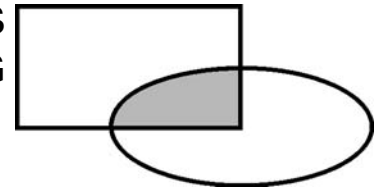


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



13. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2017

Inhalt

Themenschwerpunkt: Sozialtherapie

- 3 Editorial
- 4 *Wolfgang Rutz, Helmut Pauls*
Eine europäische biopsychosoziale Gesundheitsperspektive
- 6 *Karlheinz Ortman, Dieter Röh*
Praxeologische Herausforderungen an die Sozialtherapie
- 9 *Dario Deloie*
Herausforderung Sozialtherapeutische Gruppenarbeit
- 12 *Moritz Lange, Michael Flothmann, Daniel Deimel*
Pilotprojekt »Wegweiser«. Evaluation eines sozialtherapeutischen Gruppenangebots für Kinder und Jugendliche auf dem Weg in die ambulante Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
- 14 *Hansgeorg Ließem*
Neue Soziotherapie-Richtlinie – alte Probleme
- 16 *Rezension von Christine Kröger*
Tagungsbericht von Michelle Mittmann, Annette Lange

- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Daniel Deimel. Prof. Dr., Professor für Klinische Sozialarbeit an der Katho NRW, Abteilung Aachen. *Kontakt: d.deimel@katho-nrw.de*

Dario Deloie. M.A., Fachsozialarbeiter für Klinische Sozialarbeit (ZKS), Ausbildung in Integrativer Therapie/Gestaltsoziotherapie und -psychotherapie (FPI). *Kontakt: dariodeloie@yahoo.de*

Michael Flothmann. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (B.A.), Student der Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit (MA) an der Katho NRW. *Kontakt: michaelbernd.flothmann@mail.katho-nrw.de*

Christine Kröger. Prof. Dr., Professorin an der HS Coburg. *Kontakt: christine.kroeger@hs-coburg.de*

Ute Antonia Lammel. Prof. Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiterin, Soziotherapeutin (FPI-EAG), Professorin an der Katho NRW. *Kontakt: ua.lammel@katho-nrw.de*

Annette Lange. Studentin der Sozialen Arbeit (BA), an der HAW Hamburg. *Kontakt: annette.lange@haw-hamburg.de*

Moritz Lange. Erziehungswissenschaftler (B.A.), Student der Klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit (MA) an der Katho NRW. *Kontakt: moritz.lange@mail.katho-nrw.de*

Hansgeorg Liessem. Freier Sozialplaner. Schwerpunkte u. a.: Psychiatrie, Altenpflege, Eingliederungshilfe, Vorsitzender des Berufsverbands der Soziotherapeuten. *Kontakt: liessem@soziotherapie.eu*

Michelle Mittmann. Studentin der Sozialen Arbeit (BA) an der HAW Hamburg. *Kontakt: michelle.mittmann@haw-hamburg.de*

Karlheinz Ortmann. Prof. Dr., Professor für gesundheitsorientierte Soziale Arbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB). *Kontakt: ortmann@khsb-berlin.de*

Helmut Pauls. Prof. Dr. phil., Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Professor an der HS Coburg. Geschäftsführer der ZKS und des ZKS-Verlags. *Kontakt: pauls@hs-coburg.de*

Dieter Röh. Prof. Dr., Dipl. Sozialarbeiter/-Sozialpädagoge, MPH, Professor für Sozialarbeitswissenschaft an der HAW Hamburg. *Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de*

Wolfgang Rutz. MD, PhD. Academic University Hospital, Head of Unit for Psychiatry and Health Promotion, Uppsala, Sweden; Professor an der HS Coburg. *Kontakt: wolfgang.rutz@akademiska.se*

28.–30.03.2017: 16. DJHT in Köln

Zum Thema »22 Mio Junge Chancen. gemeinsam. gesellschaft. gerecht. gestalten« sind am 16. Deutschen Kinder- und Jugendhilfetag an der TH Köln zwölf Leitveranstaltungen zu zentralen strategischen und fachlichen Herausforderungen und Perspektiven

der Kinder- und Jugendhilfe geplant, durchgeführt von AGJ-Mitgliederguppen und -Fachausschüssen.

Anmeldung und Informationen: <https://www.jugendhilfetag.de/fachkongress/leitveranstaltungen>

30.03.2017: Treffen Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA

Das nächste Treffen der Sektion findet im Anschluss an den 16. DJHT an der TH Köln statt. Neue Mitglieder und Gäste sind herzlich willkommen.

Zeit und Ort: 30.03.2016, 11-17 Uhr, an der Technischen Universität Köln, Ubierring 48, 50678 Köln

28./29.04.2017: Jahrestagung der DGSA

Die DGSA-Jahrestagung 2017 »Soziale Arbeit und Menschenrechte« findet an der Alice Salomon Hochschule Berlin statt.

Zahlreichen Diskursen in Theorie und Praxis Sozialer Arbeit dienen Modelle und Kataloge der Menschenrechte als zentrale Referenzpunkte. In Theoriemodellen wird die Realisierung der Menschenrechte als Realutopie, konzeptioneller Anspruch, ethischer Bezugsrahmen fachlichen Handelns, als Referenz im Umgang mit Dilemmata und zur Orientierung im Umgang mit menschenrechtswidrigen Forderungen konzeptualisiert. In der Praxis wird die aktive und passive Nutzung des UN-Menschenrechtsschutzsystems diskutiert und für fachliches Handeln herangezogen. Zentrale internationale

Positionspapiere der Sozialen Arbeit orientieren sich an der Umsetzung der Menschenrechte. Die Jahrestagung bietet ein Forum für die Präsentation und Diskussion empirischer, theoretischer und anwendungsorientierter Fragen und Zugänge zum Thema.

Call for Papers: Vorschläge für Panels (1,5h inkl. Diskussion), Einzelbeiträge (20 Minuten plus Diskussion) und Posterpräsentationen bitte bis zum 01.10.2016 an Prof. Dr. Claudia Steckelberg (gradforum_sbe@hs-nb.de).

Kontakt und Informationen: <http://www.dgsainfo.de/veranstaltungen/tagungen.html>

29./30.09.2017: 7. Fachtagung Klinische Sozialarbeit

Unter dem Titel »Soziale Teilhabe fördern – in Praxis, Theorie und Forschung« findet 7. Fachtagung Klinische Sozialarbeit 2017 an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin statt.

Hintergrund für die Wahl des Tagungsthemas bildet zum einen die auch für Deutschland verbindlich gültige UN-Behindertenrechtskonvention, mit der ein Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit eingeleitet wurde. Zum anderen ist zu erwarten, dass 2017 das lange angekündigte Bundesteilhabegesetz verabschiedet wird, in dessen Folge auch Neuorientierungen in der psychosozialen Versorgung und Unterstützung zu erwarten sind (aktuelle Informationen: <http://www.teilhabegesetz.org>).

Im Kern wird es zukünftig in der Klinischen Sozialarbeit mehr denn je darauf ankommen, Menschen so zu unterstützen und zu fördern, dass sie selbstbestimmt leben und gleichberechtigt an Gemeinschaft und Gesellschaft teilhaben können. Diese Leitidee

stellt eine Herausforderung an Praxis, Theorie und Forschung der Sozialen Arbeit dar und steht im Mittelpunkt der Tagung.

Call for Papers: Einzelbeiträge (20 Minuten plus Diskussion) und Panels (90 Minuten) zu folgenden Themen sind vorstellbar: Partizipative Beratungs- und Behandlungskonzepte, Partizipative Anamnese- und Diagnoseverfahren, Teilhabeförderung von Personengruppen mit besonderem Hilfe- und Unterstützungsbedarf (z.B. geflüchtete Menschen, Menschen mit Behinderungen, Menschen in rechtlicher Betreuung), partizipative Forschung.

Kontakt und Informationen: [Claudia Schulz-Behrendt \(KlinSA_2017@khsb-berlin.de\)](mailto:Claudia.Schulz-Behrendt@khsb-berlin.de); Tel. Di/Do 10-16 Uhr: 030-501010-918; Post: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Köpenicker Allee 39-57, 10318 Berlin)

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Günter Zhorst
Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (v. i. S. d. P.)
DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e.V.

Redaktionsteam

Karlheinz Ortmann (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortmann
Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin
Tel. 030 50 10 10-84
karlheinz.ortmann@khsb-berlin.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Die Ausgabe 2/2014 der Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit« widmete sich bereits dem Themenschwerpunkt »Sozialtherapie«. Dieter Röh wies seinerzeit im Editorial darauf hin, wie Pauls (2004/2011/2013) zuvor, dass die Geschichte der behandelnden Sozialen Arbeit zwar schon mit Mary Richmond (1917) und Alice Salomon und Sidney Wronsky (1926) vor nun mehr als 100 Jahren begonnen hat, die notwendigen Begriffsklärungen – zwischen »Sozialer Therapie«, »Soziotherapie«, »Sozialtherapie« – und die konzeptionellen Grundlegungen aber immer noch ausstehen (Röh, 2014). Zwischenzeitlich hat sich die »Sektion Klinische Sozialarbeit« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) auf den übergeordneten Begriff »Sozialtherapie« verständigt – in Abgrenzung zur Soziotherapie Richtlinie nach § 35 a SGB V, auf die Hansgeorg Ließem in diesem Heft eingehen wird. In der Sektion Klinische Sozialarbeit arbeiten nun WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen an der konzeptionellen Grundlegung und Ausgestaltung zeitgemäßer sozialtherapeutischer Handlungsansätze. Veröffentlichungen und Forschungsprojekte sind geplant.

Das vorliegende Heft knüpft thematisch an die 6. Fachtagung zur Klinischen Sozialarbeit im Oktober 2015 in Aachen an, die unter dem Thema »Sozialtherapie – Heilsame Interventionen in verschiedenen Arbeitsfeldern: Grundlagen, Forschungsergebnisse, Arbeitsansätze« stattfand. Schon dort zeigte sich eine Vielzahl von Aktivitäten in Wissenschaft und Praxis, um die Sozialtherapie als Behandlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit zu konturieren und zu etablieren. Diese Vielfalt im Bemühen um eine angemessene psychosoziale Versorgung und Unterstützung für Menschen mit komplexen biopsychosozialen Problembündeln spiegelt sich auch in der vorliegenden Ausgabe wider. Denn nach wie vor gilt: Sozialtherapie ist eine »Baustelle«!

Diese Ausgabe soll dazu beitragen, den Fortgang der »Bauarbeiten« anhand ausgewählter, ganz unterschiedlicher Beiträge sichtbar zu machen und zugleich Hinweise auf noch offene und zu klärende Fragen liefern.

Den Anfang macht ein Beitrag von Wolfgang Rutz und Helmut Pauls, die einen Blick über den »Tellerrand« werfen und eine europäische biopsychosoziale Gesundheitsperspektive ausleuchten. Programmatisch und empirisch ergeben sich erhebliche Argumente für grundlegende Veränderungen in der Gesundheitsversorgung hin zu einem multiprofessionellen biopsychosozialen Gesundheitsförderungs- und Krankenbehandlungskonzept, in dem die (Klinische) Sozialarbeit einen selbstverständlichen Platz einnimmt und die Integration sozialer und sozialtherapeutischer Unterstützungs- und Therapieformen zu multidimensionalen und komplexen therapeutischen Programmen möglich wird. Sie beziehen sich dabei auf Aktivitäten und Dokumente der Europäischen Union, die der »Profession Soziale Arbeit oft nicht bekannt sind«.

Karlheinz Ortmann und Dieter Röh zeigen in ihrem Beitrag, welche praxeologischen Herausforderungen sich stellen, wenn eine sozialtherapeutische Soziale Arbeit die bewährten Handlungskonzepte und methodische Vielfalt als Stärken der Profession versteht und mit Blick auf die Menschen mit gravierenden und multiplen sozialen Problemstellungen beibehalten möchte bzw. muss.

Dario Deloie stellt in seinem Artikel die Dilemmata und Chancen in der klinischen Gruppentherapie mit KlientInnen mit und in Multiproblemlagen vor und formuliert diese als Herausforderungen an die sozialtherapeutische Gruppenarbeit. Er bezieht sich auf die Traditionslinien Sozialer Gruppenarbeit (u. a. Konopka, 1971) und arbeitet die Besonderheiten einer sozial-

therapeutischen Orientierung – z. B. in der Suchtbehandlung – heraus.

Daran anschließend präsentieren Moritz Lange, Michael Flothmann und Daniel Deimel Befunde aus der Evaluation eines kleinen Pilotprojektes für die Zielgruppe psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher. Das sozialtherapeutische Gruppenangebot »Wegweiser« ist ausgerichtet auf die Versorgungslücke zwischen ambulanter Beratung und den langen Wartezeiten bis zum Beginn einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Ergebnisse zeigen, in welcher Weise betroffene Kinder und ihre Familien von einem sozialtherapeutischen Übergangsangebot profitieren können.

Hansgeorg Ließem befasst sich mit der 2015 überarbeiteten Soziotherapie-Richtlinie und zeigt, dass eine Reihe alter Probleme dabei nicht beseitigt wurden. Es bestehen immer noch erhebliche Hürden, mit denen verhindert wird, dass die Soziotherapie nach § 35a SGB V in größerem Umfang von PatientInnen in Anspruch genommen werden kann.

Abgerundet wird das vorliegende Heft von einer Rezension. Christine Kröger stellt das neu erschienene Buch »Psychotherapie und Soziale Arbeit – Studien zu einer wechselvollen Beziehungsgeschichte« von Hans-Peter Heekerens vor.

Für die Redaktion
Ute Antonia Lammel
und Karlheinz Ortmann

Literatur

- Konopka, G. (1971). *Soziale Gruppenarbeit: ein helfender Prozeß* (Reihe: Sozialpädagogische Reihe; 4., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz (engl. Orig. 1963).
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (Orig. 2004; letzte überarb. Aufl. 2011).
- Richmond, M. E. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Röh, D. (2014). Editorial. *Klinische Sozialarbeit*, 10(2), 3.
- Salomon, A. & Wronsky, S. (1926). *Soziale Therapie. Ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit. Für Unterrichtszwecke zusammengestellt und bearbeitet*. Berlin: Heymann.

Selbstverständnis der Redaktion

Klinische Sozialarbeit ist eine Teildisziplin und -profession der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Ihre AdressatInnen sind Menschen, die durch ein unausgewogenes biopsychosoziales Belastungs-Bewältigungs-Gleichgewicht in ihren alltäglichen Handlungsvollzügen bedroht oder beeinträchtigt sind. Es handelt sich zumeist um sozial benachteiligte, stigmatisierte oder marginalisierte Gruppen, denen eigene Ressourcen und Ressourcen in ihrer Lebenswelt nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen, um ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen bzw. wieder zu gewinnen. Klinische Sozialarbeit zielt auf eine Veränderung der

Lebensweise und Lebenslage, um dadurch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen durch sozialarbeiterische Interventionen zu fördern und zu sichern. Als Interventionsformen der Klinischen Sozialarbeit gelten insbesondere die Sozialdiagnostik, Sozialtherapie, Beratung.

In der Zeitschrift werden theoretische, empirische, konzeptionelle und praxeologische Beiträge berücksichtigt, die einen direkten Bezug zur Klinischen Sozialarbeit aufweisen oder diesen herzustellen vermögen. Die Redaktion lädt AutorInnen direkt zu Beiträgen ein, die einem vorher festgelegten Heftschwerpunkt entsprechen. Au-

torInnen können auch gerne unaufgefordert ein Manuskript einreichen, das je nach Kapazität und Relevanz berücksichtigt werden kann. Auch Buchbesprechungen zu Themenbereichen der Klinischen Sozialarbeit, die uns von RezensentInnen zugesandt werden, sind jederzeit willkommen. Beim Erstellen von Manuskripten sind die von der Redaktion festgesetzten Manuskriptregeln zu beachten. Eingereichte und nichtberücksichtigte Manuskripte können auf Wunsch an die Redaktion des FORUMS sozialarbeit + gesundheit zur Prüfung einer dortigen Veröffentlichung weitergeleitet werden.

Eine europäische biopsychosoziale Gesundheitsperspektive¹

Wolfgang Rutz, Helmut Pauls

Es ist Zeit für eine human- und gesellschaftssensible Gesundheitsversorgung, die psychisches und soziales Elend grundlegend einbezieht. Im heutigen Europa, auch die Länder der ehemaligen Sowjetunion umfassend, aber auch in Zentraleuropa und Teilen Westeuropas werden seit Jahrzehnten dramatische gesellschaftliche Veränderungen sichtbar. Verknüpft damit ist der Verlust von sinngebenden Strukturen, wenn z.B. eine religionsähnliche »politische« Gesellschaftsideologie mit Antworten auf alle Fragen nach ihrem Zusammenbruch (wie in Regionen des ehemaligen »Ostblocks«) plötzlich übergeht in eine existenzielle Vakuum-situation mit Verlust von Sinnhaftigkeit, Hoffnung und Zukunftsperspektive. Die derzeitige Migrationsbewegung nach Westeuropa wird wahrscheinlich ebenfalls unzählige Menschen in solche von extremem Veränderungsstress gekennzeichnete Situationen bringen.

Krankheit und Sterblichkeit als soziopsychische Phänomene

Wir wissen, dass dieser Veränderungsstress emotional oft in pathogenetisch relevanter Hilflosigkeit, Kontrollverlust, Gewalttätigkeit, Depression, vorzeitigem Tod, sozialer Regression, Sucht, Selbstmord, risikoreichen und selbstdestruktiven Lebensweisen mit gesteigertem Unfallrisiko einhergeht. Auch in westeuropäischen Gesellschaften entstanden entsprechende psychische Gesundheitsprobleme vor allem in Bevölkerungsgruppen, die solchem Veränderungsstress ausgesetzt waren bzw. sind: Junge Frauen in Skandinavien, junge Männer in Finnland und England, Bauern in Wales und Irland, AdolozentInnen in Frankreich, ältere landwirtschaftliche Bevölkerung in Portugal, Spanien, Gotland und Litauen, ImmigrantInnen in Dänemark und Asylsuchende in Schweden und Deutschland. Als äußerste Konsequenz zeigt sich in diesen Risikogruppen ein Gesellschaftssyndrom, gekennzeichnet von erhöhter Sterblichkeit und gesteigertem Krankheitsrisiko, verknüpft mit sozialbedingter und sozialrelevanter Not und psychischem Leiden. Diese individuellen Stresskonsequenzen zeigen sich statistisch auch auf aggregiertem gesellschaftlichem Niveau und führen in einzelnen Ländern zu dramatisch verschlechterter Volksgesundheit – mit deut-

lich abfallender Lebenserwartung und zuweilen nationalen Notstandssituationen (Buffel et al., 2015; Rutz, 2003). Ein dramatisches Beispiel besteht in Russlands Depopulationserscheinungen, wo sich um die Jahrtausendwende vor allem die männliche Bevölkerung in arbeitsfähigem Alter mit ca. einer Million pro Jahr verminderte (Mundt et al., 2012; Hinterhuber et al., 2007; Füredi et al., 2006).

In Gesellschaften mit großem psychischem Veränderungsstress werden Muster regressiver Phänomene erkennbar, vor allem in Ländern, die von der Angst vor internen Konflikten, Bürgerkriegsgefahr und Terrorismus ergriffen sind. Untersuchungen zeigen eine Steigerung von Intoleranz, Fundamentalismus, Orthodoxie, einen paranoiden Isolationismus, Sehnsucht nach einem starken »Leader« und gleichzeitig eine gesellschaftliche Fokussierung auf Sündenbockgruppen mit der Tendenz »Fremde«, »Andersartige«, Minderheiten, Kranke und alle Arten von Abweichung auszugrenzen.

Unter anderem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in verschiedenen umfassenden globalen Rapporten (z.B. den Weltgesundheitsberichten 2001 und 2003) die biopsychosoziale Forschungsevidenz beschrieben, mit der die grundlegenden Determinanten psychischer und psychosozialer bzw. somatischer Gesundheit aufgezeigt und definiert werden können (vgl. auch Gahleitner et al. 2013; Pauls, 2013). Es herrscht Konsens, dass gewisse Voraussetzungen sowohl auf gesellschaftlichem Niveau als auch individuell gegeben sein müssen, um Gesundheit zu fördern und Krankheit und Dysfunktion zu verhindern. Diese Faktoren werden durch die soziale Lebenslage im gesellschaftlichen Wandel beeinflusst, sind aber eben auch Konsequenzen individueller Lebensweisen und Lebenskrisen und krankheitsbedingter Funktionsverluste. Es geht um Identität und Würde, Integrität und gesellschaftliche wie berufliche Stellung, die Fähigkeit, im eigenen Leben selbstbestimmt – »in charge« – zu sein, ohne von anonymen, fremd bestimmenden Kräften gesteuert zu werden. Dies sind Merkmale, die seinerzeit von Antonovsky (1987/1997) als Kohärenz und Partizipation charakterisiert wurden. Existenzielle Zugehörigkeit und sozio-kulturelle Heimat, ein Gefühl von Zusammenhang und Lebenssinn, verbunden mit der Erfahrung der Unterstützung in sozialen Netzwerken (passiv und

aktiv) und sozialer Signifikanz sind Bedingungen gesunden Lebens.

Um die enormen Wandlungsprozesse in den Gesellschaften zu meistern, ist es erforderlich, dass die Menschen ihr (Zusammen-)Leben um- und neu gestalten, neue Wertesysteme entwickeln und akzeptieren und ideologischen Glaubensvorstellungen abschwören, von denen man sich traditionell leiten ließ. Dies wird besonders wichtig bei den (nicht nur) migrationsbedingten Konfrontationen unterschiedlicher Geschlechterverhältnisse. Es lässt sich beobachten, dass die familiären Veränderungskrisen, die Erfahrungen von Flüchtlingssituationen, Bürgerkriegen und sozial umschichtenden Veränderungen (z.B. in Ländern auf dem Balkan), zwar Frauen und Männer massiv betreffen, trotz maximaler Traumatisierung beider Geschlechter aber oft Frauen besser und zügiger in der Lage sind, soziale Netzwerke wieder zu errichten, soziale Signifikanz zu behalten, Kontrolle zu empfinden und sinngebende Strukturen im Leben wieder aufzubauen. Männer landen hier wesentlich schneller in Hilflosigkeit, Apathie, hilfloser Aggressivität, risikoreichem Verhalten, Gewaltsituationen und auch Suizidalität (Möller-Leimkuehler, 2016; Hausmann et al., 2008)

Es wird erkennbar, dass gesellschaftlicher und individueller Veränderungsstress die sozialgesundheitlichen Grundpfeiler einer Gesellschaft und individueller Existenz und damit auch die (Gewalt-)Verhältnisse des Zusammenlebens massiv beeinflussen. In einigen Ländern dramatischer gesellschaftlicher Wandlung hat sich die Prävalenz von Mord und Totschlag, auch jene gegen Kinder gerichtete, zu einem Niveau erhöht, das neunmal höher liegt als der Durchschnitt der Europäischen Union (WHO, 2010) – und das, obwohl sich Anfang der 1990er-Jahre die entsprechenden Ziffern auch in diesen Ländern nur etwas über dem EU-Durchschnitt befunden haben. Von einer europäischen Makroperspektive aus kann demzufolge belegt werden, was auch in Tierversuchen reproduzierbar ist, dass nämlich Individuen nach zu langem und zu schwerem Stress, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit nicht nur zusammenbrechen, unfähig dazu, Belastungen zu bewältigen und sich den Forderungen des Lebens anzupassen. Sondern es zeigt sich auch, dass sich solche Individuen aggressiv gegeneinander richten, wobei selbst die eigene Nachkommenschaft zum Opfer werden kann. Die

Frage stellt sich, ob die erhöhte Neigung zu Gewaltanwendung in gewissen Bevölkerungsgruppen ihre Ursache in vermehrter sozialer Fragmentierung und gesteigertem Gesellschaftsstress hat.

Für eine internationale Gesundheitspolitik

Eine Analyse dieses Problembildes, aber auch die Erkenntnis der Möglichkeit gesellschaftlicher Wiedergesundung und sozialer »Recovery« (wie z. B. in den baltischen Ländern; WHO, 2003), führte in den letzten Jahrzehnten zu einer Intensivierung der internationalen und vor allem europäischen Gesundheitsinitiativen der WHO. Es wuchs ein politisches Bewusstsein über das Ausmaß psychischer und soziopsychischer Gesundheitsphänomene und den Bedarf einer humanen, personenzentrierten und »humanökologischen« Politik. Internationale Netzwerkgruppen wurden etabliert, politische Patlnenschaften angeregt, internationale Forschung mithilfe von »Centers of Excellence« und »Collaboration Centers« stimuliert, wissenschaftliche Forschungsprogramme durchgeführt und wissenschaftliche Evidenz zusammengefasst. Ausgehend von den darauf basierenden Weltgesundheitsberichten der WHO (2001, 2003) können folgende Fakten festgestellt werden:

(1) Die Belastung der Volksgesundheit durch psychische Störungen und psychische Krankheit ist enorm, sowohl, was Leiden und soziale Funktion als auch Lebensqualität und finanzielle Kosten angeht. 15% der gesundheitspolitischen ökonomischen Belastungen eines Landes sind schon allein an strikte psychiatrische Diagnosegruppen geknüpft. Zählt man weiter definierte Zustände psychischen Leidens, psychischen Unwohlseins, verschiedene Formen von Depressivität und stressbedingte Erkrankungen hinzu, so kommt man auf bis zu 50% der ökonomischen Gesundheitsausgaben eines Landes.

(2) Neue Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, Primärprävention, Behandlung und unterstützender Sekundärprävention sind nicht nur verknüpft mit einzelnen Fortschritten der Psychotherapie oder Pharmakotherapie, sondern werden vor allem erreicht durch die Integration verschiedener, insbesondere sozialer und sozialtherapeutischer Unterstützungs- und Therapiemöglichkeiten zu multidimensionalen und komplexen therapeutischen Programmen.

(3) Dies setzt multiprofessionelle und multidimensionale Ansätze voraus, unter Beteiligung verschiedener Disziplinen und aller Sektoren einer Gesellschaft, um Therapie wie auch Gesundheitsförderung und Primärprävention gesellschaftlich und in-

dividuell durchführen zu können. Hierbei kann nicht genügend die Wichtigkeit unterstrichen werden, eine unfruchtbare Zersplitterung zwischen sozial- und psychotherapeutischen Therapien und sozialen Hilfen auf der einen Seite und neuropsychiatrischen, medizinischen Ansätzen auf der anderen Seite zu verhindern.

Hindernisse für die Entwicklung von auf diesen Erkenntnissen und Perspektiven basierenden Strategien sind vor allen Dingen Mangel an Interesse und Kenntnis unter politischen und anderen Entscheidungsträgern. Die Unterschiede zwischen physischem Umweltbewusstsein und psychosozialen Umweltinteresse in politischen Entscheidungsgremien sind eklatant. Können heute Flugplatz-, Autobahn- und Brückenbauten umweltbewusst überprüft und ggf. gestoppt oder modifiziert werden, oft auf Grund von Rücksichtnahme auf Tier- oder Pflanzenbiotope, so stehen der Realisierung von Milieuveränderungen, die die Menschen größtem Veränderungsstress aussetzen, keine gleichwertigen soziopsychischen Prüfverfahren gegenüber. Der Öffentlichkeit muss bewusst gemacht werden, welches und welch wichtiges »Kapital« die psychische und soziale Gesundheit einer Gesellschaft ist. Stigmatisierung und Tabuisierung können bekämpft werden und entsprechende Programme sind international bekannt und evaluiert (WHO, 2005, 2013).

Heute existiert bereits eine Vielzahl von Policy-Dokumenten und Deklarationen der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Union und ihrer Organisationen, die es als grundlegendes Menschenrecht deklarieren, allen MitbürgerInnen Zugang zu gemeindenaher psychosozialer Unterstützung in dezentralisierten Teams zu gewährleisten – dort, wo sie das tägliche Leben leben und sich existenziell, sozial und psychologisch zu Hause fühlen. Ein entsprechendes Dokument wurde 2005 auf einer europäischen Ministerkonferenz mit Fokus auf die psychische Gesundheit Europas in Helsinki unterzeichnet und von Europas Regierungen ratifiziert (WHO, 2005). Die EU schloss sich an mit einem Grünbuch, das von der Gesundheitsministerkonferenz der EU akzeptiert wurde und zu einem »European Mental Health Act« führte (EC, 2005; WHO, 2013; Bracken & Thomas, 2013). Diese Aktivitäten und Dokumente sind auch in der Profession Sozialer Arbeit oft nicht bekannt. Sie bereiten aber potenziell ein multiprofessionelles psychosoziales Gesundheitsförderungs- und Krankenbehandlungskonzept vor, in dem Medizin, Psychiatrie, Sozialwissenschaft, (Klinische) Sozialarbeit und Psychotherapie sowie die Pflege einen selbstverständlichen Platz einnehmen könnten.

Anmerkung

1 Modifizierter Auszug aus Rutz & Pauls, i.Dr.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit*. Tübingen: DGV (engl. Orig. 1987).
- Bracken, P. & Thomas, P. (2013). Postpsychiatry: an new direction for mental health. *British Medical Journal*, 322(7288), 724-727. Online verfügbar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119907/> [25.10.2016].
- Buffel, V., Van de Velde, S. & Bracken, P. (2015). The mental health consequences of the economic crisis in Europe among the employed, the unemployed, and the non-employed. *Social Science Research*, 54(1), 263-288.
- European Commission (EC) (2005). *Green Paper. Improving the health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brüssel: EU. Online verfügbar: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf [25.10.2016].
- Gahleitner, S. B., Pauls, H., Hintenberger, G. & Leitner, A. (2014). »Biopsychosozial« revisited. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (S. 16-35). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Füredi, J., Mohr, P., Swingler, D., Bitter, I., Gheorghe, M. D., Hotujac, L., Jarema, M., Kocmur, M., Koychev, G. I., Mosolov, S. N., Pecenek, J., Rybakowski, J., Švestka, J. & Sartorius, N. (2006). Psychiatry in selected countries of Central and Eastern Europe: an overview of the current situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 223-231.
- Hausmann, A., Rutz, W. & Benke, U. (2008). Frauen suchen Hilfe - Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich? *Neuropsychiatrie*, 22(1), 43-48. Online verfügbar: <http://www.buendnis-depression.at/fileadmin/media/PDF/MaleDepression.pdf> [25.10.2016].
- Hinterhuber, H., Rutz, W. & Meise, U. (2007). Psychische Gesundheit und Gesellschaft. Editorial. *Neuropsychiatrie*, 21(3), 180-186. Online verfügbar: http://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloaddocument/heft_21_3_.pdf?SGWID=0-0-45-1337220-p174312857 [25.10.2016].
- Möller-Leimkühler, A. M. (2016). *Vom Dauerstress zur Depression. Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen und sie besser bewältigen können*. Munderfing: Fischer & Gann.
- Mundt, A. P., Frančišković, T., Gurovich, I., Heinz, A., Ignatyev, Y., Ismayilov, F., Kalapos, M. P., Krasnov, V., Mihai, A., Mir, J., Padruchny, D., Potočan, M., Raboch, J., Taube, M., Welbel, M. & Priebe, S. (2012). Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. *PLOS One*, 7(6), e38490. Online verfügbar: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0038490> [25.10.2016].
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell - Herkunft und Aktualität. *Resonanzen*, 1(1), 15-31. Online verfügbar: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/191/124> [25.10.2016].
- Rutz, W. (2003). Rethinking mental health: an European WHO perspective. *World Psychiatry*, 2(2), 125-127.
- Rutz, W. & Pauls, H. (i.Dr.). Gesundheitsversorgung im gesellschaftlichen Wandel. Ein Aufruf für eine europäische biopsychosoziale Gesundheitsperspektive. In U. A. Lammell & H. Pauls (Hrsg.), *Sozialtherapie*. (erscheint voraussichtlich 2017)
- World Health Organization (WHO) (2001). *The World Health Report 2001*. Genf: WHO. Online verfügbar: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [25.10.2016].
- World Health Organization (WHO) (2003). *The World Health Report 2003*. Genf: WHO. Online verfügbar: www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf [25.10.2016].
- World Health Organization (WHO) (2005). *Declaration and action plan. WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki, 12-15 January 2005*. Kopenhagen: WHO Europe.
- World Health Organization (WHO) (2010). *European Health for all database (HFA-DB)*. Kopenhagen: WHO Europe. Online verfügbar: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/archive/european-health-for-all-database-hfa-db> [25.10.2016].
- World Health Organization (WHO) (2013). *The European mental health action plan*. Kopenhagen WHO Europe. Online verfügbar: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_Mental-Health-3.pdf [25.10.2016].

Praxeologische Herausforderungen an die Sozialtherapie

Karlheinz Ortmann, Dieter Röh

Wir befassen uns nun bereits seit einigen Jahren mit der Konzeptualisierung und Profilbildung der Sozialtherapie, ohne dass bisher in nennenswertem Umfang systematisch Erfahrungen mit einer entsprechenden sozialtherapeutischen Praxis gesammelt werden konnten. Auch fehlen bislang Fort- und Weiterbildungsangebote, in denen Sozialtherapie, wie wir sie uns vorstellen, gelehrt und gelernt werden kann. Dennoch scheint es uns wichtig, den Prozess des Entwerfens und Schärfens fachöffentlich fortzusetzen, um KollegInnen anzuregen, an der Entwicklung der Sozialtherapie mitzuwirken. Nachdem wir zuletzt in dieser Zeitschrift die soziale Teilhabe als Ziel der Sozialtherapie (Ortmann & Röh, 2014) begründet haben, richten wir nun den Fokus auf die sich daraus ergebenden praxeologischen Herausforderungen. Unter dem Begriff Praxeologie verstehen wir dabei mit Crefeld (2009) die »Wissenschaft von der Kunst des wirksamen Handelns« (S. 76) in der Sozialarbeit.

Dabei lassen wir uns von der Gegenstandsbestimmung des »Verhinderns und Bewältigens sozialer Probleme« (Engelke et al., 2009, S. 267) insofern leiten, als die Sozialtherapie als ein Weg hierzu angesehen werden kann. Soziale Probleme lassen sich in sozialarbeitswissenschaftlicher Hinsicht als Probleme der autonomen Lebensführung in diese limitierenden sozialen Strukturen lesen. In der neuen globalen Definition von Sozialer Arbeit der International Federation of Social Work (IFSW) und der International Association of Schools of Social Work (IASSW) heißt es dazu: »Social work's legitimacy and mandate lies in its intervention at the points where people interact with their environment. The environment includes the various social systems that people are embedded in and the natural, geographic environment, which has a profound influence on the lives of people« (IFSW & IASSW, 2014, o. S.).

Das Soziale

Das Soziale, in dem Problemstellungen und deren Lösungen gleichermaßen enthalten sind, stellt sich als ein vielschichtiger, komplexer und diffuser Gegenstand dar, der schwer zu fassen ist, weil er sich in ständigem Wandel befindet und unterschiedlichste Formen annehmen kann.

Grundsätzlich kennzeichnet das Soziale aber alle Phänomene, die aus dem Zusammenwirken zwischen Menschen und ihrer Umwelt entstehen, im Näheren also soziale Systeme, Sozialräume, soziale Netzwerke und soziale Beziehungen.

Das Soziale besteht jeweils aus einem komplexen und jeweils einzigartigem Geflecht von Interaktionen und Beziehungen, in das Menschen auf jeweils unterschiedliche Art und Weise eingebunden sind. Das Soziale vollzieht sich in den Alltags- und Lebenssituationen, die die Menschen im Rahmen ihrer individuellen Begrenzungen und Möglichkeiten handelnd ausgestalten und die seit jeher im Mittelpunkt sozialarbeiterischen Denkens und Handelns stehen (vgl. auch Röh, 2013). Um diesen Gegenstand herum hat sich Sozialarbeit als Disziplin und Profession auf unterschiedliche Weise entwickelt und nach Antworten auf soziale Problemlagen gesucht, die auf unterschiedlichste Art (z. B. Gewalt, Armut, Einsamkeit, Beziehungskonflikte) in Erscheinung treten.

Die (Klinische) Sozialarbeit

In der Befassung mit dem komplexen Gegenstand des Sozialen hat die Sozialarbeit im Zeitverlauf einige Besonderheiten entwickelt, über die andere Professionen im Feld der psychosozialen Beratung und Behandlung nicht oder nicht in diesem Ausmaß verfügen. Als solche sind insbesondere zu nennen: (a) das große Spektrum an unterschiedlichen sozialen Unterstützungsangeboten, wie die Erschließung materieller und finanzieller Hilfen (insbesondere nach SGB), die Bereitstellung von Informationen, lebenspraktische Unterstützungen, Beziehungsangebote, Krisenintervention etc.; (b) die selbstverständliche Einbindung der Mitglieder verschiedener sozialer Netze (Familienangehörige, FreundInnen, KollegInnen etc.) in Hilfeprozesse und die Aktivierung deren Potenzials an sozialer Unterstützung; (c) die niedrigschwelligen, alltagsnahen Hilfeangebote durch das Aufsuchen, Beraten, Begleiten und Betreuen von Menschen mit sozialen Problemen in deren Alltags- und Lebenswelt (Hausbesuche, Streetwork); (d) das aktive Angehen (sich kümmern um, sich einmischen in) sozialer Probleme und das Begleiten von KlientInnen (zum Amt, Jobcenter, Gericht, zur ärztlichen Praxis etc.); (e) das Nach-

gehen bei Menschen mit gravierenden sozialen Problemen, wenn diese nicht oder nur schlecht in der Lage sind, sich auf Hilfeprozesse einzulassen, und Gefahr besteht, dass sich ihre Situation dramatisch verschlechtern könnte (etwa bei schwer zu erreichenden KlientInnen im Sinne von »Hard to reach«); (f) die besonders schwierig zu gestaltenden sozialen Hilfeleistungen in Zwangskontexten (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt, Strafvollzug); (g) die langfristige Begleitung und Betreuung von Menschen, etwa in der ambulanten Einzelfall- oder Familienhilfe und in stationären Einrichtungen, aber auch in Form rechtlicher Betreuungen nach § 1896 BGB; (h) die Vertretung der Bedürfnisse und Interessen von Menschen, die ihre Rechte nicht oder nur schwer selber vertreten und durchsetzen können; (i) der selbstverständliche professionelle »Blick über den Tellerrand«, also die Wahrnehmung psychischer und somatischer Problemanteile und bei Bedarf die Weiterleitung von KlientInnen in dafür geeignete Hilfebereiche (Medizin, Psychotherapie etc.) bzw. die selbstverständliche Kooperation mit VertreterInnen anderer Berufsgruppen.

Der Sozialarbeit ist es mit diesen Eigenschaften, Konzepten und Methoden gelungen, insbesondere Menschen anzusprechen und zu unterstützen, die in hohem Maße sozial verletzlich oder verletzt sind. Diese Menschen sind nicht immer in der Lage, (Arbeits-)Beziehungen aufzubauen, zu halten und ggf. zu beenden, und haben zudem großen Hilfebedarf. Genau diese Menschen werden aber von psychotherapeutischen und medizinischen Hilfeangeboten oft nicht so erreicht, wie es wünschenswert ist.

Herwig-Lempp und Kühling (2012) stellen fest, dass diese besonderen und wertvollen Eigenschaften der Sozialarbeit sowohl von anderen Berufsgruppen im psychosozialen Feld als auch von SozialarbeiterInnen selber häufig unterschätzt werden und es um das Ansehen der Sozialarbeit nicht zum Besten bestellt ist. Sie selber sehen die Sozialarbeit dagegen als »Königsdisziplin im psychosozialen Feld« (ebd., S. 51) und formulieren unter dem provokanten Titel »Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie« (S. 51) sieben »A's«, mit denen sie dies begründen: (1) Auftragslagen in der Sozialen Arbeit sind komplexer als in der Therapie; (2) (Kommunikative) Austauschkonstellationen sind in der Sozialen Arbeit vielfältiger als

in der Therapie; (3) Allparteilichkeit ist in der Sozialen Arbeit schwieriger zu praktizieren als in der Therapie; (4) Ambivalenzen bzgl. angestrebter Ziele und Problemlösungen sind in Kontexten der Sozialen Arbeit präsenter als in der Therapie; (5) Anerkennung von fremden Umgebungen ist in der Sozialen Arbeit anspruchsvoller als in der Therapie; (6) Ablenkungen sind in der Sozialen Arbeit facettenreicher als in der Therapie; (7) Außenweltprobleme sind in der Sozialen Arbeit drängender als in der Therapie (ebd., S. 52f.).

Die beiden Autoren betonen, dass Sozialarbeit mehr umfasst als die klassische psychosoziale Beratung. Sie identifizieren und beschreiben dazu sechs klientInnenbezogene Handlungsarten der Sozialarbeit: (1) *Beraten*: Perspektivenerweiterung, Information, Anleitung – in Form von Gesprächen, aber auch durch Üben, Eintrainieren etc.; (2) *Verhandeln*: die Moderation zwischen vielen Beteiligten, die Mediation zwischen unterschiedlichen Interessen sowie das Aus- und Verhandeln; (3) *Eingreifen*: kontrollierendes und intervenierendes Handeln gegen den Willen der Betroffenen zum Schutz und zur Gefahrenabwehr; (4) *Vertreten*: verantwortliches Handeln, stellvertretend für KlientInnen und Organisationen; (5) *Beschaffen*: die Versorgung von KlientInnen mit

Geld, Gütern und Leistungen; (6) *Da-Sein*: das Anwesend-Sein, das Begleiten und Zur-Verfügung-Stehen, ohne dass unmittelbar eine Veränderung angestrebt wird (S. 53f.).

Mit Blick auf die Konzeption einer Sozialtherapie, deren Zielgruppe Menschen mit gravierenden sozialen Problemen sind, spricht vieles dafür, diese Handlungslinien mit ihrer Vielfalt an Formen, Methoden und Rollen einzubeziehen.

Die Sozialtherapie ...

Als Basis für die praxeologische Ausgestaltung der Sozialtherapie bieten sich – neben lebensführungstheoretischen oder lebensweltorientierten Ansätzen – vor allem systemtheoretische Modelle und Konzepte an. Hollstein-Brinkmann (2000) fasst zusammen, warum Systemtheorien und Sozialarbeit besonders gut zueinander passen. Er nimmt an, dass die systemtheoretische »Grundunterscheidung ›System-Umwelt‹ genau dem entspricht, was in der Theorie der Sozialarbeit seit hundert Jahren das Grundmodell bildet: die Austauschbeziehungen von Mensch und Umwelt, deren wechselseitige Bedingtheit und die Verpflichtung der Sozialarbeit, nicht nur die menschlichen Anpassungspotentiale und Bewältigungs-

muster zu verbessern, sondern auch auf unzureichende Umweltbedingungen Einfluss zu nehmen« (S. 50).

Hinzu kommt, dass die heilende Wirkung systemischer Therapien empirisch nachgewiesen ist. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (2008, S. 5ff.) nach § 11 PsychThG ist in der Begutachtung der Systemischen Therapie zu dem Ergebnis gekommen, dass die Wirksamkeit der systemischen Therapie bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen für eine Reihe von Störungen aus dem Kapitel V, F Psychische und Verhaltensstörungen, F00-F99 in der ICD wissenschaftlich nachgewiesen ist.

Dabei handelt es sich allerdings um die psychotherapeutische Version systemischer Therapie, mit entsprechend ausgearbeiteten Methoden und Techniken. Im oben erwähnten Gutachten werden dazu genannt: (a) »strukturelle Methoden (Joining, Enactment, Verändern von Koalitionen etc.), (b) strategische Methoden (positives Umdeuten/reframing: von Symptomverhalten, Symptomverschreibungen), (c) symbolisch-metaphorische Methoden (Genogramm und Familien-skulptur für die Darstellungen komplexer familiärer und nicht-familiärer Beziehungen), (d) zirkuläre Methoden (systemisches Fragen, Entwicklung von Hypothesen, Bemühen um Neutralität, para-

Anzeige

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Masterstudiengänge Soziale Arbeit:

Vielfalt und Spezialisierung

Die KatHO NRW bietet den Masterstudiengang Soziale Arbeit an vier Standorten mit sechs verschiedenen Vertiefungsgebieten an:

- Klinisch-Therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)
- Bildung und Teilhabe (Aachen)
- Soziale Arbeit in internationaler Perspektive (Köln)
- Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit (Münster)
- Gesundheitsfördernde Soziale Arbeit (Paderborn)

Die Studiengänge bereiten auf Tätigkeiten speziell im Handlungsfeld Sozialer Arbeit und Gesundheit vor und schließen mit dem Titel „Master of Arts in Social Work (M.A.)“ ab. Der Abschluss berechtigt zur Promotion und eröffnet den Zugang zum Höheren Dienst.

Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt zur Leitung von Organisationen. Der Fokus liegt zudem auf anwendungsbezogener Forschung.

Studierende aller Vertiefungsgebiete erweitern ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, komplexe Fragestellungen zu erforschen sowie innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren.

Bewerbungsschluss ist der 15. Mai.

Weitere Informationen unter www.katho-nrw.de



„Das Studium an der KatHO ist fundiert und praxisnah.“

Foto: simonthon.com / photocase.de

doxe Interventionen), (e) lösungsorientierte Methoden (z. B. »Wunderfragen«) und (f) dialogische Methoden (»reflecting team«, offener Dialog zur Dekonstruktion narrativ hergestellter Wirklichkeiten)« (ebd., 2008, S. 4).

Das Verhalten systemischer TherapeutInnen wird im Gutachten »hinsichtlich der Beziehungsgestaltung zu einzelnen Mitgliedern des Systems als respektvoll – bei gleichzeitiger »Respektlosigkeit« gegenüber pathogenen Ideen – sowie als neutral und »allparteilich« charakterisiert. Die Grundhaltung beinhaltet eine unterstellte Autonomie der Mitglieder des Systems und eine hohe Selbstverantwortung. Es wird davon ausgegangen, dass sich Veränderung oft selbst aus den ungenutzten Ressourcen des Systems einstellt, sodass Interventionen und Ratschläge nur sparsam gegeben werden« (ebd., S. 4).

Im Vergleich zu den oben genannten Besonderheiten und Handlungsarten der Sozialarbeit fällt auf, dass die Praxeologie der psychotherapeutischen Variante systemischer Therapie sowohl in den Methoden und Techniken als auch in den Verhaltensgebots für TherapeutInnen limitiert ist. Menschen mit gravierenden und multiplen sozialen Problemstellungen wie z. B. Sozialer Isolation, sozialen Ängste, fehlenden sozialen Kompetenzen, Arbeitslosigkeit, Überschuldung und Obdachlosigkeit scheitern oft an solchen Limitierungen.

... ist anders

Wir gehen davon aus, dass eine systemisch begründete Sozialtherapie sich von der systemischen Psychotherapie unterscheiden muss, wenn sie die oben genannten Menschen in prekären Lebenssituationen erreichen will. Sie muss ihren Blick weiten und es mit der Komplexität der Lebens- und Alltagssituationen der KlientInnen aufnehmen können, d. h., all die genannten – und noch weitere (vgl. Röh, 2015) – Methoden und Techniken in der lebensweltnahen Klinischen Sozialarbeit anwenden. Herwig-Lempp und Kühling (2012) verwenden dafür den Begriff »Außenprobleme« und schreiben dazu: »Soziale Arbeit hat es mit vielen handfesten Problemen zu tun. Geldmangel, Kündigung der Wohnung, Stromabstellung und Arbeitslosigkeit sind für unsere KlientInnen nicht nur Probleme der Innenwelt. Sie sind häufig besonders drängend. SozialarbeiterInnen müssen auf die Probleme der Außenwelt und der Innenwelt eingehen, in beiden Bereichen unterstützen sie mit ihren Hebammendiensten die KlientInnen dabei, Lösungen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln« (S. 53).

In den von Herwig-Lempp und Kühling (2012) genannten sechs Handlungsarten der Sozialen Arbeit (Beraten, Verhandeln, Eingreifen, Vertreten, Beschaffen und Da-Sein) ist bereits angelegt, dass das Verhaltensrepertoire von SozialtherapeutInnen breiter und anders sein muss als das in der systemischen Psychotherapie. Angesichts der meist geringen individuellen und sozialen Ressourcen der KlientInnen wird sich eine psychotherapeutisch praktizierte Sparsamkeit mit Interventionen und Ratschlägen von SozialtherapeutInnen nicht durchhalten lassen. Dorfman (1996) hat schon vor vielen Jahren auf die direkten Interventionen und die Rollenvielfalt der klinischen SozialarbeiterInnen aufmerksam gemacht. Sie sieht diese als »Broker, Advocate, Educator, Enabler, Case Manager, Counselor, Consultant und Researcher/Evaluator« (S. 41-46).

Ein weiterer – nicht unerheblicher – Unterschied zur systemischen Psychotherapie besteht darin, dass SozialtherapeutInnen nicht nur die betreffende Person (in ihrem System oder ihren Systemen) mit ihren Problemlagen in ihrer Lebenssituation in den Blick nehmen, sondern auch die soziale Umwelt in Interventionen einbeziehen. Es könnte geradezu das Kennzeichen der Sozialtherapie drin, dass sie einerseits die Person (das System) in ihren Lebensführungskompetenzen stärken und befähigen will, andererseits aber genauso die Umfeldvariablen dieser Lebensführung, z. B. die Wohn- oder Beziehungsfaktoren, bearbeitet und soziale Ressourcen in den sozialen Netzwerken, der sozialen Infrastruktur und der Zivilgesellschaft erschließt (Ortmann & Röh, 2014).

Aus praxeologischer Perspektive ist zu beklagen, dass es die Sozialarbeit versäumt hat, aus den langjährigen Erfahrungen von SozialarbeiterInnen in der Arbeit mit sozial verletzten und verletzlichen KlientInnen systematisch Praxeologien zu generieren, von denen die Entwicklung der Sozialtherapie nennenswert profitieren könnte. Es ist aber anzunehmen, dass SozialarbeiterInnen in verschiedenen Feldern über entwickelte, erprobte und bewährte Praxeologien verfügen, die in der Literatur vermisst werden.

So stehen wir erst am Anfang der Entwicklung sozialtherapeutischer Praxeologien und müssen ganz konkrete Fragen klären: Ist es therapeutisch, wenn ein(e) SozialtherapeutIn eine(n) KlientIn als Unterstützung zum Jobcenter begleitet, weil ein Bescheid Fragen aufwirft, die der/die KlientIn sich dort nicht zu stellen traut, was wiederum für ihn/sie einen enormen Stress auslöst, der wiederum in eine psychische Krise führt? Ist es therapeutisch, wenn ein(e) SozialtherapeutIn Hausbesuche macht, um mit einem/einer KlientIn an der Gestaltung seines/ihrer Wohn-

raums und seiner/ihrer sozialen Beziehungen zu arbeiten, wenn diese(r) immer wieder von den FreundInnen, mit denen er/sie in der Wohnung trinkt, ausgenutzt wird? Darf er/sie bei der Formulierung eines Widerspruchs oder bei einem Antrag auf Grundsicherung behilflich sein, und wenn ja, was ist daran therapeutisch? Wie unterscheidet sich Sozialtherapie von der nicht-therapeutischen Sozialarbeit?

Schluss

Eine sozialarbeitsspezifische Version systemischer Therapie als Sozialtherapie steht noch aus. Auf dem Weg dorthin müssen die Kräfte noch mehr gebündelt werden. Es ist nicht zu erwarten, dass in nächster Zeit Gelder in größerem Umfang zur Entwicklung der Sozialtherapie zur Verfügung stehen werden. Deshalb ist es wichtig, die sog. PraktikerInnen ins Boot zu holen und sie noch mehr zur Reflexion und Beforschung ihrer Praxisfelder zu ermuntern. Auch Bachelor- und Masterarbeiten können mit kleinen Forschungsprojekten dazu beitragen, Sozialtherapie theoretisch und praxeologisch zu fundieren. Um in der Entwicklung der Sozialtherapie einen entscheidenden Schritt weiterzukommen, müssen zudem Fort- und Weiterbildungen konzipiert und angeboten werden, in denen sozialtherapeutisches Handeln erlernt werden kann.

Literatur

- Crefeld, W. (2009). Braucht die Wissenschaft von der Kunst und dem Handwerk der Sozialen Arbeit Bezugswissenschaften? In A. Mühlum & G. Rieger (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis*. (S. 74-87). Lage: Jacobs.
- Dorfman, R. A. (1996). *Clinical social work. Definition, practice, and vision*. New York: Brunner/Mazel.
- Engelke, E., Spatscheck, C. & Borrmann, S. (2009). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen* (3., überarb. u. erw.). Freiburg: Lambertus.
- Herwig-Lempp, J. & Kühling, L. (2012). Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 30(2), 51-56.
- Hollstein-Brinkmann, H. (2000). Systemische Perspektiven in der Sozialen Arbeit. Systemisches Denken hat eine lange Tradition in *deBlätter der Wohlfahrtspflege*, 47(3/4), 49-52.
- International Federation of Social Workers (IFSW) & International Association of Schools of Social Work (IASSW) (2014). *Global definition of social work*. Bern: IFSW.
- Ortmann, K. & Röh, D. (2014). Sozialtherapie – Soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Ressourcen erschließen. *Klinische Sozialarbeit*, 10(2), 10-11.
- Röh, D. (2013). *Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Röh, D. (2015). Soziale Therapie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Eine methodische Antwort auf soziale Probleme, Selbstbestimmung und Inklusion. *Klinische Sozialarbeit*, 11(2), 4-7.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2008). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie*. Berlin: Psychotherapeutenkammer. Online verfügbar: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/GutachtenSystemischeTherapie20081214-1.pdf> [27.10.2016].

Herausforderung Sozialtherapeutische Gruppenarbeit

Dario Deloie

(Un-)Möglichkeit Sozialtherapeutischer Gruppenarbeit

Arbeit mit und in Gruppen hat in der Sozialen Arbeit Tradition (Konopka, 1963/1971, S. 17-35). Gleichmaßen gilt dies für die Sozialtherapeutische Gruppenarbeit, die als eine zentrale methodische Arbeitsform in der Behandlung von Menschen in Multiproblemlagen gesehen wird und in vielfacher Weise seit Jahrzehnten in Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens durch die (Klinische) Soziale Arbeit Anwendung findet. Die Ausformungen dieser Unterstützungsleistung unterscheiden sich dabei stark und hängen vom jeweiligen institutionellen Kontext mit entsprechendem Auftrag, der Klientel und den Kompetenzen der SozialtherapeutInnen ab. Dieser vielfältige Einsatz von Gruppenarbeit in der Sozialtherapie könnte als Indiz für eine adäquate gewinnbringende Unterstützungsleistung gedeutet werden. Aber ist einfach von der Qualität dieser Behandlungsform mit entsprechenden positiven Wirkungen für die »Hard-to-reach-KlientInnen« auszugehen? Und ist dieses Behandlungsformat für SozialtherapeutInnen leistbar?

Sozialtherapeutische Gruppenarbeit im Kontext Klinischer Sozialarbeit

Ist die soziale Gruppenarbeit eine Methode der Sozialen Arbeit, kann Sozialtherapeutische Gruppenarbeit als Methode

bzw. Arbeitsform der Klinischen Sozialarbeit aufgefasst werden? Nach Schmidt-Grunert (2009, S. 63) stehen »therapeutische Elemente und Funktionen« im Fokus und somit liegt diese Methode nach ihrer Absicht näher an der Psychologie als an der Sozialen Arbeit. Aus klinisch-sozialarbeiterischer Sicht muss dieses Bild ergänzt werden. Zwar sind psychologisch-psychotherapeutische Aspekte bei dieser Arbeitsform bedeutsam (Deloie, 2011), aber es sind weiterhin genuin sozialarbeiterische Aspekte zu beachten, wie sie im neueren Diskurs zur Sozialtherapie im Kontext der Klinischen Sozialarbeit beschrieben werden (vgl. u. a. Pauls, 2013; Pauls et al., 2013; Ortmann & Röh, 2014a/b; Gahleitner et al., 2014; Deloie, 2011, 2015). Sozialtherapie wird in diesem Zusammenhang als methodisches Konzept verstanden auf der Basis der Person-in-Environment-Perspektive, die als ihre Zielgruppe Menschen in und mit multiplen Problemlagen sieht (Deloie, 2017, S. 180). Sie »ist subjekt-, aufgaben- und kontextbezogen und kann präventiv, kurativ und rehabilitativ einwirken ... [und] ... beinhaltet den Anspruch eines komplex orientierten methodischen Vorgehens, das alltagsorientiert und niedrigschwellig, beziehungsorientiert und sozial unterstützend, empowernd, inklusions- und diversity-sensibel entlang einer Reihe von Arbeitsfeldern und Zielgruppen stetig neue Orientierungen entwickelt« (Gahleitner et al., 2014, S. 8; Erg. v. Verf.). Die Sozialtherapeutische Gruppenarbeit kann somit als eine Arbeitsform der Sozialtherapie

aufgefasst werden, die hier als eine Ausformung der Sozialen Gruppenarbeit verstanden wird, aber auch Bezüge zur Gruppenpsychotherapie aufweist. Als Verfahren der Sozialen Gruppenarbeit benennt Wendt (2015) die themenzentrierte Interaktion, das Rollenspiel, das Psychodrama, die Aufstellungsarbeit und die Erlebnis- und Wildnispädagogik (S. 250-268). Für die Sozialtherapeutische Gruppenarbeit können die aus der »Sozialtherapie Sucht« bekannten systemischen, verhaltensorientierten, tiefenpsychologischen, humanistischen Gruppenansätze inklusive der Integrativen Sozialtherapeutischen Gruppenarbeit ergänzt werden.

Dilemmata und Chancen in der Sozialtherapeutischen Gruppenarbeit

»Unlust« auf Gruppe: Motivation, Individualisierung der Settings und Niedrigschwelligkeit

Bei vielen Beteiligten löst die Vorstellung an eine Gruppentherapie eine Unlust aus. In der Sozialtherapie Sucht äußern KlientInnen beispielsweise immer wieder ein Unbehagen den oftmals obligatorischen Gruppenangeboten gegenüber und präferieren eine Einzeltherapie, die mehr Anteilnahme, vertieftes Verständnis und Vertraulichkeit verspricht (Lindenmeyer, 2011, S. 10). Dieses Unbehagen vor der Gruppenarbeit ist auch bei manchen BehandlerInnen zu konstatieren (vgl. Abb. 1).

Oftmals sind Ängste hinter der Unlust zu vermuten, diese gilt es ernst zu nehmen und durch Aufklärung und motivierende Arbeit zu minimieren. In der ambulanten Suchttherapie hat es sich beispielsweise als hilfreich erwiesen, dass KlientInnen vor der Aufnahme in die Gruppentherapie eine Informations- und Motivationsgruppe und Einzelgespräche aufsuchen (Lindenmeyer, 2011, S. 10), in der sie erste Informationen über ihre Erkrankung, Ablauf der Gruppen und Spielregeln erfahren und sich mit ihrer eigenen Veränderungsbereitschaft auseinandersetzen. Yalom (1970/2015) spricht in diesem Zusammenhang vom therapeutischen Faktor »Mitteilen von Informationen« (S. 23-42). Informierte KlientInnen haben die Chance, Sorgen und Ängste abzubauen, da sie stärker das Gefühl von Versteh- und Handhabbarkeit erfahren.



Abbildung 1: Unbehagen vor der Gruppe

Als weiterer Punkt zur Angstreduktion kann der durch KlientInnen selbstbestimmte Zeitpunkt der Aufnahme in die Gruppe identifiziert werden, der nicht zwingend eine Veränderungsbereitschaft voraussetzt. Veränderungsbereitschaft ist gerade bei SuchtklientInnen mit starken psychosozialen Begleitsymptomen erst im Laufe der Rehabilitation zu erreichen. Sie braucht Zeit und viel Vertrauen zum eigenen Prozess, zu den MitteilnehmerInnen, den GruppentherapeutInnen und Vorbildern aus der Gruppe. Ein flexibler Wechsel von der Gruppe zurück in die Einzeltherapie sollte ferner ermöglicht werden, wenn die Gruppenteilnahme, z. B. bei KlientInnen mit einer Borderline-Problematik, nicht mehr gehalten wird. Das heißt, dass Einstieg und Wechsel von Arbeitsformen durch eine Niedrigschwelligkeit geprägt sein müssen, auch bei sogenannten hochschwierigen Hilfen. Dies sollte meiner Einschätzung nach auch für KlientInnen stationärer Maßnahmen erwogen werden, wie in der Suchtrehabilitation oder in unterschiedlichen Wohnheimformen.

Seitens der SozialtherapeutInnen können Ängste durch intensive gruppentherapeutische Weiterbildungen inklusive gruppentherapeutischer Selbsterfahrung und berufsbegleitender Supervision genommen werden. In der Praxis der Gruppenarbeit mit »Hard-to-reach-KlientInnen« sollte das »Vier-Augen-Prinzip« (TherapeutIn und Co-Leitung) vorherrschen, das Austausch, Arbeitsteilung und die gegenseitige Entlastung ermöglicht. Entlastung für die GruppentherapeutInnen kann eine themenzentrierte modulare Arbeitsweise bringen, bei der nach Lindenmeyer (2011) aber die Gefahr eines Unterrichtscharakters besteht, der KlientInnen in die Rolle von passiven AkteurInnen drängt (S. 10-15). Er spricht sich daher für den Einsatz von Therapiematerialien aus, die eine Struktur geben, aber auch Spielraum für das Prozesshafte einer Gruppe lassen (ebd.).

Gruppe als hochkomplexer Interaktionsraum: Gruppendynamik und Gruppenprozessanalyse

Die Sozialtherapeutische Gruppenarbeit findet in einem Raum mit hochkomplexen Interaktionen zwischen einzelnen Gruppenmitgliedern und im Kontakt mit den SozialtherapeutInnen statt, die durch vielfältige Kommunikationszugänge gesteuert und durch innerpsychische Vorgänge der Einzelnen sowie durch die äußeren Umweltfaktoren signifikant geprägt werden. Nun ist ein Gruppenprozess durch die mannigfaltige Beziehungsstruktur per se eine Herausforderung für alle Beteiligten. Fast unüberschaubar ist die Komplexität, wenn die GruppenteilnehmerInnen in und mit multiplen Problemlagen leben (vgl. Abb. 2). Aber warum?

Die Wahrnehmung dessen, was in der Gruppensituation geschieht und wie Einzelne in kommunikative Interaktion treten, ist maßgeblich durch biografische Erfahrungen beeinflusst und geschieht meist auf der unbewussten Ebene. Von diesem Prozess sind TherapeutInnen nicht ausgeschlossen, insbesondere dann, wenn kein Reflexionsprozess durch Schulungen, Teamarbeit und Selbsterfahrung vorlaufend angeregt wird. »Hard-to-reach-KlientInnen« haben in ihrer Biografie häufig belastende Beziehungserfahrungen im Nahraum erlebt oder beschreiben belastende Gruppenerfahrungen in Schule, Beruf oder Wohnumfeld. Nicht selten sind sie psychischer oder physischer Gewalt, Ausgrenzung, Mobbing etc. ausgesetzt gewesen und befinden sich aktuell in solchen prävalenten pathogenen Milieus. Und die Gruppensituation scheint ein Ort, zumindest initial, der den Kontrollbedürfnissen von belasteten AdressatInnen diametral gegenüber steht. Einzeltherapeutische Settings bieten trotz der möglichen Dichte und Nähe von KlientInnen und SozialtherapeutInnen einen attraktiveren Raum, der besser einschätzbar erscheint.

Als weitere Einflussfaktoren wirken Bedingungen des Umfeldes. Hier spielen institutionelle Rahmenbedingungen, familiäre und freundschaftliche Beziehungen und sozioökonomische Faktoren eine entscheidende Rolle. Insbesondere Aspekte der fehlenden Existenzsicherung, wie zunehmende Verschuldung oder drohender Wohnungsverlust, wirken auf die Klientel psychisch destabilisierend. Belastend für alle Beteiligten sind oftmals kulturelle Milieunterschiede zwischen eigener Lebenswelt und »Welt/Raum« der Gruppe mit den jeweils unterscheidenden »Spielregeln«.

Hochkomplexe und unüberschaubare Systeme erzeugen i. d. R. Angst und Unbehagen. Und so stellt der Versuch, diese Unüberschaubarkeit zu verstehen, einen Versuch dar, Angst und Unbehagen zu reduzieren und im Falle der Sozialtherapeutischen Gruppenarbeit so zu beeinflussen, dass für die KlientInnen der Gruppenbesuch positiv und hilfreich verläuft.

Neben dem individuellen Fallverstehen geht es in der Gruppenarbeit des Weiteren darum, die Dynamik der Gruppe, die ihnen innewohnenden Prozesse im Sinne der heraklitischen Spirale (Petzold, 1993, S. 625) wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären. Orth und Petzold (2006) haben im Rahmen der Gruppenprozessanalyse 14 Perspektiven formuliert, die für BehandlerInnen wie Klientel einen Orientierungsrahmen zum verbesserten Verständnis der Entwicklungsprozesse bzw. -hemmnisse in einer Gruppe bereitstellen. Beispielhaft sei die Perspektive der Übertragungsdynamiken, der empathischen Resonanz und der Beziehungsrealität genannt. Hier stellen sich Fragen nach den Übertragungen der KlientInnen auf TherapeutInnen, auf das TherapeutInnen-Team, auf einzelne Mit-KlientInnen, auf die Gesamtgruppe oder Institution. Entscheidend ist auch die Übertragung oder Gegenübertragung des/der SozialtherapeutIn auf die genannten Personen oder das Subsystem »Gruppe« oder das System »Institution«. Ferner benennen Orth und Petzold (ebd.) u. a. die Perspektiven der psychopathologischen Phänomene, Problemlagen, Ressourcen, Rahmenbedingungen, Rollenzuschreibungen, des Gruppenklimas, der Gruppenkohäsion (S. 205-209). Die aus der Kleingruppenforschung entstandene Gruppendynamik hat ebenfalls hilfreiche Ansatzpunkte geliefert mit ihren Überlegungen zur Entstehung von Gruppen und ihren

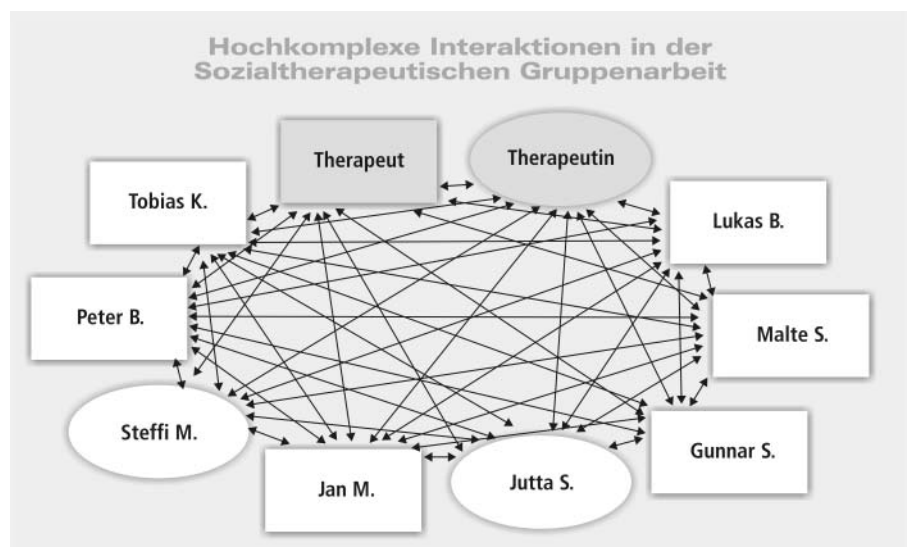


Abbildung 2: Hochkomplexe Interaktionen in der Sozialtherapeutischen Gruppenarbeit

Aufgabenstellungen, zu Gruppenprozessen und -strukturen und beschreibt relevante Dimensionen, wie Zugehörigkeit zur Gruppe, Machtverhältnisse und Fragen nach Nähe und Intimität (König & Schattenhofer, 2007). Bernstein und Lowy (1965/1975, S. 57-102), übertragen diese Dimensionen in ein Gruppen-Entwicklungsmodell mit den Stufen (1) Vorschluss oder Orientierung, (2) Machtkampf und Kontrolle, (3) Vertrautheit und Intimität, (4) Differenzierung und (5) Trennung und Ablösung.

Psychotherapeutisierung der Sozialtherapeutischen Gruppenarbeit: Integration genuin sozialarbeiterischer und psychotherapeutischer Paradigmen

In Feldern der Sozialtherapie Sucht (Suchtrehabilitation) finden wir häufig das Phänomen, dass die Gruppentherapie auch unter Leitung von sozialtherapeutisch ausgebildeten SozialarbeiterInnen einem psychotherapeutischen Paradigma (Ohling, 2015) folgt und überwiegend Themen wie die intra- und interpersonelle Dimension Eingang finden. Es geht häufig um die Symptomminimierung und strukturelle Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Besondere Beachtung und Ansprache findet die emotionale Lage der KlientInnen als Risikofaktor für ein potenzielles Rückfallgeschehen. Die Genese der häufig starken Emotionen wird in belastenden Kindheitserfahrungen und aktuell belastenden Faktoren in Beziehungen gesehen. Dass diese Emotionen z. B. auch ein Resultat einer belastenden finanziellen Krise darstellen, wird meiner Einschätzung nach stark unterschätzt, und es werden Möglichkeiten für angepasste Interventionen genommen.

Wann ist eine Gruppentherapie wirksam? Yalom (1970/2015) hat für die Gruppenpsychotherapie elf Therapiefaktoren benannt, die therapeutische Veränderung ermöglichen (S. 23) und auch für die Sozialtherapeutische Gruppenarbeit von Bedeutung sind: der Abbau von Demoralisation und das Wecken von Hoffnung, das Gefühl, mit den eigenen Problemen nicht alleine zu sein, die Aufklärung, das Gefühl, für andere hilfreich zu wirken, emotional korrigierende Erfahrungen, Förderung von sozialer Kompetenz, Lernen am Modell, interpersonales Lernen, Gruppen, emotionale Entlastung und existenzielle Faktoren. Yalom (ebd.) spricht die intrapersonelle und interpersonelle Ebene an, die aber für »Hard-to-reach-KlientInnen« in der Sozialtherapeutischen Gruppenarbeit durch eine sozialarbeiterische Perspektive ergänzt werden müssen.

Rauschfleisch (1996) hat mit seinem bifokalen Ansatz auf die Notwendigkeit

hingewiesen, dass sich bei Menschen in psychosozialer Not psychische und soziale Problemlagen gegenseitig bedingen, diese nicht getrennt voneinander betrachtet und behandelt werden können. Die Interdependenz von sozialen Problemen – d.h. prekäre finanzielle, wohnliche und berufliche Situationen – und psychischen Störungen sind kennzeichnend für diese Menschen. Sie werden in der neueren Literatur als »Hard-to-reach-Klientel« bezeichnet (Labonté-Roset et al., 2010; Gahleitner, 2012). Mit diesem Begriff werden Menschen assoziiert, die aus schwierigeren, ja prekären Lebenslagen kommen, die unter einer Akkumulation von psychosozialen Belastungen leiden und deren Umfeld wiederum mit involviert ist (Gahleitner, 2012, S. 38).

Der bifokale Ansatz nach Rauchfleisch (1996) wurde für die Klinische Sozialarbeit zum trifokalen Behandlungsansatz modifiziert und mit folgenden Ebenen der Intervention erweitert: Interventionen auf intrapersoneller, auf interpersoneller und auf sozioökonomischer Ebene (Deloie, 2011, S. 191-217). Das heißt, dass die von Yalom (1970/2015) formulierten therapeutischen Faktoren für die Gruppenpsychotherapie im Kontext eines sozialtherapeutisch-orientierten Ansatzes um klinisch-sozialarbeiterische Faktoren ergänzt werden müssen!

Fazit

Wann kann die Herausforderung Sozialtherapeutische Gruppenarbeit für alle Beteiligten gelingen? Konopka hat bereits 1963 (Konopka 1963/1971, S. 230f.) wertvolle und heute noch aktuelle Prinzipien formuliert, die orientierungsgebend sind: die Anerkennung der unverwechselbaren Individualität der einzelnen TeilnehmerInnen und deren Annahme mit all ihren Ressourcen und Defiziten, das Sich-gewahr-Werden der Diversität von Gruppen, den Aufbau einer professionellen Beziehung, die vonseiten des/der GruppentherapeutIn durch einen menschlichen, warmherzigen Zugang geprägt ist, die Förderung guter Beziehungen unter den Mitgliedern und die Förderung der Gruppenkohäsion, die Förderung der gegenseitigen Hilfe und der Problem- und Konfliktlösung, die Ermütigung der Mitglieder, sich nach ihren Möglichkeiten einzubringen, die Erfahrungen des Neulernens und des Ermöglichens konstruktiver Beziehungsgestaltung, das Anerkennen der Grenzen der Gruppen und ihrer Mitglieder, eine individuelle Anpassung des Programms an die aktuelle Situation und die Evaluation der Prozesse.

Literatur

- Bernstein, S. & Lowy, L. (1975). *Untersuchungen zur Sozialen Gruppenarbeit* (4., unveränd. Aufl.). Freiburg: Lambertus (engl. Orig. 1965).
- Deloie, D. (2011). *Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden* (Reihe: Therapie & Beratung). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deloie, D. (2015). Welche Kompetenzen brauchen therapeutische SozialarbeiterInnen in der Suchtrehabilitation? Sozialtherapeutische Impulse Klinischer Sozialarbeit. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation*, 95(1), 4-18.
- Deloie, D. (2017). Sozialtherapeutische Grundhaltung. In J. Bischoff, D. Deimel, W. Christoph & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (Reihe: Lehrbuch; Neuausg.; S. 178-190). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S. B. (2012). »Und wenn es schwierig wird«? Therapeutische Beziehungsgestaltung im »hard to reach«-Bereich. *Integrative Therapie*, 38(1), 37-59.
- Gahleitner, S. B., Deloie, D. & Stitz, A. (2014). Integrative Sozialtherapie. *Klinische Sozialarbeit*, 10(2), 8-9. Online verfügbar: http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2327_o25394/0?size=0 [24.10.2016].
- König, O. & Schattenhofer, K. (2007). *Einführung in die Gruppendynamik* (2., akt. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Konopka, G. (1971). *Soziale Gruppenarbeit: ein helfender Prozeß* (Reihe: Sozialpädagogische Reihe; 4., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz (engl. Orig. 1963).
- Labonté-Roset, C., Hoefert, H.-W. & Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (Reihe: Praxis, Theorie, Innovation, Bd. 9). Berlin: Schibri.
- Lindenmeyer, J. (2011). Gruppentherapie in offene Gruppen. In J. Lindenmeyer (Hrsg.), *Offene Gruppen. Bd. 2* (Reihe: Therapie-Tools; S. 16-25). Weinheim: Beltz.
- Ohling, M. (2015). *Soziale Arbeit und Psychotherapie. Veränderung der beruflichen Identität von SozialpädagogInnen durch Weiterbildungen in psychotherapeutisch orientierten Verfahren* (Reihe: Grundlagen-texte Soziale Berufe). Weinheim: Beltz.
- Orth, I. & Petzold, H. G. (2006). Gruppenprozeßanalyse – ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie*, 2(2), 197-212. Online verfügbar: http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/orth_petzold1995b_gruppenprozess_polyloge17-2006.pdf [24.10.2016].
- Ortmann, K. & Röh, D. (2014a). Sozialtherapie als Konzept der Klinischen Sozialarbeit – eine sozialarbeitswissenschaftliche Fundierung. In S. B. Gahleitner, G. Hahn & R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Interventionen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit, Bd. 6; S. 71-91). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Ortmann, K. & Röh, D. (2014b). Sozialtherapie – Soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Ressourcen erschließen. *Klinische Sozialarbeit*, 10(2), 10-11. Online verfügbar: http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2327_o25394/0?size=0 [24.10.2016].
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 3., unveränd. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa (letzte überarb. Aufl. 2011).
- Pauls, H., Stockmann, P. & Reicherts, M. (Hrsg.) (2013). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg: Lambertus.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. Bd. 2: Klinische Theorie* (Reihe: Integrative Therapie. Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis, Bd. II/2). Paderborn: Junfermann.
- Rauchfleisch, U. (1996). *Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Psychotherapie* (Reihe: Sammlung Vandenhoeck). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt-Grunt, M. (2009). *Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung* (3., überarb. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Wendt, P.-U. (2015). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (Reihe: Studienmodule soziale Arbeit). Weinheim: Beltz.
- Yalom, I. D. (2015). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch* (Reihe: Leben lernen, Bd. 66; Jubiläumsausg.). Stuttgart: Klett-Cotta (engl. Orig. 1970).

Pilotprojekt »Wegweiser«

Evaluation eines sozialtherapeutischen Gruppenangebots für Kinder und Jugendliche auf dem Weg in die ambulante Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Moritz Lange, Michael Flothmann, Daniel Deimel

Ausgangslage

Laut der KiGGS-Studie aus dem Jahr 2012 liegen bei 20,2% der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren Hinweise auf psychische Störungen und bei 12,4% Beeinträchtigungen im familiären und sozialen Bereich vor (RKL, 2014, S. 2), wodurch frühzeitige Unterstützungs- und Behandlungsangebote zur Verhinderung negativer Auswirkungen auf die weitere Entwicklung nötig sind. In Deutschland beträgt die Wartezeit bei Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen für ein Erstgespräch im Durchschnitt 5,9 und für einen Therapieplatz 15,1 Wochen (Nübling et al., 2014, S. 39). Die Eltern der Betroffenen empfinden die Wartezeit als besonders belastend und werden mit Gefühlen von Schuld und Scheitern der eigenen Erziehungsfähigkeit konfrontiert (Kikum-Böckmann, 2015, S. 26).

Das sozialtherapeutische Gruppenprogramm »Wegweiser«

Ausgehend von diesem Bedarf konzipierte Kikum-Böckmann (2015) das sozialtherapeutische Gruppenangebot »Wegweiser« für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen, die teilweise auf einen Psychotherapieplatz warten. Es umfasst 20 Gruppensitzungen à zwei Stunden und ist für eine Gruppengröße von maximal acht Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 12 Jahren ausgelegt. Ziel des Angebots ist es, durch die Gestaltung der Übergangsphase in die ambulante Psychotherapie eine Entlastung, Stabilisierung und Verhinderung einer stationären Unterbringung zu erwirken sowie die TeilnehmerInnen auf eine mögliche ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapie vorzubereiten (ebd., S. 55ff.).

Die TeilnehmerInnen setzen sich anhand verschiedener Geschichten, StellvertreterInnenfiguren und Arbeitsaufträgen mit Themen wie Emotionen, Schuld, Verhaltensauffälligkeit, ambulanter Kinder- und Jugendpsychotherapie auseinander und entwickeln ein Pro-

blembewusstsein. Methodisch stützt sich das Programm auf die »Vier Wege der Heilung und Förderung« (Petzold, 1988, S. 215ff.; Lammel et al., 2015, S. 87f.) der Integrativen Therapie (Kikum-Böckmann, 2015, S. 67ff.).

Im gemeinsamen Austausch zwischen TeilnehmerInnen und Leitung wird daran gearbeitet, Konflikte und Probleme zu thematisieren und eine mehrperspektivische Sichtweise zu erarbeiten. Ein vertraulicher und von Wertschätzung geprägter Rahmen ermöglicht eine offene Thematisierung von Problemen und korrigierende Beziehungserfahrungen. Die Arbeit an persönlichen Ressourcen soll Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein stärken. Zum Angebot gehören ebenfalls kreative und erlebnisaktivierende Elemente, Rollenspiele und das Einüben von und Experimentieren mit Verhaltensweisen in Alltagssituationen. Weiterhin bietet die Gruppe die Möglichkeit für Solidaritätserfahrung, da durch den gemeinsamen Austausch soziales Sinnverstehen und eine angemessene Sicht auf die Realität gefördert wird (ebd.; Petzold, 1988, S. 215ff.; Lammel et al., 2015, S. 87f.).

Forschungsmethodik

Die Daten wurden qualitativ durch leitfadengestützte Interviews erhoben: mit je einem Elternteil (zwei Mütter und ein Vater) zu Beginn und Ende des Programms, mit den Kindern (n=3) nach dem letzten Gruppentermin. Die Auswertung erfolgte mit einem einfachen Transkriptionssystem (Dresing & Pehl, 2013, S.20ff.) und der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Ziel der Untersuchung war die Evaluation des Angebots »Wegweiser«. Angelehnt an die Evaluationsfunktionen von nach Bortz und Döring (2006, S. 96) wurden Erkenntnisse über Wirkung und Effekte der Interventionen gesammelt, Stärken und Schwächen zur Optimierung erkannt sowie eine Legitimationsgrundlage geschaffen, z.B. für eine Akquise von Finanzierung. Hierzu wurden Daten der erreichten Zielgruppe erhoben, wie deren Problemlage und

Hilfsbiografie. Inhalt der Erhebung bzw. der Interviews waren zudem eigene Ziele und Erwartungen sowie aus NutzerInnenperspektive erreichte Ziele, Effekte und Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Ergebnisse der Evaluation

Die TeilnehmerInnen

Anfangs nahmen am »Wegweiser«-Angebot vier Mädchen im Alter von 7 bis 12 Jahren teil; zwei von drei Eltern sind alleinerziehend.

Die Eltern beschrieben Belastungen der Kinder wie ADHS, Hochbegabung, traumatisierende Erfahrung, Verlusterfahrung und Entwicklungsverzögerung. Zwei von drei Kindern erhielten nach der Teilnahme am diagnostischen Angebot eine Therapieempfehlung; einer Familie wurde zunächst empfohlen, die familiäre Situation zu bearbeiten; zwei von drei Eltern nahmen Beratungs- und Unterstützungsangebote des Jugendamts wahr.

Zum Zeitpunkt der Vorerhebung wurden als aktuelle Belastungsursachen der Kinder Mobbing und Ausgrenzung in der Schule, starke Auseinandersetzungen mit Familienmitgliedern, Trauer bei Verlust, Loyalitätskonflikte, Schuldgefühle bei Trennung der Eltern und allgemeine Entwicklungsaufgaben sowie Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und im Beziehungsaufbau zu Gleichaltrigen beschrieben. Auf elterlicher Seite wurden Belastungen wie psychische Störung, Konflikte mit (ehemaligen) PartnerInnen, Verlusterfahrung und fehlende soziale Unterstützung benannt.

Freundschaften seien nur wenig intensiv, auf die Schulzeit bezogen und bestünden hauptsächlich zu jüngeren Kindern. Als Ressourcen wurden Unterstützung aus der Verwandtschaft, Zusammenhalt der Kernfamilie und familiäre Rituale sowie religiöser Glaube angegeben. Der (Schul-)Alltag werde trotz Belastungen bewältigt. Die Eltern zeigten eine hohe Bereitschaft zur Annahme von Hilfeangeboten und ein Bewusstsein für die eigenen und kindlichen Belastungen.

Als Erwartung nannten die Eltern den Austausch mit Kindern in ähnlichen Le-

benssituationen, einen Raum zum Ansprechen von belastenden Themen sowie die Erarbeitung von Bewältigungs- und Emotionsregulationsstrategien. Weitere Anliegen waren u. a. Klärung des Therapiebedarfs, Steigerung des Wohlbefindens, Entwicklung einer realitätsangemessenen Wahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins und eine »Auszeit von Zuhause«.

Veränderungen, hilfreiche Interventionen und Zufriedenheit

Am Ende des Programms benannten Eltern und Kinder als Belastungen für die Kinder schwierige Interaktion mit einem Elternteil, fortwährende Trauer, Ausgrenzung im Schulalltag und Sorgen um die Trennung der Eltern. Zusätzlich zeigte sich eine Einsicht der Eltern in eigene Problematiken. Die Kinder beschrieben ihre aktuelle Gefühlslage als gut bis sehr gut, was sie teilweise auf soziale Unterstützung und auf die Abnahme von Konflikten mit MitschülerInnen zurückführten.

Die Eltern berichteten durchgängig selbstsicheres Auftreten und Verselbstständigung der Kinder sowie gesteigerte Sozialkompetenzen wie Reflexion des eigenen Sozialverhaltens, eigenständiges Lösen von Konflikten und Artikulation bzw. Durchsetzung eigener Bedürfnisse; konfliktreiche Situationen kämen nun seltener vor. Laut den Eltern verbesserte sich der Umgang der Kinder mit Emotionen und ihr Bewusstsein dafür, dass auch andere Kinder Probleme haben. Benannt wurden außerdem eine Stabilisierung während des Programms sowie vermehrte Kontaktsuche zu Gleichaltrigen statt Jüngeren. Ergänzend beschrieben die Kinder, nun offener zu sein, weniger geärgert zu werden und sich wehren zu können. Von belastenden Streitigkeiten konnte die Aufmerksamkeit auf positive Aspekte gelegt werden.

Aus Sicht der Eltern konnten die Kinder die Gruppe als soziale Unterstützung wahrnehmen und für die Thematisierung eigener Probleme und der Erarbeitung von Lösungen nutzen. Für die Kinder waren zur Differenzierung und Regulierung von Emotionen die »Gefühlshuhr«, »Sorgenfresser« und der »Wutballon« relevant. Identifikation und Übertragung auf die eigene Situation konnten durch StellvertreterInnenfiguren hergestellt werden. Die Gruppe konnte durch Zusammenhalt und Mehrperspektivität für die Erarbeitung von Lösungen sowie für die Besprechung von Problemen genutzt werden. Insbesondere wurden Ausflüge hervorgehoben, die vom Alltag ablenkten. Die Informationen zur Kinder- und Jugend-

lichen-Psychotherapie wurden von den Kindern als interessant empfunden. Neben konzeptionell intendierten Techniken und Rahmenbedingungen übernahmen BetreuerInnen bzw. die Gruppe Teilaspekte elterlicher Funktionen und lenkten so die Aufmerksamkeit auf eigene Problembereiche. Zusätzlich regten die Erzählungen der Kinder über das Programm die Eltern zur Selbstreflexion an.

Gegen Ende des Programms nahm ein Kind ambulante Psychotherapie wahr. Für ein Elternteil bestand kein Bedarf mehr, ein weiteres ist erneut auf der Suche nach einem Therapieplatz, aufgrund von Platzmangel und Wartezeit jedoch mit wenig Zuversicht.

Zwei von drei Eltern skalierten ihre Zufriedenheit im obersten Bereich. Unzufriedenheit mit dem Angebot begründete ein anderes Elternteil damit, dass die Erwartung von Trauerbewältigung nicht erfüllt wurde. Die Zufriedenheit wird auf die bereits genannten Veränderungen und die Rahmenbedingungen (z. B. kostenlose Teilnahme) zurückgeführt. Angeboten wie »Wegweiser« wurde ein hoher Bedarf zugeschrieben, da sie Lebensführungskompetenz vermitteln und eine Aufrechterhaltung von Normalität leisten. Für die Kinder waren v. a. das Knüpfen neuer Freundschaften und die Gruppenaktivitäten von Bedeutung. Eines der Kinder resümierte abschließend: »Wenn du irgendwelche schlimmen Probleme hast, wo du gar nicht gut klären kannst, dann melde dich in dieser Gruppe an. Die wird dir helfen«, Probleme könne man »nochmal als Gruppe besprechen, und die werden dich dann gut unterstützen«.

Als Verbesserungsideen wurden eine dauerhafte Fortführung von »Wegweiser« und ein elterlicher Austausch bezüglich eigener Probleme und Erfahrungen sowie die Intensivierung der Trauerarbeit genannt.

Diskussion

Abschließend lässt sich festhalten, dass die von Eltern und Kindern beschriebenen Effekte und hilfreichen Interventionen mit dem Konzept von »Wegweiser« übereinstimmen. Die angedachte Zielgruppe wurde erreicht, jedoch die Erwartung der Trauerbewältigung eines Elternteils nicht erfüllt. Eine Erklärung hierfür wäre die Schwierigkeit, einen Psychotherapieplatz zu finden, und eine für die Eltern undurchsichtige Therapielandschaft.

Diese Probleme könnten durch Unterstützung bei der Suche nach einer passenden Therapieform und Aufklärung

über das vielfältige Psychotherapie-Angebot behoben werden. »Wegweiser« zeigt, wie durch Sozialtherapie die psychischen und sozialen Belastungen gelindert und eine höhere Passung zwischen Individuum und Umwelt erzielt werden kann.

Die Evaluation der vorliegenden Stichprobe gibt Hinweise darauf, dass sozialtherapeutische Angebote dazu beitragen können, Belastungen in der Wartezeit auf einen Therapieplatz zu senken und die soziale Funktionsfähigkeit zu verbessern. Hinzuweisen bleibt aber auf die eingeschränkte Ergebnisübertragbarkeit wegen der kleinen Stichprobe. »Wegweiser« wurde zum Erhebungszeitpunkt erstmalig als Pilotprojekt mit wenigen Kindern durchgeführt. Die vorliegende Evaluation dient daher als Pilotstudie, auf deren Basis weitere Durchläufe und Evaluationen mit größeren Stichproben durchgeführt werden können. Schlussendlich bilden die Ergebnisse eine Grundlage, um das Gruppenangebot bei der noch ausstehenden Finanzierung zu unterstützen.

Literatur

- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (Reihe: Springer-Lehrbuch; 4., überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5., unveränd. Aufl.). Marburg: Dresing & Pehl. Online verfügbar: http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf [30.10.2016] (Erstaufl. erschienen 2011).
- Kikum-Böckmann, J. (2015). *Übergangsprobleme auf dem Weg in die ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Weitraisdorf: ZKS. Online verfügbar: http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2325_o23572/1?size=o [30.10.2016].
- Lammel, U. A. (2015). Therapeutische Dimensionen in der Klinischen Sozialarbeit: Konzepte, Methoden und Techniken auf der Basis der Integrativen Therapie. In U. A. Lammel, J. Jungbauer & A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte* (S. 77-94). Dortmund: vml.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim.
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, J. (2014). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht*. Stuttgart: LPTK. Online verfügbar: http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20140513_nuebling_et_al_ambulante_pt_versorgung_ergebnisbericht.pdf [30.10.2016].
- Petzold, H. G. (1988). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bd. 1: Leib- und Bewegungstherapie* (Reihe: Integrative Therapie, Bd. 1,1). Paderborn: Junfermann.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2014). *KiGGS Welle 1: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse*. Berlin: RKI. Online verfügbar: http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/KiGGS1_Zusammenfassung_20140623.pdf [30.10.2016].

Neue Soziotherapie-Richtlinie – alte Probleme¹

Hansgeorg Ließem

Die Erwartungen an die Novellierung der Soziotherapie-Richtlinie haben sich nicht erfüllt. Die ambulante psychiatrische Seite der Behandlung wird auch mit der neuen Fassung nicht gestärkt.

Weder werden ÄrztInnen verpflichtet, Soziotherapie zu verordnen, weder werden die Indikationen ohne zusätzliche Erschwernisse für die Behandlung freigegeben, noch wird die Chance genutzt, die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als Dokumentationsinstrument einzuführen. So wird es wohl dabei bleiben, dass die ambulante Psychiatrie in Deutschland in großen Teilen eine Leistung der Sozialhilfe bleibt.

Am 15. April 2015 ist nach lang hingezogenen Verhandlungen in der Arbeitsgruppe Soziotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses die neue Soziotherapie-Richtlinie in Kraft getreten (G-Ba, 2015). Die Erwartungen seitens der SoziotherapeutInnen waren darauf gerichtet, mit der neuen Richtlinie endlich die Voraussetzungen zu schaffen, damit sich der gesetzliche Anspruch von schwer psychisch erkrankten Menschen auf eine qualifizierte ambulante Begleitung im häuslichen Wohnumfeld erfüllen kann. Welche Erwartungen bestanden im Einzelnen, und welche Antwort hat die neue Richtlinie hierauf gefunden?

Leistungsanspruch

Schon die alten Richtlinien von 2001 sprechen bei der Soziotherapie von einer Kann-Leistung (Ziff. 2), auf die man ärztlicherseits auch dann verzichten könnte, wenn die Voraussetzungen zur Verordnung gegeben sind. Dieser unverbindliche Charakter hatte zur Folge, dass die meisten der von den Richtlinien angesprochenen FachärztInnen die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verordnung von Soziotherapie erst gar nicht beantragten. § 37a SGB IX spricht aber eindeutig in Abs. 1 von einer Anspruchssituation. Trotz dieser eindeutigen Rechtslage belässt es der neue § 1 Abs. 3 bei der Kann-Formulierung.

Beschränkung der Indikationen

Wenn es in den letzten Jahren eine breite Kritik an den Soziotherapie-Richtlinien von 2001 gegeben hat, dann bezog

sie sich vor allem auf die Beschränkung der Leistungen auf den Kreis von PatientInnen, die an Schizophrenie bzw. an Erkrankungen mit psychotischen Symptomen leiden. Wenn man teure Krankenhausleistungen vermeiden will, dann doch selbstverständlich bei allen PatientInnen, bei denen eine Einweisung droht, und nicht nur bei einem relativ kleinen Teil von ihnen.

Diese zwingende kaufmännische Logik fand jedoch kassenintern einen mächtigen Gegenspieler. Die für die Finanzierung der stationären Versorgung zuständigen Abteilungen wiesen mit einiger Berechtigung auf die Tatsache hin, dass keine Psychatriebetten unbesetzt bleiben, weil ein größerer Teil der schwer Erkrankten soziotherapeutisch ambulant versorgt wird. Die einfache Rechnung, dass die Soziotherapie aus Einsparungen im stationären Bereich refinanziert werden kann, geht nicht auf. Krankenhäuser gleichen die geringere Nachfrage durch verstärkte Angebote für leichter Erkrankte wieder aus.

Noch vor wenigen Jahren waren die meisten Landesregierungen der Auffassung, dass durch verschiedene Neubaumaßnahmen ein flächendeckendes und bedarfsgerechtes Angebot im psychiatrischen Bereich geschaffen worden ist, das nun für längere Zeit ausreicht. Doch seit 2007 steigt in Deutschland wieder das Bettenangebot in der Psychiatrie. Wenn die Soziotherapie nur den wirtschaftlichen Sinn hätte, den weiteren Ausbau der psychiatrischen Krankenhäuser zu verhindern, wäre viel erreicht.

Neben diesen eher kaufmännischen Überlegungen sprechen aber auch ganz erhebliche wissenschaftliche Argumente gegen diese Einschränkung. Es ist heute internationaler Standard, die psychische Erkrankung als einen Komplex aus körperlicher Empfindlichkeit, psychischer Belastung und sozialen Lebensumständen zu betrachten. Nach dem »Biopsychosozialen Modell« reichen somatische Therapiemaßnahmen in der Regel nicht aus, um eine psychische Erkrankung zu behandeln.

Für die einzelnen psychiatrischen Krankheitsbilder werden in Deutschland von der maßgebenden Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Behandlungsleitlinien herausgegeben und fortwährend

weiter entwickelt, die als S3-Leitlinien bezeichnet werden, wenn sie eine hohe Evidenz besitzen. Wenn ich beispielhaft für eine aktuelle Leitlinie die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen vom Mai 2012 (DGBS & DGPPN, 2012) heranziehe, so beschäftige ich mich bewusst mit einer Erkrankung, die nach den früheren Richtlinien nicht soziotherapiefähig ist. Auch die neue Richtlinie sieht ihre soziotherapeutische Behandlung gemäß § 2 Abs. 5 nur als Ausnahme vor, aber immerhin.

Die Leitlinie beschäftigt sich schon in ihrem ersten Teil sehr ausführlich mit der Rolle von PatientInnen und deren Angehörigen, mit denen »auf Augenhöhe« (ebd., S. 35) ein Dialog geführt werden sollte, da sie einen wesentlichen Beitrag zur Therapie leisten. »Der Dialog zwischen den beteiligten Gruppen [PatientInnen und Angehörigen] ist aus der modernen Psychiatrie nicht mehr wegzudenken, auch wenn dieser Gedanke leider immer noch nicht überall die gebührende Akzeptanz findet« (ebd., S. 34; Erg. v. Verf.). Diese mangelnde Akzeptanz findet sich leider auch im Zusammenhang mit der Novellierung der Soziotherapie-Richtlinie.

Der Leistungskatalog der Soziotherapie ist darauf ausgerichtet, gerade die Aktivierung und Implementierung der PatientInnen selbst und ihres Umfeldes in den Behandlungsprozess zustande zu bringen. Diese Notwendigkeit besteht aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich bei allen Krankheitsbildern der ICD-10. Wie schon aus dem obigen Zitat hervorgeht, gehört Soziotherapie heute zum Grundelement jeder psychiatrischen Behandlung. Es ist daher an der Zeit, die Einschränkungen des § 2 Abs. 4 ST-RL aufzugeben.

Auf den ersten Blick könnte man den Eindruck gewinnen, als hätten die Verfasser der neuen Richtlinie diesen Öffnungsgedanken schon einmal erwogen, ihn dann aber auf die Ausnahmeregelung des § 2 Abs. 5 ST-RL zurückgenommen. Hierin werden verschiedene Ausnahmetatbestände genannt, bei denen Soziotherapie auch bei anderen Indikationen verordnet werden kann. Immerhin kann man jetzt behaupten, dass die neue Richtlinie die moderne Psychiatrie schon im Blick hat. In den besonders schweren Erkrankungsfällen kann Soziotherapie für alle psychiatrischen Indikationen verordnet werden. Doch wer bestimmt, ob eine Ausnahme vorliegt? Im Zweifel immer die Krankenkassen.

ICF versus GAF

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Scala; APA, 1987/2006) wurde 1987 von der American Psychiatric Association vorgestellt. Sie unterstützt das Gewichten von Symptomen einer psychischen Erkrankung und der hierdurch eingetretenen sozialen Beeinträchtigungen, die als Funktionsverluste bezeichnet werden. Sie reicht vom ernsthaften Selbstmordversuch (Scala 1) bis zur selbstbewussten und sozial voll integrierten Persönlichkeit (Scala 100).

Diese GAF-Scala wurde aus zwei Gründen außer Gebrauch genommen und im Jahre 2000 durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF; WHO, 2001/2005) ersetzt: Die GAF-Scala bewertet aus Sicht der PsychiaterInnen eine akute Symptomatik und Funktionssituation so undifferenziert, dass sich hieraus keine konkreten Anhaltspunkte für die Therapie ergeben. Ferner bezieht die GAF-Scala ganz bewusst weder körperliche Faktoren noch soziale Umfeldbedingungen ein, welche die eingetretene Beeinträchtigung möglicherweise ganz entscheidend ausgelöst haben.

Beide Gesichtspunkte werden in der ICF berücksichtigt. Sie schafft hierdurch eine Grundlage, um die Therapieziele zu beschreiben und auch wichtige therapeutische Einzelschritte festzulegen. Die ICF ist auch geeignet, sie den PatientInnen selbst offenzulegen, sodass sie aktiv auch an der Planung des therapeutischen Geschehens teilnehmen können. Hierdurch üben sie auch Kontrolle aus über den soziotherapeutischen Prozess, eine Kontrolle, die viel wirksamer ist, als die distanzierte und allzu oft von wirtschaftlichen Interessen bestimmte Kontrolle durch die Krankenkassen (vgl. auch Ließem, 2015a).

Offensichtlich ist den AutorInnen der neuen Soziotherapie-Richtlinie bewusst, dass die GAF-Scala zu wenig und möglicherweise sogar falsche Informationen liefert, auf die kein soziotherapeutisches Konzept aufgebaut werden kann, denn im neuen § 6 Abs. 2 ST-RL werden erneut umfangreiche Forderungen an den Betreuungsplan gestellt. Sie wären überflüssig, würde man von der GAF-Scala auf die ICF umsteigen. Dann hätte man ein modernes Instrumentarium, das inzwischen von allen Rehabilitationsträgern verstanden wird, also auch benutzt werden könnte, wenn zusätzlich beispielsweise Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erforderlich sind.

Kostenverlagerung

Viele Erkrankungen, vor allem die länger dauernden und besonders die psychischen Erkrankungen, können zu erheblichen sozialen Beeinträchtigungen führen. Lange vor Einführung der Soziotherapie hat sich die Sozialhilfe um diese betroffenen Menschen gekümmert. Diese Art der Hilfe ist aber gemäß § 19 SGB XII mit einer zusätzlichen sozialen Beeinträchtigung verbunden: Sie zwingt die PatientInnen zur Offenlegung ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse, denn im rechtlichen Sinne sind sie zunächst selbst wirtschaftlich verantwortlich für die notwendige Unterstützung. Erst wenn sie selbst und die Unterhaltsverpflichteten in ihrem nächsten Umfeld die Hilfe nicht selbst finanzieren können, tritt die Sozialhilfe ein.

Das Sozialgesetzbuch IX hat deshalb aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit klargestellt, welche Leistungen für diesen länger erkrankten Personenkreis (der gemäß § 2 SGB IX als behindert anzusehen ist) von welchem Kostenträger zu übernehmen sind. Nach diesen in den §§ 5 und 6 SGB IX genannten Kriterien fallen die Einzelleistungen des § 26 Abs. 3 SGB IX allein in die Zuständigkeit der medizinischen Rehabilitation. Dieser Gesetzestext liest sich wie die Kurzbeschrei-

Anzeige

MASTER KLINISCHE SOZIALARBEIT

Berufsbegleitender postgradualer Masterstudiengang

Voraussetzungen:

berufsqualifizierender Abschluss eines Hochschulstudiums, mindestens einjährige einschlägige Berufspraxis

Studienumfang:

90 Credits

Studienkosten:

z. Zt. 7.000,- Euro

Bewerbungsschluss:

1. Juli 2018

Studienbeginn:

WS 2018/19

Kontakt/Informationen:

Katholische Hochschule
für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin

Ansprechpartnerin:

Margit Wagner
Tel. +49 (0)30. 50 10 10 -47
margit.wagner@khsb-berlin.de



www.khsb-berlin.de

bung der Soziotherapie: »Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung«, »Aktivierung von Selbsthilfepotentialen«, »Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen«, »Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten«, »Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u. a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen«, »Training lebenspraktischer Fähigkeiten« (ebd.).

Wohlgemerkt: Hier handelt es sich um die Aufgaben der medizinischen Rehabilitation bei allen Erkrankten, bei denen eine sechs Monate dauernde Erkrankung droht bzw. schon eingetreten ist, also keineswegs allein bei psychisch erkrankten Menschen. Nach dem geltenden Recht

müssten wir also dringend darüber reden, wie die Soziotherapie aus ihrem psychiatrischen Sonderfeld herausgeführt und für alle in Betracht kommenden PatientInnen nutzbar gemacht werden kann. Tatsächlich kämpfen die deutschen Krankenkassen darum, nicht einmal alle psychisch Erkrankten an diese Leistung heranzulassen. Und mit dieser neuen Richtlinie haben sie ihr Ziel auf lange Sicht erreichbar gemacht.

Anmerkung

1 Für eine erweiterte Fassung vgl. Ließem, 2015b.

Literatur

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-Ba) (2015). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL) in der Neufassung vom 22. Januar 2015*. Berlin: G-Ba. Online verfügbar: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1179/ST-RL_2015-12-17_iK-2016-05-20.pdf [22.10.2016].

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2012). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.0*. Berlin: DGPPN. Online verfügbar: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-bipolar.pdf [23.10.2016].

American Psychiatric Association (APA) (2006). *GAV-Skala (Global Assessment of Functioning)*. Online verfügbar: http://www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf [22.10.2016] (engl. Orig. 1987).

World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF*. Genf: WHO. Online verfügbar: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/stand2005/icfbp2005.zip> [22.10.2016] (engl. Orig. 2001).

Ließem, H. (2015a). *ICF in der Soziotherapie*. Weitraamsdorf: ZKS. Online verfügbar: http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2325_o25435/0?size=o [22.10.2016].

Ließem, H. (2015b). *Neue Soziotherapie-Richtlinie: Alte Probleme* (Reihe: Psychosoziale Kurzbeiträge, Bd. 2). Weitraamsdorf: ZKS. Online verfügbar: http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2325_o25479/0?size=o [23.10.2016].

Rezension

Psychotherapie und Soziale Arbeit

Christine Kröger

Hans-Peter Heekerens widmet sich mit seinem Buch unterschiedlichen Facetten der traditionsreichen, fruchtbaren, aber ebenso spannungsvollen Verbindungslinien zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie. Den Auftakt bilden zwei Kapitel, die die Bedeutung der Begegnung Otto Ranks mit Virginia Robinson und Jessie Taft für die Ausgestaltung der funktionalen Schule des Social Case Work akzentuieren und den Einfluss Ranks auf Carl Rogers Konzept der Klientenzentrierten Therapie, auf das Psychodrama und auf die Gestalttherapie herausarbeiten. Die Kapitel 3 und 4 beleuchten die gemeinsamen Wurzeln von Sozialer Arbeit und Familientherapie; wie gewinnbringend eine Synergie ausfallen vermag, wird exemplarisch am Beispiel der aufsuchenden Familientherapie verdeutlicht. Im vorletzten Kapitel nimmt der Autor die besondere deutsche Geschichte des/der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn in den Blick: ein Beruf, der gegenwärtig in erster Linie von Frauen ausgeübt wird, die grundständig aus der Sozialen Arbeit kommen, und des-

sen Zukunft – durch die anstehende Reform der PsychotherapeutInnenausbildung – ungewiss ist. Das letzte Kapitel liefert einen kritischen Überblick zur Wirksamkeitsforschung psychosozialer Handlungsformen in der Sozialen Arbeit, der von dem Grundgedanken getragen ist, dass Gutes wollen und Gutes bewirken zweierlei ist. Hier wird mehr als deutlich herausgearbeitet, wie unverzichtbar es ist – nicht nur im Interesse unserer KlientInnen, sondern auch, um wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn zu ermöglichen und internationale Anschlussfähigkeit zu gewährleisten –, sozialarbeiterische Interventionen empirisch fundiert zu evaluieren.

Insgesamt bestechen die Darstellungen durch eine außergewöhnliche Differenziertheit, aufwändige Literaturrecherchen und eine profunde historische Expertise. Die sechs Kapitel sind als Plädoyer dafür zu verstehen, psychotherapeutisches Wissen und Können in einem sehr viel höheren Ausmaß, als dies gegenwärtig geschieht, für alltagsnahe, aufsuchende Interventionen nutzbar zu machen – und gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass sozialarbeiterische Expertise psychotherapeutisches Handeln und Theoriebildung durchwirkt. Da-

bei wird vor allem deutlich, welche Chancen und Potenziale wir vergeben, wenn dieses miteinander nicht gelingt und Soziale Arbeit und Psychotherapie in einem Neben- und Gegeneinander verhaftet bleiben (vgl. auch S. 95). Ich wünsche dem Buch, dass es eine möglichst breite LeserInnenschaft finden möge, vor allem unter HochschullehrerInnen (und zwar nicht nur denjenigen, die sich der Klinischen Sozialarbeit verpflichtet fühlen), die besondere Verantwortung für die Professionsentwicklung tragen und junge SozialarbeiterInnen ebenso wie junge PsychologInnen und PsychotherapeutInnen für »die notwendige Einheit von sozialer und psychotherapeutischer Hilfe« (S. 124) sensibilisieren können. Gerade die Arbeit mit komplex belasteten Menschen in prekären Lebensverhältnissen ist ohne eine enge Verzahnung von Sozialer Arbeit und Psychotherapie nicht gelingend zu leisten.

Heekerens, Hans-Peter (2016). *Psychotherapie und Soziale Arbeit. Studien zu einer wechselseitigen Beziehungsgeschichte*. Weitraamsdorf: ZKS. Online verfügbar: http://www.zks-verlag.de/files/s620_e2325_o25918/0?size=o [12.11.2016]. ISBN: 978-3-934247-57-4.

Tagungsbericht

6. Fachtagung Sozialdiagnostik

Michelle Mittmann, Annette Lange

Die 6. Fachtagung Sozialdiagnostik fand am 15./16.09.2016 an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg statt. Die Organisation oblag Prof. Dr. Dieter Röh, Professor für Sozialarbeitswissenschaften. Neben ihm hielten Prof. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher, Prof. Dr. Christian Schrapper und Prof. Dr. Manuela Brandstetter die Hauptvorträge der Tagung.

Am ersten Tagungstag wurde ein besonderes Augenmerk auf theoretische Begründungen sozialdiagnostischer Konzepte gelegt.

Im Mittelpunkt des zweiten Fachtages standen Verbreitung, Einsatz und Wirkung von Methoden und Instrumenten der Sozialdiagnostik. Trotz unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen der Beiträge in Hauptvorträgen und Panels einte sie schlussendlich der Blick in die Zukunft und die damit verbundene selbst auferlegte Aufgabe, die Implementierung Sozialer Diagnostik in Theorie und Praxis weiter voranzutreiben.

Im Vorfeld von Prof. Dr. Dieter Röh darum gebeten, begleiteten wir die Tagung mit flankierenden Fragen und richteten zu Beginn wie auch abschließend einige Worte an das Auditorium. Uns bewegte dabei die Frage, ob das

Thema Sozialdiagnostik während des Studiums Sozialer Arbeit ausreichend behandelt wird. Methoden und Instrumente werden gelehrt, die Sozialdiagnostik wird jedoch selten als solche benannt. Dies wäre notwendig, um den sensiblen Umgang mit der Sozialdiagnose zu vermitteln. Denn je spezieller die Diagnoseinstrumente, desto größer wird die Gefahr, mit einem eingeschränkten Blick auf die multidimensionalen Problemlagen zu schauen. Eine Umfrage unter Bachelor-Studierenden hat unseren Eindruck bestätigt. Von Studierenden des Masterstudiengangs Soziale Arbeit wurde uns ein differenzierterer Umgang mit der Sozialdiagnostik dargestellt.