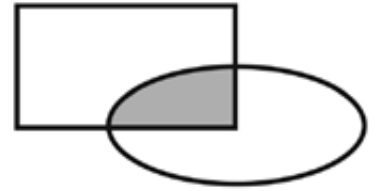


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



21. Jg. ■ Heft 4 ■ Oktober 2025

Inhalt

Sozialtherapie als methodisches Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit aus trinationaler Perspektive

3 Editorial

4 Gelebte Sozialtherapie in Wien

Einblicke in die Anwendung sozialtherapeutischer Interventionen

Anna Gamperl und Julia Stiller

7 Sozialtherapeutisches Case Management als Handlungsansatz der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Simon Süssstrunk, Maria Solèr und Andrea Zumbrunn

10 Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V

Zentrale Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie

Johannes Jungbauer, Mathias Berg und Yvonne Kahl

13 Die sozialtherapeutische Weiterbildung kommt!

Erwerb von Behandlungskompetenzen auf der Grundlage der Klinischen Sozialarbeit

Dario Deloie und Elke Gemeinhardt

2 Zu dieser Ausgabe: Autor*innen, Termine, Informationen, Wissenschaftlicher Beirat, Impressum

Herausgeber

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

DVSG
Gemeinsam für die
gesundheitsbezogene
Soziale Arbeit

DGSA

ECCSW

sa'ges

für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
pour le travail social en lien avec la santé

Autor*innen

Mathias Berg, Prof. Dr., Professor für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Psychosoziale Beratung an der Katho Köln, Dr. phil., M. A. Soziale Arbeit, Dipl.-Soz.Päd., Familientherapeut (DGSF), Lehrender für Systemische Therapie und Beratung (DGSF). 12 Jahre lang in einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche tätig. Mitglied der Sachverständigenkommission für den 10. Familienbericht der Bundesregierung.
Kontakt: m.berg@katho-nrw.de

Dario Deloie, Dr., M. A., Klinischer Sozialarbeiter, Lehrkraft für besondere Aufgaben, Technische Hochschule Köln, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Institut für Geschlechterforschung.
Kontakt: dario.deloie@th-koeln.de

Gamperl Anna, M. A., M. Sc., Klinische Sozialarbeiterin, Hauptberuflich Lehrende am Department Soziales der FH Campus Wien sowie Klinische Sozialarbeiterin in einem sozialpsychiatrischen Ambulatorium. Verhaltenstherapeutin in freier Praxis: Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Sozialpsychiatrie, Wohnungslosenhilfe, Krisenintervention und Suizidprävention, Beratung und Sozialtherapie.
Kontakt: anna.gamperl@fh-campuswien.ac.at

Elke Gemeinhardt, Prof.in Dr.in, Dipl.-Psychologin Professur für Sozialtherapie an der Hochschule Nordhausen, Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.
Kontakt: Elke.Gemeinhardt@hs-nordhausen.de

Johannes Jungbauer, Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psychologe, Gesprächspsychotherapeut (GwG), Supervisor (BDP); Professor für Psychologie an der Katho NRW, Abteilung Aachen, Leiter des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp).
Kontakt: j.jungbauer@katho-nrw.de

Yvonne Kahl, Prof.in Dr.in phil., M. A. Soziale Arbeit, Professorin für Sozialraumorientierung und gesundheitsbezogene Soziale Arbeit an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf, Systemische

Beraterin (DGSF/DGfB), Fachsozialarbeiterin für Klinische Sozialarbeit und klinische Mentorin (CSW/ECCSW). 15 Jahre tätig in sozialpsychiatrischen Settings.
Kontakt: yvonne.kahl@posteo.de

Ute Antonia Lammel, Prof.in Dr.in phil., Dipl. Sozialarbeiterin, Supervisorin (DGSv), Sozialtherapeutin (EAG/FPI), Professorin für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit und Klinische Sozialarbeit, Entwicklung und langjährige Leitung des Masterstudiengangs Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit, Katholische Hochschule NRW.
Kontakt: ua.lammel@katho-nrw.de

Maria Solèr, M. A. Soziale Arbeit, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten (CH).
Kontakt: maria.soler@fhnw.ch

Julia Stiller, M. A., B. Sc., Klinische Sozialarbeiterin bei Wohnpartner Wien, einem Nachbarschaftsservice der Stadt Wien. Abschluss eines Politikwissenschaftsstudiums, Psychologiestudiums und Master in Klinischer Sozialer Arbeit.
Kontakt: julia.izabell@gmail.com

Simon Süsstrunk, M. A. Soziale Arbeit, Dozent und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten (CH).
Kontakt: simon.suesstrunk@fhnw.ch

Andrea Zumbrunn, Dr.in phil., Professorin für Gesundheitsförderung und Prävention am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Olten (CH).
Kontakt: andrea.zumbrunn@fhnw.ch

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner, Hochschule München

Prof. Dr. Silke B. Gahleitner, Alice Salomon Hochschule Berlin

Prof. Dr. Sina Motzek-Öz, Ostfalia Hochschule Wolfenbüttel

Dipl., M.A. Holger Steckmaier, Hochschule München

Impressum

Herausgeber:

DVSG – Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (v.i.S.d.P.)

DGSA – Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V.

ECCSW – European Centre for Clinical Social Work e. V.

SAGES – Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Redaktionsteam:

Redaktionsleitung: Katarina Prchal

Heftverantwortung: Dario Deloie, Ute Antonia Lammel

Mitarbeit: Tom Friedli, Karsten Giertz, Gerhard Klug, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker

Anzeigenakquise:

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

Anschrift der Redaktion:

Redaktion „Klinische Sozialarbeit“
c/o Katarina Prchal
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
Alt Moabit 91, 10559 Berlin
E-Mail: katarina.prchal@dvsg.org

Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Jill Köppe, Perfect Page, Karlsruhe
Clarissa Rosemann, Perfect Page, Karlsruhe

Druck:

Bachmann & Wenzel Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise:

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

ISSN: 1861-2466

Auflagenhöhe: 2.390 Exemplare

Copyright:

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

Kommende Ausgaben

1/2026 **Selbsthilfe**
(Redaktionsschluss: 15.09.2025)

2/2026 **Soziale Arbeit und Gesundheit**
(Redaktionsschluss: 15.12.2025)

Informationen und Tagungshinweise



DVSG-Bundeskongress 2026

Der DVSG-Bundeskongress 2026 findet am 15. und 16. Oktober 2026 im Congress Center Düsseldorf statt.

Das Programm und weitere Informationen zum Jubiläumskongress sind voraussichtlich im März 2026 online verfügbar unter:

www.dvsg-bundeskongress.de

Online Veranstaltungsreihe zu empirischen Studien

Ab Herbst startet die Arbeitsgemeinschaft Klinische Soziale Arbeit der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa) eine Online-Veranstaltungsreihe, in der laufende oder kürzlich abgeschlossene empirische Studien vorgestellt werden.

Nähere Informationen dazu werden demnächst auf der Website der AG veröffentlicht.

<https://www.ogsa.at/arbeitsgemeinschaften/ag-klinische-soziale-arbeit>

14. Fachtagung Klinische Sozialarbeit 11. und 12. Juni 2026 in Olten/ Schweiz Begegnungen von analog bis digital

Die Gestaltung vertrauensvoller Arbeitsbeziehungen ist eine Grundlage bindungs- und ressourcenorientierter Interventionen in der Klinischen Sozialen Arbeit. Bisher beruhte diese Beziehungsarbeit fast ausschließlich auf der persönlichen Begegnung zwischen den beteiligten Akteur*innen. Seit einiger Zeit prägen jedoch zunehmend digitale Formen der Interaktion unseren beruflichen Alltag – beispielsweise durch Online-Beratungen, digitale Dokumentationssysteme, Plattformen für interprofessionellen Austausch oder den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI). Diese Entwicklungen werfen grundlegende Fragen auf: Inwieweit helfen uns digitale Tools, den beruflichen Alltag zu entlasten? Wie sehr können digitale Tools Aufgaben in der professionellen Beratungs- und Beziehungsarbeit übernehmen? Wo liegen die Chancen? Welche Risiken bestehen? Und wo stoßen wir an Grenzen?

Die 14. Fachtagung Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz lädt zum Erfahrungsaustausch und zur gemeinsamen Auseinandersetzung mit bewährten analogen, neuen digitalen oder hybriden Arbeitsweisen ein.

Nähere Informationen und Anmeldung unter:

<https://klinischesozialearbeit.ch>

Am 23. April 2026 findet im Vorfeld der Tagung das **Sektions-treffen Klinische Sozialarbeit** in Olten statt.

Nähere Informationen über:

eva.wunderer@haw-landshut.de und

dieter.roeh@haw-hamburg.de

Sozialtherapie als methodisches Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit

Diese Ausgabe der „Klinischen Sozialarbeit“ beleuchtet erneut die Sozialtherapie als methodisches Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit, diesmal aus einer trinationalen Perspektive.

Ende der 1990er-Jahre etablierte sich die Fachdisziplin Klinische Sozialarbeit bzw. Klinische Soziale Arbeit schrittweise durch zahlreiche Publikationen, die Einrichtung von Masterstudiengängen mit klinisch-sozialarbeiterischen Schwerpunkten und die Gründung der European Centre for Clinical Social Work. Trotz Kritik aus den eigenen Reihen der Sozialen Arbeit konnte sich diese beratungs- und behandlungsorientierte Form der Sozialen Arbeit mit starken gesundheitsbezogenen Aspekten durchsetzen.

Seit den 2010er-Jahren hat sich die Diskussion erweitert, wobei die Sozialtherapie zunehmend ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt ist. Hierbei handelt es sich um ein traditionsreiches Konzept mit einer über hundertjährigen Geschichte. Begriffe wie Sozialtherapie, Soziale Therapie und Soziotherapie verdeutlichen einen Behandlungsbedarf, bei dem das Soziale im Mittelpunkt steht. Obwohl die Sozialtherapie aus verschiedenen Disziplinen, insbesondere der Medizin und der Psychologie/Psychotherapie, betrachtet und erklärt wurde, dominiert derzeit die Klinische Sozialarbeit die Diskussion um die Sozialtherapie.

Aus unserer Sicht haben zwei wesentliche Aspekte zur erneuten Diskussion um die Sozialtherapie beigetragen. Zum einen die Abgrenzung zum Clinical Social Work in den Vereinigten Staaten, das sich stark an der Psychotherapie orientiert. Zum anderen die therapeutische Unterversorgung vulnerabler Gruppen, deren Leiden eng mit ihrer sozialen Situation im Zusammenhang steht. Die folgenden Beiträge aus Deutschland, Österreich und der Schweiz beleuchten unterschiedli-

che Aspekte des methodischen Handlungskonzepts der Sozialtherapie auf der Grundlage der Klinischen Sozialarbeit. Dabei werden sowohl Gemeinsamkeiten als auch landestypische Unterschiede deutlich. Es handelt sich jeweils um Ausschnitte aus der aktuellen Diskussion.

Der Beitrag aus Österreich von **Gamperl und Stiller** stellt Ergebnisse eines qualitativen Forschungsprojekts vor, das 2024 an der FH Campus Wien initiiert wurde. Ziel war es, unterschiedliche Verständnisse von Sozialtherapie systematisch zu erfassen – sowohl in der deutschsprachigen Fachliteratur als auch in Wiener Sozialeinrichtungen. Ausgangspunkt war dabei die Beobachtung, dass der Begriff Sozialtherapie im deutschsprachigen Raum uneinheitlich verwendet wird und eine Vielzahl an Anwendungsweisen vermutet wurde. Die Ergebnisse zeigen eine breite, jedoch auch heterogene Anwendung in der Praxis. Der Beitrag skizziert diese Vielfalt und plädiert für eine begriffliche Klärung, um Sozialtherapie fachlich zu profilieren und langfristig zu verankern.

Sozialtherapie ist in der Schweiz bislang nicht einheitlich definiert und wird im Kontext Sozialer Arbeit kontrovers diskutiert. Der Schweizer Beitrag von **Süsstrunk, Solèr und Zumbrunn** zum Forschungs- und Entwicklungsprojekt REAS (Regionale Anlaufstellen) zeigt, wie Sozialtherapie als professionelle, systemisch orientierte Unterstützung sozialer Teilhabe praktisch umgesetzt werden kann. Im Zentrum stand das Sozialtherapeutische Case Management (SCM), das die methodische Grundlage der Fachpersonen darstellte. Die Evaluation zeigt positive Effekte auf die Lebensführung und eine psychosoziale Stabilisierung von Menschen mit komplexen Problemlagen. So liefert das Projekt Impulse für die Weiterentwicklung von Sozialtherapie als praxisrelevanten Ansatz im Schweizer Sozial- und Gesundheitswesen.



Jungbauer, Berg und Kahl stellen in ihrem Beitrag aus Deutschland die zentralen Ergebnisse der AmSoPsy-Studie vor, einer multiperspektivischen Untersuchung zur Praxis der Soziotherapie nach § 37a SGB V. Im Rahmen der Studie wurden Soziotherapeut*innen, Klient*innen; Leistungsverordnende, Expert*innen sowie Leitungskräfte befragt. Aus Sicht der Befragten erweist sich Soziotherapie in vieler Hinsicht als hilfreich und effektiv. Allerdings wird ihr Potenzial bei weiteren nicht ausgeschöpft. Als Hauptursachen hierfür wurden ungenügendes Wissen verordnungsberechtigter Personen, unzureichende Verordnungsraten sowie hoher bürokratischer Aufwand benannt. Damit mehr Patient*innen von Soziotherapie profitieren können, ist ein Abbau der genannten Hemmnisse geboten.

In ihrem Beitrag stellen **Deloie und Gemeinhardt** das von der „Arbeitsgruppe Sozialtherapie“ der Sektion Klinische Sozialarbeit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit erstellte Weiterbildungskonzept zur Sozialtherapie vor. Die zweijährige Weiterbildung richtet sich an Absolvent*innen von Masterstudiengängen der Sozialen Arbeit mit klinisch-therapeutischen bzw. beraterischen Schwerpunkten. Sie soll die Teilnehmenden zu Spezialist*innen in der Behandlung von multiplen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen machen. Die Ausbildung wird voraussichtlich im Jahr 2026 starten. Sollten Sie an der Weiterbildung Interesse haben, können ab Oktober nähere Informationen über uns beide angefragt werden. Wir beraten Sie gerne!

Für die Redaktion,
Dario Deloie und Ute Antonia Lammel

Gelebte Sozialtherapie in Wien

Einblicke in die Anwendung sozialtherapeutischer Interventionen

Anna Gamperl und Julia Stiller

Hinter der Sozialtherapie versteckt sich im Gegensatz zu anderen Konzepten der Klinischen Sozialen Arbeit ein buntes Potpourri an Methoden, Zugängen und Praxisanwendungen, die regional und einrichtungsspezifisch unterschiedlich ausgelegt werden. Diese Heterogenität führt zu einer begrifflichen Unschärfe, die trotz einschlägiger Publikationen bislang nicht eindeutig geklärt werden konnte. Vor diesem Hintergrund wurde im Frühjahr 2024 an der FH Campus Wien ein qualitatives Forschungsprojekt initiiert. Ziel war es, erstmals systematisch zu erfassen, welche Methoden und Techniken in der deutschsprachigen Fachliteratur sowie in Wiener Sozialeinrichtungen als „sozialtherapeutisch“ bezeichnet werden.

Methodische Herangehensweise

Das Forschungsprojekt folgte einem zweistufigen qualitativen Design. Im ersten Erhebungsschritt wurde ein narratives Review durchgeführt, das eine systematische Analyse einschlägiger Fachliteratur beinhaltete, um theoretisch beschriebene sozialtherapeutische Interventionen zu identifizieren. Berücksichtigt wurden deutschsprachige Publikationen ab 2010 aus dem Fachbereich der Sozialen Arbeit. Die Suchbegriffe lauteten „Sozialtherapie“, „sozialtherapeutische Methoden“ und „sozialtherapeutische Interventionen“. Gesucht wurde über die Bibliotheken mehrerer österreichischer Fachhochschulen, der Universität Wien sowie über die Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB), die Zeitschriftendatenbank (ZDB), PubMed bzw. Google Scholar.

Im zweiten Projektabschnitt stand die sozialtherapeutische Praxis im Fokus. 20 Wiener Sozialeinrichtungen wurden mittels Sekundäranalyse von Einrichtungskonzepten sowie jeweils einem

leitfadengestützten Expert*inneninterview mit Sozialarbeiter*innen untersucht. Im Fokus stand die Frage, welche sozialtherapeutischen Interventionen tatsächlich zur Anwendung kommen bzw. wie diese konkret realisiert werden. Die Auswertung erfolgte entlang der konstruktivistischen Grounded-Theory-Methodologie nach Kathy Charmaz (2014). Das Forschungsprojekt war auf Wien begrenzt, dies gilt es bei der Interpretation der Ergebnisse in Erinnerung zu behalten.

Um eine möglichst große Vielfalt an Praxiseinrichtungen abzubilden, erfolgte die Auswahl der Einrichtungen stufenweise, orientiert an einer Vorerhebung aus dem Jahr 2022 (vgl. Gamperl 2023). Insgesamt wurden Einrichtungen aus elf verschiedenen Praxisfeldern einbezogen. Von den 20 befragten Fachkräften waren 15 ausgebildete Klinische Sozialarbeiter*innen und fünf Personen verfügten über eine zusätzliche psychotherapeutische Qualifikation. Keine der Einrichtungen arbeitet offiziell sozialtherapeutisch, die Anwendung sozialtherapeutischer Methoden erfolgt im eigenen Ermessen, individuell und situationsbezogen.

In der Fachliteratur konnten 268 Interventionen identifiziert werden, die der Sozialtherapie zugeschrieben werden. Die Detailergebnisse des Reviews sind in einem weiteren Fachartikel nachzulesen (vgl. Gamperl et al. 2025). Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die in der Praxis angewandten sozialtherapeutischen Interventionen.

Sozialtherapie – der Wiener Weg

Vor dem Hintergrund der eingangs skizzierten definitorischen Vielfalt stellt sich die Frage, welches Verständnis von Sozialtherapie dem Forschungsprojekt zugrunde lag. Barbara Wimmer (2022)

analysierte Ausbildungscurricula im deutschsprachigen Raum und schlug – empirisch belegt – Sozialtherapie als „Interventionskonzept innerhalb der Fachdisziplin der Klinischen Sozialen Arbeit“ (vgl. Wimmer 2022, S. 94) zu definieren, ein Verständnis dem in Wien als sogenannter „Wiener Weg“ weitgehend gefolgt wird (vgl. Ehrhardt et al. 2025, S. 9). Sozialtherapie ist demnach auch integraler Bestandteil Sozialer Arbeit – diese Einordnung wird auch vielfach in der Fachliteratur geteilt (u. a. von Beushausen 2020, S.26; Lammel & Pauls 2020; Ohling 2020; Pauls 2013, S. 290; Pauls & Hahn 2015; Röh et al. 2020, S.27). Wimmer (2022) identifizierte drei zentrale Säulen der Sozialtherapie: (1) ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wobei der Zuständigkeitsbereich der Klinischen Sozialen Arbeit klar auf der sozialen Dimension der Gesundheit (vgl. Ehrhardt 2023, S. 6f.) liegt, (2) eine umfassende soziale Diagnose sowie (3) ein spezifisches Methodenwissen (vgl. Wimmer 2022, S. 93). Das Ziel sozialtherapeutischen Handelns ist die Förderung, Sicherung und (Wieder-)Herstellung sozialer Teilhabe (vgl. Deloie & Lammel 2022; Ehrhardt et al. 2025, S. 9; Röh et al. 2020, S. 32).

Während für die ersten beiden Säulen ein weitgehend einheitliches Verständnis und eine solide theoretische Fundierung bestehen, bleibt das Methodenwissen diffus – eine Unschärfe, die auch durch unser Forschungsprojekt bestätigt wurde.

Sozialtherapeutische Interventionen in Wiener Sozialeinrichtungen

Im Rahmen der Erhebung wurden 62 verschiedene Interventionen identifiziert, die von den befragten Sozialarbeiter*innen als „sozialtherapeutisch“ eingestuft wurden. Zur besseren Über-

Tabelle 1: Identifizierte sozialtherapeutische Interventionen, geclustert und dargestellt nach der Häufigkeit ihrer Anwendung.

Sozialtherapeutische Interventionen	Anzahl der Einrichtungen
Alltagsstrukturierung Tagesstrukturierung, Alltagsplanung, Aufbau von Aktivitäten	11
Soziale Diagnostik Anamnese, Bedarfserhebung, psychosoziale Diagnostik,...	11
Gesprächsführung Aktives Zuhören, Eingehen und Abholen, Gespräche,...	7
Zielerreichungsanalyse	7
Emotionsarbeit Belastungsreduktion, Emotionsfokussiert, Focusing,...	6
Entlastung und Krisenintervention Stabilisierung, Entlastung, Entlastungsgespräche,...	5
Freizeitangebote Spiele, Ausflüge, Partizipationsprojekte	5
Ressourcenarbeit	5
Vermittlung und Hilfestellung Anbindung, Weitervermittlung, Vernetzung,...	4
Beziehungsarbeit Beziehungsgestaltung, Da-Sein, Aushalten,...	4
Beratung	4
Netzwerkarbeit Helferkonferenz, Netzwerkkarte	4
Biographiearbeit	3
Case Management	3

Sozialtherapeutische Interventionen	Anzahl der Einrichtungen
Gruppe/Gruppenarbeit	3
Körperübungen	3
Psychoedukation	3
Materielle Absicherung/Soforthilfe	2
Verhaltensanalysen	2
Angehörigengespräch	1
Berufsorientierung	1
Besuchskontakte	1
Biografischer Zeitbalken *	1
Eco Map *	1
Genogramm *	1
Gestalt-Therapie	1
Schatten-Mediation	1
Systembrett *	1

sicht wurden diese zu 28 Kategorien verdichtet (Tab. 1). Jeweils rechts wird angezeigt, in wie vielen der Einrichtungen die jeweilige Intervention regelmäßig zum Einsatz kommt. Mit einem Stern (*) markierte Interventionen wurden explizit als sozialtherapeutische Maßnahmen benannt und nicht im Rahmen der Sozialen Diagnostik angewandt. Die Tabelle verdeutlicht, dass sozialtherapeutische Interventionen in der Wiener Praxis grundsätzlich Anwendung finden. Dabei ist zu betonen, dass die Zuordnung zur Sozialtherapie auf den Einschätzungen der befragten Fachkräfte basiert. Eine inhaltliche Prüfung wäre darüber hinaus notwendig, um genau abzugrenzen, welche der genannten Interventionen (beispielsweise Gestalttherapie) tatsächlich in den disziplinären Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit fallen.

Die häufige Nennung sozialdiagnostischer Interventionen zeigt die Vermischung zweier Säulen auf, ist aber dem Verständnis folgend, dass Soziale Diagnostik auch immer als Intervention zu verstehen ist (vgl. Pantuček-Eisenbacher 2019, S. 13), wenig überraschend.

Interessant war, dass Gruppenangebote in nur drei Einrichtungen als explizit sozialtherapeutisch erachtet werden,

obwohl sie in 13 der 20 Einrichtungen stattfinden, von Sozialarbeiter*innen angeleitet und inhaltlich klar der Sozialtherapie zuzuordnen wären.

Diskussionswürdig erscheint außerdem die Nennung von Case Management, das als eigenständiges Konzept der Sozialen Arbeit gilt (vgl. ogsa 2025) und nicht per se als sozialtherapeutisch zu bewerten ist.

Die Umsetzung sozialtherapeutischer Ansätze in der Praxis gestaltet sich herausfordernd. Gründe dafür liegen sowohl in der Heterogenität der Problemlagen als auch in der Priorisierung anderer, dringlicher sozialarbeiterischer Maßnahmen. Hinzu kommen eine teils geringe Veränderungsbereitschaft aufseiten der Klient*innen sowie strukturelle oder institutionelle Hürden, wie hochschwellige Zugangsvoraussetzungen, begrenzte personelle oder zeitliche Ressourcen oder mangelndes methodisches Wissen. Letzteres wurde insbesondere von Kolleg*innen ohne fachspezifische Zusatzausbildung – etwa ein entsprechendes Masterstudium – genannt.

Zudem wurde in den Interviews deutlich, dass der Therapie-Begriff von manchen kritisch hinterfragt und teilweise bewusst vermieden wird. Diese

Zurückhaltung sei mit der Sorge vor Kompetenzüberschreitung oder der Vermischung zu gesetzlich geregelten therapeutischen Professionen verbunden. Solange jedoch das Ziel klar in der sozialen Dimension von Gesundheit verankert bleibt, ist diese Sorge unbegründet – im Gegenteil: Ein therapeutischer Zugang ist gerade im Kontext Klinischer Sozialarbeit bedeutsam, da Therapie nicht ausschließlich als Psychotherapie zu verstehen ist und andernfalls soziale Aspekte leicht in den Hintergrund treten können (vgl. Deloie, Lammel, Röh 2024, S. 226).

Ohne explizite Frage danach wurde in den Interviews wiederholt der Begriff einer „sozialtherapeutischen Haltung“ verwendet. Gemeint sei damit eine grundlegende Arbeitsweise, die stark beziehungsorientiert ist, auf Teilhabeförderung bzw. -wiederherstellung abzielt, ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis voraussetzt, Wertschätzung gegenüber komplexen Lebenslagen zeigt und von Transparenz geprägt ist. Diese Haltung zeige sich auch in der Ausübung allgemeiner sozialarbeiterischer Tätigkeiten, etwa bei der materiellen Grundsicherung, wenn sie explizit mit dem Ziel verbunden ist, eine Veränderung der sozialen Dimension von Gesundheit zu erzielen.

Als zentrale Ziele sozialtherapeutischer Praxis wurden neben der Teilhabeförderung insbesondere der Aufbau stabiler, kontinuierlicher Beziehungen genannt. Weitere genannte Ziele umfassen die Stärkung der Selbstwirksamkeit, die Förderung der Gesundheitskompetenz, den (Wieder-)Aufbau sozialer Kontakte sowie die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität. Mehrfach wurde auch die Veränderung verhaltensbezogener Subdimensionen der sozialen Gesundheit (vgl. Ehrhardt et al. 2025, S. 46) als Ziel benannt, etwa im Hinblick auf Lebensstil, soziale Netzwerke, soziale Unterstützung oder den Umgang mit Stress. Letztere konkrete Zielsetzung lässt sich vermutlich auf theoretische Auseinandersetzungen im Rahmen des Studiums, Fortbildungen oder kollegialem Austausch in Wien zurückführen.

Ausgehend von den Zielsetzungen könnten alle Menschen mit einem Veränderungswunsch im Bereich der sozialen Dimension Gesundheit von sozialtherapeutischen Interventionen profitieren. Auffällig war, dass die Befragten stets ihre eigene Zielgruppe als besonders geeignet für Sozialtherapie erachteten. Konsens bestand darin, dass insbesondere vulnerable Personen mit komplexen oder multiplen sozialen, psychischen und gesundheitlichen Belastungen profitieren könnten. Sozialtherapie sei niederschwelliger als Psychotherapie und stelle daher in manchen Einrichtungen einen Ersatz für bzw. eine Überbrückung zur Psychotherapie da, etwa wenn eine solche aufgrund beispielsweise fehlender Abstinenz, geringem Funktionsniveau oder Schwierigkeiten mit Terminverbindlichkeit (noch) nicht möglich ist. Übersehen wird dabei, dass Psychotherapie und Sozialtherapie unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen.

Die Anwendung sozialtherapeutischer Methoden erfordere laut den Befragten neben sozialarbeiterischem Grundwissen insbesondere Kenntnisse über emotionale Prozesse, vertiefte Gesprächsführungskompetenz, ein interdisziplinäres Verständnis sowie Grundwissen zu psychischen Erkrankungen. Etwa ein Drittel der Befragten gab an,

dieses Wissen im Studium erworben zu haben; die übrigen eigneten es sich eigenständig an. Der Bedarf nach spezifischen Weiterbildungsangeboten mit begleitender Supervision wurde mehrfach betont.

Grenzen sozialtherapeutischer Praxis wurden v. a. in der Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen, die eine psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung erfordern, bei Pflegebedürftigkeit sowie akuter Selbst- oder Fremdgefährdung gesehen, die ein Einschreiten von Einsatzorganisationen erfordert. Abgesehen von diesen klar definierten Indikationen fiel es vielen schwer, inhaltliche Grenzen zu benennen. Dies wird als Hinweis auf die unscharfen Anwendungsbereiche, fehlenden strukturellen Rahmenbedingungen und die bislang stark subjektive Ermessensgrundlage gedeutet.

Fazit

Dass sozialtherapeutische Interventionen in Wiener Sozialeinrichtungen angewandt werden, konnte eindeutig gezeigt werden – auch wenn sie nicht immer als solche benannt oder team-

intern einheitlich verstanden werden. Für eine nachhaltige Etablierung erscheint ein gemeinsames Begriffsverständnis sowie eine stärkere Sichtbarmachung sozialtherapeutischer Ansätze unerlässlich.

Gleichzeitig zeigt sich: Sozialtherapie lässt sich angesichts der Vielzahl der ihr zugeschriebenen Methoden – sowohl in der Fachliteratur als auch in der Praxis – nicht eindeutig über Methoden und Techniken definieren bzw. zu anderen sozialarbeiterischen Konzepten oder gar anderen Professionen abgrenzen. Die Bandbreite der Zugänge ist (noch) zu groß, das Verständnis zu diffus.

Zukünftige Bemühungen könnten auf eine inhaltliche Eingrenzung der erhobenen Methoden abzielen, um den Kern des Interventionskonzepts der sozialarbeiterischen Sozialtherapie greifbarer zu machen. Ob eine solche Differenzierung angesichts der Vielfalt der Praxis realisierbar ist oder lediglich ein theoretisches Ideal bleibt, wird sich zeigen.

Literatur:

- Beushausen, J. (2020): **Beratung lernen. Grundlagen psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis**. Opladen: UTB.
- Charmaz, K. (2014): **Constructing grounded theory**. 2. Auflage. London: SAGE.
- Deloie, D.; Lammel U. A. (2022): **Therapie und Soziale Arbeit – ein besonderes Spannungsverhältnis?** In: Kröger, C.; Hahn, G.; Gahleitner, S. B. (Hg.): **Klinische Sozialarbeit: Das Soziale behandeln. Entwicklung einer Fachsozialarbeit**. Höchberg: ZKS, S. 24–36.
- Deloie, D.; Lammel U. A.; Röh, D. (2024): **Sozialtherapie**. In: Sektion Klinische Sozialarbeit (Hg.): **Handbuch Klinische Sozialarbeit**. Weinheim Basel: Beltz Juventa, S. 225–233.
- Ehrhardt, S. (2023): **Die Determinierung des Sozialen. Wie lässt sich der Legitimationsanspruch der Klinischen Sozialarbeit begründen?** In: **Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung**, 19. Jahrgang, Jänner 2023, S. 6–8.
- Ehrhardt, S.; Gamperl, A.; Zeller, M. (2025): **Fallbuch zur Sozialtherapie in der Klinischen Sozialen Arbeit**. Wien: UTB.
- Gamperl, A. (2023): **Sozialtherapie – die Brücke für eine Versorgungslücke?** OGSA-Tagung. 14.03.2023.
- Gamperl, A.; Schmid, J.; Stiller, J. (2025): **Sozialtherapeutische Interventionen – Eine Erhebung unterschiedlicher Begriffsverständnisse in Literatur und Praxis**. In: **Soziales Kapital**, Bd. 30 (H.1).
- Ohling, M. (2020): **Sozialtherapie (Klinische**

Sozialarbeit). Online abrufbar: <https://www.socialnet.de/lexikon/Sozialtherapie-Klinische-Sozialarbeit> (14.07.2025)

Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa) (2025): **Social Work Case Management. AG Case Management**. Online abrufbar: <https://www.ogsa.at/arbeitsgemeinschaften/ag-case-management> (14.07.2025)

Pantuček-Eisenbacher, P. (2019): **Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit**. 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

Pauls, H. (2013): **Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung**. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Pauls, H.; Hahn, G. (2015): **Sozialtherapie**. In: Lammel, U. A.; Jungbauer, J.; Trost, A. (Hg.): **Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen – Forschungsbefunde – Praxiskonzepte**. Dortmund: Verlag modernes lernen, S. 29–44.

Röh, D.; Ortmann, K.; Ansen, H. (2020): **Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit**. In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.): **Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung**. Dortmund: Verlag modernes lernen, S. 27–45.

Wimmer, B. (2022): **Sozialtherapie und Klinische Soziale Arbeit: Same but Different? Eine inhaltsanalytische Studie zur Untersuchung sozialtherapeutischer Inhalte in Ausbildungsplänen von Masterlehrgängen für Klinische Soziale Arbeit in Deutschland und Österreich**. Masterarbeit. FH Campus Wien. Online abrufbar: <https://pub.fh-campuswien.ac.at/obvfcwhsacc/content/title-info/8191244> (14.07.2025)

Sozialtherapeutisches Case Management als Handlungsansatz der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Simon Süsstrunk, Maria Solèr und Andrea Zumbrunn

Auch in der Schweiz findet ein Diskurs über Sozialtherapie statt. Besonders die Verwendung des Begriffs „Therapie“ (altgriechisch *therapeia*: „Dienst, Pflege, Heilung, Behandlung“) ist in der Sozialen Arbeit nach wie vor umstritten. In der öffentlichen Wahrnehmung wird Therapie oftmals mit medizinischer Behandlung, Hierarchie und Pathologisierung verbunden. Ebenso wird unter therapeutischem Handeln oftmals mehr ein medizinisch-psychologisches Vorgehen verstanden, das primär auf individuelle Stabilisierung und (Verhaltens-)Veränderung zielt. Therapie wird demzufolge weniger mit dem „Sozialen“ oder mit Leistungen der Sozialen Arbeit in Verbindung gebracht. Aktuelle sozialtherapeutische Ansätze verstehen sich im Gegensatz dazu als professionelle Unterstützung, die auf soziale Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung gerichtet ist. Sozialtherapie kann in diesem Sinne als ganzheitlicher Ansatz begriffen werden, der sowohl soziale als auch psychosoziale Interventionen integriert und die soziale Integration von Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Problemen explizit zum Ziel hat (Sommerfeld et al. 2016). Aus diesem Verständnis heraus wurde das REAS-Projekt mit dem methodischen Ansatz des Sozialtherapeutischen Case Managements (SCM) realisiert. Der Artikel beschreibt die REAS-Intervention, verstanden als bedarfsorientiertes Hilfefarrangement. Der Fokus der Ergebnisdarstellung liegt auf der „Sozialen Vernetzung“, um die integrierende Funktion der Sozialtherapie zu konkretisieren.

Projektbeschreibung und methodischer Handlungsansatz REAS-SCM

Das Projekt REAS – Regionale Anlaufstellen wurde zwischen 2020 und 2024 im Rahmen der „Prävention in der

Gesundheitsversorgung (PGV)“ in der Schweiz umgesetzt. Es zielte darauf ab, Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen niedrigschwellig zu erreichen, bedarfsorientierte Unterstützungsangebote bereitzustellen und zu koordinieren. Das Projekt wurde von der Geliko – Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz – getragen und von Gesundheitsförderung Schweiz finanziert. Im Mittelpunkt standen die Etablierung von drei regionalen Anlaufstellen und die Implementierung des sozialtherapeutischen Case Managements (SCM) als methodischer Ansatz für die Fallarbeit.

Das Projekt zielte darauf ab,

**Menschen mit komplexen
gesundheitlichen und
sozialen Problemlagen
niedrigschwellig zu erreichen,
bedarfsorientierte
Unterstützungsangebote
bereitzustellen und
zu koordinieren.**

Das im REAS-Projekt entwickelte sozialtherapeutische Case Management basiert auf der Theorie „Integration und Lebensführung“ (Sommerfeld 2011, 2021). Es kombiniert drei methodische Basiskompetenzen der Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit: Case Management, psycho-soziale Beratung und soziale Netzwerkarbeit. Zudem werden je nach Bedarfslage ergänzende Verfahren oder Methoden eingesetzt, um den Hilfekontext umfassend

zu gestalten (inkl. Koordination der verschiedenen professionellen Leistungen), soziale Ressourcen zu aktivieren und damit die Lebensführung der Klient*innen nachhaltig zu unterstützen (Sommerfeld et al. 2016). Die Umsetzung des SCM im REAS-Projekt, wird im Folgenden konkretisiert.

REAS-Intervention

Die Zuweisung von Klient*innen an die Regionalen Anlaufstellen erfolgte durch involvierte REAS-Fachpersonen (primär Sozialarbeitende), durch die Betroffenen selbst oder durch deren Angehörige. Im Rahmen der Erstaufnahme wurden die dringendsten Anliegen der betreffenden Person erfasst. Zudem wurde mithilfe eines Kurz-Assessments geprüft, ob ein Bedarf für ein SCM vorlag. Das Ergebnis des Kurz-Assessments führte entweder (a) zu einer Weitervermittlung in ein reguläres Unterstützungsangebot oder (b) zur Einleitung eines SCM-Prozesses. Im Fall einer SCM-Übernahme folgte die Zusammenarbeit zwischen REAS-Fachpersonen und Klient*innen einem standardisierten Verfahren.

Eine eigens für das Projekt entwickelte Software unterstützte die einzelnen Prozessschritte – insbesondere die diagnostischen – visuell. Zu den im Rahmen von REAS eingesetzten Diagnostik-Instrumenten zählten Erhebungen zur subjektiven Lebensqualität (O’Boyle 1993), zu sozialen Netzwerken (Pantuček-Eisenbacher 2019), zu vorhandenen Ressourcen (Schiepek & Matschi 2003) sowie zur Zielerreichung (Reichert & Pauls 2015). Die Ergebnisse dieser Erhebungen dienten gleichzeitig zur systematischen Datenerhebung für die begleitende Forschung.

REAS- Begleitforschung/-evaluation

Die Begleitforschung/-evaluation von REAS beinhaltete eine Kombination

aus qualitativen und quantitativen Erhebungs- und Analyseverfahren. Der qualitative Teil verfolgte das Ziel, zentrale Wirkfaktoren der REAS-Intervention zu identifizieren und zu rekonstruieren, in welchem Zusammenhang diese mit den beobachteten bzw. nachvollziehbaren Wirkungen stehen (Prozessevaluation). Daten wurden verwendet aus Gruppendiskussionen (N=24), Problemzentrierten Interviews mit den REAS-Fachpersonen (N=8) sowie mit ausgewählten Klient*innen (N=7), die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Die Fallverläufe der interviewten Klient*innen verliefen mehrheitlich positiv. Darüber hinaus wurde eine summative Evaluation durchgeführt, um mögliche Auswirkungen der Intervention zu erfassen. Ziel der quantitativen Analysen war es insbesondere, Veränderungen wie etwa in der Lebensqualität im Verlauf der Unterstützung sichtbar zu machen. Die analysierten Daten wurden durch die Diagnostikinstrumente sowie zusätzliche Fragebogen generiert. Die Auswertung der anonymisierten Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS und in erster Linie deskriptiv. Zusätzlich wurden zeitliche Veränderungen mittels Regressionsanalysen auf statistische Signifikanz geprüft. Eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens sowie eine ausführliche Ergebnisdarstellung finden sich im umfassenden Evaluationsbericht (Geliko 2024).

Ausgewählte Ergebnisse

Die nachfolgenden Ausführungen zu den Evaluationsergebnissen zeigen, welche Unterstützungs-Leistungen durch die REAS-Fachpersonen umgesetzt wurden (Prozessevaluation) sowie welcher Nutzen sich nach Aussagen der Klient*innen und Fachpersonen ableiten liess. Diese Ergebnisse ermöglichen auch eine Einschätzung darüber, wie sich die REAS-Verfahren und Instrumente zur Regelversorgung unterscheiden.

REAS-Hilfearrangement

Das REAS-Hilfearrangement zeichnete sich durch ein personenzentriertes Unterstützungsangebot aus. Im Zentrum stand die intensive und vertrauensvolle Gestaltung der professio-

nellen Hilfebeziehung, die durch eine kontinuierliche Prozessbegleitung und konsequent bedarfsorientierte Zusammenarbeit geprägt war. Die Fachpersonen nahmen sich Zeit, die individuellen Lebenslagen der Klient*innen zu erfassen, ihre Anliegen zu verstehen und gemeinsam mit ihnen passgenaue Unterstützungsleistungen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

**Die kontinuierliche
Begleitung ermöglichte
in vielen Fällen eine emotio-
nale Stabilisierung,
insbesondere durch die
Erfahrung, ernst genommen
und verlässlich unterstützt
zu werden.**

Ein zentrales Element war die differenzierte Bedarfserhebung mittels spezifischer Diagnostikinstrumente. Diese erlaubten es, die komplexen bio-psycho-sozialen Problemlagen systematisch zu erfassen, verborgene Themen sichtbar zu machen und potenzielle Ressourcen zu erkennen. Die Visualisierungen durch die computergestützte Anwendung der Instrumente, förderten zudem die Motivation und Orientierung der Klient*innen, da sie ihren eigenen Entwicklungsprozess besser nachvollziehen konnten. Das systematische, konsequent dokumentierte Vorgehen förderte nach Einschätzung der REAS-Fachpersonen eine gezielte, nachvollziehbare, begründete Handlungsplanung.

Als Vorteil für eine bedarfsgerechte und effiziente Leistungserbringung erwies sich auch die flexible Fallkoordination, bei der die REAS-Fachpersonen sowohl bestehende Hilfsangebote aufeinander abstimmten als auch – insbesondere bei fehlender regionaler Struktur – fallbezogene interprofessionelle Netzwerke aufbauten. Die Fach-

personen übernahmen dabei oft die alleinige Verantwortung für die Koordination, was sie in Ermangelung institutionalisierter Kooperationsstrukturen als belastend empfanden.

Obwohl der Zugang zu materiellen Ressourcen aufgrund struktureller Barrieren – etwa im Bereich der Sozialversicherungen – oftmals erschwert war, zeigte sich aus Sicht der REAS-Fachpersonen und der Klient*innen ein deutlicher Nutzen des REAS-Hilfearrangements (Weitere Ergebnisse aus der REAS-Begleitforschung sind in der Publikation Süssstrunk et al. 2025, beschrieben). Die Klient*innen berichteten von einer besseren Orientierung im Hilfesystem, gestärkter Handlungsfähigkeit und einer Zunahme an Selbstvertrauen und Lebensqualität. Die kontinuierliche Begleitung ermöglichte in vielen Fällen eine emotionale Stabilisierung, insbesondere durch die Erfahrung, ernst genommen und verlässlich unterstützt zu werden. Die REAS-Fachpersonen wiederum hoben hervor, dass durch das sozialtherapeutische Case Management ein tieferes Fallverständnis und eine fundiertere, nachhaltigere Interventionsplanung möglich wurden.

Soziale Teilhabe und Netzwerkarbeit

Die summative Evaluation, die alle Klient*innen der REAS-Pilotphase befragte, erbrachte aufschlussreiche Ergebnisse zur sozialen Teilhabe und zu den Möglichkeiten, soziale Unterstützung zu erhalten. Beispielsweise verfügten die Klient*innen (N=28) zu Beginn der REAS-Begleitung im Durchschnitt über kleine soziale Netzwerke mit etwa 13 Personen (Varianz 2-29) – deutlich weniger als in der Allgemeinbevölkerung (>40, Pantuček-Eisenbacher 2019).

Auffällig war, dass Fachpersonen häufig den größten Teil der Positionen in diesen Netzwerken einnahmen (durchschnittlich 5), während familiäre und freundschaftliche Kontakte deutlich seltener genannt wurden. Die soziale Unterstützung wurde von der Mehrheit der Befragten (N=24) zwar grundsätzlich als verfügbar erlebt – rund 70 Prozent gaben an, zumindest eine vertraute Unterstützungsperson zu haben –, dennoch fühlten sich viele sozial isoliert. Etwa 75 Prozent berich-

teten, sich aus Kontakten zurückzuziehen oder sich als Aussenseiter*innen zu empfinden. Besonders niedrig fiel die Zustimmung bei Fragen nach emotionaler Geborgenheit und Verständnis aus (nur etwa 25 %).

Obwohl im Rahmen des REAS-SCM die soziale Integration gestärkt werden sollte, zeigten die Befragungen keine langfristigen Verbesserungen. Nach einem halben Jahr wurde zwar eine leichte Steigerung der wahrgenommenen Unterstützung beobachtet, dieser statistisch signifikante Effekt hielt sich jedoch längerfristig nicht. Auch die Größe der Netzwerke und das Gefühl sozialer Eingebundenheit veränderten sich im Verlauf kaum. Vor dem Hintergrund der prekären, durch chronische Erkrankungen und begrenzte materielle Ressourcen geprägten Lebenslagen vieler Klient*innen erscheint dies nicht überraschend. Soziale Teilhabe bleibt unter solchen Bedingungen besonders schwer erreichbar. Die geringe Anzahl an REAS-Fällen bedeutete für die quantitative Analyse eine Schwierigkeit, da sich damit nur starke Effekte erkennen lassen.

In der Prozessevaluation wurde deutlich, was Fachpersonen zur sozialen Vernetzung der Klient*innen im Rahmen der REAS-Intervention unternahmen. Viele Klient*innen waren sich ihrer sozialen Netzwerke zunächst kaum bewusst. Die Fachpersonen spielten daher eine zentrale Rolle dabei, die Aufmerksamkeit auf verfügbare – teils nicht erkannte – soziale Ressourcen zu lenken. Mit Hilfe der REAS-Instrumente (Netzwerkkarten und Visualisierungen) konnten die Fachpersonen helfen, Beziehungen sichtbar zu machen, Verantwortlichkeiten im sozialen Umfeld zu klären und Prioritäten zu setzen.

Gleichzeitig zeigte sich, dass der Einbezug privater Bezugspersonen nicht systematisch erfolgte. Zwar wurden in einigen Fällen enge Angehörige wie Partner*innen, Eltern oder Kinder in die Intervention einbezogen – etwa bei organisatorischen Fragen oder der Bearbeitung gemeinsamer Anliegen wie finanzieller Absicherung –, doch blieb dies eher die Ausnahme. Eine Fach-

person bemerkte dazu: „Diesen Kreis konnte ich gut mit einbeziehen, aber darüber hinaus ging ich selten“ (FP3). Der Einbezug war oft von der Verfügbarkeit und Kooperationsbereitschaft der Angehörigen abhängig. In einem Fall etwa unterstützte eine Fachperson nicht nur den Klienten, sondern auch dessen Ehefrau bei der Stellensuche, um die finanzielle Notlage der Familie zu lindern.

In Fällen, in denen die sozialen Netzwerke nur schwach ausgeprägt oder durch belastende Beziehungen geprägt waren, lag der Fokus auf der Förderung von sozialen Kompetenzen und der Reduktion von Einsamkeit. Die Fachpersonen unterstützten Klient*innen aktiv dabei, neue Kontakte zu knüpfen oder das Besprechen sozialer Verhaltensstrategien. In manchen Fällen wurde die Auflösung wichtiger sozialer Bindungen begleitet, weshalb das soziale Netz neu arrangiert werden musste. Dies wurde als Entlastung erlebt, beispielsweise nach einer Trennung: „Du musst nicht mit den Leuten, oder mit denen du siebenmal betteln machst, dumm tun. Sondern du musst mit den Leuten, die dir etwas bringen, bei denen du Energie tanken kannst, oder wo Lebensenergie entsteht. Und das ist jetzt das Schöne, dass sich eigentlich die Freude nicht teilt, sondern sie vermehrt sich“ (KL5). So konnten durch den bewussten Rückzug aus belastenden Beziehungen emotionale Entlastung und gesteigertes Wohlbefinden erreicht werden.

Nicht zu unterschätzen war auch die Entlastung der nahen Bezugspersonen, beispielsweise durch die Begleitung zu wichtigen Terminen. Eine Fachperson schildert etwa den Fall eines Klienten: „Sie [seine Mutter] macht extrem viel [...] und dann konnte er sich wirklich dazu entscheiden, dass ich jetzt ... an den ersten Termin bei der Sozialhilfe mitgehe. Und das konnte irgendwie das ganze System ein wenig zum Atmen bringen“ (FP3). In einem anderen Fall führte die Entlastung der Mutter durch die Fachperson dazu, dass sich die Beziehung zur Tochter verbessern konnte: „Ich fange an, wieder eine mehr Mutter-Tochter-Beziehung zu

haben“ (FP6). Gleichzeitig blieb die Aktivierung privater Netzwerke ein sensibleres Feld, insbesondere bei Klient*innen mit negativen sozialen Erfahrungen. Wie eine Fachperson festhielt: „Wenn sozialer Rückzug zur Verteidigungsstrategie wird, dann sitzt das tief und fest“ (FP7).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die soziale Vernetzungsarbeit im Rahmen der REAS-Intervention kein Schwerpunkt war, punktuell aber Wirkung entfalten konnte – sowohl für die Klient*innen selbst als auch für deren

Literatur:

Geliko, Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (2024): **Schlussbericht Projekt REAS – Regionale Anlaufstellen**. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.).

O'Boyle, C. A. (1993): **The schedule for the evaluation of individual quality of life (SEIQoL)**. In: International Journal of Mental Health, 23. Jg. (3), S. 3–23.

Pantůček-Eisenbacher, P. (2019): **Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit**. 4., aktualisierte Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht.

Reicherts, M.; Pauls, H. (2015): **Die Zielerreichungsanalyse (ZEA) als Methode der Einzelfallanalyse**. In: Reicherts, M.; Genoud, P.: Einzelfallanalysen in der psychosozialen Forschung und Praxis. Höchberg: ZKS-Verlag, S. 61–84.

Schiepek, G.; Cremers, S. (2003): **Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie**. In: Schemmel, H.; Schaller, J. (Hg.): Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. dgvt, S. 147–193.

Sommerfeld, P. (2021): **Integration und Lebensführung – Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit**. In: Dettmers, S.; Bischkopf, J.: Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Sommerfeld, P.; Dällenbach, R.; Rüggeger, C.; Hollenstein, L. (2016): **Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis**. Wiesbaden: Springer VS.

Sommerfeld, P.; Hollenstein, L.; Calzaferri, R. (2011): **Integration und Lebensführung – Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit**. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Süsstrunk, S.; Lüthi, H.; Zumbunn, A.; Solèr, M.; Hess, N.; Kühr, J.; Csupor, I. (2025): **Evaluation „REAS – Regionale Anlaufstellen“ 2020–2024. Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen**. Faktenblatt 119, Bern: Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.). Online abrufbar: <https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/reas-pgv#evaluation> (14.07.2025)

Zumbunn, A.; Hess, N.; Solèr, M.; Süsstrunk, S. (2025): **Soziales Vernetzen als Wirkmechanismus – aktuelle Forschung**. In: Kröger, C.; Hösselbarth, S.; Alberternst, C.; Gahleitner, B. (Hg.): Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie. Zwischenmenschliche Beziehungen stärken – soziale Einbindung fördern. Höchberg: ZKS Medien, S. 90–101.

Umfeld. Die Sensibilisierung für soziale Ressourcen, das Aktivieren von sozialen Kontakten oder das Auflösen belastender Beziehungen und die gezielte Entlastung von Angehörigen trugen in einzelnen Fällen wesentlich zur Stabilisierung und zum Wohlbefinden der Klient*innen bei. Wie weitere REAS-Ergebnisse zeigen, wurde in der ersten Phase der Fallbegleitung der Fokus häufig auf die Erschließung von Ressourcen gelegt, da die Klient*innen einen hohen Bedarf an finanzieller und materieller Unterstützung aufwiesen. Dies führte möglicherweise dazu, dass die Aktivitäten zur Etablierung eines sozialen Netzwerks erst spät im Begleitungsprozess initiiert werden konnten. Auch kann der fehlende Anstieg der sozialen Teilhabe an den Messinstrumenten liegen, die für die Allgemeinbevölkerung bzw. zur sozialen Diagnostik konzipiert wurden (Zumbrunn et al. 2025).

Fazit

Die Evaluation des REAS-Projekts hat gezeigt, wie ein sozialtherapeutisch fundiertes Case Management wirksam umgesetzt werden kann. In Abgrenzung zur medizinisch-psychologisch

Sozialtherapie im Sinne des REAS-Ansatzes muss daher nicht nur individuelle, sondern auch sozial-strukturelle Aspekte der Lebenswelten der Klient*innen konsequent mitberücksichtigen.

geprägten Auffassung von Therapie, wurde Sozialtherapie hier als professionelle Unterstützung verstanden, die soziale Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung ins Zentrum stellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die REAS-Intervention durch kontinuierliche und vertrauensvolle Begleitung sowie einer bedarfsorientierten Planung und Koordination, zu einer Entlastung, Stärkung und Stabilisierung der Klient*innen beigetragen hat. Die Umsetzung der sozialen Netzwerkarbeit erfolgte im REAS-Projekt aber

nicht systematisch, weshalb diesem u. E. zentralen Element eines sozialtherapeutischen Handelns, in der Fortführung des Projekts (REAS 2.0, 2025–2029), bzw. in ähnlichen Angeboten, besondere Aufmerksamkeit gegeben werden muss.

Gleichzeitig machen die Ergebnisse deutlich, dass soziale Teilhabe unter prekären Lebensbedingungen strukturell begrenzt bleibt. Sozialtherapie im Sinne des REAS-Ansatzes muss daher nicht nur individuelle, sondern auch sozial-strukturelle Aspekte der Lebenswelten der Klient*innen konsequent mitberücksichtigen. Die Erkenntnisse aus dem REAS-Projekt können das Verständnis von Sozialtherapie weiter konkretisieren und sie steuern einen praxisorientierten Beitrag zur Diskussion um sozialarbeiterische Handlungsansätze im Gesundheitswesen bei. Wir sehen in diesem sozialtherapeutischen Handeln die Chance für eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, die künftig vermehrt eine vermittelnde Brückenfunktion im Sozial- und Gesundheitswesen einnehmen kann. Diesen Weg gilt es bewusst und kritisch weiterzugehen.

Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V Zentrale Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie

Johannes Jungbauer, Mathias Berg und Yvonne Kahl

Für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen gibt es bereits seit 2002 einen Rechtsanspruch auf ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V. Soziotherapie soll die verordneten Gesundheitsleistungen koordinieren und die Patient*innen dabei unterstützen, diese wahrzunehmen. Außerdem sollen das Verständnis der eigenen psychischen Erkrankungen gefördert und psychosoziale Ressourcen gestärkt werden (Ohling 2017). Nach der Soziotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) besteht das primäre Ziel darin, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen (G-BA 2021). Soziothera-

peutische Leistungen können von Fachärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen verordnet werden.

Die konkreten Richtlinien für die Verordnung und Erbringung von ambulanter Soziotherapie variieren je nach Bundesland und Krankenkasse. Viele Soziotherapeut*innen haben eine Qualifikation als Sozialarbeiter*in oder Pflegefachkraft für Psychiatrie; daneben können – je nach Vertragswerk unterschiedlich – weitere Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zugelassen werden. Für eine Zulassung ist ferner der Nachweis psychiatrischer Berufspraxis und einschlägiger Fachkenntnisse erforderlich.

Seit ihrer Einführung als Kassenleistung hat sich die ambulante Soziotherapie weniger stark entwickelt als erwartet. So steht diese Leistung bislang noch nicht flächendeckend in allen Regionen Deutschlands zur Verfügung. Die ursprünglich kalkulierte Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von geschätzt 250 Millionen Euro wird bis heute nicht annähernd erreicht (Bühning, 2019). Als Gründe hierfür werden unterschiedliche Faktoren diskutiert, wie unattraktive Vergütungskonditionen, zu strenge Zulassungskriterien für Leistungserbringende, eine immer noch zu geringe Bekanntheit der Leistung, hoher administrativer Aufwand und

Tabelle 1: Eingeschätzte Wirksamkeit der ambulanten Soziotherapie

Subkategorie	Ankerbeispiel	Nennungen (N)
Reduzierung stationärer Klinikaufenthalte	„Krankenhausaufenthalte können dadurch meist vermieden werden.“	44
Effektivität im Sinne der Soziotherapie-Richtlinie	„Ich halte die Soziotherapie in dieser Hinsicht für sehr effektiv.“	43
Wirkfaktor aufsuchende Arbeit	„... dass wir den Lebensalltag des Patienten in seiner Häuslichkeit begleiten.“	31
Förderung der Selbstständigkeit	„Aber ich sehe natürlich auch im Verlauf, wie sich die Patienten verselbständigen.“	22
Allgemeine psychische Stabilisierung	„Es ist schön mitzubekommen, wie sich Klienten stabilisieren.“	22
(Wieder-)Aufnahme einer Berufstätigkeit	„Er hat schließlich angefangen, drei Stunden täglich dort zu arbeiten.“	16
Etablierung einer Tagesstruktur	„Es war wichtig, dass er eine regelmäßige Tages- bzw. Alltagsstruktur entwickelt hat.“	13
Überwindung dysfunktionaler Verhaltensmuster	„Dass Menschen kleine Schritte gehen und aus alten Mustern rauskommen.“	11
Stärkung des Selbstvertrauens	„Sie zweifelte nicht mehr nur an sich und wurde mutiger, Dinge anzusprechen.“	11
Größere Offenheit für Beziehungen und Hilfeangebote	„Im Laufe der Zusammenarbeit beginnen die meisten Patienten sich zu öffnen.“	9
Gesamt		222

ein zu geringes Engagement gemeindepsychiatrischer Anbieter (G-B 2008; Josuttis 2020). Zugleich gibt es bis heute kaum Fach- und Forschungsliteratur zur ambulanten Soziotherapie, insbesondere zur Implementation und zur Wirksamkeit der Leistung. Hier setzt die in diesem Beitrag vorgestellte Studie an, die den klinischen Nutzen der Soziotherapie und die Hemmnisse bei deren Etablierung in den Blick nimmt.

Zielsetzung und Methodik der Studie

Die AmSoPsy-Studie („Ambulante Soziotherapie für psychisch erkrankte Menschen“) wurde als Kooperationsprojekt der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (Aachen) und der Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf durchgeführt. Das Ziel der Studie war es, Praxiserfahrungen und Praxiswissen zur ambulanten Soziotherapie nach § 37a SGB V zusammenzutragen. Aus forschungspraktischen Gründen wurde die Studie im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Besonderes Augenmerk galt zum einen dem Nutzen und den Gelingensfaktoren, zum anderen den Ursachen für die bislang unzureichende Etablierung der Leistung. Im Sinne eines multipers-

Vertrauen und Verlässlichkeit, Wertschätzung, Erreichbarkeit, professionelle Kompetenz und Zeit für entlastende Gespräche erlebt – diese Beziehungsmerkmale zu Soziotherapeut*innen helfen nach Auffassung der Befragten dabei, stationäre Klinikaufenthalte zu verhindern.

pektivischen Zugangs sollten die Perspektiven unterschiedlicher Prozessbeteiligter berücksichtigt werden. Aus diesem Grund umfasste die Studie fünf Teilerhebungen, in denen folgende Personengruppen befragt wurden: Sozialtherapeut*innen / Leistungserbringende (n=17); (2) Klient*innen (n=16); Leistungsverordnende, das heißt Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen (n=10); Expert*innen mit

langjähriger Praxis- und Forschungserfahrung zur Soziotherapie (n=8) sowie Leitungskräfte in Einrichtungen, die Soziotherapie anbieten (n=88). Mit den ersten vier der oben genannten Personengruppen wurden problemzentrierte (leitfadengestützte) Interviews durchgeführt; die Leitungskräfte wurden im Rahmen einer Online-Studie mit dem Online-Umfragetool LimeSurvey befragt. Sämtliche Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch im Sinne von Mayring (2022) ausgewertet; die Daten der Online-Fragebogens wurden nach SPSS 29.0 exportiert und statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse der einzelnen Teilstudien wurden bereits andernorts publiziert (vgl. Jungbauer et al. 2025; Kahl et al. 2025; Spang et al. 2025); der vorliegende Beitrag fasst erstmals zentrale Befunde der Studie in einer Gesamtschau zusammen.

Die Perspektive der Klient*innen

Um zu untersuchen wie die Leistungsempfänger*innen selbst den Prozessverlauf und die Wirksamkeit ihrer Soziotherapie einschätzen, wurden 16 Interviews mit Klientinnen und Klienten zwischen 20 und 60 Jahren geführt. Alle Befragten bewerteten die erhaltene Unterstützung positiv. Bei der inhaltsanalytischen Auswertung konnte eine Reihe von Aspekten herausgearbeitet werden, die die Betroffenen als besonders relevant und wichtig bewerteten. Am häufigsten wurde dabei die Beziehung zu der jeweiligen Soziotherapeuten bzw. zur Soziotherapeutin thematisiert, die durch Vertrauen und Verlässlichkeit charakterisiert ist. Als wichtig wurden ferner Wertschätzung, Erreichbarkeit, professionelle Kompetenz und Zeit für entlastende Gespräche erlebt. Vor allem diese Beziehungsmerkmale helfen nach Auffassung der Befragten dabei, stationäre Klinikaufenthalte zu verhindern. Eine Studienteilnehmerin beschrieb dies so: „Diese Gespräche helfen mir so! Erstens bin ich dann entlastet. Ich habe mir das von der Seele gesprochen. Ich konnte vielleicht auch den einen oder anderen Tipp [nutzen] oder meine Einstellung versuchen zu verändern. Und ich weiß ja, dass ich jede Woche diese Gespräche habe, und die

Tabelle 2: Hinderliche Faktoren bei der Implementation der ambulanten Soziotherapie

Probleme und Barrieren	M (SD)
Unzureichendes Wissen verordnungsberechtigter Personen	3.49 (.89)
Soziotherapie wird zu wenig verordnet	3.28 (.97)
Zu geringes politisches Engagement der Akteur*innen	2.84 (.99)
Hoher bürokratischer Aufwand	2.69 (1.25)
Unzureichende Vergütung für Leistungserbringer	2.68 (1.18)
Mangel an soziotherapeutischen Anbietern	2.52 (1.11)
Zuzahlungsbestimmungen für Klienten*innen	2.45 (1.21)
Zu hohe Qualifikationsanforderungen für Soziotherapeut*innen	2.29 (1.36)
Soziotherapie wird durch Leistungen des SGB IX ersetzt	1.40 (1.29)
<i>Einschätzungen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (4 = trifft voll und ganz zu; 0 = trifft gar nicht zu)</i>	

stützen mich so sehr, dass ich eben meinen Alltag leben kann und nicht in die Klinik muss“ (Interview KL01, 28–31). Ferner wurden der schnelle und niederschwellige Zugang sowie die individuelle, bedürfnisorientierte Ausgestaltung der Soziotherapie als besonders hilfreich bewertet: „Weil sie einfach total individuell auf mich eingeht, auf das, was ich brauche. Wenn ich reden möchte, reden wir. Wenn wir Anträge ausfüllen müssen, dann machen wir das. Und dass ich halt weiß, sobald ich dazu bereit bin, die Expositionen zu machen, dass sie halt das mit mir macht. Dass ich da jederzeit jemand an der Hand habe, der mit mir in die Stadt geht, der mir da zur Seite steht“ (Interview KL02, 56–61).

Die Perspektive der Soziotherapeut*innen

Die befragten Leistungserbringenden bewerteten die Soziotherapie als effektiv im Sinne der Soziotherapie-Richtlinie. Diese Effektivität zeigt sich in mehreren Bereichen (vgl. Tab. 1). Eine häufige Beobachtung ist, dass psychiatrische Klinikaufenthalte durch soziotherapeutische Interventionen vermieden werden können: „Durch das im Rahmen der Soziotherapie aufgebaute Netzwerk erhalten die Patient*innen den nötigen Halt, um Krisen

besser zu bewältigen, ohne sofort eine Klinik aufsuchen zu müssen“ (Interview ST10, 194–196). Zudem „werden Höhen und Tiefen im Krankheitsverlauf durch die unterstützenden Maßnahmen gemildert“ (Interview ST05, 103–106).

Zugleich wurden Barrieren benannt, die einer größeren Verbreitung der Soziotherapie im Weg stehen. So wurde bemängelt, dass das Hilfeangebot immer noch wenig bekannt sei, sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch bei Angehörigen von Gesundheitsberufen. Hausärzt*innen würden die Leistung oft gar nicht kennen und wüssten daher nicht, dass sie selbst zunächst fünf Probestunden Soziotherapie verordnen dürfen, bevor (z. B. nach einer Überweisung) ein Psychiater oder eine Psychotherapeutin weitere Therapiestunden verordnen kann. Doch selbst bei Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen herrsche nach wie vor eine große Unkenntnis bezüglich der korrekten Verordnung von Soziotherapie. Sehr kritisch wurde in diesem Zusammenhang die Rolle der Krankenkassen gesehen. Einige der Befragten äußerten die Vermutung, diese hätten gar kein Interesse an einer weiteren Verbreitung der ambulanten Soziotherapie oder würden ihre Etablierung aus

wirtschaftlichen Gründen „blockieren“. Auch die bundesweit uneinheitliche und vielfach nicht leistungsgerechte Honorierung der Soziotherapie wurde als Grund dafür genannt, dass es insgesamt viel zu wenig Leistungsanbieter gebe. Vor allem die selbstständig tätigen Soziotherapeut*innen sahen die Vergütungssätze als nicht auskömmlich an. Kritisiert wurde weiterhin, dass es zu wenig Wirksamkeitsstudien für die Soziotherapie gebe, weil dies eine wichtige Voraussetzung für deren weitere Etablierung sei.

Die Perspektive der Verordnenden

Sechs der zehn befragten Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen hatten bereits Erfahrung mit der Verordnung von Soziotherapie. Gleichwohl wiesen acht Befragte darauf hin, dass viele Kolleg*innen diese Leistung sowie mögliche Leistungsanbieter nicht kennen. Zudem wurde angemerkt, dass die Abgrenzung zu anderen Leistungen schwerfalle, wie etwa den Assistenzleistungen des SGB IX oder der ambulanten psychiatrischen Pflege. Auch die genauen Abläufe und Zuständigkeiten sind oft unklar: „Also ich weiß, dass ich diese Leistung generell verschreiben kann. Ich weiß aber zum Beispiel gar nicht, wie genau funktioniert das? Wohin kann ich die Patient*innen, könnte ich sie überweisen oder schicken? Also muss das über mich laufen? Müssen Patient*innen das anleiern? An welchen Stellen können die sich melden? Wo würde ihnen Soziotherapie sozusagen angedeihen? Aber auch wie verschreibe ich so was? Was braucht dann so jemand von mir?“ (Interview V4-8, 60–66). Insbesondere die Befragten mit Verordnungserfahrung schätzten die Auswirkungen von Soziotherapie auf die gesundheitliche Entwicklung der Betroffenen sowie auf die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung positiv ein. Einige wiesen darauf hin, dass mit Soziotherapie Patient*innengruppen erreicht werden (können), die sonst aufgrund erheblicher Beeinträchtigungen, Mehrfachdiagnosen und Alltagseinschränkungen von einer kontinuierlichen Versorgung ausgeschlossen sind: „Das sind Patient*innen, die ganz schwer irgend-

wo in der Behandlung ankommen, die Schwierigkeiten haben, die Termine zu machen, zu den Terminen zu erscheinen, [...] die schlecht erreichbar sind“ (Interview V4-2, 66–69). Betont wurde auch, dass gerade Patient*innen, die bis dato wenig oder keinen Kontakt zum Hilfesystem hatten, von Soziotherapie profitieren. Insbesondere das Ziel, die stationären Klinikaufenthalte zu reduzieren, könne vielfach erreicht werden: „Ich erinnere mich an zwei, drei Fälle, die bisher vor der Soziotherapie immer auch Drehtüreffekt hatten. Immer wieder Aufnahme PsychKG und dann langer Aufenthalt mit geschlossener Station, in einem Fall sogar mit Zwangsmedikation. Diese zwei, drei Patient*innen, die mir gerade einfallen, die haben jetzt Soziotherapie, und die waren seitdem auch nicht mehr stationär“ (V4-1, 88–93).

Perspektive der Fachexpert*innen

Alle befragten Expert*innen betonten die positiven Wirkungen der ambulanten Soziotherapie, z.B. auf die Stärkung von Lebenszufriedenheit, Gene-

sung und selbstbestimmter Lebensgestaltung der Betroffenen. Insbesondere Personen mit besonders schweren psychischen Erkrankungen, die bisher keinen angemessenen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben, könnten durch Soziotherapie erreicht werden und davon profitieren. Hierfür sei der niederschwellige und aufsuchende Zugang entscheidend: „Das Schöne ist, wir haben bei Soziotherapie in der Regel eine aufsuchende Hilfe. Das ist für viele Menschen ja nicht leicht, überhaupt Psychotherapie zu bekommen und dann in die Praxis zu gehen, einmal die Woche zu einer bestimmten Zeit. Daran scheitern viele Menschen“ (Interview E3-4, 426–430). Hemmnisse für die Umsetzung der Soziotherapie wurden vor allem in unzureichender interprofessioneller Zusammenarbeit, mangelhafter Information, unauskömmlicher Vergütung und – dadurch bedingt – in einer zu geringen Zahl von Leistungserbringenden gesehen. Zudem wurden zu aufwändige und komplizierte Verfahren bei der Zulassung von Verordnenden und Leistungs-

erbringenden sowie bei der Verordnung, Bewilligung und Dokumentation kritisiert. Im Hinblick auf die künftige Entwicklung der Soziotherapie waren sich die Expert*innen darin einig, dass dem Mangel an Leistungserbringenden keinesfalls durch ein Herabsetzen von Qualifikations- und Kompetenzanforderungen an Soziotherapeut*innen begegnet werden sollte. Mehrfach wurde kritisch angemerkt, dass bei der Zulassung von Soziotherapeut*innen unterschiedliche Standards angewendet werden. Einige Expert*innen befürchten hierdurch Qualitätsverluste: „Die Primärkassen [...] haben ganz andere Dinge mit den Wohlfahrtsverbänden ausgehandelt. Da sind dann auch Leistungserbringer, die aus unserer Sicht nicht geeignet wären“ (Interview E3-8, 49–52). Neben der Qualitäts- und Kompetenzsicherung schlugen die befragten Expert*innen weitere Maßnahmen vor, um das Potenzial der Soziotherapie besser auszuschöpfen: Als besonders wichtig wurde eine verbesserte Information und Aufklärung benannt, vor allem für Verordnende

katho

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



ANZEIGE

MASTERSTUDIENGANG Soziale Arbeit

Sie wollen Ihr Wissen und Ihre Handlungskompetenzen aus dem Bachelorstudium der Sozialen Arbeit vertiefen, sich auf ein Arbeitsfeld spezialisieren und hier komplexen Fragestellungen nachgehen? Die Katho bietet Soziale Arbeit (M.A.) an allen vier Standorten an, setzt aber fünf inhaltliche bzw. arbeitsfeldbezogene Schwerpunkte:

Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit (Aachen)

Bildung und Teilhabe (Aachen)

Innovationsmanagement in der Sozialen Arbeit (Köln)

Inklusive Kinder- und Jugendhilfe sozialräumlich gestalten (Münster)

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (Paderborn)

Gleich in welchem Schwerpunkt – Sie erweitern Ihre Kompetenzen in Methoden empirischer Sozialforschung und lernen, innovative Methoden für Praxisfelder zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Das Studium ist praxisnah, handlungsorientiert und befähigt Sie zur Leitung von Organisationen. Der Masterabschluss berechtigt zur Promotion und zur Tätigkeit im höheren Dienst.

Bewerbungszeitraum: jährlich vom 1. Dezember bis 31. Mai

Weitere Informationen unter katho-nrw.de/soziale-arbeit-ma

und Patient*innen, aber auch andere an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Beteiligte. Zudem wurde das Anliegen eines abgestimmten Vorgehens zwischen Primär- und Ersatzkassen sowie einheitlichen bundesweiten Vorgehensweisen formuliert: „Ich würde mir wünschen, dass das in die Fläche kommt und eine Einheitlichkeit, also keine unterschiedlichen Vertragswerke, sondern es müsste eine Einheitlichkeit geben, zu denen sich die Krankenkassen auch bereit erklären“ (Interview E3–5, 681–686).

Perspektive der Leitungskräfte

Nach Einschätzung der befragten Leitungskräfte profitieren psychisch schwer erkrankte Menschen in vieler Hinsicht von ambulanter Soziotherapie. Bei den meisten Klient*innen werde eine psychische Stabilisierung und Aktivierung erreicht, die mit einer deutlichen Reduktion von psychischen Krisen und stationären Klinikaufenthalten einhergeht. Lediglich im Hinblick auf einen verbesserten Zugang zu ambulanter Psychotherapie wurde Soziotherapie als nicht im gleichen Maße effektiv bewertet wie bei den übrigen Zielkriterien. Gleichwohl waren die befragten Leitungskräfte einhellig der Auffassung, dass die ambulante Soziotherapie bislang nicht in dem Maße etabliert ist, wie es aufgrund ihres therapeutischen Potenzials wünschenswert wäre. In diesem Kontext sollten die Befragten einschätzen, welche Probleme und Barrieren sich ihrer Erfahrung nach hemmend auf die Implementation der Soziotherapie auswirken. Als Hauptursachen wurden dabei das unzureichende Wissen verordnungsberechtigter Personen (Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen) sowie eine gemessen am Bedarf zu geringe Verordnungsraten angegeben. Daneben wurden weitere Faktoren als hinderlich eingeschätzt, wie hoher bürokratischer Aufwand für Verordnende und Leistungserbringende, eine unzureichende Vergütung für Leistungserbringende sowie ein zu geringes politisches Engagement der beteiligten professionellen Akteur*innen für den Ausbau der ambulanten Soziotherapie. Im Vergleich dazu wurde die Überlappung

mit Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX (z.B. Assistenzleistungen für psychisch erkrankte Menschen) als deutlich weniger relevantes Hemmnis eingeschätzt (vgl. Tab. 2).

**Ambulante Soziotherapie ist
bislang wenig bekannt.**

**Ein bundesweit einheitlicher
Vergütungssatz könnte
zu einer deutlichen**

**Zunahme von Leistungs-
anbieter*innen führen und
eine flächendeckende
Versorgung mit Soziothera-
pie nachhaltig fördern.**

Diskussion

Die referierten Ergebnisse belegen, dass sich die ambulante Soziotherapie nach §37a SGB V in der Praxis gut bewährt. Doch ungeachtet ihrer praktischen Wirksamkeit bleibt die Soziotherapie bis heute weit hinter der ursprünglichen Erwartung zurück, diese Leistung werde sich neben der Pharmako- und der Psychotherapie mittelfristig zum „dritten Standbein der psychiatrischen Versorgung“ entwickeln (Ließem 2019). Die Gründe hierfür wurden in der Fachliteratur bereits eingehend und teilweise kontrovers diskutiert (Josuttis 2020). Im Einklang mit anderen Publikationen legen die Ergebnisse der AmSoPsy-Studie nahe, dass das unausgeschöpfte Potenzial der Soziotherapie auf das Zusammenwirken mehrerer Ursachenfaktoren zurückzuführen ist. Als wesentliche Gründe benannten die Befragten der unterschiedlichen Teilstudien den geringen Bekanntheitsgrad der Soziotherapie, verbreitete Wissensdefizite von (potenziell) verordnungsberechtigten Personen sowie das fehlende Interesse der Krankenkassen an einer weiteren Etablierung dieser Gesundheitsleistung. Auch bürokratische Hindernisse und die teilweise unauskömmliche

Honorierung für Leistungserbringende wurden bemängelt. Allerdings ist dabei anzumerken, dass die Studie in Nordrhein-Westfalen stattfand; hier konnten in den letzten Jahren deutlich höhere Vergütungssätze ausgehandelt werden als in anderen Bundesländern. In Nordrhein-Westfalen wird Soziotherapie mit einem Stundensatz von derzeit 72 Euro vergütet, zuzüglich einer Hausbesuchspauschale. Demgegenüber liegt der aktuelle Vergütungssatz im Hessen nur bei 34 Euro pro Stunde. Vor diesem Hintergrund wäre – analog zu ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen – ein bundesweit einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für die Abrechnung soziotherapeutischer Leistungen wünschenswert. Dies würde sehr wahrscheinlich zu einer deutlichen Zunahme von Leistungsanbieter*innen führen und eine flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie nachhaltig fördern.

Literatur:

- Bühning, P. (2019): **Ambulante Soziotherapie: „Viele haben aufgegeben“**. In: Deutsches Ärzteblatt, 116: A-1006.
- G-BA (2008): **Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie. Evaluationsbericht**. Online abrufbar: <https://bit.ly/43AzVP3> (14.07.2025)
- G-BA (2021): **Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL in der Version vom 01.04.2021**. Online abrufbar: <https://bit.ly/3X04nyZ> (14.07.2025)
- Josuttis, J. (2020): **Umsetzungshindernisse der Soziotherapie in Deutschland**. Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag.
- Jungbauer, J.; Stahl, V.; Berg, M.; Kahl, Y. (2025): **Ambulante Soziotherapie für psychisch erkrankte Menschen: Eine qualitative Studie zu Erfahrungen, Problemanzeigen und Handlungsempfehlungen aus der Praxis**. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 55(3), S. 33–37.
- Kahl, Y.; Neubauer, M.; Berg, M.; Jungbauer, J. (2025): **Zur Bewertung der ambulanten Soziotherapie nach § 73a SGB V – Ergebnisse einer Expert*innenbefragung**. In: Soziale Arbeit, 74 (4), S. 122–129.
- Ließem, H. (2019): **Soziotherapie in Deutschland: Arbeitsbuch für das Jahr 2019**. Göttingen: Debux Verlag.
- Mayring, M. (2022): **Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken**. Weinheim: Beltz.
- Ohling, M. (2020): **Ambulante Soziotherapie mit psychisch Kranken**. In: Lammel, U. A.; Pauls, H. (Hg.): Sozialtherapie: sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. 2. Aufl. Dortmund: Verlag modernes lernen, S. 128–136.
- Spang, J.; Berg, M.; Kahl, Y.; Jungbauer, J. (2025 i. E.): **Nutzen und Hemmnisse der Soziotherapie nach §37a SGB V für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine Befragung von Leitungskräften in Nordrhein-Westfalen**. In: Soziale Psychiatrie, 49(3).

Die sozialtherapeutische Weiterbildung kommt! Erwerb von Behandlungskompetenzen auf der Grundlage der Klinischen Sozialarbeit

Dario Deloie & Elke Gemeinhardt

Nach intensiven und konstruktiven Diskussionen hat die Sektion Klinische Sozialarbeit (DGSA) das von der „Arbeitsgruppe Sozialtherapie“ erarbeitete Weiterbildungscurriculum zur Sozialtherapie genehmigt. Die erste Weiterbildungsgruppe wird voraussichtlich im Sommer/Herbst 2026 in Kooperation mit einem Bildungsträger starten.

Trotz der erfolgreichen Implementierung von klinisch/therapeutisch-sozialarbeiterischen Masterstudiengängen an verschiedenen Hochschulen waren aus unserer Sicht drei Aspekte maßgeblich, um den weiteren Schritt in Richtung einer fokussierten sozialklinischen Professionsbildung zu gehen:

(a) Zunächst ist die unzureichende Versorgung einer Gruppe von Adressat*innen zu nennen, die durch multiple soziale und gesundheitliche Problemlagen belastet ist und durch die aktuelle Versorgungslandschaft nicht im ausreichenden Maße erreicht wird (Giertz et al. 2021). In aktuellen Studien und wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird die hohe Signifikanz sozialtherapeutischer Arbeit für eine Vielzahl unterschiedlicher Handlungsfelder und Zielgruppen evident (vgl. Hahn 2020; Kröger 2020; Gahleitner & Cubasch-König 2020; Röh 2022; Romanowski-Kirchner 2022).

(b) Aus der Praxis werden wiederholt Bedarfe nach spezialisierten sozialtherapeutischen Fachkräften artikuliert.

(c) Eine Bedarfsstudie zur Weiterbildung in Sozialtherapie aus dem Jahre 2023 konnte ein hohes Interesse (71 %) an einer Weiterbildung in Sozialtherapie bei Absolvent*innen der klinisch/therapeutisch-sozialarbeiterischen Masterstudiengänge aufzeigen (Deloie & Kröger 2023 a/b).

Die geplante zweijährige Weiterbildung wendet sich explizit an Absolvent*innen von klinisch/therapeutisch/beraterisch ausgerichteten Masterstudiengängen im Bereich der Sozialen Arbeit. In Einzelfällen, die mit der „AG Sozialtherapie“ zu klären sind, können auch Ausnahmen zugelassen werden. Das Programm ist darauf ausgerichtet, sozialtherapeutische Fertigkeiten und Fähigkeiten auf intensive und praxisnahe Weise zu vermitteln. Die Ausbildung wird mit einer Gruppengröße von ca. 16 bis 18 Teilnehmenden durchgeführt, sie ist kompetenz-, prozess- sowie selbsterfahrungsorientiert gestaltet und findet in Präsenz statt. Die Leitung liegt in den Händen von sozialtherapeutisch erfahrenen Lehrtherapeut*innen. Die zukünftigen Sozialtherapeut*innen werden somit zu Spezialist*innen für Menschen, in deren Krankheits- und Genesungsprozess die soziale Eingebundenheit – das Soziale – im Zentrum steht.

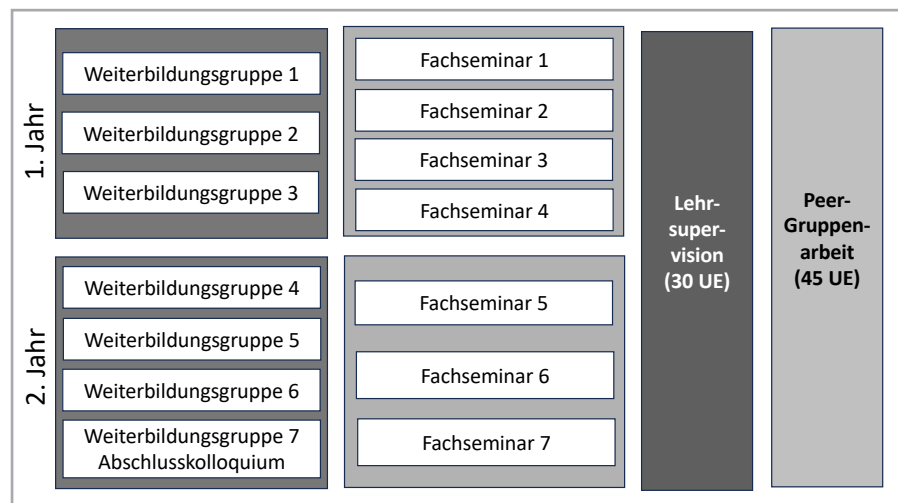
Nach Abschluss verfügen die Sozialtherapeut*innen über Kompetenzen, indikationsspezifisch unterschiedliche

sozialdiagnostische und sozialtherapeutische Interventionen einzusetzen. Das vorliegende Bildungsangebot zielt darauf ab, die Lebensqualität und sozial-gesundheitliche Situationen der Adressat*innen, unabhängig von Alter und spezifischer Erkrankung, zu verbessern. Für bestimmte nosologische Gruppen wird es Vertiefungsmodule geben.

Wie ist die Weiterbildung konkret konzipiert? Im Zentrum der zweijährigen Weiterbildung steht die Weiterbildungsgruppe, die sich fortlaufend über die gesamte Weiterbildungszeit trifft. Der Fokus liegt auf der intensiven Einübung von sozialtherapeutischen Interventionen in unterschiedlichen Settings inklusive Sozialer Diagnostik. Die Weiterbildungsgruppe-Gruppe fungiert dabei als Erfahrungs- und Übungsraum.

Die Weiterbildung wird darüber hinaus durch sieben Fachseminare getragen. Im Fachseminar 1 stehen die Grundlagen der Sozialtherapie (inklusive Kooperation im Sozial- und Gesundheitswesen) im Zentrum. Im Rahmen des

Abbildung 1: Ablauf der Weiterbildung Sozialtherapie



Fachseminars 2 werden Kenntnisse in den Bereichen Gesundheits- und Krankheitstheorien sowie psychosoziale Pathologie erarbeitet. Im Fachseminar 3 und 4 werden die Themen Reflexion und Gruppensupervision mit Fallarbeit, Kasuistik und Prozessplanung behandelt. Im Rahmen der Seminare 5 bis 7 werden sozialtherapeutische Kenntnisse in der Arbeit mit Traumafolgestörungen, Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen vermittelt.

Lehrsupervision inklusive biographischer Selbstreflexion (30 Stunden) wird in der Dyade durch zertifizierte Fachkräfte durchgeführt. Die Teilnehmenden schließen sich selbstorganisiert zu Studien- und Theoriegruppen mit einem Umfang von 45 Stunden zusammen.

Als Gesamtprodukt von Selbstentwicklung, Auseinandersetzung mit Modellen und Theorien sowie dem Einüben von Interventionen steht die Schärfung

der schon vorher vorhandenen Haltung in Richtung eines sozialtherapeutischen Professionsverständnisses im Fokus.

Die Weiterbildung endet mit einer Prüfung, in deren Vorlauf die Teilnehmenden ein sozialtherapeutisches Behandlungsjournal erstellt haben. In einem Kolloquium werden die Behandlungsjournale abschließend diskutiert.

Wir freuen uns auf den Start!

Literatur:

Deloie, D.; Kröger, C. (2023a): **Postgraduale Weiterbildung in Sozialtherapie. Eine Bedarfsanalyse aus den Perspektiven von Studierenden und Fachkräften.** In: Soziale Arbeit, 72(11), S. 414–421.

Deloie, D.; Kröger, C. (2023b): **Weiterbildung in Sozialtherapie ... Qualifizierungsweg mit Zukunft?! Zum Bedarf sozialtherapeutischer Weiterbildungsangebote aus Sicht von Studierenden und Fachkräften der Klinischen Sozialarbeit.** In: Klinische Sozialarbeit, 19(1), S. 9–12.

Gahleitner, S. B.; Cubasch-König, C. (2020): **Ein sozialtherapeutisches Modell in der Arbeit mit komplexen Traumafolgestörungen.** In: Lammel,

U. A.; Pauls, H. (Hg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung (2., durchges. Aufl.). Dortmund: Verlag modernes lernen, S. 179–193.

Giertz, K.; Große, L.; Gahleitner, S. B. (Hg.) (2021): **Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen** (1. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.

Hahn, G. (2020): **Sozialtherapie mit straffällig gewordenen Menschen.** In: Bösel, M.; Gahleitner, S. B. (Hg.): Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 176–168.

Kröger, C. (2020): **Sozialtherapeutische Unterstützung von Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.** In: Bösel, M.;

Gahleitner, S. B. (Hg.): Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 208–217.

Romanowski-Kirchner, C. (2022): **Sozialtherapeutische Potenziale in den Erziehungs- und Eingliederungshilfen. Reflexionen aus einer Nutzer*innen Studie.** In: Klinische Sozialarbeit, 18(2), S. 9–11.

Röh, D. (2022): **Sozialtherapie als zentrales Konzept qualifizierter Assistenz.** In: Giertz, K.; Große, L.; Röh, D. (Hg.): Soziale Teilhabe professionell fördern – Grundlagen und Methoden der Unterstützung. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 77–89.

Anzeige



Fit für die Praxis

zu allen Themen rund um die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

www.dvsg.org - Veranstaltungen - Veranstaltungskalender

