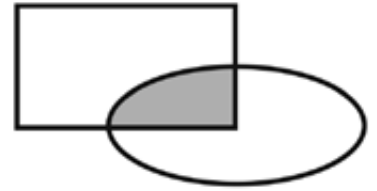


KLINISCHE SOZIALARBEIT

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 Süsstrunk, 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 (DGFS), Lehrender für Systemische Therapie und Beratung (DGFS). 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 (DGFS/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 Steckermaier, 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://klinischesozialarbeit.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

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 Hilfeeinrichtung. 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 Hilfef Kontext 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 professionellen

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 emotionale
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 sensibles Feld, insbesondere bei Klient*innen mit negativen sozialen Erfahrungen. Wie eine Fachperson festhält: „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.

Pantuček-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*. Högberg: ZKS-Verlag, S. 61–84.

Schiepek, G.; Cremers, S. (2003): **Ressourcenorientierung und Ressourcen diagnostik 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.; Rügger, 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.; Alberstern, C.; Gahleitner, B. (Hg.): *Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie. Zwischenmenschliche Beziehungen stärken – soziale Einbindung fördern*. Högberg: 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