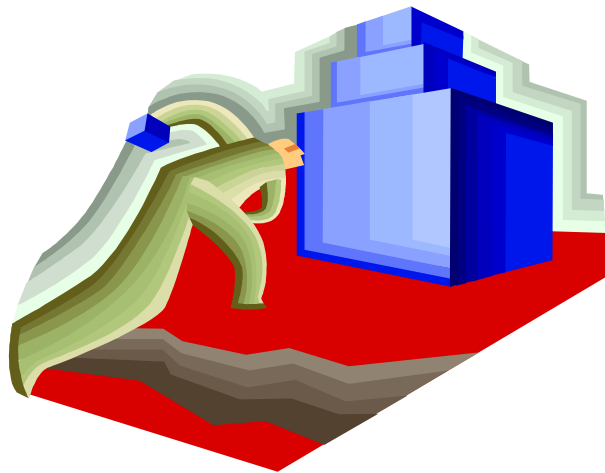


Evangelische Fachhochschule Ludwigshafen
Hochschule für Sozial- und Gesundheitswesen

Diplomarbeit

Soziotherapie bei psychiatrischen Erkrankungen am Beispiel Schizophrenie und Zwangsstörungen



vorgelegt bei:
Prof. Dr. Kurt Lipke

Von:
Sylvia Schönherr
7. Semester Sozialpädagogik

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1	Einleitung	1
2	Soziotherapie – von der Entwicklung zur Behandlung	3
2.1	Entwicklung der Soziotherapie	4
2.2	Theoretischer Hintergrund der Soziotherapie	6
2.2.1	Theorien aus der Psychologie	6
2.2.2	Ansätze aus der Sozialpsychologie	7
2.2.3	Pädagogische Wurzeln der Soziotherapie	8
2.2.4	Sozialpsychiatrische Hintergründe	8
2.2.4.1	Sozialpsychiatrie als interdisziplinäre Wissenschaft	9
2.2.4.1	Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit und sozialpsychiatrische Theoriekonzepte	9
2.3	Unterschiedliche Definitionen von Soziotherapie	11
2.3.1	Fachübergreifende Definitionen	11
2.3.2	Definitionen aus der Klinischen Psychologie	12
2.3.3	Begriffsbestimmung durch die Soziale Arbeit	13
2.3.4	Definition des Bundesgesundheitsministeriums	13
2.4	Abgrenzung von Soziotherapie von anderen Therapieformen	14
2.4.1	Abgrenzung zur Psychotherapie	14
2.4.2	Abgrenzung zur Milieuthherapie	16
2.4.3	Abgrenzung zum Casemanagement	17
2.4.4	Abgrenzung zur Ergotherapie	18
2.4.5	Abgrenzung zur Eingliederungshilfe	18
2.4.6	Abgrenzung zur fachpsychiatrischen Krankenpflege	19
2.5	Inhalte und Ziele der Soziotherapie	21
2.5.1	Inhalte der Soziotherapie	21
2.5.2	Behandlungsziele	22
2.6	Soziotherapie im stationären Bereich	22
2.6.1	Ziele	22
2.6.2	Behandlung und Therapie	23
2.6.2.1	Spezielle Maßnahmen	24
2.6.2.2	Ambulante Rehabilitationsnachsorge	24
2.7	Soziotherapie als Weg zum Empowerment	25
2.8	Forschungsprojekte und Modellprogramme im Zusammenhang mit Soziotherapie	27
2.8.1	Forschungsprojekt zu einer	27

	bedarfsgerechten Versorgung im ambulanten Bereich	
2.8.1.1	Inhalte und Ziele des Projekts	27
2.8.1.2	Die Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP)	28
2.8.1.3	Das Hilfeplangespräch	30
2.8.1.4	Festlegung konkreter Ziele für den Hilfeplan in der Hilfeplankonferenz	31
2.8.1.5	Evaluation des IBRP	31
2.8.1.6	Kritik am IBRP und Perspektiven	33
2.8.2	Projekt „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“	34
2.8.3	Modellprogramm Soziotherapie	35
2.8.3.1	Ziele des Modellprogramms	35
2.8.3.2	Merkmale der untersuchten Teilnehmer	35
2.8.3.3	Behandlungsverlauf	36
2.8.3.4	Behandlungsergebnisse	36
2.9	Gesetzliche Regelung der Soziotherapie	37
2.9.1	Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen	37
2.9.2	Indikation für Soziotherapie	37
2.9.3	Leistungsinhalt der Soziotherapie	39
2.9.4	Verordnung und Leistungsumfang der Soziotherapie	39
2.9.5	Leistungserbringer	40
2.9.5.1	Entwicklung des Berufsbildes	40
2.9.5.2	Berufsbilder gemäß den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen	41
2.9.5.3	Anforderungen für die Leistungserbringer von Soziotherapie	42
2.9.6	Qualitätssicherung	43
2.9.7	Vergütung	43
2.10	Soziotherapie in der Praxis	44
2.10.1	Sozialpsychiatrischer Dienst Karlsruhe	44
2.10.2	Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim	47
3	Schizophrenie – Beschreibung und Behandlung	51
3.1	Diagnose	51
3.2	Differentialdiagnose	51
3.3	Epidemiologie	52
3.4	Verlauf	52
3.5	Komorbidität	53
3.6	Erklärungsansätze	53
3.7	Behandlung	54
3.7.1	Pharmakologische Basisbehandlung	54
3.7.2	Psychotherapeutische Verfahren	55
3.7.3	Rehabilitative Maßnahmen	55
4	Soziotherapie bei Schizophrenie	56
4.1	Soziotherapie bei Psychosen aus dem	56

	schizophrenen Formenkreis	
	4.1.1 Soziotherapeutische Hilfen allgemein	56
	4.1.2 Soziotherapeutische Hilfen im stationären Bereich	57
	4.1.3 Behandlungsstrategien innerhalb der ambulanten Soziotherapie	57
5	Zwangsstörungen	59
	5.1 Diagnose	59
	5.2 Differentialdiagnose	60
	5.3 Epidemiologie	60
	5.4 Verlauf	61
	5.5 Komorbidität	62
	5.6 Erklärungsansätze	62
	5.6.1 Genetische Faktoren	62
	5.6.2 Biologische Einflüsse	63
	5.6.3 Verhaltenstheoretische Modelle	64
	5.7 Behandlung von Zwangsstörungen	64
6	Soziotherapie am Beispiel einer Zwangserkrankung	66
	6.1 Fallbeispiel einer Klientin mit Wasch- und Reinigungszwängen	66
	6.1.1 Symptomatik	67
	6.1.2 Einbeziehung der Angehörigen in die Zwangshandlungen	68
	6.1.3 Auswirkungen auf die familiäre und berufliche Situation	68
	6.1.4 Einlassung der Klientin	68
	6.1.5 Mögliche Indikation für Soziotherapie	69
	6.1.6 Behandlung im Rahmen der Soziotherapie	69
	6.1.6.1 Tagesplanstrukturierung	70
	6.1.6.2 Training sozialer Kompetenz	70
	6.1.6.3 Motivierung zur Fortführung der Verhaltenstherapie	70
	6.1.6.4 Gestaltung von sozialen Kontakten und Wiederaufnahme einer Arbeit	71
	6.2 Fallbeispiel einer Klientin mit einer Desorganisationsproblematik	71
	6.2.1 Symptomatik	72
	6.2.2 Auswirkungen auf die familiäre und berufliche Situation	72
	6.2.3 Einlassungen der Klientin	73
	6.2.4 Indikation für Soziotherapie	73
	6.2.5 Behandlung im Rahmen der Soziotherapie	73
	6.2.6 Tagesplanstrukturierung	74
	6.2.7 Motivierung zur Fortführung der Verhaltenstherapie	74
7	Kritische Betrachtung von Soziotherapie	75
	7.1 Indikation und Voraussetzungen	75

	7.2	Fehlendes Ausbildungsprofil für Soziotherapeuten	76
	7.3	Ausbildungen und Fortbildungen in Soziotherapie	76
	7.4	Alternative Anbieter von ambulanter Soziotherapie und deren Angebot	78
	7.5	Entwicklung der Soziotherapie	79
	7.6	Sozialpsychiatrisches Qualitätsmanagement für den Fortbestand von Soziotherapie	80
	7.7	Alternativen zur Soziotherapie	82
	7.7.1	Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen	82
	7.7.2	Leistungen nach dem BSHG	83
8		Soziale Arbeit und Soziotherapie	85
	8.1	Soziale Arbeit und ihre Stellung in der psychiatrischen Rehabilitation	85
	8.2	Entwicklung von Theorien für psychiatrische Sozialarbeit	85
	8.3	Soziotherapie als Handlungskonzept der psychiatrischen Sozialarbeit	86
	8.4	Klinische Sozialarbeit als Disziplin der Sozialen Arbeit	88
	8.4.1	Psychosoziale Beratung als zentrale Kompetenz Klinischer Sozialarbeit	89
	8.4.2	Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit	89
	8.4.3	Klinische Sozialarbeit im internationalen Bereich	90
	8.4.4	Klinische Sozialarbeit als fachliche Spezialisierung in Deutschland	90
9		Resümee	92
10		Literaturverzeichnis	96
11		Anlagen	98

1 Einleitung

Der Begriff „psychiatrische Rehabilitation“ wurde bereits 1975 in den Anhang der Psychiatrie-Enquete aufgenommen. Die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete zielten vor allem auf eine bedarfsgerechte Versorgung und die Koordination aller Versorgungsdienste ab. Dabei sollte die Versorgung möglichst gemeindenah erfolgen. Im Rahmen der Gemeindepsychiatrie sollte chronisch psychisch kranken Menschen ermöglicht werden, ein weitestgehend eigenständiges oder beschütztes Leben in der Gemeinde zu führen. Die Psychiatrie-Enquete führte darüber hinaus zu drei überregionalen Modellprogrammen, die die psychiatrische Versorgung reformieren sollten.¹ Durch die am 1. Januar 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) wurde die Sozialarbeit neben anderen Berufsgruppen, wie Ärzten, Psychologen, Pflegekräften und Ergotherapeuten, „zum Stammpersonal der veränderten psychiatrischen Krankenhäuser“. Zu den von der PsychPV definierten Arbeitsaufgaben von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen zählten vor allem sozialtherapeutisches Kompetenztraining sowie sozialtherapeutische Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit gezählt.² Aufgrund der PsychPV erhielt Soziotherapie für chronisch psychisch Kranke im stationären und teilstationären Bereich einen „offiziellen Status“, wobei bezüglich der Begrifflichkeiten Ungenauigkeiten bestehen, da die Begriffe „Soziotherapie“ und Sozialtherapie“ synonym verwendet werden. Durch die Etablierung von Soziotherapie im stationären Bereich gab es Bestrebungen, auch eine gesetzliche Verankerung in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen vorzunehmen. Durch den politischen Druck auf die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen wurde 1995 das Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ eingerichtet. Das Modellprogramm, das zwischen 1995 und 1998 durchgeführt worden war, hat dazu beigetragen, Soziotherapie begrifflich einzugrenzen. Damit bestanden die Voraussetzungen, Soziotherapie als eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen im ambulanten Versorgungsbereich zu etablieren. Durch die

¹ Crefeld, Wolf (2002): „Draußen zurechtkommen“ in Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2002 (S. 62-64)

² Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 62+63)

Einfügung der Paragraphen 37a und 132b Sozialgesetzbuch V zum 1.1.2000 soll Menschen, die unter bestimmten schweren psychischen Erkrankungen leiden, ermöglicht werden, stabilisierende Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten, um erneute Krankenhausbehandlungen zu vermeiden.³

Im 2. Kapitel sollen die Entwicklung von Soziotherapie und die theoretischen Hintergründe dargelegt werden. Hierbei soll die Bedeutung von lebensweltorientierten Ansätzen in der Sozialarbeit herausgearbeitet werden. Andere Therapieformen werden versucht, von Soziotherapie abzugrenzen. Danach werden die Inhalte und Behandlungsziele von Soziotherapie sowie das Empowerment-Konzept dargestellt. Als Ergebnis des Forschungsprojektes zu einer bedarfsgerechten Versorgung im ambulanten Bereich wird der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan als Instrument zur Ermittlung des Hilfebedarfs aufgeführt.

Bevor im 4. Kapitel auf soziotherapeutische Interventionen im Zusammenhang mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis eingegangen wird, erfolgt im 3. Kapitel zuerst eine Darstellung der Krankheit „Schizophrenie“ und deren allgemeine Behandlung.

Da im Rahmen des Modellprogramms aufgezeigt werden konnte, dass auch bei Angst- und Zwangsstörungen Erfolge mit Soziotherapie erzielt werden konnten, wird im 6. Kapitel versucht, eine Indikation bei Zwangsstörungen mit einem chronifizierten Verlauf zu erörtern. Zuvor werden im 5. Kapitel die relevanten Faktoren von Zwangsstörungen herausgearbeitet.

Da Soziotherapie von der Konzeption her bezüglich der gesetzlichen Vorgaben zu eng gefasst ist und eine professionelle Realisierung fehlt, wie z.B. ein berufliches Ausbildungsprofil und ein entsprechendes Qualitätsmanagement, erfolgt im 7. Kapitel eine kritische Betrachtung der Soziotherapie.

Um Soziotherapie innerhalb der Sozialen Arbeit zu etablieren, sollte Klinische Sozialarbeit die Voraussetzungen für das Berufsbild „Soziotherapeut“ beinhalten. Daher wird im 8. Kapitel eine mögliche Stellung von Soziotherapie innerhalb der Sozialen Arbeit untersucht.

³ Reumschüssel-Wienert, Christian (2002): Soziotherapie in Recht und Psychiatrie 3/2002, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 156-159)

2 Soziotherapie – von der Entwicklung zur Behandlung

Der Begriff Sozio- bzw. Sozialtherapie setzt sich aus den Bestandteilen „Sozial“, d.h. die Gesellschaft betreffend, und „Therapie“, d.h. Behandlung bzw. Methode zusammen, sodass man Soziotherapie als Methode der Beeinflussung des sozialen Umfelds auffassen kann. Nach Barkey muss Soziotherapie „die Bemühung sein, Störungen in und mit der sozialen Umwelt zu mildern oder aufzuheben sowie das mitmenschliche Engagegent, die Leiden anderer Menschen zu lindern oder deren zwischenmenschliche Störungen zu beheben“.⁴

Soziotherapeutische Maßnahmen werden in der Psychiatrie bereits jahrzehntelang eingesetzt. Man hatte erkannt „wie stark soziale Bedingungen auf die Seele der Menschen wirken und damit die seelische Gesundheit fördern oder gefährden“.⁵

Soziotherapeutische Hilfen sind insbesondere bei psychischen Erkrankungen notwendig, bei denen keine vollständige Gesundung erreicht werden kann.⁶

In der Zeit von 1995 bis 1998 wurde in Deutschland ein Modellprogramm „Ambulante Soziotherapie“ durchgeführt. Im Rahmen der am 1.1.2002 in Kraft getretenen „Gesundheitsreform 2000“ wurde Soziotherapie als eine Leistung der Krankenversicherung im ambulanten Versorgungsbereich etabliert. Der Anspruch auf Soziotherapie besteht jedoch nur für Versicherte, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, womit andere chronische Erkrankungen ausscheiden. Diese Einschränkung der Soziotherapie resultiert aus der allgemein angespannten finanziellen Situation unseres Gesundheitssystems.

In der Praxis ergibt sich zudem ein „versorgungspolitisches Dilemma“, da es noch keine flächendeckende Versorgungsinfrastruktur gibt.

⁴ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 63)

⁵ Dörner, Klaus/Plog, Ursula (2000): Lehrbuch Psychiatrie (S. 514), Psychiatrie-Verlag Bonn

⁶ Finzen, Asmus (2001): Die häufigsten psychischen Krankheiten in Mit psychisch Kranken leben, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 29)

2.1 Entwicklung der Soziotherapie

Clar (1977) stellt in seinem Buch „Soziotherapie in der Psychiatrie“ die Entwicklung zu einem „neuen sozialtherapeutischen Denken“ dar. Danach gab es bereits im 19. Jahrhundert soziotherapeutische Behandlungsmethoden im weitesten Sinne, die als „psychische Kurmethoden“ bezeichnet wurden. 1817 bestand in der Psychiatrischen Klinik der Charite ein System „der strengen Gewöhnung der Kranken an eine regelmäßige stundenweise wechselnde Tätigkeit, um abschweifende Gedanken wieder in die rechte Bahn zu lenken“. Eine der ersten Einrichtungen, in der soziotherapeutische Elemente Bestandteil der Behandlung waren, war die 1811 bei Dresden gegründete Anstalt Sonnenstein. Ein „Regulativ“ der Anstalt von 1829 beschreibt die genauen Vorgehensweise für Angebote, die eher in eine pädagogische Richtung gehen: gemeinsame Beschäftigung, Bewegung, Sport- und Brettspiele sollten die Patienten „zu Ruhe und geordnetem Tun führen“.

Der Psychiater Griesinger erkannte 1862 erstmals psychosoziale Ursachen psychiatrischer Erkrankungen. Deshalb sah er therapeutische Beschäftigung und Unterricht „als brauchbare Behandlungsmethoden und musische Fächer als sinnvolle Ergänzungen“ an.

„In liebevollen Beschreibungen des Anstaltswesens“ stellte der Psychiater Ilberg 1904 „das warmherzige Milieu und die Förderung aktiver Beteiligung“ in der sächsischen Anstalt Großschweidnitz dar.

Obwohl in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts das medizinische Modell im Vordergrund stand wurden soziotherapeutische Behandlungsformen weiterentwickelt, da es nicht genug wirksame somatische Behandlungsformen gab.⁷

Auch in angelsächsischen Ländern gab es bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts Reformbewegungen, die auf die Verbesserung der Lebensbedingungen psychisch Kranker sowie bereits auf soziotherapeutische Interventionen abzielten. Eine aus Europa stammende Idee wurde in Amerika zu Beginn des 20. Jahrhunderts als „moral treatment“ bekannt. Die Idee beruht

⁷ Brenner, H. D./Hiese, H./Hoffmann, H. (1999): Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen in Psychiatrie der Gegenwart, Band 5, Schizophrene und affektive Störungen, Springer-Verlag Berlin (S. 22-245)

auf der Annahme, dass eine menschliche Behandlung von Kranken, zu der unter anderem die eigenständige Verrichtung von alltäglichen Dingen gehört, zur Stabilisierung von psychischen Krankheiten führen würde.

In Deutschland findet man aufgrund der Idee des „moral treatment“ entwickelte Ansätze um die Zeit der zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts. Hermann Simon, der als „Altvater der Arbeitstherapie“ gilt, begründete zwischen 1920 und 1934 einen therapeutischen Ansatz für die Psychiatrie. Er entwickelte ein umfassendes pädagogisches System der „Patientenarbeit“, da er Beschäftigungstherapie und die pädagogische Beeinflussung als untrennbar ansah. Ziele waren unter anderem die „Erziehung des Kranken zur Sozialität“ durch Arbeit. Abhängig von der Leistungsfähigkeit des Patienten sollten gesunde Anteile gefördert werden, wobei Simon nicht „das Individuelle der Person“ fördern wollte, sondern deren „nützlichen Platz“ in der Gesellschaft.⁸ Nach dem Ersten Weltkrieg wurden in den meisten psychiatrischen Kliniken keine soziotherapeutischen Maßnahmen durchgeführt, was in den unmenschlichen Verhältnissen im Dritten Reich endete.⁹

In der Nachkriegszeit gewannen Behandlungsmaßnahmen mit soziotherapeutischer Intention wieder an Bedeutung, wobei Soziotherapie weniger auf wissenschaftlicher Basis, sondern eher „vom gesunden Menschenverstand her“ praktiziert wurde.

Erst durch die Psychiatrie-Enquete wurde Soziotherapie als Konzept beschrieben, das selbstständig neben der psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung steht, wobei keine Zuordnung zu einer bestimmten Berufsgruppe stattfand. Die Bedeutung einer soziotherapeutischen Konzeption war den Kommissionsmitgliedern zu dieser Zeit jedoch noch nicht bewusst. Sie wollten erst Erfahrungen mit Soziotherapie abwarten, die ausgewertet werden sollten.¹⁰

⁸ Internet (03/03: www.berufe.arbeitsamt.de/BERUFEnet:Ergotherapeut/in)

⁹ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 109-117)

¹⁰ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 11 ff.)

2.2 Theoretischer Hintergrund der Soziotherapie

Soziotherapie nach heutigem Verständnis kann man als Teilbereich in einem komplextherapeutischen Ansatz verstehen, zu dem auch psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen gehören.

Es gibt keine eigenständige Theorie, auf die sich soziotherapeutische Verfahren stützen. Soziotherapie stützt sich auf unterschiedliche Theorieansätze wie z.B. gruppodynamische, soziodynamische, lerntheoretische, edukative und pädagogische Ansätze.¹¹

2.2.1 Theorien aus der Psychologie

Brenner sieht den Mangel an somatischen Interventionen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als Grund dafür an, dass „psychoanalytisch inspirierte Vorstellungen“ auch im Bereich der Soziotherapie wirksam wurden. Sullivan (1931) versuchte in diesem Sinne ein „therapeutisches Milieu“ zu schaffen, in dem es unter anderem um die Miteinbeziehung des Patienten in das therapeutische Geschehen ging (patient participation). Nachdem die psychoanalytisch orientierte Behandlung zwischen 1945 und ca. 1965 ihren Höhepunkt erreicht hatte, verlagerte sich das Interesse auf andere Verfahren, insbesondere auf familientherapeutische und später kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze.

In den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden vor dem Hintergrund sozialpsychologischer Theorien (u.a. von Erikson, Parsons und Lewin) die Organisationsstrukturen psychiatrischer Institutionen und deren Auswirkungen auf Krankheitsverläufe zum Untersuchungsgegenstand. Dadurch wurden neue Konzepte für therapeutische Gemeinschaften entwickelt.¹² Mit dem Begriff „therapeutische Gemeinschaft“ wird ein „Behandlungsarrangement“ bezeichnet, das den Patienten als kooperierenden Partner einbezieht und den Einfluss des gesamten Krankenhausmilieus auf das therapeutische Geschehen

¹¹ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 63)

¹² Brenner, H. D./Hiese, H./Hoffmann, H. (1999): Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen in Psychiatrie der Gegenwart, Band 5, Schizophrene und affektive Störungen, Springer-Verlag Berlin (S. 245-246)

berücksichtigt. Die Verselbstständigung des Patienten steht im Gegensatz zum traditionellen System psychiatrischer Krankenbehandlung, in der der Patient als Objekt therapeutischer Maßnahmen eine passive Rolle einnimmt.

Durch das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft wurden die Voraussetzungen für eine partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut geschaffen, was auch die Basis von Soziotherapie ist.¹³

2.2.2 Ansätze aus der Sozialökologie

Sozialökologie ist ein Teilbereich der Soziologie, der sich mit den Prozessen wechselseitiger Anpassung zwischen menschlichen Gemeinschaften und ihrer physisch-räumlichen Umwelt beschäftigt.¹⁴ Es geht insbesondere um die wechselseitigen Beziehungen zwischen Menschen und ihrer sozialen, biologischen und physischen Umwelt.

Eine Reduktion des Menschen auf rein biologische Vorgänge enthält das sogenannte medizinische Modell. Die Sozialökologie sieht den Menschen hingegen im Gefüge seiner Umweltfaktoren. Aufgrund dieser Kritik an der unreflektierten Übertragung biologischer Vorstellungen auf die Gesellschaft entstand Ende des 20. Jahrhunderts eine interdisziplinäre und problemorientierte sozial-ökologische Forschung.

Im sozialökologischen Kontext geht man von einem interaktionistischem Paradigma der Soziotherapie aus, die die Interaktion zwischen Person und Umwelt in den Mittelpunkt psychischer Störungen stellt. Eine der Grundannahmen des soziotherapeutischen Ansatzes innerhalb der Sozialökologie ist, dass sowohl das Verhalten von Menschen als auch psychische Erkrankungen in Entstehung und Verlauf von sozialökologischen Faktoren maßgeblich bestimmt werden. Ansätze aus der Sozioökonomie findet man auch in der integrativen Soziotherapie, wo Methoden der Krisenintervention und des Empowerments angewandt werden. Die Integrative Therapie resultiert insbesondere aus der Gestalttherapie von Fritz Perls.

¹³ ¹³ Fachlexikon der Sozialen Arbeit 4. Auflage 1997, Kohlhammer-Verlag Stuttgart (S. 957+958)

¹⁴ Schäfers, Bernhard (1998): Grundbegriffe der Soziologie, UTB für Wissenschaft Opladen

2.2.3 Pädagogische Wurzeln der Soziotherapie

Die pädagogische Wurzeln der Soziotherapie werden dadurch deutlich, dass in multidimensionalen Modellvorstellungen immer auch pädagogische Anteile der Erklärung und der Behandlung psychischer Störungen eine große Rolle spielen.

„Pädagogische Beschäftigungsbehandlungen“ sollen sich dabei nach Simon (1931) am individuellen Bedarf des Patienten orientierten und weitestgehend zu Selbstverantwortung führen. Die edukativen Anteile in der Behandlung psychischer Erkrankungen standen auch in der Praxis der therapeutischen Gemeinschaft im Vordergrund. Die antiinstitutionelle Psychiatrie der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts (Basaglia 1978) war noch auf eine „stark rational orientierte pädagogische Unterweisung im Rahmen eines soziotherapeutischen Klimas beschränkt, in der es darum geht, die sogenannte institutionelle Regression der Patienten zu bekämpfen“. Reformbewegungen in Italien in den 1980er Jahren (Tranchina 1980, Slavich 1983) hatten bereits komplexere Vorstellungen von pädagogischen Interventionen. Für Giese (1984) stand die (sozial-)pädagogische Alltagsberatung mit dem Ziel eines möglichst eigenständigen Leben des Patienten im Vordergrund.

In der Pädagogik geht es letztendlich um Mündigkeit und Emanzipation als oberste Erziehungsziele. In Bezug auf Soziotherapie bedeutet dies, dass ein chronisch psychisch kranker Mensch zu einem weitestgehend selbstbestimmten Leben befähigt werden soll.

2.2.4 Sozialpsychiatrische Hintergründe

Sozialpsychiatrie ist eine interdisziplinäre Wissenschaft, zu der unter anderem die Medizin, die Psychologie und die Soziologie gehören. Gegenstand der Sozialpsychiatrie ist die Entwicklung des Menschen in seiner Beeinflussung durch die familiäre und soziale Umwelt, die wiederum von den sozialen Bedingungen, Verhaltensmustern und Wertvorstellungen der Gesellschaft bestimmt sind.

2.2.4.1 Sozialpsychiatrie als interdisziplinäre Wissenschaft

Nach Dörner stellt Sozialpsychiatrie als empirische Wissenschaft und als therapeutische Praxis „den Versuch der Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar“. Sozialpsychiatrie in Weiterführung zur Gemeindepsychiatrie fordert ein „chancengleiches Versorgungssystem für alle psychisch Kranken“.

Die praktische Umsetzung der sozialpsychiatrischen Forderungen wird in therapeutischen Teams praktisch umgesetzt, die aus Ärzten, Krankenpflegern/-schwestern, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, sogenannten multiprofessionellen Teams, bestehen. Die Teamarbeit zeichnet sich hierbei durch spezielle Kenntnisse und Erfahrungen des jeweiligen Berufsstandes aus, indem die Teammitglieder ihre unterschiedliche Sach- und Fachkompetenz partnerschaftlich in den therapeutischen Prozess einbringen.

2.2.4.2 Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit und sozialpsychiatrische Theoriekonzepte

Die Bedeutung von lebensweltorientierte Ansätzen für die Entwicklung von Soziotherapie der sozialen Arbeit wird durch den Lebensweltbegriff deutlich. Dem Begriff der Lebenswelt ist eine durch Husserl begründete philosophische Grundlagentheorie verbunden, die von Schütz weiterentwickelt wurde. Der Lebensweltbegriff, der oft auch mit dem Begriff „Alltagswelt“ gleichgesetzt wird, beinhaltet „die Stärkung alltagsbezogener Handlungskompetenzen“ in Form von Hilfe zur Selbsthilfe.¹⁵

Lebensweltorientierung zielt auf alltägliche Handlungskompetenz und Förderung der Lebenspraxis, worauf meines Erachtens auch die Entwicklung soziotherapeutischer Interventionen für chronisch psychisch Kranke basiert.¹⁶

Lebensweltorientierte soziale Arbeit wird in sozialpsychiatrischen Theoriekonzepten deutlich:

¹⁵ Fachlexikon der Sozialen Arbeit 4. Auflage 1997, Kohlhammer-Verlag Stuttgart (S. 609+610)

¹⁶ Fachlexikon der Sozialen Arbeit 4. Auflage 1997, Kohlhammer-Verlag Stuttgart (S. 610, 884+885,893+894+958)

1. Die antiinstitutionelle Psychiatrie (Basaglia, 1978):
Hierbei ging es darum, die „institutionelle Regression“ der Patienten zu bekämpfen.
Die Interventionen waren hier noch auf eine stark rational orientierte Unterweisung im Rahmen eines soziotherapeutischen Klimas beschränkt.
2. Der psychopädagogische Ansatz (Tranchina, 1980; Rotelli, 1981; Slavich, 1983):
Dieser Ansatz enthielt eine sozialpädagogische Beratung des Patienten im Alltag mit dem Ziel, „ein eigenständiges Leben des Patienten zu fördern bzw. seine Autonomie zu rekonstruieren und konkrete Probleme der Lebensbewältigung mit diesem zusammen anzugehen“ (Giese, 1984, S. 54).¹⁷
3. Multikausale Erklärungsmodelle für die Entstehung und den Verlauf psychiatrischer Störungen:
Diese aktuellen Modelle beinhalten den Zusammenhang zwischen genetischen, biologischen sowie psycho-sozialen Faktoren bei psychischen Erkrankungen hinsichtlich der Ätiologie und des Verlaufs. Die ätiologischen Modelle von Ciompi (1981, 1982) oder Scharfetter (1983) definieren veranlagungsbedingte Dispositionen als besondere Vulnerabilität für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese können durch kritische Lebensereignisse und ungünstige Lebensbedingungen zum Ausbruch einer Schizophrenie führen. Da der Fokus auf den psycho-soziale Faktoren gerichtet ist, lag es deshalb nah, auch sozialpädagogisch orientierte Interventionsmodelle zu entwickeln. Ciompi entwarf einen „sozialtherapeutischen Interventionsrahmen“, der im Soteria-Modell in Bern realisiert und evaluiert wurde.¹⁸

¹⁷ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 109-117)

¹⁸ Wienberg, Günther (1997): Schizophrenie zum Thema machen, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 36-117)

2.3 Unterschiedliche Definitionen von Soziotherapie

Der Begriff „Soziotherapie“ kann nicht allgemeingültig definiert werden und ist in der psychiatrischen Fachwelt zum Teil umstritten.¹⁹

Im Internet wurde durch den Webmaster für Soziotherapie, Carsten Feilhaber, im Jahr 2000 unter Interessierten im Internet eine Umfrage durchgeführt, was unter Soziotherapie zu verstehen sei. Darunter verstanden 46 Prozent der Befragten einen sozialtherapeutischen Ansatz und 35 Prozent eine Krankenkassenleistung.²⁰

Der Terminus Soziotherapie wird praktisch nur noch von deutschen bzw. deutschsprachigen Autoren benutzt, während er im angloamerikanischen Raum nicht mehr verwendet wird. Soziotherapie wird deshalb im folgenden als Synonym für einen bestimmten Ansatz und für eine Gruppe von Therapiemethoden betrachtet. Soziotherapie kann als Oberbegriff neben Psychotherapie und biologisch-somatischen Verfahren gesehen werden.

2.3.1 Fachübergreifende Definitionen

Die Problematik einer allgemeingültigen Definition des Soziotherapiebegriffes besteht in der fehlenden wissenschaftlichen Begründung der soziotherapeutischen Methodik. Es fehlen genaue Analysen der therapeutischen Situation und den darin wirksamen Faktoren sowie der Einflüsse des Umfeldes.²¹

Nach M. Jones (1976: Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft. Gemeinsames soziales Lernen und Sozialpsychiatrie) wird Soziotherapie wie folgt definiert: „Die interdisziplinäre Behandlung von Klienten in ambulanten oder stationären therapeutischen Gemeinschaften“.²²

Müller (1972) verstand unter Soziotherapie „im wesentlichen die Beeinflussung ein psychischen Krankheit durch situative Faktoren, die zusammengefasst das soziale Gefüge der Um- und Mitwelt bestimmen. Dies

¹⁹ Reumschüssel-Wienert, Christian (2002): Soziotherapie in Recht und Psychiatrie 3/2002, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 156-159)

²⁰ Internet (03/03):www.soziotherapie.de

²¹ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 63)

²² Becker, Roland/Mulot, Ralf/Wolf, Manfred (1997): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Kohlhammer-Verlag Stuttgart; Berlin; Köln (S. 900)

betrifft vor allem das Gemeinschaftsleben ..., die Arbeit des Individuums, die Stimulierung der Persönlichkeit ..., die Gestaltung der Freizeit usw.“²³

Soziotherapie wird von Nestmann (2002) wie folgt definiert:

„Überwindung eines individuumszentrierten Hilfe- und Therapiemodells in einer entwicklungsunterstützenden Arbeit mit Betroffenen und ihren Bezugspersonen in deren sozialer Realität. Sie realisiert die Vernetzungen psychosozialer und psychiatrischer Problemlagen mit den ökonomischen, ökologischen und sozialen Lebenskontexten der Betroffenen.“²⁴

2.3.2 Definitionen aus der Klinischen Psychologie

Von Psychotherapeuten wird häufig das Begriffselement „Therapie“ kritisiert. Der Therapiebegriff sollte nur verwendet werden, wenn die soziotherapeutische Methode „einem modifizierten medizinischen Therapiebegriff zumindest annähernd erfüllt“. Die Einführung eines psychiatrischen Therapiebegriffs, „der gleichermaßen medizinisch-naturwissenschaftlichen und sozialen Aspekten gerecht wird“ ist für die Sozialpsychiatrie unumgänglich (Veltin, 1979).²⁵

Die Klinische Psychologin Angela Mahnkopf sowie ihr Kollege Ewald Rahn, der als Psychiater und Psychotherapeut tätig ist, kritisieren das Fehlen einer „allgemein gültigen Operationalisierung“ des Begriffs der Soziotherapie. Sie vertreten jedoch den Standpunkt, dass Soziotherapie „nur in einem komplexen Behandlungssetting zu realisieren und daher nur eine Domäne der stationären und teilstationären Behandlung“ sei. Ihre Begriffsdefinition beinhaltet vor allem „lebenspraktische Begleitungen“ von Patienten wie z.B. Hilfe bei der Führung des Haushalts, wobei auch der soziale Rückzug bekämpft und der Patient aktiviert werden solle.²⁶ Der Psychiater Klaus Dörner und die Diplom-Psychologin Ursula Plog verstehen Soziotherapie als Konfrontation mit dem Alltäglichen im Rahmen der Therapie, um die „nicht an die Krankheit

²³ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 5)

²⁴ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 5ff.)

²⁵ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 64)

²⁶ Dörner, Klaus/Plog, Ursula (2000): Lehrbuch Psychiatrie (S. 301), Psychiatrie-Verlag Bonn

gebundenen Anteile“ der Patienten zu fördern. Dörner und Plog unterstreichen, dass der Begriff „Soziotherapie unterschiedlich, fast beliebig benutzt“ und zum Teil mit psychotherapeutischen Maßnahmen oder Milieutherapie gleichgesetzt würde. Sie betrachten Soziotherapie als Basis therapeutischen Handelns in psychiatrischen Einrichtungen.

2.3.3 Begriffsbestimmung durch die Soziale Arbeit

Der Soziotherapiebegriff in der Sozialarbeit basiert auf einer fast „70-jährigen Tradition“. Alice Salomon veröffentlichte bereits 1926 ein weit verbreitetes Lehrbuch mit dem Titel „Soziale Therapie“, wonach sie „als Einsatzebene der Fürsorge die Verbindung zwischen einzelnen Menschen und ihrer sozialen und materiellen Umgebung sah“.²⁷

Nach Jens Clausen (Lehrer an der Ev. Sozialpäd. Ausbildungsstätte in Münster), Klaus-Dieter Dresler (Professor am Fachbereich Sozialwesen an der FH Jena) und Ilse Eichenbrenner (Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Charlottenburg, Berlin) ist Soziotherapie eine „spezifische Methode der Sozialarbeit und damit eine Domäne von Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen“. Für Clausen, Dresler und Eichenbrenner umfasst Soziotherapie sowohl Einzelfallhilfen als auch Gruppen- oder Gemeinwesenarbeit, wobei es unterschiedliche Methoden gäbe: „Zu den soziotherapeutischen Verfahren gehören alle grundständig in der Psychiatrie angewandten Methoden der Sozialarbeit“. Einzelfallhilfe solle nach den drei Autoren in Form einer „Alltagsbegleitung“ erfolgen, was hauptsächlich Hausbesuche, Kriseninterventionen und Casemanagement beinhalten würde.²⁸

2.3.4 Definition des Bundesgesundheitsministeriums

Die Inhalte von Soziotherapie wurden in einer Definition am 30.3.98 vom Arbeitskreis zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung des Bundesministeriums für Gesundheit wie folgt festgelegt:

²⁷ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 64)

²⁸ Clausen, Jens/Dresler, Klaus-Dieter/Eichenbrenner, Ilse (1997): Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie – Eine Einführung, Lambertus-Verlag Freiburg

- Zentraler Baustein einer integrierten Komplexleistung
- Unterstützung chronisch psychisch Kranker zur Erlangung sozialer Kompetenz
- Integration in das soziale Umfeld
- Brückenfunktion zwischen ärztlicher Behandlung und Angeboten, die nicht unter die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen.²⁹

Abschließend möchte ich bemerken, dass es trotz unterschiedlicher Definitionsdimensionen eine gemeinsame Grundannahme gibt, die darin besteht, dass chronisch psychisch Kranke durch die Aktivierung ihrer gesunden Teile weitestgehend dazu befähigt werden sollen, ihren Alltag selbstständig zu meistern.

2.4 Abgrenzung von Soziotherapie zu anderen Therapieformen

Eine genaue Abgrenzung zu anderen Therapieformen ist schwierig. Insbesondere die Grenze zu bestimmten psychologischen (insbesondere psychotherapeutischen Verfahren der modernen Verhaltenstherapie) und sozialpädagogischen Therapieansätzen ist fließend.³⁰

2.4.1 Abgrenzung zur Psychotherapie

Psychotherapie, wie sie im allgemeinen definiert wird, dient der Behandlung seelischer Störungen durch wissenschaftlich anerkannte psychologische Methoden.

Durch die Verarbeitung innerpsychischer Konflikte in der Psychotherapie wird sekundär auch eine Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungen erreicht.

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde der Versuch unternommen, Soziotherapie von Psychotherapie zu unterscheiden. Danach regeln Patienten

²⁹ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie (S. 73), Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden

³⁰ Eikelmann, Bernd (2002) in Bach, Otto/Reuster, Thomas: Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart

in der Psychotherapie ihre „Innenpolitik“ und in der Soziotherapie ihre „Außenpolitik“.³¹

Zimmer et al. (1979) grenzen Soziotherapie von Psychotherapie dadurch ab, dass Soziotherapie eine spezifiziertere professionelle Hilfeform darstellt, die in Abgrenzung zur Psychotherapie lebensweltorientiert und auf die „Realitätsbewältigung im Hier und Jetzt“ ist.³²

Weitere wichtige Abgrenzungskriterien der Psychotherapie von der Soziotherapie bestehen darin, dass

- Psychotherapie eine hohe Eigenmotivation und psychische Belastbarkeit des Klienten voraussetzt,³³
- Soziotherapie sich hauptsächlich an Klienten aus sozialen Randschichten wendet, während Psychotherapie eher ein mittelschichtorientiertes Klientel als Zielgruppe hat,
- der Schwerpunkt von Soziotherapie auf einer gezielten Aktivierung des Patienten durch die praktische Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld liegt.

Der soziotherapeutische Ansatz ist also direkter auf die Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt ausgerichtet.

Soziotherapie ermöglicht unter Umständen erst eine spätere Psychotherapie, indem sie zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen motivieren soll. Nach Bach sollten soziotherapeutische Interventionen einer Psychotherapie vorausgehen, wenn Selbst- und Fremdbild des Klienten erheblich voneinander abweichen.³⁴

Ausgehend von der Definition von Melzer, der von einer psychotherapeutischen Ausrichtung von Soziotherapie ausgeht, könnte man Soziotherapie „pointiert“ als „sozialarbeiterische Variante“ der Psychotherapie bzw. als „Quasi-Psychotherapie“ bezeichnen.

³¹ Dörner, Klaus/Plog, Ursula (2000): Lehrbuch Psychiatrie (S. 514), Psychiatrie-Verlag Bonn

³² Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 69)

³³ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie (S. 76), Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden

³⁴ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 3 + 5)

Auch wenn bei Soziotherapie mehr die Bewältigung von Alltagsproblemen im Vordergrund steht als in der Psychotherapie, sind die Grenzen fließend.³⁵

2.4.2 Abgrenzung zur Milieuthherapie

Bei der Milieuthherapie handelt es sich um einen „Sammelbegriff für Verfahren, die das räumliche und soziale Milieu innerhalb vorwiegend psychiatrischer Institutionen möglichst „krankenhausunähnlich und kommunikationsfördernd“ zu gestalten versuchen“.³⁶

Sullivan wies bereits 1931 auf die „Bedeutung des sozialen Umfelds auf den Genesungsprozess schizophrener Patienten“ hin.

Viktor v. Weizsäcker (1947) versuchte durch eine „sozialen Therapie“ das soziale Umfeld gezielt zu beeinflussen. Hier wird der Begriff Soziotherapie synonym für Milieuthherapie verwendet.

Als eigentliche Begründer der heutigen Milieuthherapie gelten Cumming u. Cumming mit ihrem Buch „Ego und Milieu“ (1962).

Gunderson (1980) unterschied zwei Typen von Milieuthherapie: die therapeutische Gemeinschaft nach Jones (1953) und das verhaltenstherapeutisch orientierte Milieu (Ayllon u. Azrin 1968).

Tucker (1983) rechnete zum Milieu sowohl die Haltung als auch die organisatorische Struktur einer therapeutischen Institution.

Therapeutische Milieus unterscheiden sich nach Brenner et al. je nach Ausprägung von Kontrolle, Unterstützung, Struktur, Engagement und Wertschätzung. Daher würde heute jede psychiatrische Institution für sich in Anspruch nehmen, Milieuthérapie anzubieten.³⁷

Finzen (2002) bezeichnet Milieuthérapie zwar als sozialtherapeutisches Verfahren, wobei die Milieuthérapie der Focus auf die Ökologie gerichtet sei, indem die Umgebung und deren Einflüsse therapeutisch wirken würden.³⁸

³⁵ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 71-74)

³⁶ Becker, Roland/Mulot, Ralf/Wolf, Manfred (1997): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Kohlhammer-Verlag Stuttgart; Berlin; Köln (S. 647 + 900)

³⁷ Brenner, H. D./Hiese, H./Hoffmann, H. (1999): Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen in Psychiatrie der Gegenwart, Band 5, Schizophrene und affektive Störungen, Springer-Verlag Berlin (S. 257-258)

³⁸ Internet (03/03): www.psychiatrie.de/verlag/buecher

Vor allem im stationären Bereich haben soziotherapeutisch ausgerichtete Behandlungsverfahren ihren Behandlungsschwerpunkt auf Milieuthérapie.³⁹ Auch wenn bei der Milieuthérapie vorrangig auf die Verbesserung des Milieus im stationären bzw. teilstationären geht und Soziotherapie mehr auf die Alltagsbewältigung im Lebensumfeld abzielt, ist eine klare Abgrenzung zur Soziotherapie meines Erachtens nicht möglich.

2.4.3 Abgrenzung zum Casemanagement

Das Konzept des Casemanagement, das als Erweiterung der Einzelfallhilfe aus den USA stammt, reicht vom Vermitteln von Therapie- und Rehangeboten bis hin zum sogenannten klinischen Casemanagement, das auf eine Langzeitbetreuung ausgerichtet ist.

Das sogenannte Unterstützungsmanagement versucht, die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld zu koordinieren. Bach (2001), Professor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, betont, dass empirische Studien gezeigt hätten, dass durch Casemanagement die Lebensqualität nicht mehr als durch eine „Standardbetreuung“ in sozialpsychiatrischen Diensten gesteigert werden konnte.⁴⁰

Die Koordination der erforderlichen Leistungen wurde im Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ von den Krankenkassen als Casemanagement betrachtet, da es dort um konkrete Unterstützungsmöglichkeiten des Individuums geht, worin Parallelen zur Soziotherapie bestehen.

Im Unterschied zur Soziotherapie geht Casemanagement fließend in Fallmanagement über, das die Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich zur Aufgabe hat.

Beim Casemanagement geht es mehr um ökonomische Aspekte, indem die im Einzelfall erforderliche Hilfe kostensparender geleistet werden soll.⁴¹

³⁹ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie (S. 10), Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden

⁴⁰ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 5ff.)

⁴¹ Internet (12/02): www.case-manager.de

Kosteneinsparungen werden jedoch auch durch soziotherapeutische Interventionen erreicht, wenn sich stationäre Aufenthalte reduzieren lassen. Im Gegensatz zur Soziotherapie beinhalten Langzeitbetreuungsansätze im Rahmen des Casemanagements keine spezifischen Verfahren aus der Rehabilitation wie z.B. das Training sozialer Fertigkeiten.⁴² Eine genaue Abgrenzung zwischen Casemanagement und Soziotherapie ist meines Erachtens aufgrund verschiedener Parallelen nicht möglich.

2.4.4 Abgrenzung zur Ergotherapie

Durch Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sollen krankheitsbedingte Defizite (motorisch, sensorisch und psychisch) wiederhergestellt, verbessert oder kompensiert werden. Ergotherapie benutzt hierzu handlungsorientierte Verfahren und setzt handwerkliche sowie gestalterische Techniken ein. Im Unterschied zur Ergotherapie richtet Soziotherapie ihren Fokus nicht auf eine sachbezogene Auseinandersetzung mit der Umwelt, sondern auf die soziale Auseinandersetzung mit der Umwelt.⁴³

2.4.5 Abgrenzung zur Eingliederungshilfe

Nach § 39 III Bundessozialhilfegesetz besteht die Aufgabe der Eingliederungshilfe darin, „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“. Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen nach § 40 BSHG in erster Linie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die bei psychisch Behinderten in erster Linie folgende Therapieformen beinhalten:

- Behandlung durch Ärzte,
- Beschäftigungstherapie,

⁴² Brenner, H. D./Hiese, H./Hoffmann, H. (1999): Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen in Psychiatrie der Gegenwart, Band 5, Schizophrene und affektive Störungen, Springer-Verlag Berlin (S. 260)

⁴³ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie (S. 77), Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden

- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung sowie Belastungserprobung und
- Arbeitstherapie.

Darüber hinaus werden nach § 40 Nr. 3 BSHG „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sowie sonstige Hilfen zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben“ gewährt.⁴⁴

Für alle Hilfen gilt in der Leistungserbringung eine damit einhergehende Stabilisierung des Lebensumfeldes.

Die Abgrenzung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe, die eine seelische Behinderung voraussetzt, zur Soziotherapie erfolgt durch folgende Voraussetzungen:

1. Bestehen eines Rehabilitationspotentials,
2. ärztlich verordneter Behandlungsplan mit definierten Zielen und
3. einer zeitliche Befristung.⁴⁵

2.4.6 Abgrenzung zur fachpsychiatrischen Krankenpflege

Nach § 37 I SGB V erhalten Krankenversicherte neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch diese eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Nach § 37 II SGB V wird Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege gewährt, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Bei häuslicher Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung besteht nur ein Anspruch auf Leistungen der Behandlungspflege. Bei häuslicher Krankenpflege zu Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung besteht ein Anspruch auf Grund- und Behandlungspflege.

Leistungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege haben Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung.

⁴⁴ Gastiger, Sigmund (2002): Gesetzestexte für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Lambertus-Verlag Freiburg

⁴⁵ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie (S. 76 f.), Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden

Am 14.5.00 traten bundesweit einheitliche Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege in Kraft, die aber keine speziellen Leistungen für psychisch Kranke enthalten.

Nur in den Bundesländern, insbesondere Nordrhein-Westfalen, in denen es bereits spezielle Leistungen für psychisch Kranke gab, können diese auch weiter verordnet werden.⁴⁶

Zur häuslichen Krankenpflege nach SGB V gehören vor allem die Medikamentengabe, Injektionen und spezielle Formen der individuellen Behandlungspflege.

Fachpsychiatrische Krankenpflege im Rahmen des SGB V umfasst unter anderem:

- Gestaltung des täglichen Lebens unter Berücksichtigung der jeweiligen Diagnose
- Aufbau und Stabilisierung sozialer Kontakte
- Krisenintervention
- Beobachtung der medikamentösen Einstellung.⁴⁷

Fachpsychiatrische Krankenpflege ist als Unterstützung und Begleitung während der Krankheit und im Gesundungsprozess ein wichtiger Faktor in der gemeindenahen Psychiatrie.

Die Abgrenzung zur Psychotherapie besteht bei der fachpsychiatrischen Krankenpflege vor allem in der Pflegebedürftigkeit des Patienten, die in der Regel eher aufgrund somatischer Beschwerden erforderlich ist.

Ein weiterer Unterschied liegt meines Erachtens in der Dauer der Leistungen. Psychotherapie ist mit einem Leistungsumfang bis zu 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren mittel- bzw. langfristig angelegt. Die Kosten für fachpsychiatrische Krankenpflege wird in der Regel nur kurzfristig, d.h. in der Regel für die Dauer von 4 Wochen und in begründeten Ausnahmefällen auch für einen längeren Zeitraum von den Krankenkassen übernommen.

Ein weiterer Unterschied liegt im Behandlungsschwerpunkt der fachpsychiatrischen Krankenpflege. Dieser liegt eher im häuslichen Bereich als im gesamten sozialen Umfeld des Patienten. Innerhalb der Psychotherapie

⁴⁶ Brill, Karl-Ernst (2001): „Recht und Gesetz von A-Z – Chancen und Stolpersteine“ in Mit psychisch Kranken leben, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 212-214)

⁴⁷ Internet 02/03: www.mobile-pflegeambulanz.de/leistungen

können zwar auch gemeinsame Einkäufe erfolgen, wobei es bei der fachpsychiatrischen Krankenpflege mehr um die hauswirtschaftliche Versorgung geht.

2.5 Inhalte und Ziele von Soziotherapie

Psychisch Kranke sind oftmals nicht in der Lage, Hilfsangebote wahrzunehmen, wie z.B. ärztliche Betreuung, Ergotherapie, Selbsthilfegruppen. Durch Soziotherapie sollen psychisch Kranke in die Lage versetzt werden, erforderliche Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Auf der Grundlage klar definierter Therapieziele soll Soziotherapie eine koordinierende Unterstützung für den Klienten bieten.

2.5.1 Inhalte der Soziotherapie

Bach formuliert folgende Inhalte der Soziotherapie:

- Angebote strukturierter Aktivitäten zur Erhöhung der Integrationsfähigkeit
- Training der Fähigkeit zur Kontinuität in zielgerichtetem Handeln
- Entwicklung von Durchhalte- und Konzentrationsfähigkeit bezogen auf eine Aufgabe
- Vermittlung von Ordnungsimpulsen orientiert auf ein gemeinsames Ziel
- Förderung der Fähigkeit zur Erbringung von Leistung für andere und für den Alltag („activities of daily living“)
- Förderung von Selbst- und Fremdwahrnehmung, besonders im metakommunikativen Bereich
- Training der kommunikativen Belastbarkeit
- Information über krankheitsbezogene Sachverhalte.⁴⁸

⁴⁸ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 3)

2.5.2 Behandlungsziele

Die in den Soziotherapie-Richtlinien genannten Ziele lauten wie folgt:

- „Soziotherapie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen psychosoziale Defizite abzubauen“,
- Der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen,
- Soziotherapie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen,
- Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden“.

2.6 Soziotherapie im stationären Bereich

Soziotherapie im stationären Bereich findet bereits seit Jahrzehnten in der Psychiatrie Anwendung, wobei der rechtliche Rahmen erst durch die Psychiatriepersonalverordnung im Jahr 1991 geschaffen wurde.

2.6.1 Ziele

Soziotherapie in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken dient der Vorbereitung der nachstationären Phase. Soziotherapie im stationären Setting soll den Patienten unterstützen, soziale Handlungskompetenz zu entwickeln. Durch die Psychiatrie-Personalverordnung bekam Soziotherapie für den klinisch stationären und teilstationären Bereich einen für die Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen „offiziellen Status“. Soziotherapie wurde damit ein wichtiger Teil eines Versorgungskonzeptes der stationären Krankenhausbehandlung, das auf Regionalität und Multidisziplinarität abzielt.

Soziotherapie wird innerhalb der Psych-PV definiert als „handlungsorientierte Einflussnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld“.⁴⁹

Ziele der soziotherapeutischen Interventionen im stationären Bereich sind vor allem:

- Das Erkennen von Informationsdefiziten und problematischen Einstellungen hinsichtlich des sozialen und beruflichen Lebens und
- die Anregung einer konstruktiven Veränderung der Lebensplanung und -führung.

Die Zusammenarbeit der Soziotherapeuten mit anderen Klinikmitarbeitern hat die „Vernetzung klinikinterner und klinikexterner medizinischer und berufsorientierter Rehabilitationsmaßnahmen“ zum Ziel.

2.6.2 Behandlung und Therapie

Beeinträchtigungen der Teilhabe am sozialen Leben und Störungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erfordern spezielle Beratung, Kompetenztraining und gezielte Behandlungsmaßnahmen.

Die Psychosomatische Fachklinik in Bad Dürkheim, die eine Rehabilitationseinrichtung ist, versteht Soziotherapie sowohl als beratende als auch „themenzentriert-therapeutische“ Arbeit. Der Schwerpunkt in der soziotherapeutischen Behandlung liegt dort in der Förderung der Selbstmanagementkompetenz von Patienten im sozialen Alltag.

Zu den Aufgaben der Mitarbeiter der soziotherapeutischen Abteilung gehört deshalb insbesondere die Beratung hinsichtlich der beruflichen Perspektive wie z.B. der Planung und Durchführung interner und externer berufsbezogener Belastungserprobungen. Bei beruflichen Problemen werden in Einzel- und Gruppengesprächen realisierbare Lösungen gesucht und Hilfe bei der Bewältigung von Lösungsschritten angeboten.

⁴⁹ Reumschüssel-Wienert, Christian (2002): Soziotherapie in Recht und Psychiatrie 3/2002, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 157)

2.6.2.1 Spezielle Maßnahmen

Praktische „alltagsrealitätsnahe“ Tätigkeiten haben im stationären Bereich im Rahmen der Soziotherapie eine hohe therapeutische Bedeutung. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Förderung der sozialen Kompetenz angeboten:

- Trainingsgruppen zu sozialer Kompetenz in der psychiatrischen Rehabilitation für die Bereiche Alltag, Wohnen, Finanzen sowie zur beruflichen Orientierung
- Soziotherapeutische Übungsgruppen wie Koch- und Hauswirtschaftsgruppen
- Übung sozialer Kompetenz im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft.

Zur Förderung allgemeiner beruflicher Kompetenz und zur Bearbeitung spezifischer Probleme bieten die meisten Kliniken folgende Behandlungselemente an:

- Handwerkliche Beschäftigungstherapien,
- Durchführung individueller Belastungstage zur Prüfung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- Themenzentrierte Gruppen zum Arbeitsleben (bei Problemen der Berufsfindung, der beruflichen Identität, Bewerbungstraining usw.)
- Gezieltes Training spezifischer gestörter Funktionen in der Ergotherapie.

2.6.2.2 Ambulante Rehabilitationsnachsorge

Im Einzelfall wird ein therapeutisches bzw. soziales Nachsorgekonzept entwickelt, das die stationären Behandlungsergebnisse sichern soll. Deshalb sollen Patienten, bei denen eine erneute Dekompensation zu befürchten ist, bereits während der stationären Behandlung Kontakt zu ihren zukünftigen Beratern, z.B. beim Sozialpsychiatrischen Dienst, aufnehmen.

Die Psychosomatische Fachklinik in Bad Dürkheim befasst sich bereits Mitte der 1990iger Jahre mit den Problemen, die beim Übergang des Patienten aus dem häuslichen Umfeld in eine stationäre Behandlung und von dort aus wieder zurück in die gewohnte Umgebung entstehen.

Im Rahmen des „Dürkheimer Präpostprojektes“ wurden vorbereitende ambulante prä- und poststationäre Maßnahmen zur Verbesserung des Therapieerfolgs entwickelt, die derzeit in einer mehrjährigen Studie evaluiert werden. In diesem Projekt werden sowohl Patienten, die in der dortigen Klinik als auch Patienten, die wohnortfern stationär behandelt wurden und im Rhein-Neckar-Kreis wohnen, behandelt. Es besteht für Patienten die Möglichkeit, tagsüber vorwiegend gruppentherapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen. Berufstätige Patienten können an wöchentlichen Nachsorgegruppen, die abends angeboten werden, ambulant teilnehmen. Die Kosten werden von der BfA und der LVA Rheinland-Pfalz übernommen, da es um „eine Fortsetzung des Rehabilitationsprozesses zur Sicherung der Rehabilitationsziele und Festigung der bereits erreichten Rehabilitationsergebnisse“ geht.

2.7 Soziotherapie als Weg zum Empowerment

Beim Empowerment handelt es sich um „einen absichtsvoll in Gang gesetzten fortlaufenden Prozess, durch den Menschen, die nicht gleichberechtigt an wertgeschätzten Ressourcen teilhaben, größeren Zugang sowie Verfügung und Kontrolle über diese Ressourcen erhalten. Dieser Prozess ist in der lokalen Gemeinde angesiedelt und beinhaltet gegenseitigen Respekt und Fürsorge, kritische Reflexion und Gruppenpartizipation“.

In seinem Artikel über die Ursprünge und Perspektiven von Soziotherapie stellt der Autor Frank Nestmann dar, dass Empowerment (Selbstbefähigung) zu einem Schlüsselbegriff einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker geworden sei, an die auch das Konzept der Soziotherapie anknüpfen könnte. Ausgangspunkt des Empowerment-Konzeptes ist nach Norbert Herriger, Dozent an der FH Düsseldorf, Fachbereich Soziale Arbeit, die Kritik an einer defizitorientierten Betrachtungsweise von chronisch psychisch Kranken.

Empowerment basiert auf „normativ-ethischen Grundüberzeugungen“, die die Autonomie des Klienten und dessen Selbsthilfekräfte sowie das Eintreten für soziale Gerechtigkeit beinhalten.⁵⁰ Das Empowermentmodell verbindet persönliche Kompetenzen und Stärken mit sozialer Veränderung und Aktion in der Gemeinde.

Die Zielvorstellungen von Empowerment:

- Empowerment fördert das Wachsen von Selbstbewusstsein und Autonomie der Betroffenen
- Empowerment fördert Gruppenkapazitäten über gemeinsame Reflexion und gegenseitige Unterstützung
- Empowerment fördert die gemeinsame Beseitigung sozialer Ungerechtigkeit.

Gemeindebezogene Soziotherapie zielt darauf ab, „sorgende Gemeinschaften in überschaubaren Strukturen zu entwickeln“. Diese Gemeinschaften sollen über Integration und soziale Vernetzung neben wechselseitiger Unterstützung auch die Entfaltung des Einzelnen zulassen und fördern. Dabei sollen Schutzräume für abweichendes Verhalten stark beeinträchtigter chronisch psychisch Kranke geschaffen werden.

„Soziotherapeutisch initiierte Empowermentprozesse“ werden durch die Rückgewinnung gemeinschaftlicher Potenziale zu einer unabdingbaren Voraussetzung einer sozial gerechten psychiatrischen Versorgung.

⁵⁰ Internet (02/03): socialnet.de/Domains/empowerment

2.8 Forschungsprojekte und Modellprogramme im Zusammenhang mit Soziotherapie

Das Bundesgesundheitsministerium fördert seit 1992 mehrere Forschungsprojekte und Modellprogramme, die alle auf einem Konzept einer integrierten, personenzentrierten Versorgung innerhalb der Gemeindepsychiatrie basieren.

2.8.1 Forschungsprojekt zu einer bedarfsgerechten Versorgung im ambulanten Bereich

In der Zeit von 1992 bis 1996 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Forschungsprojekt gefördert, das den Auftrag hatte, Grundlagen zur Personalmessung und die strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung im ambulanten Bereich zu erarbeiten.

2.8.1.1 Inhalte und Ziele des Projekts

Die Zielsetzung, auch chronisch psychisch Kranken ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, setzt einen Perspektiv- und Paradigmenwechsel voraus. Dieser hat das Ziel, von einem einrichtungs- und angebotsorientierten zu einem personen- und bedarfsorientierten Ansatz zu gelangen.

Der personenzentrierte Ansatz enthält:

1. Ein mehrdimensionales Konzept von Krankheit und Behinderung:
Es wird von einem bio-psycho-sozialem Krankheitsmodell sowie von einem dynamischen anstelle eines statischen Begriffes von Behinderung ausgegangen.
2. Eine eigene Wohnung:
Die Berücksichtigung des menschlichen Grundbedürfnisses nach einer eigenen Wohnung wird als entscheidender Faktor für den Erfolg von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung betrachtet.

3. Einen integrierten Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplan.

Die Ergebnisse der Expertenkommission des Bundesgesundheitsministeriums enthalten Vorschläge auf den folgenden 4 Ebenen:

1. Auf der Ebene der Organisation von Diensten und Einrichtungen in Form eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes
2. Auf der Ebene der Psychiatrieplanung und Kostensteuerung.
3. Auf der Ebene des Sozialrechts
4. Auf der Ebene der Erbringung von Hilfen, indem ein integriertes Behandlungs- und Rehabilitationsprogramm (IBRP) entwickelt wird, das sich am individuellen Hilfebedarf orientiert und mit dem Klienten gemeinsam erstellt wird.⁵¹

2.8.1.2 Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP)

Die Liga der Wohlfahrtsausschüsse hatte bereits gefordert, den IBRP als Mittel für individuelle Hilfeleistungen landesweit einzuführen, was zum Teil bereits umgesetzt wird.

Hilfeplanung mit dem Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) beschäftigt sich mit der Versorgung und Rehabilitation von Menschen mit langdauernden psychischen Behinderungen.

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation (ICF) beispielhaft die unterschiedlichen möglichen Auswirkungen und Folgen einer psychischen Erkrankung:

⁵¹ Kruckenberg et.al. (1998): Von insitutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, Band 116 (S.13 ff.)

PSYCHISCHE ERKRANKUNG / BEHINDERUNG		
Schaden	Aktivität	Partizipation
Störung oder Verlust einer psychischen oder physischen Funktion	Art und Ausmaß einer zielgerichteten Tätigkeit einer Person	Einbezogenheit einer Person an bzw. in Lebensbereiche
Gestört können z.B. sein: - Antrieb - Aufmerksamkeit - Ausdauer - Bewusstsein - Denkinhalte/Kontrolle des Denkens - Einsicht - Emotionale Stabilität - Interesse - Merkfähigkeit - Motivation - Orientierung/ Affektivität, - Selbstwertgefühl - Urteilsfähigkeit - Wahrnehmung	Gestört können z.B. sein: Aktivitäten - des täglichen Lebens (Selbstversorgung, Körper- und Kleiderpflege) - der Kommunikation und interpersonellen Aktivitäten (Aufnahme und Pflege sozialer Kontakte) - im Zusammenhang mit Arbeit und Schule - zur Nutzung medizinischer, sozialer, kultureller Angebote	Gestört kann z.B. sein die Partizipation - an sozialen Beziehungen (Familie, Freunde, Bekannte, Gleichaltrige, Fremde) - an Ausbildung, entlohnter oder unbezahlter Arbeit - an Wohnen und Unterkunft - an Erholung, Freizeit, Kultur - am wirtschaftlichen Leben
Persönliche und umweltbedingte Kontextfaktoren		

Die Abbildung verdeutlicht, dass es sich bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei einem chronischen Verlauf, um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem stabilisierende oder belastende Situationen in den verschiedenen Lebensbereichen durch Rückkopplungseffekte miteinander verbunden sind. Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfordert daher eine genaue Kenntnis der Person des erkrankten Menschen, der vorhandenen und

beeinträchtigten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie des sozialen Umfeldes mit den vielfältigen Wechselwirkungen.⁵²

Das vorrangige Ziel der Kommission zur Personalbemessung bei der Entwicklung des IBRP, das in der psychiatrischen Versorgungslandschaft immer noch kontrovers diskutiert wird, bestand in der Reduzierung der Klinikeinweisungen.

Für die Umsetzung des IBRP wurde 2001 ein Handbuch mit psychosozialen Arbeitshilfen erstellt. Dieses Handbuch dient sowohl der konkreten Hilfeplanung mit dem Klienten als auch der Abrechnung der Leistungen und der Dokumentation mit den Kostenträgern.

Eine individuelle Hilfeplanung im Rahmen des IBRP knüpft an die Erfahrungen in verschiedenen Feldern Sozialer Arbeit, wie z.B. des Hilfeplanverfahrens in der Kinder- und Jugendhilfe, an.

2.8.1.3 Das Hilfeplangespräch

Grundlage der IBRP sind die Wünsche und Interessen des Klienten. Davon sind alle anderen Schritte der Hilfeplanung sowie die geplanten Maßnahmen abhängig, denn die Beteiligung des Klienten stellt einen Qualitätsstandard des IBRP dar. Am Hilfeplangespräch nimmt ein Mitarbeiter des psychiatrischen Hilfesystems teil, der in der Regel die verantwortliche Koordination für den Klienten übernommen hat.

Der Prozess der Hilfeplanung enthält eine gemeinsame Gewichtung der aktuellen Probleme der Lebenssituation sowie Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Klienten. Es werden gemeinsam mit dem Klienten konkrete Ziele formuliert und das Vorgehen für die notwendigen Hilfen erarbeitet. Die vom Klienten gewünschte Lebensform zu erhalten, zu stabilisieren oder herzustellen ist das Ziel aller Hilfen, wobei nicht selten die Ziele und Wünsche des Klienten von denen aus der Sicht der behandelnden Mitarbeiter voneinander abweichen. Diese Unterschiede müssen im Hilfeplanungsprozess erörtert und ggf. im Behandlungs- und Rehabilitationsplan festgehalten werden.

⁵² Internet (03/03): www.ibrp-online.de

2.8.1.4 Festlegung konkreter Ziele für den Hilfeplan in der Hilfeplankonferenz

Nach der Festlegung notwendiger und konkreter Ziele innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens werden Vorschläge für konkrete Hilfeleistungen erarbeitet. Eine Festlegung kann jedoch erst in der Hilfeplankonferenz erfolgen. Grundlage für jede Hilfeplankonferenz ist ein Überblick über die in der Region vorhandenen psychiatrischen und sozialen Angebote und Dienste sowie deren Leistungsspektrum.

Die Organisation der Fallkonferenz, in der verbindliche Abstimmungen zum Hilfeplan erfolgen, obliegt dem für den Klienten verantwortlichen Koordinator. Dieser ist auch für die Durchführung der im Hilfeplan vereinbarten Maßnahmen und der Dokumentation der Hilfeplanung zuständig.

2.8.1.5 Evaluation des IBRP

Eva Herrmann-Woitas begleitete mit ihrer Forschungsarbeit die Einführung von IBRP in einer psychiatrischen Übergangseinrichtung in Rheinland-Pfalz von September 1998 bis Mai 1999. Ihre Arbeit wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes zum Thema „Systemische Organisationsentwicklung in psychiatrischen Kliniken“ unter Leitung von J. Schweitzer in der Abteilung Medizinische Psychologie der Uniklinik Heidelberg durchgeführt.

Im Vordergrund der Untersuchung stand die Frage nach der Effektivität des IBRP aus der Sicht von Klienten und Mitarbeitern.

Bei der Erstbefragung der Klienten war ihre Beschreibung zu ihrer aktuellen Wohnsituation auffällig. Die Entscheidung über die Wohnform wurde durchgängig als fremdbestimmt geschildert. Mitarbeiter betrachteten Entscheidungen hingegen als gemeinsames Ergebnis bzw. als Kompromiss. Klientenautonomie bestand hierbei offensichtlich nur darin etwas „freiwillig zu wollen“, was Watzlawick als typische paradoxe Handlungsaufforderung bezeichnet.

Die Zweitbefragung erfolgte 2 bis 4 Wochen nach den ersten Hilfeplangesprächen unter Verwendung des IBRP. Die dabei geführten Interviews führten zu unterschiedlichen Bewertungen seitens Klienten und

Mitarbeitern. Es entstand der Eindruck, dass die Klienten die Hilfeplangespräche deutlich positiver erlebten als die Mitarbeiter. Diese beschrieben den Hilfeplanprozess vor allem als „schwierig und mühsam“, wobei sie vermuteten, dass die Klienten die Hilfeplangespräche als belastend und unangenehm erlebten. Laut Herrmann-Woitas käme hier möglicherweise eine „gewisse überprotektive Haltung der Mitarbeiter zum Tragen, die den Klienten als wenig belastbar und schutzbedürftig definiert“.

Das dritte Interview erfolgte ca. 6 bis 7 Monate nach den ersten Hilfeplangesprächen in Form einer Follow-up-Befragung. Dabei wurden in 50% der Fälle sowohl von Klienten als auch von Mitarbeitern das Funktionieren der Hilfepläne und die Zielerreichung angegeben. Man konnte eine Tendenz zu umfangreicheren Hilfen feststellen.

Die Bilanz des IBRP fiel für die Mitarbeiter im Hinblick auf folgende Aspekte der integrierten Hilfeplanung eindeutig positiv aus:

- Mehr Klarheit und Transparenz bezüglich des Handelns
- Vermehrte Struktur und Konkretisierung hinsichtlich der vereinbarten Maßnahmen
- Stärkere Zielorientierung und als Folge höhere Überprüfbarkeit der Ziele
- Zunahme der Verhandlungen
- Größere Auseinandersetzung mit Defiziten und Krisen.

Von den Mitarbeitern wurden auch Nachteile des IBRP genannt:

- Defizitorientierung im ersten Teil des IBRP
- Mangelnde Flexibilität bezüglich kurzfristiger Veränderungen
- Unbefriedigende Verhandlungen
- Überforderung der Klienten
- „Technisches Krankheitsverständnis“
- Zu hoher Zeitaufwand

Wichtigstes Kriterium für die Beurteilung des Nutzens von IBRP war die Anzahl der Klinikeinweisungen. Die Hälfte der Klienten hatte etwa ein halbes

Jahr nach Beginn der Studie einen Klinikaufenthalt verbracht. Die Mitarbeiter interpretierten die stationären Aufenthalte als „Urlaub vom Wohnheimstress“, was im Widerspruch zur „Rückfallhypothese“ steht, nach der Klinikaufenthalte als Misserfolge der Behandlung betrachtet werden. Neun Monate nach Einführung des IBRP reduzierte sich die Anzahl der stationären Aufenthaltstage im Vergleich zum Zeitraum 9 Monate vor der Einführung des IBRP um knapp die Hälfte. Der Rückgang der Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik nach Einführung der IBRP legte die Vermutung nahe, dass die Attraktivität des Wohnverbunds im Vergleich zur Klinik deutlich gestiegen sei.

2.8.1.6 Kritik am IBRP und Perspektiven

Hauptkritikpunkt ist die Defizitorientierung des IBRP, das die Ressourcen der Klienten zu wenig berücksichtigt. Das IBRP stellt kein „Wundermittel“ dar, an dem rigide festgehalten werden sollte. IBRP ist vielmehr als „Übergangsstadium“ anzusehen, das zur Veränderung von Einstellungen führen soll.

Das IBRP bietet eine Möglichkeit, die Partizipation des Klienten zu erhöhen, wenn er als Vertragspartner betrachtet wird. Der Hilfeplan wird dabei zu einem „Behandlungsvertrag“, der die therapeutischen Ziele und das Handeln transparent und verbindlich macht.

Ein überschaubarer und begrenzter Katalog von Hilfen im Rahmen des IBRP führt zu einer Entlastung der Mitarbeiter.

Darüber hinaus dient IBRP der Qualitätssicherung, da sozialpsychiatrisches Handeln immer mehr in ein „Legitimationsdilemma“ kommt. Durch die Einführung von Qualitätsstandards wie Zielformulierung, -überprüfung, Beschreibung der Leistungen usw. wird den Kostenträgern gegenüber eine „kompetentere“ Begründung des Antrags möglich.⁵³

Diese Aspekte spielen auch für Etablierung von Soziotherapie eine bedeutende Rolle.

⁵³ Gromann, Petra (2001): Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung – Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP mit einer Studie von Eva-Herrmann-Woitas, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 5 ff.)

2.8.2 Projekt „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“

Die Aktion „Psychisch Kranke“, die Stadt Kaiserslautern und der Landkreis Kaiserslautern gründeten eine Arbeitsgruppe zum personenzentrierten Ansatz. In der Zeit von Januar 2001 bis April 2003 sollten bzw. sollen im Rahmen des des Forschungsprojekts „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“ Hilfeleistungen für psychisch kranke Menschen verbessert werden.

Diese Verbesserung soll durch Umgestaltungen der Versorgung zu einem integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystem (IPRH) auf folgenden Ebenen erreicht werden:

- der Arbeitsebene,
- der Ebene der Organisation der Maßnahmen,
- der Ebene der Anwendung sozialrechtlicher Rahmenbedingungen und
- der Ebene der Steuerung der Leistungs- und Ressourcenentwicklung.

Dabei wird angestrebt, auf allen vier Ebenen Fortschritte zu erzielen, die sich in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (einschließlich der Wirtschaftlichkeit) auf der Arbeitsebene darstellen lassen.

Im Ergebnis sollten beispielhafte Lösungen für Fragen gefunden werden, die auch für künftige Prozesse in anderen Regionen nützlich sind:

- der personenzentrierten Hilfeplanung,
- der Verbundentwicklung und -gestaltung,
- der Qualitätssicherung,
- der optimierten Nutzung vorhandener Ressourcen und
- der Steuerung.

Ein integriertes personenzentriertes regionales Hilfesystem (IPRH) „soll ein lernendes System werden, das mit anderen IPRHs im Sinne des benchmarking- Ansatzes in einen befruchtenden Austausch eintritt

2.8.3 Modellprogramm Soziotherapie

1995 wurde das Modellprogramm „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet. Im Gegensatz zum stationären Bereich, in dem Soziotherapie über die Psych-PV abgesichert ist, stand eine sozialrechtliche Verankerung von ambulanter Soziotherapie vor dem Modellprogramm noch aus.

Am Programm nahmen eine Tagesstätte, ein Übergangwohnheim und eine sozialpsychiatrisch orientierte Nervenarztpraxis teil.

Als Rahmenbedingungen wurde eine 5-jährige Laufzeit, 50 Patienten je Einrichtung und 60 bis maximal 120 Therapieeinheiten pro Einzelfall festgeschrieben.

2.8.3.1 Ziele des Modellprogramms

Ziele des Modellprogramms waren:

1. Erbringung des empirischen Nachweises, dass durch ambulante Soziotherapie stationäre Behandlungskosten eingespart werden können
2. Feststellung, inwieweit Soziotherapie zur Verbesserung der ambulante Rehabilitation psychisch Kranker beiträgt
3. Inhaltliche Präzisierung und Abgrenzung der ambulanten Soziotherapie von anderen Therapieformen und Maßnahmen der sozialen Eingliederung.

2.8.3.2 Merkmale der untersuchten Teilnehmer

Von den Patienten (46% Frauen und 54% Männer), die zu etwa zwei Dritteln zwischen 31 und 45 Jahren alt waren (die übrigen Patienten waren zwischen 46 und 60 Jahren), litten 53% unter einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, 18% hatten im Rahmen affektiver Störungen Psychosen. Bei 16% der Patienten wurden Persönlichkeits-, Verhaltens- und Belastungsstörungen diagnostiziert. Die restlichen 13% hatten größtenteils nicht näher bezeichnete psychische Störungen. Charakteristisch für diese

Patienten war die langjährige Chronizität der Störung (bei etwa der Hälfte lag die Ersterkrankung länger als 10 Jahre zurück. Die durchschnittliche Verweildauer in psychiatrischen Krankenhäusern lag zwischen 1990 und 1998 bei 493 Tagen. In 28% der Fälle waren Suizidversuche erfolgt, 60% der Patienten litten unter sehr schweren oder schweren Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit und Partnerschaftskonflikten. 33% der zumeist allein lebenden Patienten (44%) erhielten Rente.

2.8.3.3 Behandlungsverlauf

Die wichtigsten Rehabilitationsziele waren eine Arbeitsaufnahme, eine Tagesstrukturierung sowie die Aufnahme bzw. Gestaltung sozialer Beziehungen.

Im Durchschnitt wurden die Patienten mit 67 Stunden Soziotherapie behandelt. Etwa ein Drittel erhielt Soziotherapie in einem Zeitraum von eineinhalb und zwei Jahren sowie ein Fünftel innerhalb mehr als zwei Jahren.

2.8.3.4 Behandlungsergebnisse

Bei 82% der behandelten Patienten konnten die Therapieziele ganz oder zumindest teilweise erreicht werden.

Insbesondere die psychosoziale Kompetenz konnte in dreiviertel aller Fälle um 40% gesteigert werden. Die subjektive Lebenszufriedenheit konnte gesteigert, die meisten Patienten konnten in bestehende komplementäre Versorgungsangebote eingebunden werden.

Durch die ambulante Soziotherapie konnten die stationären Behandlungstage und damit die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. In der Mehrzahl der Fälle konnten zwischen 10.000 und 90.000 DM pro Patient eingespart werden. Wenn man von den Klinikkosten die Kosten für die ambulante Soziotherapie abzieht, ergibt sich pro Fall eine Nettoeinsparung von knapp 24.000 DM pro Patient.

Damit belegen die Ergebnisse, dass ambulante Soziotherapie als Erweiterung zu den übrigen Behandlungsangeboten bei schwer psychisch Kranken ein wirksames Verfahren zur Rezidivprophylaxe darstellt.⁵⁴

2.9 Gesetzliche Regelung der Soziotherapie

In der am 1.1.2000 in Kraft getretenen „Gesundheitsreform 2000“ wurden die §§ 37a und 132b ins SGB V eingefügt. Der Anspruch auf Soziotherapie war jedoch im Jahr 2000 noch nicht bindend, da zuerst Übergangsempfehlungen galten.⁵⁵ Nach zwei Jahre dauernden Verhandlungen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen traten die Richtlinien zur Soziotherapie und die „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie“ in Kraft. Diese Richtlinien bzw. Empfehlungen waren Grundlage für die Verhandlungen der Bundesländer zur Umsetzung und Vertragsgestaltung.⁵⁶

2.9.1 Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen

Die in § 37a SGB V implementierte Soziotherapie ist eher Organisationsrahmen als therapeutischer Inhalt:

- Welche Formen der Therapie sind für die Patienten erforderlich?
- In welcher Reihenfolge durchläuft er sie?
- Wo werden sie durchgeführt?
- Wer kontrolliert die Partizipation?.⁵⁷

2.9.2 Indikation für Soziotherapie

Die Indikation für Soziotherapie ist laut Soziotherapie-Richtlinien bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung aus den Bereichen:

⁵⁴ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, Band 115 (S. 5 ff.)

⁵⁵ Internet (Stand 12/02): www.heiric.de/socioth.html

⁵⁶ Reumschüssel-Wienert, Christian (2002): Soziotherapie in Recht und Psychiatrie 3/2002, Psychiatrie-Verlag Bonn (S159)

⁵⁷ Bach, Otto/Reuster, Thomas (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart (S. 6)

- des schizophrenen Formenkreises (ICD-10 F. 20.0 – 20.6 Schizophrenie; 21 schizotype Störung, 22 anhaltende wahnhaftige Störung und 25 schizoaffective Störung) und der
- affektiven Störungen (ICD-10 F 31.5 gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung, 32.3 schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und 33.3 gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung).

Erkrankungen, die soziotherapeutisch behandelt werden, setzen folgende „Fähigkeitsstörungen“ voraus:

- Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges
- Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit
- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens
- Mangelnde Compliance im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

Soziotherapie kann beantragt werden, wenn der Wert in der GAF-Skala (Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus), einem „defizitorientiertem Manual“ für Ärzte und Psychologen, unter 40 liegt, was schwerwiegende Beeinträchtigungen beinhaltet (Vgl. Anlage).

Andererseits setzt Soziotherapie gemäß den Soziotherapie-Richtlinien voraus, dass der Patient die Therapieziele erreichen kann, weshalb der Patient über die erforderliche Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit

verfügen und in der Lage sein soll, „einfache Absprachen“ einzuhalten. Wenn zu erwarten ist, dass die sogenannten Fähigkeitsstörungen langfristig nicht vermindert werden können, ist diese Voraussetzung allerdings nicht gegeben.

2.9.3 Leistungsinhalt der Soziotherapie

1. Pflichtleistungen:

- Erstellung eines soziotherapeutischen Betreuungsplans (Anamnese, Diagnose, aktueller Befund, Therapieziele, Prognose)
- Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen (ärztl. Behandlung und verordnete Leistungen gemäß dem soziotherapeutischen Behandlungsplan)
- Arbeit im sozialen Milieu (häusliche, soziale und evtl. berufliche Situation ggf. unter Einbeziehung von Familie, Freunden und Bekannten)
- Soziotherapeutische Dokumentation (Art und Umfang, Behandlungsverlauf, erreichte und noch zu erreichende Therapieziele)

2. Kann-Leistungen:

- Training zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer
- Psychoedukation, d.h. Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen
- Hilfe in Krisensituation (ggf. Hausbesuche zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung der Krankheit sowie der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation)

2.9.4 Verordnung und Leistungsumfang der Soziotherapie

Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn die stationäre Behandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist.

Es dürfen nur Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde Soziotherapie verordnen. Des Weiteren müssen diese Fachärzte einen Antrag, Soziotherapie

zu verordnen, bei der Kassenärztlichen Vereinigung stellen. Sie müssen außerdem eine Erklärung abgeben, dass sie in einem gemeindepsychiatrischen Verbund kooperieren.

Es ist auch eine Überweisung von Vertragsärzten an die für Soziotherapie verordnungsberechtigten Psychiater möglich.

Der verordnende Arzt soll dem Patienten bei der Auswahl des Soziotherapeuten unterstützen und mit diesem Kontakt aufnehmen sowie die Problematik und die Betreuung besprechen.

Abhängig vom Einzelfall können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraums von höchstens 3 Jahren erbracht werden. Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten, wobei die Therapieeinheiten auch in kleinere Zeiteinheiten aufgeteilt werden können. Es handelt sich in der Regel um eine Einzelmaßnahme, wobei in besonderen Fällen auch in Gruppen von maximal 12 Teilnehmern Soziotherapie in Therapieeinheiten von 90 Minuten erbracht werden kann.

2.9.5 Leistungserbringer

2.9.5.1 Entwicklung des Berufsbildes

Gerhard u.a. (1999) definieren den Sozialtherapeuten als “einen Spezialisten für Zusammenhänge”, der eine “Brückenfunktion” zwischen verschiedenen Professionen in der psychiatrischen Versorgung übernimmt.

Nach Dörner und Plog „scheint Soziotherapie viel zu allgemein zu sein, als dass man sie aus der Sicht nur eines Berufes bestimmen könnte“.⁵⁸

Als Leistungserbringer für Soziotherapie, wie sie im Modellprogramm durchgeführt wurde, wurden folgende Leistungserbringer vorgeschlagen:

- Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen
- Psychiatrisches Krankenpflegepersonal
- Ergotherapeuten und/oder
- Diplom-Psychologen.

⁵⁸ Dörner, Klaus/Plog, Ursula (2000): Lehrbuch Psychiatrie (S. 513), Psychiatrie-Verlag Bonn

Eine Einbindung der leistungserbringenden Einrichtung in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem sollte hierbei obligatorisch sein.⁵⁹

2.9.5.2 Berufsbilder gemäß den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen

Die Qualifikation, die ein Soziotherapeut erfüllen muss, ist in den am 1.1.2002 in Kraft getretenen Soziotherapie-Richtlinien nicht festgelegt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie festlegen (§ 132 b SGB V). Aufgrund dieser Vorgaben prüfen die Krankenkassen die Eignung der Therapeuten und schließen mit diesen entsprechende Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie.⁶⁰

Nach den am 29.11.2001 verabschiedeten Empfehlungen kann Soziotherapie ausschließlich von folgenden Berufsgruppen erbracht werden:

- Diplom-Sozialarbeiter
- Diplom-Sozialpädagogen
- Fachkrankenschwestern und
- Fachkrankenpfleger für Psychiatrie.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen orientierten sich entgegen des Abschlussberichtes des Modellprogramms zur Soziotherapie bei ihren Empfehlungen an den Vorgaben für die Leistungserbringer von Heilmitteln, d.h. staatlich anerkannten

- Physiotherapeuten,
- Logopäden und
- Ergotherapeuten (§ 124 II Nr. 1 SGB V).

⁵⁹ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden (S. 75)

⁶⁰ Internet (Stand 12/02): www.kvwl.de/arzt/verordnung/therapie/soziotherapie

2.9.5.3 Anforderungen für die Leistungserbringer von Soziotherapie

Im Gegensatz zu den Anforderungen für Leistungserbringer von Soziotherapie (§ 132 b SGB V) regelt der Gesetzgeber für die Leistungserbringer von Heilmitteln die Art der Berufsausbildung, die berufspraktische Erfahrungszeit, die Praxisausstattung und die Anerkennung der geltenden Vereinbarungen (§ 124 II Nr. 1 bis 4 SGB V).

Die Spitzenverbände haben diese Regelungen übernommen und festgelegt, dass ein Vertrag mit einem Leistungserbringer für Soziotherapie nur unter folgenden Voraussetzungen getroffen werden kann:

1. Berufspraxis:

Vorherige, mindestens 3-jährige unselbstständige Berufspraxis in der Psychiatrie (z.B. auch in Nervenarztpraxen oder auch psychiatrischen Institutsambulanzen), wobei 1 Jahr Erfahrung in einem psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie 1 Jahr Berufspraxis in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung vorausgesetzt werden. Berufsspezifische Kenntnisse erfordern den Nachweis von praktischen und theoretische Kenntnissen: Praktika und Kenntnisse über psychiatrische Krankheitsbilder, in Gruppenarbeit, Betreuungsrecht usw. müssen entsprechend belegt werden (u.a. Vorlage des Studienbuches, Seminarbescheinigungen u.ä.).

2. Einbindung in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem:

Kooperationsvereinbarung der regionalen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen inklusive niedergelassener qualifizierter Ärzte.

3. Räumliche Mindestvoraussetzungen:

Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten im Sinne des § 132b II SGB V, d.h. es muss ein Gruppenraum mit entsprechender Raumhöhe und Ausstattung zur Verfügung stehen, der behindertengerecht zugänglich sein sollte.

2.9.6 Qualitätssicherung bei der Behandlung mit Soziotherapie

Die Spitzenverbände stellen an die Qualitätssicherung bei der Behandlung mit Soziotherapie folgende Anforderungen:

- Kontinuierliche Dokumentation über die verordneten Leistungen,
- Supervision,
- Fortbildungen sowie
- jährlicher Erfahrungsaustausch zwischen den Soziotherapeuten z.B. in Form eines Qualitätszirkels.

2.9.7 Vergütung

Die Vergütung der Soziotherapie wird meistens in einer Anlage zum Versorgungsvertrag geregelt. Im Modellversuch ein Vergütungssatz zwischen 85,- und 90,-DM je Therapieeinheit empfohlen.⁶¹

Die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg zahlen jedoch zur Zeit nur 39,- Euro für 60 Minuten Therapie, in Rheinland-Pfalz sogar nur 36,- Euro. Vor- und Nachbereitung, Supervision, Dokumentation sowie die Mitarbeit im sozialpsychiatrischen Verbund wurden hierbei nicht angerechnet.

Daher wurde vom DBSH in einem Brief an das Bundesgesundheitsministerium eine Bezahlung der jeweiligen Berufsgruppe entsprechend der Vergütung im BAT gefordert.

⁶¹ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden (S. 61)

2.10 Soziotherapie in der Praxis

2.10.1 Sozialpsychiatrischer Dienst Karlsruhe

Um Erfahrungen mit Soziotherapie in der Praxis darzustellen, wurde am 21.01.03 folgendes Interview mit einer Vertreterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Karlsruhe (SpDi KA) geführt:

Wie viele Mitarbeiter sind beim SpDi beschäftigt und wer trägt die Kosten für Beratung und Begleitung der psychisch kranken Klienten?

Für unser Team sind 5 ½ Planstellen für Fachkräfte und 1 Stelle für eine Verwaltungskraft in Vollzeit vorhanden.

Träger des SpDi KA ist die Arbeitsgemeinschaft SpDi KA. Die Kooperationspartner des SpDi KA sind die Caritas, die Diakonie und die Stadt Karlsruhe, die knapp ein Viertel der Kosten tragen. Der größte Kostenanteil entfällt auf das Land mit über 50%. Den Rest tragen die gesetzlichen Krankenkassen.

Wie viele Klienten betreut jeder Mitarbeiter?

Es werden etwa jeweils 40 Personen langfristig betreut.

Seit wann bietet der SpDi KA Soziotherapie an und wie viele Klienten werden in etwa soziotherapeutisch behandelt?

Von Januar bis Juni 2002 fand ein Probelauf statt. Die Umsetzung erfolgte zum 1.7.02, wobei seit Juni 2002 mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann.

Bis auf eine Diplom-Pädagogin, die die beruflich vorgegebene Qualifikation für Soziotherapie nicht erfüllt, hat jeder Mitarbeiter in Vollzeit etwa 6 Klienten, die er soziotherapeutisch behandelt. Die meisten dieser Klienten, die etwa im Alter zwischen Mitte 30 und Mitte 50 sind, wurden vorher bereits von

uns betreut, zumal der SpDi bereits vor der gesetzlichen Einführung vom Prinzip her soziotherapeutisch gearbeitet hatte.

Wie wird Soziotherapie in Ihrer Einrichtung praktiziert?

Bereits betreute Klienten, die für Soziotherapie in Betracht kamen, wurden von uns angesprochen. Die meisten der Angesprochenen reagierten positiv, sodass mit ihnen gemeinsam mit einem Facharzt für Psychiatrie eine Verordnung nach § 37a SGB V ausgefüllt sowie ein Betreuungsplan in einem gemeinsamen Gespräch erstellt wurde.

Nach der Bewilligung wird in Einzel- und Gruppenarbeit Soziotherapie praktiziert, wobei das vorrangige Ziel in der Vermeidung erneuter Krankenhausaufenthalte besteht.

Die Einzelarbeit beinhaltet weniger Vermittlungsarbeit, sondern vielmehr den Abbau von Hürden für Außenkontakte. Bei Bedarf erfolgen Hausbesuche. Angehörigenarbeit im Rahmen der Soziotherapie findet bisher kaum statt, zumal über $\frac{3}{4}$ der Klienten alleine leben.

Es müssen nicht alle soziotherapeutischen Leistungen vom SpDi selbst erbracht werden, da es auch um Koordination anderer Leistungen geht. Eine regelmäßige Medikamenteneinnahme kann z.B. auch von einem ambulanten Pflegedienst überwacht werden.

An Gruppenarbeit bieten wir zum einen ein Gruppentraining „Sozialer Kompetenzen“ an, das 15 Sitzungen umfasst und auf maximal 12 Teilnehmer begrenzt ist. Zum anderen findet psychoedukative Gruppenarbeit in 14 Sitzungen statt, wo es hauptsächlich um einen Austausch zwischen Betroffenen sowie Rückfallvorbeugung und Krisenbewältigung geht.

Werden durch die Abrechnung mit den Krankenkassen die Kosten gedeckt?

Da die Zuschüsse vom Land zur Zeit noch die Basisversorgung darstellen, dürfen maximal 20% der Kosten über Soziotherapie abgerechnet werden. Über das Abrechnen der geleisteten Soziotherapie werden die Kosten jedoch nicht gedeckt.

Der Stundensatz in Baden-Württemberg beträgt 39 Euro plus 4 Euro Fahrtkosten pauschal pro Hausbesuch. Für eine Gruppeneinheit, die 90 Minuten umfasst, werden bei 2 bis 5 Teilnehmern 14,40 Euro und 6 bis 12 Teilnehmern 12 Euro vergütet.

In der Vergütung sind beispielsweise auch die Kosten der vierteljährlichen Dokumentation oder die regelmäßigen Rücksprachen mit dem Psychiater enthalten.

Da die Landeszuschüsse rückwirkend ab 1.1.03 um 50% gekürzt werden sollen, worüber der Landtag im März zu entscheiden hat, kann künftig nur noch eine ½ bzw. ¾ Stelle über Soziotherapie finanziert werden.

Halten Sie eine Ausweitung der Indikation z.B. auf chronische Zwangsstörungen für sinnvoll?

Außer Menschen, die seit vielen Jahren unter Psychosen leiden, gibt es auch einen großen Personenkreis mit schweren Neurosen wie z.B. Angst- und Zwangsneurosen. Chronisch Zwangskranke, die bei uns betreut werden, hätten durch Soziotherapie weit intensiver betreut werden können.

Sehen Sie in der gesetzlichen Einführung der Soziotherapie Verbesserungen für Ihre Klientel und wie sehen Sie künftig die Entwicklung?

Soziotherapie beinhaltet unseres Erachtens eine sinnvolle Konzeption, zumal der Schwerpunkt nun mehr auf der Therapie als allgemeiner Beratung liegt und eine höhere Kontaktdichte ermöglicht wird.

Falls vom Landesparlament im März 2002 wirklich die Kürzung der Landeszuschüsse beschlossen wird, stehen die Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes vor der Entscheidung, den Dienst mit einer Notbesetzung aufrechtzuerhalten oder ihn ganz aufzugeben. Dann stellt sich die Frage, wer die Soziotherapie weiter führt. Für freiberuflich tätige Soziotherapeuten wäre die jetzige Vergütung auf keinen Fall ausreichend.

2.10.2 Sozialspsychiatrischer Dienst Mannheim

Um weitere Erfahrungen mit Soziotherapie in der Praxis darzustellen, wurde am 20.02.03 folgendes Interview mit der Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Mannheim (SpDi MA) geführt:

Wie hoch ist der Anteil der Klienten, die soziotherapeutisch vom SpDi MA betreut werden?

Man kann von etwa 10 bis 15 Prozent der Klienten ausgehen, die bereits vorher von uns betreut wurden.

Gab es aus Ihrer Sicht Vorbehalte gegenüber Soziotherapie von Seiten des Klientels?

Die Widerstände der Klienten waren wider Erwarten sehr gering. Insgesamt werden soziotherapeutische Interventionen von unserem Klientel positiv eingeschätzt.

Welche Vorteile sehen Sie in der gesetzlichen Etablierung von Soziotherapie im ambulanten Bereich?

Soziotherapie bietet eine engere Kontaktdichte und hat mehr Verbindlichkeit für die Klienten. Eine engere Kontaktdichte führt zur Verkürzung bzw. Vermeidung erneuter Krankenhausaufenthalte.

Worin bestehen die Nachteile von Soziotherapie?

Klienten, die beispielsweise unter einer Borderline-Störung leiden, bei der Soziotherapie indiziert wäre, scheiden bereits im Vorfeld aufgrund der engen Diagnosekriterien aus.

Bei entsprechender Indikation bestehen Schwierigkeiten, überhaupt Verordnungen von den behandelnden Psychiatern zu erhalten, da diesen der bürokratische Aufwand oft zu hoch ist.

Die Durchführung von Soziotherapie erfordert von den Klienten ein bestimmtes Maß an Verantwortlichkeit und Selbstständigkeit, was im Widerspruch zum niedrigen Funktionsniveau nach der GAF-Skala steht, das Voraussetzung für Soziotherapie ist.

Der Wechsel zu einer einzelfallorientierten Förderung führt dazu, dass einige Klienten durch die Maschen fallen, was unter Umständen ungewollt zu Obdachlosigkeit und eventuell sogar in die Kriminalität führen kann.

Wie sehen die soziotherapeutischen Interventionen konkret aus?

Die von uns angewandten Maßnahmen sollen nicht veröffentlicht werden, weshalb ich Ihnen leider über konkrete Interventionen keine Auskunft erteilen möchte..

Allgemein geht es hauptsächlich um Krisenintervention und die Verbesserung der Compliance.

Ansonsten führen wir Soziotherapie gemäß den Soziotherapie-Richtlinien durch.

Was unterscheidet soziotherapeutische Interventionen von der bisherigen Betreuung in Ihrem Dienst?

Soziotherapie ist zielgerichteter und aufgrund des Betreuungsplans planvoller.

Was bedeutet die Kürzung der Landeszuschüsse und der Wegfall der Krankenkassenpauschale für Ihre Arbeit?

Es bleibt voraussichtlich bei der Kürzung der Landeszuschüsse um 50%. Der Kassenanteil muss refinanziert werden. Damit ergibt sich ein Eigenanteil von 50 Prozent, den die freien Wohlfahrtsträger aufbringen müssten. Bei uns gab es noch keinen Stellenabbau, wobei es bereits Dienste gibt, die aufgrund des Personalabbaus ihre Aufgabenbereiche an die Landkreise zurückgegeben haben.

Eine Konsequenz von Personalabbau besteht z.B. in einer Verkürzung der Sprechstunden, was zu Versorgungslücken und damit voraussichtlich wieder vermehrt zu stationären Aufenthalten kommt.

Haben die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Vereinigungen von Betroffenen beim Landtag gegen die Sparmaßnahmen protestiert?

Es gab breite Proteste, wobei die Entscheidungen bezüglich der Kürzungen unabhängig davon getroffen werden, zumal die Lobby für psychisch Kranke fehlt.

Kann das Land durch entsprechende Nachweise bezüglich der Effizienz und der Wirtschaftlichkeit ambulanter Behandlungen der Sozialpsychiatrischen Dienste nicht davon überzeugt werden, nicht an der falschen Stelle zu sparen?

Das Land denkt bezüglich ambulanter Kosten zu kurzfristig, obwohl es genügend Untersuchungen für die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit ambulanter Leistungen gibt. Die von uns jährlich erstellte Dokumentation wird nicht einmal vom Land ausgewertet.

Worin sehen Sie die Ursachen, dass psychiatrische Sozialarbeit von den Kostenträgern und der Gesellschaft zu wenig geschätzt und gefördert wird?

Das Grundproblem ist die Europäisierung, in der Deutschland eine Sonderrolle einnimmt, da zu viele Leistungen verstaatlicht sind und die freien Wohlfahrtsträger im Delegationsverfahren staatliche Aufgaben übernehmen. In der Sozialarbeit findet ein grundlegender Paradigmenwechsel statt, der dazu führt, dass immer mehr Menschen durch das soziale Netz fallen.

Wie sehen Sie die Zukunft von Soziotherapie?

Soziotherapie als ganzes Konstrukt ist von seinen Voraussetzungen her im Prinzip nicht umsetzbar.

Ergänzende Anmerkungen:

Laut Pressebericht des Diakonischen Werkes Baden vom 20.11.02 wurden die 65 Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg bis Juli 2002 von den Krankenkassen mit 2,3 Millionen Euro mitgefördert.

Durch die Einführung der Soziotherapie erwarten die Dienste nur noch Einnahmen von höchstens 5000 Euro, wobei die Träger bisher schon jede Stelle mit rund 20.000 Euro selbst finanziert hatten. Gleichzeitig wurden 2 Millionen Euro jährlich durch einen Beschluss des Landtags am 19.11.02 gekürzt. Henry von Bose, Vorstandsmitglied des Diakonischen Werks Württemberg, wies in einer Pressemitteilung vom Februar 2003 auf folgende Gefahr hin: Viele der 20.000 chronisch psychisch Kranken, die von den Sozialpsychiatrischen Diensten ambulant betreut werden, müssten durch die Halbierung der Landeszuschüsse in stationäre Einrichtungen, was die Krankenkassen weit teurer käme. Die Grünen-Abgeordnete Brigitte Lösch nennt die Sparpläne eine „Milchbubenrechnung“, weil sie langfristig höhere Kosten nach sich ziehen würden. Die Abgeordnete Ulla Hausmann forderte eine Zurücknahme der Streichungen, da sonst unverzichtbare Hilfen für psychisch Kranke wegbrechen würden.⁶²

Klaus-Dieter Reichardt, ein Vertreter des Landtags Baden-Württemberg, wies auf meine Nachfrage bezüglich weiterer Einsparungen bei den Sozialpsychiatrischen Diensten in seiner Antwort vom 28.02.03 darauf hin, dass eine politische Vorgabe des Ministerpräsidenten bestünde, „eine möglichst geringe Verschuldung oder Nullverschuldung bis 2006 anzustreben“. Der Ministerpräsident sehe laut Pressemitteilungen keine Möglichkeit, den Sozialbereich zu schonen. Das Land müsse zuerst bei „den nicht gesetzlich vorgegebenen Ausgaben zunächst seine Aufwendungen reduzieren“, was auch für Maßnahmen im Sozialbereich gelten würde. Bei den Verhandlungen im März 2003 gebe es Bestrebungen, „möglichst viele Möglichkeiten zur Förderung von Sozialpsychiatrischen Diensten gerade für die Stadt Mannheim zu erhalten“. Die verminderten Zuschüsse des Landes wirken sich auf die Förderung durch die Kommunen aus, da diese miteinander verbunden sind.

⁶² Mannheimer Morgen vom 19.02.03: „Sozialverbände laufen Sturm“

3 Schizophrenie – Beschreibung und Behandlung

3.1 Diagnose

Bei der Schizophrenie handelt es sich um eine schwere psychische Erkrankung, bei der es zu charakteristischen Störungen im Bereich des Denkens und der Sprache, der Affektivität und der Selbst- und Fremdwahrnehmung kommt. Die Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und anderer Menschen kann völlig unrealistisch verändert und verzerrt erscheinen. Während einer Psychose können Halluzinationen und wahnhafte Denkinhalte, sogenannte produktive Symptome vorkommen. Folge sind schwere Beeinträchtigungen in der Kommunikationsfähigkeit und dem sozialen Verhalten.

Nach ICD 10 sind schizophrenen Störungen durch grundlegende und charakteristische Störungen der Wahrnehmung, des Denkens und durch eine Störung des Gefühlslebens (Affektverflachung) gekennzeichnet, wobei die intellektuellen Fähigkeiten und die Klarheit des Bewusstseins jedoch in der Regel nicht beeinträchtigt sind. Im Laufe der Zeit können allerdings kognitive Defizite entstehen.

Die Schizophrenie gilt als eine polythetische Diagnose, weil kein Leitsymptom für die Krankheit formuliert werden kann. Für die Diagnose der Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom wie z.B. Gedankenlautwerden, -eingebung oder -entzug oder mindestens zwei Symptome, zu denen anhaltende Halluzinationen und negative Symptome zählen, vorhanden sein. Diese Symptomatik muss fast ständig während eines Monats oder deutlich länger bestehen.

3.2 Differentialdiagnose

In den modernen Klassifikationen wird Schizophrenie zunächst von anderen wahnhaften Störungen unterschieden.

Auch andere Erkrankungen können zu Symptomen führen, die der akuten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis weitestgehend entsprechen:

- Intoxikationen (vor allem mit LSD, wobei der Begriff der „drogeninduzierten Psychose“ umstritten ist)
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Chorea Huntington)
- Manien
- Schizoaffektive Psychosen.

3.3 Epidemiologie

Ca. 1% der Bevölkerung weltweit ist an Schizophrenie erkrankt, wobei die Angaben zur Epidemiologie jedoch davon abhängig sind, wie eng die Diagnose gefasst wird. Frauen (Ersterkrankungsalter durchschnittlich 36 Jahre) erkranken insgesamt etwas häufiger und später als Männer (Ersterkrankungsalter Durchschnitt 30 Jahre).

3.4 Verlauf

Der Beginn ist häufig subakut, d.h. er zieht sich oft über Monate bis Jahre hin. In diesem uncharakteristischen Vorstadium bestehen oft über einen längeren Zeitraum hin leichtere psychische Symptome. Nach diesem Vorstadium kommt es zur Ausbildung der eigentlichen schweren schizophrenen Symptomatik, zum Teil auf dem Hintergrund von Erlebnisfaktoren. Ein akuter Beginn der Erkrankung ist vergleichsweise seltener.

Der weitere Verlauf schizophrener Erkrankungen ist nach Abklingen der Ersterkrankung nicht einheitlich. Bei ca. 1/3 der Erkrankten kommt es zu einer (fast) vollständigen Heilung der Ersterkrankung. Beim sog. episodischen Verlauf kommt es zu Wiedererkrankungen, wobei die Zeitintervalle und die Häufigkeit des Auftretens der Episoden variabel sind. Die Rezidivrate ist ein wichtiges Verlaufsmerkmal der Erkrankung. Jede Episode kann einen Residualzustand hinterlassen, der in leichteren Fällen die Arbeits- und Anpassungsfähigkeit nicht aufhebt (soziale Remission).

Bei etwa 1/3 der Kranken kommt es zu einem ausgesprochen ungünstigen, chronifizierten Verlauf. Jedoch kann es auch bei chronisch-progredienten

Verlaufsformen der Schizophrenie in späteren Jahren therapeutisch bedingte oder spontan entstandene Besserungen geben.⁶³

3.5 Komorbidität

Nicht selten treten nach Abklingen der akuten psychotischen Symptome einer schizophrenen Erkrankung depressive Phasen auf. Bis zu einem gewissen Grad kann eine solche depressive Verstimmung eine Reaktion auf die Auseinandersetzung mit der Krankheit sein. In manchen Fällen ist die depressive Episode so ausgeprägt, dass man von einer schizoaffectiven Psychose spricht, selbst dann, wenn die schizophrenen Symptome für sich gesehen die Diagnose einer Schizophrenie rechtfertigen würden.⁶⁴



In der 2002 in der Zeitschrift „Psycho“ erschienenen Übersichtsarbeit zum Themenschwerpunkt „Komborbidität bei schizophrenen Psychosen“ beleuchteten die Autoren die komplizierten Wechselbeziehungen zwischen schizophrenen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Die typischen Symptome einer Persönlichkeitsstörung können im Verlauf einer Schizophrenie auftreten und daher verwechselt werden.

Es ergaben sich aufgrund der Daten Hinweise, dass etwa bei einem Drittel der Männer, die später an Schizophrenie erkrankten, bereits im Alter von 18 Jahren eine Persönlichkeitsstörung vorlag. Dass Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen dazu neigen, gehäuft an einer Schizophrenie zu erkranken, konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. In einer schwedischen Studie hatte nur jeder 50. Patient, bei dem eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, eine Schizophrenie entwickelt.⁶⁵

3.6 Erklärungsansätze

Man geht von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren aus.

⁶³ Rahn, Ewald/Mahnkopf, Angela (2000): Lehrbuch Psychiatrie, Psychiatrie Verlag Bonn (S. 232-303)

⁶⁴ Internet (01/03): www.psychiatrie.de

⁶⁵ Steinert, T./Asshauer, I. (2002): Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung, Psycho 28 (S. 374-378)

Das von Zubin entwickelte Vulnerabilitätsmodell kann als Versuch betrachtet werden, die unterschiedlichen Hypothesen zur Entstehung der Schizophrenie in ein einheitliches Konzept zu integrieren. In der Weiterentwicklung des Vulnerabilitätsmodells hat Ciompi die ätiologischen Merkmale und Verlaufcharakteristika der Schizophrenie berücksichtigt. Die Vulnerabilität wird von Ciompi hauptsächlich als Störung der Informationsverarbeitung verstanden. In seinem Drei-Phasen-Modell bezieht er sich sowohl auf biologische als auch auf soziale und psychologische Faktoren, wobei er auch die genetischen, hirmorphologischen und neurophysiologischen Befunde miteinschließt. Ciompi unterscheidet eine prämorbid, morbid und postmorbid Phase.

3.7 Behandlung

In den akuten Krankheitsphasen ist eine stationäre Behandlung notwendig. Nach Abklingen der psychotischen Symptomatik ist eine ambulante Betreuung in vielen Fällen ausreichend. Die Behandlungsziele hängen von den Krankheitsphasen (Akutphase, postakute Stabilisierungsphase und Remissionsphase) ab. Es gibt auch eine Sichtweise, welche die Ziele der Behandlung der akuten Symptome von den Behandlungsmethoden zur sekundären und tertiären Prävention beinhaltet.

Die Behandlung erfolgt kombiniert medikamentös und psychotherapeutisch und sollte durch verschiedene soziotherapeutische Maßnahmen ergänzt werden.

3.7.1 Pharmakologische Basisbehandlung

Die pharmakologische Basisbehandlung erfolgt mit Neuroleptika. Etwa 20 Prozent der Patienten werden jedoch auch ohne neuroleptische Medikation beschwerdefrei, während ca. 30 Prozent nicht oder kaum auf Neuroleptika reagieren. Mittlerweile stehen eine ganze Reihe von "hochpotenten" Neuroleptika zur Verfügung, die eine antipsychotische Wirkung entfalten können. Die medikamentöse Dauertherapie ist bei vielen Patienten erforderlich, um das Auftreten neuer Krankheitsschübe zu verhindern. Die Nebenwirkungen

der Neuroleptika betreffen u. a. das motorische System, wo Bewegungsstörungen in unterschiedlichem Ausmaß auftreten können.⁶⁶

3.7.2 Psychotherapeutische Verfahren

Die gängigen psychotherapeutischen Verfahren sind für akute Krankheitsphasen ungeeignet.

In vielen Kliniken gehört das Integrierte Psychologische Therapieprogramm (IPT) mittlerweile zu den Standardbehandlungsverfahren in der Therapie schizophrener Patienten. Das IPT stellt den Versuch dar, einem multifaktoriellen Modell schizophrener Störungen gerecht zu werden. Das Therapieprogramm beinhaltet fünf Unterprogramme, wobei die ersten Unterprogramme auf die Verbesserung kognitiver Grundfunktionen zielen, da kognitive Störungen ein spezifisches Merkmal der Schizophrenie darstellen. Das Unterprogramm zur sozialen Wahrnehmung geht davon aus, dass schizophrene Erkrankte insbesondere von einer selektiven visuellen Aufmerksamkeitsstörung betroffen sind. Das dritte Unterprogramm beinhaltet das Training verbaler Kommunikation. Im vierten Unterprogramm werden soziale Fertigkeiten trainiert, wobei auf verhaltenstherapeutische Methoden wie z.B. dem Modelllernen zurückgegriffen wird. Im fünften Unterprogramm geht es um interpersonelles Problemlösen, wobei es den höchsten Schwierigkeitsgrad im IPT darstellt.⁶⁷

3.7.3 Rehabilitative Maßnahmen

Ein wesentlicher Teil der Behandlung stellt auch die ausreichende Information über die Krankheit, das Leben mit der Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten und die Zukunftsaussichten dar. Die Vermittlung dieser Informationen erfolgt in Form der Psychoedukation zumeist in Gruppen, wo es hauptsächlich um die Früherkennung von Warnzeichen und die Pharmakotherapie geht. Wichtig sind auch eine günstige Umgebung sowie eine gute Zeitstruktur, wobei man Menschen mit Schizophrenie weder über- noch unterfordern sollte.

⁶⁶ Rahn, Ewald/Mahnkopf, Angela (2000): Lehrbuch Psychiatrie, Psychiatrie Verlag Bonn (S. 232-303)

⁶⁷ Brenner, Roder (1997): Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten, Psychologie Verlags Union Weinheim

4 Soziotherapie bei Schizophrenie

4.1 Soziotherapie bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

Bei der Behandlung der Schizophrenie ist nach Asmus Finzen das Zusammenwirken von Psychotherapie, Pharmakotherapie und Soziotherapie entscheidend.

4.1.1 Soziotherapeutische Hilfen allgemein

Im akuten und postakuten Stadium einer Psychose stehen laut den Ergebnissen des Modellversuchs „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ biologische und psychotherapeutische Behandlungsverfahren im Vordergrund. Im weiteren Behandlungsverlauf müsse der Schwerpunkt auf soziotherapeutischen Behandlungsangeboten liegen, wobei biologische und psychotherapeutische Behandlungen ebenfalls weiter erforderlich seien.

Es gibt eine Reihe aus heutiger Sicht klassischer Studien aus den 1970er Jahren, welche die besondere Bedeutung soziotherapeutischer Verfahren für die Psychiatrie nachweisen. Diese Studien liefern den Beleg, dass die Effektivität einer neuroleptischen Rezidivprohylaxe durch soziotherapeutische Aktivitäten deutlich gesteigert werden kann.

Zu den soziotherapeutischen Hilfen für chronisch kranke Klienten gehören neben der Behandlung vor allem:

- Pflege und Rehabilitation
- Beschütztes Wohnen
- Betätigung bzw. Arbeit und
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Versorgungsangebote sollten nachhaltig und für eventuelle Krisen zur Verfügung stehen. Dies beinhaltet auch Hilfen, wenn Kranke nicht mehr von sich aus Ärzte oder Beschäftigungsstätten aufsuchen können. Betroffene müssen nach Finzen jedoch selbst entscheiden, inwieweit sie von

soziotherapeutischen Hilfen Gebrauch machen, sofern keine Situationen bestehen, in denen Hilfeleistungen im Rahmen des Betreuungs- oder Unterbringungsrechtes auch gegen ihren Willen erforderlich werden.⁶⁸

4.1.2 Soziotherapeutische Hilfen im stationären Bereich

Im stationären Bereich geht es darum, im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans möglichst die Voraussetzungen zu schaffen, um das Leben neu zu strukturieren, da die Erkrankung oft dazu führt, dass beispielsweise soziale Kontakte abgebrochen werden oder finanzielle Notlagen entstehen.

Die Soziotherapeuten erarbeiten eine sozialmedizinisch orientierte Problemanalyse und dazugehörige soziotherapeutische Maßnahmen.

Konkret kann dies z.B. bedeuten, dass

- spezielle berufsfördernde Maßnahmen eingeleitet werden oder
- der Kontakt durch den sozialpsychiatrischen Dienst hergestellt wird.

4.1.3 Behandlungsstrategien innerhalb der ambulanten Soziotherapie

Erfahrungen aus dem oben genannten Modellversuch belegen, dass soziotherapeutische Hilfen wirksame Instrumente einer Rezidivprophylaxe darstellen.

Da Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oft zu längerfristigen Beeinträchtigungen führen, bestehen soziotherapeutische Hilfsmaßnahmen unter anderem in:

- entlastenden und stützenden Gesprächen,
- der Erarbeitung von Tages- und Wochenplänen,
- der Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen und
- der Begleitung zu Arztbesuchen.

Soziotherapeutische Leistungen werden hierbei vorwiegend gekoppelt an Einrichtungen angeboten wie z.B. an Tagesstätten.

⁶⁸ Finzen, Asmus (2001): „Die häufigsten psychischen Krankheiten“ in Mit psychisch Kranken leben, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 29)

Es werden jedoch auch Hilfen in Form von Hausbesuchen oder der Begleitung zu Behörden erbracht.⁶⁹

Darüber hinaus werden ergänzend oft Gruppenangebote gemacht, in denen psychoedukativ gearbeitet wird oder soziale Kompetenzen trainiert werden sollen.

⁶⁹ Internet (01/03): www.psychiatrie-aktuelle.de/soziotherapie

5 Zwangsstörung

5.1 Diagnose

Eine Zwangsstörung kann sich durch Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen manifestieren. Die Diagnosekriterien in der ICD-10 umschreiben Zwangsgedanken (F 42.0) als immer wiederkehrende Gedanken, Ideen, Impulse oder Bilder, die aversiv und ich-dyston erlebt werden. Zwangshandlungen (F. 42.1) werden als wiederholte Verhaltensweisen definiert, die als unangenehm erfahren werden.

Im DSM-IV hingegen wird nicht zwischen Zwangsgedanken und –handlungen unterschieden. Nach DSM-IV müssen Zwänge mehr als 1 Stunde pro Tag andauern, sowie die Lebensqualität und den normalen Lebensablauf stören. Darüber hinaus sind die Ausschlusskriterien im DSM-IV besser beschrieben als in der ICD-10. Die Diagnose im DSM-IV wird nicht gestellt, wenn die Zwangsgedanken oder –handlungen ausschließlich eine andere Störung betreffen oder auf die Einnahme von Medikamenten bzw. Drogenmissbrauch oder eine körperliche Krankheit zurückzuführen sind. Außerdem wird im DSM-IV eine Zwangsstörung als „mit wenig Einsicht“ spezifiziert, wenn der Betroffene kaum erkennt, dass seine Zwangsgedanken oder –handlungen jedes Maß übersteigen und unrealistisch sind.

Diagnostische Instrumente sind z.B.:

1. Y-Bocs-Checkliste für Zwangsgedanken (Universität Yale)
2. Leyton-Fragebogen (Universität Cambridge)
3. NIMH Global-Skala für Zwangsstörungen (National Institute of Mental Health)

5.2 Differentialdiagnose

Es muss differentialdiagnostisch abgeklärt werden, ob die Zwangssymptomatik als Teil der Zwangsstörung oder als Bestandteil von anderen Störungen gesehen werden muss:

- Panikstörung und Agoraphobie
- Generalisierte Angststörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Depressive Störung
- Somatoforme Störungen
- Körperdysmorphie Störung
- Zwanghafte Persönlichkeit
- Ticstörung
- Hirnorganische Störung
- Psychosen

Zwangsstörungen lassen sich gegenüber einer Psychose durch zwei Faktoren abgrenzen:

- Zwangspatienten wissen, dass ihre Gedanken letztlich unrichtig sind bzw. haben entsprechende Zweifel. Bei einer Paranoia oder paranoiden Psychose dagegen besteht eine unkorrigierbare subjektive Gewissheit über den Inhalt der Gedanken.
- Zwangspatienten wissen auch (im Gegensatz zu psychotischen Patienten), dass das „Bedrängt-Werden“ aus der eigenen Person und nicht aus der Umwelt stammt.

5.3 Epidemiologie

Aufgrund epidemiologischer Untersuchungen bei Erwachsenen wird die durchschnittliche Life-time-Prävalenz auf 2,3 % (0,53 bis 3,65%), die Punktprävalenz auf 1 bis 4,1% geschätzt.

In 80% der Fälle entwickelt sich die Symptomatik bereits in der Kindheit (7,5 bis 12,5 Jahre), das durchschnittliche Alter bei einer Erkrankung im

Erwachsenenalter liegt bei 21 Jahren (5. Jahrestagung der DGZ: Steinhausen et al., 2002).

Die Mehrzahl der Studien zeigt eine erhöhte Rate von Zwangsstörungen bei Jungen, die wie auch männliche Erwachsene, eher früher erkranken. Die Relation zwischen Jungen und Mädchen liegt bei 2:1.⁷⁰

Bei Männern entstehen die Beschwerden in jüngerem Alter (durchschnittlich im Alter von 20 Jahren) als bei Frauen, die erst im Durchschnitt im Alter von 25 Jahren erkranken. Im Gegensatz zu vielen anderen Angststörungen scheint es jedoch hinsichtlich der Häufigkeit der Zwangsstörung keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen zu geben.⁷¹

5.4 Verlauf

Bis zur Hälfte der zwangskranken Erwachsenen berichten, dass die Störung im Kindes- und Jugendalter begonnen habe, wobei der Beginn meist in der Adoleszenz, seltener in der frühen Kindheit liege. Ritualistische und repetitive Verfahren, insbesondere bei Spielen, sowie abergläubiges Verhalten sind Bestandteil einer normalen kindlichen Entwicklung und treten in verschiedenen Entwicklungsphasen in unterschiedlicher Intensität auf. Ausgeprägte ritualistische und repetitive Verhaltensweisen im Kindesalter sind jedoch möglicherweise Vorläufer von Zwangssymptomen, wobei die Zusammenhänge allerdings eher schwach sind.

Das Chronifizierungsrisiko von Zwangsstörungen, die nicht erfolgreich behandelt werden können, ist hoch.⁷²

Die Suche nach Hilfe erfolgt im Durchschnitt etwa erst 10 Jahre nach Beginn der zwanghaften Krankheitssymptomatik. Die meisten Patienten berichten von einer „therapeutischen Odyssee“, die im günstigen Fall in einer professionellen Behandlung mündet, die stationär-ambulante Therapie und Selbsthilfe impliziert.

⁷⁰ Petermann, Franz (2000): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie, Hogrefe Göttingen (S. 272 und 273)

⁷¹ Emmelkamp, Paul (2000): Zwangsstörungen, Hogrefe-Verlag Göttingen (S. 11)

⁷² Petermann, Franz (2000): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie, Hogrefe Göttingen (S. 273)

5.5 Komorbidität

Zwangsstörungen treten häufig mit anderen Störungen auf, wie z.B. mit Depressionen.

In Untersuchungen zeigte sich, dass ungefähr 28-38 % der Zwangskranken auch die Kriterien für eine depressive Episode erfüllen. Eine große Zahl der Betroffenen erfüllt die Kriterien für eine dysthyme Störung. Während einer depressiven Episode nehmen die Zwangssymptome meist zu. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zwangsstörung eine Depression zur Folge hat ist dreimal so hoch wie umgekehrt

Sowohl die Komorbidität mit anderen Angststörungen (58 % litten unter spezifischen Phobien, sozialen Phobien oder Panikstörungen) als auch mit somatoformen Störungen (8-37 %) sind beträchtlich. Die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (selbstunsichere, dependente und histrionische Persönlichkeit) ist ebenfalls hoch, wobei entgegen der allgemeinen Erwartung die zwanghafte Persönlichkeitsstörung nur bei 25 % aller Zwangskranken vorkommt.

Entgegen früherer Annahmen haben Langzeitstudien gezeigt, dass weder Patienten mit einer Zwangsstörung noch deren Familienangehörige eine höhere Inzidenzrate für Schizophrenie aufweisen.

5.6 Erklärungsansätze

5.6.1 Genetische Faktoren

Eine Vielzahl empirischer Befunde weisen mittlerweile auf den Einfluss genetischer Faktoren bei der Entwicklung von Zwangsstörungen hin. Die Häufung von Zwangsstörungen bei den Eltern zwangsgestörter Kinder und Jugendlicher (in 25 bis 30 % aller Fälle) legt genetische Einflüsse nahe, wengleich diese damit nicht eindeutig nachgewiesen sind. Die Häufung von Zwangsstörungen bei Verwandten ersten Grades von Patienten mit Tourette-Syndrom werden ebenfalls als Hinweis auf genetische Faktoren interpretiert.

Zwillingsstudien im Erwachsenenalter weisen übereinstimmend auf einen erheblichen genetischen Einfluss bei der Entwicklung von Zwangsstörungen hin, wobei die Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen im Durchschnitt bei 65 % liegt, während sie bei dizygoten Zwillingen im Durchschnitt 15 % beträgt. Die Zwillingsstudien zeigen jedoch ebenfalls, dass neben genetischen Faktoren auch andere Einflüsse in erheblichem Umfang eine Rolle spielen müssen.

5.6.2 Biologische Einflüsse

Neben genetischen Einflüssen können auch andere biologische Einflüsse von Bedeutung sein: Hirnläsionen im Bereich der Basal-Ganglien als auch bestimmte Formen von Streptokokken-Infektionen können zwanghaftes Verhalten auslösen.

Neuroanatomische Studien fanden bei erwachsenen Zwangspatienten einen erhöhten Zuckerstoffwechsel in verschiedenen Hirnregionen, vor allem im Frontalhirn und in einem Teil des Stammhirns, dem Nucleus caudatus. Der erhöhte Glukosemetabolismus im Nucleus caudatus lässt sich durch Verhaltenstherapie wieder vermindern.

Neurotransmitter, vor allem Serotonin, spielen offensichtlich auch eine Rolle bei der Entstehung von Zwangsstörungen. Therapiestudien mit Medikamenten als auch experimentelle Studien legen Dysregulationen des Serotoninstoffwechsels nahe, allerdings liegen dazu auch widersprüchliche Befunde vor.

Insgesamt weisen die vorliegenden Studien auf eine biologisch bedingte Vulnerabilität als einer Grundlage für die Entwicklung von Zwangsstörungen hin. Biologische Korrelate der Störungen scheinen auch durch verhaltenstherapeutische Interventionen beeinflussbar zu sein.

5.6.3 Verhaltenstheoretische Modelle

Die biologische Komponente kann in verhaltenstheoretische Modelle über die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Zwangssymptomatik integriert werden.

5.7 Behandlung von Zwangsstörungen

Die Diskussion über die richtige Therapie wird sowohl von Betroffenen als auch Therapeuten kontrovers geführt. In der Regel waren Therapien nur erfolgreich, wenn verhaltenstherapeutische Interventionen zumindest einen Teil der Behandlung ausgemacht hatten. Wesentlich für den Behandlungserfolg ist vor allem eine „störungsspezifische Kompetenz“ des Behandlers und eine gute therapeutische Arbeitsbeziehung.⁷³

Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Zwangsstörungen hat sich aus dem Verständnis der Zwangsrituale als Vermeidungsreaktionen entwickelt. Die verhaltenstherapeutisch orientierte Forschung und Entwicklung von Therapiekonzepten in den USA, Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland haben wesentlich dazu beigetragen, Zwänge besser verstehen und behandeln zu können.

Die 1966 von Meyer in London bei Zwangsstörungen erstmals beschriebene Technik der Reizkonfrontation mit anschließender Reaktionsverhinderung gilt nach wie vor als das verhaltenstherapeutische Standardprogramm für das zumeist notwendige symptomorientierte Vorgehen.

Bei der Reizkonfrontation wird der Klient ermutigt, sich den gemiedenen äußeren Reizen (bestimmten Situationen und Objekten) bzw. inneren Reizen (Gedanken, Bildern, Impulsen) in der Vorstellung und der Realität so lange und wiederholt auszusetzen, bis durch Gewöhnung (Habituation) und Erleben des Ausbleibens der gefürchteten Konsequenzen ein besseres Aushalten der entsprechenden Situationen gelingt. Nach der Konfrontation mit den zwangsauslösenden Reizen und Situationen (wie z.B. Blut, Urin,

⁷³ Reinecker, Hans (1999): Zur Versorgungslage von Menschen mit Zwängen (aus Z aktuell 4/2001)

Vaginalsekret, Schmutz, chemische Stoffe, Glassplitter, Türklinken, Benutzung fremder Toiletten usw.) werden die Vermeidungs- und Wiedergutmachungsrituale in Form der Zwänge mittels Reaktionsverhinderung zu unterbinden versucht (eine bestimmte Zeit lang nicht waschen, putzen, kontrollieren usw.). Der Zwangskranke soll nach der realen bzw. mentalen Konfrontation mit den zwangsauslösenden Reizen auf reale oder gedankliche Flucht verzichten, d.h. dem Drang zur Ausführung offener oder kognitiver Rituale widerstehen, weil durch deren angstreduzierenden Effekt die Zwänge letztlich nur verstärkt werden.

Zusätzliche Behandlungsmethoden als Ergänzung des Standardprogramms der Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung stärken und fördern den Therapieerfolg. Dazu gehören:

- Kognitive Therapie:

Es erfolgt eine detaillierte Analyse und kognitive Umstrukturierung von zwangsfördernden Denkmustern. Im Mittelpunkt einer kognitiven Therapie stehen weniger die Zwangsgedanken an sich als vielmehr deren Bewertung als die erst Angst und Unruhe bewirkt. Als Ziele gelten die Erarbeitung realistischer Wahrscheinlichkeiten von potentiellen Gefährdungen, die Änderung der überhöhten Verantwortung und Schuldbereitschaft sowie das bessere Ertragen einer unauflösbaren Restunsicherheit. Die Korrektur unrealistischer Zieldefinitionen (z.B. hinsichtlich Risiko, Zweifel) dient auch der Rückfallprophylaxe.

- Sozialkompetenz:

Viele Menschen mit Zwangsstörungen müssen lernen, ihre Wünsche und Bedürfnisse anders zu erreichen als durch das Mittel der Zwänge. Die Beseitigung der Zwänge führt in vielen Fällen noch nicht zu einem besseren Sozialverhalten. Oft ist der Aufbau neuer Verhaltensmuster erforderlich, insbesondere bei Patienten mit frühem Erkrankungsbeginn und langer Krankheitsdauer.

- Einbeziehung der Angehörigen (psychopädagogisch orientierte Angehörigenarbeit):

Die Angehörigen werden über die Störung informiert und instruiert, wie sie dem Zwangskranken helfen können, anstatt, wie häufig der Fall, seine Symptomatik durch beruhigende Worte oder Übernahme der Rituale des Zwangskranken zu unterstützen.

- Partner- oder Familientherapie:

Aktuelle Konflikte werden durch partner- und familienbezogene Strategien unter Berücksichtigung systemischer Aspekte zu bewältigen versucht.⁷⁴

6 Soziotherapie am Fallbeispiel einer Zwangserkrankung

6.1 Fallbeispiel einer Klientin mit Wasch- und Reinigungszwängen

Wasch- und Reinigungszwänge stehen in der Regel in Verbindung mit der Angst vor Ansteckung mit Krankheitskeimen, Verunreinigung mit menschlichen Ausscheidungen oder Verseuchung durch gefährliche Chemikalien. Die Betroffenen fürchten bei Konfrontation mit diesen Stoffen krank zu werden bzw. zu sterben oder andere durch Übertragung der Keime zu infizieren und zu gefährden. Wasch- und Putzzwänge haben eine starke Ähnlichkeit mit phobischem Vermeidungsverhalten. Die Angst vor Verunreinigung durch verschiedene Substanzen und deren vermeintliche Folgen (Tod, Krankheit, Unglück) führt zu stundenlangen Wasch- und Reinigungsprozeduren. Bevorzugt gewaschen werden Hände, Arme oder Kleidungsstücke. Besonders gefürchtet werden Körperausscheidungen (Schweiß, Urin, Kot, Menstruationsblut, Vaginalsekret, Samen), Schmutz (vom Fußboden, Erde), Keime jeder Art (z.B. bei Abfällen, öffentlichen Toiletten, Türgriffen), Bakterien und Viren, Krankheiten (z.B. AIDS, Krebs), bestimmte chemische Substanzen oder Tiere als Überträger gefährlicher

⁷⁴ Morschitzky, Hans (2002): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe, Springer-Verlag

Wien http://www.panikattacken.at/buch_angststoerungen/bu_angst.htm

Krankheitserreger. Menschen mit einem Reinigungszwang haben oft große Angst andere anzustecken, was voraussetzt, dass sie glauben, selbst bereits angesteckt zu sein. Doch belastet sie dies gewöhnlich weniger als der Umstand, dass sie selbst jemand anstecken könnten.

Wasch- und Putzwänge sollen ein befürchtetes Unglück (Krankheit oder Tod) verhindern oder das Gefühl des Wohlbehagens wiederherstellen. Die Angehörigen müssen bald dieselben Reinigungsrituale einhalten, um jede Verunreinigung zu vermeiden. Eltern, Partner und Kinder fügen sich oft erstaunlich geduldig den Reinigungsvorschriften des Zwangskranken. Wehren sie sich erbittert gegen diese Anordnungen, sind häufig ständige Spannungen die Folge. Menschen mit Waschwängen haben einen hohen Verbrauch von Warmwasser, Seife und Handtüchern. Das Badezimmer wird oft stundenlang nicht verlassen.

6.1.1 Symptomatik

Eine verheiratete Frau, in deren Haushalt außerdem die 14-jährige Tochter und der 12-jährige Sohn leben, leidet unter einer chronifizierten Zwangsstörung. Die Symptomatik besteht in Waschwängen: Alle Familienmitglieder (Vater, Sohn und Tochter) müssen vor der Wohnungstür die Schuhe ausziehen, peinlich genau säubern und sogar noch die Sohlen desinfizieren. Beim Eintreten dürfen sie nicht den Griff der bereits von der Patientin geöffneten Tür berühren. Sie müssen sofort ins Bad gehen, die Hände gründlich mit Seife waschen, die Kleidung in die Schmutzwäsche geben und frische Kleidung anziehen, weil die Luft durch die Großindustrie verunreinigt sein könnte. In bestimmten Fällen, wenn die Luft besonders schlecht ist, müssen sich alle nach dem Betreten der Wohnung sicherheitshalber auch noch duschen. Trotz dieser Vorkehrungen müssen bestimmte Stellen der Wohnung gemieden werden, weil die Klientin sonst mit der Reinigung der Wohnung überfordert wäre. Außer den Familienmitgliedern darf kein Bekannter oder Verwandter mehr die Wohnung betreten, weil man fremden Menschen derartige Reinigungsrituale nicht zumuten könne und sonst ins Gerede käme. Verschiedene Feiern, die unvermeidlich sind, werden in Lokale verlegt, was die Gäste durchaus freut,

sodass sie nicht merken, dass der Grund darin liegt, dass die Wohnung steril gehalten werden muss.

6.1.2 Einbeziehung der Angehörigen in die Zwangshandlungen

Besondere Reinigungsprozeduren sind erforderlich, wenn die Klientin oder die 14-jährige Tochter ihre Menstruation haben. Die Unterwäsche und die Klobrille werden dann gereinigt, als wären sie verseucht. Die Hände müssen nicht nur gründlich mit Seife gewaschen, sondern desinfiziert werden wie in einem Krankenhaus. Erst danach dürfen Nahrungsmittel angefasst und gekocht werden. Laut Klientin sollen die Familienmitglieder nicht mit Bazillen, die im Regelblut sein könnten, angesteckt werden. Die Mutter schärft der Tochter dieses Verhalten immer wieder ein und erinnert sie daran, welche Gefahren ansonsten drohen könnten.

Der Ehemann, der als Chemiefacharbeiter mit chemischen Substanzen in Kontakt kommt, die möglicherweise gefährlich sein könnten, darf erst nach Hause kommen, wenn er sich in der Firma geduscht und seine Arbeitskleidung im Betrieb abgelegt hat, die wegen der angeblichen Verseuchungsgefahr auswärts gereinigt werden muss.

6.1.3 Auswirkungen auf die familiäre und berufliche Situation

Die Klientin arbeitete vor der Erkrankung halbtags im Verkauf. Aufgrund der Wasch- und Reinigungszwänge, die täglich mehrere Stunden in Anspruch nehmen, kam sie mit dem Haushalt nicht mehr zurecht, obwohl der Ehemann und die Kinder mithalfen, sodass sie ihren Beruf aufgeben musste. Ab diesem Zeitpunkt verschlimmerte sich die Zwangsstörung, zumal die Klientin nun mehr Zeit zur Ausführung der Zwangsrituale hatte.

Daher kann man bei ihr von einem chronifizierten Verlauf sprechen.

6.1.4 Einlassungen der Klientin

Die Klientin führt den Waschzwang darauf zurück, dass bei ihrer Mutter vor vier Jahren eine Magenkrebserkrankung festgestellt wurde. Ihre Mutter habe

mit ungewaschenen Händen, die vorher berufsbedingt chemische Substanzen berührt hatten, Lebensmitteln verzehrt und sich dadurch nach ihrer Ansicht selbst vergiftet. Die Klientin hatte darin bereits vor der Erkrankung der Mutter eine gewisse Gefahr gesehen. Daher fühlt sie sich durch dieses Ereignis in ihrer Sorge bestätigt, weshalb sie in ihrer Familie darauf achtet, dass niemand durch Verunreinigung zu Schaden kommt.⁷⁵

6.1.5 Mögliche Indikation für Soziotherapie

Die Funktion von Zwängen könnte bei der Klientin meines Erachtens darin bestehen, sich mit familiären oder partnerschaftlichen Konflikten nicht auseinander setzen zu müssen. Durch ihre Zwangshandlungen ist sie so intensiv beschäftigt, dass sie sich mit den möglicherweise zugrunde liegenden Problemen (z.B. Verlustängsten) nicht beschäftigen muss. Die Funktion der Waschwänge könnte auch darin bestehen, die Familie durch die Einbindung in ihre Zwangshandlungen vor dem Auseinanderbrechen zu bewahren. Diese Funktionalität der Zwangssymptomatik wird in der Verhaltenstherapie meines Erachtens zumeist nicht ausreichend berücksichtigt. Außerdem wäre die Klientin in der Verhaltenstherapie wahrscheinlich rational nicht zugänglich. Daher kann z.B. kein Flooding durchgeführt werden, das unter anderem darin besteht, für einen bestimmten Zeitraum auf Waschen und sämtliche Reinigungshandlungen, mit Ausnahme der Zustimmung des Verhaltenstherapeuten, zu verzichten.

6.1.6 Behandlung im Rahmen der Soziotherapie

Um die Klientin für die Fortführung der Verhaltenstherapie zu motivieren ist meines Erachtens in einem solchen Fallbeispiel Soziotherapie unter Einbeziehung der Angehörigen indiziert, die im folgenden von mir hypothetisch geschildert wird.

⁷⁵ Morschitzky, Hans (2002): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe, Springer-Verlag
Wien http://www.panikattacken.at/buch_angststoerungen/bu_angst.htm

6.1.6.1 Tagesplanstrukturierung

In intensiver und regelmäßiger Betreuung durch den Soziotherapeuten sollte die Klientin schrittweise in die Lage versetzt werden, ihren Tagesablauf neu zu strukturieren.

Zu Beginn sollte der Soziotherapeut die Klientin zum Arzt und anderen außerhäuslichen Aktivitäten wie z.B. Einkaufen begleiten. Die Arbeit mit der Klientin sollte auch aufsuchend erfolgen, da die Zwangshandlungen hauptsächlich im häuslichen Umfeld ausgeführt werden.

6.1.6.2 Training sozialer Kompetenz

Die Klientin sollte lernen, ihre Wünsche und Bedürfnisse anders zu erreichen als durch das Mittel der Zwänge. Die Beseitigung der Zwänge führt in vielen Fällen noch nicht zu einem besseren Sozialverhalten. Aufgrund ihrer massiven Wasch- und Kontrollzwänge fehlt ein angemessenes Verhalten (z.B. für Reinlichkeit, Körperpflege, notwendige Kontrollen usw.), das im Vergleich mit der sozialen Umwelt erst entwickelt oder wiederentdeckt werden müsste.

Dabei sollte das soziale Kompetenztraining insbesondere in einem Gruppentraining erfolgen. Im Austausch mit den anderen Teilnehmer sollte die Klientin lernen, für sich akzeptable Kompromisse zwischen den eigenen Bedürfnissen und sozialer Anpassung zu finden. Hierzu werden im Gruppentraining der Zusammenhang von Wahrnehmung, Interpretation einer Situation und den daraus resultierenden Gefühlen und Verhaltensweisen erläutert und entsprechende Bewältigungstechniken vermittelt.

6.1.6.3 Motivierung zur Fortführung der Verhaltenstherapie

Die Klientin sollte ermuntert werden, sich mit der Zwangsstörung auseinander zu setzen und die damit verbundenen Konsequenzen für Ihre Lebensqualität und für die Familie zu erkennen. Dabei sollten auch gemeinsame Gespräche mit den Familienangehörigen erfolgen, um ein Bewusstsein zu schaffen, dass

durch deren Einbindung in die Zwangshandlungen eine Verstärkung der Symptomatik erfolgt.

Das Vorgehen in der Verhaltenstherapie sollte thematisiert werden sowie die guten Erfolge, die durch adäquate Behandlungsmaßnahmen und die entsprechende Mitarbeit erzielt werden können. Den Familienangehörigen sollte dabei die Bedeutung einer Co-Therapie erläutert werden, die darin besteht, sich möglichst nicht mehr in die Zwangshandlungen der Klientin involvieren zu lassen, sondern „normale“ Verhaltensweisen im Umgang mit Hygiene auch gegen den Willen der Klientin zu praktizieren.

6.1.6.4 Gestaltung von sozialen Kontakten und Wiederaufnahme einer Arbeit

Die Klientin sollte dazu befähigt werden, soziale Kontakte auch wieder im häuslichen Bereich zu pflegen. Sollte dies vor Beginn der Verhaltenstherapie nicht möglich sein, könnte auch eine vorhandene Selbsthilfegruppe für Zwangskranke in Betracht kommen.

Die Bedeutung der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit für Selbstvertrauen und Selbstständigkeit sollte im Rahmen der Soziotherapie verdeutlicht werden. Eine Halbtagsbeschäftigung würde meines Erachtens auch zu einer Reduzierung der Zwangshandlungen im Haushalt führen.

6.2 Fallbeispiel einer Klientin mit einer Desorganisationsproblematik

Betroffene, die unter einer Desorganisationsproblematik leiden, bezeichnen sich selbst als Messies. Das Messie-Phänomen ist als Syndrom nicht anerkannt, da es keine einheitlichen Kriterien für die Diagnostik gibt. Dies dürfte mit der Frage zusammenhängen, inwieweit das Messiephänomen Ausdruck einer anderen psychischen Störung wie z.B. einer Zwangserkrankung ist. Die typische Symptomatik beinhaltet massive Probleme hinsichtlich räumlicher und zeitlicher Strukturen.⁷⁶ Die innere Problematik besteht im inneren Erleben von Ordnung und Unordnung und den damit verbundenen psychischen Prozessen. Tätigkeiten, die normalerweise im Alltag automatisch verrichtet

⁷⁶ Schönherr, Sylvia (2002): "Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen am Beispiel des Messie-Phänomens in Z aktuell 3/2002, Die Zeitschrift der DGZ e.V. (S. 9-11)

werden, bedeuten für Messies eine große Last.⁷⁷ In den meisten Fällen besteht ein zwanghaftes Horten von Gegenständen. Im Extremfall entsteht im Rahmen der Desorganisationsproblematik eine Vermüllung im häuslichen Bereich.

6.2.1 Symptomatik

Eine alleinerziehende Frau, die ich während meines Praktikums beim Sozialpsychiatrischen Dienst cotherapeutisch begleitet hatte, litt unter einer Desorganisationsproblematik und depressiven Verstimmungen. Die Problematik wurde dadurch verstärkt, dass ihr 11-jähriger Sohn seit Geburt unter einer schweren Erkrankung litt. Die Symptomatik drückt sich bei der Klientin im Horten von Illustrierten (z.B. wurde das GEO-Abonnement seit 20 Jahren komplett aufbewahrt), Bastelmaterial, Umzugskartons (der Umzug war 15 Jahre zuvor erfolgt) und Spielzeug aus, das seit der Geburt des Kindes noch aufbewahrt wurde. Sowohl der Küchentisch als auch der Wohnzimmertisch in der Zwei-Zimmer-Wohnung sind durch diverse Gegenstände nicht mehr benutzbar. Besonders der Zustand des Kinderzimmers ist auffällig. Dieses kann kaum noch benutzt werden, da es mit Umzugskartons dermaßen „verbarrikadiert“ ist, dass kein Zugang zum Fenster mehr besteht, um die Rollläden hochzuziehen oder das Fenster zu reinigen. Teilweise ist die Wohnung sogar „vermüllt“, da Essenreste, Medikamente, Altpapier und ähnliches nicht entsorgt wurden.

6.2.2 Auswirkungen auf die familiäre und berufliche Situation

Auf ihre berufliche Situation hat die Desorganisationsproblematik offensichtlich keine Auswirkungen, da sich die Symptomatik auf den häuslichen Bereich beschränkt. Die familiäre Problematik besteht in der unheilbaren Atemwegserkrankung des Kindes, wodurch entsprechende hygienische Bedingungen und eine insgesamt förderliche Wohnatmosphäre unabdinglich sind. Der Sohn scheint nicht unmittelbar unter der Situation zu leiden, da eine innige Mutter-Kind-Beziehung besteht. Durch regelmäßige Hausbesuche aufgrund der Pflegegeldgewährung für den Jungen werden die Missstände an das Jugendamt gemeldet, das wegen einer

⁷⁷ Steins, Gisela (2002): „Messies - Überlegungen zur Diagnose“ in Z aktuell 3/2002, Die Zeitschrift der DGZ e.V. (S. 7+8)

Kindeswohlgefährdung die Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erforderlich macht.

6.2.3 Einlassungen der Klientin

Die Klientin führt die Desorganisationsproblematik auf die beengten Wohnverhältnisse und die Überforderung durch die Krankheit des Sohnes zurück. Durch ihre Halbtagestätigkeit und den hohen Betreuungsaufwand für das Kind könne sie ohne Hilfe den jetzigen Zustand der Wohnung nicht wesentlich verändern. Als weitere Ursachen für die derzeitige Situation nennt die Klientin Entscheidungsschwierigkeiten, zu hohe Selbstideale und Aufschubverhalten, die wichtige Einflussgrößen für die Desorganisationsproblematik darstellen. Die Klientin schildert negative Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit, da sie sich den Aufgaben nicht gewachsen fühlt.

6.2.4 Indikation für Soziotherapie

Seit dem Ende meines Praktikums ist keine Betreuung im bisherigen Umfang, die wöchentlich aufsuchend erfolgte, aus finanziellen und organisatorischen Gründen mehr möglich. Soziotherapie würde die erforderliche Betreuungsdichte m. E. gewährleisten. Vom Sozialpsychiatrischen Dienst in Mannheim konnte im Januar 2003 in Erfahrung gebracht werden, dass die Verhaltenstherapie abgebrochen wurde. Aufgrund der weiterhin bestehenden massiven Desorganisationsproblematik wurde von der behandelnden Psychiaterin Soziotherapie beantragt, wobei für die Bewilligung durch die Krankenkasse eine affektive Psychose diagnostiziert werden musste.

6.2.5 Behandlung im Rahmen der Soziotherapie

Da die konkreten soziotherapeutischen Maßnahmen vom SpDi Mannheim nicht veröffentlicht werden sollen, soll im folgenden dargestellt werden, wie Soziotherapie bei der Klienten durchgeführt werden könnte.

6.2.6 Tagesplanstrukturierung

Die Klientin sollte durch eine entsprechende Tagesstrukturierung befähigt werden, die durch die vorherige Betreuung erreichten Ziele beizubehalten. Diese bestanden hauptsächlich in der Bewohnbarkeit des Kinderzimmers und besseren hygienischen Bedingungen. Dabei sollten an bestimmten Wochentagen bestimmte Tätigkeiten im Haushalt erfolgen. Durch die Unterstützung des Soziotherapeuten sollte die Klientin lernen, „das zwanghafte Aneignen von Besitztümern“ zu reduzieren und dabei mit negativen Gefühlen umzugehen.

6.2.7 Motivierung zur Fortführung der Verhaltenstherapie

Während der Verhaltenstherapie erfolgten bereits in der diagnostischen Phase verhaltenstherapeutische Maßnahmen in Form von Exposition und Reaktionsverhinderung. Aufgrund der fehlenden Motivation der Klientin wurde die Fortführung der Verhaltenstherapie von dem behandelnden Psychotherapeuten in Frage gestellt und schließlich beendet.⁷⁸

Die Aufgabe des Soziotherapeuten besteht nun darin, der Klientin die Notwendigkeit der Verhaltenstherapie zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und der ihres Sohnes zu vermitteln.

⁷⁸ Schönherr, Sylvia (2002): „Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen am Beispiel des Messie-Phänomens“ in Z aktuell 3/2002, Die Zeitschrift der DGZ e.V. (S. 9-11)

7. Kritische Betrachtung von Soziotherapie

7.1 Indikation und Voraussetzungen

Die Indikation für Soziotherapie im Rahmen des Modellprogramms bestand außer bei Menschen mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis sowie schizoaffektiven Störungen und schweren Depressionen mit psychotischen Symptomen auch bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen sowie mit lang andauernden Zwangs- und Angststörungen. Die Soziotherapie-Richtlinien beschränken die Indikation für Soziotherapie jedoch auf Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizotype Störungen, anhaltende wahnhaftige Störungen und schizoaffektive Störungen sowie auf psychotische Symptome im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung, einer schweren depressiven Episode und einer schweren depressive Episode mit im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Suchtkranke Menschen, für die Soziotherapie auch geeignet sein könnte, wurden weder im Modellprogramm noch in den Soziotherapie-Richtlinien berücksichtigt.

Als Voraussetzung für soziotherapeutische Leistungen muss der Patient die Voraussetzungen nachweisen, die für die Verordnung von Soziotherapie erforderlich sind. Die in den Richtlinien genannte Zielgruppe ist nur eingeschränkt belastbar und hat in der Regel nur eine begrenzte Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung. Dadurch wird Patienten unter Umständen die Inanspruchnahme von soziotherapeutischen Leistungen erschwert. Im Modellprogramm ging Melchinger (ausgehend von einer Prävalenzrate schizophren Erkrankter von 0,6 Prozent) davon aus, dass nur 0,1 Prozent der Bevölkerung, d.h. etwa 75.000 Menschen, die Voraussetzungen für Soziotherapie erfüllen.⁷⁹

Darüber hinaus wurde gesetzlich keine „flächendeckende Einführung“ vorgeschrieben“, was insbesondere in ländlichen Regionen problematisch sein dürfte.

⁷⁹ Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden (S. 5 ff.)

Laut Nowack, Arzt und Dozent für Rehabilitationspsychologie an der FH Magdeburg-Stendal, ging es dem Gesetzgeber „nicht nur um eine Verbesserung der Versorgung, sondern auch um Kosteneinsparungen“.⁸⁰

7.2 Fehlendes Ausbildungsprofil für Soziotherapeuten

Nach den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen kann Soziotherapie nur von Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern und Fachkrankenpflegern für Psychiatrie erbracht werden. Eine solche Ausschließlichkeit kann jedoch aus den gesetzlichen Vorgaben nicht abgeleitet werden, da der Gesetzgeber hierzu keine detaillierten Angaben macht. Es ist auch nicht gesetzlich vorgesehen, dass ein eigenes Ausbildungsprofil für Soziotherapeuten entwickelt wird. Es gibt bis jetzt immer noch kein einheitliches Berufsbild für Soziotherapeuten, wobei die Möglichkeit besteht, sich in der Sektion Sozialtherapie des Deutschen Arbeitskreises für Gruppendynamik und Gruppenpsychiatrie (DAGG) zu organisieren.

7.3 Ausbildungen und Fortbildungen in Soziotherapie

Es gibt inzwischen verschiedene Aus- und Weiterbildungen mit völlig unterschiedlichen Standards, Konzepten und Ausbildungsinhalten, um Soziotherapeuten zu qualifizieren.

Den Vorschlag, allen in irgendeiner Form therapeutisch arbeitenden Sozialarbeitern die Berufsbezeichnung „Sozio- bzw. Sozialtherapeut“ zu verleihen, wurde bereits 1979 von J. Mangold von der Ev. FH Ludwigshafen am Rhein gemacht.⁸¹

Es gibt zunehmend sozialtherapeutische Zusatzqualifikationen:

- Die Ev. FH Darmstadt und private Fortbildungsträger bieten 2- bis 4-jährige Aufbaustudiengänge und eine Zusatzqualifikation an.

⁸⁰ Nowack, Nicolas (2002): Ambulante Soziotherapie – Bisher ein Papiertiger“ in Deutsches Ärzteblatt Heft 12, Dezember 2002

⁸¹ Knoll, Andreas (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen (S. 63)

- An der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit des Fritz Perls Institut (FPI) wird eine Ausbildung für Integrative Soziotherapie und Beratung angeboten.
- Auch am Institut für angewandte Tiefenpsychologie, Therapieausbildungen und Organisationsentwicklung können Teilnehmer mit einem abgeschlossenen Studium der Medizin, der Psychologie, Sozialwissenschaft oder einer Geisteswissenschaft sowie an einer sozialwissenschaftlichen FH eine Ausbildung für Integrative Soziotherapie absolvieren. Dort werden die Ausbildungsteilnehmer für Tätigkeiten in psychosozialen Beratungseinrichtungen und für Tätigkeiten im klinischen Bereich unter Verwendung kreativ-therapeutischer Techniken auf tiefenpsychologischer Grundlage qualifiziert.⁸²
- Das Institut für angewandte Sozialpsychologie in Willich bietet für Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen und Fachkrankenpfleger- bzw. -schwestern für Psychiatrie mit mindestens 5-jähriger Praxiserfahrung eine 2 Jahre dauernde Fortbildung in Soziotherapie an. Die Schwerpunkte liegen in Psychodiagnostik, Gruppendynamik und spezifischen sozialtherapeutischen Interventionen. Dabei werden Interviews und Testverfahren durchgeführt, schriftliche Diagnosen und Gruppenanalysen erstellt sowie soziotherapeutische Interventionen geplant und durchgeführt .
- Ab August 2003 bietet das Institut für Systemische Arbeit in Schwerin eine neue Ausbildung zum systemischen Sozio- bzw. Sozialtherapeuten an. Dabei sollen die Teilnehmer auch intensiv auf die Möglichkeiten vorbereitet werden, im Bereich der soziotherapeutischen Kassenleistungen einen Platz zu finden. Diese Ausbildung entspricht den Richtlinien des Deutschen Fachverbandes für Sozialtherapie (DFS), der das Zertifikat „Sozialtherapeut/in DFS“ ausstellt, was unter bestimmten Voraussetzungen auch für die kassenärztliche Leistung der Soziotherapie anerkannt wird.⁸³

⁸² Internet (01/03): www.angewandtetiefenpsychologie.de.

⁸³ Internet (01/03): www.isa-mv.de

7.4 Alternative Anbieter von ambulanter Soziotherapie und deren Angebot

In Braunschweig gibt es den Verein „Soziotherapie ambet e.V.“, der 70 Plätze für die ambulante Betreuung soziotherapeutische Betreuung für psychisch kranke Menschen anbietet. Die Soziotherapie wird dort von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen durchgeführt. Die Kosten werden dort durch das Sozialamt übernommen oder müssen von den Klienten selbst getragen werden.

Es erfolgt eine auf den Einzelfall ausgerichtete individuelle Betreuungsplanung.

Betreuungsinhalte des Vereins im Rahmen der Soziotherapie:

- Gespräche über Krankheit und Ängste
- Herstellen von realistischen Bezügen zur Umwelt
- Förderung und Erhaltung von sozialen Kontakten
- Erarbeitung von Tages- und Wochenplänen in lebenspraktischen Bereichen
- Unterstützung bei täglich wiederkehrenden Tätigkeiten
- Begleitung und Hilfen bei der Erledigung von Bank- und Behördenangelegenheiten
- Anleitung und Unterstützung bei der Verwirklichung der Freizeitgestaltung
- Motivierung und Begleitung (bzw. Kontrolle) zu regelmäßigen Arztbesuchen und Medikamenteneinnahmen
- Gespräche mit Angehörigen, Nachbarn, Vermietern, Arbeitgebern, Ärzten
- Hilfestellung bei der Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche
- Beratung in Konflikt- und Krisensituationen

In Fulda gibt es eine Privatpraxis für Soziotherapie, die von einem Arzt geleitet wird, der am Institut für angewandte Tiefenpsychologie eine Zusatzausbildung absolviert hat. Die Idee dieser soziotherapeutischen Praxis besteht darin, möglichst bereits im Vorfeld Menschen bei Lebens- und Berufskrisen helfend

zu begleiten und dadurch dem Entstehen psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken. Für Menschen, die bereits in fachärztlicher Behandlung stehen und bereits längere Klinikaufenthalte hatten soll durch soziotherapeutisches Handeln eine Wiedereingliederung erleichtert werden. In der Praxis werden Einzelgespräche und Gruppenveranstaltungen durchgeführt. Dabei werden Konzepte zur Verhaltensänderung, Modelle aus der Gesprächs- und der Gestalttherapie verwendet. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Kosten über die Krankenkassen abgerechnet werden. Ansonsten sind die Honorare für Kurse und Einzelsitzungen von den Klienten selbst zu tragen.

Soziotherapie in der Privatpraxis umfasst insbesondere die folgenden Bereiche:

- Gesprächs- und Gestaltungstherapie mit kreativen Medien
- Verhaltensmodifikation, wobei diese in Form von Einzel- und Gruppentherapie erfolgt
- Gruppentraining sozialer Kompetenzen
- Selbstsicherheitstraining
- Bewerbungstraining
- Entspannungs- und Antistresstechniken (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung usw.)
- Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen

7.5 Entwicklung der Soziotherapie

Nach Pressemitteilungen im November 2002 wurden die Landeszuschüsse im Zuge der Sparmaßnahmen für die ambulante Betreuung von chronisch psychisch Kranken in Baden-Württemberg bereits jetzt um die Hälfte auf etwa rund 2 Millionen Euro reduziert. Darüber hinaus waren die Krankenkassen bereits im August 2003 aus der Regelfinanzierung ausgestiegen, wodurch sich der Eigenanteil der Träger auf bis zu 42% erhöht hatte, da Einnahmen aus der Soziotherapie nicht kostendeckend sind.

Aufgrund sinkender Gewerbesteuerereinnahmen sind auch viele Kommunen nicht mehr in der Lage, die Sozialpsychiatrischen Dienste entsprechend zu

finanzieren, wobei die Stadt Mannheim laut Leiterin des dortigen SpDi's im Moment dessen Leistungen noch ausreichend unterstützen würde.

Durch die geplanten Landeskürzungen rückwirkend zum 1.1.03 sind viele sozialpsychiatrischen Dienste von einer Schließung bedroht. Dann müssten 300 Stellen in der ambulanten Betreuung von etwa 20.000 psychisch kranken Menschen in Baden-Württemberg gestrichen werden. „Dann würde sich die Lebenssituation chronisch psychisch Kranker auf jeden Fall verschlechtern“ erklärt M. Schoeniger, Sozialpädagoge und Psychiatriereferent der Diakonie Baden in einer Pressemitteilung vom Dezember 2002. Mögliche Folgen für die Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste sind mehr stationäre Behandlungen sowie längere Klinikaufenthalte.⁸⁴

Wenn die Sozialpsychiatrischen Dienste auch keine Soziotherapie mehr anbieten können, könnte das Angebot zwar von freiberuflichen Soziotherapeuten abgedeckt werden, wobei die derzeitige Vergütung nicht annähernd deren Kosten decken würde. Damit stellt sich die Frage, inwieweit Soziotherapie ungeachtet der strukturellen Schwierigkeiten seine Stellung als wesentlicher Baustein in der psychiatrischen Rehabilitation behaupten kann. Zum Fortbestand von Soziotherapie können die Leistungsbringer in hohem Maße dazu beitragen, indem sie dem Gesetzgeber und den Krankenkassen eine fachlich überzeugende Rehabilitationsarbeit nachweisen.

7.6 Sozialpsychiatrisches Qualitätsmanagement für den Fortbestand von Soziotherapie

Zu eine fachlich überzeugenden Rehabilitationsarbeit für den Weiterbestand von Soziotherapie gehört meines Erachtens ein entsprechendes Qualitätsmanagement.

Elgeti (2003) stellt eine systematische Qualitätsentwicklung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung am Beispiel der Region Hannover dar. Inwieweit Hilfeleistungen für psychisch Kranke optimal genutzt werden können, hängt nach Elgeti davon ab, dass ein Konsens über die Notwendigkeit, die Effektivität und die Wirtschaftlichkeit zwischen allen Beteiligten besteht. Dabei sei vor allem eine Überzeugung der Kostenträger in Form objektiver

⁸⁴ Interent (01/03): www.spdi.de

Daten erforderlich, die für die Verteilung der knappen Hilfsmittel zuständig sind. Diese Daten sollten die relevanten Aspekte von Hilfebedarf und Leistungsgeschehen nachweisen. Eine Interpretation der Daten müsse aufgrund konkreter Erfahrungen mit der Hilfeleistung erfolgen. Der allgemeine Maßstab für die Beurteilung der Versorgungsqualität besteht nach Elgeti darin, die Lebensqualität der Betroffenen weitestgehend zu erhalten und zu verbessern. Da es keine allgemeingültige Definition von Lebensqualität gibt, versucht Elgeti die verschiedenen Rahmenbedingungen und Aspekte darzustellen und diese zur Versorgungsqualität in Beziehung zu setzen:

Rahmenbedingungen		
Eigengesetzlichkeit der		
Objektiver Aspekt Schwere und Chronizität der Erkrankung, soziale Desintegration der Patienten	psychischen Krankheit	Funktioneller Aspekt Beeinträchtigung der Fähigkeit zur eigenständigen Lebensgestaltung
Allgemeine Lebensbedingungen in der Gesellschaft	Persönlichkeit des Patienten	Verfügbarkeit sozialer Unterstützung und professioneller Hilfen
Subjektiver Aspekt Beeinträchtigung des seelisch-körperlichen Wohlbefindens	Begabung der zuständigen Therapeuten	Versorgungsqualität Persönliches und fachliches Niveau individualisierter und bedarfsgerechter Hilfen

Schaubild: Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch Kranker⁸⁵

⁸⁵ Elgeti, Hermann (2003): „Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund“ in Sozialpsychiatrische Informationen 1/2003 (S. 24-29)

Auch in der Psychiatriereform Bremen standen Qualifizierung und Qualitätsmanagement im Vordergrund. „Der dynamische Wandel psychiatrischer Arbeit“ erfordere ständige berufsbegleitende Qualifizierung und eine Begleitung in der seelischen Verarbeitung des therapeutischen Alltags für alle Berufsgruppen.

Im Austausch mit auswärtigen Versorgungsregionen sollen erste Schritte in Richtung auf ein regionales Qualitätsmanagement unternommen werden.

In Bremen bestehen bereits Erfahrungen mit folgenden Ansätzen:

- Strukturiertes Training für Mitarbeiter, um aggressives Verhalten frühzeitig wahrzunehmen und mit speziellen Techniken zu deeskalieren
- Berufsgruppenübergreifende sozialpsychiatrische Zusatzausbildung
- Moderatorenausbildung in institutionsübergreifender Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplanung
- Supervision als professionelle Beratung.

7.7 Alternativen zur Soziotherapie

Da Soziotherapie derzeit von den Sozialpsychiatrischen Diensten nicht kostendeckend erbracht werden kann und das Angebot aufgrund der Kürzung weiterer Landeszuschüsse gefährdet ist, möchte ich nachfolgend Alternativen zu Soziotherapie vorstellen.

7.7.1 Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen

Als Alternative zu Soziotherapie wäre meines Erachtens ein Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen richtungsweisend. Dort werden in 9 Kreisen und Städten, wie z.B. Köln und Wuppertal, individuelle Behandlungs- und Rehabilitationspläne für Patienten, die unter Psychosen leiden, gemeinsam mit Einrichtungen für psychisch Kranke und den Kostenträgern abgestimmt. Ziele sind die Vermeidung längerer Krankenhausaufenthalte und eine stärker an den Bedürfnissen der Patienten orientierte psychiatrische Versorgung. Im Rahmen des Modellprojektes erarbeiten Professionelle und Betroffene einen Plan mit den erforderlichen Hilfemaßnahmen aus. Über die Vorschläge entscheidet eine Hilfeplankonferenz, in der sowohl Ärzte der

sozialpsychiatrischen Dienste sowie Vertreter anderer Einrichtungen für psychisch Kranke als auch die Kostenträger wie Sozialamt, Krankenkasse und Rentenversicherung teilnehmen. Dort wird über der individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplan und die Kostenübernahme geregelt. Es ist geplant, auch niedergelassene Psychiater zur Mitgestaltung des Hilfeplans in das Projekt einzubinden.

7.7.2 Leistungen nach dem BSHG

Sowohl für Personen, die nicht die Voraussetzungen für Soziotherapie erfüllen, aber auch für diesen Personenkreis, wenn es keine Leistungserbringer für Soziotherapie mehr gibt, bleibt als Leistungsträger unter Umständen nur noch das Sozialamt übrig.

Für Menschen, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, können laut Fachbereich Soziale Sicherung in Mannheim die Kosten für Soziotherapie im Rahmen Krankenhilfe nach § 37 BSHG übernommen werden.

Abgesehen von Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 40 BSHG, das vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig ist, gibt es Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 72 BSHG. Dazu gehören vor allem Beratung und persönliche Betreuung des Hilfesuchenden, wobei für die erforderlichen Maßnahmen in „geeigneten Fällen“ ein Gesamtplan zu erstellen ist, der unter anderem Hilfen zum Aufbau des Alltags vorsieht. Diese Hilfe wird ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen gewährt. Dabei sollen die Träger der Sozialhilfe mit Stellen, die die gleichen Aufgaben zum Ziel gesetzt haben, kooperieren. Zielgruppe des § 72 BSHG sind vor allem Wohnsitzlose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen, wobei Wohnungslosigkeit eine hinreichende, aber keine notwendige Voraussetzung ist. Laut eines Forschungsprojektes des ZI Mannheim stellen in den meisten Fällen von Obdachlosigkeit unbehandelte psychische Erkrankungen die Hauptursache dar, da diese oft mit zunehmender Verarmung einher gingen.

Ein Vertreter des Fachbereichs Soziale Sicherung in Mannheim wies in einem Gespräch im Februar 2002 bezüglich alternativer Hilfen zur Soziotherapie

darauf hin, dass „das Sozialamt kein Ausfallbürge für den Wegfall von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen ist“.

Durch eine Flexibilisierung von ambulanten Angeboten für chronisch psychisch Kranke sollte eine Personenzentrierung erfolgen. Durch den IBRP, der laut Liga der Wohlfahrtspflege landesweit eingeführt werden soll, besteht die Möglichkeit, personenzentrierte Hilfen zu realisieren.

Im Rahmen des Betreuten Wohnens entspricht die Arbeit der Aktion Psychisch Kranke, mit dem IBRP ein personenzentriertes Hilfebedarfs- und Hilfeplanungsverfahren zu entwerfen. den gesetzlichen Vorgaben des neugefassten § 93 BSHG (Übernahme von Aufwendungen in einer Einrichtung). Durch die Neufassung dieses Paragraphen ist zumindest formell die Personenzentrierung im Unterschied zur Institutionenzentrierung vorgegeben. Hierdurch besteht auch finanzierungsrechtlich die Möglichkeit, das ambulant und stationär betreute Wohnen „von der Einrichtung abzukoppeln und zu flexibilisieren“. Für die Intensität der Betreuung wäre dann nur noch der individuelle Hilfebedarf ausschlaggebend, wobei sich die überörtlichen Sozialhilfeträger aus Kostengründen davor scheuen, der am Bedarf orientierten Regelung zuzustimmen, obwohl sie dazu gesetzlich verpflichtet wären.⁸⁶

⁸⁶ Internet (03/03): www.psychiatrie.de

8 Soziale Arbeit und Soziotherapie

8.1 Soziale Arbeit und ihre Stellung in der psychiatrischen Rehabilitation

Die Geschichte der Sozialarbeit in der Psychiatrie ist noch relativ jung. 1960 kamen laut Statistik etwa 1 Sozialarbeiter auf 10.000 Patienten in der stationären Psychiatrie. In den 1990er Jahren lag die Relation bereits bei 1:23. Die Zunahme von psychiatrischer Sozialarbeit beruht vor allem auf den Auswirkungen der Psychiatrie-Enquete von 1975. Durch die Kritik an der rein medizinischen Behandlung und den hohen Rückfallquoten entstanden immer mehr sozialpsychiatrische Einrichtungen, die ihren Schwerpunkt auf Vor- und Nachsorge legten.

Soziale Arbeit muss noch trotz der bereits guten Etablierung der Profession und ihrer Absolventen in vielen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen ihren Platz in der theoretischen und praktischen Psychiatrie finden.

8.2 Entwicklung von Theorien für psychiatrische Sozialarbeit

Von der Sozialen Arbeit entwickelte Konzepte für die Rehabilitation psychisch Kranker sowie Theorien zur lebensweltorientierten Hilfe wurden bis jetzt jedoch noch viel zu wenig empirisch belegt.

Es gibt Theorien aus den 1980er Jahren (Germain, Gittermann, Staub-Bernasconi, Mühlum, Wendt et al.), die versuchen, Sozialarbeit als eigenständige Wissenschaft zu definieren. Andere Ansätze (Mollenhauer, Natorp, Nohl, Thiersch et al.) gehen davon aus, dass die Theorieentwicklung für die Sozialarbeit und die Sozialpädagogik weitestgehend ihren Ursprung in den Erziehungswissenschaften haben. Ein dritter Ansatz versteht „Sozialarbeit als eine sich entfaltende Profession mit einem spezifischen Fallverständnis innerhalb der Sozialwissenschaften“.

1991 veröffentlichte Anselm Strauss im deutschsprachigen Raum seine Werk „Grundlagen qualitativer Sozialforschung“ sowie „sozialwissenschaftliche Handreichungen“. Diese Arbeiten stellen nach Andreas Knoll „einen großen

Durchbruch zur wissenschaftlichen Analysierbarkeit sozialarbeiterischen Handelns mit dem Ziel, daraus Theorien zu entwickeln“ dar.

Die Bedeutung alltags- und lebensweltorientierter Ansätze für die ambulante Versorgung chronisch psychisch Kranker wurde von Obert 2001 belegt. Er weist nach, dass alltagsbezogene Unterstützungsangebote Klienten, die durch Psychosen aus dem schizophränen Formenkreis beeinträchtigt sind, ermöglichen ohne weitere stationäre Aufenthalte ihr Leben zu gestalten.

8.3 Soziotherapie als Handlungskonzept der psychiatrischen Sozialarbeit

Die Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) weist Sozialarbeitern und Sozialpädagogen als einziger Berufsgruppe innerhalb der stationären Psychiatrie Soziotherapie ausdrücklich zu.

Das „doppelte Mandat“ der Sozialen Arbeit, das sowohl die Probleme des Individuums als auch die gesellschaftlichen Bedingungen berücksichtigen muss, entspricht größtenteils den Zielen soziotherapeutischer Interventionen. Soziotherapie soll den Klienten befähigen, ein möglichst selbstständiges Leben in seinem sozialen Umfeld zu führen. Dieses Ziel verfolgt auch die Soziale Arbeit, die Individuen eine volle Teilnahme am gesellschaftlichen Leben durch Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen will.

Bereits 1972 verstand Haag soziotherapeutische Handlungsweisen als „Handlungssystem von Sozialarbeit“. Die Affinität von Sozialarbeit und Soziotherapie besteht darin, dass beide alltagsnahe Interventionsmethoden anwenden, die sowohl die soziale Situation als auch die psychischen Konflikte integrieren.

Nellessen (1982) sieht Soziotherapie als „Fortentwicklung und Spezialisierung der Sozialarbeit. Laut Nellessen berücksichtigen sowohl Soziotherapie als auch Sozialarbeit in ihrer Funktion Faktoren, die nur durch interdisziplinäre Kenntnisse bearbeitet werden können. Für Nellessen stellen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen die „Berufsgruppe der Wahl“ für die Umsetzung der Soziotherapie dar, da diese über Handlungskompetenzen verfüge, die an institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen orientiert seien.

Laut PsychPV gehören zu den soziotherapeutischen Aufgaben im stationären Bereich in der Regel:

- sozialtherapeutisches Kompetenztraining,
- sozialtherapeutische Einzelfallhilfe und
- sozialtherapeutische Gruppenarbeit.

Die Charakteristik soziotherapeutischen Handelns ergibt sich durch die synonyme Verwendung der Begriffe Soziotherapie“ und „Sozialtherapie“. Der Bestandteil „Sozial“ bedeutet „die Gesellschaft betreffend“, Therapie kann man als Behandlung sehen. Danach dient Sozialtherapie der Behandlung von Störungen in und mit der sozialen Umwelt.

Die gesetzliche Etablierung von Soziotherapie im ambulanten Bereich geht weit über die bisherigen Aufgabenbereiche für Sozialpädagogen und Sozialarbeitern innerhalb der psychiatrischen Sozialarbeit hinaus. Sozialarbeit erhält über das „Konzept Soziotherapie eine interdisziplinäre theoretische Fundierung, eine multidimensionale methodische Orientierung und ein neues Selbstverständnis und Selbstbewusstsein“ (Lazarus 2001).

Da Soziotherapie von Sozialpädagogen bzw. Sozialarbeitern mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann, sind sozialarbeiterische Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung chronisch psychisch Kranker erstmals vergütungsfähig.

Sozialarbeit im Dienst der Sozialversicherungen unterliegt jedoch hohen Qualifikations- und Leistungsnormen. Damit müssen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die Soziotherapie als Leistung erbringen, ihre fachliche Qualifikation nachweisen. Um ihre Stellung als Leistungserbringer für Soziotherapie in Konkurrenz zu psychiatrischen Fachkräften zu begründen, müsste „ein eigenständiges fachliches Profil mit praxisbewährten Handlungskonzepten und verlässlichen Weiterbildungsstandards“ entwickelt werden.⁸⁷

⁸⁷ Crefeld, Wolf (2002): „Draußen zurechtkommen“ in Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2002 S. 62-64

8.4 Klinische Sozialarbeit als Disziplin der Sozialen Arbeit

Prof. Wendt von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. benutzt für den Bereich der Klinischen Sozialarbeit den Terminus „Fachsozialarbeit“. Diese stelle „ein plurales Konzept von Professionalität und Wissenschaft Sozialer Arbeit“ dar. Fachsozialarbeit als Disziplin komme laut Wendt nicht nur durch die Ausdifferenzierung Sozialer Arbeit und ihrer Wissenschaft zustande. Dies werde am Beispiel Klinischer Sozialarbeit als Fachsozialarbeit deutlich, die nicht als Subdisziplin, sondern vielmehr als spezifische Orientierung mit entsprechenden Standards zu betrachten sei.⁸⁸

Klinische Sozialarbeit bedeutet nicht nur Soziale Arbeit in psychiatrischen Krankenhäusern, sondern auch fachlich spezialisierte Sozialarbeit im ambulanten Bereich mit psychisch kranken Menschen. Klinische Sozialarbeit muss eine „eigenständige psychosoziale Behandlungsperspektive“ bieten, zu der unter anderem die Soziogenese von Krankheiten und Störungen gehört.

Theoretische Konzepte sollen von Klinischen Sozialarbeitern „kontextspezifisch“ und klientenorientiert aufgearbeitet und im Umgang mit Klienten „methodisch adäquat“ umgesetzt werden. Dazu gehören Methoden- und Interventionskompetenzen, eine theoretische Fundierung und Forschungsbefähigung sowie eine „vertiefte Selbstreflexion“.⁸⁹

Das berufliche Profil der Klinischen Sozialarbeit führt unter folgenden Gesichtspunkten zu einer Professionalisierung der Sozialen Arbeit:

- In wissenschaftlich Hinsicht in Bezug auf methodische Strategien
- Unter dem Aspekt der Institutionalisierung im Hinblick auf eine stärkere Position der Klinischen Sozialarbeit
- Im Hinblick des Expertenrums eine verbesserte Fachlichkeit.⁹⁰

Dass ein Bedarf an Klinischer Sozialarbeit besteht belegen unter anderem die Ergebnisse eines Forschungsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit. Danach liegt der Anteil sozialarbeiterischer Tätigkeit innerhalb der Klinischen Sozialarbeit bei ca. ein Drittel aller Arbeitsplätze von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen. Damit ist der Anteil deutlich höher liegt als bei anderen Berufsgruppen.

⁸⁸ Internet (01/03): www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de

⁸⁹ Internet (02/03): www.capella.hooffacker.de

⁹⁰ Internet (12/02): www.ispg.de

8.4.1 Psychosoziale Beratung als zentrale Kompetenz Klinischer Sozialarbeit

Beratung gilt als zentrales Verfahren der Sozialarbeit, sodass psychosoziale Beratung das Kernelement klinischer Sozialarbeit bilden sollte. Psychosoziale Beratung ist als Prozess zu verstehen, der „kontextspezifisch und personenzentriert gestaltet ist. Das Handlungskonzept sollte lösungs- und ressourcenorientiert sein.“⁹¹

8.4.2 Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit

Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis liegt der Fokus der Klinischen Sozialarbeit auf sozialen Problemlagen chronisch psychisch kranker Menschen. Die Methoden der Klinischen Sozialarbeit beinhalten verschiedene Ansätze, die die soziale Lebenswelt des Individuums berücksichtigen. Ziel der Klinischen Sozialarbeit ist die Aktivierung der Selbsthilfekräfte des Klienten, um ihn in seinem Autonomiebestreben zu unterstützen.

Das Leistungsangebot der Klinischen Sozialarbeit umfasst unter anderem:

- Die psycho-soziale Diagnostik,
- Beratung,
- Soziotherapie,
- Casemanagement,
- Krisenintervention,
- Prävention und
- Gesundheitsförderung.

Psycho-sozial beratende Tätigkeiten und Soziotherapie im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit finden in psychiatrischen Kliniken, Wohnheimen, Sozialpsychiatrischen Diensten und verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen statt.

⁹¹ Internet (02/03): www.capella.hooffacker.de

8.4.3 Klinische Sozialarbeit im internationalen Bereich

Die Klinische Sozialarbeit hat ihre Wurzeln in den USA, wobei die Methodik sich auf den Ansatz der Casework der 20er Jahre des 20. Jahrhunderts stützt. In den USA erfolgte die Anerkennung der Klinischen Sozialarbeit bereits 1978 durch die National Association of Social Work als eigene spezialisierte Profession, wo auch Richtlinien für die Ausbildung und die Praxis festgelegt wurden. An amerikanischen Universitäten können Master-Abschlüsse erworben und es kann zudem promoviert werden. Diplomierte Klinische Sozialarbeiter können sich in freier Praxis niederlassen und ihre Leistungen mit Krankenkassen abrechnen.

8.4.4 Klinische Sozialarbeit als fachliche Spezialisierung in Deutschland

Eine Übertragung der amerikanischen Konzeption ist im Hinblick auf unsere unterschiedlichen Gesundheitssysteme nicht möglich. Zur Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit als fachliche Spezialisierung in Deutschland muss fachwissenschaftlich und berufspolitisch ein neues Profil entwickelt werden.⁹²

Die Katholische Fachhochschule Berlin (KFB) plant zum Wintersemester 2003/2004 einen postgradualen und berufsbegleitenden Studiengang der Klinischen Sozialarbeit einzurichten. Dieser Studiengang kann mit einem international anerkannten Mastergrad abgeschlossen werden, der die Voraussetzungen für die Laufbahn im höheren Dienst erfüllt.

Gleichzeitig erwerben die Absolventen der KFB bei entsprechender Praxiserfahrung die notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung von Soziotherapie gemäß § 132 SGB V.⁹³

Die Fachhochschule Coburg (Fachbereich Sozialwesen) bietet einen berufsbegleitenden Weiterbildungslehrgang in Klinischer Sozialarbeit und Soziotherapie an. Für die Vergabe eines Zertifikats für Klinische Sozialarbeit ist ein Hochschul-Diplom in Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagogik und

⁹² Internet (12/02): www.klinische-sozialarbeit.de

⁹³ Internet (12/02): www.kfb-berlin.de

mindestens fünf Jahre Berufserfahrung im klinisch-sozialen Bereich erforderlich.

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit unternimmt mit der Zertifizierung qualifizierter Sozialarbeiter und Sozialpädagogen einen bedeutsamen Schritt in Richtung der beruflichen Profilierung der Klinischen Sozialarbeit.⁹⁴

⁹⁴ Internet (12/02): www.klinische-sozialarbeit.de

9. Resümee

Die psychiatrische Versorgungsstruktur in Deutschland befindet sich seit der Psychiatrie-Enquete in einem enormen Veränderungsprozess.

Im Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“, das im März 2002 einen Zwischenbericht vorlegte, wird sogar von einem Paradigmenwechsel von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung gesprochen. Die ambulante Rehabilitation psychisch Kranker erfordert ein multiprofessionelles Angebot, bei dem die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen, die in ärztlicher Behandlung und weiteren Leistungen nichtärztlicher Berufsgruppen bestehen, entsprechend dem Bedarf erbracht werden. Ansatzpunkte finden sich hierzu noch am ehesten in Institutsambulanzen, in denen diese unterschiedlichen Leistungen gebündelt angeboten werden können. Außerhalb dieser Institutionen können ergänzende Maßnahmen, wie z.B. Ergotherapie, ärztlich verordnet werden. Es gibt bereits multidisziplinär besetzte Praxisgemeinschaften, die solche umfassenden Rehabilitationsmaßnahmen anbieten. Die bestehenden Möglichkeiten zur ambulanten Rehabilitation werden allenfalls psychisch Kranken mit einem relativ geringen Bedarf an Hilfen gerecht, die von ihnen weitgehend eigenständig in Anspruch genommen und koordiniert werden müssen. Eine Brückenfunktion zur Inanspruchnahme aller erforderlichen Leistungen kann hierbei die Soziotherapie übernehmen.

Soziotherapeutische Interventionen sind jedoch nicht neu, zumal Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bereits vor der gesetzlichen Einführung von Soziotherapie im SGB V in Krankenhäusern, Rehakliniken, Tagesstätten und sozialpsychiatrischen Diensten im Prinzip soziotherapeutische Leistungen erbracht haben. Im stationären Bereich erhielt die Sozialarbeit in der Psychiatrie durch die Psychiatrie-Personalverordnung bereits 1991 einen gesetzlichen Auftrag zur Durchführung von Soziotherapie.

Soziotherapie im ambulanten Bereich nach § 37a SGB V knüpft an die Ziele der Reformpsychiatrie an, nach der psychische Erkrankungen möglichst ambulant und erst subsidiär stationär behandelt werden sollen. Es fällt jedoch aufgrund der Richtlinien nur ein eingeschränkter Personenkreis unter die Voraussetzungen für soziotherapeutische Leistungen. Andererseits muss die

Zielgruppe in der GAF-Skala unter 40 liegen, aber gleichzeitig „motivations- und absprachefähig“ sein, was ein Paradoxon darstellt. Des Weiteren sind die Indikationen für eine Verordnung von Soziotherapie zu eng gefasst. Personen, die beispielsweise unter Zwangs- oder Persönlichkeitsstörungen mit einem chronifizierten Verlauf leiden, werden seitens der Krankenkassen auf andere Leistungsträger verwiesen, wobei sich viele der anderen Leistungsträger bereits vom „Rehabilitationsgedanken“ verabschiedet haben.

Durch Leistungskürzungen im Gesundheitswesen zeichnet sich die Tendenz ab, dass bei sämtlichen rehabilitativen Maßnahmen Einsparungen drohen. Nach Pressemitteilungen zeichnete sich bereits vor der Umsetzung von ambulanter Soziotherapie in der Praxis eine Tendenz ab, dass Anträge auf fachpsychiatrische Krankenpflege mit Verweis auf soziotherapeutische Leistungen abgelehnt wurden. Viele Krankenkassen haben inzwischen die Weiterführung von fachpsychiatrischer Krankenpflege bzw. Neuanträge abgelehnt. Damit könnte man vermuten, dass die Krankenkassen fachpsychiatrische Krankenpflege als Krankenkassenleistung „aushebeln wollen“.

Um Soziotherapie als wichtigen Baustein in der psychiatrischen Rehabilitation zu etablieren, muss der Nachweis für eine professionelle psychiatrische Sozialarbeit erbracht werden. Sonst kann es zu Diskreditierungen kommen, was z.B. an einem Artikel der Zeitschrift Spiegel deutlich wurde, die einen Artikel über Soziotherapie im November 2001 mit der Überschrift „Fußpflege und Sterbehilfe auf Krankenschein?“ versehen hatte. Hiergegen war der DBSH mit einer Stellungnahme vorgegangen, in der er unter anderem darauf hinweist, dass psychiatrische Sozialarbeit dazu beigetragen hat, die stationären Aufenthalte chronisch psychisch Kranker zu verringern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Eine Voraussetzung um den Stellenwert von Soziotherapie zu erhöhen, besteht unter anderem in einer Qualitätssicherung und –prüfung von soziotherapeutischen Leistungen. Dies ist bereits nach § 135a SGB V größtenteils erfüllt, wonach der jeweilige Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt werden muss und die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst Qualitätsprüfungen einleiten

und durchführen lassen können (Vgl. Rahmenvertrag nach § 132b SGB V in der Anlage).

Weitere Voraussetzung ist meines Erachtens, dass ein entsprechendes Ausbildungsprofil für Soziotherapeuten geschaffen wird, das meines Erachtens in der staatlichen Anerkennung als Fachsozialarbeiter/in für Klinische Sozialarbeit bestehen sollte. Dies rechtfertigt meiner Meinung nach auch eine bessere Vergütung.

Das von Norbert Herriger beschriebene Empowerment-Konzept, das den Menschen in seiner Lebenswelt betrachtet, sollte meines Erachtens die theoretische Grundlage von klinischer Sozialarbeit darstellen. Empowerment ist dabei als Weg zu sehen, der die Selbstheilungskräfte des Menschen fördert. Wenn der Fokus soziotherapeutischer Interventionen auf einer alltags- und ressourcenbezogenen Unterstützung des Klienten liegt, könnte man Soziotherapie als praktische Umsetzung des Empowerment-Konzeptes betrachten.

Darüber hinaus sollten wissenschaftliche Nachweise über die Effektivität von Soziotherapie im Rahmen der klinischen Sozialarbeit erbracht werden.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass Soziotherapie ein Element darstellen sollte, mit dem alle erforderlichen therapeutischen Möglichkeiten für chronisch psychisch Kranke im ambulanten Bereich ausgeschöpft werden können.

Dazu müssen jedoch auch entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, da es hinsichtlich der Verfügbarkeit von Hilfeangeboten erhebliche regionale Unterschiede gibt. Diese sind teilweise in Form von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), die einen Vertrag mit den Krankenkassen haben, bereits an einigen Orten vorhanden. Dabei ist der von der Aktion psychisch Kranker entwickelte IBRP innerhalb des personenzentrierten Ansatzes in der Versorgung psychisch Kranker geeignet, den Hilfebedarf und den entsprechenden Kostenträger im ambulanten Bereich zu ermitteln.⁹⁵

95

Zum Schluss eine Anekdote zur Soziotherapie:

Wie viele Therapeuten braucht man, um eine Glühbirne auszuwechseln?

*Einen Analytiker, der rätselt,
warum das Auswechseln überhaupt notwendig ist,
einen Verhaltenstherapeuten, der das Vorgehen erläutert und
einen Soziotherapeuten, der der Birne gut zuredet.⁹⁶*

⁹⁶ Internet (01/03):www.cappar.de/nlp/humor

Literaturverzeichnis

- Bach, Otto/Reuster, Thomas** (2002): Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart
- Becker, Roland/Mulot, Ralf/Wolf, Manfred** (1997): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Kohlhammer-Verlag Stuttgart; Berlin; Köln
- Brenner, H. D./Heise, H./Hoffmann, H.** (1999): Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen in Psychiatrie der Gegenwart, Band 5, Schizophrene und affektive Störungen
- Brenner, Roder** (1997): Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten, Psychologie Verlags Union Weinheim
- Brill, Karl-Ernst** (2001): „Recht und Gesetz von A-Z – Chancen und Stolpersteine“ in Mit psychisch Kranken leben, Psychiatrie-Verlag Bonn (S. 212-214)
- Clausen, Jens/Dresler, Klaus-Dieter/Eichenbrenner, Ilse** (1997): Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie – Eine Einführung, Lambertus-Verlag Freiburg
- Crefeld, Wolf** (2002): „Draußen zurechtkommen“ in Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2002 (S. 62-64)
- Dörner, Klaus/Plog, Ursula** (2000): Lehrbuch Psychiatrie (S. 514), Psychiatrie-Verlag Bonn
- Eikelmann, Bernd** (2002) in Bach, Otto/Reuster, Thomas: Ergotherapie und Psychiatrie – Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag Stuttgart
- Elgeti, Hermann** (2003): „Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund“ in Sozialpsychiatrische Informationen 1/2003 (S. 24-29)
- Emmelkamp, Paul** (2000): Zwangsstörungen, Hogrefe-Verlag Göttingen
- Finzen, Asmus** (2001): „Die häufigsten psychischen Krankheiten“ in Mit psychisch Kranken leben, Psychiatrie-Verlag Bonn
- Gromann, Petra** (2001): Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung – Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP mit einer Studie von Eva-Herrmann-Woitas, Psychiatrie-Verlag Bonn
- Knoll, Andreas** (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie – Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen
- Kruckenberg et.al.** (1998): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden, Band 116

Melchinger, Heiner (1999): Ambulante Soziotherapie (S. 73), Nomos-Verlagsgesellschaft Baden-Baden

Morschitzky, Hans (2002): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe, Springer-Verlag

Wien http://www.panikattacken.at/buch_angststoerungen/bu_angst.htm

Petermann, Franz (2000): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie, Hogrefe Göttingen

Rahn, Ewald/Mahnkopf, Angela (2000): Lehrbuch Psychiatrie, Psychiatrie Verlag Bonn

Reumschüssel-Wienert, Christian (2002): „Soziotherapie“ in Recht und Psychiatrie 3/2002, Psychiatrie-Verlag Bonn

Schäfers, Bernhard (1998): Grundbegriffe der Soziologie, UTB für Wissenschaft Opladen

Schönherr, Sylvia (2002): „Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen am Beispiel des Messie-Phänomens“ in Z aktuell 3/2002, Die Zeitschrift der DGZ e.V.

Steinert, T./Asshauer, I. (2002): Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung, Psycho 28

Steins, Gisela (2002): „Messies - Überlegungen zur Diagnose“ in Z aktuell 3/2002, Die Zeitschrift der DGZ e.V.

Wienberg, Günther (1997): Schizophrenie zum Thema machen, Psychiatrie-Verlag Bonn

Internetadressen:

www.angewandtetiefenpsychologie.de

www.berufe.arbeitsamt.de/BERUFEnet:Ergotherapeut/in

www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de

www.heiric.de/socioth.html

www.ibrp-online.de

www.isa-mv.de

www.ispg.de

www.kfb-berlin.de

www.klinische-sozialarbeit.de

www.kvwl.de/arzt/verordnung/therapie/soziotherapie

www.mobile-pflegeambulanz.de/leistungen

www.socialnet.de/Domains/empowerment

www.soziotherapie.de

www.spdi.de

www.psychiatrie.de

www.psychiatrie-aktuelle.de/soziotherapie