

1.2 Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit

Einleitung

„Alle soziale Arbeit hat eine gemeinsame Richtlinie. Sie hat es mit Menschen zu tun, mit der wechselseitigen Anpassung von Menschen und Lebensumständen. Sie hat entweder Individuen zu fördern und zu beeinflussen, damit sie sich in ihrer Umwelt zurechtfinden und bewähren, oder sie hat die Lebensumstände, die Umwelt der Menschen so zu gestalten, dass der einzelne zur freien Entfaltung seiner Kräfte, zur Erfüllung der in ihm ruhenden Möglichkeiten gelangen kann.“ (Salomon, 1927, zit. n. Hering & Münchmeier, 2014, S. 100)

Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit zu begründen, beruht auf dieser bifokalen Sichtweise des Auftrags jeder Sozialen Arbeit. Wir werden die Argumentation entlang folgender Schritte aufbauen: Zunächst zeichnen wir die Herkunft des Begriffs und erläutern das Gesundheits- und Menschenbild, um dann eine Konzeptualisierung der Sozialtherapie vorzunehmen. Im Anschluss daran werden Methoden und handlungsleitende Prinzipien sowie begründende Theorien und schließlich zentrale Arbeitsfelder beschrieben.

Herkunft der Sozialtherapie

Will man verstehen, warum Sozialtherapie heute noch eher schemenhaft konturiert, in der sozialarbeiterischen Praxis und Identität nur rudimentär verortet und insgesamt die Diskussion nur am Rande der konzeptionell-methodischen Entwicklung sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Methoden verläuft, so benötigt man einen Blick auf die bisherige Entwicklung. Wie Hahn (2014, S. 12) zurecht feststellt, finden sich „frühe Bezugspunkte Sozialer Therapie [...] in der deutschsprachigen Fachliteratur seit ca. 90 Jahren“, wobei hier vor allem auf Alice Salomon rekurriert wird, die bereits 1926, zusammen mit Siddy Wronsky, „ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit für Unterrichtszwecke zusammengestellt und bearbeitet“ hatte und diese Sammlung unter den Titel „Soziale Therapie“ stellte. Die Fälle sind „Musterbeispiele vorzüglicher Arbeit“ (Wronsky & Salomon, 1926, S. III), die allerdings von ihnen bewusst nicht weiter kommentiert werden, um dies dann im Unterricht an den Sozialen Frauenschulen zu tun. Dieses Manko, dass es damals und auch im Weiteren keine systematische Aufarbeitung der theoretisch-konzeptionellen Begründung einer Sozialen Therapie bzw. Sozialtherapie gibt, wirkt bis heute nach. So haben dann zunächst Ärzte, z. B. von Weizsäcker 1947 (Lippenmeier, 2011, S. 852), Dörner (seit gemeinsam mit Plog seit 1984 im Lehrbuch „Irren ist menschlich“, zuletzt Dörner u. a., 2016) oder Ciompi (1994) versucht, eine Definition und konzeptionelle Be-

stimmung vorzunehmen. Diese vollzog sich entlang entsprechender Reformimpulse aus der eigenen Wissenschafts- und Professionsentwicklung und war häufig einem (sozial-)kritischen Impuls entsprungen – bei von Weizsäcker der Entwicklung einer Psychosomatik bzw. einer erweiterten Form der Psychotherapie und bei den Sozialpsychiatern Dörner und Ciompi der Kritik an der menschenunwürdigen Behandlung psychisch Kranker in der kustodialen Anstaltspsychiatrie. Alle Genannten verorten Sozialtherapie jenseits der Sozialen Arbeit bzw. als allgemeines Handlungsprinzip in ihren Bereichen (exemplarisch: Dörner u. a., 2010, S. 553 f.) oder sehen es gar als kontraproduktiv an, diese an die Soziale Arbeit anzubinden (exemplarisch Richter, 1988, S. 531).

Auch die in diesem kritischen Zusammenhang weitergeführte Diskussion, die sich exemplarisch am Studiengang „Soziale Therapie“ der Universität Kassel orientiert, welcher maßgeblich von Rolf Schwendter geprägt wurde (Pauls & Hahn, 2015), ist symptomatisch für das Verständnis von Sozialtherapie: „Soziale Therapie steht für das Verstehen von Leiden in seinen Bezügen, in denen es entstanden ist, in denen es weiterbesteht und auf allen Ebenen vermindert werden soll.“ (Schwendter, 2000, S. 10 f.). Obwohl Schwendter die Soziale Therapie originär aus der Sozialen Arbeit heraus entwickeln und allenfalls mit psychotherapeutischen und anderen Mitteln anreichern will, bleibt sein Konzept doch an vielen Stellen unscharf, vor allem, wenn zu den „Interventionen Sozialer Therapie“ neben „Beratung und Krisenintervention“, „(Wieder-)Herstellung sozialer Netzwerke, Social Support“, „Stärkung des Selbstbewusstseins/Coping“ auch sogenannte „Arme Therapien“ gezählt werden (Schwendter, 2000, S. 229 ff.). Wo erstere nach unserem Verständnis zentral zur Sozialtherapie gehören, verschwimmt bei letzteren die Grenze zur Psychotherapie. „Arme Therapien“, zu denen Schwendter die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers, die Themenzentrierte Interaktion nach Cohn sowie das Sozio-/Psychodrama bzw. Rollenspiele zählt, sind „das Ensemble jener aus dem psychotherapeutischen Umfeld herrührenden Verfahren, die mild und ökologisch genug sind, [...] um gefahrlos von Personen ohne explizite psychotherapeutische Ausbildung praktiziert werden zu können.“ (Schwendter, 2000, S. 256). Auch die unsystematische Hinzuzählung von „Schreibspiel, Sprachanalyse“, „Laienhilfe, unbezahlte Mitarbeitende“ oder „politische Interventionen“ sind nach unserer Auffassung nur sehr schwer als sozialtherapeutisch zu verstehen, denn dann verschwimmt die Kontur Sozialer Therapie vollends.

Letztlich hilfreicher ist hier die Definition Whittakers (2006, S. 49), die Sozialtherapie enger fasst: „Social treatment is an approach to interpersonal helping which utilizes direct and indirect strategies of intervention to aid individuals, families, and small groups in improving social functioning and coping with social problems.“ An diese Definition nehmen wir später bzgl. der sozialen Probleme als Objekt der Sozialtherapie Anschluss.

Zuvor seien jedoch andere aktuelle Gegenstandsbestimmungen der Sozialtherapie skizziert: So fußt Sozialtherapie für Pauls (2013, S. 294) „auf einer helfenden, therapeutischen Bindungsbeziehung, auf psycho-sozialen Methoden der Beeinflussung von Erleben-Verhalten in Situationen und Beziehungen (Gesprächsführung, Beratung, aktive soziale Unterstützung, Begleitung, therapeutische Interventionen) ... [Sie] umfasst ... die psycho-soziale Beratung, überschreitet diese als Behandlungsstrategie aber durch systemische, aufsuchende und umgebungsbezogene psycho-soziale Interventionen, die die Unterstützungsfähigkeit der sozialen Unterstützer (Angehörige, näheres und weite-

res soziales Umfeld, professionelle Dienstleister) fördern (caring for the carers), [und] die Umgebung verbessern, in welcher Unterstützung und Therapie stattfindet, um die Kapazität der Gemeinschaft zu erhöhen, für ihre Mitglieder zu sorgen ...“

Gahleitner, Deloie & Stitz (2014, S. 9) favorisieren eine konzeptionelle Ausrichtung als „Integrative Sozialtherapie“, die versucht, „im sozialtherapeutischen Raum zwischen Pädagogik, Sozialarbeit und Psychotherapie vor einem breiten metatheoretischen Hintergrund erprobte Ansätze, Verfahren und Methoden zusammenzuführen, um ein möglichst breites Spektrum an Hilfeleistung und Förderung anzubieten.“ Dabei ist der integrative, psychotherapeutische Ansatz von Petzold für sie konzeptionell leitend (vgl. auch Deloie & Lammel, in diesem Band).

Gesundheits- und Menschenbild

In der Sozialtherapie, das zeigen die Ausführungen über die Herkunft und das aktuelle Verständnis, wird dem Zusammenspiel von sozialen Faktoren bzw. Belastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Gefragt wird, wie durch unterschiedliche Varianten der sozialen Unterstützung eine im weiteren Sinn heilende Wirkung erzielt werden kann. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass durch sozialtherapeutische Maßnahmen nicht nur eine unmittelbare Symptombehandlung erfolgt, sondern auch eine mittelbare Wirkung auf die Ursachen und den Verlauf einer somatischen oder psychischen Erkrankung erreicht wird. In heute teilweise gängigen Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit werden sozialtherapeutische Anschlussstellen sichtbar, auf die in einem modernen Sozial- und Gesundheitswesen, in dem chronische Erkrankungen das Krankheitspanorama prägen, nicht mehr verzichtet werden darf. Chronische Erkrankungen, vor allem Herz-Kreislaufkrankungen, bösartige Neubildungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes, psychische Störungen und Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, dominieren heute im Gesundheitswesen mit einem Anteil von rund zwei Dritteln. Perspektivisch geht man davon aus, dass diese Krankheitsgruppen künftig rund achtzig Prozent aller Krankheiten ausmachen (Schaeffer & Halsbeck, 2016, S. 244). Sie richten an Betroffene mit ihren stabilen, instabilen und krisenhaften oder akuten Phasen besondere Herausforderungen, insbesondere mit Blick auf die Selbstbeobachtung und Symptomwahrnehmung, die Organisation von Hilfen, den Umgang mit einem komplexen Leistungssystem, Fragen der beruflichen Möglichkeiten einschließlich der ökonomischen Lebensgrundlagen und den Belastungen für ihr persönliches Umfeld (ebd.). Gerade für chronische und komplex verlaufende Erkrankungen mit ihren Ausstrahlungen auf zahlreiche alltägliche Lebensumstände sind sozialtherapeutische Behandlungsbeiträge äußerst relevant.

Grundlegend bedeutsam für sozialtherapeutische Überlegungen ist ein biopsychosoziales Gesundheits- und Krankheitsverständnis, das Menschen als biopsychosoziale Einheiten auffasst. Gesundheitliche Problemlagen lassen sich danach physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander interagieren und durch Auf- und Abwärtsbewegungen untrennbar biopsychosozial verwoben sind. Lebende Systeme sind als Einheit von Organismus und Umwelt definiert. Durch Assimilation und Akkommodation muss diese Einheit hergestellt werden. Dabei muss es zu einer

Passung zwischen den Verhaltensmöglichkeiten und Bedürfnissen des Organismus und der Umwelt kommen (vgl. Geigges, 2002). Passungen sind also Beziehungen, in denen das Verhältnis zwischen Anforderungen und Ressourcen ausgeglichen ist. Passung beschreibt in diesem Sinne eine „Entsprechung, in der [sich – die Verfasser] Organismus und Umgebung gegenseitig definieren und gegenseitig (...) ergänzen“ (Uexküll & Wesiack, 1996, S. 44).

Das lebende System kommuniziert mit seiner Umwelt durch Zeichen, die es aussendet. Informationen über sich und seine Umwelt erhält das lebende System durch Empfangen seiner ausgesendeten Zeichen und den Veränderungen, die sich durch die Spiegelung am Gegenüber ergeben haben. Das lebende System muss sich also in Beziehungen befinden, um die essentiellen Informationen über sich selbst und seine Situation zu erhalten. Daraus kann gefolgert werden, dass Gesundheit sich als intaktes Beziehungsgefüge und Krankheit sich als gestörtes Beziehungsgefüge darstellt (ebd.). Um Passungsstörungen zu vermeiden, müssen „auf einer somatischen, einer psychischen und einer sozialen Ebene ständig Beziehungsfäden gesponnen werden, wenn Gesundheit erzeugt und Krankheit vermieden werden soll“ (Uexküll & Wesiack, 1996, S. 47).

Durch Veränderungen in der Umgebung und/oder im Organismus werden Passungen gestört oder gehen sogar verloren. Passungsstörungen sind permanente Inhalte des menschlichen Lebens. Das jeweilige Potenzial zur Assimilation und Akkommodation entscheidet darüber ob es gelingt, Passungsstörungen zu beseitigen oder ob aus diesen Passungsverluste entstehen. Passungsstörungen auf der einen Systemebene können, wenn sie auf dieser nicht kompensierbar sind, Kompensationsanstrengungen auf anderen Systemebenen auslösen, denn das Gesamtsystem sucht nach Stabilität und gewährleisteteter Funktionalität. Wird nun auf einer Systemebene dauerhaft eine Kompensation von Störungen auf einer anderen Ebene ausgeführt, kann es zu Überlastungen und damit erneuten Passungsstörungen kommen.

Krankheit lässt sich also als Resultat von Passungsstörungen oder -verlusten auf der somatischen, psychischen und sozialen Systemebene verstehen und ist damit grundsätzlich biopsychosozial zu verstehen. Nach dem biopsychosozialen Modell sind die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit potenziell von gleichrangiger Bedeutung. Sozialen Faktoren kann die gleiche Bedeutung zukommen wie den körperlichen und/oder psychischen Einflüssen. Daraus lässt sich eine klare Begründung für den eigenständigen Beitrag der Sozialen Arbeit in der Bearbeitung von gesundheitlichen Störungen ableiten, die eben auch als soziale Störungen zu verstehen sind. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Bereichen werden in den weiteren Ausführungen über die sozial ungleiche Verteilung von Krankheitsrisiken ebenso deutlich wie in salutogenetischen Zugängen zu Gesundheit und Krankheit.

Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sind sozial-epidemiologisch breit belegt. Menschen in armutsgeprägten Lebenslagen sind häufiger körperlich und psychisch akut und chronisch krank und sie haben auch eine deutlich geringere Lebenserwartung (vgl. Robert Koch Institut, 2015, S. 149f.). Soziale Ungleichheit, gemessen am erreichten Bildungsabschluss, dem beruflichen Status und dem Einkommen, führt über alltägliche Belastungen, etwa im Wohn- und Arbeitsbereich, Lebensstilen wie Bewegungsmangel, Nikotinkonsum oder Ernährung, und der unterschiedlichen Qualität der medizinischen Versorgung, in der ein Teil der Leistungsfinanzierung aus

dem Katalog der Krankenversicherung in den privaten Bereich verschoben wurde, zu gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Mielck & Helmert, 2015, S. 506f.). Für die Sozialtherapie resultiert aus diesen Zusammenhängen der Auftrag, Fragen der sozialen Sicherung und der Überwindung von sozialer Ungleichheit in ihre theoretischen und praktischen Ansätze zu integrieren.

Eine andere für die Sozialtherapie gleichermaßen wichtige Perspektive liegt mit dem Modell der Salutogenese vor, das auf den Medizinsoziologen Antonovsky zurückgeht. Für ihn sind Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum angesiedelt, niemand ist nur gesund oder nur krank. Entscheidend ist die Frage, wie es Menschen trotz vielfältiger Belastungen teilweise besser als anderen gelingt, gesünder zu bleiben bzw. rascher zu genesen. Ausschlaggebend dafür ist nach Antonovsky das so genannte Kohärenzgefühl, das dann vorliegt, wenn Menschen ihre Krankheit oder ihre Belastungen besser verstehen, einen Weg wissen, diese zu handhaben und vor allem einen Sinn darin sehen, sich für das eigene Leben zu engagieren (vgl. Antonovsky, 1997). Für die Entwicklung des Kohärenzgefühls sind insbesondere persönliche Ressourcen wie angemessene Informationsverarbeitung, psychische Belastbarkeit oder Bewältigungsoptimismus und Ressourcen im Umfeld wie soziale Sicherheit oder intakte Netzwerke ausschlaggebend (vgl. Franke, 2012, S. 173f.). Im Wissen um die salutogenetischen Hintergründe von Gesundheit und Krankheit findet die Sozialtherapie Hinweise über weitere Interventionsrichtungen, die sich insbesondere auf die Subjekte in ihren belastenden Umständen richten. Bildungsangebote wie Psychoedukation, Trainingsangebote im Umgang mit Belastungen und Stress und vor allem auch die gemeinsame Suche nach Zielen, die Sinn vermitteln, resultieren aus diesem Zugang zu Gesundheit und Krankheit.

Für die Sozialtherapie ist das im Sozialrecht etablierte Krankheitsverständnis, das im Wesentlichen auf einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand abhebt, der eine Behandlung erfordert und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, längst nicht ausreichend. Zu präferieren ist ein medizin- und gesundheitssoziologisches Krankheits- und Gesundheitsverständnis, das aktuellen theoretischen und klinischen Einsichten Rechnung trägt und insofern einen Konsens im wissenschaftlichen Diskurs darstellt. Krankheit ist danach „das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147) Gesundheit ist im Gegenzug „das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (ebd.)

In dem grundlegenden Gesundheitsverständnis der Sozialtherapie, das auf unterschiedlichen Modellen basiert, wird deutlich, dass Menschen maßgeblich von sozialen Faktoren beeinflusst werden (und umgekehrt), die auch individuelles Leid und Krankheiten hervorrufen können. Dieser Einsicht wird in der weiteren Konzeptualisierung der Sozialtherapie Rechnung getragen.

Zur Konzeptualisierung der Sozialtherapie

Das Soziale, in dem Problemstellungen und deren Lösungen gleichermaßen enthalten sind, stellt sich als ein vielschichtiger 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.

Das Soziale besteht aus einem komplexen und jeweils einzigartigen Geflecht von Interaktionen und Beziehungen, in das Menschen auf unterschiedliche Art und Weise eingebunden sind. Es 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. Um diesen Gegenstand herum hat sich Soziale Arbeit als Fach und Profession facettenreich entwickelt und nach Antworten auf soziale Problemlagen gesucht, die auf unterschiedlichste Art (z. B. Gewalt, Armut, Einsamkeit, Beziehungskonflikte) in Erscheinung treten.

Es ist davon auszugehen, dass die allermeisten sozialen Problemlagen in den informellen Netzen (insbesondere in Familien) der Menschen in Form verschiedenster sozialer Unterstützungsleistungen erfolgreich bearbeitet werden (Dehmel & Ortmann, 2006). Bei einem anderen Teil können professionelle Sozialberatung und öffentlich gewährte materiell-finanzielle Hilfen die Menschen hilfreich bei der Bewältigung sozialer Not unterstützen (Ansen, 2006). Bei einem weiteren Teil sind allerdings weitergehende und intensive professionelle Bemühungen zur Bearbeitung sozialer Probleme angezeigt. Es handelt sich um einen Personenkreis, bei dem gravierende, langwierige, unübersichtliche und schwer fassbare soziopsychosomatische Problemgefüge bestehen.

Das Konzept der Sozialtherapie zielt auf die Unterstützung dieser Menschen. Mit ihm soll die soziale Teilhabe der Betroffenen gefördert werden. Die damit zusammenhängende Erschließung umfänglicher sozialer Ressourcen erfolgt mit der Intention, eine heilende Wirkung zu entfalten und die soziale Gesundheit der betroffenen Menschen zu fördern. Soziale Ressourcen lassen sich im Wesentlichen in drei Bereichen verorten und erschließen:

Soziale Netzwerke

Die Bedeutung funktionierender sozialer Netzwerke für das Wohlbefinden und die Gesundheit ist empirisch eindeutig nachgewiesen. Die Integration in soziale Netzwerke (Partner, Familie, Freunde, Kollegen) hat deutliche gesundheitsförderliche Effekte (Holt-Lunstadt u. a., 2010; Robert-Koch-Institut, 2012). Auch wenn zwischen formellen und informellen Netzwerken und damit Unterstützungsquellen unterschieden wird, sind beide in ihrer jeweiligen Form, also entweder in der Lebenswelt der Betroffenen oder in den Funktionssystemen der gesellschaftlichen Umwelt zu suchen, durch sozialtherapeutische Interventionen aufzufinden, zu aktivieren und den Betroffenen zu vermitteln.

Wenn informelle Hilfen nicht ausreichend vorhanden sind, weil Netzwerke zu klein oder gar nicht vorhanden sind, muss vordringlich daran gearbeitet werden, sozialrecht-

liche Leistungen fallbezogen in Gestalt von Dienst-, Sach- und/oder Geldleistungen zu aktivieren, was somit bedeutet, dass auch die Erschließung sozialrechtlicher Hilfen der Grundsicherung, des Arbeitslosengeldes, der Rehabilitation, Pflege u. a. m. Teil der sozialtherapeutischen Funktion ist. Was über Beratung oder andere „einfache“ Interventionen nicht geregelt werden kann, da es zu den notwendigen Informationen auch um die sozio-psycho-somatische *Verarbeitung* dieser Informationen und um lebensweltnahe Begleitung zu Ämtern oder Ärzten geht, ist als sozialtherapeutische Intervention anzusehen. Sie ist damit mehr als Psychotherapie in ihrer herkömmlichen Art, die Menschen in ihrer Lebensbewältigung vornehmlich „in-vitro“ (also in einer Art künstlichem Setting) unterstützt, denn Sozialtherapie ist therapeutisches Arbeiten „in-vivo“, also lebensweltlich orientiert an dem realen Leben der Menschen.

Soziale Infrastruktur und Zivilgesellschaft

Darunter verstehen wir an dieser Stelle alle zivilgesellschaftlichen Einrichtungen, Vereine und Initiativen, die das Zusammenleben im näheren Sozialraum (Städte, Stadtteile, Gemeinden, Dörfer) fördern. Hierzu zählen insbesondere Angebote in den Bereichen Kultur, Bildung und Sport sowie auch Vereine und Verbände der Selbsthilfe bzw. der Non-Government-Organisationen.

Es gehört zu den sozialtherapeutischen Aufgaben, in diesen Bereichen Ressourcen zu erschließen bzw. zugänglich zu machen. Anders als beispielsweise im klassischen psychotherapeutischen Setting gehört dazu auch, Menschen zu begleiten. Solche Begleitungen können in mehrfacher Hinsicht hilfreich sein. Sozialtherapeutinnen und -therapeuten können beispielsweise durch Netzwerkarbeit, Freiwilligeneinbezug oder auch „Türöffnen“ in diese zivilgesellschaftlichen Einrichtungen Inklusion ermöglichen. Sie verfügen über sozialtherapeutische Kompetenzen in der Kommunikation und Interaktion mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren, können direkt Wege ebnen, Konflikte klären oder moderieren. Klientinnen oder Klienten können auf diese Weise am Modell lernen, wie man sich angemessen im Sinne der Inklusionsziele verhält. Sozialtherapeutinnen und -therapeuten können die Funktion von „Übersetzerinnen oder Übersetzern“ bzw. von „Vermittlerinnen oder Vermittlern“ übernehmen, die den Klientinnen oder Klienten schwer zu verstehende Vorgänge erklären oder Übergänge erleichtern. Soziale Arbeit insgesamt und ihr sozialtherapeutischer Ansatz im Besonderen können somit als intermediäre Instanz in diesem mesosozialen Bereich zwischen verschiedenen Ebenen vermitteln und moderieren. Schließlich fühlen sich Klientinnen und Klienten gestärkt, wenn jemand an und gegebenenfalls auf ihrer Seite ist, die oder der sie begleitet und unterstützt.

Diese Komponente sozialtherapeutischen Handelns ist aus unserer Erfahrung besonders bedeutsam, weil diejenigen Klientinnen und Klienten, für die die oben erwähnte Beratung nicht ausreicht, oft den „ersten Schritt“ nicht alleine schaffen oder durch einfache Interventionen nicht genügend unterstützt werden oder sogar überfordert sind.

Soziale Kompetenzen

Menschen mit gravierenden sozio-psycho-somatischen Problemen, um die es hier geht, sind oft erheblich in ihren Möglichkeiten eingeschränkt, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen, Beziehungen aufzubauen, zu pflegen und ggf. angemessen zu beenden. Soziale Kompetenzen gelten als Schlüssel für die Erschließung von Teilhabemöglichkeiten an Gemeinschaft und Gesellschaft. Der Sozialtherapie muss es daher besonders darum gehen, die Fähigkeit der Klientinnen und Klienten zu angemessener Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen, ihre Beziehungsfähigkeit bzw. Soziabilität und schließlich ihre Rollenkompetenz zu fördern.

In der Befassung mit dem komplexen Gegenstand des Sozialen hat die Soziale Arbeit im Zeitverlauf einige Besonderheiten entwickelt, über die andere Professionen im Feld der biopsychosozialen Beratung und Behandlung nicht oder nicht in diesem Ausmaß verfügen. Zu nennen sind etwa

- die niedrighschwelligigen, alltagsnahen Hilfeangebote durch das Aufsuchen, Beraten, Begleiten und Betreuen von Menschen mit sozialen Problemen in deren Alltags- und Lebenswelt (Hausbesuche, Streetwork)
- das aktive Angehen (sich kümmern um, sich einmischen in) sozialer Probleme und das Begleiten von Klientinnen und Klienten (zum Amt, Jobcenter, Gericht, Arztpraxis ...)
- das Nachgehen bei Menschen mit gravierenden sozialen Problemen, wenn diese nicht oder nur schlecht in der Lage sind, sich auf Hilfeprozesse einzulassen und die Gefahr besteht, dass sich ihre Situation dramatisch verschlechtern könnte (etwa bei schwer zu erreichenden Klientinnen und Klienten im Sinne von „hard to reach“)
- die besonders schwierig zu gestaltenden sozialen Hilfeleistungen in Zwangskontexten (z. B. Jugend-, Gesundheitsamt, Strafvollzug)
- 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.

Der Sozialen Arbeit ist es mit diesen Eigenschaften, Konzepten und Methoden gelungen, insbesondere Menschen anzusprechen und zu unterstützen, die in hohem Maße sozial verletzlich oder verletzt sind. Sie sind nicht immer in der Lage, (Arbeits-)Beziehungen aufzubauen, zu halten und ggf. zu beenden und haben zudem einen komplexen Hilfebedarf und benötigen daher eine intensivere Soziale Arbeit.

Methoden und handlungsleitende Prinzipien

Diese Vielfalt an Methoden und Verfahren, die sich den allgemeinen Begriffen Beratung, Begleitung und Betreuung zuordnen lassen, eignen sich auch für die inhaltlich-methodische „Füllung“ der Sozialtherapie als Rahmenkonzept. Stichwortartig geht es vorrangig um Einzel- und Familienhilfe, Case Management, Mediation, Krisenintervention, Sozialraumarbeit, Netzwerkarbeit, Sozialdiagnostik, Psycho- und Sozioedukation, Gruppenarbeit etc.

Herwig-Lempp und Kühling (2012, S. 53 f.) identifizieren und beschreiben sechs klientenbezogene Handlungsarten der Sozialen Arbeit:

1. Beraten – Perspektivenerweiterung, Informationsvermittlung, Anleitung – in Form von Gesprächen, aber auch durch üben, trainieren 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 Klienten und Organisationen.
5. Beschaffen – die Versorgung von Klienten mit Geld, Gütern und Leistungen.
6. Da-sein – das Anwesend sein, das Begleiten und zur Verfügung stehen, ohne dass unmittelbar eine Veränderung angestrebt wird.

In den von Herwig-Lempp und Kühling genannten sechs Handlungsarten der Sozialen Arbeit ist bereits angelegt, dass das Verhaltensrepertoire von Sozialtherapeutinnen und -therapeuten breiter und anders sein muss als in der Psychotherapie. Angesichts der vielfach geringen individuellen und sozialen Ressourcen der Klientinnen und Klienten wird sich eine psychotherapeutisch praktizierte Sparsamkeit mit Interventionen und Ratschlägen von Sozialtherapeutinnen und -therapeuten nicht durchhalten lassen.

Wir gehen davon aus, dass die Sozialtherapie sich von der klassischen Psychotherapie mit ihrer Heilungs- und Behandlungsorientierung unterscheiden muss, will sie die oben genannten Menschen in prekären Lebenssituationen erreichen. Der sozialtherapeutische Blick ist auf die komplexen Lebens- und Alltagssituationen der Klientinnen und Klienten gerichtet. Herwig-Lempp und Kühling 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“ (Herwig-Lempp & Kühling, 2012, S. 53).

Kennzeichnend für das sozialtherapeutische Handeln sind aus unserer Sicht insbesondere die folgenden handlungsleitenden Prinzipien:

- Partizipation und Empowerment: Adressat/innen werden mit ihren Stärken und Ressourcen wahrgenommen, sie werden darin gestärkt, ihre Lebensentwürfe zu realisieren. Umgesetzt wird dieser Anspruch durch eine Verhandlungsorientierung, die ein Mithandeln der Klientinnen und Klienten ermöglicht.
- Kontextorientierung: Die äußeren und sozialen Lebensumstände der Adressat/innen werden ausdrücklich gewürdigt. Diese umfassen vor allem die physische Umwelt, die Infrastruktur und formelle sowie informelle soziale Netze, die Handlungsmöglichkeiten von Menschen beeinflussen.
- Würdigung von Diversität: Dieses Prinzip steht für einen akzeptierenden und respektvollen Umgang mit unterschiedlichen Identitätsentwürfen und Zugehörigkeiten, wie sie beispielsweise mit sozialen Milieuverankerungen, unterschiedlichen biographischen Hintergründen etc. verbunden sind.

- **Interessenvertretung:** Hieraus resultiert eine advokatorische Arbeitsweise, die eingesetzt wird, um die Interessen der Adressat/innen gegenüber Dritten wie Behörden, Angehörigen oder Fachkräften zu vertreten. Stellvertretende Handlungen sind nur in begründeten Fällen und allenfalls temporär zulässig, grundsätzlich geht es immer um gemeinsam abgestimmte Schritte.

Die Umsetzung der Prinzipien in therapeutisches Handeln beinhaltet, dass Sozialtherapie als ein dialogisches Hilfeangebot entwickelt und praktiziert wird, in dem Hilfesuchende und Helfende in Gegenseitigkeit miteinander kommunizieren und interagieren.

Wir unterscheiden sieben grundlegende Formen sozialtherapeutischer Praxis, die hier getrennt aufgeführt werden, wissend, dass sie sich in der Praxis vielfach überschneiden und gegenseitig ergänzen.

Sozialtherapie als professionell arrangierte Lebenspraxis/Milieugestaltung

Diese Variante der Sozialtherapie zielt darauf, Menschen in unterschiedlichen Arrangements Schutz und Schonung zu sichern, sie gleichzeitig auch durch Stimulation und Herausforderung in ihren Möglichkeiten der alltäglichen Lebensführung zu fördern. Diese pädagogisch-therapeutische Milieuarbeit ist auch unter der älteren Bezeichnung des „therapeutischen Milieus“ bekannt. Im Mittelpunkt steht die systematische Gestaltung der räumlichen, sozialen, infrastrukturellen und personalen Lebensumstände.

Sozialtherapie als Training

Sozialtherapie als Training meint alle Formen des Lernens und des Befähigens zu bestmöglicher Soziabilität. Dabei geht es um den Erwerb von sozialen Fähigkeiten bzw. Kompetenzen (Pareigis, 2008). Solche Trainings sind mittlerweile in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit (etwa in der Jugendhilfe oder in psychiatrischen Einrichtungen) etabliert. Eine Systematisierung der vorliegenden Erfahrungen und die Entwicklung von Praxeologien stehen jedoch noch weitgehend aus.

Sozialtherapie als Gespräch

Diese Form ist u. a. als systemische Beratung und systemische Therapie entwickelt, aber noch nicht immer systematisch mit den o. g. Besonderheiten der Sozialarbeit verknüpft. Gespräche über Soziale Probleme (ob als Zweiergespräch, Gruppengespräch oder Familiengespräch) sind grundsätzlich auch als soziale Ereignisse zu verstehen, in denen neben den aktuellen Gesprächsinhalten die Beziehungen und Interaktionen zwischen Hilfesuchenden und Helfern sowie die Zusammenhänge zur sozialen Lage (Arbeit/Beschäftigung, Ausbildung/Schule, Wohn- und Arbeitsumfeld, Einkommen etc.) von Bedeutung für den Gesundheitsprozess sind.

Sozialtherapie als Begleitung

Begleitung kann als eine Variante der Einzelfall- und Familienhilfe verstanden werden. Sie bedeutet, Menschen bei der Bewältigung bzw. Bearbeitung ihrer sozialen Probleme verlässlich zur Seite zu stehen. Begleitung kann sich beispielsweise auf die Bewältigung einer Krise beziehen und kurzzeitig sowie intensiv erfolgen. Ebenso ist aber auch vorstellbar, dass Menschen über einen längeren Zeitraum, möglicherweise über Jahre, in

unterschiedlicher Intensität begleitet werden, bis sich ein nachhaltiger Erfolg einstellt. Stärker als bei der Beratung ist hier die Anerkennung und Stützung der alltäglichen Bewältigungsleistung von Bedeutung, die bei manchen Menschen immer wieder erforderlich ist. Langjährige, komplexe oder traumatische Erfahrungen lassen sich nicht so schnell „verarbeiten“ und scheinbar verloren gegangene Fähigkeiten nicht ohne Weiteres wieder aktivieren, weshalb oftmals eine langwierige Stützung geboten ist.

Sozialtherapie als Case Management

Sozialtherapeutische Effekte können sich darüber hinaus auch durch eine koordinierte Hilfeplanung und Hilfeerbringung ergeben, wenn Passungsstörungen zwischen Hilfesystem und Hilfebedarfen sowie transitorische Schnittstellenproblematiken überwunden werden. Dazu braucht es neben einer klaren Erfassung der Problem- und Ressourcenlage und den möglichen Unterstützungsleistungen auch eine persönliche Begleitung im Prozess des Case Managements, wie insbesondere Neuffer (2006) herausstreicht.

Sozialtherapie als Netzwerkarbeit

Soziale Netzwerke und insbesondere die darin „aufgehobenen“ Sozialbeziehungen mit- samt ihrem Unterstützungspotential sind zudem sozialtherapeutisch zu nutzen (Dehmel & Ortman, 2006). Die entweder als Puffer für soziale Belastungen oder Lebensbewältigungsaufgaben oder auch direkt vor einer Überlastung in diesen Aufgaben wirkenden Schutzfaktoren sozialer Beziehungen sind durch sozialtherapeutische Maßnahmen zu stärken und zwar unter Beachtung etwaiger Neben- oder Gegeneffekte im Sinne sozialer Kontrolle oder anderer sozialpsychologischer Prozesse (Stigmatisierung, illegitime Machtausübung etc.)

Sozialtherapie als Krisenintervention

Schließlich kann sich jede Lebensphase bzw. Aufgabe auch immer als krisenhaft erweisen, d.h. dass es zu einem akuten Zusammenbruch der Lebensführungskompetenz bzw. einer Zäsur in der Bewältigungskompetenz kommt. Aber auch im laufenden Betreuungs- und Beratungsgeschehen können kleinere Krisen im Sinne von Motivationskrisen, Rückschritten oder Rückfällen und störenden Ereignissen eintreten, die es durch Beruhigung der Situation, Gefahrenabwehr und Minderung der Stressoren zu beeinflussen gilt.

Theorien der Sozialen Arbeit zur Konzeptualisierung der Sozialtherapie

Drei theoretische Zugänge scheinen uns fundamental für eine konzeptionelle Beschreibung der Sozialtherapie:

Systemtheoretische Grundlagen

Aus verschiedenen Fächern (z. B. Biologie, Psychologie, Soziologie) liegen grundlagentheoretische Erkenntnisse vor, die in unterschiedliche systemtheoretische Varianten münden. Die Nutzbarmachung und Nutzung dieser Grundlagen für die Behandlung körper-

licher, psychischer und sozialer Störungen ist am weitesten im psychotherapeutischen Feld fortgeschritten, wenngleich es historisch gesehen durchaus Parallelen zur familienfürsorgerischen Praxis gab oder auch zum „friendly visiting“. Die ehemals paar- und familientherapeutischen Verfahren sind inzwischen weiterentwickelt worden zur heutigen Systemischen Beratung und Therapie. Darin sind Interventionen „methodisch so gestaltet, dass durch Beeinflussung der Kommunikationsmuster vor allem zirkuläre zwischenmenschliche Interaktionen verändert werden sollen. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Veränderung kommunikativer Prozesse krankheitsrelevante Änderungen im kognitiven, affektiven, behavioralen und ggf. biologischen System der Individuen angeregt werden“ (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2008, S. 3). Dafür steht ein elaboriertes Interventionsrepertoire zur Verfügung, das durch „Problemaktualisierung und Handlungsorientierung gekennzeichnet“ (ebd., S. 4) ist. „Unterschieden werden strukturelle Methoden (Joining, Enactment, Verändern von Koalitionen etc.), strategische Methoden (positives Umdeuten/„reframing“ von Symptomverhalten, Symptomverschreibungen), symbolisch-metaphorische Methoden (Genogramm und Familienskulptur für die Darstellungen komplexer familiärer und nicht-familiärer Beziehungen), zirkuläre Methoden (systemisches Fragen, Entwicklung von Hypothesen, Bemühen um Neutralität, paradoxe Interventionen), lösungsorientierte Methoden (z. B. „Wunderfragen“) und dialogische Methoden („reflecting team“, offener Dialog zur Dekonstruktion narrativ hergestellter Wirklichkeiten)“ (ebd.). Elemente daraus, wie etwa die Wunderfragen oder das Genogramm, gehören heute vielfach zur alltäglichen sozialarbeiterischen Praxis, ohne dass diese immer auch als eine stringente systemische Praxis konzipiert ist.

Verschiedene Autoren (im deutschsprachigen Raum z. B. Lüssi, 2001, Wendt, 2010, Ritscher, 2010 und Kleve, 2003) haben die grundlagentheoretischen Überlegungen genutzt, um Bezüge zur Sozialen Arbeit herzuleiten bzw. Konzepte systemischer Sozialarbeit zu begründen sowie systemische Handlungskonzepte zu entwickeln bzw. aus der systemischen (Psycho-)Therapie zu entleihen. Ritscher (2010, 11) spricht in diesem Zusammenhang von der „Einfädeldung der System- und Familientherapie in die Soziale Arbeit und deren Ausweitung zur systemischen Sozialarbeit ...“. Hollstein-Brinkmann (2000, 50) fasst zusammen, warum Systemtheorien und Soziale Arbeit 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 Bewältigungsmuster zu verbessern, sondern auch auf unzureichende Umweltbedingungen Einfluss zu nehmen.“

Wenn hier die Sozialtherapie systemtheoretisch begründet wird, ist dabei besonders zu fragen, ob mit systemischen Interventionen Wirkungen erzielt werden können, die denen anderer Therapien, etwa der psychoanalytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie, ähnlich sind und ob man von einer heilenden Wirkung sprechen kann. Dazu ist der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (2008, S. 5 ff.) 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, Foo – F99 im ICD wissenschaftlich nachgewiesen ist. Einen solchen Nachweis wird auch

die Sozialtherapie erbringen müssen, wenn sie beispielsweise als Leistung im Rahmen des SGB erbracht und mit Leistungsträgern abgerechnet werden soll.

Das Konzept Soziale Unterstützung (Social Support)

Im Mittelpunkt der Forschungen und Überlegungen zur Wirkung Sozialer Unterstützung stehen soziale Netze und die sich darin entfaltenden Unterstützungsleistungen. Zu solchen Netzwerken zählen Familien, Freunde und Nachbarschaften ebenso wie kulturelle Gemeinschaften, in denen Menschen zusammenkommen. In solchen Netzwerken werden idealerweise in Beziehungen und in Gegenseitigkeit unterschiedlichste Formen und Leistungen sozialer Unterstützung erschlossen und wirksam. Dazu gehören beispielsweise: Informationen (etwa über Hilfemöglichkeiten), Beratungen (etwa bei Problemen und Entscheidungsfindungen), Pflege (etwa bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit), lebenspraktische Hilfen (etwa Reparaturen, Betreuung von Kindern), materielle Hilfen (etwa finanzielle Unterstützung, Sachleistungen) und Geselligkeit (etwa gemeinsame Unternehmungen, Gespräche, Zugehörigkeit zu Vereinen). In Beziehungen, die durch Gegenseitigkeit gekennzeichnet sind, entstehen zudem Gefühle der Zugehörigkeit, der persönlichen Wertschätzung, von Geborgenheit und Orientierung. Auch soziale Kompetenzen werden in solchen Beziehungen erworben. Durch Soziale Unterstützung erhält das Individuum Informationen über sich selbst und über die Situation, in der es sich befindet. Dieser Aspekt der Sozialen Unterstützung ist in Bezug auf das beschriebene biopsychosoziale Modell von großer Bedeutung, denn erhaltende Soziale Unterstützung kann direkt auf die Befindlichkeit der Menschen wirken. Soziale Netzwerke sind deshalb so bedeutungsvoll, weil Gesundheit und Krankheit in ihnen gelebt werden und sie eine Vielzahl unterschiedlicher Ressourcen für Gesundheit und Gesundung beinhalten. Bisher besteht allerdings noch eine Diskrepanz zwischen den Forschungsergebnissen zur Sozialen Unterstützung und deren Umsetzung in der sozialarbeiterischen Praxis. Die Klinische Sozialarbeit sollte verstärkt an diese meist grundlegenden Forschungen anknüpfen und sie für die Begründung und Entwicklung sozialarbeiterischer bzw. sozialtherapeutischer Interventionskonzepte nutzen.

Unter Verwendung der von Scheu und Atrata (2011) formulierten Sozialbeziehungstheorie als Grundlage Sozialer Arbeit und ihrer Spezifizierung in defensive versus expansive Sozialbeziehungen sowie unter Hinzunahme der Netzwerktheorie wären somit belastende Sozialbeziehungen abzubauen, förderliche soziale Unterstützungsleistungen von Netzwerken und Sozialbeziehungen zu stärken, um auf diesem Weg die Lebensführungsoptionen von Betroffenen zu erweitern und zwar insbesondere mit dem Ziel, ihre Lebensqualität zu verbessern.

Sozialräume – soziale Beziehungen

In Anlehnung an die ursprünglich von Winkler (1999) auf „pädagogische Orte“ bezogenen Effekte können sozialtherapeutisch gestaltete Orte bzw. Räume als Aneignungs- und Lebensgestaltungsmöglichkeiten verstanden werden, die einen Aufforderungs- und Anregungscharakter ebenso aufweisen, wie sie auf der anderen Seite auch Sicherheit vermitteln müssen, ohne die „angstfreies Lernen“ nicht möglich ist (vgl. ausführlicher Röh, in diesem Band).

Einsatzfelder

Der Einsatz der sozialtherapeutischen Methoden erfolgt personen- und kontextbezogen in Diensten und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, die sich an Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf richten. Die Entfaltung der methodischen Potenziale der Sozialtherapie setzt geeignete gesetzliche und finanzierungsbezogene Rahmenbedingungen voraus, die bislang nur ansatzweise vorliegen. Forschungen über die Wirksamkeit der Sozialtherapie, auch im Vergleich mit anderen Varianten der Unterstützung, stehen noch aus. Sie würden dazu beitragen, die Sozialtherapie auch sozialrechtlich besser zu verankern. Die nachfolgend skizzierten zentral in Frage kommenden Arbeitsfelder und damit Einsatzmöglichkeiten der Sozialtherapie dokumentieren ihren schon heute bestehenden breiten Radius:

Gesundheitswesen

In den Versorgungsangeboten für chronisch erkrankte Menschen sowohl in Akut- als auch insbesondere in Rehabilitationskliniken sowie ambulanten Diensten und Einrichtungen für diesen Personenkreis geht es längst um mehr als die Behandlung der somatischen Symptome, wie insbesondere die in § 26 Abs. 3 SBG IX vorgesehenen medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen, die auf der gesetzestextuellen Ebene dazu beitragen sollen, die Krankheit und Behinderung besser zu verarbeiten, Selbsthilfepotenziale freizulegen, das Umfeld von Patienten mit deren Zustimmung zu beraten, unterstützende Netzwerke aufzubauen und praktische Fähigkeiten zu trainieren. Mit der methodenintegrativen Handlungsperspektive der Sozialtherapie lassen sich wesentliche Punkte dieses Aufgabenkataloges umsetzen. Die Deutsche Rentenversicherung (2015) hat eine von ihr für die medizinische Rehabilitation entwickelte Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) vorgelegt, in der Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie explizit als Leistungen genannt werden. Die fachliche Ausgestaltung dieser Leistungen muss allerdings dringend verbessert werden.

Psychiatrische Versorgung

Ein breites Einsatzfeld findet die Sozialtherapie in der psychiatrischen Versorgung auf allen heute etablierten Ebenen von der Krankenhausstation über die Institutsambulanz und den Sozialpsychiatrischen Dienst bis zu den unterschiedlichen Formen der Unterstützung im Bereich des Wohnens (Wohn- und Übergangseinrichtungen, Wohngemeinschaften, betreutes Wohnen u.ä.) und der Mitarbeit in psychiatrischen Praxen niedergelassener Fachärzte. Psychische Störungen sind multifaktoriell bedingt, soziale Einflüsse sind sowohl in Bezug auf die Entstehung als auch den Verlauf der Störungen bedeutsam. Ohne sozialtherapeutische Angebote könnte die Psychiatrie ihre Behandlungserfolge nicht erzielen, eine ausschließliche Ausrichtung auf Symptome greift per se zu kurz. Wesentliche Impulse erhält die Sozialtherapie aus den Erkenntnissen der Sozial- und Gemeindepatrie, es bestehen vielfältige Parallelen. Auch die im Krankenversicherungsrecht in § 37a SGB V vorgesehene Soziotherapie mit ihrer Ausrichtung auf chronisch psychisch kranke Menschen, die Unterstützung darin benötigen, notwendige Behandlungen in Anspruch zu nehmen, verweist auf das Methodenspektrum der Sozialtherapie (vgl. auch Ließem, in diesem Band).

Hilfen für Menschen mit Behinderungen

Nach dem sozialrechtlichen Verständnis gelten Menschen nach § 2 SGB IX als behindert, wenn sie mit ihren körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten und/oder ihrer seelischen Gesundheit langfristig von den Altersnormen so weit abweichen, dass sie aus eigener Kraft nicht (ausreichend) am Leben der Gesellschaft teilhaben können. Im 2016 verabschiedeten Bundesteilhabegesetz lautet § 2 Abs. 1 SGB und damit die sozialrechtliche Definition von Behinderung wie folgt: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“ In den Einrichtungen der Behindertenarbeit, die diverse Wohn-, Freizeit- und Arbeitsangebote umfassen, spielen sozialtherapeutische Vorgehensweisen eine entscheidende Rolle, damit die Betroffenen so weit wie möglich am Leben der Gesellschaft teilhaben können. Der sozialhilferechtliche Begriff der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff. SGB XII) bringt dies ebenfalls zum Ausdruck. Der oben erläuterte bifokale Fokus der Sozialtherapie kommt auch in diesem Arbeitsfeld vollständig zum Tragen. Erforderlich ist es, die sozialtherapeutischen Angebote auf das dynamische Handlungsvermögen der Betroffenen immer neu abzustimmen.

Suchtkrankenhilfe

Wie psychische Störungen sind auch Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen multifaktoriell bedingt, wobei hier die Einflüsse der Person, des Suchtmittels und der Umwelt ausschlaggebend sind. Ohne eine ausdrückliche Würdigung der sozialen Lebensumstände kann eine Abhängigkeitserkrankung nicht fachgerecht behandelt und ein Rückfall vermieden werden. Die Sozialtherapie ist auch ausweislich einer von der Rentenversicherung geforderten sozialtherapeutischen Qualifikation mit dem Schwerpunkt Sucht heute ein integraler Bestandteil der ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen, die von der Prävention und der Beratung über die Entgiftung bis zur Entwöhnung und Nachsorge reichen. Sozialtherapeutische Behandlungsansätze dominieren in diesem Arbeitsfeld, in dem die Teilhabeorientierung an der Gesellschaft mittlerweile grundlegend etabliert ist (vgl. auch Lammel & Funk, in diesem Band).

Kinder- und Jugendhilfe

In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere in ausgewählten Hilfen zur Erziehung wie der Heimerziehung (§ 34 SGB VIII), der Intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII) und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) spielen sozialtherapeutische Fragen eine wichtige Rolle (vgl. auch Romanowski & Pauls, in diesem Band). Sie kreisen um die Gestaltung eines förderlichen Milieus, in dem Kinder und Jugendliche mit persönlichen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten begleitet werden, dem Aufbau sozialer Netze einschließlich der dafür erforderlichen Kompetenzen, die es den Betroffenen erlauben, in ihren sozialen Bezügen besser über die Runden zu kommen, bis zur Krisenbewältigung nach traumatischen Erfahrungen und Verletzungen. Der sozialtherapeutische Ansatz ergänzt die pädagogischen Zugänge an entscheidenden Stellen in ausgewählten fachlichen Konstellationen.

Sozialtherapeutische Arbeit im Rahmen des Strafvollzugs

Dieses Angebot richtet sich an Strafgefangene, deren schwere Straftaten, vor allem Gewalt- und Sexualdelikte, auf eine tiefgreifende persönliche und soziale Störung verweisen und die insbesondere mit Blick auf die Verhütung von Rückfällen auf umfassend konzipierte Formen der Unterstützung angewiesen sind, wie sie im Repertoire der Sozialtherapie zum Ausdruck kommen, deren Umsetzung allerdings an die rigiden Vorgaben des Strafvollzugsgesetzes gebunden sind. Die Sozialtherapie steht in diesem Rahmen im Dienst der Resozialisierung, die auf die Rückkehr der Strafgefangenen in die Gesellschaft mit dem Ziel eines von nun an straffreien Lebens ausgerichtet ist (vgl. auch Hahn, in diesem Band).

Forensische Psychiatrie

Die forensische Psychiatrie richtet sich an psychisch kranke Straftäter, die strafrechtlich wegen der Unfähigkeit, das Unrecht ihrer Tat einzusehen und/oder danach zu handeln,

nicht zu einer Haftstrafe verurteilt werden können. Sie werden in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung eingewiesen, die auf den Umgang mit straffällig gewordenen Patienten speziell ausgerichtet ist. Wie in den sozialtherapeutischen Anstalten im Strafvollzug geht es auch hier darum, die Patienten auf ein Leben in der Gesellschaft vorzubereiten, hier allerdings durch die Kombination von klassischen psychiatrischen Behandlungsansätzen mit sozialtherapeutischen Angeboten. Die Umsetzung der sozialtherapeutischen Methoden erfordert einerseits eine Anpassung an die forensich-psychiatrischen und damit auch strafrechtlichen Rahmenbedingungen, die beispielsweise in-vivo-Vorgehensweisen wie auch im Strafvollzug erheblich begrenzen, und andererseits eine Berücksichtigung der besonderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Patienten, die teilweise nur begrenzt belastbar sind und durch sozialtherapeutische Maßnahmen auch leicht überfordert werden können.

Schluss

Wie gezeigt werden konnte, beruht der sozialtherapeutische Ansatz auf grundlegenden theoretischen und methodischen Ideen der Sozialen Arbeit. Er unterscheidet sich jedoch von allgemeiner Sozialarbeit dadurch, dass er mit einem spezifischen Gesundheits- und Menschenbild und einer besonderen Herangehensweise die soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Probleme abbauen will. Mit verschiedenen Formen, die von der Beratung, über die Krisenintervention bis zur Netzwerkarbeit reichen, setzt Sozialtherapie dort an, wo Menschen durch ihre sozialen Probleme in ihrer Gesundheit erheblich beeinträchtigt sind und an Gemeinschaft und Gesellschaft nicht mehr ausreichend teilhaben können. Zielgruppen der Sozialtherapie sind primär multiproblembelastete, vulnerable und damit soziopsychosomatisch kranke oder behinderte Menschen, die von den klassischen Hilfeangeboten der Gesundheits- und Sozialversorgung oftmals nicht angemessen erreicht werden.

Die konzeptionelle Stärke der Sozialtherapie besteht vor allem darin, dass sie im interdisziplinären Feld insbesondere der Psychotherapie mit ihren eigenen Prinzipien, vom Empowerment bis hin zu Kontextorientierung, einen anderen Ansatz entgegenstellt, mit dem im Rahmen der Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen eine Lücke geschlossen werden kann.

Literatur

- Ansen, H. (2006): Soziale Beratung bei Armut. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2015): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Juventa, S. 493–515.
- Ciampi, L. (1994): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Dehmel, S. & Ortmann, K. (2006): Soziale Unterstützung (Social Support) – ein Verstehens- und Handlungskonzept für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/267854099_Soziale_Unterstuetzung_Social_Support_-_ein_Verstehens-und_Handlungskonzept_fur_die_gesundheitsbezogene_Sozialarbeit [Zugriff am 25.02.2017]
- Deutsche Rentenversicherung (2015): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.
- Dörner, K., Plog, U., Bock, Th., Brieger, Peter, Heinz, A. & Wendt, F. (2016): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, Chr. & Wendt, F. (2010): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Franke, A. (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Gahleitner, S. B., Deloie, S. & Stitz, A. (2014): Integrative Sozialtherapie. Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis, Heft 2, 8–9.
- Geigges, W. (2002): Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: Th. von Uexküll; W. Geigges; R. Plassmann, (Hrsg.), Integrierte Medizin: Modell und klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 23–33.
- Hahn, Gernot (2014). Sozialtherapie – Begriffsgeschichte und Gegenstandsbestimmung. Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung, 10(2), S. 12–15.
- Hering, S. & Münchmeier, R. (2000): Geschichte der Sozialen Arbeit – eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Herwig-Lempp, J. & Kühling, L. (2012): Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung, Jg. 30 (2), S. 51–56.
- Hollstein-Brinkmann, H. (2000): Systemische Perspektiven in der Sozialen Arbeit. Systemisches Denken hat eine lange Tradition in der Sozialarbeit – Systemisch-ökologische Theorien und Konzepte professionellen Handelns. Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 147, Heft 3 und 4, S. 49–52.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Weinheim und Basel: Beltz.
- Kleve, H. (2003): Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne.: Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lippenmeier, N. (2011): Stichwort “Sozialtherapie”, Fachlexikon der sozialen Arbeit, hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, 7. Auflage, Baden-Baden: Nomos, S. 852–853.
- Lüssi, P. (2001): Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung, 5. durchgesehene Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2015): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 493–515.

- Neuffer, M. (2006): Case Management am Scheideweg. Ein Beitrag aus Sicht der Sozialen Arbeit. standpunkt: sozial. 2/2006, S. 5–11.
- Pareigis, R. A. (2008): Soziales Kompetenztraining in der Klinischen Sozialarbeit. In: K. H. Ortman & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte-Praxis-Perspektiven*. Freiburg: Lambertus Verlag, S. 159–171.
- Pauls, H. (2013): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Juventa.
- Pauls, H. & Hahn, G. (2015). Sozialtherapie. In: U. Lammel, J. Jungbauer & A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte*. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 29–43.
- Richter, H.-E. (1988): Sozialtherapie. In: D. Kreft & I. Mielenz (Hrsg.): *Wörterbuch Soziale Arbeit*. Weinheim und Basel: Beltz, 527–531.
- Ritscher, W. (2010): *Systemische Modelle für die Soziale Arbeit*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Robert-Koch-Institut (2012): *Gesundheit in Deutschland*. Berlin.
- Robert-Koch-Institut (2015): *Gesundheit in Deutschland*. Berlin.
- Scheu, S. & Atrata, O. (2011): *Theorie Sozialer Arbeit. Gestaltung des Sozialen als Grundlage*. Wiesbaden: VS-Research.
- Schaeffer, D. & Haselbeck, J. (2016): Bewältigung chronischer Erkrankungen. In: Matthias Richter & Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden, S. 243–256.
- Schwendter, R. (2000). *Einführung in die Soziale Therapie*. Tübingen: DGVT.
- Uexküll, Th. v. & Wesiack, W. (1996): *Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell*. In: Th. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin*, 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg. S. 13–52.
- Wendt, W. R. (2010): *Das ökosoziale Prinzip. Soziale Arbeit ökologisch verstanden*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Winkler, M. (1999): „Ortshandeln“ – die Pädagogik der Heimerziehung. In: H. Colla; Th. Gabriel; S. Millham (Hrsg.), *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. Neuwied, Kriftel: Luchterhand, S. 307–323.
- Whittaker, J. K. (2006): *Social Treatment. An Approach to Interpersonal Helping*. Chicago: Aldine Publisher.
- Wronsky, S. & Salomon, A. (1926): *Soziale Therapie. Ausgewählte Akten aus der Fürsorge-Arbeit. Für Unterrichtszwecke zusammengestellt und bearbeitet*. Berlin: Heymann.