisch orientierte »Schulen« durchsetzen. Sie galt als starr und berücksichtigte mit ihrem Bezug auf die Arbeit innerhalb der agencies das amerikanische Unabhängigkeitsdenken nicht genügend.



Obgleich durch die Politik des New Deal kommunale und staatliche Sozialarbeit rasch expandierte, sahen viele Sozialarbeiter sich durch Bindungen an Organisationen ihrer Autonomie beraubt.

Für die sich zeitlich parallel herausbildende Diagnostic School war dagegen eine gründliche Exploration der individuellen Lebensgeschichte zentral. Diese Ausrichtung, die als Vorläufer einer Clinical Social Work angesehen werden kann, ist durch so hervorragende Sozialarbeiter wie Gordon Hamilton, Florence Hollis und Annette Garrett vertreten. Hamilton schreibt den Terminus ›psychosozial‹ in ihrer Arbeit *Theory and Praxis of Social Case Work* (1940) fest. Im Geiste von Richmond begreift sie die Probleme der Klienten als Zusammenspiel emotionaler und sozialer Kräfte, die gleichberechtigt nebeneinander existieren. Auf Hollis wiederum geht der Terminus ›person-in-situation‹ zurück. In Präzisierung des doppelten Fokus erarbeitet sie ein psychosoziales Verständnis der Mehrdimensionalität menschlicher Entwicklung. Diese Perspektive ist im Verständnis der Klinischen Sozialarbeit zentral, weil sie die intra- und interpersonellen sowie die gesellschaftlichen Prozesse in einen systemischen Zusammenhang bringt. Eine wichtige Rolle spielte auch Bertha Reynolds, die sich für unterdrückte und marginalisierte Menschen engagierte. Sie war für die Diagnostic School die große Unbequeme, die das soziale Gewissen wach hielt, gegen das medizinische Modell stritt und für die Stärkung der eigenständigen Position der Klienten eintrat. In der Studie *Between Client and Community* warnt sie vor einer isoliert psychologischen Sicht: »Doing Case Work seems to some like setting out desk chairs for the comfort of a few passengers when everyone on board a sinking ship should be manning the life boats...» (Reynolds 1934, S. 125).

Nach Einschätzung von Dorfman (1988, S. 15) gelang Helen Perlman mit ihrem Problemlösenden Fokus eine Vermittlung zwischen dem Jahrzehnte andauernden Schulenstreit. Für sie ist der Prozess der psychosozialen Behandlung sowie die therapeutische Beziehung zentral, die Systematik der Konstellationen von Problemstellungen und das Gespräch sind nach ihrem Konzept die methodischen Mittel in der Arbeit mit Klienten.

Die Entwicklung der amerikanischen Case Work tendiert in der Zeit der Depression, die mit Verelendung breiter Bevölkerungsschichten einhergeht, deutlich zur radikalen Individualisierung und Psychologisierung sozialer Probleme. Andererseits, so Dorfman (1988, S. 15), geht die Soziale Arbeit aus dem andauernden Schulenstreit, der oftmals die Profession zu spalten drohte, auch gestärkt hervor. Die Auseinandersetzung ließ neue Theorien und Arbeitsweisen entstehen, öffnete sich für Familien- und Gruppenarbeit. Der hohe Methodenstandard forderte allerdings einen Preis: die Abkoppelung von der kommunalen Fürsorge und Konzentration auf Beratung und Behandlung in freier Praxis – mit der latenten Gefahr der Mittelschichtorientierung –, die auch als Verrat an der eigenen Sendung beklagt wird (Specht/Courtney 1994).

3. Methodenentwicklung nach 1945

3.1 Clinical Social Work exponiert sich

Nach dem zweiten Weltkrieg spaltete ein neuer Konflikt die soziale Profession. Es war die Zeit der großen Reformen und sozialen Veränderungen in den USA (mental health act, civil rights movement, war on poverty u. Ä.), die das Interesse an der beratenden und behandelnden Sozialarbeit sowie der Unterstützungsforschung enorm förderte. Breite Kreise der ›radical‹ Social Work erlebten die sozialen Ereignisse der Zeit als Aufforderung, sich in politischen Auseinandersetzungen zu exponieren und Anwaltschaft für ihre Klienten zu praktizieren. Im dualen System von materieller Versorgung durch die Wohlfahrtsdienste und freien Praxen bzw. Beratungsstellen war gesellschaftliches Engagement eher bei den Angestellten der Verbände anzutreffen, die schlechter ausgebildet waren und große Fallzahlen zu bewältigen hatten. Aufgrund ihrer steigenden Anzahl waren sie in der Lage, die Ziele der Sozialen Arbeit in den Berufsverbänden zu majorisieren. Gegen heftigen Widerstand der klinisch Tätigen setzten sie durch, dass Bachelorabschlüsse in die National Association of Social Work (NASW) aufgenommen wurden.



Mit dem Argument, einer drohenden Dequalifizierung entgegen wirken zu müssen, entstand in den USA eine Bewegung, die Clinical Social Work, aus der ein nationaler Berufsverband hervorging. Die klinisch Tätigen verbindet seitdem das Ziel, im Gesundheitssystem neben Ärzten und Psychologen durch hohe Qualitätsstandards wettbewerbsfähig zu sein. Selbstbewusst positionieren sie sich und ihre Dienste als »therapy plus« (Dorfman 1988, S. 18), d. h. als Behandlung von Einzelpersonen, Familien und Gruppen unter Berücksichtigung des situativen und sozioökonomischen Kontextes. Die National Association of Clinical Social Work (NACSW) entwickelte international anerkannte wissenschaftliche und berufliche Standards inkl. spezialisierter Ausbildung mit Master-Abschluss und Promotion, und die Scientific Community der CSW publiziert Fach- und Researchzeitschriften von beachtlichem Niveau und Verbreitung. Der Clinical Social Work in den USA ist damit eine Professionalisierung gelungen, die die gesamte Soziale Arbeit in den USA gestärkt hat.

3.2 Sozialarbeit im Gesundheitswesen in Deutschland

Die Machtübernahme der NSDAP 1933 wirkte sich für die Profession Sozialer Arbeit und ihr beruflich-ethisches Selbstverständnis in Deutschland katastrophal aus. Viele Praktikerinnen und Lehrende bekamen aufgrund politischer oder »rassenhygienischer« Gründe Berufsverbot, wurden enteignet, des Landes verwiesen oder in ein KZ verschleppt. Die verbleibenden Fürsorgerinnen wurden den menschenverachtenden bevölkerungspolitischen und rassenhygienischen Zielen der NS-Ideologie verpflichtet, denen sich viele auch in der Folge unterwarfen. Das weit über 1945 hinaus wirkende Reichsgesetz über die »Vereinheitlichung des Gesundheitswesens« vom Juli 1934 war das Instrument der NS-Volksgesundheitspflege, welches auch die Dienststellung der Gesundheitsfürsorgerin bestimmte und sie dem Arzt als Hilfskraft unterstellte (Erste Durchführungsbestimmung vom 6.2.1935, § 4, Abs. 4): »Sie haben den Arzt durch Hausbesuche und Hilfe in den Beratungsstunden die Ermittlungen und Feststellungen zu unterstützen und beratend eingreifen«. Darüber hinaus konnten sie »ebenso wie das übrige ärztliche Hilfspersonal nebenher zu Büroarbeiten des Gesundheitsdienstes herangezogen werden« (Reichsgesetzblatt 1935, Durchführungsverordnung des »Reichsgesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens«, zit. nach Zeller 1994, S. 165). Hier setzten sich die Amtsärzte mit ihrer seit 1918 erhobenen Forderung nach »niedерem Personal« durch, das »widerspruchslos« den Anweisungen des »höheren Personals« Folge zu leisten hatte. Ein wahrer Rückschritt, denn in der Weimarer Republik hatte es bereits Ansätze für gemeinsames Handeln gegeben (Hering/Münchmeier 2000).

Für die Klinische Sozialarbeit bedeutet diese dunkle Phase der deutschen Geschichte eine schwer zu überwindende Belastung. Die Unterwerfung der Fürsorgerinnen wirkt in der Gesundheitsarbeit lange nach und erklärt auch die anhaltend unglückliche Liaison zwischen Medizin und Sozialarbeit.

3.3 Methodenrezeption: Innovation versus Vereinnahmung

Deutschland nach dem Hitler-Faschismus war für die Überlebenden gekennzeichnet durch Verlust, Zerstörung und Not, Flucht und Vertreibung. Es mangelte an Nahrung, Unterkunft, an Arbeit und an Zukunftsglauben. Versprengte Familien, Flüchtlinge, verwahrloste Jugendliche, Soldaten, Ausgebombte irren umher in einem Land von Greisen und von Frauen, die zwangsweise »Männerarbeit« übernehmen. In dieser Ausnahmesituation vollzieht sich gegen alle Erwartung ein Wandel von der so dringend benötigten materiellen zur persönlichen Hilfe, der eigentlichen Aufgabe der Sozialen Arbeit, denn nur »durch auf die Besonderheiten im Einzelnen abgestellte Beratungs- und Hilfsmittel [ist] der Notlage eines Menschen beizukommen« (Nootbaar 1983, S. 295f). So wird ein »neues« Verständnis methodischen Arbeitens zum Selbstverständnis der frühen Nachkriegssozialarbeit. Für eine breite Rezeption der Case Work sorgen deutschsprachige Emigrantinnen, die auf Einladung der Militärregierung oder der Wohlfahrtsverbände Fortbildungen für Fürsorgerinnen veranstalten, und Stipendien, die deutschen Sozialarbeitern Weiterbildungen in den USA ermöglichten.

Dies fand nur in den von den Alliierten besetzten ›Westzonen‹ statt, nicht in der von der Sowjetunion besetzten ›Ostzone‹. Dort arbeiteten Sozialarbeiter, unverändert den Ärzten unterstellt, vorwiegend in der »Dispensaire-Betreuung«. So wurden Einrichtung und Arbeitsmethode des staatlichen Gesundheitswesens bezeichnet, »in der diagnostische, therapeutische und prophylaktische Arbeit unter aktiver Beteiligung der Bevölkerung und der gesellschaftlichen Organisationen durchgeführt wurde« (Winter 1980, S. 258). In der DDR bestand offiziell nie Bedarf an einer personenzentrierten Sozialarbeit, auch wenn es ›halboffiziell‹ in der kirchlichen Sozialarbeit vereinzelt zur Übernahme der Einzelfallhilfe und anderer Methoden kam. Es herrschte eine strikt zweigeteilte Sozialstruktur, in der es immer mindestens zwei sich widersprechende soziale Wirklichkeiten gab: die offizielle und die private, jene durfte sich mit dieser nicht überschneiden (Selter 1998, S. 15). Da es nach außen nur die offizielle staatliche gab, beschränkten sich Informationen im Wesentlichen auf diese Wirklichkeitsebene.

Die amerikanischen Sozialarbeiterinnen lehrten in den Westzonen die in den USA vorherrschende Methode: Social Case Work – oder, wie es hier bald heißt: vertiefte Einzelfallarbeit. Die in dieser Methode vermittelte empathische akzeptierende Haltung traf auf ein zutiefst verunsichertes berufliches Selbstbewusstsein von FürsorgerInnen, bei denen der Zusammenbruch Spuren von »Skeptizismus, Enttäuschung und politische Indifferenz hinterlassen« hatte (Dyckerhoff 1983, S. 236). Die Faszination dieser Lehre war enorm, wegen ihres positiven Menschenbildes und der humanistischen Prinzipien (z. B. Verzicht auf Kontrolle und Macht) ebenso wie wegen der Erklärung psychosozialer Probleme aus der Biografie des Individuums (Müller 1997, S. 76). Sie löste aber auch heftigen Widerstand aus, denn die Einzelfallarbeit setzte einen Kenntnisstand und innere Bereitschaft voraus, psychosoziale Probleme der Klientel anzuerkennen und ihnen mit anderen als sozialstaatlichen Mitteln begegnen zu wollen.

Die gezielte Verbreitung der Methode und der Beschluss, die neue Methodenlehre als Sonderfach in den Lehrplan zu übernehmen, wurde vor allem von den Praktikern nicht als Gewinn (Müller 1997, S. 85), sondern als Kolonialisierung durch das imperialistische Amerika wahrgenommen. Langfristig konnte eine Übertragung der Social Case Work auf deutsche Verhältnisse schon deshalb nicht gelingen, weil der historisch-gesellschaftliche Kontext einer sich neu formierenden Sozialarbeit, die überwiegend in staatlichen Institutionen bzw. Ämtern anzutreffen war, zu wenig berücksichtigt wurde.

3.4 Methodenkritik aus Sicht der Sozialwissenschaften

Die Widerstände kumulierten und brachen sich in den 70er Jahren Bahn, jener Zeit, in der die Sozialwissenschaften massive Kritik an den diskriminierenden Praktiken der Medizin und Psychologie übten. Die Einzelfallhilfe geriet mit ihnen in Verruf. Im Zentrum der Kritik standen die helfende Beziehung und der Vorwurf, soziale Probleme zu psychologisieren, psychische Störungen als selbstverschuldet zu begreifen (Baron et al. 1978, S. 123ff.). Eine weitere folgenreiche Kritik (Peters 1968, S. 70ff.) zielte auf die fehlende Überprüfbarkeit der Methode, die sich zwar anspruchsvoller aber inhaltsarmer subjektiver Begriffe wie Haltung und Gefühl bediene, eine wissenschaftliche Fundierung jedoch vermissen lasse:

»Diese Pseudowissenschaftlichkeit hat System, ohne sie könnte die Sozialarbeit nicht das sein, was sie gegenwärtig ist, nämlich eine ihrem Wesen nach konservative Institution, die die Mängel im System Sozialer Sicherung oberflächlich repariert und damit die gesellschaftlichen Ursachen der Mängel verschleppt.« (Baron et al. 1978, S. 125)

Die kritische Infragestellung der Einzelfallhilfe galt der psychologisierenden, stigmatisierenden Begrifflichkeit und einer Haltung, die sozialkritisch als autoritär begriffen wurde. Die Auseinandersetzung – befreit von politischen Floskeln – legt jedoch kritisch den Finger auf die Wunde einer Einzelfallhilfe, die sich von ihren Wurzeln entfernt, weil sie sich des sozialen Ansatzes beraubt. Mit Infragestellung der Einzelfallhilfe wurden aber auch der gesellschaftliche Auftrag und das Selbstverständnis des Berufes fragwürdig und ließen die Kontroverse zwischen den historisch gewachsenen Aufgaben der Sozialen Arbeit auf



leben, die Goldstein (1980, S. 173) für die USA mit den Begriffen »people helper« versus »societal changer« passend umreißt.

In der frühen Phase der neu etablierten Fachhochschulen geriet die Einzelfallhilfe in den Hintergrund und mit ihr der Diskurs über die verschiedenen Arbeitsformen der Sozialarbeit wie auch die Vermittlung von Handlungs- und Methodenkompetenzen in der Ausbildung (Neuffer 1990, S. 235ff.).

Diese bedauerliche Entwicklung ist u. a. auf die hochschulpolitischen Veränderungen zurückzuführen, die das Verhältnis der Sozialarbeit zu ihrer handlungspraktischen Seite nachhaltig beeinflusste. Als Lehrende wurden in den 70er Jahren »Bezugswissenschaftler« berufen, die i. d. R. von den Universitäten kamen. Weil ihnen die Praxis Sozialer Arbeit kaum vertraut war, waren nur wenige motiviert, ihr Fachwissen in die Weiterentwicklung der Profession zu investieren.

Dies hatte zur Folge, dass das entstandene Vakuum nicht durch die Soziale Arbeit, sondern die klinische Psychologie und ihre psychotherapeutischen Methoden gefüllt wurde. Die Sozialarbeit bleibt scheinbar in der Tradition der Einzelfallhilfe (Belardi 1992, S. 93), verfügt jedoch über kein Instrumentarium, die theoretischen Kenntnisse in reflektiertes professionelles Handeln münden zu lassen. »Die seit zwanzig Jahren stark entwickelte sozialwissenschaftliche Reflexion in der Theoriebildung hat keine Entsprechung in verbindlichen Methodenstandards gefunden« (Müller 1993, S. 145).

Zum dritten Mal innerhalb von 50 Jahren verlor die Sozialarbeit in Deutschland den Anschluss an die internationale Entwicklung.

3.5 ›Therapeutisierung‹ der Sozialen Arbeit in den 70er und 80er Jahren

In der darauf folgenden Therapiebewegung – einer Reaktion auf die Politisierung der 70er und 80er Jahre – wurden immer neue, psychotherapeutische Methoden entwickelt und in die Sozialarbeit übernommen. Großen Anklang fanden Ideen der Gemeindepsychologie, die denen der Clinical Social Work zum Verwechseln ähneln. Andere versuchten mit integrativen Methoden, den Therapietrends zu begegnen. So schuf etwa das Life Model (Germain/Gitterman 1999) einen integrativen Rahmen für die Sozialarbeit, der sich als Interaktionsmodell auf die Transaktionen zwischen Mensch und Umwelt konzentriert.

Diese Zeit hinterließ nachhaltige Verunsicherung des methodischen Selbstbewusstseins. »Es war der Verlust der Gewissheit, über akzeptierte, zielsichere und problemadäquate Handlungsinstrumente zu verfügen« (Galuske 1998, S. 129). Zu Recht fühlten sich Sozialarbeiter angesichts der komplexen Probleme ihrer Klienten von den Hochschulen im Stich gelassen. Rettung versprach – erneut – ein sich ständig erweiterndes Methodenrepertoire der Psychotherapie, das die Trennung zwischen Therapie und Sozialer Arbeit scheinbar auflöste.

Vielfältige Weiterbildungsangebote der klientenzentrierten, humanistischen, gesprächstherapeutischen und kommunikationstheoretisch orientierten Psychotherapien erwiesen sich nicht immer als sinnvolle Ergänzung und Erweiterung klassischer Konzepte vertiefter Einzelfallhilfe, weil sie auf Voraussetzungen beruhten, die nur bedingt auf die Praxis der Sozialen Arbeit zu übertragen waren. Diese erst in den späten 80er Jahren auslaufende ›Therapiebewegung‹ hat ohne Zweifel die Entwicklung der klinischen Sozialarbeit in Deutschland stark verzögert.

4 Exkurs: Zum Verhältnis von Medizin und Sozialer Arbeit

Die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit wäre unvollständig, wenn nicht die Bemühungen der Medizin um ihre verlorene soziale Dimension erzählt würde. Die massive sozialwissenschaftliche Kritik an den diskriminierenden Praktiken der Medizin machte den Verlust der sozialen Dimension im medizinischen Handeln deutlich. Die hoch spezialisierte Apparatemedizin hatte unbestrittene Erfolge vorzuweisen, Probleme bereiteten aber die Erlebniskorrelate von Erkrankungen und Heilungsprozessen, die eine besondere Behandlung verlangten, für die Mediziner nicht ausgebildet sind. An den medizinischen Fakultäten und den Fachhochschulen für Sozialwesen wurde deshalb in den 70er Jahren eine



neue Disziplin, die Sozial(e)-Medizin, eingeführt. Eine ihrer Aufgaben bestand darin, die soziale Dimension der Medizin lebendig werden zu lassen und ihr wieder zu den historischen Ursprüngen zu verhelfen.

Die sich gerade ›akademisierende‹ Soziale Arbeit versuchte, sich vom überlieferten biomedizinischen Fächerkanon und der darin wurzelnden fürsorgerisch-dienenden Haltung zu befreien. Künftige Sozialarbeiter sollten dem Leitbild einer eigenständig handelnden Profession entsprechen, die wissenschaftlich fundiert die psycho-soziale Dimension von Störungen und Krankheiten selbstständig vertritt – komplementär zum medizinischen Handeln. Das expandierende und sich neu organisierende Arbeitsfeld der Gesundheitsarbeit bot der ›jungen‹ Sozialarbeit Chancen dafür. Hier wurde ein Konzept von gesundheitsfördernder Sozialer Arbeit entwickelt, das sich heute als Klinische Sozialarbeit versteht.

Die sozialmedizinische und (sozial-)psychiatrische Literatur jener Zeit macht auf die Dringlichkeit sozio-therapeutischer Behandlungsmethoden aufmerksam. Herbert Viefhues betonte früh, die Medizin bedürfe durchaus »sozialer Hilfe«, und präziserte: »Auch vom Selbstverständnis der Sozialarbeit her gehört soziale Therapie als integraler Bestandteil zu den Formen der Sozialarbeit (...). [Sie] vollzieht sich in Form von Planung, Vorbeugung, Beratung und sozialer Behandlung« (Viefhues 1981, S. 114). Ähnlich selbstbewusst beschrieb die Praxis die neue Rolle: »Der Sozialarbeiter übernimmt insbesondere die mit besonderen Techniken durchgeführte, die gesunden Persönlichkeitsanteile stützende, psycho- bzw. soziotherapeutische Behandlung als Einzeltherapie« (Martin 1976, S. 272). Und der Bundesgesundheitsrat konstatierte 1973, »der Sozialarbeiter [leistet] seinen Beitrag zum Heilungsprozess als fachliche Ergänzung zur ärztlichen Tätigkeit. Die Effektivität dieser Arbeit bedingt eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt, Facharzt und Sozialarbeiter, in dem der Sozialarbeiter fachlich eigenständiger Partner ist« (Durner/Köhlein 1973, S. 263).

Die Aufbruchstimmung der 70er konnte nur eine begrenzte Zeit anhalten, weil die Sozialarbeit in Deutschland nicht genügend vorbereitet war, die an sie gestellten Anforderungen einzulösen. In der Literatur ist diese Zeit wenig aufgearbeitet, es gibt kaum Dokumente oder Berichte. Anfang der 80er Jahre, als das Angebot an Arbeitsplätzen größer war als die Nachfrage, gab es eine »auffallende Abstinenz vor allem jüngerer Sozialarbeiter« (Bock 1978, S. 20) sich im Praxisfeld Gesundheit zu engagieren. Die Dominanz der biomedizinisch geprägten, streng hierarchischen Kultur schreckte die neue Generation von Sozialarbeitern ab. Das System der medizinischen Versorgung wurde von »Göttern in Weiß« dominiert und stand im Widerspruch zur sozialberuflichen Kultur, die dem Klienten einräumte, Experte seines Lebens zu sein.

Sozialarbeiter ohne medizinische bzw. pflegerische Vorkenntnisse waren in Gesundheitsdiensten wenig willkommen, störten sie doch das überlieferte Ordnungsgefüge. Sie marginalisierten sich durch fehlende Kenntnisse der Fachsprache und Krankheitsverläufe. Ihre psycho-soziale Kompetenz und ihr sozialwissenschaftlich geprägter Blick auf das Krankheitsgeschehen war zwar erwünscht, konnte sich im Alltag des medizinisch-klinischen Behandlungskontextes jedoch nicht durchsetzen oder waren wenig ausgeprägt. Die Chance, sich als Profession nachhaltig im neu zu definierenden Arbeitsbereich zu positionieren und das soziale Krankheitsverständnis und seine Implikationen neben den medizinischen Handlungsvollzügen zu vertreten, wurde nicht genutzt. Die Ausbildungsstätten versäumten, Sozialarbeit mit klinischen Erklärungs- bzw. Verstehensmodellen zu unterstützen, auch fehlte es an genuinen psychosozialen Behandlungskonzepten sowie an schlüssigen soziogenetischen Verstehensmodellen für Gesundheit und Krankheit, um Krankheit fokussieren und sozialtherapeutisch bearbeiten zu können.

Eine Ausnahme bildeten sozialpsychiatrische Arbeitsfelder. Getragen von der Aufbruchstimmung der Psychiatriereform konnten die Sozialarbeiter – gestützt durch die PsychPV – die Berücksichtigung psycho-sozialer Aspekte in der Behandlung psychisch kranker Menschen durchsetzen. Längerfristig haben sie es verstanden, ihre Berufsrolle aufzuwerten und ihr Arbeitsfeld zu sichern. Ihr Verständnis von psychosozialer Behandlung hat die soziale Bewegung der Psychiatrie inspiriert – auch wenn die Ärzte nach wie vor die Patien



tenversorgung dominierten und der Sozialarbeit die kollegiale Anerkennung versagten. So konnten auch in psychiatrischen Arbeitsbereichen die vom Druck der Ökonomisierung freien Jahre nicht zur befriedigenden Klärung der sozialberuflichen Methoden und zur Systematisierung ihres Erfahrungswissens genutzt werden. Ohne anerkannte, spezifisch sozialarbeiterische Handlungs- und Interventionsformen konnte und kann sie sich nicht aus den Abhängigkeiten der unglücklichen Liaison befreien und sich als gleichwertige Profession in psychosozialen Arbeitsfeldern positionieren.

5 Klinische Sozialarbeit – beratende und behandelnde Expertenschaft

Die verpassten Chancen der Vergangenheit setzen sich heute fort, wie die kontroverse Erörterung der Sinnhaftigkeit und Aufgaben klinischer Sozialarbeit zeigt. Während die Soziale Arbeit die psychosoziale Beratung als ihre Kernkompetenz begreift, steht sie psycho-sozialer Diagnostik und Behandlung beeinträchtigter Menschen skeptisch gegenüber. Behandlung wird ausgegliedert und der medizinisch-klinischen Behandlung und den ihr nahe stehenden Professionen – insbesondere Klinischer Psychologie und Psychotherapie – zugeordnet. Der Begriff wird assoziiert mit Expertenmacht und Eingriffen in die Eigenständigkeit der zu behandelnden Personen. Eine die eigenen Interventions- und psycho-sozialen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausschöpfende defensive Haltung ist für die Schwierigkeiten der sozialen Profession im Gesundheitswesen zumindest mitverantwortlich.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, warum die Bemühungen zunehmen, eine klinische Variante der Sozialarbeit zu entwickeln, die so vielen Widerständen begegnet. Es stellt sich jedoch die Frage, ob sich die Sozialarbeit von den langen ›Magddiensten‹ für die Medizin (Ortmann/Schaub 1988) und einigen heftigen, jedoch nicht glücklich verlaufenden Affären mit unterschiedlichen Psychotherapiehalten und -methoden, in denen sie bis zur Selbstaufgabe um Anerkennung rang, nicht endlich verabschieden möchte. Klinische Sozialarbeit trägt umfassend und wirksam sowohl dazu bei, mehr Gesundheit möglich machen, als auch dazu, die Profession der sozialen Arbeit zu stärken, die es in den vergangenen Jahrzehnten nicht besonders wirkungsvoll verstand, sich in klinischen Feldern zu etablieren.

Als Wolf Rainer Wendt, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit, 1995 erneut auf die Clinical Social Work und ihre Erfolge aufmerksam machte, folgten ein Symposium und ein Schwerpunktheft der Blätter der Wohlfahrtspflege (DGS 1998), die die Notwendigkeit psychosozialer Beratung und Behandlung in verschiedenen Arbeitsfeldern forderten. Der Arbeitskreis »Sozialarbeit & Gesundheit« veröffentlichte 2001 ein Plädoyer für Klinische Sozialarbeit, das von 19 HochschullehrerInnen unterzeichnet wurde (DGS 2001). Darin heißt es einleitend:

»So richtig es ist, alle recht verstandene Soziale Arbeit als gesundheitsdienlich zu bezeichnen, so notwendig ist eine Präzisierung: Wenn gesundheitsfördernde Aufgaben ins Zentrum rücken, kann von Gesundheitssozialarbeit gesprochen werden. Und sofern dies in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten erfolgt, sprechen wir von Klinischer Sozialarbeit, die zusätzliche Kompetenzen erfordert. Profil und Entwicklungsstand des internationalen Clinical Social Work sind dafür wegweisend, auch wenn es wegen unterschiedlicher Systemvoraussetzungen nicht direkt übertragbar ist. Vielmehr ist hierzulande ein eigenes Verständnis von Klinischer Sozialarbeit zu entwickeln, das weder mit ›Sozialarbeit in Kliniken‹ noch mit ›Medikalisierung des Sozialen‹ gleichgesetzt werden kann. Diese Stellungnahme soll den Diskurs über Klinische Sozialarbeit in Gang bringen und zu ihrer Klärung beitragen. Unter Bezug auf das Symposium zur Klinischen Sozialarbeit (DGS 2000) und die Vorarbeiten des AK Sozialarbeit & Gesundheit (Mühlum et al. 1998) plädieren die Unterzeichnenden für die Entwicklung eines eigenständigen Konzeptes Klinischer Sozialarbeit«.

Das Plädoyer war Startschuss für einen Masterstudiengang »Klinische Sozialarbeit«, der von Helmut Pauls in Anlehnung an die Clinical Social Work entwickelt wurde und 2001 an der Fachhochschule Coburg startete. In Kooperation mit der ASFH Berlin unter Leitung von Brigitte Geißler-Piltz wurde dieser Studiengang erweitert und 2005 akkreditiert.

Originäre Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, mittels empirisch fundierter professioneller Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebensweise und Lebenslage zu erarbeiten. Schwere soziale, psychische, sozio- und psychosomatische Belastungen und Krisen erfordern eine psychosoziale Prävention, Diagnostik und Intervention, die den Fokus nicht einseitig auf somatische oder



psychische Probleme verengt. Die soziale Perspektive, die Erhöhung des Unterstützungspotentials innerhalb der privaten und der professionellen sozialen Netzwerke der Klienten, durch Vernetzung und Kooperation, durch direkte Alltagsunterstützung, durch Kompensation defizitärer sozialstruktureller Situationsfaktoren spielt dabei eine wesentliche Rolle, steht aber in der Prävention, Diagnostik, Intervention stets im Dialog mit dem subjektiven Erleben und den innerpsychischen Prozessen der KlientInnen. Die psychosoziale Fallarbeit muss daher beide Faktoren verknüpfen, die soziale wie die psychische Dimension einbeziehen. Kaum ein Beruf im psychosozialen Bereich begegnet daher einer breiter gestreuten Aufgabenstellung und vielfältigeren Funktionen in der Beratung, Betreuung, Therapie und Intervention hilfebedürftiger Menschen als der im klinischen Feld tätige Diplom-Sozialarbeiter und -Sozialpädagoge (Pauls 2004). Dieser andauernde Dialog zwischen innerem und äußerem Milieu entspricht auch den aktuellen Anforderungen, die aus dem Gesundheitsbericht der WHO von 2004 abzuleiten sind, nach dem die Dimensionen einer gesundheitsfördernden und korrekiven sozialen und ökologischen Umwelt historisch und bis heute stets zu kurz gekommen sind und neue bio-psychosoziale Konzeptentwicklungen erfordern. Der Blick auf die Geschichte der Klinischen Sozialarbeit wie auf die aktuelle soziale Situation (vgl. Mühlum, in diesem Heft) kann uns daher lehren, dass es an der Zeit ist, die Methodenentwicklung und -integration wieder ins Zentrum der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zu stellen und eine empirisch-theoretische Bestandsaufnahme vorzunehmen, um Indikationen, Verfahren und Wirkungen in der Praxis zu überprüfen. Die Klinische Sozialarbeit mit international anerkannter Qualifikation scheint hierfür eine solide Basis zu bieten. Und sie ist auf dem besten Weg, sich in Deutschland zu etablieren.

Sowohl für die Praxis als auch für die Hochschulen stellt dies eine Herausforderung dar, weil nur im Miteinander von Theorie und Praxis die notwendigen Anforderungen theoretisch begründet und praktisch entwickelt werden können, wie Methoden- und Interventionskompetenzen, vertiefte Selbstreflexion, theoretische Fundierung und Forschungsbefähigung. Die Hochschulen haben in diesem Prozess die Aufgabe, die Klinische Sozialarbeit theoretisch-wissenschaftlich zu fundieren, die Erfordernisse der Sozialen Arbeit in Feldern der klinischen Sozialarbeit zu erforschen und einschlägige Studiengänge mit dem Ziel der Befähigung zu klinischer Expertise weiter zu entwickeln und zu evaluieren.

Literatur

- Baron, R.; Dyckerhoff K.; Landwehr, R. & Nootbaar, H. (Hg.) (1978): Sozialarbeit zwischen Bürokratie und Klient – die Sozialpädagogische Korrespondenz 1969–1973. Nachdr. 1978. Offenbach (Verlag 2000).
- Belardi, N. (1992): Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn (Junfermann).
- Bock, T. (Hg.) (1979): Medizin und Sozialarbeit: Rollenerwartungen und Erfahrungen aus der Zusammenarbeit in der Therapie Suchtkranker und psychosomatisch Kranker. Vorträge der Freiburger Sozialtherapiewoche 1978. Freiburg im Breisgau (Lambertus).
- Cooper, M. G. & Granucci Lesser, J. (2002): Clinical Social Work. An Integrated Approach. Boston/London/Toronto (Allyn & Bacon).
- DGS-Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (Arbeitskreis Sozialarbeit & Gesundheit; Mühlum, A. et al.) (2001): Plädoyer für klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der Sozialen Arbeit. sozialmagazin 3, 59–62.
- DGS-Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (Hg.) (1998): Ökonomisierung der Sozialarbeit. Schwerpunktheft. Blätter der Wohlfahrtspflege 9+10.
- Dorfman, R. A. (1988): Paradigms of clinical social work. Bd. 1. New York (Brunner/Mazel).
- Dunlap, K. M. (1974/1996): Functional theory and Social Work Practice, In: Turner, F. (Hg.): Social Work treatment. Interlocking theoretical Approaches. 4. Aufl. 1996. New York/London (Free Press) 1996, S. 319–340. (Erstauflage 1974).
- Durner, A. & Köhle, K. (1973): Integration der Sozialarbeit im medizinisch-klinischen Bereich. Blätter der Wohlfahrtspflege 120 (10), 263–265.
- Dyckerhoff, C. (1983): Die Fürsorge in der Nachkriegszeit. In: Landwehr, R. & Baron, R. (Hg.): Geschichte der Sozialarbeit. Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. Weinheim/Basel (Beltz), S. 219–249.
- Feustel, A. (2003): Soziale Diagnose und Therapie-Konzeption von Alice Salomon. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript.
- Galuske, M. (1998): Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim (Juventa).
- Germain, C. & Gitterman, A. (1999): Praktische Sozialarbeit. Das ›Life Model‹ der Sozialen Arbeit. 3. völlig neu bearb. Aufl. Stuttgart (Enke).
- Goldstein, E. (1980): Knowledge base of clinical social work. Social Work 25(3), 173–178.
- Hamilton, G. (1940): Theory and Practice of Social Case Work. New York (Columbia University Press).
- Hering, S. & Münchmeier, R. (2000): Geschichte der Sozialen Arbeit. Weinheim/München (Juventa).



- Kadushin, A. (1990): Supervision in der Sozialarbeit. *Supervision* 18, 4–24.
- Martin, G. (1976): Sozialarbeit in einer psychiatrischen Ambulanz. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 10, 271–273.
- Müller, B. (1993): Statement im Rahmen der Umfrage der Blätter der Wohlfahrtspflege zu Stand und Perspektiven der Methoden beruflicher Sozialarbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 5, 141–147.
- Müller, C. W. (1995): *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit.* Bd. 1: 1883–1945. 4. Aufl. Weinheim (Beltz).
- Müller, C. W. (1998): *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialarbeit.* Bd. 2: 1945–1995. 3. Aufl. Weinheim (Beltz).
- Munson, C. E. (1983): *An Introduction to Clinical Social Work Supervision.* New York (Haworth Press).
- Neuffer, M. (1990): *Die Kunst des Helfens. Geschichte der sozialen Einzelhilfe in Deutschland.* Weinheim/Basel (Beltz).
- Nootbaar, H. (1983): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Bundesrepublik 1954–1962. In: Landwehr, R. & Baron, R. (Hg.): *Geschichte der Sozialarbeit. Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert.* Weinheim/Basel (Beltz), S. 251–300.
- Ortmann, K. & Schaub, H.-A. (1988): Sozialarbeit und Gesundheit. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 13, 127–145.
- Pantucek, P. (1998): *Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe.* Freiburg (Lambertus).
- Pauls, H. (2004): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung.* Weinheim (Juventa). (Schriftenreihe Soziale Berufe.)
- Peters, H. (1968): *Moderne Fürsorge und ihre Legitimation. Eine soziologische Analyse der Sozialarbeit.* Köln (Westdeutscher Verlag).
- Reynolds, B. C. (1934): *Between Client and Community. A Study in responsibility in Social Case Work.* Northampton, MA (Smith College). (Smith College Studies in Social Work. 5,1.)
- Richmond, M. E. (1917): *Social Diagnosis.* New York (Russell Sage Foundation).
- Richmond, M. E. (1922): *What is social case work? An introductory description.* New York (Russell Sage Foundation).
- Robinson, V. (1930): *A Changing Psychology of Social Work.* Chapel Hill, NC. (University of North Carolina Press)
- Salomon, A. (1926/2004): Soziale Diagnose. In: Salomon, A.: *Frauenemanzipation und soziale Verantwortung. Ausgewählte Schriften.* Bd. 3: 1918–1948. Hg. A. Feustel. Neuwied (Luchterhand) 2004, S. 83–126. (Originalausgabe 1926.)
- Selter, J. (1998): Beratung im quasi-offiziellen Auftrag. In: Busse, S. & Fellermann, J. (Hg.): *Gemeinsam in der Differenz – Supervision im Osten.* Münster (Votum), S. 14–17. (Schriften aus der Deutschen Gesellschaft für Supervision.)
- Specht, H. & Courtney, M. (1994): *Unfaithful angels. How social work has abandoned its mission.* New York (Free Press).
- Viefhues, H. (Hg.) (1981): *Lehrbuch der Sozialmedizin.* Stuttgart (Kohlhammer).
- WHO-World Health Organization (2004): *World Health Report 2004: Changing history.* Genf (WHO Press).
- Winter, K. (1980): *Lehrbuch für Sozialhygiene.* 2. überarb. Aufl. Berlin (Verlag Volk und Gesundheit VEB).
- Zeller, S. (1994): *Geschichte der Sozialarbeit als Beruf. Bilder und Dokumente (1893–1939).* Pfaffenweiler (Centaurus).