kassel
university
press

Soziale Therapie in der Suchtkrankenhilfe

Gegenwärtige Situation - Erfolgreiche Modelle - Perspektiven

Peter Olm

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Sozialwesen - der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. med. Dieter Ohlmeier
Zweiter Gutachter: Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Tag der mündlichen Prüfung 12. Dezember 2003

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2003
ISBN 3-89958-053-2

© 2004, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsschutzgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: 5 Büro für Gestaltung, Kassel
Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel
Printed in Germany

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die an der Entstehung dieser Arbeit beteiligt waren. Allen voran Herrn Professor Dr. Dieter Ohlmeier und Herrn Professor Dr. Ulrich Sachsse für die Betreuung und intensive Begleitung. Mein Dank gilt zudem den Mitarbeiter(innen) der Fachklinik „Auf der Egge“, insbesondere Herrn Dr. Manfred Steinhauer.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
TABELLENVERZEICHNIS		6
DARSTELLUNGSVERZEICHNIS		7
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS		8
EINLEITUNG		9
1	**BEGRIFFSKLÄRUNGEN**	13
1.1.	Abhängigkeit und Sucht	13
1.2.	Alkoholrückfall und „trockener Rückfall“	18
1.3.	Suchtverständnis	20
1.4	Psychotherapie	22
1.5	Psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne des Psychotherapeutengesetzes	25
1.6	Beratung	27
1.7	Die Abgrenzung von Beratung und Therapie	30
1.8	Soziotherapie	32
1.9	Klinische Sozialarbeit	35
1.10	Sozialtherapie	40
2	**THERAPIE DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT**	50
2.1	Tiefenpsychologische Beiträge	52
2.2	Lerntheoretische/verhaltenstherapeutische Beiträge	53
2.3	Systemisch-lösungsorientierte Beiträge	56
3	**WEITERBILDUNGEN IN SOZIALTHERAPIE**	60
3.1	Forschungsinteresse	60
3.2	Die Empfehlungsvereinbarung Sucht	60
3.3	Die Kriterien der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)	66
3.3.1	Formale Kriterien	66
3.3.2	Inhaltliche Kriterien	67
3.4	Forschungsdesign	69
3.4.1	Fragestellung der Untersuchung	69
3.4.2	Durchführung	70
3.5	Ergebnisse	70
3.5.1	Geprüfte und zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen	71
3.5.1.1	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (analytisch orientiert)	72

3.5.1.2	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (verhaltenstherapeutisch orientiert)	73
3.5.1.3	Landschaftsverband Westfalen-Lippe (analytisch orientiert)	74
3.5.1.4	Landschaftsverband Westfalen-Lippe (verhaltentherapeutisch orientiert)	76
3.5.1.5	Katholische Fachhochschule NRW	77
3.5.1.6	Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (Fritz Perls Institut)	79
3.5.1.7	Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR)	80
3.5.1.8	Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD)	81
3.5.1.9	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie GwG)	82
3.5.1.10	Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung	84
3.5.2	Nicht geprüfte oder zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen	85
3.5.2.1	Burckhardt-Haus	85
3.5.2.2	Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit (DBSH-Institut)	87
3.6	Zusammenfassung	90
4	**EXPERTENINTERVIEWS**	93
4.1	Forschungsinteresse	93
4.2	Forschungsdesign	93
4.3	Die Untersuchungsgruppe	95
4.4	Durchführung	96
4.5	Interviewfragen	96
4.6	Analyse	97
4.6.1	Biographische Daten	97
4.6.2	Auswertung der Interviews	98
4.6.2.1	Interview Rolf Hüllinghaus	98
4.6.2.2	Interview Irene Helas	99
4.6.2.3	Interview Klaus Hitzges	99
4.7	Darstellung der Ergebnisse	100
4.8	Zusammenfassung der Ergebnisse	102
4.8.1	Sozialtherapie als allgemeines Handlungskonzept	102
4.8.2	Sozialtherapie als spezifisches Behandlungskonzept	103
4.8.3	Sozialtherapie als spezifisches Beeinflussungskonzept von sozialen Strukturen	104
5	**SOZIALTHERAPIE IN DER PRAXIS – DIE FACHKLINIK**	105
5.1	Forschungsinteresse	105
5.2	Die Rehabilitation Alkoholabhängiger	105
5.3	Forschungsdesign	108
5.3.1	Auswahl der Einrichtung	108
5.3.1.1	Die Fachklinik „Auf der Egge“	109

5.3.1.2 Das Therapiekonzept/Behandlungsprogramm 109
5.3.1.3 Psychosozial orientierte Entwöhnungsbehandlung 114
5.3.1.4 Das Therapeutenteam 115
5.3.1.5 Die Patientengruppe 116

6 Was meinen die Leistungsabnehmer dazu? 119

6.1 Forschungsinteresse 119
6.2 Forschungsdesign 119
6.3 Auswahl der Untersuchungsgruppe 121
6.4 Durchführung 121
6.5 Interviewfragen 122
6.6 Auswertung 123
6.6.1 Vergleich mit anderen Einrichtungen 127
6.6.2 Was erleben die Leistungsabnehmer als besonders hilfreich 129
6.6.3 Was erleben die Leistungsabnehmer als besonders hinderlich 131
6.6.4 Vergleich der zwei Abteilungen 133
6.7 Zusammenfassung und Ergebnisse 135

7 MODELL EINER SOZIALEN THERAPIE FÜR ALKOHOLABHÄNGIGE 137

7.1 Protektive Faktoren im Entwicklungsverlauf 139
7.2 Soziale Therapie in der Suchtkrankenhilfe – Strukturelemente eines Modells 141
7.2.1 Strukturelement Theorie 141
7.2.2 Strukturelement Gegenstand 143
7.2.3 Strukturelement Forschung 144
7.2.4 Strukturelement Praxis 144
7.2.4.1 Bedarf 144
7.2.4.2 Interventionsformen 146
7.2.4.3 Ausbildung 146
7.2.4.3.1 Formale Anforderungen 150
7.2.4.3.2 Inhaltliche Anforderungen 151
7.3 Sozialtherapeutisches Fallverstehen 152
7.3.1 Institution 158
7.3.2 Berater(in) 159
7.3.3 Soziales Umfeld 161
7.3.4 Klient(in) 162

LITERATURVERZEICHNIS 165

TABELLENVERZEICHNIS

Nr.	Titel	Seite
1	Abhängigkeitssyndrom	15
2	Schädlicher Gebrauch – Missbrauch	16
3	Gegenüberstellung der berufsbegleitenden Weiterbildung „Sozialtherapie DBSH“ mit der Zertifizierung „Klinische Sozialarbeit“	38
4	Standards der Sozialtherapie	45
5	Grundelemente einer Sozialen Therapie	47
6	Gegenüberstellung von Psychotherapie und Sozialtherapie	49
7	Aufgabenstellung der einzelnen Professionen	62
8	Fragen zu den Weiterbildungsgängen	69
9	Geprüfte und zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen	71
10	GvS – analytisch orientiert	72
11	GvS – verhaltenstherapeutisch orientiert	73
12	LWL – analytisch orientiert	75
13	LWL – verhaltenstherapeutisch orientiert	76
14	Katholische Fachhochschule NRW	78
15	Fritz Perls Institut	80
16	FDR	81
17	Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren	81
18	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie	83
19	Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung	84
20	Nicht geprüfte oder zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen	85
21	Burckhardthaus Gelnhausen	86
22	DBSH-Institut	88
23	Übersicht der Weiterbildungen	90
24	Fragen an die Experten	96
25	Biographische Daten der Experten	98
26	Experteninterviews Frage 1-5	100
27	Experteninterviews Frage 6-8	101
28	Experteninterviews Frage 9	101
29	Gegenüberstellung der Wochenpläne	110
30	Beratungsbüro „Der Weg in den Beruf“	111
31	Beratungsbüro „Adaption/Nachsorge“	112
32	Differentialdiagnose	112
33	Ziele der medizinischen Rehabilitation	113
34	Behandlungsziele	113
35	Ziele der psychosozial-orientierten Entwöhnungsbehandlung	114
36	Kennzeichen der Psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung	115
37	Psychotherapie-Station	116
38	Psychosozial-orientierte Station	116
39	Interviewfragen	122
40	Erste Patientengruppe 1992	126
41	Frage 7/ Kategorien und Forschungsinteresse	127
42	Frage 7 / Ergebnisse	128

43	Frage 8 / Kategorien und Forschungsinteresse	129
44	Frage 8 / Ergebnisse	130
45	Frage 9 / Kategorien und Forschungsinteresse	131
46	Frage 9 / Ergebnisse	132
47	Frage 10 / Kategorien und Forschungsinteresse	133
48	Frage 10 / Ergebnisse	134
49	Leistungsabnehmer erleben als besonders hilfreich	138
50	Strukturelemente einer Wissenschaft	141
51	Interventionsformen Sozialer Therapie	146

DARSTELLUNGSVERZEICHNIS

Nr.	**Titel**	**Seite**
1	Bedingungsgefüge des Alkoholismus	17
2	Diagramm Sozialtherapie / Burckhardthaus	87
3	Therapeutenverteilung	115
4	Alter	123
5	Gender	124
6	Aktuelle Behandlungszeit	124
7	Therapievorerfahrung	124
8	Wahl der Einrichtung	125
9	Sozialtherapeutische Ausbildung	149
10	Strukturschema Sozialer Therapie unter Einbeziehung der Zeitachse	157

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Bd.	Band
BvwG	Bundesverwaltungsgericht
BvfG	Bundesverfassungsgericht
Bzw.	beziehungsweise
Ca.	circa
Darst.	Darstellung
d. h.	das heißt
DAGG	Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik
DGSv	Deutsche Gesellschaft für Supervision
DBSH	Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
DSM-IV	Diagnostisches Manual psychischer Störungen
DVG	Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie
EAP	Europäischer Dachverband für Psychotherapie
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
FH	Fachhochschule
FPI	Fritz Perls Institut
GvS	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk
HPG	Heilpraktiker-Gesetz
Hg.	Herausgeber
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
inkl.	Inklusive
Jg.	Jahrgang
Kap.	Kapitel
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
m. E.	meines Erachtens
NLP	Neurolinguistische Programmierung
Nr.	Nummer
o. J.	ohne Jahr
PsychPV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychThG	Psychotherapeuten-Gesetz
S.	Seite
sog.	so genannte (n)
Tab.	Tabelle
UE	Unterrichtseinheit(en)
Usw.	und so weiter
VDR	Verband der Rentenversicherungsträger
Vgl.	Vergleiche
Zit. n.	Zitiert nach
ZKS	Zentralstelle Klinische Sozialarbeit

EINLEITUNG

Zu Beginn dieser Arbeit schien die sozialtherapeutische Welt noch in Ordnung. An der Universität Kassel konnte Frau/Mann Soziale Therapie studieren, das Psychotherapeutengesetz war zwar in der Diskussion, schien aber noch in weiter Ferne, es gab gerade einmal sieben (2003 sind es elf) vom Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen in Sozialtherapie. Masterstudiengänge mit therapeutischem Schwerpunkt waren noch nicht konzipiert und klinische Sozialarbeit war bei den Praktiker/innen kein Thema.

Man könnte diese Arbeit auch als einen Abgesang auf die Sozialtherapie missverstehen. Auf der anderen Seite bieten alle die von mir skizzierten Veränderungen aber auch die Chance, Soziale Therapie neu zu positionieren. Dabei muss Soziale Therapie keineswegs neu entdeckt bzw. entwickelt werden. Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen, Konzepte, Sozialtherapeutische Einrichtungen und Zusatzausbildungen.

Die vorliegende Arbeit ist in sieben Hauptteile gegliedert. Im ersten Kapitel werden, ausgehend von der Ätiologie und Pathogenese der Alkoholabhängigkeit, grundlegende Begriffe erläutert. Ausführlich gehe ich auf Beratungs- und Therapiekonzepte ein, um dann später im siebten Kapitel, ein Modell Sozialer Therapie für Alkoholabhängige, in Ausbildung und Anwendung sowie in Abgrenzung zur Beratung und Psychotherapie vorzustellen.

Die Suchtkrankenhilfe hat sich als **das** therapeutische Arbeitsfeld der Sozialarbeit / Sozialpädagogik entwickelt. In keinem anderen Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit ist die Therapeutisierung, Standardisierung sowie Professionalisierung so weit fortgeschritten, wie in der Suchtkrankenhilfe.

Auch zeigt Baten u. a. (o. J.), dass der Großteil der in der Suchtkrankenhilfe beschäftigten professionellen Mitarbeiter(innen) aus dem Bereich Sozialarbeit/Sozialpädagogik stammt. Von den therapeutischen Mitarbeiter(innen) in ambulanten Beratungsstellen der Suchtkrankenhilfe gehören mehr als 70 Prozent der Berufsgruppe der Sozialarbei-

ter(innen) und Sozialpädagog(innen) an (vgl. IFT 1996).[1] In den durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modelleinrichtungen "Case Management" sind etwa drei Viertel der Case Manager Diplom- Sozialarbeiter(innen) bzw. – Sozialpädagog(innen) (vgl. FOGS).

Parallel zur Entwicklung der Suchtkrankenhilfe haben sich Weiterbildungslehrgänge in Sozialtherapie entwickelt. Die analytisch-orientierte und die verhaltenstherapeutische Sozialtherapie des Gesamtverbandes Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche waren die ersten und lange Zeit die einzigen Zusatzausbildungen, die vom VDR (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) zur Anerkennung empfohlen wurden. 1999 waren es insgesamt sieben Zusatzausbildungen, die der VDR zur Anerkennung empfohlen hat. Diese Zusatzausbildungen werden von mir im vierten Kapitel vorgestellt, verglichen und bewertet. Hierbei werden von mir jedoch ökonomische, juristische und bildungspolitische Rahmenbedingungen der Sozialarbeiter/ innenausbildung ausgeklammert.

Neben Literaturrecherchen werden über Experteninterviews Informationen über Ansichten – in der vorliegenden Arbeit von Sozialer Therapie - erschlossen. Insgesamt wurden drei Einzelinterviews mit Experten (1 weiblich / 2 männlich) unterschiedlicher Bereiche, Regionen und Anstellungsträger durchgeführt. Auswahlkriterium war ein Expertenwissen sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene. Befragt wurden: Frau Irene Helas, Herr Rolf Hüllinghorst und Herr Klaus Hitzges. Die von mir befragten Experten und die Expertin vertreten die wichtigsten Spitzenverbände der Suchtkrankenhilfe in der BRD.

Die Verbände sind maßgeblich an der Entwicklung der Therapie Suchtkranker beteiligt:

- Herr Rolf Hüllinghorst von der DHS[2]
- Frau Irene Helas von der der GvS[3]
- Herr Klaus Hitzges vom DBSH[4]

1 Vgl. auch: EBIS-Statitsik 1999, zitiert in: Sarrazin, Eine Bestandsaufnahme – 6 Jahre durch den VDR zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen Sucht, Zeitschrift Konturen, Heft 1/2001, S. 8ff. Ihre Tätigkeit ist sicherlich nicht nur darauf gerichtet, die soziale Kompetenz der Rehabilitanden zu verbessern; Niemeyer & Stähler; 31

2 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (ehem. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren)

3 Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD

4 Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik

Neben den Verbands- /Expertensichtweisen sowie den Ausbildungskonzepten wird Soziale Therapie durch die Praxis selbst definiert. Exemplarisch für die Vielfalt sozialtherapeutischer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe werde ich ein erfolgreiches Modell sozialtherapeutischer Arbeit vorstellen.

Interessant sind die Sichtweisen der Leistungsabnehmer(innen) (Patienten und Patientinnen) zur Therapie, deren Einschätzung von bedeutender Größe ist. Die Fachklinik „Auf der Egge“ (Arnsberg) bietet eine so genannte „**psychosozial orientierte Behandlung**“ für Suchtmittelabhängige an. Im Jahre 1992 als Modell gestartet, bietet die Klinik heute 92 Behandlungsplätze für Menschen, die neben ihrer Alkohol-/Suchterkrankung noch weitere psychische oder medizinische Probleme (Komorbidität) aufweisen. Neben der Frage wie dort Sozialtherapie praktisch umgesetzt wird, interessierten mich die Sichtweisen der Leistungsabnehmer(inn)en.

Einschlägige Literatur zur Sozialtherapie werde ich vorstellen und soweit es für diese Arbeit, und hier vor allem für die Differenzierung der sozialtherapeutischen Vorgehensweise in der Suchtkrankenhilfe von Bedeutung ist, diskutieren. Ich spare mir eine philosophische und wissenschaftstheoretische Auseinandersetzung mit dem Sozialtherapiebegriff und verweise hier auf die Veröffentlichungen von Gildemeister (1992; 2001), Knoll (1997; 2000), Schiedeck (1985) und Schwendter (2000).

Knoll beschreibt die Entwicklung der Sozialtherapie im psychiatrischen Arbeitsfeld. Schiedeck zeigt in seiner Dissertation die Entwicklung der Sozialtherapie auf und arbeitet die Unterschiede zur Sozialpädagogik heraus. Von Gildemeister stammen zahlreiche Grundsatzartikel zur Theoriebildung einer Sozialen Therapie. Schwendter geht in seiner „Einführung in die Soziale Therapie“, ausführlich auf die Interventionsformen ein.

Das siebte Kapitel zeigt eine Art **Meta-Modell** der Sozialen Therapie für Alkoholabhängige, wobei der Schwerpunkt meiner Ausarbeitung auf Ausbildung und Anwendung liegt. Außerdem werde ich die Begriffsklärung und Begriffsbildung der Sozialen Therapie erörtern, und ich hoffe, damit einen Beitrag zur Positionierung von Sozialer Therapie zu leisten.

Die Fachhochschulen, Gesamthochschulen und Universitäten sind die Ausbildungsstätten der Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen) und prägen implizit/explizit den Begriff Soziale Therapie mit. Die Evangelische Fachhochschule Darmstadt hatte einen eigenen Studiengang Sozialtherapie, andere Fachhochschulen bzw. Universitäten bieten Seminare bzw. Schwerpunktbildungen in Sozialer Therapie/Sozialtherapie an. Zahlreiche Fachhochschulen kennen ihren Vorlesungsverzeichnissen nach, den Begriff der Sozialen Therapie/Sozialtherapie nicht.

Seit geraumer Zeit prägt der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ die Hochschullandschaft mit. Es scheint, als verdränge er die Soziale Therapie. Neben Masterstudiengängen sowie Weiterbildungslehrgängen bietet die Fachhochschule in Coburg eine Zertifizierungsstelle „zum(zur) Fachsozialarbeiter(in) Klinische Sozialarbeit/Clinical Social worker.“

Die Verabschiedung und das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes hat zu großen Verunsicherungen in der Suchtkrankenhilfe geführt. Inwieweit dieses Gesetz Auswirkungen auf die Ausbildungen der Sozialtherapeut(inn)en haben wird, stellt eine meiner grundlegenden Fragestellungen dar.

1 BEGRIFFSKLÄRUNGEN

1.1 Abhängigkeit und Sucht

In der Fachliteratur werden unterschiedliche Definitionen der Begriffe „Abhängigkeit“ und „Sucht“ verwendet, die zum Teil erheblich voneinander differieren. Ebenso wurden lange Diskussionen über die Abgrenzung zwischen Missbrauch, Abhängigkeit und Sucht geführt. Da der Begriff „Sucht“ jedoch definitorisch mehrfach besetzt ist (z. B. Gelbsucht, Schwindsucht, usw.) hat die WHO 1968 den Begriff „Sucht“ durch den Begriff „Abhängigkeit“ ersetzt.[5] Im Zusammenhang mit nichtstoffgebundenen Süchten (wie Spielsucht, Ess-Sucht, Arbeitssucht usw.) wird er nach wie vor benutzt. Die Diskussion über diese Begriffe ist nicht Bestandteil der vorliegenden Arbeit. Vielmehr sollen folgende Begriffsklärungen maßgeblich sein: Der Diagnoseschlüssel[6] der Weltgesundheitsorganisation (1993) definiert Abhängigkeit folgendermaßen:

> *„Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betreffende Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren“* (S. 92).

Alkoholabhängigkeit ist eines der größten sozialmedizinischen Probleme in den Industrienationen. Ein Indikator für das Ausmaß des Problems ist die Verbreitung des Alkoholkonsums. Alkohol ist mit großem Abstand nach wie vor das Suchtmittel Nummer eins: Rund 2,5 Millionen Bundesbürger sind alkoholabhängig, davon sind etwa zwei Drittel Männer (vgl. DHS; Jahrbuch Sucht). Edwards (vgl. 1986), unterscheidet folgende Elemente einer Abhängigkeit:

1. Die Verengung des Trinkrepertoires

---

[5] Vgl. ICD-10 der WHO

[6] In der Diagnostik der Abhängigkeiten kommen drei Diagnosemanuale zur Anwendung: Der ICD-10 der WHO sowie der DSM-IV der American Psychiatric Association. Eine grobe Gegenüberstellung beider Codierungen findet sich im DSM-IV (S.31). 1996 erschien außerdem die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik). Die Intention der Herausgeber ist eine Betonung der psychodynamischen Aspekte, sowie der psychoanalytischen Diagnose.

Im Laufe der Zeit konzentriert sich das Alkoholtrinken bei Alkoholabhängigen immer mehr auf die Erleichterung, Dämpfung oder Vermeidung von Alkoholentzugserscheinungen. Edwards Ansicht nach, trinkt der Abhängige im Laufe der Zeit immer mehr, unabhängig von seiner Stimmung, der Situation, dem jeweiligen Tag bzw. der Gesellschaft, in der er sich befindet.

2. Der Vorrang des Trinkens

Im Laufe der Zeit nimmt der Alkoholkonsum den wichtigsten Platz im Leben eines Alkoholkranken ein.

3. Erhöhte Alkoholtoleranz

Da Alkohol eine Droge ist, an die sich das Zentralnervensystem (ZNS) gewöhnt, entwickelt der Körper eine Toleranz gegenüber dem Alkohol. Im Straßenverkehr zeugen die hohen Blutalkoholwerte der alkoholauffälligen Kraftfahrer von diesem Gewöhnungsprozess.

4. Wiederkehrende Entzugserscheinungen

Das Spektrum von leichten bis hin zu schweren Entzugserscheinungen ist vielfältig. Edwards folgend können vier Schlüsselsymptome unterschieden werden: Zittern, Brechreiz, Schwitzen und Verstimmung.

5. Linderung oder Vermeidung von Entzugserscheinungen durch erneutes Trinken

Durch erneutes Alkoholtrinken vermeidet bzw. lindert der Abhängige seine Entzugserscheinungen. Der Suchtkranke lernt im Laufe der Zeit mit seinen Entzugserscheinungen zu leben und trainiert sich bestimmte Trinkgewohnheiten an. Er meidet z.B. Situationen, in denen er keinen Alkohol trinken kann oder legt sich einen Alkoholvorrat an.

6. Das subjektive Empfinden der Zwanghaftigkeit

Die Betroffenen verspüren subjektiv ein starkes Bedürfnis nach Alkohol und können Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums kaum noch kontrollieren.

7. Die wiedereinsetzende Abhängigkeit nach erreichter Abstinenz

Die Abhängigkeit stellt sich sehr schnell wieder ein, wenn das Trinken nach einer Zeit der Abstinenz wieder aufgenommen wird.

Tab. 1: Abhängigkeitssyndrom

Abhängigkeitssyndrom		
ICD10 (F10.2)		**DSM-IV (303.90)**
Die Diagnose sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres mindesten drei der Kriterien erfüllt waren:		Wenigstens drei der folgenden Kriterien (innerhalb von 12 Monaten) sind für die Diagnose erforderlich:
1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren		4. Anhaltender Wunsch oder mindestens ein erfolgloser Versuch, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung oder Menge des Alkoholkonsums		3. Alkohol wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen
3. Ein körperliches Entzugssyndrom Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern		2a. Charakteristische Entzugssymptome a) charakteristisches Entzugssyndrom b) dieselbe Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden
4. Nachweis einer Toleranz Für eine Intoxikation oder um den erwünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen Alkohol konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf		1. Ausgeprägte Toleranzentwicklung a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis
6. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Alkoholgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwendet, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen		5. Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, zu sich zu nehmen, oder sich von den Folgen zu erholen
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkohols		6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt
8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte		7. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Alkoholkonsum verursacht oder verstärkt wurde

Tab. 2: Schädlicher Gebrauch / Missbrauch[7]

Schädlicher Gebrauch / Missbrauch		
ICD-10 (F10.1)		**DSM-IV (305.00)**
A. Deutlicher Nachweis, dass der Alkoholgebrauch verantwortlich ist (oder dazu beigetragen hat) für die körperlichen oder psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderungen oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann		A) Ein unangepasstes Konsummuster aus wenigstens einem der folgenden Kriterien innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums
B. Die Art der Schädigung sollte klar festgestellt und bezeichnet werden können		1. Wiederholter Substanzkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
C. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf		2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
		3. Wiederholte Probleme mit dem Gesetz, in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum
		4. Fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanzen verursacht oder verstärkt werden
D. Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltens-Störung nicht zu		B. Die Kriterien für eine Abhängigkeit wurden zu keinem Zeitpunkt erfüllt

In den Darstellungen der beiden Diagnosesysteme, die auf Edwards (1976) beruhen, werden die korrespondierenden Symptomatiken im ICD-10[8] und im DSM-IV[9] gegenübergestellt.

Der DSM-IV (1998) unterscheidet zwischen der **Substanzabhängigkeit** und dem **Substanzmissbrauch**, der sich von der Abhängigkeit darin unterscheidet, dass keine Entzugserscheinungen und keine Toleranzentwicklung zu beobachten sind.

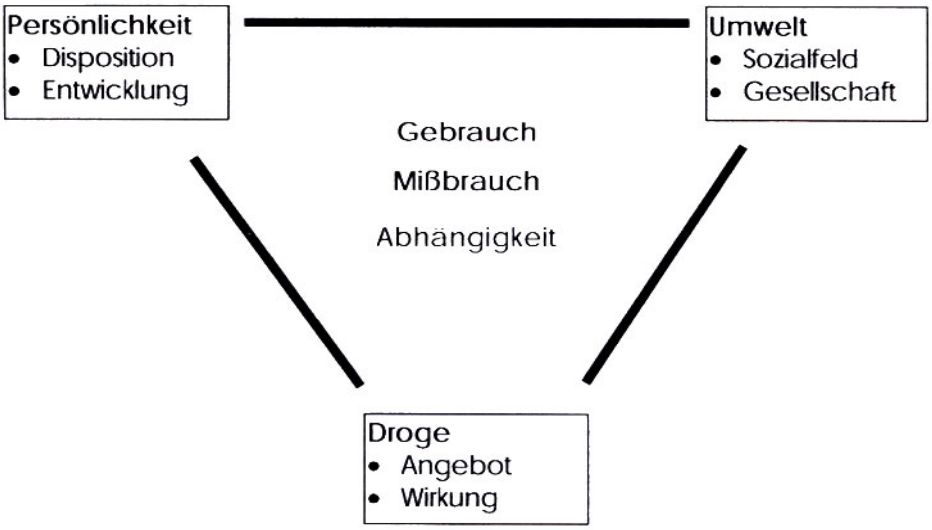
Nach Feuerlein (1998) lassen sich fünf Definitionskriterien für eine Alkoholabhängigkeit zusammenfassen:

[7] Der Begriff des schädlichen Konsums hat weitgehend den Begriff Missbrauch abgelöst.
[8] WHO (World Health Organisation)
[9] APA (American Psychiatric Association)

1. Abnormes Trinkverhalten
2. Somatische alkoholbezogene Schäden
3. Psychosoziale alkoholbezogene Schäden
4. Entwicklung von Toleranz und Entzugssyndrom
5. Entwicklung von Entzugssymptomen (u. a. Kontrollverlust).

Auf Kielholz & Ladewig (1972; zit. n. Feuerlein 1998; 16) beruht auch die folgende Darstellung, die als „**Suchtdreieck**“ in vielen Veröffentlichungen zu finden ist. Es betont ein multikonditionales Entstehungsmodell für die Ausbildung einer Abhängigkeit. Eine Vielzahl von Faktoren spielen bei der Entwicklung einer Abhängigkeit ein Rolle. Das Trias-Konzept der Schweizer Mediziner basiert auf der Annahme, dass Drogenmissbrauch ein Resultat des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren in der Person (z. B. Disposition, individuelle Lebensgeschichte, Lebensalter, körperliche Konstitution), Umwelt (z. B. Einstellung gegenüber Drogen oder Lebensbedingungen, familiäre Situation) und Droge (z. B. Wirkung, Angebot) ist.

Darst. 1: Bedingungsgefüge des Alkoholismus (In Anlehnung an Athen 1989)



Für meine Arbeit scheint mir außerdem die folgende Suchtdefinition von Heckmann (1997; 97) sehr hilfreich. Er definiert Sucht folgendermaßen:

„*Süchtiges Verhalten ist Ausdruck der Verwahrlosung menschlicher Interessen, menschlicher Neugier und menschlicher Talente. Es kann stoffgebunden und stoffungebunden sein. Es geht einher mit einer auch individuell als zu hoch erleb-*

ten Dosis dieses Verhaltens. Es wird letztlich Organisator des Alltags und führt zu einer Uniformität der Lebensvollzüge. Sucht ist der Zustand der Behandlungsbedürftigkeit süchtigen Verhaltens.“

1.2 Alkoholrückfall und „trockener Rückfall“

In der Literatur finden sich zahlreiche unterschiedliche Definitionen über Rückfall (enge und auch weite Rückfalldefinitionen), und den „trockenen Rückfall“. In Selbsthilfegruppen, sowie im professionellen Behandlungssystem, folgt man überwiegend einer engen Rückfalldefinition. Drei Kerngedanken lassen sich dabei unterscheiden (vgl. Lauer und Sohns 1994):

1. Es muss eine Abhängigkeit vorliegen oder vorgelegen haben
2. Die Person muss eine Zeit lang abstinent gelebt haben
3. Nach diesem Zeitraum erfolgt ein erneuter Alkoholkonsum

Im Gegensatz zur engen steht die weite Rückfalldefinition, bei der erst bei der Überschreitung einer im individuellen Zusammenhang festgelegten Alkoholmenge von Rückfall gesprochen wird. Die Höhe der Menge ist dabei nicht definiert, sondern wird im individuellen Fall festgelegt. Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist die Dauer und Schwere des Rückfalls. Von „Ausrutscher“ (auch „laps“ bzw. „slip“) wird bei einem einmaligen, kurzen Rückfall gesprochen. Ein schwerer, lang anhaltender Rückfall („relaps“), bei dem der Rückfällige in alte Trink- und Lebensgewohnheiten abrutscht, entspricht der Definition der Abhängigkeitssymptomatik nach DSM-IV.

Teilnehmer(innen) von Selbsthilfegruppen unterscheiden häufig noch in „nasse“ und „trockene“ Rückfälle. Bei einem „trockenen“ Rückfall lebt der Alkoholabhängige weiterhin alkoholabstinent. Es treten aber Verhaltensweisen auf, die mit seiner Trinkzeit im Zusammenhang stehen. Der „trockene“ Rückfall ist gekennzeichnet durch extreme Schwankungen im emotionalen, kognitiven und verhaltensmäßigen Bereich.
Nach Bieler (1996; 14) geht ein „trockener“ Rückfall einem nassen voraus und ist durch folgende Symptome beschreibbar:

„... fehlende Anerkennung des Krankheitskonzeptes des Alkoholismus, Schuldgefühle, Verleugnungen, Isolation, Aufsuchen ehemaliger Trinkfreunde und Trinkorte, Wiederaufnahme alter (Trink-) Rituale, Entwicklung anderer Abhängigkeiten, Entwicklung des HALT - Syndroms (hungrig, ärgerlich, allein und müde sein) Entwicklung feindschaftlicher Gefühle nahen Bezugspersonen gegenüber, Selbstmitleid, Intoleranz, Ängstlichkeit, Stress, Selbsthass, Hegen zu großer Erwartungen, Fehlen einer spirituellen Einbindung des Ichs, Entwicklung von Selbstgefälligkeit und Allmachtsgefühlen, fehlen von Selbstdisziplin.“

In ihrer weiteren Arbeit beschreibt Bieler medizinische, psychoanalytische, lerntheoretische, kognitiv-verhaltensorientierte und systemtheoretische Modelle von Rückfall. Ihr Schwergewicht legt sie auf kognitiv- verhaltensorientierte Modelle. Ihrer Meinung nach ist Alkoholismus keine Krankheit, sondern vielmehr ein unangemessenes, gelerntes Suchtverhalten, das reversibel bzw. verlernbar ist. Konsequenterweise führt sie dann weiter aus:

„Rückfälle sind folglich auch nicht eine unvermeidbare Konsequenz einer körperlichen Disposition, sondern ein Rekurrieren auf alte Verhaltensmuster, welche sich durch äußere Umgebungsmerkmale, kognitive Interpretationen dieser Bedingungen und über dauernde Denkmustern des Individuums erklären lassen.“ (S. 17).

Alle von ihr vorgestellten Rückfallmodelle fasst sie zusammen und nennt folgende sechs zentrale Begriffe des Rückfallgeschehens:

1. Der unausgewogene Lebensstil der Abhängigen:

Der Tagesablauf der Abhängigen ist durch zu viele Verpflichtungen und Verantwortungen und durch zu wenige spaßbringende Aktivitäten gekennzeichnet. Pflichterfüllung und harte Disziplin sind zu oft Kennzeichen dieser Abhängigen, außerdem spielen evtl. Nervosität, Gereiztheit, Übellaunigkeit, Verlangen nach Alkohol und Angespanntheit eine wichtige Rolle.

2. Irrelevante Entscheidungen:

Abhängige haben „für alle Fälle“ Alkohol im Haus oder sind „zufällig“ bei ihrer Stammkneipe vorbeigefahren oder haben sich mit früheren Trinkkumpanen getroffen.

3. Äußere Faktoren und rückfallkritische Situationen:

Es werden äußere Situationen wie das Vorhandensein von Alkohol, die Anwesenheit von alten Trinkkumpanen und dergleichen genannt sowie intrapersonale Faktoren wie das Gefühl, hilfloses Opfer der rückfallkritischen Situation zu sein, eine nachlassende

Wachsamkeit, beeinträchtigtes Selbstwertgefühl oder selbstwertbedrohende Kognitionen, sich in einem unangenehmen emotionalen Zustand zu befinden, benannt. Hinzu kommen soziale Faktoren, wie z. B. Trinkzwänge und soziale Konflikte.

4. Rückfallvermeidungs- bzw. Lebensbewältigungsstrategien und Einschätzung der Effektivität von Bewältigungsstrategien:

Dies wird als wichtigstes Moment bei einer rückfallkritischen Situation benannt. Hierzu zählen positives Denken, Ablenkung und soziale Unterstützung. Hinzu kommt das Selbstvertrauen des Abhängigen in die Effektivität seiner Bewältigungsstrategien.

5. Erwartung bzgl. der Wirkung von Alkohol:

6. Abstinenzverletzungseffekt:

Hierbei beschreibt Bieler, dass der Alkoholkonsum nach einer selbst auferlegten Abstinenz als persönliches Versagen erlebt wird, was wiederum erneuten Alkoholkonsum begünstige.

Bieler (1996; 25) fasst die Ergebnisse einer Untersuchung Dejong-Meiers mit folgenden Worten zusammen:

> *„…dass abstinent gebliebene Patienten weniger irrationale Denkgewohnheiten aufweisen, signifikant weniger langfristig ungünstige Bewältigungsstrategien einsetzen (Ersatzbefriedigung, Fluchttendenzen, soziale Abkapselung, Resignation, eigene Schuldzuweisungen) als rückfällige Patienten und signifikant mehr langfristig positive (positives Denken, aktive Situationsbewältigung) Strategien zum Einsatz kommen.“*

1.3 Suchtverständnis

Etymologisch stammt "Sucht" vom mittelhochdeutschem Wort "siech" und ist gleichbedeutend mit "Krankheit" (Kluge 1989; 713). Lange bevor es das Wort "krank" oder "Krankheit" gab, wurden mit "Sucht" alle menschlichen oder tierischen Krankheiten sowohl körperlicher als auch seelischer Art bezeichnet (Schwindsucht, Gelbsucht usw.).

Von einer "Trunksucht" wird erstmals seit Beginn der Industrialisierung gesprochen. (Vgl. Gastpar u. a. 1999).

Die stoffgebundene Suchtmittelabhängigkeit ist seit dem Bundessozialgerichtsurteil von 1968 als Krankheit anerkannt. Doch wird sie nicht wie andere Erkrankungen allein anhand der körperlich feststellbaren Symptomatik diagnostiziert und behandelt. Sowohl in der Diagnose wie auch in der Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen herrscht eine mehrdimensionale Betrachtungsweise vor: Die **psychoanalytisch-interaktionelle** Vorstellung von Suchterkrankung bezieht sich auf die zum Teil unbewussten Aspekte sowie auf die Interdependenz. Die in diesen Theorien entwickelten Vorstellungen über Suchterkrankungen und Suchtstrukturen sind hilfreiche Konstrukte, die Handlungsmöglichkeiten für Beratung, Therapie und Prävention verdeutlichen. Grundsätzlich verstehen wir daher Suchterkrankung als eine mehrdimensionale Störung.

- Psychisch leiden Suchtkranke unter Beziehungs- und Entwicklungs-Defiziten, die in ihrer früheren Lebensgeschichte begründet sind und die eine Gestaltung des Alltags, insbesondere die Bewältigung von Lebenskrisen, erschweren. In ihrer Ich-Struktur sind Suchtkranke gestört und versuchen dies mit dem Suchtmittel zu kompensieren. Dieser psychoanalytisch-interaktionelle Ansatz (Modell der früheren Störung) begründet unsere grundsätzliche therapeutische Haltung.
- Beziehungs- und Verhaltensmuster spiegeln sich in der **Familienstruktur:** Paare und Familien mit einem Suchtproblem haben es schwer, flexibel und angemessen auf Alltagsanforderungen zu reagieren. Es entwickeln sich gegenseitige Abhängigkeiten in den Beziehungen zueinander wie in der Beziehung zum Suchtmittel, die dazu dienen sollen, Verunsicherungen mit fest gefügten Mustern zu begegnen. Diese starren Beziehungsmuster werden im Laufe der Zeit disfunktional und benötigen so immer weitere Stützen zu ihrer Aufrechterhaltung. Solche Stützen können Stoffe (Alkohol, Medikamente, Drogen, Essen), Situationen (Glücksspiel, Arbeit) oder Personen (Familienangehörige, Bezugspersonen) sein. Suchtkranke appellieren bewusst wie unbewusst mitzuhelfen, ihre psychische Befindlichkeit stabilisierend zu ergänzen. Diese Ansätze der **systemischen** Betrachtungsweise ergänzen das Suchtverständnis und ermöglichen fördernde Interaktionen.

Als Mitarbeiter einer Einrichtung der Diakonie verstehe ich Identitätsentwicklung aber nicht nur in psychodynamischer, psychosozialer und ökonomischer, sondern auch in

christlicher Hinsicht und meine damit, dass Identitätsentwicklung ein Prozess gelingender Beziehungsgestaltung zu sich selbst, zu anderen, der Welt und auch zu Gott ist.

1.4 Psychotherapie

Der Begriff „Therapie“ kommt etymologisch aus dem griechischen und hat die wörtliche Bedeutung von „Dienen, Dienst“ (vgl. Kluge 1989). Der Therapeut ist demnach ein „Diener“. Dies sei nach Günther (1994; 74) eine für die Tätigkeit des Sozialarbeiters inhaltlich treffende Bezeichnung. Dem Sozialarbeiter wohne *“...eine therapeutische Grundhaltung inne, die Berufsausübung ist grundständig Therapie.“* Der medizinischen Sichtweise entsprechend gilt ein Therapeut dagegen als “*Wissenschaftler, der eine Therapie anwendet, als behandelnder Arzt“* (Wahrig 1978; 643). Frommann (1978; 43) führt hierzu aus:

> "*Therapeut ist einer, der sich mit den Klienten zusammen an eine intensive Arbeit begeben kann und soll, anders ausgedrückt, einer, der Konflikte methodisch bearbeitet, sich selbst dabei als ein Mittel einsetzt und in einem festen Arrangement Erfahrungen ermöglicht, die erst danach übend und erprobend wieder in die Realität des Alltagslebens transformiert werden können".*

Nach Barkey (1993) bemüht sich ein Therapeut, alle Störungen und Leidenszustände aufzuheben oder zumindest zu lindern (vgl. Barkey 1993). Psychotherapie ist demnach eine Heilbehandlung von seelischen oder psychosomatischen Erkrankungen mit seelischen Mitteln (vgl. Petzold 1990). Im heutigen Sprachgebrauch wird hauptsächlich die "*Lehre von der Behandlung der Krankheiten oder die Behandlung selbs*t“ (vgl. Brockhaus 1983) hierunter verstanden. Der Gegenstand in der Psychotherapie ist die Psyche des Menschen. In der Praxis ist allerdings eine strenge Trennung von körperlichen und nicht körperlichen Vorgängen nicht möglich. So wie in der Suchtkrankenhilfe die Unterscheidung zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit m. E. nicht sinnvoll ist. In Grenzgebieten wie z. B. der Psychosomatik wird dies besonders deutlich. Unter Psychotherapie versteht man ganz allgemein die Behandlung von Klienten durch den Einsatz psychologischer Verfahren, die im wesentlichen aus verbaler und sozialer Interaktion bestehen (vgl. Alterhoff 1983). Demnach sind psychologische Mittel durch ihren

sozialen Bezug und der interpersonellen Beziehung zwischen Therapeut und Klient gekennzeichnet. Die inhaltliche Gestaltung der Psychotherapie ist von der psychotherapeutischen Schule oder Richtung abhängig. Eine Definition von Psychotherapie, unabhängig von der therapeutischen Schule, ist ein schwieriges Unterfangen und würde dem Thema dieser Arbeit nicht dienen. Vielmehr geht es um eine Positionierung Sozialer Therapie, insbesondere in Abgrenzung zur Psychotherapie.

Eine in der Fachliteratur häufig anzutreffende Definition des Psychotherapiebegriffs kommt von Strotzka (1975; 4):

> *"Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig."*

Psychotherapie ist demnach eine geplante, wissenschaftlich fundierte Maßnahme, die im weitesten Sinne der Behandlung psychischer Störungen dient (vgl. Rauchfleisch 2001).

Im Rahmen einer Studie von Gerstenmaier & Nestmann (1984) brachten interviewte Dipl. Sozialarbeiter(innen), Diplom-Sozialpädagog(innen) und Diplom-Psycholog(innen) ihr Therapieverständnis zum Ausdruck. Demnach ist Psychotherapie bei existenziellen und schweren Störungen angezeigt, sie ist zudem zeitaufwendig und alltagsfern. Außerdem sei sie etwas für Reiche und werde durchgeführt von Psycholog(inn)en.

Die Gleichsetzung von Psychologie mit Psychotherapie ist in manchen, vor allem populärwissenschaftlichen Schriften zu finden. Sie entspricht aber nicht dem wissenschaftlichen Verständnis der Psychotherapie als Fachdisziplin (vgl. Pritz 1996). Die Bestimmung des deutschen Psychotherapeuten-Gesetztes, die als Vorraussetzung zur Erlan-

gung einer Approbation einen Studienabschluss in Psychologie festschreibt, ist formal und nicht inhaltlich begründbar.

Der Begriff der Therapie ist, auch nach in Kraft treten des Psychotherapeuten-Gesetzes, nicht geschützt und gilt als Sammelbegriff für die Wissenschaftsbereiche Medizin, Psychologie und Psychiatrie. Er findet im Feld der Sozialen Arbeit eine weite Verwendung. So besagt die Bezeichnung „Therapie" nichts über die Begründung und nichts über die Qualität des Vorgehens. Verständigung ist deswegen nur möglich, wenn dem Begriff weitere Kennzeichen hinzugefügt werden (z. B. **Ergo**therapie, **Arbeits**therapie, **Physio**therapie). Da der Therapiebegriff nicht gesetzlich geschützt ist, konnten sich in Deutschland eine Vielzahl unterschiedlicher Therapieformen entwickeln. Keupp (1991; 3) spricht in diesem Zusammenhang sogar von „*Wildwuchs auf dem Psychomarkt*" und fordert für die Sozialarbeit stattdessen eine „*...professionelle Philosophie des Empowerment, das Menschen in die Lage versetzt, ihr Leben selbst zu gestalten."* (S. 4). Lüssi (2001) spricht in diesem Zusammenhang vom einem „*therapeutischen Missverständnis*" und lehnt eine Übernahme medizinischer Methoden und Begrifflichkeiten (Diagnose, Behandlung, Prognose) für die Sozialarbeit grundsätzlich ab. So wird auch der Sozialtherapiebegriff von ihm abgelehnt.

Europaweit wurde der „Europäische Verband für Psychotherapie (EAP) gegründet, der in seiner Straßburger Deklaration Psychotherapie folgendermaßen definiert:

1. Die Psychotherapie ist eine eigenständige, wissenschaftliche Disziplin, deren Ausübung einen selbstständigen und freien Beruf darstellt.
2. Die psychotherapeutische Ausbildung erfolgt auf hohem, qualifizierten und wissenschaftlichen Niveau.
3. Die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren ist gewährleistet.
4. In **einem** psychotherapeutischen Verfahren wird die Ausbildung vollständig absolviert und umfasst Theorie, Selbsterfahrung und Praxis unter Supervision. Über andere psychotherapeutische Verfahren werden ausreichende Kenntnisse erworben.
5. Der Zugang zur Ausbildung erfolgt über verschiedene Vorbildungen insbesondere Human- und Sozialwissenschaften (vgl. EAP 1998).

Über die jeweiligen nationalen Dachverbände werden psychotherapeutische Verfahren als wissenschaftlich anerkannt und dem EAP zur Zertifizierung empfohlen.[10] Dement-

[10] Vgl. Kriterien des EAP-Zertifikates (Stand 2001) unter: www.europsyche.org/

sprechend zertifiziert der EAP u. a. Psychodrama, systemische Therapie, Familientherapie sowie NLP[11]. Da es in der Bundesrepublik Deutschland keinen Dachverband für Sozialtherapie gibt, kann auch die Sozialtherapie als solche vom EAP nicht zertifiziert werden. Es ist aber durchaus möglich, dass sozialtherapeutische Weiterbildungen, die ein anerkanntes therapeutisches Verfahren als Hauptmethode vermitteln, vom EAP zertifiziert werden können. Im Gegensatz zum nationalen wissenschaftlichen Beirat der BRD, folgt der EAP vom Grundsatz her dem österreichischen Psychotherapeutengesetz, wonach eine Festlegung auf den Beruf des Diplom-Psychologen nicht vorgeschrieben ist. Außerdem ist das österreichische Psychotherapeutengesetz sowie auch der EAP in der Auswahl der anerkannten Therapieverfahren großzügiger. Bisher erkannte der wissenschaftliche Beirat keine weiteren Therapieverfahren an. In der BRD sind derzeit wissenschaftlich anerkannt: Die Psychoanalyse, die analytische Therapie, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie sowie die Verhaltenstherapie. Außerhalb Deutschlands sind andere Therapieverfahren sehr wohl anerkannt.[12]

1.5 Psychotherapeutische Tätigkeit im Sinne des Psychotherapeutengesetzes

Die Definition von Psychotherapie hat das PsychThG selbst vorgenommen: Gemäß § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG ist die Ausübung von heilkundlicher Psychotherapie jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Die Heilkunde wird definiert in § 1 Abs. 2 des Heilpraktikergesetztes vom 17.2.1939:

> *„Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“*

[11] Neuro-Linguistisches-Programmieren

[12] Beispiel: in den USA, Großbritannien, Österreich, den Niederlanden und der Schweiz gehört die Systemische Familientherapie seit Jahren zum Spektrum der Psychotherapie. Weltweit wird sie an unzähligen Universitäten gelehrt, in den USA und Großbritannien ist es möglich, in Systemischer Therapie zu promovieren und die Facharztprüfung abzulegen. Allein in Deutschland erfüllen 5700 Personen die hohen Qualitätsstandards der Fachverbände, darunter 500 Ärzte und 2100 Psychologen. Vgl. Arbeitsgemeinschaft Systemischer Therapie (AGST u. a.) unter: http://www.bbpp.de/gesetze2000/beirat31032000.htm

Gemäß einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 10. 02. 1983 ist *„Psychotherapie Ausübung der Heilkunde im Sinne des § 1.2 HPG“.* Nach § 1 Abs. 3 Satz 3 PsychThG gehören psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke zum Gegenstand haben, nicht zur Ausübung von Psychotherapie. Diese gesetzliche Definition von Psychotherapie ist eher vage gehalten.

Das Spektrum der seit Jahren praktizierten therapeutischen Verfahren in der Suchtkrankenhilfe ist nicht auf diese, vom wissenschaftlichen Beirat nach § 11 PsychThG anerkannten Verfahren, beschränkt. Zu nennen sind hier insbesondere die Gesprächs-, Gestalt- und die Psychodramatherapie, die zum Teil seit über zehn Jahren[13] für die Zusatzausbildung im Bereich der Behandlung von Abhängigkeitskranken anerkannt sind und eine entsprechende Verbreitung gefunden haben. Eine Anerkennung durch den Gesetzgeber haben diese Verfahren bereits dadurch erhalten, dass angestellte Psychotherapeuten mit einer Ausbildung „*auf dem Gebiet der Beschäftigung*“ nach den Übergangsregelungen eine Approbation erhalten konnten.[14]

Die Approbation blieb bis zum Inkrafttreten des PsychThG den Ärzten vorbehalten. Nichtärzte bedürfen heute entweder einer Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz (HPG). Die rechtliche Situation hat sich also zunächst dadurch geändert, dass eine neue Art der Heilkunde- bzw. Berufserlaubnis hinzugekommen ist und zwar die der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut.[15]

Vor dem Inkrafttreten des PsychThG hatte die Rechtsprechung das bisherige Berufsbild des Psychotherapeuten geprägt. Sie hatte bereits 1983 klargestellt dass jemand, der Psychotherapien durchführen will, entweder der ärztlichen Bestallung oder der Erlaubnis nach dem HPG bedarf.[16]

---

[13] vgl. § 5 Abs. 4 der Empfehlungsvereinbarung Sucht vom 29.01.1991
[14] § 12 Abs. 4 PsychThG
[15] Die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut erlaubt nur die Behandlung der bis zu 21-jährigen.
[16] BVerwG, Urteil vom 10.02.83 - 3 C 21/82 - BVerwG 66, 367, NJW 1984, 1414. BVerfG, Beschl.v.10.05.1988 - 1 BvR 482/84, 1166/85 - NJW 1988, 2290BVerfG,

1993 hat das Bundesverwaltungsgericht eine spezielle Form der Genehmigung eingeführt.[17] Seitdem können die Behandler (Psychologen wie Nichtpsychologen) die auf das Gebiet der Psychotherapie beschränkte Heilkundeerlaubnis erwerben (vgl. MAGS 1995).

1.6 Beratung

Im Unterschied zur Psychotherapie gibt es in Deutschland keine Tradition einer Theorie der Beratung. Vielfach wird unter Beratung eine „kleine Psychotherapie" verstanden. Beratung wird in der Sozialarbeit praktiziert und die Professionellen behelfen sich, indem sie sich vielfach in psychotherapeutische Methoden weiterbilden. Ein Grund hierfür sieht Höhner (1991) in der „*Degradierung*" des Sozialarbeiterberufs. Grözinger (1991) kritisiert die Psychotherapeutisierung und fordert vielmehr die Ausbildung sozialarbeitseigener Interventionsformen.

Auf die mangelnde Methodenausbildung an den Fachhochschulen für Sozialarbeit möchte ich hier nur am Rande hinweisen. Durch den Fächerkanon werden die Studierenden dazu bewogen, eine Hilfsdisziplin (Psychologie, Sozialmedizin, Soziologie ...) nach der anderen abzuhaken. Eine Methodenkompetenz wird dadurch meiner Meinung nach nicht erreicht.
Deutliches Unterscheidungskriterium zwischen Beratung und Psychotherapie ist der Krankheitsbegriff. Bei der Psychotherapie geht es immer um Krankenbehandlung.[18] Beratung scheint oft dagegen als eine Art *„Schmalspur-Variante"* (vgl. Nestmann 1997) von Therapie zu sein. Im „Beratungsführer 1994" der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend und Eheberatung wird Beratung wie folgt beschrieben: Beratungsarbeit

> *„…ist gerichtet auf zwischenmenschliche Beziehungen und deren Möglichkeiten und Konflikte, auf Lebensgeschichte und –entwürfe, auf Lebens- und Entwicklungsbedingungen und deren Zusammenhänge mit psychischen und/oder psychosomatischen Leiden und Symptomen. Beratungsarbeit geht im Unterschied zur*

[17] BVerwG, Urt. v. 21.01.1993 - 3 C 34.90 - BVerwG 91, 356, NJW 1993, 2395. BVerfG, Beschluss v 24.10.1994 - 1 BvR 1016/89
[18] Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 10.02.1983 „Psychotherapie ist Ausübung der Heilkunde im Sinne des § 1 II HPG"

heilkundlichen Psychotherapie davon aus, dass das Leben von Individuen, Paaren, Familien und Lebensgemeinschaften einem Entwicklungsprozeß unterworfen ist, bei dem die Grenzen zwischen gleichsam notwendigen Krisen und seelischen Fehlentwicklungen fließend sind.“

Großmaß (1997) nimmt diese Definition um Aufzuzeigen, in welchem Ausmaß Beratung zum Tragen kommt. Für sie hat Beratung ein hohes Maß an gesellschaftlicher Akzeptanz erreicht. Den Unterschied zur Psychotherapie sieht sie in der Fokussierung auf krisenhafte Situationen im Leben eines Klienten. Beratung ist ressourcenorientiert und steht damit einer defizitorientierten Psychotherapie entgegen (vgl. Nestmann 1997).

Im Unterschied zur Psychotherapie ist Beratung zeitlich und inhaltlich begrenzt und konzentriert sich auf konkrete Schwierigkeiten und Fragen (vgl. Meyer u. a. 1991). Sie ist auf nur wenige Gespräche beschränkt (Rauchfleisch 2001) und geprägt durch einen niedrigschwelligeren Zugang, als es bei der Psychotherapie der Fall ist (Grözinger 1991).

Aufgrund der Unterversorgung in der ambulanten Psychotherapie, kommt Meyer (1991) zu der Feststellung, dass Beratung besser sei als gar keine Versorgung. Dies kommt einer Überbewertung der Psychotherapie gleich und wird einer Beratung, als lebenswelt- und alltagsbezogenes psychosoziales Hilfsangebot in keiner Weise gerecht.

Neben der vorgenommenen Abgrenzung zur **Therapie**, ist **Beratung** von der **Auskunft** durch "*...die Tendenz zur Einwirkung auf das Verhalten des Beratenden*" (*Giese &* Retaiski 1993; 136) zu unterscheiden. Die Autoren grenzen die **Beratung** von der sich an jedermann richtenden **Aufklärung** durch ihren kommunikativen Charakter und vom **Ratschlag** durch "*die Intensität der Kommunikation zum Ausgleich des Wissens- oder Einsichtsgefälles*..." (S. 136) ab, weisen aber auf die fließenden Übergänge der Erscheinungsformen hin. Als wesentliche Form der **Beratung** in der Sozialen Arbeit benennen o. g. Autoren die **Rechts- und Lebensberatung**.

Für Rahm (1986; 56). ist Beratung: *"... ein Prozess, bei dem auf der Grundlage einer intersubjektiven Beziehung ganzheitlich an der Selbstorganisationsfähigkeit des Menschen gearbeitet wird..."* Diese Aussage wird in einer Vielzahl von Definitionen präzi-

siert, indem die den jeweiligen Autoren wichtig erscheinenden Aspekte hervorgehoben werden (vgl. Rahm 1986; 56). Beratung ist demnach jede Form einer professionellen helfenden Beziehung, in dem der Helfer Lernprozesse in Gang bringt und Handlungskompetenzen verbessern hilft. Für Lüssi (2001) zählt Beratung zu den sechs Handlungsarten der Sozialarbeit.[19]

Von besonderer Bedeutung für die Konzipierung einer Sozialtherapie, sind m. E. die „psychosozial-orientierten" Beratungsansätze. Wohl wissend, dass sich die verschiedenen Autoren in ihrem theoretischen Konzept, sowie den Interventionsformen unterscheiden, sind doch Gemeinsamkeiten zu benennen. Die Fokussierung auf den Alltag und die Lebenswelt des Klienten steht bei allen Ansätzen im Zentrum. Dies erfordert ein pragmatisches methodisches Vorgehen. Von den Professionellen wird dabei ein hohes Maß an feldspezifischer und methodischer Kompetenz verlangt. Eine Fixierung auf eine therapeutische Methode wird diesem Ansatz nicht gerecht. Entsprechend sind sämtliche psychosozial-orientierte Beratungsmodelle eklektizistisch. Dies wird von manchen Autoren kritisiert (vgl. Antons-Volmerg 1988). Für den Autor ist der Eklektizismus eine Schwäche der Sozialarbeit. Selbst Rauchfleisch (2001) lehnt ein eklektizistisches Vorgehen ab und erachtet die Ausbildung in einem therapeutischen Verfahren als Grundlage professionellen Handelns. Dem möchte ich entgegenhalten, dass die neuere Therapieforschung belegt, dass andere Wirkfaktoren bedeutender sind als die Anwendung einer Technik (vgl. Schwoon 1996). Rauchfleisch (2001) weist in diesem Zusammenhang daraufhin, dass vielfach die „*unspezifischen Wirkfaktoren"* (z. B. die Therapeut – Klient - Beziehung) unterschätzt und die „spezifischen Wirkfaktoren" (Techniken und Strategien der Therapieschulen) oft überschätzt werden. Deutlich beschreibt Scheiblich (2000; 19) die Gründe des Festhaltes an altbekannten Therapieverfahren und die Vorbehalte vor neueren, pragmatischen Verfahren. Für ihn geht es in erster Linie *„…nicht um Wirksamkeit oder gar um Hilfe für Betroffene, sondern um Lobby und Marktanteile."*

Zusammenfassend lässt sich keine gemeinsame eindeutige Definition von Beratung finden. Beratung wird im engeren Sinne als Informationsvermittlung und Ratgebung verstanden und im weiteren Sinne als soziale Interaktion, in der eine gemeinsame Erarbeitung von Problemlösungen stattfindet.

---

[19] Siehe Fußzeile im Kapitel Sozialtherapie (1.10)

1.7 Die Abgrenzung von Beratung und Therapie

In der Literatur wird in unterschiedlicher Weise der Frage nachgegangen, was denn nun als Therapie und was als Beratung anzusehen sei. Vorstellungen von Beratung als „Schmalspurtherapie“ werden ebenso diskutiert wie die Ansicht, dass die Definitionen beider Handlungsbereiche untereinander austauschbar sein könnten (vgl. Gerstenmaier & Nestmann 1984). Seibert (1978b) beschreibt die Bemühungen psychotherapeutisch tätiger Ärzte, den Therapiebegriff als 'professionelle Domäne' für sich festlegen zu wollen, während der Begriff der Beratung als 'einfachere Tätigkeit' anzusehen sei. Dem widerspricht das Beratungskonzept von Rauchfleisch (1996/2001). Waren es doch gerade Klienten mit gravierenden psychischen und sozialen Schwierigkeiten, für die das Beratungskonzept erstellt wurde.

Nach Seibert (1978b) gibt es keine plausible wissenschaftliche Begründung für eine Unterscheidung von Beratung und Therapie. Er hält eine Unterscheidung sogar für unsinnig und unbrauchbar. Auch Wienand (1982) hält eine Abgrenzung für problematisch. Schmidt vermutet (zit. n. Wienand 1982; 34), der Beratungsbegriff fände nicht selten Anwendung *"...um zu verschleiern, dass Psychotherapie betrieben wird, da Beratung nicht die Anerkennung als Heilberuf voraussetzt".*

Nach Schrödter (1991) ist Beratungsarbeit eine spezifische, qualifizierbare und abgrenzbare psychotherapeutische Tätigkeit. Dem folgend gibt es letztlich keine Grenze – außer der leistungsrechtlichen – zwischen sozialarbeiterischem Handeln und psychotherapeutischer Intervention. In einem Gutachten für das MAGS-NRW[20] kommt Specht (1992) zu dem Ergebnis, dass Beratung und Therapie so viele Gemeinsamkeiten aufweisen, dass es sinnvoller scheint von „***Kommunikativer Einflussnahme***“ zu sprechen und nicht mehr zwischen Beratung und Therapie zu unterscheiden. Die folgenden Aspekte gelten in Anlehnung an Specht gleichermaßen für Beratung wie auch für Psychotherapie:

[20] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

1. Das Eröffnen von Einsichten in Beziehungswirklichkeiten sowie die Relativität von Erfahrungen
2. Das Entdecken von Alternativen für Verhalten und Beziehungen
3. Die Bestätigung und Bekräftigung veränderter Erfahrungen und Verhaltensweisen
4. Das Lernen am Verhaltens- und Beziehungsmodell des Experten
5. Die unspezifische Erweiterung der Beziehungserfahrungen außerhalb der bisherigen Beziehungssysteme
6. Das Stützen von Selbstwertvorstellungen und Selbstvertrauen durch unvoreingenommenes Interesse des Experten.

Eine vergleichbare Position vertritt Alterhoff (1983; 23), der Psychotherapie definiert als:

> *„Heilbehandlung der menschlichen Psyche unter Einsatz psychologischer Mittel, d.h. Erleben und Verhalten des Menschen werden beeinflusst mit dem Ziel ihrer Veränderung, die für den Klienten Besserung oder Fortschritt bedeuten soll."*

Weiter führt der Autor aus, dass es zwischen Beratung und Psychotherapie keinen grundsätzlichen Unterschied gebe. Beratung ist für ihn der umfassendere Begriff, wogegen Psychotherapie eher ein Spezialfall von Beratung sei. Beratung und Psychotherapie bedienen sich beide psychologischer Mittel und Methoden, um dem Klienten eine Veränderung zu ermöglichen. Von einigen Autoren werden die Begriffe synonym verwandt. Auch Rogers (1980) sieht keine Veranlassung, zwischen Beratung und Psychotherapie zu unterscheiden, denn beide beziehen sich auf eine Einstellungs- und Verhaltensänderung. Gerade die Autoren und Vertreter der gesprächspsychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Richtungen sehen keinen entscheidenden Unterschied zwischen Beratung und Therapie, da es immer um eine Verhaltensänderung geht.

Zusammenfassend lässt sich mit Alterhoff (1983; 28) sagen, dass Beratung im weiteren Sinne von Psychotherapie *„nicht trennscharf voneinander zu unterscheiden ist."*

1.8 Soziotherapie

Der Begriff „Soziotherapie“ wurde 1965 durch Petzold (1997) eingeführt. Petzold war auch der erste, der eine Weiterbildung „Soziotherapie für die Suchtkrankenhilfe“ konzipierte.

Im Sinne der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) ist Soziotherapie *"...alle handlungsorientierten Einflussnahmen auf die Wechselwirkung zwischen Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld"* (*Kunze; Kaltenbach* 1994; 202). Gem. SGB V § 37a ist unter Soziotherapie folgende Vorgehensweise zu verstehen:

> *„Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, die ihnen auf Grund eines ärztlichen Behandlungsplans verordnet worden sind, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.“*

Der gesetzlichen Regelung im SGB V ging von 1995 bis 1998 ein erfolgreiches Modellprojekt voraus. In dem Abschlußbericht wird Soziotherapie wie folgt definiert:

> *„Soziotherapie ist zentraler Baustein einer integrierten Komplexleistung im Rahmen einer medizinischen Behandlung/Rehabilitation. Soziotherapie ist begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung von chronisch psychisch kranken zur Überwindung von krankheitsbedingten Grundstörungen, die zu Beeinträchtigungen im Umgang mit der sozialen Umwelt führen“.* (Melchinger 1998; 73).

Aus unterschiedlichen Gründen wird zurzeit (Stand: Januar 2003), die Einführung der Soziotherapie als Kassenleistung seitens der Krankenkassen boykottiert (vgl. Nodes 2003). In den Soziotherapie-Richtlinien[21] werden die psychischen Erkrankungen aufgezählt, bei denen Soziotherapie verordnet werden kann.

> *„Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6 (Schizophre-*

[21] Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) sind seit dem 01. Januar 2002 in Kraft und als Text in der Anlage dieser Arbeit

nie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24 (induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung))".

Soziotherapie kann erbracht werden von Diplom-Sozialarbeiter(innen) sowie Diplom-Sozialpädagog(innen). Außerdem von Fachkrankenschwestern /-Pflegern für Psychiatrie.[22] Im Einzelnen werden die soziotherapeutischen Leistungen wie folgt beschrieben:

1. Erstellen des soziotherapeutischen Betreuungsplans

2. Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation des Patienten und kann zu Unterstützung Familienangehörige, Freunde und Bekannte einbeziehen.

3. Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen für den Patienten gemäß dem soziotherapeutischen Betreuungsplan. Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe.

4. Motivations- (antriebs-) relevantes Training

Mit dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt.

5. Training zur handlungsrelevanten Willensbildung

In ihrem Psychiatrielehrbuch „Irren ist menschlich" definieren Dörner und Plog (2002; 22) Soziotherapie folgendermaßen:

„Soziotherapie fördert die normalen, regelhaften, allgemeinen, alltäglichen, gesunden, nicht an Krankheit gebundenen d.h. freien Anteile eines Individuums; und: In dem Maße, in dem ein Patient in unbestimmten, in allgemeinen, d.h. auch in informellen Situationen seine Reaktionen auf Anforderungen aus dem Alltag, auf Regeln, auf Normales, Banales kennen und überprüfen lernen kann, in dem Maße findet Soziotherapie statt. (...) *Soziotherapie ist die Basis! Sie kann nicht als Technik neben anderen stehen, sondern macht die Anwendung anderer Techniken erst möglich."*

[22] Vgl. Gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkasse gemäß § 123b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie

Nach Dörner ist Soziotherapie die Basis für alle anderen Techniken. Sie fördert die normalen, regelhaften, allgemeinen, alltäglichen, gesunden, nicht an Krankheit gebundenen, d.h. freien Anteile eines Individuums und gehöre, Dörner zufolge, zur Tätigkeit der Pflegepersonen (vgl. S. 560). Demnach wird sie mehr verstanden als eine Form der Milieutherapie und beinhaltet Faktoren, die sich auf das Zusammenleben und das Miteinander im Klinikalltag beziehen. Konsequenterweise ist deshalb für Dörner die Soziotherapie keine psychotherapeutische Technik oder Methode und wird auch nicht unter den psychotherapeutischen Techniken erwähnt. Die Begriffe „Sozialtherapie" bzw. „Soziale Therapie" finden sich bei Dörner nicht. In Abgrenzung zu dem Pflegepersonal, welches Dörner folgend für die Soziotherapie zuständig ist, haben Sozialarbeiter die Aufgabe einer klassischen Sozialarbeit. *„Sozialarbeiterische Aufgabe ist es, die Patienten dabei zu unterstützen, ihre sozialstaatlich gegebenen Rechte und Pflichten wahrzunehmen."* Auch Bosshard (1999) beschreibt die Arbeitsweisen in der Sozialarbeit und obwohl er sich schwerpunktmäßig mit der Sozialarbeit in der Psychiatrie beschäftigt, kommt der Begriff Soziotherapie/Sozialtherapie bei ihm nicht vor.

In vielen Bereichen scheint Soziotherapie zu einer Art Hilfsdisziplin für Psychologen und Mediziner zu sein. Als Beispiel hierfür sei die Medizinische Uni Heidelberg benannt, die Soziotherapie als „*Ergänzung und als flankierende Unterstützung der Psychotherapie*"[23] versteht. Zur Anwendung kommen Einzelgespräche, Rollenspiele sowie der Arbeitsversuch bzw. die Arbeitstherapie. Soziotherapie hat hier die bloße Aufgabe, eine „Psychotherapiefähigkeit" herzustellen und zu fördern.

Beispielhaft für die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe die unter der Bezeichnung Sozio- /Sozialtherapeutische Heime fungieren, möchte ich hier auf den Artikel von Vögtlin (1997) verweisen. In diesem Artikel beschreibt die Autorin die soziotherapeutische Arbeit in dem Wohnheim Haus Eller und versteht Soziotherapie als **eine stationäre Lebenshilfe für Erwachsene mit erheblichen Abhängigkeitserkrankungen.** Soziotherapie sei aber nach ihrer Ansicht kaum fassbar und stehe zwischen therapeutischer und pädagogischer Arbeit. Eine umfassende Darstellung der soziotherapeutischen Arbeit in Wohnheimen findet sich bei Steingass (2000).

[23] Vgl. www.med.uni-heidelberg.de/psycho/psm/station/sozial.htm

1.9 Klinische Sozialarbeit

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte stellt auf ihrer Internetseite[24] eine aktuelle Anleitung zum Dokumentationsinstrument der Klinisch-therapeutischen Leitlinien (KTL) vor. Interessanterweise findet sich in dieser Anleitung der Begriff „Klinische Sozialarbeit", unter dem sämtliche therapeutische Tätigkeiten der Berufsgruppe von Diplom-Sozialarbeiter(innen) und Diplom-Sozialpädagog(inn)en zusammengefasst werden. „*Leistungen der klinischen Sozialarbeit werden von Diplom-Sozialarbeiterinnen und Diplom-Sozialpädagoginnen und ggf. von anderen Berufsgruppen mit entsprechender Weiterbildung erbracht*." (S. 5) In der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker gilt für Weiterbildungen und empfohlene Zusatzausbildungen die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.5.2001". Die Berufsgruppe der Sozialarbeit ist auf Seite 139, 143 und auch in den Erläuterungen auf Seite 157, 223 u. 238 der KTL einbezogen. Der Anleitung folgend ist Aufgabe der Sozialarbeiter die Durchführung der sozialen Gruppenarbeit mit den Inhalten: Krankheitsbewältigung, Vermittlung von sozialen Basisinformationen, Erwerb von Handlungskompetenzen, Erarbeitung von Perspektiven sowie ressourcenorientierte Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten. Des Weiteren wird die Angehörigenberatung genannt.

Im einzelnen differenziert die BfA:

Soziale Gruppenarbeit:

- Patientenschulung
- psychoedukative Gruppen (Arbeitslosigkeit, berufliche Orientierung, Training von sozialer Kompetenz)

Angehörigenberatung:

- Einzelgespräche,
- Angehörigenschulung,
- Themenzentrierte Gruppe für Angehörige.

Unter dem Punkt Informationen, Motivation und Schulung subsumiert die BfA verschiedene Informations- und Schulungsmaßnahmen (wie Rückenschule, Patientenschulung und gesundheitsfördernde Maßnahmen). Mit dieser Anleitung wird m. E. die Sozi-

[24] Vgl. www.bfa-berlin.de, vom 19.07.2002

alarbeit in der medizinischen Rehabilitation weiter spezifiziert. Über therapeutisch (sozial-/ psychotherapeutisch) tätige Sozialarbeiter wird hier unter diesen Punkten nichts weiter ausgesagt. Unter dem Punkt Psychotherapie befindet sich als letzter

● der Begriff **Soziotherapie** mit dem Zusatz „milieutherapeutische Verfahren". Hingewiesen wird, dass die in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker durchgeführten Leistungseinheiten von Diplom-Sozialarbeiter(inne)n, und Diplom-Sozialpädagog(inn)en und anderen geeigneten Berufsgruppen mit einem vom VDR anerkannten Weiterbildungsabschluss als Sozialtherapeut bzw. Suchttherapeut durchgeführt werden.

Diesen Ausführungen folgend, differenziert die BfA nicht zwischen Soziotherapie, Sozialtherapie und Klinischer Sozialarbeit. Vielmehr wird der Terminus „Klinische Sozialarbeit" als Oberbegriff gewählt, der alle therapeutischen Vorgehensweisen der Berufsgruppe Sozialarbeit und Sozialpädagogik umfasst. Crefeld (2002; 25) definiert Klinische Sozialarbeit folgendermaßen:

> *„Clinical social work, die professionelle Anwendung von Theorien und Methoden der Sozialarbeit für die Behandlung und Prävention psychosozialer Beeinträchtigungen, Behinderungen und Schädigungen einschließlich psychischer Krankheiten (emotional und mental disorders), wobei als Klienten ebenso Einzelpersonen wie Paare, Familien oder andere kleine Gruppen infrage kommen. Die Tätigkeit umfasst Problemklärung, Diagnose und Behandlung und schließt Psychotherapie und Beratung ebenso ein, wie klientenbezogene Interessensvertretung und Consilia- und Evaluationstätigkeiten."*

Crefeld bezieht sich hier auf die Standards **„for the practice of clinical social work",** die 1989 von der **„National Assoziation of social workers"** gemeinsam mit der **„National Registry of health care provider"** herausgegeben wurden. Ähnlich wird Klinische Sozialarbeit von Ortmann (2002; 68) definiert. Er schreibt: „*Interdisziplinäres gesundheitsbezogenes Handeln in sozialen Situationen für und mit Menschen, die von gesundheitlichen Problemen bedroht oder erkrankt sind*". Nach Ortmann zeichnet sich klinische Sozialarbeit aus durch:

1. Niedrigschwelligkeit
2. Familienorientierung

3. Sie will die Lebenssituationen von Klienten verstehen und deuten
4. Ressourcenorientierung
5. Sie ist kooperativ

Am 16.11.2001 wurde an der Fachhochschule Coburg die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) gegründet. Träger ist das Institut für psycho-soziale Gesundheit (IPSG). Das Institut ist eine wissenschaftliche Einrichtung an der Fachhochschule Coburg und Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband. Vertreten wird die Zentralstelle durch ein Kuratorium.[25] Aufgabe der Zentralstelle ist die Weiterentwicklung der klinischen Sozialarbeit als Profession und Disziplin. In Anlehnung an die Clinical social work in den USA wird versucht, diese Klinische Sozialarbeit in Deutschland zu etablieren. Nach Pauls (2002; 170) beachtet der Klinische Sozialarbeiter (die Sozialarbeiterin):

„…den einzelnen erlebenden, handelnden und leidenden Menschen (Klienten, Patienten) in seiner Welt und ergänzen die biologisch-somatisch spezialisierte Medizin und die sich störungsspezifisch spezialisierte Kassenpsychotherapie um die Behandlung des sozialen Menschen mit seiner Biographie, in seiner Familie, unter Einbezug seiner Arbeitswelt, seinen Freunden, Verwandten und Nachbarn, seiner ökonomischen Situation und in vernetzter gemeindenaher Kooperation. .“

In den Berufsethischen Prinzipien der ZKS wird weiter ausgeführt:

„Klinische Sozialarbeit/Soziotherapie (‚klinisch’ in der Bedeutung unmittelbarer Arbeit an und mit betroffenen Menschen Klienten, Patienten, Angehörigen) bedeutet, die in einer spezialisierten Fachlichkeit der Sozialarbeit gründende Qualifikation, psycho-soziale Störungen, psychische Erkrankungen, psycho- und sozio-somatische Erkrankungen und Behinderungen in ihrem sozialen Zusammenhang behandeln zu können. Dazu gehört Beratung (im Einzel-, Familien- und Gruppengespräch), Krisenintervention, Soziotherapie, aufsuchende Arbeit, soziale Intervention, Prävention, Rehabilitation, Mediation sowie CASE-Management und Di-

[25] Mitglieder des Kuratoriums sind: Prof. Dr. Winfried Büschges-Abel, FH Mannheim; Prof. Dr. Wolf Crefeld, FH Bochum; Prof. Dr. Peter Dentler, FH Kiel; Prof. Dr. Brigitte Geisler-Pilz, Alice-Salomon FH Berlin; Dipl.-Sozialpädagoge Gernot Hahn, Erlangen; Prof. Dr. Albert Mühlum, Vorstandsmitglied der DGS, FH Heidelberg; Dipl.-Sozialtherapeut Peter Olm, Bochum; Prof. Dr. Helmut Pauls, FH Coburg; Dipl.-Sozialpädagogin Ilse Weis, Vorstandsmitglied der DVSK; Dipl. Sozialpädagoge Frieder Wels, Bonn; Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst, FH Mittweida.

sease-Management im Sinne sozialwissenschaftlich fundierter Fallführung im Gesundheitswesen (im Sinne eines „Kontinuum of Care": Von der Aufnahme in stationäre Einrichtungen, Übergangseinrichtungen und ambulanten Maßnahmen bis zu Evaluation und Qualitätsmanagement). Die klinisch- sozialarbeiterische Praxis steht in der Regel in interdisziplinären Zusammenhängen."(S. 4)

Die Zentralstelle bietet Sozialarbeiter(innen) die Möglichkeit der Anerkennung und Akkreditierung als Klinische(r) Sozialarbeiter(in) mit der Vergabe eines entsprechenden Zertifikates. In dem folgenden Schaubild sind die Kriterien der Zertifikatsvergabe der sozialtherapeutischen Weiterbildung des DBSH-Institutes gegenübergestellt (vgl. Pauls 2002).

Tab. 3: Gegenüberstellung der berufsbegleitenden Weiterbildung „Sozialtherapie DBSH" und der „Zertifizierung Klinische Sozialarbeit"

Lehrgangselemente Klinische Sozialarbeit ZKS	**Umfang**	**Lehrgangselemente Sozialtherapie DBSH**	**Umfang**
Theorieseminare	115 UE	Theorieseminare Einführungsseminar	135 UE 20 UE
Selbsterfahrung	90 UE	Selbsterfahrung	120 UE
Personelle Kompetenzen	20 UE		
Interventionskompetenzen	285 UE	Therapiemethode Zweitverfahren Kreative und Entspannungstechniken Spezielle Methoden	310 UE 70 UE 70 UE 70 UE 70 UE
Kleingruppenarbeit	60 UE	Fallarbeit unter Supervision	50 UE
Einzelsupervision	15 UE	Supervision	40 UE
Berufliche Praxis	240 UE	Hospitationen	130 UE
Selbststudium	370 UE	Eigenarbeit	100 UE
Insg.	**1195 UE**		**1085 UE**

Dieses Schaubild macht deutlich, dass sich Klinische Sozialarbeit, so wie sie von der ZKS verstanden und vertreten wird, an den Standards und Kriterien der sozialtherapeutischen Weiterbildungen anlehnt. Im Unterschied zu den meisten sozialtherapeutischen Weiterbildungen ist Klinische Sozialarbeit **nicht auf eine** psychotherapeutische Orien-

tierung festgelegt. Von daher ist sie am ehesten mit der Weiterbildung des DBSH-Institutes bzw. des Burghardthauses zu vergleichen. Neben diesen beschriebenen inhaltlichen Kriterien fordert die ZKS darüber hinaus die Anerkennung von berufsethischen Prinzipien. Hierdurch unterscheidet sich dieses Zertifikat von den üblichen Weiterbildungszertifikaten und wird dem Anspruch einer Akkreditierung (ähnlich einem Berufsregister) gerecht.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit ist maßgeblich an der Entwicklung einer **Klinischen Sozialarbeit** beteiligt. Das von siebzehn Hochschullehrern unterzeichnete **„Plädoyer für Klinische Sozialarbeit als Fachgebiet der sozialen Arbeit“** (Mühlum 2001) hat eine breite mitunter kontrovers geführte Diskussion in Gang gesetzt. Der DBSH griff diese Diskussion in seiner Zeitschrift FORUM SOZIAL 2/2001 auf. In dieser Ausgabe ist auch dieses Plädoyer für Klinische Sozialarbeit nachzulesen. Für diese Arbeit scheint mir eine Wiederholung bzw. Fortsetzung der Diskussion nicht hilfreich. Der interessierte Leser sei an die einschlägige Literatur (z.B. FORUM SOZIAL) verwiesen. Interessant scheint mir an dieser Stelle nur der Hinweis, dass in den Veröffentlichungen zur Klinischen Sozialarbeit oft zwischen Klinischer Sozialarbeit und Soziotherapie nicht unterschieden wird, beide Begriffe vielfach synonym verwandt werden bzw. Sozialtherapie/Soziotherapie als eine Methode der Klinischen Sozialarbeit erwähnt wird. Nach Durchsicht der einschlägigen Literatur kann der interessierte Leser zu der Ansicht kommen, dass Klinische Sozialarbeit der neue Terminus für Soziale Therapie ist. Allein das Sichten der Literaturangaben der entsprechenden Autoren (u. a. Mühlum, Pauls) bestätigt diese These. Sämtliche Quellen lassen sich auch für eine Beschreibung der Sozialen Therapie heranziehen. In dem Kapitel „Modell einer Sozialen Therapie“ werde ich daher (auch) auf die Literatur zur Klinischen Sozialarbeit zurückgreifen. Vielleicht steht dann am Ende meiner Arbeit in Anlehnung an Knoll „**Von der Sozialtherapie zur Klinischen Sozialarbeit**“.

1.10 Sozialtherapie

Ich möchte meinen Ausführungen zur Sozialen Therapie ein Zitat eines Soziologen voranstellen, der sich mit der Situation der Psychologen in der Rehabilitation Abhängiger beschäftigt hat. Tasseit (2001; 154) beschreibt in einem Artikel mit dem Titel „Was Psychologen in der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken machen“, dass es in der Rehabilitation Alkoholabhängiger nicht um Psychotherapie geht. Er postuliert:

> *„Das Licht der Psychologie leuchtet nur eine Seite der zu rehabilitierenden Abhängigkeitskranken an. Was Not tut, ist die ganze Person in den Blick zu bekommen. Darum ist die für den medizinischen Rehabilitatonsbereich vorgesehene interdisziplinäre Zusammenarbeit sinnvoll“*.

Ganz deutlich kritisiert er die bestehenden sozialtherapeutischen Weiterbildungsgänge indem er sagt:

> *„Und das heißt für die im Bereich der Suchtkrankenrehabilitation mittlerweile etablierten Weiterbildungsgänge, die insbesondere für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen geschaffen worden sind, dass sie aus der Einbahnstraße einer Psychotherapeutisierung herauskommen und sich in ihren Lehrplänen dem Gegenverkehr psychosozialer Problemlagen stellen sollten, und dass ihre Träger möglichst bald die Curricula für den Bereich der Suchtkrankenrehabilitation um Elemente einer soziologisch fundierten Soziotherapie ergänzen sollten“* (154).

Bei der Auswertung der von mir untersuchten Weiterbildungsgänge (im Kapitel drei) werde ich hierauf zurückkommen.

Der Begriff Sozialtherapie geht auf Alice Salomon (1926) zurück. In ihrem Buch „Soziale Diagnosen“ verstand sie hierunter, das Sammeln und Auswerten von Familienakten. Von Weizsäcker greift 1947 diesen Begriff der Sozialen Therapie auf und definiert ihn als eine psychotherapeutische Methode (zit. n. Eike u. a. 1985; 236):

> *„Wir verstehen unter Sozialer Therapie eine psychotherapeutische Methode. In ihr wird die soziale Mitwelt gezielt beeinflusst und verändert, um damit den psychisch- und psychosomatischkranken Menschen zu helfen (...) Wenn eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten selbst nicht möglich ist, dann wird versucht, jene Faktoren der sozialen Umwelt des Patienten zu ändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht dieses Menschen so ungünstig beeinflusst hatten, dass es zum Krankheitsgeschehen gekommen war.“*

Ein umfassender Entwurf von Sozialtherapie geht auf die Ausführungen von Richter (1978) zurück. Sozialtherapie habe eine neue Sichtweise von Therapie überhaupt erst ermöglicht, *"...die darauf basiert, dass psychisches Wohlbefinden soziales Wohlbefinden einschließt und voraussetzt"* (S. 181). Lippenmeier (vgl. 1993) unterstreicht in seiner Beschreibung die Bedeutung einer „*interdisziplinären*" Vorgehensweise.[26] Für Hompesch & Hompesch-Cornez ist Sozialtherapie eine *"(...) Interventionsform, die basierend auf unterschiedlichen psychologischen Theorien und Verfahren anlässlich von individuellen Krisen und Problemen intra- und interpersonelle Veränderungen bewirken soll"* (1978; 25). Lüssi (2001; 33) setzt sich kritisch mit der Therapeutisierung der Sozialarbeit auseinander und spricht im Zusammenhang mit der Entwicklung des Case Works von „Mary Richmonds Sündenfall".[27] Für ihn sind die Begriffe „Sozialtherapie" bzw. „Soziale Therapie" bloß dazu da, das ärztliche Vorgehen (Anamnese, Untersuchung, Diagnose, Behandlung, Prognose) in die Sozialarbeit zu transferieren. Konsequenterweise gehören für ihn darum auch „Soziale Therapie/Sozialtherapie" bzw. „Soziotherapie" nicht zu den Methoden der Sozialarbeit.[28]

Ausführlich beschreibt Schwendter (2000) die Entwicklung der Sozialtherapie in Deutschland.

Für Baer (1997) eröffnet das Psychotherapeutengesetz ein großes Feld der Sozialtherapie. Zum einen seien viele Menschen für eine klassische Psychotherapie nicht zugänglich, zum anderen habe die „*Welle des Kostendenkens"* (S. 37) in der Psychotherapie dazu geführt, dass viele Patienten keine Psychotherapie bezahlt bekommen. Außerdem sei der Bereich Psychotherapie so stark eingeengt, dass sie z. B. nicht infrage kommt für Menschen, „*...die festgefahrene Beziehungsmuster ändern wollen, die an die Grenzen ihrer verhärteten Lebensmuster stoßen und Selbsterfahrung suchen, um etwas in ihrem Leben, ihren Gefühlen, ihren Kontakten zu verändern."* (S. 37) Des Weiteren nennt er

[26] So auch das Fachlexikon der Sozialen Arbeit S. 900

[27] In ihrer ersten Veröffentlichung mit dem Titel „Sozial diagnosis"(1917) systematisierte Mary Richmond die Einzelfallhilfe. Folgende Arbeitsschritte werden von ihr beschrieben (vgl. Perlman 1978; 9):
1. Untersuchung der Fakten einer Situation
2. Erstellung einer Diagnose;
3. Feststellung und Durchführung eines Behandlungsplans.
In Deutschland war es vor allem Alice Salomon, die für eine Verbreitung der Einzelfallhilfe sorgte.

[28] Lüssi (2001) unterscheidet sechs Handlungsformen der Sozialarbeit: Beratung, Verhandlung, Intervention, Vertretung, Beschaffung und Betreuung

noch Menschen mit Kontaktabbrüchen (S. 40). Dies alles sei seiner Ansicht nach ein großes Feld der Sozialtherapie.

Meyer u. a. (1991) kommen in ihrem Forschungsgutachten zu dem Ergebnis, dass in der BRD eine Unterversorgung an ambulanten Psychotherapieplätzen vorliegt[29]. Auch diese Personen sind potentielle Klienten für eine Sozialtherapie. Nach Baer (1996) ist die Verwendung des Begriffs Sozialtherapie zum Teil auch rechtlich begründet. So ist die Ausübung der Psychotherapie nur Ärzt(innen) und Psycholog(innen) sowie Heilpraktiker(innen) mit entsprechenden Zusatzausbildungen gestattet, so dass sich Angehörige anderer Berufsgruppen mit dem Begriff „Sozialtherapie / Soziotherapie“ behelfen.
Fröhlich fokussiert auf die Umwelt- und Lebensbedingungen (1980; 2131) und schreibt: *„Sozialtherapie, (eine) durch einschneidende Veränderungen der Umweltbedingungen bzw. der Lebensbedingungen eines Patienten eingeleitete Therapie“*. Ähnliches beschreibt die Fachhochschule Darmstadt in den allgemeinen Informationen zum Aufbau-Studiengang Sozialtherapie:[30]

> „*Unter Sozialtherapie verstehen wir Formen der Erforschung, Beurteilung, Beratung und Therapie des psychosozialen Leidens von Einzelnen, Familien und Gruppen. Sozialtherapeutische Hilfen setzen in einer doppelten Perspektive an persönlichen und sozialen Konflikten an. (...) Sozialtherapie ist auf die Lebensbewältigung im Alltag ausgerichtet und damit einem Ressourcen-Kompetenzmodell verpflichtet.“*[31]

Interessanterweise führt das achtsemestrige, berufsbegleitende Studium an der Fachhochschule Darmstadt zu dem Abschluss „Master of Social Work“ und hat als inhaltlichen Schwerpunkt die systemische Beratung sowie das Psychodrama. Von Sozialtherapie ist in den Studienunterlagen nicht die Rede.

Nach Eike u. a. (1985) wird bei der Sozialtherapie psychische Erkrankung nicht nur als etwas verstanden, was ausschließlich in der psychischen Geschichte des Individuums wurzelt. Der Mensch befindet sich immer in einem sozialen Umfeld. Die Behandlung psychischer Erkrankungen muss deshalb die Beziehung zwischen dem Erkrankten und dem sozialen Umfeld einbeziehen. Eike u. a. (1985: 238) postuliert:

---

[29] 5,3 % der bundesdeutschen Bevölkerung würden demnach eine Psychotherapie wahrnehmen, wenn sie einen entsprechenden Behandlungsplatz bekämen (Meyer 1991; 29)
[30] Zurzeit werden keine neuen Studierenden in diesem Diplom-Studiengang aufgenommen. Geplant ist die Einführung eines Masterstudienganges
[31] Vgl. www.efh-darmstadt.de

„Bei der Beurteilung und bei der Behandlung psychischer Störungen bedarf es einer Klärung des gesamten psychosozialen Lebensgefühles des Betroffenen (.....). Der Sozialtherapeut soll krankmachende Faktoren im sozialen Umfeld eines Patienten erkennen und gezielt beeinflussen."

Richter (1996; 567) formuliert es noch deutlicher indem er sagt:

„Grundsätzlich wird jede Individualtherapie bereits zur Sozialtherapie in dem Augenblick, in dem die Krankheit und das Leiden eines Menschen nicht mehr ausschließlich als seine persönliche Angelegenheit behandelt wird, sondern als ein Ereignis, dass ihn mit Personen und Umständen einer sozialen Umwelt verbindet, die der Therapieplan mit einbezieht".

Dieser von ihm sehr weit gefasste Sozialtherapiebegriff wird im Laufe seines Artikels korrigiert indem er schreibt,

„*das könnte am Ende nämlich leicht dazu führen, sich damit zu begnügen, die traditionelle Tätigkeit von Sozialarbeitern bloß in Sozialtherapie umzubenennen. Dies ist ja bekanntlich eines der in diesem Feld geläufigsten Manöver, allfällige Innovationen und Reformen mit Hilfe beschwichtigender Umetikettierungen zu vermeiden."* (S. 570).

Richter fordert des Weiteren einen Ausbau von Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten in Sozialtherapie und empfiehlt eine multiprofessionelle Sichtweise. Nach ihm unterscheidet sich die Sozialtherapie von der klassischen Individualtherapie durch einen verstärkten Fokus auf die soziale Umwelt. Auf den Punkt gebracht formuliert Richter (1996; 568):

„Der sozialtherapeutische Ansatz bestimmt sich von einem sozialbezogenen Gesundheitsbegriff her: zu Erstreben ist ein gleiches und gemeinsames Wohlergehen aller in einer Gesellschaft, die von dem Prinzip der Solidarität geleitet und strukturiert werden. Indem Sozialtherapie in der sozialen Umwelt einen maßgeblichen ursächlichen Faktor für Krankheit und Gesundheit sieht, muss sie neben der Wahrnehmung ihres unmittelbaren therapeutischen Auftrages zu jeder Zeit auch politische Forderungen artikulieren, nämlich solche, die sich auf die Abstellung derjenigen gesellschaftlichen Mißstände richten, die als wichtige soziogene Krankheitsfaktoren wirksam sind."

Kircher (1996; 69) versteht Sozialtherapie als:

„…ein interdisziplinär/integratives Handlungskonzept, in dem verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgaben und Kompetenzen zusammenarbeiten

(z.B. Sozialtherapie in stationären / teilstationären klinischen Einrichtungen), als auch ein konkretes methodisches Vorgehen, bei dem der einzelne Helfer (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge) soziale und psychotherapeutische, Handlungsstrategien direkt miteinander verbindet (z.B. Sozialarbeit / Sozialpädagogik in der ambulanten Suchtberatung oder in der Betreuung von Wohngemeinschaften für psychisch Kranke).“

Kircher (1996; 61) folgend hat die Sozialtherapie ein neues Verständnis von Krankheit. *„Die individualisierende Sichtweise der klassischen Krankheitslehre wird ergänzt und erweitert (nicht ersetzt) um die sozial/systemische Dimension.“* Kennzeichnend für die Sozialtherapie sei die Einbeziehung des sozialen Umfelds in die Therapie sowie die Integration therapeutischer und rehabilitativer Hilfen, bezogen auf den Lebensalltag des Patienten. Über dieses methodische Vorgehen hinaus hat Sozialtherapie die Funktion, Veränderungen der institutionellen Rahmenbedingungen und der psychosozialmedizinischen Versorgung in Richtung auf stärkere soziale Integration im Lebensraum zu fördern. Zusammengefasst beschreibt sie Sozialtherapie: *„…als einen speziellen Zweig methodischer Sozialarbeit. Adressaten sind Personen, deren soziale Problematik unmittelbar zusammenhängt mit Störungen/Krankheiten im psychischen Bereich. Sozialtherapie arbeitet mit diesen Personen und ihrem sozialen Umfeld.“* (S. 66)

Sozialtherapie baut auf den methodischen Handlungskonzepten der Sozialarbeit auf, insbesondere auf den Methoden der sozialen Einzelhilfe, Familienarbeit und sozialer Gruppenarbeit. Die methodischen Kompetenzen aus diesen Arbeitsformen (z.B. diagnostische Kompetenzen, Kompetenzen zur Mobilisierung der Selbstheilungskräfte, zur Arbeit mit dem sozialen Netzwerk) müssen erweitert und ergänzt werden durch psychotherapeutische Kompetenzen. Dabei geht es um die Verbindung von Hilfen zur Ich-Unterstützung, zur Bewältigung von Alltagsproblemen und zur Verarbeitung emotionaler Konflikte. Sozialtherapie hat ihren Schwerpunkt in den beschriebenen, personenorientierten Methoden (immer unter Berücksichtigung sozialer Bezogenheit), aber sie beschränkt sich nicht darauf. Der Einfluss auf institutionelle Strukturen und die Arbeit mit dem Netzwerk der Dienstleistungssysteme gehört wie zu jeder Form von Sozialarbeit auch zur Sozialtherapie. Kooperation mit Ärzten, Psychologen, Pflegern und anderen Berufsgruppen des therapeutischen Feldes gehören zum Alltag von Sozialtherapie. Sozialtherapeuten müssen in besonderer Weise fähig sein, sich in einem interdisziplinären Team zu bewegen. Kircher folgend ist Sozialtherapie in der Abgrenzung zur Psychothe-

rapie Arbeit auf einer alltags- und bewusstseinsnahen Ebene. Sozialtherapie ist nur relativ spezialisiert auf eine bestimmte therapeutische Vorgehensweise. Vom Ansatz her ist Sozialtherapie eklektizistisch und orientiert sich an den unterschiedlichen Problemen und Lebenslagen der Klienten. *„Angebote der Sozialtherapie eignen sich daher auch für einen Personenkreis, der mit den Angeboten herkömmlicher Psychotherapie nicht erreichbar ist.“* (Kircher 1996; 69). Die besondere Chance der Sozialtherapie liegt in dem Feld, wo die Psychotherapie mit ihren Methoden an ihre Grenzen stößt. Ein etwas anderer Aspekt wird von Köttgen (1992; 167) gesehen, wenn sie ausführt: „*Die Gesünderen und Privilegierten unter den psychisch Kranken begeben sich in teure, langwierige Psychoanalyse; je verletzter, unangepasster und ärmer jemand ist, desto kürzer und dressurähnlicher sind die soziotherapeutischen Therapieangebote.“* Innerhalb der DAGG[32] wurde 1973 die Sektion Sozialtherapie gegründet. Die Sektion sieht ihre Aufgabe in einem fachspezifischen Erfahrungsaustausch und der Weiterentwicklung sozialtherapeutischer Konzeptionen. Sie versteht sich als ein Fachforum, in dem sozialtherapeutische Ansätze und Interventionen aus unterschiedlichen Feldern für die professionelle Weiterentwicklung transparent gemacht werden. Darüber hinaus hat die Sektion sozialtherapeutische Standards formuliert, die im Folgenden verkürzt dargestellt werden.

Tab. 4: Standards der Sozialtherapie

Sozialtherapie ist ein Diagnose- und Interventionsverfahren, das Krankheiten, Behinderungen und Leiden feststellt, behandelt und lindert, die mit der psychischen und/oder sozialen Entwicklung und Umwelt eines Menschen in Zusammenhang stehen.
Sozialtherapie ist offen für die Anwendung verschiedener wissenschaftlicher Verfahren.
Sozialtherapie stellt eine Synthese und Kombination von Sozialarbeit und Psychotherapie dar.
Sozialtherapie ist psychotherapeutische bzw. psychosoziale Arbeit.
Sozialtherapie ist an den Ressourcen und an der Lebenswelt orientiert
Sozialtherapie stellt eine Erweiterung psychotherapeutischen Handelns dar, indem sie auf die soziale Situation fokussiert.
Sozialtherapie berücksichtigt institutionelle und gesellschaftliche Aspekte sowie politische Veränderungsprozesse als Ausdruck ihrer Feldorientierung und ganzheitlichen Haltung.

(Vgl. Sektion Sozialtherapie im DAGG, 1997 und 1999)

[32] Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik e.V.

Neben der Sektion Sozialtherapie im DAGG hat sich 1993 ein bundesweit tätiger deutscher Fachverband für Sozialtherapie gegründet. Der DFS[33] sieht seine Aufgaben in:
- einer theoretischen und praktischen Weiterentwicklung von Sozialtherapie,
- in der Förderung und Unterstützung der beruflichen Möglichkeiten von Sozialtherapeut/innen
- der Förderung und Unterstützung der kollegialen Kontakte und Kooperationen zwischen den Mitgliedern
- der Verbreitung von Ausbildungs- und Qualitätsstandards für Sozialtherapie
- in der Konsolidierung des Berufbildes Sozialtherapeut(in).

In seiner Satzung hat der Fachverband Standards einer sozialtherapeutischen Weiterbildung definiert:

1. Sozialtherapie ist eine eigenständige therapeutische Disziplin neben und in Wechselwirkung mit Psychotherapie, Seelsorge und Medizin.
2. Die sozialtherapeutische Fortbildung umfasst mindestens 1.200 Stunden (Vollzeit, 12 Monate) bzw. 600 Stunden (berufsbegleitend, mindestens 24 Monate).
3. Bestandteil der Fortbildung sind fachlich begleitete Praktika, in die selbstständige Anleitung von sozialtherapeutischen Gruppen- bzw. sozialtherapeutische Einzelarbeit integriert ist.
4. Leiter(innen) von Fortbildungsmaßnahmen verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung im sozialen, pädagogischen oder vergleichbaren Bereich auf Hochschul- oder Fachhochschulniveau und über eine eigene sozialtherapeutische oder vergleichbare andere therapeutische Ausbildung.
5. Bestandteil der sozialtherapeutischen Fortbildung ist psychotherapeutische Selbsterfahrung.
6. Der Gruppenprozess der Teilnehmer(innen) muss kontinuierlich supervisiert werden.
7. Der Anteil erlebniszentrierter Bestandteile in den Fortbildungen muss mindestens ein Drittel des Gesamtfortbildungsumfanges betragen.
8. Die Ausbildung schließt mit einer Prüfung ab.

In der Satzung findet sich darüber hinaus keine weitere Definition der Sozialtherapie. Publikationsorgan des Fachverbandes ist eine Zeitschrift für Theorie und Praxis der Sozialtherapie.[34] Der größte Teil der Artikel in dieser Publikation beschäftigt sich mit

[33] DFS: Deutscher Fachverband für Sozialtherapie e.V., Bachstr. 1, 40223 Düsseldorf
[34] Herausgeber ist die Zukunftswerkstatt Tanz, Musik und Gestaltung, Düsseldorf

erlebnisorientierten Ansätzen (Tanz, Kreativität, Musik und Gestaltung). Inhaltlich wird in vielen Beiträgen Sozialtherapie als eine Form der kreativen Therapie verstanden. In einem Versuch einer Begriffsbestimmung definiert Baer (1996; 18) Sozialtherapie folgendermaßen:

> *„Sozialtherapie arbeitet vorrangig erlebnis-, übungs- und themenzentriert. Durch vielfältige sensorische, motorische und soziale Stimulierungen und Interaktionen wird die Erlebnisfähigkeit erweitert. Auch dabei ist ein diagnostisches Verständnis und Vorgehen wesentlich, und es werden Erfahrungen und Emotionen miteinander verknüpft. In der übungszentrierten Modalität steht aus der Sicht des/der Klient/innen das - oftmals spielerische – Einüben von Neuem im Vordergrund. Aus der Perspektive der Sozialtherapeut/innen geht es dabei darum, den Klient/innen auf ihre Person zugeschnittene Erfahrungsmöglichkeiten zur Erweiterung ihrer Wahrnehmungs- und Aktionspotentiale zu geben. Häufige Arbeitsweise in der Sozialtherapie ist das themenzentrierte Arbeiten, indem erlebnis- und übungszentrierte Elemente in der Beschäftigung mit dem Thema (z.B. Arbeitslosigkeit, Veränderung nach dem Herzinfarkt, Selbstsicherheit in der Berufsrolle usw.) unter den oben beschriebenen Zielsetzungen verknüpft werden.“*

Der von Baer und der genannten Zeitschrift vertretene erlebnisorientierte Ansatz erfordert m. E. eine tiefergehende Betrachtung, die aber den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. Baer liefert aber darüber hinaus noch einige wesentliche Grundelemente einer Sozialen Therapie, die ich im Folgenden skizzieren möchte.

Tab. 5: Grundelemente einer Sozialen Therapie

1. Ziel der sozialtherapeutischen Arbeit ist eine Veränderung, eine Problemlösung
2. Die sozialtherapeutische Diagnose ist multifaktoriell
3. Sozialtherapeutische Diagnostik ist personenzentriert
4. Sozialtherapie mobilisiert Kompetenzen
5. Sozialtherapie arbeitet grundsätzlich interaktiv
6. Sozialtherapie zielt auf eine Veränderung der sozialen Settings und sonstiger sozialökonomischer Lebensbedingungen
7. Ziel sozialtherapeutischen Handelns ist es, Menschen zu mehr Wahlmöglichkeiten zu verhelfen.

(Vgl. Baer 1996)

Anhand qualitativer Interviews zeigt Knoll (1997) in seiner umfangreichen Dissertation die Entwicklung der Sozialarbeit zur Sozialtherapie auf. Als Ergebnis beschreibt der Autor drei Dimensionen von Sozialtherapie:

1. Sozialtherapie als allgemeines Handlungskonzept
2. Sozialtherapie als spezifisches Behandlungskonzept
3. Sozialtherapie als spezifisches Beeinflussungskonzept von sozialen Strukturen

Zur eindeutigeren Begriffsklärung spricht der Autor bei der Sozialtherapie als spezifisches Beeinflussungskonzept (dritte Dimension) von Soziotherapie. Dem möchte ich nicht folgen, zumal der Soziotherapiebegriff durch die Sozialgesetzgebung (siehe vorheriges Kapitel dieser Arbeit) neu definiert wurde. Eine umfassende Definition Sozialer Therapie entstammte dem Aufbaustudiengang Sozialer Therapie an der Universität Kassel (Universität Kassel, AST 1992/93; vgl. Schwendter 2000):

„In den Berufsfeldern der Sozial- und Gesundheitsberufe bestehen erhebliche Innovationsanforderungen. Die verschiedenen Professionen stoßen in der Bearbeitung immer komplexer werdender Problemlagen und angesichts eines deutlichen Trends zur Chronifizierung von Leidenszuständen zunehmend auf Grenzen ihrer Handlungsansätze, [den] Organisationsformen, nicht zuletzt ihrer Paradigmen. Sozialtherapie hat in dem Zusammenhang von medizinischen, rechtlichen, psychotherapeutischen und klassisch sozialarbeiterischen Hilfen zum einen eine entscheidende Brückenfunktion, zum anderen aber auch eine eigene Position, die über diese Qualität hinausgeht. Dieser liegt vor allem eine spezifische Perspektive auf Behandlungssettings zugrunde. Sozialtherapie zielt ab auf die Kompensation sozialer Defizite durch die Herstellung alltagsnaher und therapeutisch wirksamer Hilfen in „adaptiven" Lernumgebungen sowie die Reaktivierung und Widererschließung lebensweltlich verschütteter Ressourcen, Fähigkeiten und Sinnstrukturen. Damit werden z.B. für die sozialtherapeutische Diagnose Problemdefinitionen wichtig, die ihren Ausgangspunkt bei der Verknüpfung unterschiedlicher Ebenen der Lebenswirklichkeit problembetroffener Individuen, Familien oder Gruppen nehmen und darauf bezogene Interventionsformen entwickeln. Sozialtherapie stellt damit kein technisierbares Handlungsmodell bereit, sondern Analysen, Perspektiven und Ansätze zur Gestaltung von Lebensräumen in jenen Arbeitsfeldern und Institutionen; die sich zur Unterstützung der Lebensführung Problembetroffener herausgebildet haben. Hier liegt die Spezifika sozialer Therapie. Sie ist darin auf die systematische Kooperation mit anderen Berufsgruppen angewiesen."

Zusammenfassend lassen sich die Unterschiede zwischen Psychotherapie und Sozialtherapie wie folgend polarisierend darstellen.

Tab. 6: Gegenüberstellung von Psychotherapie und Sozialtherapie

Kriterien	Autor	Psychotherapie	Sozialtherapie
Arbeitsbündnis (Setting)	Gildemeister (2001)	verbindliche Absprachen über Zeit, Ort, Anlass und Regelhaftigkeit	Minimum an Absprachen
Ort des Geschehens	Gildemeister (2001)	Praxis des Therapeuten, Außeralltäglich	Alltag
Verfahren (Methode)	Gildemeister (2001) Kircher (1996)	wissenschaftlich fundiert	methodisch diffus eklektizistisch
Interventionen	Hüllinghaus (Experteninterview)	Individuell	Ressourcenorientiert Soziale Interventionen
Rechtsgrundlage	PsychThG HPG	Ausübung der Heilkunde (Behandlung)	keine Ausübung der Heilkunde
Kosten	Gebührenordnung	Kostenpflichtig	In der Regel Kostenfrei
Fokus	Baer (1996) Petzold (1990) Fröhlich (1980)	Seele des Menschen Aufdecken und Verarbeiten unbewusster Probleme und Konflikte	Reinszenierung von Vergesellschaftungsprozessen Veränderungen der Umwelt- bzw. Der Lebensbedingungen
Diagnostik	Hüllinghaus	Medizinisch Psychologisch	Sozial
Adressaten	Weinberger (2000) Kircher (1996)	YAVIS-Klienten[35]	Unterschichtangehörige
Sichtweisen	Kircher (1996) Kircher (1996) Baer (1996) Baer(1996) Baer (1996) Richter (1996)	Individuelle	Einbezug der sozialen Umwelt Alltags- und bewusstseinsnah Brückenfunktion zw. Institution und der sozialen Umwelt Begleitung der Patienten in den Alltag nach der klinischen Behandlung Verbindung zw. Persönlichkeit und sozi-ökologischem Feld Doppeltes Mandat
Forschung	Gildemeister (2001)	Umfangreiche Therapieforschung	Wenig Forschung
Qualifikation des Anwenders		Approbation bzw. HPG-Zulassung	Nicht geregelt
Selbstverständnis des Anwenders		Psychotherapeut Behandler	Diffus

[35] Weinberger greift von Schofield (1964) den Begriff YAVIS auf. Es ist die Abkürzung für young, attractive, verbal, intelligent, successful

2 THERAPIE DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

In der psychoanalytischen Literatur wird der Begriff „Psychische Gesundheit“ über Ich- und Triebkräfte, die miteinander ringen, und über die ökonomische Bilanz bzw. das Verhältnis der Ich-, Über-Ich- und Es-Strukturen zueinander definiert. Außerdem besteht eine Beziehung zwischen psychischer Reife bzw. Gesundheit und der Interaktion mitgebrachter Potentiale mit innerer und äußerer Realität. Gesundheit scheint dabei von folgenden übergeordneten Prinzipien abzuhängen: einem Gleichgewicht der Kräfte, einer ausgeglichenen Bilanz, einem ausgewogenen Verhältnis und Zusammenpassen der Strukturen und einer optimalen Anpassung. Gesundheit ist damit aus psychoanalytischer Sicht einem Gleichgewichtszustand und optimaler Anpassung gleich zu setzen.

Dauerhafte Alkoholabstinenz ist in der Regel auch untrennbar mit Arbeit und Erwerbstätigkeit verbunden und erst eine erfolgreiche Wiedereingliederung Suchtkranker trägt langfristig zu deren Stabilität bei. In Anbetracht struktureller Massenarbeitslosigkeit, sowie eines empirisch nachgewiesenen engen Zusammenhanges zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall nach einer Entwöhnungsbehandlung, setzt sich auch in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zunehmend die Einsicht durch, dass eine ausschließlich auf Psychotherapie begrenzte medizinische Rehabilitation für den Therapieerfolg einer dauerhaften Abstinenz nicht ausreicht (vgl. Henkel 1992, 87ff; Feuerlein 1988; Bönner 1996). Albrecht und Fritz (2000) kommen in ihrer explorativen Studie zu dem Ergebnis, dass knapp 60 Prozent der Alkoholabhängigen in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe arbeitslos bzw. anderweitig nicht erwerbstätig sind. Des weiteren kommen sie zu dem Schluss, dass knapp 90 Prozent der Fachkliniken den Stellenwert der Bereiche Arbeit/Arbeitslosigkeit für ihre Patienten als sehr hoch bzw. hoch einschätzen. In mehr als 85 Prozent der Einrichtungen wird sehr häufig bzw. häufig über das Thema Arbeitslosigkeit in der Therapie gesprochen. In ihrer Studie konnten die Autoren belegen, dass die therapeutischen Angebote zur Förderung und Reintegration der Patienten in die Arbeits- und Erwerbswelt seit 1994, in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, deutlich verbessert wurden. Nach Beier 1996 muss *„Rehabilitation stärker als Gesamtprozess zur Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft verstanden werden“.* Um diesen Anspruch gerecht zu werden fordert Schneider (2000; 70):

> *„Die Rehabilitation Suchtkranker erfordert einen interdisziplinären und umfassenden Behandlungsansatz, der sich im Einzelfall an den individuellen Rehabilita-*

tionszielen ausrichtet. Im Behandlungsspektrum der Rehabilitation kommen regelmäßig medizinische, psychologische und sozialarbeiterische Methoden zur Anwendung."

Noch deutlicher beschreibt dieses Lindenmeier (2000; 72):

„Anstatt sich vorrangig auf die psychotherapeutische Behandlung der Suchtsymptomatik eines Patienten zu konzentrieren, müssen Entwöhnungseinrichtungen von Behandlungsbeginn an verstärkt auch die soziale und berufliche Zukunft des Patienten in den Mittelpunkt ihrer therapeutischen Bemühungen stellen. Entsprechend muss neben einer Auseinandersetzung mit der persönlichen Vergangenheit auch die konkrete Planung der Zukunft des Patienten unmittelbar im Anschluss an die Behandlung im Vordergrund stehen."

Tretter (2000) spricht von einer Konzeption der „Transdisziplinarität". Er will damit deutlich machen, dass eine Brücke zwischen Theorie und Praxis, zwischen den verschiedenen Forschungsdisziplinen, sowie den unterschiedlichen Berufsfeldern nötig ist. Patienten müssen bei der gezielten Arbeitsplatzsuche vorbereitet, unterstützt und begleitet werden. Hier empfiehlt es sich u. a. Bewerbungstrainings, Arbeitserprobungsmaßnahmen sowie externe Praktika anzubieten. Für Patienten die keine Chance auf dem Arbeitsmarkt haben sind intensive Trainings und eine aktive Freizeitgestaltung von besonderer Bedeutung. Im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung muss es bei diesen Patienten vorrangig darum gehen, die dafür erforderlichen sozialen Fertigkeiten im Rahmen von konkreten Projekten innerhalb der Behandlung zu vermitteln (u. a. Kooperation und Kommunikation in Gruppen, Verantwortungsbewusstsein, Durchhaltevermögen, Planungsfertigkeiten, Frustrationstoleranz und Selbstorganisation) (vgl. Schneider 2000). In einem späteren Kapitel werde ich auf diese Forderungen zurückkommen.

Im Weiteren werden die wichtigsten therapeutischen Ansätze und deren Beitrag für das Verständnis (des Vorgangs) der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit dargestellt. Die Auswahl der Ansätze[36] folgt den von Ludewig (vgl. 1996) formulierten drei Grundmodellen zur Erklärung von Krankheiten. Er beschreibt:

[36] Eine aktuelle Übersicht der suchttherapeutischen Behandlungen ist bei Knoll (2002) nachzulesen

1. ***"Das medizinische Modell".*** **(tiefenpsychologisch)**
   Psychischen Beeinträchtigungen, liegen Konflikte und Defizite, zu Grunde.
2. ***"Das sozionormative Modell".*** **(verhaltenstherapeutisch)**
   Psychische Beeinträchtigungen werden als Lernprozess verstanden.
3. ***"Das interaktionelle Modell".*** **(systemisch/lösungsorientiert)**
   Erweiterung mit Blick auf den Kontext, das System, die Familie und andere soziale Beziehungen.

2.1 Tiefenpsychologische Beiträge

Die Suchtkrankenhilfe in der BRD wurde maßgeblich durch die Selbsthilfegruppen (AA, Daytop, SYNANON und religiöse Gruppen) sowie tiefenpsychologische Ansätze geprägt. Der überwiegende Teil der Fachkliniken für Abhängige sowie der universitären und nicht-universitären Kliniken arbeitet psychoanalytisch oder psychoanalytisch orientiert. Verhaltenstherapeutisch arbeitende Kliniken sind derzeit noch in der Minderzahl (vgl. Freyberger 1995). In der ambulanten Suchtkrankenhilfe hat der überwiegende Teil der Therapeuten eine analytisch-orientierte Zusatzausbildung.[37] Die "analytisch-orientierte Sozialtherapie" war die erste und lange Zeit einzige Zusatzausbildung, die vom VDR[38] als Zusatzausbildung zur Anerkennung empfohlen wurde. Hinzu kamen später noch "verhaltenstherapeutische" und "integrative", eine "psychodramatische" sowie eine „gesprächspsychotherapeutische" Ausbildung. Für eine "systemisch - familientherapeutische" Ausbildung ist die Anerkennung beantragt (vgl. GvS 1997).

Alkoholabhängigkeit wird in tiefenpsychologischer Sichtweise als eine Krankheit verstanden, deren Ursachen bis in die früheste Kindheit reichen können. Besonders die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (Heigl-Evers 1995) hat als modifiziertes Verfahren der Psychoanalyse viel zum Verständnis der Abhängigkeit beigetragen. Mit ein Grund zur Entwicklung analytisch orientierter Verfahren war die Erkenntnis, dass sich

[37] Von den therapeutischen Mitarbeitern in ambulanten Beratungsstellen gehören mehr als 60% der Berufsgruppe der Sozialarbeiter/-sozialpädagogen an. Mehr als 50% hat eine tiefenpsychologisch orientierte Zusatzausbildung (vgl. IFT 1996). Zur Anwendung kommen überwiegend kurzzeittherapeutische Verfahren (vgl. Schütz 1995).
[38] Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

die klassische Psychoanalyse für viele Suchtmittelabhängige als eine psychische Überforderung erwies.

In sämtlichen tiefenpsychologisch orientierten stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wird entsprechend der psychoanalytisch-interaktionellen Methode gearbeitet. Wobei keine Fachklinik ausschließlich tiefenpsychologisch orientiert arbeitet, sondern vielmehr im Rahmen einer Gesamtkonzeption ein integratives Behandlungskonzept vorhält.

Der psychoanalytischen Sicht folgend sind die Kindheitserfahrungen der Alkoholabhängigen in den meisten Fällen nicht geeignet, hinreichend gute Objektbeziehungen zu verinnerlichen. Aufgrund dieser gemachten Kindheitserfahrungen bleiben Abhängige oft ihr ganzes Leben lang "sehnsüchtig" nach einem Zustand innerer Zufriedenheit und Sicherheit. Abhängige leben oft dauerhaft in einer massiven inneren Anspannung ohne recht zu wissen, weshalb. Mit Hilfe des Alkohols als eine Art Ersatzobjekt versuchen manche Abhängige aus dieser inneren Anspannung herauszukommen. In seiner Theorie des psychischen Apparates hat Freud (...) das Ich als Instanz vom Es und vom Über-Ich abgegrenzt. In dieser Theorie ist das Ich gekennzeichnet durch bestimmte Funktionen, die bei Menschen mit strukturellen Ich-Störungen nicht zuverlässig verfügbar sind. Bei Abhängigen handelt es sich im wesentlichen dabei um folgende Bereiche: Realitätsprüfungsfunktion, Affektentwicklung, Fähigkeit Signalangst zu entwickeln, Fähigkeit körperlichen und seelischen Schmerz zu differenzieren, Frustrationstoleranz, sowie die Entwicklung reifer Objektbeziehungen. Den interessierten Leser verweise ich in diesem Zusammenhang auf Krystal und Raskin (1983). Ziel einer psychoanalytischen-interaktionellen Behandlung ist die Nachreifung der defizitären Ich-Strukturen. Im Unterschied zur klassischen psychoanalytischen Behandlung übernimmt in der interaktionellen Therapie der Therapeut anfänglich dem Patienten gegenüber eine Hilfs-Ich-Funktion.

2.2 Lerntheoretische/verhaltenstherapeutische Beiträge

Aus der Kritik gegen das Krankheitsmodell das den Alkoholabhängigen als Opfer einer Krankheit betrachtet, sowie der behavioristischen Sichtweise die das Gegenteil behaup-

tet und die Ursache in der Umwelt sieht, entwickelten sich neuere Verfahren der Verhaltenstherapie; wobei kein eigenes Modell der Abhängigkeiten vorliegt. Eysenck (1978; 67) definiert: *"Verhaltens-Therapie wird als die Anwendung von Prinzipien der modernen Lerntherapie auf die Behandlung von neurotischen Störungen definiert".* Kritiker von Seiten der tiefenpsychologischen Ansätze sehen in der Verhaltenstherapie ein Kurieren an der Oberfläche und werfen ihr vor, nicht die hinter einem Symptom stehenden Konflikte zu berücksichtigen. Eysenck (1960 zit. nach Costello 1978) weist diese Kritik zurück, in dem er schreibt: *"Es gibt keine Neurose, die hinter dem Symptom liegt, sondern nur das Symptom selbst. Werde das Symptom los, und du hast die Neurose besiegt".* Costello (1978) beschreibt drei Formen von Symptomen:

1. **"Symptome, denen eine Krankheit zugrunde liegt".** Hier nennt er als Beispiel die Depression. Er führt weiter aus, dass bei der Behandlung dieser Form von Symptomen keine Ersatzsymptome zu erwarten seien, da die Symptome nicht kompensatorisch seien.
2. **"Symptome, die adaptiv und kompensatorisch sind".** Bei einer Behandlung dieser Form der Symptome treten seiner Ansicht nach Ersatzsymptome auf. Da die Personen unter ihren Symptomen nicht leiden, spiele diese Form der Symptome in der therapeutischen Praxis, seiner Ansicht nach, keine Rolle.

3. Die dritte Form der Symptome bezeichnet er als **"verzerrte psychologische Abwehrreaktionen"**, die verhaltensregulierende Bedeutung haben, aber im allgemeinen fehlangepasst sind. Hier nennt er u. a. die Phobien. Seiner Ansicht nach trifft Eysencks Formulierung, dass das Symptom gleichzeitig die Neurose ist, für diese dritte Form der Symptome zu. Die Diskussion über den Symptombegriff soll in diese Arbeit nicht weitergeführt werden. Der geneigte Leser wird auf die einschlägige Literatur verwiesen.

Die verhaltenstherapeutischen Ansätze haben sich in den letzten Jahren von einer "Symptombehandlung" über eine sog. "Breitbandverhaltenstherapie" hin zu einer kognitiv verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise entwickelt. Hier ist besonders auf Kanfer (1996) hinzuweisen, der einen umfassenden Ansatz zur Selbstmanagementtherapie entwickelt hat. In der verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung von Alkoholabhängigen kommen kombinierte Verfahren der Verhaltenstherapie zur Anwendung. Grundlage aller verhaltenstherapeutischen Techniken ist die Annahme, dass Alkoholab-

hängigkeit als erlerntes Verhalten anzusehen ist und nicht als Krankheit (vgl. Kapitel 1 dieser Arbeit).

Eine verhaltenstherapeutische Suchtbehandlung ist weniger eine medizinische Heilbehandlung, als vielmehr ein Wandel des Lebensstils. Schneider (1985) hat ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung Alkoholabhängiger entwickelt und in der Fachklinik "Furth im Wald" konzeptionell umgesetzt. Sein Konzept basiert auf zwei Grundannahmen:

1. Verhalten ist bedingt durch die Umwelt sowie von in der Person liegenden Faktoren.
2. Die Subjektivität der Wahrnehmung. Verhalten ist demnach begründet in der subjektiven Einschätzung der Situation und der Ergebnisse des Handelns und nicht in erster Linie in äußeren Reizen.

Die Verhaltenstherapie geht heute einen pragmatischen Weg in der Behandlung Alkoholabhängiger. Im Vordergrund steht dabei der Selbstregulationsprozess. Schneider (1985) folgend kann der gesamte Behandlungsprozess Alkoholabhängiger unter dem Gesichtspunkt des Selbstregulationsprozesses betrachtet werden. Hierzu zählt:

1. Die Selbstbeobachtung
2. Der Vergleich zwischen dem momentanen und erwarteten Zustand sowie der daraus resultierenden Einschätzung
3. Der persönlichen Bewertung dieser Situation (Selbstbewertung und Selbstverstärkung)

Beispielsweise zeigt die Forschung und Therapie der Nikotinabhängigkeit, auf die bei Rauchern erheblich gestörte Selbstregulation hin. Um eine entsprechende Selbstkontrolle wieder zu erlernen, bedarf es zu Anfang einer Behandlung mitunter einer erheblichen Außenkontrolle (vgl. IFT 1997). Dieses erfolgreiche Raucherentwöhnungsprogramm basiert auf der Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und der Selbstverstärkung und macht damit deutlich, dass eine Entwöhnungsbehandlung ohne Berücksichtigung einer "dahinterliegenden Grundstörung" erfolgreich ist. Der im Verlauf der Raucherentwöhnungsbehandlung auftretenden Suchtverlagerung (z.B. gestörtes Essverhalten), wird durch verstärkte Selbstkontrolle begegnet. Die Geschichte der Symptomverschiebungsdiskus-

sion ist gleichzeitig eine Geschichte des Verhältnisses der Psychoanalyse zur Verhaltenstherapie.

Zusammenfassend zeigt sich inzwischen eine zunehmende Tendenz den kontroversen Diskurs über die Erklärung süchtigen Verhaltens zu verlassen und integrative Modelle zur Behandlung Abhängiger zu entwickeln. Petry (1996; 4) benennt diese multimodale Therapie "Breitbandtherapie".

2.3 Systemisch-lösungsorientierte Beiträge

In der Behandlung Suchtkranker spielen nicht nur modifizierte Verfahren der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie eine Rolle, in den letzten Jahren gewannen noch weitere Verfahren an Bedeutung. Basierend auf den Erfahrungen der Anonymen Alkoholiker gründete Dan Casriel (1995) in den Siebziger-Jahren Dayetopvillage und entwickelte eine Therapie, die er N.I.P. (New-Identy-Prozeß) nannte. In Deutschland wurde dieser Behandlungsansatz durch Lechler (1993) bekannt. Die psychosomatische Klinik in Bad Herrenalb vertritt entsprechend ihrer Konzeption (vgl. Oppl 1996) diesen Ansatz und behandelt die folgenden Krankheitsbilder: Psychosomatische Erkrankungen, psychovegetative und funktionelle Störungen, alle neurotischen Manifestationsformen, Essstörungen, posttraumatische Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen, Syndrome mit Anfallscharakter, psychiatrische Krankheitsbilder, Umstellungstherapie bei berufsbedingten Stressoren, neurotische Entwicklungen oder psychosomatische Erkrankungen mit Ausbildung einer **Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Spielsucht**. In der Behandlung wird ein ganzheitlicher Ansatz vertreten, den Oppel das "*bio-psycho-soziale Modell*" (S. 7) nennt.

Andere Fachkliniken versuchen auf dem Markt zu bestehen und entwickeln neue Therapieformen oder entdecken neue Bezeichnungen für altbewährte Standards. So beschreibt z. B. die Konzeption der Oberberg-Klinik (vgl. Gottschaldt 1997) eine neue Behandlungsform für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Beim genaueren Studium der Konzeption wird dem aufmerksamen Leser aber deutlich, dass es sich um eine tiefenpsychologisch orientierte Behandlung in einem sich anspruchsvoll gebenden Ambiente handelt.

Die Klinik Sankt Martin in Euskirchen veranstaltete im Oktober 1995 ein Symposium zur systemisch-lösungsorientierten Kurztherapie. Neben Paul Watzlawick, Günter Schiepek und Gunther Schmidt trat Steve de Shazer als Referent auf (vgl. Hesse 1997). Seit 1993 finden regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen mit de Shazer, Berg und Miller in Euskirchen statt. Berg und Miller (1993) entwickelten, basierend auf de Shazer, den lösungsorientierten Ansatz für die Arbeit mit Alkoholabhängigen.

Es gibt keine einheitliche Theorie zur systemisch-lösungsorientierten Therapie. Auch ist kein besonderes Setting vorgeschrieben. Allen Ansätzen gemeinsam ist, dass sie Therapie als Hilfe für autonome Menschen verstehen und:

1. Sich nicht allein auf das Individuum als Symptomträger beschränken, sondern das gesamte soziale Umfeld mit einbeziehen
2. Dass Arbeiten mit den individuellen Ressourcen, basierend auf dem Glauben an die Selbstheilungskräfte des Menschen. *"Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten werden hervorgehoben, nicht ihre Defizite und Unfähigkeit"* (Berg 1993; 15)
3. Gegenwarts-, Zukunfts- und Lösungsorientiert sind
   Mit den Worten Milton Eriksons:
   "Man sollte mehr Gewicht auf das legen, was der Patient in der Gegenwart tut und was er in der Zukunft tun wird, als lediglich darauf, zu verstehen, warum ein längst vergangenes Ereignis eingetreten ist. Das wichtigste Ziel der Psychotherapie sollte die gegenwärtige und zukünftige Anpassung des Patienten sein."[39]

In der lösungsorientierten Vorgehensweise nach de Shazer wird auf unproblematische Bereiche in der Gegenwart fokussiert. Durch dieses Verlassen der defizitären Sichtweise werden Ressourcen im Klienten mobilisiert und dadurch kürzere Behandlungszeiten ermöglicht.

Ningel (1995) beschreibt einen Wechsel vom reduktionistischen zum systemischen Paradigma. Das reduktionistische Paradigma beschreibt er als monokausal, monofaktoriel und eindimensional und lehnt es entschieden ab. Seiner Meinung folgend ermöglicht das systemische Paradigma, unter Verzicht auf Krankheitsmodelle, einen breiteren

[39] zitiert nach Berg (1993; 28)

Blick. Systemisch-lösungs-orientierte Therapie fragt nach Lebenskonzepten, Regeln, Mechanismen und Organisationsmustern der Lebensgestaltung. In der systemischen Therapie geht es immer auch um Alltagsplanung und Freizeitgestaltung. Sie versteht sich immer als ein Baustein im Gesamtsystem helfender und repressiver Strukturen. Eine am Individuum orientierte Behandlung wird abgelehnt, weil sie vernachlässigen würde, dass es immer Systeme gibt, bei denen die Alkoholabstinenz eines ihrer Mitglieder die Homöostase stört. Bei einer systemischen Therapie wird darum immer die Familie in den Behandlungsprozess mit einbezogen. Die Grundannahme einer derartigen Behandlungsform ist, dass Sucht eine Funktion in einem komplexen transaktionellen Feld hat. Der Abhängige wird entsprechend als Indikator eines dysfunktionalen Systems gesehen. Um ein weniger gestörtes Gleichgewicht herzustellen genügt es nicht nur den Abhängigen zu behandeln. Süchtiges Verhalten wird demnach nicht nur als Handicap sondern gleichzeitig auch als eine wirksame Strategie, um mit einer kognitiv nicht zu lösenden Problemsituation fertig zu werden, verstanden. Das Ziel einer derartig ausgerichteten Therapie liegt daher nicht primär darin, die intrapsychischen Strukturen zu verändern, sondern vielmehr die zwischenmenschlichen Beziehungen und Interaktionsmuster sowie die implizierten Regeln, die solchen Prozessen und Mustern zugrunde liegen, zu verändern. Als ein Pionier der systemischen Sichtweise gilt Bertalanffy (vgl. Villiez 1986). Er formulierte vier grundlegende Annahmen:

1.) Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.
2.) Jedes Teil wird am besten im Kontext des Ganzen verstanden.
3.) Eine Änderung in einem Teil, beeinflusst jeden anderen Teil.
4.) Das Ganze zeigt eine “Totalität” mit Tendenzen zur Homöostase (Stabilität, Gleichgewicht), Transformation (Umwandlung) und Äquifinalität (Zielgerichtetheit).

Diese von ihm benannten Gesetzmäßigkeiten beziehen sich auf alle Systeme, unabhängig von ihrer materiellen Beschaffenheit. Aus dieser Sicht ist Alkoholismus nicht das Problem des Individuums, sondern des gesamten Systems Familie. In einer entsprechenden Therapie werden darum auch nicht die intrapsychischen Vorgänge des Individuums betrachtet, sondern die Beziehungsgestaltung. Unter systemischen Gesichtspunkten ist somit Suchtverhalten als Beitrag zur Kommunikationsgestaltung zu verstehen. Wie ich eingangs schon erwähnte, verbindet Lechler das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker, sowie den Ansatz Casriels mit familientherapeutischen (systemi-

schen) Methoden und schaffte einen professionellen Behandlungsansatz, den er *"Lebensschule"* nennt. Lechler betrachtet die Drogenabhängigkeit nicht als Krankheit, *"sondern als Kranksein (Un-Wohlsein, dis-ease) in ihrer Beziehung zu sich selbst und der Welt"* (Lechler 1995; 11). Ohne entsprechendes Umfeld gibt es seiner Ansicht nach keinen so genannten Süchtigen. Die Welt und der Süchtige bedingen sich gegenseitig. Für ihn ist jede Form von Suchtverhalten eine Frage des Lebensstils. Entsprechend nennt er seine zitierte Veröffentlichung auch: *"Nicht die Droge ist's, wir sind alle süchtig"*. Suchtverhalten ist für ihn begründet in der Flucht vor der Verantwortung für das eigene Leben. Im weiteren zählt Lechler 78 Formen von Sucht auf und will damit unterstreichen, dass jeder Mensch süchtig sei. Der Unterschied zwischen Drogensüchtigen und z.B. Arbeitssüchtigen sieht er darin:

> *"Bei ehrlicher Betrachtung stellen wir fest, dass unsere Form des 'Süchtig-Sein' sich besser verschleiern lässt, erlaubt ist, uns vielleicht sogar Anerkennung verschafft oder mindestens geduldet wird"* (Lechler 1995; 15).

Lechler benutzt in seinem Artikel an vielen Stellen den Begriff "Äquivalente" und will damit deutlich machen, dass eine Sucht mit sämtlichen anderen Verhaltensweisen austauschbar sei. Durch den Gebrauch von Drogen kann sich das Individuum den notwendigen Lernprozessen entziehen. Dosissteigerung und Kontrollverlust sind für ihn begründet in der Diskrepanz zwischen Lebensanforderung und Problemlösungsfähigkeit. Somit ist jede Form von Suchtverhalten ein Ersatzsystem:

> *"Wem es gelingt, das wesentliche Ersatzsystem auszuschalten, dem wird es auch gelingen, nach und nach die damit verbundenen und aufeinander abgestimmten Ersatzsysteme des Ersatzsystems zum Erliegen zu bringen"* (Lechler 1995; 21).

Lechler (1994; 25) beschreibt seine Therapie mit den Worten:

> *"Der Grundgedanke für den Ansatz in unserer Arbeit war, dass jede psychosomatische bzw. sozio-psychosomatische Störung - wenn wir das gesamte Umfeld eines Menschen einbeziehen - der Ausdruck eines unerträglich gewordenen Mangels, eines Defizits an Fähigkeit war, den Dialog mit dem Leben in einer erwachsenen, erfüllenden, lohnenden und sinnvollen Weise aufzunehmen und auch - trotz notwendiger Rückschläge - immer wieder neu fortzusetzen".*

Ludewig (1995) hat anschaulich die Phasen und Elemente einer systemischen Therapie beschrieben, auf die ich in diesem Zusammenhang hinweisen möchte. Für die Arbeit mit Alkoholabhängigen ist neben de Shazer und Berg vor allem Richelshagen (1996) zu nennen, die Möglichkeiten der systemisch-lösungsorientierten Therapie aufzeigt.

3 WEITERBILDUNGEN IN SOZIALTHERAPIE

3.1 Forschungsinteresse

Ausgehend von den Bestimmungen des Rentenversicherungsträgers wird der Frage nachgegangen, was unter dem Begriff „sozialtherapeutische Weiterbildung in der Suchtkrankenhilfe“ verstanden wird. Meine Ausgangshypothese ist, dass es spezifische Weiterbildungen in Sozialer Therapie auf dem Weiterbildungsmarkt gibt. Zu untersuchen ist, was die einzelnen Fortbildungsinstitute unter Sozialtherapie subsumieren um darauf aufbauend, ein idealtypisches Modell Sozialer Therapie, für die Behandlung Alkoholabhängiger, zu entwickeln.

3.2 Die Empfehlungsvereinbarung Sucht

In Deutschland dauerte es bis 1968, bis das Bundessozialgericht (BSG) Alkoholismus als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung anerkannte. Entscheidend für den Krankheitswert ist seitdem einzig das Vorhandensein des Abhängigkeitssyndroms. Die sozialrechtliche Anerkennung als Krankheit mündete jedoch in einen Konflikt um die finanzielle Zuständigkeit für die Behandlung Alkoholkranker zwischen verschiedenen Leistungsträgern der Sozialversicherung. *"Die Rentenversicherung, die bis dato die Langzeitkuren in offenen Heilstätten getragen hatte, [übertrugen] diese Verantwortung an die gesetzlichen und privaten Krankenkassen"* (Antons & Schulz 1981; 251). Es entstand eine Diskussion darüber, ob eine Kur als Rehabilitationsmaßnahme oder als Akutbehandlung zu betrachten sei. Das BSG weist in einem weiteren Urteil 1978 beiden genannten Sozialversicherungen die Zuständigkeit für Alkoholentziehungskuren zu, wobei sich die Kostenübernahme nach der Art der jeweiligen Maßnahme richtet. Aufgrund dieses BSG-Urteils kommt es 1978 zu einer "**Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker"**

Zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen) hatten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger, bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Empfehlungsvereinbarung Sucht vom 20.11.1978), abgeschlossen. 1991 kam die Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht) hinzu (vgl. Brost 1994). Gegenstand dieser Vereinbarungen war nicht nur die Klärung von Zuständigkeits- und Kostenfragen zwischen den Vertragsparteien, sondern zugleich auch die Einführung und Weiterentwicklung möglichst einheitlicher Qualitätsstandards. Deshalb wurden dort auch die Anforderungen an die Einrichtungen und deren Behandler zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen auf diesem Gebiet festgelegt. Deren Umsetzung erfolgte durch spezielle Verträge zwischen den Kranken- und Rentenversicherungsträgern einerseits und den Trägern der Einrichtungen andererseits[40] Am 01. 07. 2001 ist die neue Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen" in Kraft getreten.[41] Die jetzt erfolgte Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)[42] bietet zunächst approbierten Behandlern neue berufliche Möglichkeiten.[43]

Während hingegen die Tätigkeit des Psychotherapeuten darauf gerichtet ist, die psychischen Störungen und Erkrankungen zu behandeln, ist idealtypischer Weise die Tätigkeit des (der) Diplom-Sozialarbeiters(in) bzw. Diplom-Sozialpädagogen(in) in erster Linie darauf gerichtet, die soziale Kompetenz des Rehabilitanden zu verbessern. Das dem in der Praxis nicht so ist, verdeutlicht die folgende Tabelle. Sie zeigt, dass eine strikte Grenzziehung zwischen den einzelnen Professionen, die an der Behandlung Abhängiger beteiligt sind, nur schwer – und wenn überhaupt – nur theoretisch möglich ist. In Diagnostik, Beratung und Behandlung herrscht eine mehrdimensionale Betrachtungsweise vor. Die Definition von Abhängigkeit als Krankheit steht somit im Konflikt mit dem klassischen Krankheitsbegriff der Medizin. Darin liegt m. E. auch die Ursache für die

[40] § 9 Empfehlungsvereinbarung ambulante Reha Sucht vom 29.01.1991
[41] Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 mit 4 Anlagen, getroffen zwischen den Bundesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger, zu beziehen beim VDR.
[42] Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.06.98, Bundesgesetzblatt 1998, Teil I Nr. 36 vom 23.06.98, Seite 1311 ff.
[43] Vgl. Stock 2002

schwierige Abgrenzung zwischen den einzelnen Berufsgruppen, die heute im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätig sind.

Tab. 7: Aufgabenstellungen der einzelnen Professionen

Nr.	Arzt / Ärztin	Psychologe/ Psychologin	Sozialarbeiter(in) -Pädagoge(in)
1	Mitwirkung bei der Anamneseerstellung	Mitwirkung bei der Anamneseerstellung	Mitwirkung bei der Anamneseerstellung
2	Allgemeinärztliche Untersuchung mit körperlichem, neurologischem und psychischem Befund	Psychodiagnostik, insbesondere Durchführung von testpsychologischen Untersuchungen	Psychosoziale Diagnostik
3	Evtl. Empfehlung weiterer medizinischer Diagnostik und ggf. Therapie	Empfehlung und Durchführung von speziellen testdiagnostischen Untersuchungen (z. B. bei Verdacht auf hirnorganische Beeinträchtigungen)	Erstellung und Durchführung eines psychosozialen Hilfeplanes
4	Mitwirkung bei der Indikationsstellung	Mitwirkung bei der Indikationsstellung	Mitwirkung bei der Indikationsstellung
5	Mitwirkung bei der Erstellung des Behandlungsplanes	Mitwirkung bei der Erstellung des Behandlungsplanes	Mitwirkung bei der Erstellung des Behandlungsplanes
6	Zwischenuntersuchung	Ggf. Durchführung von Zwischenuntersuchungen, Mitwirkung bei der Erstellung von Zwischenberichten	Mitwirkung bei der Erstellung von Zwischenberichten
7	Teilnahme an Fallbesprechungen, ggf. Supervision und Teambesprechungen	Teilnahme an Fallbesprechungen, Supervision und Teambesprechungen	Teilnahme an Fallbesprechungen, Supervision und Teambesprechungen
8	Informationsaustausch mit den niedergelassenen Ärzten	Informationsaustausch mit den niedergelassenen Psychotherapeuten(innen)	Informationsaustausch und Kontaktpflege mit Stellen der Vor-, Mit-, Nachbehandlung und Nachbetreuung
9	Abschlussuntersuchung	Abschlussuntersuchung	Abschlussgespräch
10	Mitwirkung bei der Erstellung des Entlassungsberichtes	Mitwirkung bei der Erstellung des Entlassungsberichtes	Mitwirkung bei der Erstellung des Entlassungsberichtes
11		Mitwirkung bei Dokumentation und Katamnestik	Mitwirkung bei Dokumentation und Katamnestik

Die sozialarbeiterischen Tätigkeiten gehören gem. § 1 Abs. 3, Satz 3 PsychThG nicht zur Ausübung von Psychotherapie.[44] Für Stock (2002) hingegen ist eine therapeutische Tätigkeit in einer Suchteinrichtung stets eine psychotherapeutische im Sinne des PsychThG und sobald Sozialarbeiter(innen)/Sozialpädagog(inn)en im Rahmen von Gruppen- oder Einzeltherapie psychotherapeutisch tätig werden, bedürfen sie der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz (HPG). Auch für Schalt (1998) ist die therapeutische Arbeit in einer Suchteinrichtung grundsätzlich eine heilkundliche Tätigkeit. Für sie ist eine personenbezogene Heilkundeerlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz, oder eine Approbation erforderlich. Schalt (1998)[45] führt hierzu aus: *„In der Suchtkrankenhilfe tätige Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, die eigenständig ambulante oder stationäre Rehabilitation durchführen, bedürfen eine Erlaubnis gem. § 1 Abs. 1 HPG.“* Dies wurde 1988 von der Landesregierung NRW noch anders bewertet. In einer Antwort auf die „Kleine Anfrage“ der Abgeordneten Frau Oel (vgl. Drucksache 10/2859) gab die Regierung zur Antwort, dass die Tätigkeit eines Sozialarbeiters/ einer Sozialarbeiterin grundsätzlich keine heilkundliche Tätigkeit sei. Die Landesregierung subsumierte die gesamte Sozialarbeit unter „*Beratende bzw. pädagogische Tätigkeiten*.“ Ähnlich wird dieses von Niemeier u. Stähler (2000) bewertet. Sie kommen in ihrem Artikel zu den Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes auf die Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu dem Schluss, dass das Psychotherapeutengesetz letztlich ohne maßgebende Auswirkungen auf die Rehabilitation Abhängigkeitskranker, bleibt. Denn im Endeffekt schafft dieses Gesetz lediglich neue Bezeichnungen für zwei Berufsgruppen (Psychologische Psychotherapeut(inn)en und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut(inn)en), welche in das bestehende Vertragssystem der Krankenkassen mit den Vertragsärzten integriert werden. Weiter kommen die Autoren zu dem Schluss, dass

> *„…auf die Tätigkeit von Diplom Sozialarbeitern und Diplom Sozialpädagogen (...) auch zukünftig sowohl in stationären als auch ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht verzichtet werden [kann]. Um über ihr eigenes Arbeitsfeld hinaus im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapie tätig werden zu können, müssen sie auch künftig über eine anerkannte tätigkeitsfeldspezifische Weiterbildung verfügen.“* [46]

---

[44] Psychologische Tätigkeiten, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen, sind keine Ausübung der Heilkunde

[45] Rechtsgutachten zu den Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes auf die Suchtkrankenhilfe. RA Schalt, Dreikönigstr. 12, 79102 Freiburg i. B.

[46] Vgl. Schreiben des VDR vom 30.Juni 2000, Az.: 40-33-75-00 (3.1.1)

Diese Ansicht wird auch von Wiegand (1999) vertreten, der in seinem Artikel die Position eines Rentenversicherers verdeutlicht. Für ihn sind die therapeutischen Leistungen der Sozialarbeiter(innen) grundsätzlich kein Psychotherapie, also auch keine Ausübung der Heilkunde. Die sozialarbeiterischen Maßnahmen sind vielmehr eingebettet in dem Gesamtrahmen der medizinischen Rehabilitation.

Eine etwas andere Position vertritt Bönner (1999). Für ihn ist Suchtkrankenhilfe Rehabilitation und das heißt, es werden keine Krankheiten, sondern deren Folgen behandelt (vgl. auch Wiegand 1998). Rehabilitation ist demnach keine Ausübung der Heilkunde und der Anteil der psychotherapeutischen Maßnahmen innerhalb der Rehabilitation, ist unbedeutend. Dementsprechend benötigen Sozialarbeiter(innen)/Sozialpädagog(inn)en auch keine Erlaubnis nach dem HPG. Wobei er in seinen Schlussfolgerungen empfiehlt: *„Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, aber auch Psychologen und Psychologinnen, welche die Voraussetzungen zur Approbation nicht erfüllen, ist vorsorglich zu empfehlen, die Erlaubnis zur Heilbehandlung gemäß § 1 Absatz 1 Heilpraktikergesetz zu beantragen.“* (Bönner 1999; 35).

In den Anlagen eins bzw. zwei sind die Anforderungen zur Durchführung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation aufgeführt. Wie auch schon 1991 vereinbart, müssen in der Einrichtung auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene Ärzte / Ärztinnen, Diplom-Psycholog(inn)en und Diplom-Sozialarbeiter(innen)/-Sozialpädagog(inn)en regelmäßig und verantwortlich zusammenarbeiten. Sie müssen über eine geeignete Qualifikation/Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage verfügen (vgl. Anlage 1 und 2 der Empfehlungsvereinbarung vom 4. 5. 2001).
Für Diplom-Sozialarbeiter(innen) und Diplom-Sozialpädagog(innen) gelten nunmehr folgende Qualifikationsanforderungen: Gefordert wird eine **Tätigkeitsfeld spezifische**, d.h. auf die **Indikation Sucht ausgerichtete Weiterbildung.**

Ausgehend von der Sucht-Vereinbarung von 1978 legte der VDR[47] einen Kriterienkatalog vor. Ziel war und ist die Beurteilung von sozialtherapeutischen Weiterbildungen. Der VDR hat von Anbeginn an eine tätigkeitsfeldspezifische Weiterbildung favorisiert. Demnach stützt sich eine tätigkeitsfeldspezifische Weiterbildung (für das Tätigkeitsfeld Sucht) auf ein Persönlichkeitsmodell und dessen Anwendung auf das spezifische Indi-

[47] Verband der Rentenversicherungsträger

kationsgebiet Sucht. Ergänzt wird dieses durch weitere spezifische Kenntnisse mit Bezug zur Suchtkrankenarbeit.

Um als Weiterbildungsinstitut die Anerkennung zu bekommen, wurden eine Reihe von Kriterien benannt. Am wichtigsten scheinen mir an dieser Stelle die unabdingbaren Voraussetzungen zur Anerkennung zu sein. (Vgl. VDR, 1991). Demnach muss eine Weiterbildung folgendes erfüllen:

- Während der Weiterbildung muss ein **Arbeitsplatz** mit dem zeitlichen Umfang von mind**. 50%** der wöchentlichen Regelarbeitszeit im Bereich Sucht-Rehabilitation nachgewiesen werden.

- Als Voraussetzung für die Teilnahme an der Weiterbildung gilt grundsätzlich eine abgeschlossene Ausbildung als Arzt/Ärztin, Diplom-Psychologe(in), Diplom-Sozialarbeiter(in) und Diplom-Sozialpädagoge(in)

- Die Weiterbildung muss eine Mindestdauer von zwei Jahren sowie ein ausgewiesenes Pflichtprogramm von insgesamt mind. 600 Stunden haben, davon 200 Stunden Theorie und 400 Stunden Vermittlung therapeutischer Fertigkeiten. Dies geschieht u. a. durch Supervision und Selbsterfahrung.

- Die Prüfungsrichtlinien, die den Modus des Ausbildungsabschlusses regeln, müssen dargestellt sein.

Außerdem werden an die zu vermittelnden Fertigkeiten, sowie das theoretische Bezugssystem, hohe Qualitätsanforderungen gestellt. Als Ausbilder können daher nur Fachleute aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Sozialarbeit in Frage kommen. Von den Ausbildern wird eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung bzw. eine abgeschlossenen Ausbildung in dem von ihm zu vermittelnden Fach, sowie mehrjährige Berufserfahrung verlangt. Dieser Kriterienkatalog hat über viele Jahre den Weiterbildungsmarkt „Sozialtherapie“ geprägt. Um auf diesem Markt bestehen zu können, ist es für ein Fortbildungsinstitut unabdingbar, vom VDR die Empfehlung zur Anerkennung zu bekommen[48]. Im Gegensatz zu der Empfehlungsvereinbarung von 1991 werden

[48] Der VDR spricht nur Empfehlungen aus. Die Entscheidung über eine Anerkennung trifft der jeweilige Rentenversicherungsträger (vgl. VDR 1995; Az.: 451-00 (3.1.1))

durch die neue Vereinbarung nun erstmals die Qualifikationsvoraussetzungen nach dem akademischen Abschluss differenziert. Während früher unabhängig von dem Hochschulabschluss die Zusatzausbildung zum/zur Suchtkrankentherapeuten(in), Sozialtherapeuten(in), Gesprächspsychotherapeuten(in), Verhaltenstherapeuten(in) und für Ärzte/Ärztinnen auch der Erwerb der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" in Betracht kamen (§ 5 Abs. 4 der Empfehlungsvereinbarung vom 29.1.1991), gelten nunmehr folgende Qualifikationsanforderungen:

→ für Ärzte: Eine Weiterbildung entsprechend der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern,

→ für approbierte Psychologische Psychotherapeuten: Die Qualifikation nach dem Psychotherapeutengesetz,

→ für Diplom-Psychologen: Eine geeignete Weiterbildung und,

→ für Diplom-Sozialarbeiter und Diplom-Sozialpädagogen eine tätigkeitsfeldspezifische, d. h. auf die Indikation „Sucht" ausgerichtete Weiterbildung. Die Auswirkungen des PsychThG sind hier unübersehbar, da erstmals die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut als Qualifikationsanforderung eingeführt wird. Positiv betrachtet hat sich hier für approbierte Psychotherapeuten unvermittelt ein neues berufliches Betätigungsfeld ergeben, denn ohne weitere Qualifikationsanforderung können sie nunmehr als Behandler von Abhängigkeitskranken tätig werden. Auf die Rechtsfolgen des Psychotherapeutengesetzes ist Stock[49] ausführlich (2002) eingegangen.

3.3 Die Kriterien der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

3.3.1 Formale Kriterien

Die DHS hat eigene Standards entwickelt und diese als „**Empfehlung Weiterbildung in Suchttherapie**“ veröffentlicht.[50] Ziel ist zum einen sicher die Information der Träger von Einrichtungen zur Rehabilitation für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, zum anderen werden damit fachliche Standards der Suchtarbeit für die Aus- und Weiterbildung definiert. Nicht ausdrücklich erwähnt aber sicherlich ein entscheidender

[49] Als Fachanwalt für Verwaltungsrecht ist er Klageführer in zahlreichen Gerichtsverfahren von Nichtpsycholog(inn)en, die die Approbation als Psychologische(r) Psychotherapeut(in) anstreben.

[50] Vgl. http://www.dhs.de/reihe/weiter.htm

Grund für die Aufstellung dieser Kriterien ist die Einflussnahme auf den VDR und die Weiterbildungsträger.

1. *Berufsbegleitende Ausbildung*

Es muss sich um eine berufsbegleitende Weiterbildung handeln. Eine berufliche Vorerfahrung von mindestens einem Jahr sollte gegeben sein. Ein Arbeitsplatz im Suchtbereich, mit mindestens 50% der Tätigkeit ist Voraussetzung.

2. *Dauer und Kosten*

Die Weiterbildungsmaßnahme hat mindestens 600 Stunden zu umfassen. Sie soll in der Regel nach drei Jahren abgeschlossen sein. Der Kostenplan muss transparent, die finanziellen Belastungen bekannt sein.

3. Zugangsvoraussetzungen

Zur Weiterbildung zuzulassen sind Angehörige der Berufsgruppen im Bereich der Human- und Sozialwissenschaften, in der Regel Sozialarbeiter(innen), Psychologen(innen) und Ärzte(innen). Der Abschluss an einer Fach- oder Hochschule ist grundsätzliche Voraussetzung.

4. *Grundbestandteile der Weiterbildung sind:*

die Vermittlung von Theorien, das Erlernen von Verfahren/Methoden einer therapeutischen Richtung, die Umsetzung in die praktische Arbeit unter Supervisionen, sowie die berufsbezogene bzw. tätigkeitsspezifische Selbsterfahrung.

5. *In der Weiterbildung werden die Inhalte vermittelt durch:*

Kurse, Seminare, Fallarbeit und Hausarbeiten sowie die schriftliche Bearbeitung eines Themas.

6. Prüfung

Die Weiterbildung muss mit einer Prüfung abgeschlossen werden. Diese Prüfung hat in mündlicher und in schriftlicher Form zu erfolgen.

3.3.2 Inhaltliche Kriterien

Neben den formalen Kategorien geht die DHS in ihren Empfehlungen auf die Inhalte wie folgt ein:

1. Theorien der Sucht

Modelle der Entstehung und des Verlaufs, die Folgen und verschiedene Rückfallmodelle sollen in interdisziplinärer Sichtweise vorgestellt und diskutiert werden.

2. Theoretische Grundlagen

Vermittelt werden sollen, theoretische Grundlagen der Persönlichkeitsentwicklung und der Änderung von Einstellungen und Verhaltensweisen. Diese Grundlagen zielen auf das zu erlernende psychotherapeutische Vorgehen und Verfahren, woraus sich eine sinnvolle Einengung des Komplexes ergibt.

3. Ressourcen und institutionelle Bedingungen der Rehabilitation Suchtkranker

Die Vielfalt der Möglichkeiten und Grenzen der Hilfen werden erörtert. Die Versorgungssysteme, Vernetzungen und die Indikationen spezifischer Maßnahmen werden transparent gemacht und diskutiert. Zu dem Komplex gehören auch rechtliche Bedingungen, intra- und interdisziplinäre Kooperation, sowie berufsethische Normen.

4. Methodenvermittlung

Hierbei steht das Erlernen **eines** psychotherapeutischen Vorgehens und Verfahrens im Vordergrund. Auf der Basis des vermittelten theoretischen Grundkonzeptes werden Methoden erlernt, geübt und in der Praxis umgesetzt. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen, die therapeutische Beziehung, Einzel- und Gruppentherapie, sowie die Einbeziehung der Angehörigen, sind Grundbestandteile.

5. Berufsbezogene Selbsterfahrung

Es sollen Erfahrungen mit Krisen, Problemen und Konflikten in der eigenen Lebensgeschichte und der Anteil eigener Gefühle und Empfindungen im therapeutischen Prozess bewusst und verfügbar gemacht werden.

6. Fallarbeit

Die therapeutischen Prozesse im Rahmen der Rehabilitation sind so zu dokumentieren, dass das konzeptgeleitete Vorgehen und die Kontrolle des Verlaufs sichtbar werden.

7. Supervision

Die Umsetzung des erlernten Verfahrens und des theoretischen Wissens in die Praxis wird durch die begleitende Supervision angeleitet, gesichert und vertieft.

Die DHS fordert darüber hinaus Übergangsregelungen, die langjährige Berufspraktiker(innen) ohne therapeutische Qualifikationen und Fürsorger(innen) der ehemaligen DDR, sowie Mitarbeiter(innen) die in einer nicht suchtspezifischen Therapieform ausgebildet wurden und schon in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe behandeln, berücksichtigen. Im Weiteren werden von mir die bestehenden Weiterbildungsgänge analysiert.

3.4 Forschungsdesign

In dem Bemühen um eine dem Gegenstand der Untersuchung angemessene Vorgehensweise entschied ich mich für eine Analyse der Konzeptionen, sowie Beschreibungen der Institute. Mit sämtlichen vom VDR anerkannten Instituten wurde Kontakt aufgenommen und um Informationsmaterial gebeten. Eine Internetrecherche ergänzte die Informationen, so dass von allen Instituten entsprechendes Material vorliegt.[51]

3.4.1 Fragestellung der Untersuchung

Für die Analyse der Weiterbildungslehrgänge schienen mir folgende Fragen von besonderer Bedeutung.

Tab. 8: Fragen zu den Weiterbildungslehrgängen

Fragen		**Forschungsinteresse/Anmerkungen**
Träger/ Name der Ausbildung		Adressen der Institute sind im Anhang zu finden
Welche Unterlagen liegen mit welchem Datum vor		Liegen aktuelle Unterlagen vor? Werden die Konzepte aktualisiert?
Was sind die Zulassungsvoraussetzungen?		Wird ein (Fach)-Hochschulstudium verlangt?
Wird der Nachweis eines Arbeitsplatzes verlangt?		Vor und (oder) während der Ausbildung?
Findet eine Vorauswahl statt?		In welcher Form werden die Kandidaten ausgewählt?
Die Gesamtdauer der Ausbildung		
In welcher Form/Umfang findet Selbsterfahrung statt?		Einbezug der Persönlichkeit
Findet fallzentrierte Arbeit statt?		Wie praxisorientiert ist die Ausbildung?
In welchem Umfang findet Supervision statt?		Werden die Kandidaten fachlich begleitet/betreut?
Sind „Hausarbeiten“ anzufertigen?		Sind eigene kleinere wissenschaftliche Leistungen zu erbringen?
Was wird über die Ausbilder ausgesagt?		Werden Namen und Berufsabschlüsse benannt?
Welches Krankheits- bzw. Suchtmodell liegt der Ausbildung zugrunde?		Wird etwas ausgesagt über den theoretischen Hintergrund?
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?		Findet sich der Begriff Sozialtherapie in den Unterlagen wieder? Explizit/Implizit
Was für eine therapeutische Methode wird vermittelt?		Was ist Hauptmethode der Ausbildung?
Findet eine Evaluation statt?		Findet in irgendeiner Form ein Qualitätsmanagement statt?
Wie hoch ist der Preis?		Wird ein Gesamtpreis genannt?

[51] Ein Adressenliste aller Institute ist im Anhang dieser Arbeit

3.4.2 Durchführung

Zu Beginn der Recherchen für diese Arbeit nahm ich Kontakt mit dem VDR auf und bekam von dort die aktuelle Liste[52] der zur Anerkennung empfohlenen Weiterbildungen. Alle Institute wurden von mir angeschrieben und um Informationsmaterial gebeten. Zusätzlich benutzte ich das Internet (Suchmaschinen), um an Information zu gelangen. Die mir vorliegenden Unterlagen wurden analysiert und in die Ergebnismatrix integriert. Die Adressen aller von mir untersuchten Institute sind am Ende dieser Arbeit aufgeführt.

3.5 Ergebnisse

Im Folgenden sind die Ergebnisse zusammengefasst, wobei ich die Weiterbildungen nach „**anerkannten und nicht anerkannten**“[53] unterschieden habe. Die Anerkennung bezieht sich hier nur auf die Empfehlung des VDR. Wohl wissend, dass darüber hinaus noch Ausbildungen angeboten werden, die von anderen Ausbildungsträgern (z. B. dem Arbeitsamt) anerkannt sind.

Auch ist es im Einzelfall möglich, eine personenbezogene Anerkennung durch den jeweiligen Rentenversicherungsträger zu bekommen. Die verhandelnde LVA kann, unabhängig von den Vorgaben des VDR eine, auf eine Einrichtung bezogene Anerkennung, aussprechen. Dies ist dann aber keine Anerkennung der Weiterbildung, sondern der Mitarbeiterin des Mitarbeiters.

Im Verlauf dieser Promotionsarbeit sind noch weitere vom VDR anerkannte Zusatzausbildungen hinzugekommen[54]. So zum Beispiel das „Szenen Institut für Psychodrama“. Eine Durchsicht dieser Konzepte machte aber keine gravierenden Unterschiede zu den

---

[52] VDR (1998): Anlage zum Schreiben vom 5.1.1998, Az.: 451-00 (3.1.1) Geprüfte Weiterbildungen im Sinne der Empfehlungsvereinbarung Sucht vom 20. November 1978 sowie der EV Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29. Januar 1991, Zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen (Stand: Oktober 2000), (erhältlich beim: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Eysseneckstraße 55, 60322 Frankfurt)

[53] Der VDR hat ende 1998 erklärt, dass das bisherige Empfehlungsverfahren zur Anerkennung einer Weiterbildung beendet ist und zunächst die Auswirkungen des PsychThG geprüft würden (vgl. Sarrazin 1999)

[54] Mit Stand vom Mai 2001 hat der VDR elf therapeutische Weiterbildungen zur Anerkennung empfohlen

von mir untersuchten Fortbildungen deutlich, so dass ich auf die Aufnahme weiterer Institute in meiner Auswertung verzichte.

3.5.1 Geprüfte und zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen[55]

Vom VDR wurden im Sinne der Empfehlungsvereinbarung Sucht vom 20. November 1978, sowie der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Sucht vom 29. Januar 1991, die folgenden Weiterbildungen geprüft und zur Anerkennung empfohlen. Der VDR selbst spricht keine Anerkennungen aus. Zuständig für die Anerkennungen ist der jeweilige Rentenversicherungsträger, der aber in der Regel den Empfehlungen des VDR folgt.

Tab. 9: Geprüfte und zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen

NR.	Träger/Institut	Bezeichnung der Weiterbildung
1	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk	„Sozialtherapeut“ analytisch orientiert
2	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk	„Sozialtherapeut“ verhaltenstherapeutisch orientiert
3	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	„Sozial-/Suchttherapeut/in (LWL)“ analytisch orientiert
4	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	„Sozial-/Suchttherapeut/in (LWL)“ verhaltenstherapeutisch orientiert
5	Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen	„Master of Addiction Prevention and Treatment“
6	Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit Fritz Perls Institut (FPI)	„Sozialtherapie“ gestalttherapeutisch orientiert
7	Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)	„Suchttherapeut/in“ FDR (Psychodrama)
8	Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD)	„Suchttherapeut/in“ verhaltenstherapeutisch orientiert
9	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG)	„Suchttherapeut/in“ klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert
10	Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung	„Suchttherapeut/in“ gestalttherapeutisch orientiert

Stand: Mai 2001 (vgl. KONTUREN 2001, 8-12)

[55] Am Ende dieser Arbeit finden Sie die Anschriften sämtlicher hier genannten Fortbildungsinstitute.

3.5.1.1 Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (psychoanalytisch orientiert)

Seit 1975 bietet der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (GvS) sozialtherapeutische Weiterbildungen an.

Tab. 10: GvS – analytisch orientiert

Kriterien	
Träger	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Unterlagen	Stand 1993
Zulassungsvoraussetzungen	Abgeschlossenes (Fach)-Hochschulstudium in Human- oder Sozialwissenschaften mit mind. einjähriger beruflicher Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe. Grundlegende persönliche und berufliche Fähigkeiten müssen in einem Aufnahmegespräch nachgewiesen werden. Im Rahmen der hauptamtlichen Tätigkeit muss der Teilnehmer in der Lage sein, mit suchtkranken Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg arbeiten zu können
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Ein Arbeitsplatz in der Suchtkrankenhilfe muss vorliegen. Der Arbeitgeber muss seine Zustimmung geben
Vorauswahl	Einzelgespräch mit dem zukünftigen Ausbilder
Gesamtdauer der Ausbildung	3jährige berufsbegleitende Ausbildung 768 UE
Selbsterfahrung	230 Std. (ca. 30% der gesamten Ausbildung)
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	Ja
„Hausarbeiten“	Ja
Ausbilder	Alle Ausbilder werden vorgestellt. Überwiegend Ärzte und Psychologen
Krankheits-/Suchtmodell	Psychoanalytische Suchttheorien
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	Nein
Therapeutische Methode	Auf Suchtkranke bezogene Modifikation psychoanalytischer Diagnostik und Therapie
Evaluation	Keine Angaben
Preis	Keine Angaben im Veranstaltungsprogramm

Entscheidend für die Konzipierung dieser Weiterbildungen waren die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquète. Die Vermittlung theoretischer Kenntnisse geschieht in vier Theorieseminaren. Im ersten Teil wird die psychoanalytische Krankheitslehre vermittelt. Dabei geht es um die psychoanalytische Entwicklungspsychologie, die allgemeine Neu-

rosenlehre und die Lehre von den präödipalen Störungen. Das zweite Theorieseminar beinhaltet die psychoanalytischen Suchttheorien, gegliedert in Triebpsychologische Suchttheorien, Ich-psychologische Suchttheorien und Objektbeziehungstheoretische Suchttheorien. Im dritten Theorieseminar werden die Grundlagen der psychoanalytisch orientierten Beratungs- und Behandlungstechniken vermittelt. Inhalte sind hierbei die Psychoanalytische Diagnostik, Erstinterview und Beratung, Alkoholische Encephalopathie und Psychotherapie, Grundkonzepte der psychoanalytischen Technik, psychoanalytisch-interaktionelle Therapie und verlaufsorientierte Indikation. Spezielle Probleme im Behandlungsprozess, z.B. Umgang mit Symptomverstärkung, Rückfall, Behandlungsabbruch und Aspekte von Co-Abhängigkeit werden im vierten Theorieseminar vermittelt.[56] Im Juni 1993 empfahl der VDR diese Weiterbildungen zur Anerkennung. Es waren damit die ersten anerkannten sozialtherapeutischen Zusatzausbildungen auf dem Markt.

3.5.1.2 Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (verhaltenstherapeutisch orientiert)

Die zweite von GvS angebotene Weiterbildung ist verhaltenstherapeutisch orientiert. Eine weitere (systemisch/lösungsorientierte) Weiterbildung wird zwar regelmäßig angeboten, ist aber vom VDR nicht zur Anerkennung empfohlen. Der VDR orientiert sich bei der Wahl der anerkannten Weiterbildungsgängen offensichtlich an den in den Psychotherapierichtlinien (und in Folge im PsychThG) aufgeführten Psychotherapieverfahren. Wobei das Vorgehen keineswegs schlüssig ist, denn gestalttherapeutische Weiterbildungen wurden zur Anerkennung empfohlen.

Tab. 11: GvS – verhaltenstherapeutisch orientiert

Kriterien	
Träger	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Unterlagen	Stand 1998, 2003
Zulassungsvoraussetzungen	Abgeschlossenes (Fach)-Hochschulstudium in Human- oder Sozialwissenschaften mit mind. ein-

[56] Vgl. Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, 1993; 15

	jähriger beruflicher Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe. Grundlegende persönliche und berufliche Fähigkeiten müssen in einem Aufnahmegespräch nachgewiesen werden. Im Rahmen der hauptamtlichen Tätigkeit muss der Teilnehmer in der Lage sein, mit suchtkranken Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg arbeiten zu können
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Ein Arbeitsplatz in der Suchtkrankenhilfe muss vorliegen. Der Arbeitgeber muss seine Zustimmung geben
Vorauswahl	Einzelgespräch mit dem zukünftigen Ausbilder
Gesamtdauer der Ausbildung	3jährige berufsbegleitende Ausbildung 875 UE
Selbsterfahrung	230 Std. (ca. 30% der gesamten Ausbildung)
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	Ja
„Hausarbeiten“	Ja
Ausbilder	Alle Ausbilder werden vorgestellt Überwiegend Ärzte und Psychologen
Krankheits-/Suchtmodell	Lerntheoretische
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	Nein
Therapeutische Methode	Auf Suchtkranke bezogene Modifikation verhaltenstherapeutischer Diagnostik und Therapie
Evaluation	Keine Angaben
Preis	Keine Angaben im Veranstaltungsprogramm

3.5.1.3 Landschaftsverband Westfalen-Lippe (analytisch orientiert)

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist seit Jahren, durch die Einrichtung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, in der Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe tätig. Schwerpunkt der Koordinationsstelle ist die Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte, sowie die Einführung eines Qualitätsmanagements in der Suchtkrankenhilfe (vgl. Pittrich u. a. 1999).

Tab. 12: LWL – analytisch orientiert

Kriterien	
Träger	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Unterlagen	Stand: 1998
Zulassungsvoraussetzungen	Dipl.-Sozialarbeiter(innen)/-pädagoge(innen), Dipl.-Psychologe(innen), Ärzte/Ärztinnen mit mind. einjähriger Erfahrung im Suchtbereich
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Hauptberufliche Anstellung während der Weiterbildung in der Rehabilitation Suchtkranker erforderlich
Vorauswahl	Fragebogen, sowie Auswahlgespräch
Gesamtdauer der Ausbildung	3jährige berufsbegleitende Weiterbildung mit 889 UE
Selbsterfahrung	30 UE (fünf einwöchige Seminare)
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	Ja
„Hausarbeiten“	Ja
Ausbilder	Anerkannte Lehrtherapeuten mit entsprechender psychoanalytisch orientierter Zusatzausbildung. Keine weiteren Angaben
Krankheits-/Suchtmodell	Psychoanalytisches Sucht- und Krankheitsmodell
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	Absolvent(innen) sollten in variablen Settings operieren können. (Z.B. Teestuben, Krisengespräche auf der Straße, in Gruppen- und Einzelgespräche
Therapeutische Methode	Psychoanalytisch orientierte Beratung und Therapie, Neurosenlehre, Soziopsychoanalytische Ansätze über den gesellschaftlichen Kontext von Suchterkrankungen
Evaluation	Evaluation des Behandlungsprozesses und zur Überprüfung der Diagnose
Preis	Keine Angaben

Die analytisch orientierte Weiterbildung wurde im Februar 1995 zur Anerkennung empfohlen. In den Vorbemerkungen zu der analytisch orientierten Weiterbildung macht der LWL deutlich, dass es schwerpunktmäßig um die Vermittlung psychoanalytischen Wissens geht. Das Weiterbildungsprogramm umfasst fünf Seminarwochen. Davon sind zwei mit medizinischen Inhalten und zwei Rechtsseminare. Hinzu kommen regionale Arbeitsgruppentreffen. Im theoretischen Teil umfasst die Weiterbildung: Vermittlung von sozialen und gesellschaftlichen Kontexten Suchtkranker, Kenntnisse über Entstehungsvariablen von Suchtverläufen und andere psychische Erkrankungen. Breites Grundlagenwissen zur Psychopathologie, Auseinandersetzung mit frühen Störungen und Entstehungszusammenhänge zwischen Sozialisation, auslösenden Situationen und Suchtentwicklung bilden weitere theoretische Inhalte. Weitere Bestandteile der Weiterbildung sind Theorien zur Interaktion mit den Suchtkranken, Abwehrverhalten, Arbeit

im Team, Reflektion der beruflichten Arbeit, sowie medizinische und (sozial-) rechtliche Fragen der Suchtkrankenarbeit. Besonderheiten sind die Dauer von zwei Jahren, die verpflichtende Hospitation in einer „fremden“ Facheineinrichtung der Suchtkrankenhilfe und Arbeitstreffen in Eigenregie der Teilnehmer(innen).[57]

3.5.1.4 Landschaftsverband Westfalen-Lippe (verhaltenstherapeutisch orientiert)

Die zweite sozialtherapeutische Weiterbildung des LWL ist verhaltenstherapeutisch orientiert und wurde zwei Jahre später (im Juli 1997) vom VDR zur Anerkennung empfohlen.

Tab. 13: LWL – verhaltenstherapeutisch orientiert

Kriterien	
Träger	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Unterlagen	Stand: 1998
Zulassungsvoraussetzungen	Dipl.-Sozialarbeiter(innen)/-pädagoge(innen), Dipl.-Psychologe(innen), Ärzte/Ärztinnen mit mind. einjähriger Erfahrung im Suchtbereich
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Hauptberufliche Anstellung erforderlich; während der Weiterbildung in der Rehabilitation Suchtkranker tätig sein
Vorauswahl	Fragebogen sowie Auswahlgespräch
Gesamtdauer der Ausbildung	dreijährige berufsbegleitende Weiterbildung mit 889 UE
Selbsterfahrung	30 UE (fünf einwöchige Seminare)
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	Ja
„Hausarbeiten“	Ja
Ausbilder	Anerkannte Lehrtherapeuten mit entsprechender psychoanalytisch orientierter Zusatzausbildung; keine weiteren Angaben
Krankheits-/Suchtmodell	Verhaltenstherapeutisch
Wird etwas über psychosoziale Therapie/Sozialtherapie/Soziotherapie ausgesagt?	Absolvent(innen) sollten in variablen Settings operieren können (z. B. Teestuben, Krisengespräche auf der Straße, in Gruppen- und Einzelgespräche
Therapeutische Methode	Verhaltenstherapeutische Interventionen
Evaluation	Evaluation des Behandlungsprozesses und zur Überprüfung der Diagnose
Preis	Keine Angaben

[57] Vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 1994; 1 ff.

Neben den beiden beschriebenen Weiterbildungen bietet der Landschaftsverband noch eine „Sozialtherapeutische Weiterbildung Sucht“ an. Dieser Weiterbildungslehrgang richtet sich berufsübergreifend an Mitarbeiter(innen) aller Tätigkeitsfelder der Suchtkrankenhilfe, die Beratungs-, Betreuungs- und Therapieangebote für alle Gruppen von stoffgebundenen und nichtstoffgebundenen Suchtmittelkonsument(innen) bereitstellen. Laut Ausschreibung sind vor allem auch Krankenpflegekräfte, Arbeits- und Beschäftigungs- bzw. Ergotherapeuten angesprochen. Diese Weiterbildung ist nicht vom VDR anerkannt (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2000a).

3.5.1.5 Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen

Mit dem Masterstudiengang[58] (Suchttherapie) betritt die Katholische Fachhochschule NRW, als erste Fachhochschule in Deutschland, Neuland. Interessant ist hier die Verknüpfung einer vom VDR empfohlenen Weiterbildung mit der Möglichkeit eines Masterabschlusses. Formal ist der akademische Grad eines Masters dem Diplom in Psychologie gleichgestellt[59]. Inwieweit sich dieses auch auf die Approbationsordnung des Psychotherapeutengesetzes auswirken wird, ist fraglich.

[58] Die Katholische Fachhochschule NRW erlässt die Studienordnung aufgrund des § 2 Abs. 4 und des § 86 Abs. 1 des Gesetzes über die Hochschulen des Landes NRW (Hochschulgesetz-HG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. März 2000 (GV NRW S. 190) in Verbindung mit der Masterprüfungsordnung für den Studiengang Suchthilfe

[59] Vgl. Kultusministerkonferenz 1999

Tab. 14: Katholische Fachhochschule NRW

Kriterien	
Träger/ Name der Ausbildung	Katholische Fachhochschule Köln in Kooperation mit dem SKM und dem Diözesan Caritasverband Köln
Unterlagen	2000
Zulassungsvoraussetzungen	(Fach)-Hochschulabschluss Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin
Nachweis einer	Mind. Halbtagstätigkeit im Bereich der Suchtkrankenhilfe
Vorauswahl	Persönliches Interview
Gesamtdauer der Ausbildung	4 Semester / 1082 UStd.
Selbsterfahrung	80 UStd.
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	120 UE
„Hausarbeiten“	Prüfungen und Masterarbeit
Ausbilder	Keine weiteren Angaben
Krankheits-/Suchtmodell	Verhaltenstherapeutische Grundlagen
Wird etwas über psychosoziale Therapie/Sozialtherapie/Soziotherapie ausgesagt?	Keine Angaben
Therapeutische Methode	Verhaltenstherapie
Evaluation	Ja
Preis	14.700,-- DM

Die Fachhochschule hat den Weiterbildungsstudiengang Suchttherapeut mit dem Abschluss „Master of Addiction Prävention and Treatment“ verbunden und wurde vom VDR am 07.03.2000 zur Anerkennung empfohlen.[60] Im Studium wird unterschieden zwischen Suchtprävention und Suchttherapie. Nur das Studium der Suchttherapie ist gleichzusetzen mit anderen Weiterbildungen zum Sozialtherapeuten. Das Studium gliedert sich in ein Fächerstudium, praxisbezogene Studieninhalte, Techniken des beruflichen Handelns und berufsfeldbezogene Supervision. Die theoretischen Inhalte werden in den Fächern Suchtpsychologie, Suchtmedizin, Grundlagen der sozialen und pädagogischen Arbeit im Tätigkeitsfeld, Recht und interdisziplinäre Suchtforschung, gelehrt. Das Fach Suchtpsychologie beinhaltet lerntheoretische, sozialpsychologische, entwicklungspsychologische, entwicklungspsychopathologische, neuropsychologische, persönlichkeitspsychologische und psychobiologische Grundlagen. Im Fach Suchtmedizin geht es u. a. um organmedizinische Grundlagen von Suchterkrankungen, körperliche Wirkung verschiedener Substanzen, allgemeinmedizinische und internistische Aspekte,

[60] Obwohl zu diesem Zeitpunkt das Anerkennungsverfahren des VDR schon ausgesetzt war. Vgl. Schreiben des VDR vom 20.11.98; Az.: 451-00 (3.1.3)

tierexperimentelle Befunde der Suchtforschung, Substitutionstherapien und biologische, genetische oder hormonelle Grundlagen der Wirkung von Substanzen. Soziale Suchtarbeit, soziologische, systemtheoretische, erziehungswissenschaftliche und sozialpädagogische Grundlagen der Suchthilfe, Kultur- und Sozialgeschichte der Suchthilfe, Aufbau und Struktur des Suchthilfesystems, Evaluation, und sozialpolitische Aspekte sind Inhalte des Faches „Grundlagen der sozialen und pädagogischen Arbeit im Tätigkeitsfeld". Für die Suchthilfe bedeutsame Inhalte aus Sozialrecht, Strafrecht, Familienrecht, Kinder- und Jugendhilferecht, sowie Schulrecht, sind Inhalte des Faches Recht. Das Fach Interdisziplinäre Suchtforschung beinhaltet Epidemiologie, Ätiologie, Prognostik, die wichtigsten wissenschaftlichen Methoden, sowie Vorbereitung und Durchführung eines Suchtforschungsprojektes.[61] In der Studienordnung, sowie in der Beschreibung zum Studiengang wird von Sozio- oder Sozialtherapie an keiner Stelle gesprochen.

3.5.1.6 Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit Fritz Perls Institut (FPI)

Dem Fritz Perls Institut wurde mit seinem Weiterbildungscurricula am 19.04.1994 die Empfehlung zur Anerkennung vom VDR ausgesprochen. Es war damit ein zweiter anerkannter Anbieter auf dem Ausbildungsmarkt. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden durch den VDR schon 34 Weiterbildungen geprüft (vgl. Sarrazin 2001).

Schon im Titel der Weiterbildung macht das Fritz Perls Institut deutlich, dass es um die Vermittlung gestalttherapeutischer Techniken geht. Ausgeschrieben wird die Weiterbildung[62] als „*Berufsbegleitende Weiterbildung Sozialtherapie – Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe im Verfahren Integrative Therapie/Gestalttherapie."* Neben Theorieseminaren zur Ätiologie der Suchtkrankheiten sowie zum Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe, werden keine weiteren Therapieverfahren thematisiert. Unter „integrative Therapie" wird ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren verstanden, bei dem erlebnisaktivierende, kreativitätsfördernde, gestalttherapeutische, sowie psychoanalytische Methoden (im Sinne Ferenczis) integriert werden.

[61] Vgl. Studienordnung Suchthilfe, 2000
[62] Vgl. Fritz Perls Institut 1997; 40

Tab. 15: Fritz Perls Institut

Kriterien	
Träger/ Name der Ausbildung	Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung (EAG)
Unterlagen	1994, 1997, 2002
Zulassungsvoraussetzungen	(Fach)-Hochschulabschluss in: Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin; Empfehlung von zwei Lehrenden des Institutes
Nachweis einer	Halbtagsstelle im Suchtbereich
Vorauswahl	Vorgespräch
Gesamtdauer der Ausbildung	750 UStd. zuzüglich Selbststudium und Prüfungen
Selbsterfahrung	360 UE
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	30 UE
„Hausarbeiten“	Ja
Ausbilder	Multiprofessionelles Team; Alle Trainer werden vorgestellt
Krankheits-/Suchtmodell	Gestalttherapeutisch (Integrative Psychotherapie)
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	Keine Angaben
Therapeutische Methode	Gestalttherapie (Integrative Psychotherapie)
Evaluation	Keine Angaben
Preis	8650,-- DM

3.5.1.7 Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)

Der „Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.“ hat seinen Schwerpunkt in der Weiterbildung von Fachkräften der Suchtkrankenhilfe. Er ist Mitglied im Paritätischen Bildungswerk und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Die suchttherapeutische Weiterbildung erfolgt in Kooperation mit dem „Moreno-Institut Überlingen“. Das Moreno-Institut Überlingen wurde von einer langjährigen Mitarbeiterin J. L. Morenos gegründet und ist kooperatives Mitglied im DAGG (Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik e.V.). Inhaltlicher Schwerpunkt der Weiterbildung, die am 25.07.1995 zur Anerkennung empfohlen wurde, ist das Erlernen psychodramatischer Techniken. Obwohl die Konzeption an einer Stelle von einem „*methodenübergreifenden Ansatz*“ (2002; 4) spricht, wird dieser nicht weiter ausgeführt. Der Terminus Sozialtherapie kommt in den Unterlagen nicht vor.

Tab. 16: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)

Kriterien	
Träger/ Name der Ausbildung	FDR in Kooperation mit dem Moreno-Institut Überlingen; Suchttherapeut(in) FDR (Psychodrama)
Unterlagen	07/2002
Zulassungsvoraussetzungen	Abschluss in Medizin, Psychologie, Sozialarbeit/Sozialpädagogik mit einjähriger Berufspraxis
Nachweis einer	Halbtagstätigkeit in der Suchtkrankenhilfe
Vorauswahl	Vorstellungsgespräch
Gesamtdauer der Ausbildung	drei Jahre/ 725 UE
Selbsterfahrung	Ja
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	Ja
„Hausarbeiten“	Ja
Ausbilder	Keine Angaben
Krankheits-/Suchtmodell	Psychodramatherapie zur Diagnostik von Konflikten, Störungen und deren Genese
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	Keine Angaben
Therapeutische Methode	Psychodrama
Evaluation	Keine Angaben
Preis	Kein Gesamtpreis angegeben

3.5.1.8 Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD)

1992 startete die Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren mit dem ersten Weiterbildungsgang.[63] Nach einem vollzogenem Trägerwechsel wird die Weiterbildung nun vom „Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin“ fortgeführt.[64]

Tab. 17: Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin (GAD)

Kriterien	
Träger/ Name der Ausbildung	Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin bisher (GAD)
Unterlagen	2000
Zulassungsvoraussetzungen	(Fach)-Hochschulabschluss in (Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Sozialpädagogik mit mind. einjähriger hauptamtlicher Tätigkeit im Suchtbereich
Nachweis eines	Arbeitsplatzes in der Suchthilfe
Vorauswahl	Aufnahmegespräch

[63] In der Konzeption wird auch von Fortbildung und Zusatzqualifikation gesprochen
[64] Laut Schreiben vom 13. September 2000

Gesamtdauer der Ausbildung	33 Monate / 730 UE
Selbsterfahrung	Integriert (ein Blockseminar)
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	210 UE
„Hausarbeiten“	Umfassende schriftliche Arbeit und zwei schriftlich dokumentierte Praxisfälle
Ausbilder	Psychologen, Mediziner und ein Sozialarbeiter, alle werden ausführlich vorgestellt
Krankheits-/Suchtmodell	Verhaltenstherapie
Wird etwas über psychosoziale Therapie/Sozialtherapie/Soziotherapie ausgesagt?	Keine Angaben
Therapeutische Methode	Verhaltenstherapie
Evaluation	Keine Angaben
Preis	13.000 DM

Das Konzept dieser Weiterbildung griff insbesondere die Situation der Mitarbeiter(innen) aus den neuen Bundesländern auf. Für diese Personengruppe galten bis zu 31.12.1994 Übergangsregelungen, die arbeitsplatzsichernde Ausnahmen vorsahen. Im Rahmen dieser Übergangsregelungen konnten auch Angehörige anderer Grundberufe (als die in den Empfehlungsvereinbarung genannten) an dieser Weiterbildung teilnehmen. Die Empfehlung zur Anerkennung wurde am 01.02.1996, durch den VDR, ausgesprochen. Der inhaltliche Schwerpunkt der Weiterbildung ist die Vermittlung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen. Konsequenterweise wird die Verhaltenstherapie ausführlich in der Konzeption beschrieben. Aussagen zur Sozialtherapie werden an keiner Stelle getroffen.

3.5.1.9 Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG)

Seit fast dreißig Jahren bietet die GwG Fort- und Weiterbildungen in klientenzentrierter Gesprächsführung, Beratung und Psychotherapie an. 1998[65] startete der erste sozialtherapeutische Ausbildungsgang für die Suchtkrankenrehabilitation. Von allen mir zur Verfügung stehenden Unterlagen ist das Material der GwG am ausführlichsten. Umfassend werden die einzelnen Ausbildungsabschnitte beschrieben und übersichtlich dargestellt. Jeder einzelne Referent wird ausführlich vorgestellt. Mit einer Ausnahme haben alle Ausbilder einen Abschluss in Psychologie oder Medizin. Die Profession der Sozialarbeiter(innen) ist nicht vertreten. So umfangreich das Material auch ist, der Theoriebildung einer Sozialtherapie ist es nicht dienlich. An keiner Stelle werden Aussagen zu

[65] Empfehlung auf Anerkennung durch den VDR am 11.12.1997

einer Sozialtherapie gemacht. Vielmehr wir in aller Ausführlichkeit der gesprächstherapeutische Ansatz und seine Relevanz für die Suchtkrankenhilfe erläutert.

Tab. 18: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie

Kriterien	
Träger	GwG-Akademie GmbH Köln
Unterlagen	Stand: September 2000
Zulassungsvoraussetzungen	Hochschulstudium in Medizin bzw. Psychologie, oder Fachhochschulstudium in Sozialarbeit/Sozialpädagogik mit einjähriger Berufserfahrung in der Suchtkrankenhilfe; Keine parallel laufende andere Aus-, Fort- oder Weiterbildung
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Festanstellung in der Suchtkrankenrehabilitation
Vorauswahl	Keine Angaben
Gesamtdauer der Ausbildung	dreijährig berufsbegleitend insg. 860 UE
Selbsterfahrung	210 UE
Fallzentrierte Arbeit	160 UE Paar- und Partnertherapie
Supervision	120 UE
„Hausarbeiten“	Referate
Ausbilder	Ausführliche Übersicht über Qualifikation; überw. Ärzte(innen) und Psychologen(innen)
Krankheits-/Suchtmodell	Allgemeine theoretische Grundlagen aus der klinischen Psychologie und Medizin
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	Nein
Therapeutische Methode	Grundlagen der Theorie der Persönlichkeit, der Psychotherapie und der zwischenmenschlichen Beziehungen nach Carl R. Rogers und Weiterentwicklungen
Evaluation	Wird durchgeführt und ausführlich beschrieben
Preis	Ca. 6.084,37 € 102,26 € Aufnahmegespräch 255,65 € Prüfungskosten und Zertifikat

3.5.1.10 Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung

Das Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung bietet seit 1985 unterschiedliche Fort- und Weiterbildungsseminare an. Am 11.12.1997 wurde das Weiterbildungscurricula vom VDR zur Anerkennung empfohlen. Das Hamburger Institut ist unter anderem Mitglied in der Deutschen Vereinigung für Gestalttherapie (DVG) und der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv). Gemäß dem Weiterbildungsprospekt[66] sollen die Teilnehmer(innen) die didaktischen Prinzipien der Gestalttherapie erfahren, erproben und kognitiv aufarbeiten.

Tab. 19: Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung

Kriterien	
Träger	Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung HIGW
Unterlagen	Stand: November 2000
Zulassungsvoraussetzungen	Studienabschluss in Sozialpädagogik/Sozialarbeit, Psychologie oder Medizin mit Berufserfahrung in der Suchtarbeit. Nach Möglichkeit Nachweis bereits absolvierter Selbsterfahrung oder Therapie
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Nachweis über ein Tätigkeit von mind. 50% der Regelarbeitszeit
Vorauswahl	Zulassungsseminar (ein Wochenende)
Gesamtdauer der Ausbildung	dreijährig berufsbegleitend
Selbsterfahrung	1/3 der Weiterbildung
Fallzentrierte Arbeit	Keine Angaben
Supervision	60 Std.
„Hausarbeiten“	Peergruppen zur Klärung und Nacharbeitung der theoretischen Fragen
Ausbilder	Keine Aussagen über die Ausbilder
Krankheits-/Suchtmodell	Keine Aussagen
Wird etwas über psychosoziale Therapie/Sozialtherapie/Soziotherapie ausgesagt?	Keine Angaben
Therapeutische Methode	Gestalttherapie
Evaluation	Keine Aussagen
Preis	Ca. 11.043,90 €

Inhaltlich geht es in der Weiterbildung des Hamburger Institutes überwiegend um Gestalttherapie. Sucht und Abhängigkeit werden nur am Rande erwähnt. Sozialtherapie kommt als Begriff überhaupt nicht vor.

[66] Vgl. Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung 2000; 35

3.5.2 Nicht geprüfte oder zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen

Beispielhaft für eine Vielzahl nicht anerkannter Weiterbildungen, werden im folgenden zwei m. E. höchst interessante Ausbildungsgänge vorgestellt.

Tab. 20: Nicht geprüfte oder zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen

Nr.	Träger/Institution	Bezeichnung der Weiterbildung
1	Burckhardthaus, Evangelisches Institut für Jugend- und Sozialarbeit e. V., Gelnhausen	Sozialtherapeut
2	DBSH-Institut	Sozialtherapeut DBSH

3.5.2.1 Burckhardthaus Gelnhausen

Das Burckhardthaus versteht seine Weiterbildung (in den Unterlagen wird auch von Zusatzausbildung gesprochen) als Angebot für Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen), die *„…sich nicht aus diesen Arbeitsfeldern herausqualifizieren wollen."* (Burckhardthaus 1998a; 1). So betrachtet hätte es etwas von „Überlebenstraining", wobei im weiteren doch deutlich wird, dass es sich um eine Qualifizierung handelt. Für das Burckhardthaus ist es sogar noch mehr, wenn es heißt: *„…geht es darum ein eigenständiges therapeutisches Profil für die soziale Arbeit zu entwickeln."* Den sozialtherapeutischen Angeboten anderer Institutionen wird eine klare Absage erteilt.[67]

> *„Die gängigen therapeutischen Zusatzqualifikationen Psychoanalyse, Gesprächs-, Verhaltens-, Psychodrama- und Familientherapie u. a. sind nicht auf die speziellen Aufgabengebiete psychosozialer Versorgung zugeschnitten. Sie sind im klassischen Setting mittelschichtorientiert, gehen von der Freiwilligkeit der Beratung und von der ausschließlich therapeutischen Funktion der MitarbeiterInnen aus.".*

[67] Vgl. Burckhardthaus (1998; 1)

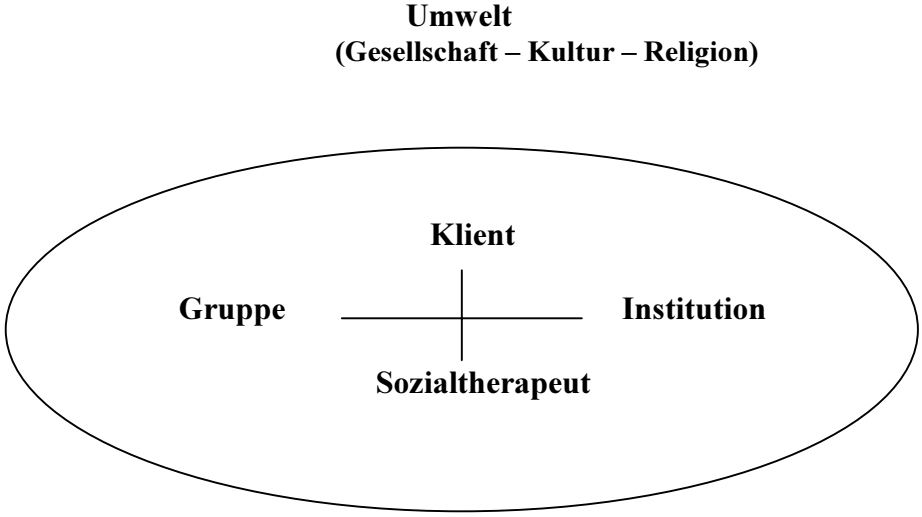
Tab. 21: Burckhardthaus Gelnhausen

Kriterien	
Träger	Burckhardthaus, Evangelisches Institut für Jugend- und Sozialarbeit e.V., Gelnhausen
Unterlagen	Stand: 1998/1999
Zulassungsvoraussetzungen	Mitarbeiter(innen) aus psychosozialen Arbeitsfeldern: Sozialarbeiter(innen), Sozialpädagogen(innen), Angehörige von Heil- und Pflegeberufen, Fachkräfte in der Heimerziehung, Mitarbeiter(innen) von Beratungsstellen
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Wird nicht explizit verlangt
Vorauswahl	Auswahlgespräch
Gesamtdauer der Ausbildung	dreijährig berufsbegleitend
Selbsterfahrung	Zwei Blöcke (insg. 10 Tage)
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	Kontinuierliche Supervision zwischen den Lehrgangsblöcken
„Hausarbeiten“	Ja
Ausbilder	Ausbilder werden kurz vorgestellt; Multiprofessionelles Team
Krankheits-/Suchtmodell	Ein spezielles Modell wird nicht vermittelt
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	„In der Sozialtherapie geht es darum, ein eigenständiges therapeutisches Profil für die soziale Arbeit zu entwickeln“.
Therapeutische Methode	Im Vordergrund steht das Beziehungsfeld: Umwelt, Klient, Gruppe, Institution und Sozialtherapeut
Evaluation	Keine Aussagen
Preis	Keine Angaben

Vermittelt wird das Beziehungsfeld von Umwelt zu Gruppe, Klient, Sozialtherapeut und Institution. Dies geschieht in sieben Kursabschnitten. Themen sind: Die Lebenswelt der Kursteilnehmer(innen), der Klienten(innen) und der Institutionen; Die Beratung mit Einzelnen, Krisenintervention, Sozialtherapeutische Gruppenarbeit und die Arbeit mit Familien[68] bildet einen Schwerpunkt des Curriculums. Die Zusatzausbildung entspricht den Standards der Sektion Sozialtherapie im DAGG.[69] Dem Curriculum der Sozialtherapieausbildung ist das folgende Diagramm entnommen:

[68] Vgl. Burckhardt Haus (1998): Konzept Sozialtherapie
[69] Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik

Darst. 2: Diagramm Sozialtherapie/Burckhardthaus



3.5.2.2 DBSH-Institut

Das Curriculum der sozialtherapeutischen Weiterbildung wurde 1996, von einer aus Praktikern(innen) der Suchtkrankenhilfe zusammengestellte Planungsgruppe entwickelt.[70] Zwei Jahre später fand durch die Mitarbeit zahlreicher Experten der Suchtkrankenhilfe eine Überarbeitung der Konzeption statt. 1999 begann der erste Weiterbildungslehrgang in Kooperation mit dem Institut für Weiterbildung, Beratung und Planung der Fachhochschule Jena. Im Unterschied zu allen anderen Weiterbildungslehrgängen können einzelne Module, die in anderen Kontexten erbracht wurden, anerkannt werden. In der Präambel zum Curricula betont das DBSH-Institut, besonders die qualifizierte Weiterbildung von Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen) als zentrale Aufgabe zu verstehen. Das DBSH-Institut strebte die Empfehlung zur Anerkennung des VDR an. Mit Hinweis auf das Psychotherapeutengesetz und die Änderung der Anerkennungsverfahren, lehnte der VDR eine Bearbeitung des Antrages ab.[71]

[70] Vgl. Olm 1999
[71] Vgl. Schreiben des VDR vom 20.11.98; Az.: 451-00 (3.1.3)

Tab. 22: DBSH-Institut

Kriterien	
Träger	DBSH-Institut zur Förderung der sozialen Arbeit e.V.
Unterlagen	Stand 1999
Zulassungsvoraussetzungen	Studium der Sozialarbeit / Sozialpädagogik oder abgeschlossene vergleichbare Ausbildung mit mind. zweijähriger Tätigkeit in einem adäquaten Arbeitsfeld
Nachweis eines Arbeitsplatzes	Tätigkeit in einer Einrichtung der Suchtkrankenhilfe mit mind. 50% der Wochenarbeitszeit
Vorauswahl	Anhand der eingereichten Unterlagen
Gesamtdauer der Ausbildung	dreijährig berufsbegleitend, insg. 855 UE
Selbsterfahrung	140 UE
Fallzentrierte Arbeit	Ja
Supervision	40 Sitzungen
„Hausarbeiten“	Abschlussarbeit mit Fallbeschreibung
Ausbilder	Multiprofessionelles Team; Alle Ausbilder werden mit Namen, Ausbildungen und beruflicher Tätigkeit vorgestellt
Krankheits-/Suchtmodell	Tiefenpsychologisch fundiert
Wird etwas über psychosoziale Therapie / Sozialtherapie / Soziotherapie ausgesagt?	Sozialtherapie wird verstanden als eklektizistischer Handlungsansatz
Therapeutische Methode	Keine Festlegung auf eine spezielle Methode
Evaluation	Keine Aussagen
Preis	7.060,00 DM

Entsprechend dem breit angelegten Grundstudium der Sozialarbeit war eine zentrale Forderung der Berufspraxis, die in einigen anderen Weiterbildungslehrgängen enthaltene Einengung und Festlegung auf eine psychologische Schule zu vermeiden, um die Möglichkeit der sozialarbeiterischen Qualifikation als Grundlage der Weiterbildung voll ausschöpfen zu können.

Am DBSH-Institut können folgende therapeutische Methoden als Hauptmethode belegt werden:

Klientenzentrierte Gesprächsführung

Psychodrama

Gestalttherapie

In der vom Ausbildungskandidaten gewählten therapeutischen Methode muss der anerkannte Abschluss erfolgen. Die methodische Ausbildung umfasst Theorie und Praxis, Selbsterfahrung und Supervision. Neben dieser grundlegend zu erlernenden Methode ist ein Einführungskurs in eine weitere Methode vorgeschrieben. Begleitend zu diesen therapeutischen Methoden kommt der Einsatz von kreationsfördernden und entspannenden

Methoden hinzu. Die Vermittlung medizinischer Kenntnisse, sowie Kenntnisse zu Suchtentwicklung, Suchtverlauf und Suchttherapie sind Inhalte der Theorieseminare. Neben der Vermittlung kognitiven Wissens und Könnens gehört die Erfahrung und Kenntnis über die eigene Persönlichkeit und die Integration in den Rehabilitationsprozess, durch Teilnahme an einer analytisch orientierten Selbsterfahrung, sowie die kontinuierliche Überprüfung durch Supervision, zur Weiterbildungskonzeption dazu. Die gesamte Ausbildung ist als „Baukastensystem“ konzipiert. Dies ermöglicht, dass jeder Ausbildungskandidat bisher erbrachte Ausbildungen mit einbringen und zur Anerkennung vorlegen kann. Ziel der Weiterbildung ist die Befähigung zu eigenständigem und selbstverantwortlichem Arbeiten in der Rehabilitation Suchtkranker, unter Einbringung der eigenen Kompetenz in ein multiprofessionelles Team. Als Berufsverband und Gewerkschaft prägt der DBSH (Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik) in der Fachöffentlichkeit das Berufsbild der Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen) maßgeblich mit. Eine dem DBSH-Curriculum entsprechende sozialtherapeutische Weiterbildung bot auch die Katholische Stiftungsfachhochschule München, in Kooperation mit dem DBSH-Landesverband Bayern, an. Dieser Weiterbildungslehrgang wurde im Jahre 2002 eingestellt. Stattdessen bietet die Fachhochschule eine Weiterbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an.[72] Im Programm 2002/2003 kommt Sozialtherapie nicht mehr vor. Das DBSH-Institut ist Mitglied im Kuratorium der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und plant eine Änderung der sozialtherapeutischen Weiterbildung. Konzeptionell wird der Terminus Sozialtherapie aufgegeben, stattdessen wird ein qualifizierter Abschluss zum „Fachsozialarbeiter /zur Fachsozialarbeiterin Klinische Sozialarbeit“ angestrebt.

[72] Vgl. Programm der Kath. Stiftungsfachhochschule München 1999; 2001; 2002

3.6 Zusammenfassung

Die folgende Übersicht macht die Ergebnisse der Analyse mit den Kriterien Krankheits-/Suchtmodell, Therapeutische Methode, sowie Aussagen über Sozialtherapie, deutlich.

Tab. 23: Übersicht der Weiterbildungen

Institut	**Krankheits-/Suchtmodell**	**Therapeutische Methode**	**Aussagen über Sozialtherapie**
GvS	Psychoanalyse	Modifizierte Psychoanalyse	Keine
GvS	Lerntheorie	Verhaltenstherapie	Keine
LWL	Psychoanalyse	Psychoanalytische Beratung	**Sozialtherapie verstanden als Arbeit in variablen Settings**
LWL	Lerntheorie	Verhaltenstherapie	Keine
KFH	Lerntheorie	Verhaltenstherapie (Kognitive)	Keine
FPI	Gestalttherapie	Gestalttherapie	Keine
FDR			
GAD	Lerntheorie	Verhaltenstherapie	Keine
GwG	Allgem. theoretische Grundlagen der Psychologie und Medizin	Gesprächstherapie	Keine
Hamburger Institut	Keine Aussagen	Gestalttherapie	Keine
Burckhardthaus	Kein Spezielles	Beziehungsfeld: Umwelt – Klient – Gruppe – Institution - Sozialtherapeut	**Sozialtherapie verstanden als eigenständiges therapeutisches Profil für die Sozialarbeit**
DBSH	Tiefenpsychologisch fundiert	Keine Festlegung; Integrativ	**Sozialtherapie verstanden als eklektizistischer Handlungsansatz**

Aussagen zur Sozialtherapie finden sich nur in drei der zwölf Konzeptionen. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe beschreibt Sozialtherapie, als eine therapeutische Arbeit im „*variablen Setting*“. Benannt werden u. a. *„das Krisengespräch auf der Straße und der rückversichernde Kontakt in der Teestube“*.[73] Interessant ist an dieser Stelle auch die Formulierung:

> *„Die realitätsbezogene Arbeit steht zu Beginn im Vordergrund; die Therapeutin bzw. der Therapeut hilft bei der Planung und Bewältigung des Alltags. Dabei soll und muss jeweils bereits die Gelegenheit genutzt werden, an und in der Beziehung*

[73] Vgl. Konzeption des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe: Zusatzqualifikation Sozial-/Suchttherapie – analytisch orientiert, 1994; 7.

zu arbeiten und der Klientin bzw. dem Klienten die beängstigenden Aspekte ihrer bzw. seiner Beziehungsphantasien deutlich zu machen." (Landschaftsverband Westfalen Lippe 1994; 7).

Dieser Ansatz wird in der Konzeption leider nicht weiterverfolgt. Es wird dann vielmehr auf die analytisch orientierte Sichtweise Bezug genommen. Am deutlichsten beschreibt das Burckhardthaus den sozialtherapeutischen Ansatz:

„*Die gängigen therapeutischen Zusatzqualifikationen Psychoanalyse, Gesprächs-, Verhaltens-, Psychodrama- und Familientherapie u. a. sind nicht auf die speziellen Aufgabengebiete psychosozialer Versorgung zugeschnitten. Sie sind im klassischen Setting mittelschichtorientiert, gehen von der Freiwilligkeit der Beratung und von der ausschließlich therapeutischen Funktion der MitarbeiterInnen aus*."[74]

Sozialtherapie wird verstanden als ein eigenständiges therapeutisches Profil für die soziale Arbeit. Dies wird zugleich als Begründung dafür genommen, dass keine spezielle Therapieform vermittelt wird. Im Vordergrund steht vielmehr das Beziehungsfeld von: „Umwelt – Klient – Gruppe – Institution – Sozialtherapeut". In den Themen der einzelnen Kursabschnitte findet sich diese Sichtweise wieder. So nimmt die Bearbeitung der unterschiedlichen „Lebenswelten" einen breiten Raum ein. Als klare Gegenposition hierzu begründet der Landschaftsverband (LWL) die Orientierung an der Verhaltenstherapie:

„Der der Suchtkrankheit zugrunde liegende multifaktorielle Systemansatz erfordert eine mehrdimensionale Betrachtungsweise auf der physiologischen, motorischen, kognitiv-emotionalen und Verhaltensebene unter Einbeziehung von Interaktions- und Umweltvariablen. Daraus abzuleiten ist ein integriertes Behandlungsmodell, welches die verschiedenen Problemebenen berücksichtigt: Die moderne Verhaltenstherapie." (S. 10)

In der Konzeption der „Sozialtherapeutischen Zusatzqualifikation für Mitarbeiter aus Einrichtungen der Alkohol- und Drogenarbeit" (o. J.; 4) begründet der LWL den Ansatz einer sozialtherapeutischen Vorgehensweise:

„Entscheidend für eine erfolgreiche psychosoziale Suchttherapie erweist sich weniger die therapeutische Technik als vielmehr die therapeutische Haltung, die auf Wohlwollen sowie Einfühlen und Verstehen der differierenden Übertragungen, in Verbindung mit den formulierten Anliegen, basiert."

[74] Aus der Konzeption zur Sozialtherapie-Zusatzausbildung 1998-2001, Burckhardt Haus

Konsequenterweise bietet der Landschaftsverband dem folgend, zusätzlich eine sozialtherapeutische Weiterbildung für **alle** in der Suchtkrankenhilfe tätigen Mitarbeiter(innen) an. Interessanterweise ist dieser Zweig der Weiterbildungen vom VDR **nicht** anerkannt, obwohl es doch vom Ansatz her einer sozialtherapeutischen Vorgehensweise eher entspricht, als die anderen Weiterbildungslehrgänge. Das Curricula macht den Eindruck einer „**kleinen**“ Sozialtherapie für Mitarbeiter(innen) ohne Hochschulabschluss (Krankenpflegekräfte, Erzieher(innen), Arbeitstherapeuten(innen), ...) (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2000a).

Ein Vergleich der verhaltenstherapeutisch orientierten Sozialtherapieausbildungen mit klassischen verhaltenstherapeutischen Weiterbildungen[75] lässt keine gravierenden Unterschiede erkennen. Das unterstreicht nochmals meine Hypothese, dass es um die Vermittlung psychotherapeutischer Techniken und nicht um eine – wie auch immer verstandene - Sozialtherapie geht.

[75] Vgl. Fernuniversität Hagen (o. .J.): Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie

4 DIE EXPERTENINTERVIEWS

4.1 Forschungsinteresse

Nachdem die Untersuchung der Weiterbildungslehrgänge nicht die Begründung einer Sozialen Therapie zum Ergebnis hat, ist die Meinung der Experten von besonderem Interesse. Zwei der Interviewpartner sind in Institutionen tätig, die gleichzeitig auch Träger von sozialtherapeutischen Weiterbildungen sind.

Die folgenden Interviews dienen zur qualitativen Fundamentierung der im Theorieteil formulierten Hypothesen. Den Interviews liegt ein Leitfaden zugrunde, in dem die zu erhebenden Dimensionen/Bereiche verzeichnet und schon als Fragen formuliert sind. Der Interviewer ist angewiesen, die Dimensionen, zu denen sich der Befragte nicht von sich aus äußert, selbst anzusprechen (vgl. Witzel 1982).

In einem zweiten Schritt wurden zentrale Aussagen der Experten den Leitfragen in Form einer Tabelle zugeordnet. Dies erleichterte die Vergleichbarkeit der Antworten.

Im dritten Schritt wurden die Statements der Experten quantitativ und qualitativ miteinander verglichen. Mit beispielhaften Originalzitaten der Experten wurde die Zusammenfassung ergänzt.

4.2 Forschungsdesign

Die Wahl der Forschungsmethode bedarf in der Praxis des Forschungsalltags stets einer theoretischen wie pragmatischen Abwägung: Zugänglichkeit zu Informationen, Forschungsökonomie, Gültigkeit und Messgenauigkeit (Validität und Reliabilität), Relevanz der Fragestellungen und Wahl der Zielpopulation sind hierbei entscheidend (vgl. Mieg & Brunner 2001).
Um in der kollegialen Atmosphäre meine Fragen zur Sozialen Therapie zur Disposition zu stellen, habe ich mich für das **offene-teilstrukturierte Interview** als Forschungsme-

thode entschieden. Ein an Schlüsselfragen orientiertes Gespräch schien mir das authentischste Setting für diese Befragung zu sein. Im Vorgehen orientierte ich mich an Mayring (2002). Bei dieser Form des Interviews kann der Befragte möglichst frei zu Wort kommen. Das Interview kommt somit einem offenen Gespräch sehr nahe. Im Unterschied zum narrativen Interview ist das *„Problemzentriete Interview"* auf ein Thema zentriert, auf das der Interviewer immer wieder zurückkommt. Nach Mayring ist diese Interviewform gekennzeichnet durch:

1. Offenheit, die eine Vertrauensbasis voraussetzt
2. Sondierungsfragen
   (Einstiegsfragen in die betreffende Thematik)
3. Leitfadenfragen

Von besonderer Bedeutung sind m. E. die:

4. Ad-hoc-Fragen, die sich aus dem Verlauf des Interviews ergeben und vorher nicht festgelegt wurden.

Mayring empfiehlt diese Form des Interviews, wenn der Forscher die Problemstellung bereits vorher analysiert hat und noch bestimmte Aspekte des Themas herausgearbeitet werden sollen. Die Fragen (Kapitel 3.5) wurden den Interviewpartnern und der Interviewpartnerin gestellt. Grundlage der Interviews sind neun Fragen. Nach Witzel (1985; 236) soll „*Der Leitfaden …das Hintergrundwissen des Forschers thematisch organisieren, um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen.*" Der Leitfaden stellt gleichfalls eine Absicherung dar, hinreichend Material zu den herausgearbeiteten Themen zu erhalten und die Ergebnisse vergleichen zu können.

4.3 Die Untersuchungsgruppe

Interviews sind persönliche Befragungen; sie zählen zu den qualitativen Methoden der Datenerhebung. Damit wird ausgedrückt, dass die betreffende Person über besonderes Wissen zu einem bestimmten Sachverhalt verfügt und sich entsprechende Fertigkeiten angeeignet hat. Experte ist jemand, der/die aufgrund von langjähriger Erfahrung über bereichsspezifisches Wissen bzw. Können verfügt. Experte ist ein Status; er ist abhängig von der jeweiligen Fragestellung. Als Experte wird angesprochen: Wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt. Die Experten finden sich meist nicht auf der obersten Ebene, sondern eher auf der zweiten oder dritten Ebene, weil dort in der Regel Entscheidungen getroffen werden und daher ein detailliertes Wissen über interne Strukturen und Ereignisse vorhanden ist. Ein Experte als Handlungsträger einer bestimmten Organisation ist immer in einen bestimmten institutionellen Kontext eingebunden. Die damit verbundenen Zuständigkeiten, Aufgaben, Tätigkeiten und die aus diesen gewonnenen exklusiven Erfahrungen und Wissensbestände sind die Gegenstände des Experteninterviews. In Experteninterviews wird nicht nach individuellen Biographien gefragt; es interessieren lediglich die Experten als Repräsentanten einer Organisation oder Institution. Die Person des Experten und sein Status sind deshalb hier von nachgeordnetem Interesse, da hier nicht biographische Einzelheiten interessieren, sondern vielmehr die objektivierte Sicht eines unabhängigen Beobachters (vgl. Mieg & Brunner 2001).

Für die Auswahl der Interviewpartner waren folgende Überlegungen maßgeblich:
1. Die Interviewpartner(innen) sollten ausgewiesene Experten in der Suchtkrankenhilfe sein und qualifizierte Aussagen zur Sozialtherapie machen können.
2. Die Interviewpartner(innen) sollten die Sichtweisen der entscheidenden Suchtkrankenhilfeverbände kennen und vertreten können.
Insgesamt wurden zwei Experten und eine Expertin befragt (Frau Irene Helas, Herr Rolf Hüllinghorst und Herr Klaus Hitzges). Alle drei sind seit vielen Jahren in der Suchtkrankenhilfe tätig und beschäftigen sich hauptberuflich mit Fragen der Aus- und Weiterbildung von Sozialarbeiter(innen). Die o. g. Kriterien eines Experten treffen auf alle drei Personen zu. Um qualitative Aussagen zur Sozialen Therapie/Sozialtherapie zu

bekommen, führte ich mit jeweils einem Vertreter der nachfolgend genannten Institutionen ein teilstrukturiertes Experteninterview.

a) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
c) Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe des Diakonischen Werkes in der Evangelischen Kirche (GvS)
d) Fortbildungsinstitut des Deutschen Berufsverbandes für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik (DBSH-Institut)

4.4 Durchführung

Die Terminkoordinierung verlief zentral über den Autor. In einem Telefongespräch wurde den Teilnehmern (der Teilnehmerin) das Thema der Befragung vorher mitgeteilt. Die Interviews wurden in den jeweiligen Dienststellen der Interviewpartner(in) durchgeführt, auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Interviewpartner(in) wurden über die Verwendung des Materials in Kenntnis gesetzt und die Teilnehmer(in) gaben ihr Einverständnis für die Durchführung und Aufzeichnung der Interviews. Darüber hinaus gaben sie ebenfalls ihr Einverständnis zur Veröffentlichung ihrer Antworten.

4.5 Interviewfragen

Den Experten (der Expertin) wurden die folgenden Fragen gestellt.

Tab. 24: Fragen an die Experten

Fragen			**Forschungsinteresse**
Eingangsfrage Frage 1	Was bedeutet für sie Soziale Therapie und wie stellt sie sich ihrer Meinung nach dar?		Gesprächseinstieg
Frage 2	Was ist für sie das Spezifische an Sozialer Therapie?		Wie definieren Experten Soziale Therapie?
Frage 3	Für wen oder was sollte oder könnte Soziale Therapie wichtig sein?		Sozialtherapie nur etwas für „Randgruppen“?
Frage 4	Sehen sie Unterschiede zu anderen Therapieverfahren?		Sozialtherapie = Psychotherapie?

Frage 5	Was halten sie von den Termini Soziale Therapie und Sozialtherapie?		Wird zwischen den Begriffen differenziert?
Frage 6	Wer sollte Soziale Therapie machen?		Spezialausbildung für Sozialarbeiter(innen)?
Frage 7	Wer sollte die Therapeuten ausbilden und wie sollten ihrer Meinung nach die Ausbilder ausgebildet sein?		Worin macht sich das Interdisziplinäre deutlich?
Frage 8	Welche Institutionen sollten Ausbildungen in Sozialer Therapie durchführen?		Die Frage nach möglichen Ausbildungsinstituten. (Hochschulen oder Institute?)
Frage 9	Welche Perspektiven könnte Soziale Therapie entwickeln?		Hat Sozialtherapie auch nach dem Psychotherapeutengesetz noch eine Zukunft?

4.6 Analyse

Bei der Analyse der Interviews orientiere ich mich an Lamnek (1993). Jede Analyse beginnt mit einer Kurzfassung[76] des entsprechenden Interviews. Die Interviews in ihrer Gesamtheit wiederzugeben, ist m. E. nicht notwendig, zumal sie vollständig im Anhang nachzulesen sind. Mit Hilfe einer Themenmatrix werden anschließend entscheidende Themen herausgearbeitet.

4.6.1 Biographische Daten

Alle drei Experten sind seit mehr als fünfzehn Jahren in der Suchtkrankenhilfe tätig. Herr Klaus Hitzges ist im Ruhestand und war bis zur Pensionierung 35 Jahre in der Suchtkrankenhilfe (davon 22 Jahre als hauptamtlicher Referent für Gefährdetenhilfe des Caritasverbandes Essen) tätig. In dieser Funktion war er am Auf- und Ausbau der Suchtkrankenhilfe im Ruhrgebiet beteiligt. Die folgende Übersicht stellt die Interviewpartner/-partnerin vor.

[76] Die vollständigen Protokolle der Interviews befinden sich im Anhang.

Tab. 25: Biographische Daten der Experten

	IV. 1 Rolf Hüllinghorst	**IV. 2 Irene Helas**	**IV. 3 Klaus Hitzges**
Gender	Männlich	Weiblich	Männlich
Ausbildung	Diplom-Sozialarbeiter	Diplom-Pädagogin	Diplom-Sozialarbeiter
Beruf	Geschäftsführer der DHS	Geschäftsführerin des GvS	Vorsitzender des DBSH-Institutes
Anstellung	Hauptamtlich	Hauptamtlich	Ehrenamtlich

4.6.2 Auswertung der Interviews

Zunächst folgt eine kurze sinngemäße Zusammenfassung des jeweiligen Interviews, wobei die Zahlen in Klammern hinter den Aussagen auf die jeweiligen Zeilen der Transkripte hinweisen.

4.6.2.1 Interview Rolf Hüllinghaus

Für Hüllinghaus ist Sozialtherapie keine Form der Psychotherapie (45-84). Sozialtherapie ist vielmehr eine generalisierte (87) Aufbau-Ausbildung für Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen) (42). Das methodische Vorgehen ist schulenübergreifend (117) und orientiert sich nicht an einem psychotherapeutischem Verfahren. Hüllinghaus lehnt eine „Psychotherapeutisierung“, auch unter dem Heilpraktikergesetz, ab. Für ihn unterscheidet sich der Fokus eines Sozialtherapeuten grundsätzlich von dem eines Psychotherapeuten. Gegenstand der Sozialtherapie sind die mannigfaltigen Beziehung (Arbeitsbeziehungen, gesellschaftliche Beziehungen usw.), unter denen Klienten leiden (16-27). Der Sozialtherapeut wird seinem Auftrag gerecht, wenn er seine Rolle als „Case-Manager“ versteht. Demnach wäre die Suchtberatungsstelle zentrale Koordinierungsstelle (Rückgrat [153] der Versorgung). Dieses ist mehr als die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren. Vor allem würden mit solch einer Sozialtherapie Menschen erreicht, die von Psychotherapie nicht erreicht werden.

4.6.2.2 Interview Irene Helas

Kennzeichen Sozialer Therapie ist das Interdisziplinäre (7). Sozialtherapie ist ein eigenständiger Ansatz, eine besondere Sichtweise, die medizinische, psychologische und sozialarbeiterische Sichtweisen vereint. Sie ist integrativ und hat eine eigene Problemsicht, sowie Diagnostik. Bei jeder Alkoholerkrankung spielen soziale, psychische und medizinische Ursachen und Auswirkungen eine Rolle. Aus diesem Grunde ist Sozialtherapie ein Ansatz für alle Menschen – und nicht nur etwas für unterprivilegierte oder delinquente. Leider hat das Psychotherapeutengesetz einen berufsständischen Kampf mitbegründet, in dessen Folge die Sozialtherapie/Sozialarbeit auf der Strecke bleibt. Wenn Sozialtherapie als Psychotherapie verstanden würde, wäre es ein reduktionistische Ansatz. Die ganzheitliche Sicht würde verloren gehen (105-121). Um als (Sozial)Therapeut(in) arbeiten zu können, ist aber die Beherrschung **einer** psychotherapeutischen Methode wichtig. Einem eklektischen Ansatz wird entschieden widersprochen. Die Zukunft einer Sozialtherapie liegt in ihrem Vorgehen, den einzelnen Fall in seinem sozialpolitischen Kontext zu begreifen.

4.6.2.3 Interview Klaus Hitzges

Hitzges folgend ist Sozialtherapie eine besondere Form der Psychotherapie (41). Sie ist aber umfassender und könnte auch als Beziehungstherapie (6) bezeichnet werden. Sie gehe damit schon in die Richtung einer Familientherapie, ist mit dieser aber nicht gleichzusetzen (16). In Abgrenzung zum klassischen Psychotherapeuten, wendet der Sozialtherapeut je nach Kontext verschiedene methodische Verfahren an. In diesem Sinne vertritt Hitzges einen eklektizistischen Ansatz (103). Da Sozialtherapie Psychotherapie ist, ist sie auch Ausübung der Heilkunde. Konsequenterweise empfiehlt das DBSH-Institut jedem seiner Absolventen(innen) die Beantragung der „Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (HPG)“. Ein Ausbildungsabschnitt der DBSH-Sozialtherapie bereitet dementsprechend auf diesen Antrag und die amtsärztliche Prüfung vor (150-167). Durch das Psychotherapeutengesetz einerseits, sowie die Soziotherapie-Richtlinien andererseits hat die Sozialtherapie keine Zukunft mehr (167); es sei denn sie entwickelt sich weiter. Einen möglichen Vorstoß unternimmt das DBSH-Institut durch eine Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (Coburg). Ergebnis

könnte eine Umbenennung der Sozialtherapie in „Klinische Sozialarbeit“ sein. Absolvent(innen) des DBSH-Sozialtherapielehrgangs können schon heute ohne großen Aufwand das Zertifikat (zum Klinischen Sozialarbeiter/zur Klinischen Sozialarbeiterin) der ZKS erwerben.

4.7 Darstellung der Ergebnisse

Die Fragen 1-5 sind in der folgenden Tabelle (Tab. 26) zusammengefasst.

Tab. 26: Experteninterviews / Frage 1-5

Frage 1-5	Rolf Hüllinghorst	Irene Helas	Klaus Hitzges
Was bedeutet für sie Soziale Therapie und wie stellt sie sich ihrer Meinung nach dar?	Schulenübergreifende, generalisierte Ausbildung für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (116/117)	Interdisziplinäre Zusammenarbeit (6-8)	Umfassende Therapie. Sie umfasst alle Wesensbereiche des Menschen; Beziehungstherapie (3-12)
Was ist für sie das spezifische an Sozialer Therapie?	Es geht nicht um Persönlichkeitsveränderung, sondern um das Vermitteln sozialer Kompetenzen (3-10) und die Integration versch. Sichtweisen (23)	Sie ist integrativ Sie vereint: Psychologie, Medizin und Sozialarbeit (23)	Die Beachtung der sozialen Zusammenhänge Das Einbeziehen von Bezugspersonen (14-19)
Für wen oder was sollte oder könnte Soziale Therapie wichtig sein?	Für Menschen mit Defiziten im gesellschaftlichen (sozialen) Bereich (16-27)	Für alle (62)	Für Menschen mit Fehlentwicklungen, die zu sozialen Störungen (Beziehungsstörungen) führen (können) (22-27)
Sehen sie Unterschiede zu anderen Therapieverfahren?	In der Diagnostik und Intervention Unterscheidung zwischen: medizinischer und sozialtherapeutischer Diagnostik und Intervention (29-40)	Sozialtherapie ist mehr als Psychotherapie (105-121)	Sozialtherapie ist umfassend (29)und nicht bloß auf ein psychotherapeutisches Verfahren begrenzt (51/52)
Was halten sie von den Termini Soziale Therapie und Sozialtherapie?	Keine Unterschiede (13)	Keine Unterschiede (44) Verweis auf Soziotherapie als Kassenleistung (46)	Keine Unterschiede (124-138)

Die Zahlen in Klammern hinter den sinngemäßen Aussagen, weisen auf die jeweiligen Zeilen der Transkripte im Anhang hin.

Die Fragen 6-8 beziehen sich alle auf die Ausbildung in Sozialtherapie und sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Tab. 27: Ausbildung in Sozialtherapie / Frage 6-8

Frage 6-8	Rolf Hüllinghorst	Irene Helas	Klaus Hitzges
Wer sollte Soziale Therapie machen?	Sozialarbeiter(innen), Sozialpädagogen(innen) (42)	Mediziner, Psychologen(innen), Sozialarbeiter(innen), Sozialpädagogen(innen) (124-126)	Sozialarbeiter(innen), Sozialpädagogen(innen), Heilpädagogen(innen)(56)
Wer sollte die Therapeuten ausbilden und wie sollten Ihrer Meinung nach die Ausbilder ausgebildet sein?	Die Ausbildungsstätten (Fachhochschulen)	Ärzte und Psychologen(innen) ((225) (Verlust der interdisziplinären Sichtweise)	Erfahrene Praktiker(innen) (77)
Welche Institutionen sollten Ausbildungen in Sozialer Therapie durchführen?	Fachhochschulen (80)	Fachhochschulen und Weiterbildungsinstitute (141)	Fachhochschulen, Wohlfahrtsverbände und Berufsverband (82-87)

Die Zahlen in Klammern hinter den sinngemäßen Aussagen, weisen auf die jeweiligen Zeilen der Transkripte im Anhang hin.

Bei der neunten Frage interessiert die Zukunftsperspektive einer Sozialtherapie. Sie ist bewusst offen gehalten, um nicht auf einen bestimmten Themenkomplex zu fokussieren.

Tab. 28: Perspektive und Zukunft der Sozialtherapie / Frage 9

Frage 9	Rolf Hüllinghorst	Irene Helas	Klaus Hitzges
Welche Perspektiven könnte Soziale Therapie entwickeln?	Sozialtherapie ist eine notwendige Steuerungsaufgabe von Beratungsstellen (154)	Die berufsständischen Kämpfe machen es der Sozialtherapie schwer ihren Standort zu behaupten (89) Politischer Ansatz (328-332)	Sozialtherapie hat als besondere Form der Psychotherapie keine Zukunft (167-173)

Die Zahlen in Klammern hinter den sinngemäßen Aussagen, weisen auf die jeweiligen Zeilen der Transkripte im Anhang hin.

4.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Analyse der einzelnen Interviews ergibt in den Antworten mannigfaltige Übereinstimmungen. Bei der Frage nach einer Unterscheidung zwischen Soziotherapie, Sozialtherapie und Soziale Therapie geben alle Experten zur Antwort, dass sie die Begriffe synonym verwenden. Es kommt im Interview von Frau Helas ein Hinweis auf die neue Kassenleistung der Soziotherapie. Der synonyme Gebrauch der verschiedenen Begriffe (Soziotherapie, Sozialtherapie u. Soziale Therapie) findet sich auch durchgängig in der Literatur wieder. Vergleiche hierzu Knoll (2000) und seine Ausführungen zur Psychiatriepersonalverordnung, die auch den Soziotherapie- und Sozialtherapiebegriff „synonym" verwendet. Es zeigt sich aber auch in den Interviews, dass sich der Begriff der Sozialtherapie in der Suchtkrankenhilfe weitestgehend durchgesetzt hat. Allen Interviews gemeinsam ist auch die Betonung der besonderen Rolle einer Sozialtherapie. Alle Experten sehen und begründen die Notwendigkeit einer entsprechenden Fachdisziplin. Die Zukunftsperspektive einer Sozialtherapie wird von allen Experten eher pessimistisch bewertet. Am deutlichsten von Hitzges indem er sagt: „Sozialtherapie hat als besondere Form der Psychotherapie keine Zukunft" (167-173). Dies liegt zum einen sicher daran, dass Sozialtherapie heute nahezu ein Schattendasein führt (vgl. Neuffer 2000). Zum anderen mag sicher auch ein Grund darin liegen, dass sich Sozialtherapeuten(innen) zu sehr an anderen Disziplinen (Medizin/Psychologie) orientieren und dabei ihre eigene Kultur verlieren. In aller Deutlichkeit wird dieses von Crefeld (2003; 36) angesprochen: *„So kompetent sich manche Sozialarbeiterin dank persönlicher Fortbildungsbemühungen in ihrem Arbeitsfeld erweist, ein institutionsübergreifend gültiges fachliches Profil des Berufs ergibt sich aus dieser Art Einzelkämpfertum nicht."* Neben den vielen Übereinstimmungen lassen sich die drei Interviews im Weiteren differenzieren. Als Analysewerkzeug dient der Sozialtherapiebegriff bei Knoll (2000).[77] Ein Abgleich mit diesem Konstrukt ergibt folgende Zuordnungen:

4.8.1 Sozialtherapie als allgemeines Handlungskonzept

Rolf Hüllinghaus, als Vertreter der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, lehnt entschieden den Psychotherapiebegriff für die sozialtherapeutische Arbeit von

[77] Siehe Kapitel 1.11 dieser Arbeit

Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen) ab. Ihm zufolge ist Sozialtherapie in erster Linie ein Ansatz der Steuerung. Es geht im keinesfalls um Persönlichkeitsveränderung, sondern um Steuerungsaufgaben (153/154). Aus diesem Grunde sieht er, auch nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetztes, eine Perspektive für eine Sozialtherapie. Für ihn ist Sozialtherapie eine, auf dem Studium der sozialen Arbeit aufbauende, generalisierte Zusatzausbildung. Träger dieser Form der Ausbildung sollten die (Fach)-Hochschulen sein (79-84). Der verlorene Königsweg (vielleicht hat es ihn nie wirklich gegeben) erfordert eine neue Qualität von Suchtbehandlung (106). Suchtberatungsstellen sollten die Rolle eines Case-Managements übernehmen und am individuellen Fall orientierte Hilfepläne entwickeln (108). Dies erfordert einen Blick auf unterversorgte Klientengruppen. Hüllinghaus spricht hier implizit Wienberg (1992) an und betont damit, dass die größte Gruppe Alkoholabhängiger von einer klassischen Psychotherapie nicht erreicht wird (123-157). Nach Wienberg werden weniger als 10% der chronisch Abhängigen von hochqualifizierten Spezialdiensten (Suchtberatungsstellen, Psychotherapeuten, Fachkliniken usw.) erreicht.

4.8.2 Sozialtherapie als spezifisches Behandlungskonzept

Der Ansatz von Frau Helas ist am ehesten dem Aspekt, einer Sozialen Therapie, als spezifisches Behandlungskonzept, zuzuordnen. Im Gegensatz dazu bietet der GvS in seinen sozialtherapeutischen Weiterbildungen die Vermittlung jeweils einer spezifischen psychotherapeutischen Methode anbietet.[78] Hier liegt aber auch ein Widerspruch in dem was Frau Helas im Interview schildert und dem was der GvS in der Praxis anbietet. Vielleicht ist dies auch ein Grund für ihre kritischen Äußerungen über Träger sozialtherapeutischer Weiterbildungen. Frau Helas, als Verbandsgeschäftsführerin des GvS, sähe die Zusatzausbildungen gerne in der Zuständigkeit der (Fach)-Hochschulen begründet (136-145), vielleicht noch im Aufgabenbereich eines Institutes. Ihrer Ansicht nach hat aber ein Verband wie der GvS „*eigentlich noch andere Aufgaben*“(156-163). Als mögliche Lösung deutet sie die Bildung eines eigenen Institutes an. Zu diesen Aussagen passt die aktuelle Entwicklung des GvS und seinen Weiterbildungen. Es findet im Laufe des Jahres 2002/2003 eine Umstrukturierung des Verbandes statt. Die Weiterbildungsabteilung wird allem Anschein nach von der Diakonischen Akademie Berlin ü-

[78] Siehe Kapitel 4 dieser Arbeit (Zusatzausbildungen der GvS)

bernommen. Der GvS hätte dann noch politische (gesundheits- und fachpolitische) Aufgaben. Dies entspräche auch den Forderungen Frau Helas, die eine Sozialer Therapie hin zu einer politischen / gesundheitspolitischen Arbeit entwickeln möchte (328-332). Dies erfordert einen integrativen und interdisziplinären Ansatz und bleibt nicht in der therapeutischen/psychotherapeutischen Einzelarbeit stecken. Durch diese Meta-Sicht wird eine „*ganzheitliche*“[79] Sicht ermöglicht, die über ein medizinisches Krankheitsverständnis hinausgeht. Die bloße Übernahme der medizinischen Sicht, die Reduktion der Alkoholabhängigen auf eine medizinische Diagnose, vernachlässigt die psychosozialen Ursachen, die ihrer Meinung nach eine viel größere Rolle spielen (317-325).

4.8.3 Sozialtherapie als spezifisches Beeinflussungskonzept von sozialen Strukturen

Für Knoll (2000; 296) ist dies die „Quasi-psychotherapeutische Variante“ und eine auf das Individuum bezogene Handlungsform Sozialer Therapie. Die Aussagen von Herrn Hitzges lassen sich sehr gut diesem Konzept zuordnen. Wenn Hitzges sagt, dass Sozialtherapie eine Form der Psychotherapie sei, entspricht das dem was Knoll in seiner Dissertation beschreibt. Das Besondere an dieser Form der Psychotherapie ist, und da sind sich beide Experten einig:

Der Einbezug der sozialen Umwelt in die individuelle Behandlung.

Fokus ist die Beeinflussung der individuellen Persönlichkeitsstruktur und das ist, wie Hitzges treffend als „Ausübung der Heilkunde“ beschreibt. Denn es geht in seinem Konzept um weit mehr als nur um die Anwendung psychologischer Mittel oder pädagogischer Hilfen. Für Hitzges ist Sozialtherapie eine besondere Form der Psychotherapie. Sie umfasst alle Wesensbereiche des Menschen (3) und integriert den Blick auf innerseelische Konflikte mit sozialen Aspekten. Für ihn ist demnach auch in der sozialtherapeutischen Arbeit eine Diagnose und Anamnese unerlässlich (22-27). Das Besondere an seiner Sicht der Sozialtherapie ist die Eigenständigkeit dieser Fachdisziplin, die sich aus der Sozialarbeit heraus entwickelt hat. Ähnlich wie auch Rolf Hüllinghaus ist für Hitzges die Soziale Therapie die Spezialausbildung für Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen). Medizin und Psychologie werden im Rahmen der Sozialtherapieausbildung dem entsprechend auch nur die Rolle von Hilfsdisziplinen zugeschrieben (70-72).

[79] Da nie das Ganze erfasst werden kann, ist es m. E. besser von multiperspektivischer Sicht zu sprechen

5 SOZIALTHERAPIE IN DER PRAXIS – DIE FACHKLINIK

5.1 Forschungsinteresse

Neben der Literatur, den Weiterbildungsangeboten sowie den Expertenmeinungen, definiert die Praxis den Gegenstand Sozialer Therapie. Von Interesse für meine Fragestellung ist darum die Umsetzung eines sozialtherapeutischen Ansatzes, in der Behandlung Alkoholabhängiger.

5.2 Die Rehabilitation Alkoholabhängiger

Der Suchtpatient leidet an einer Krankheit, die sich auf den Körper, die Psyche und das soziale Umfeld negativ auswirkt.[80] Die Behandlung erfolgt zunächst als Entzugsbehandlung, für die regelmäßig die Krankenversicherung die Kosten übernimmt, und dann in Form der Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation), die ambulant oder stationär durchgeführt wird und deren Kosten der Rentenversicherungsträger übernimmt (gem. SGB VI §§ 9-15). Nur wenn kein Versicherungsschutz besteht oder die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nicht vorliegen, tritt die Krankenversicherung ein. Die persönlichen Voraussetzungen regelt § 10 SGB VI, die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind im § 11 SGB VI geregelt. Die Leistungen werden gem. § 15 SGB VI als Sachleistungen gewährt, wobei der Rentenversicherungsträger die Art, Dauer und den Umfang der Leistungen, nach pflichtgemäßen Ermessen, bestimmt.

Wienberg (1992), der sich in seiner Darstellung an das von Feuerlein (1989) entwickelte Bedingungsdreieck für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitskranken anlehnt[81], beschreibt die derzeitige Struktur und Dynamik der Versorgung Suchtkranker in Deutschland. Demnach entspricht das Dreieck von Droge, Individuum und Umwelt dem Einfluss körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren. Die Versorgung der Abhängigkeitskranken kann ebenso an dem Modell des Suchtdreiecks verdeutlicht

[80] Vgl. Niemeyer & Stähler (2000; 27)
[81] Siehe Kapitel eins dieser Arbeit

werden. Danach befindet sich im **ersten Sektor (Individuum)** die Trias von Selbsthilfegruppen, Fachberatungsstellen und Suchtkliniken. Bestandteil dieses Sektors ist die medizinische Rehabilitation. Die anderen Abhängigkeitskranken sind jedoch nicht unversorgt, sondern befinden sich in Sektor zwei und drei.

Im **Sektor zwei (Umwelt)** spielen soziale Faktoren als Folge der Abhängigkeitserkrankungen bei der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen, eine wesentliche Rolle, z. B. die Betriebliche Suchtkrankenhilfe, die regional sehr gut ausgebaut ist, die Hilfe für Obdachlose und Straffällige, die Hilfe durch Sozialpsychiatrische Dienste, Gesundheitsämter, sowie Allgemeine-, Soziale- und Krisendienste.

Im **Sektor drei (Droge)** setzt die Behandlung vor allem an den körperlichen Folgen an. Zwischen den Sektoren zwei und drei, relativ nahe am Sektor eins, lassen sich die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen mit ihrem spezifischen Angebot ansiedeln. Wie viele Alkoholabhängige in den sozialen Diensten des Sektors zwei betreut werden, ist unbekannt. Etwa fünfzehn Prozent aller in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen behandelten Personen sind alkoholabhängig. In den Praxen der niedergelassenen Ärzte sind es etwa zehn Prozent, in den Allgemeinkrankenhäusern fast siebzehn Prozent, der dort versorgten Patienten(innen). Demgegenüber sind die im Sektor eins befindlichen Alkoholkranken von sehr geringer Anzahl. Diejenigen, die über die Kranken- und Rentenversicherung in stationäre (und ambulante) medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gelangen, dürften kaum mehr als zwei Prozent der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken in Deutschland ausmachen. Die medizinische Rehabilitation erfolgt mittels psychoanalytischer, tiefenpsychologisch fundierter, verhaltenstherapeutischer oder anderer Suchtkonzepte[82]. Diese Rehabilitation Abhängigkeitskranker umfasst mehr als nur psychotherapeutische Behandlung. In der Rehabilitation ist eine interdisziplinäre, gleichberechtigte Zusammenarbeit von Ärzten(innen), Diplom-Psychologen(innen) und Diplom-Sozialpädagogen(innen) bzw. Diplom–Sozialarbeiter(innen) unerlässlich. Alle diese Berufsgruppen tragen mit ihrem Wissen und ihren Fähigkeiten zum Erfolg der Rehabilitation bei. Die medizinische Rehabilitation (sog. Entwöhnung) wird in der Regel durch den Rentenversicherungsträger getragen. Bei der medizinischen Rehabilitation steht die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit (Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) im Vordergrund. Hierbei werden

[82] Siehe Kap. 2 dieser Arbeit

besonders die Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen hervorgehoben. Die medizinische Rehabilitation geht über das bloße Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus und erfordert ein interdisziplinäres Vorgehen. Wobei dem Gesetz nach die Leitung dem Arzt obliegt. (Vgl. „Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V“). Die Zugangsschwelle zur medizinischen Rehabilitation ist hoch und ist daher nur wenigen Alkoholkranken zugänglich. Die überwiegende Anzahl von Rehabilitationsmaßnahmen wird stationär durchgeführt. Eine Stufung der Maßnahmen im Sinne der Vorschriften des SGB V und insbesondere das Prinzip „ambulant vor stationär“, gibt es im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht. Nur wenig Beratungsstellen halten das Angebot einer ambulanten Rehabilitation vor. Im Bereich teilstationärer Einrichtungen, wie z. B. Tageskliniken, klaffen im Versorgungssystem große Lücken. Wienberg (1992) behauptet und dem wird in Fachkreisen deutlich widersprochen, dass trotz der Selektion beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation, langfristig nur weniger als die Hälfte der behandelten Alkoholabhängigen nach einer solchen Maßnahme abstinent bleiben. Schwoon u. Krausz (1990) sprechen bei der Gruppe Alkoholabhängiger von den „ungeliebten Kindern der Psychiatrie“. Körkel (1997) formulierte ein modifiziertes suchtmittelbezogenes Zielspektrum für die Suchthilfe:

1. Sicherung des Überlebens
2. Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
3. Reduzierung von Einnahmehäufigkeit –und mengen
4. Rückgriff auf wenig gefährliche Suchtmittel und Konsumformen
5. Verlängerung der suchtmittelfreien Perioden
6. dauerhafte Abstinenz

Eine erfolgreiche sozialtherapeutische Suchttherapie sollte diese Aspekte aufgreifen und in Handlungskonzepte umsetzen. Im Weiteren stelle ich einen erfolgreichen sozialtherapeutischen Ansatz vor.

5.3 Forschungsdesign

5.3.1 Auswahl einer Einrichtung

In der Bundesrepublik Deutschland stehen ca. 14.000 Betten (vgl. Jahrbuch Sucht) in Fachkliniken für Suchtmittelabhängige zur Verfügung. Der größte Teil dieser Kliniken ist in privater Trägerschaft. Zur Gründerzeit der Fachkliniken (damals sprach man noch von Trinkerheilstätten) waren sämtliche Entwöhnungseinrichtungen in kirchlicher Trägerschaft. Zur Historie der Fachkliniken verweise ich auf DHS (1997).[83] Für meine Auswahl waren folgende Kriterien entscheidend:

1. Es sollte sich um eine Klinik handeln, die in Konzeption und Beschreibung ein sozialtherapeutischen Vorgehen benennt.
2. Der sozialtherapeutische Ansatz sollte sich in Veröffentlichungen sowie durchgeführten Tagungen wieder finden.
3. Die Klinik sollte in diesem therapeutischen Tätigkeitsfeld über einen längeren Erfahrungszeitraum verfügen.

Sichtet man die entsprechenden Handbücher und Konzeptionen, stellt man fest, dass es kaum therapeutische Fachkliniken gibt, die diese oben genannten Bedingungen erfüllen. Zwar bestehen zahlreiche sozial- und soziotherapeutische Einrichtungen, die aber allesamt als Behinderteneinrichtungen gem. §§ 39, 40 oder § 68 BSHG anerkannt sind. Rehabilitationseinrichtungen für Suchtmittelabhängige, mit explizit sozialtherapeutischem Ansatz, lassen sich kaum finden.

Die Fachklinik „Auf der Egge“ ist die Einzige dieser Art (vgl. Steinhauer) und kann eine mehr als zehnjährige Erfahrung in diesem therapeutischen Feld aufweisen. Klinikleitung und Mitarbeiterteam erklärten sich sofort zur Unterstützung meiner Forschung bereit und stellten mir die erforderlichen Unterlagen[84] zur Verfügung. Im Weiteren folgt die Beschreibung der Einrichtung auf der Grundlage eigener Erhebungen, der Analyse von Konzeptionen und Aufzeichnungen, sowie zahlreicher Gespräche mit Mitarbeitern(innen) der Klinik.

[83] In dem Band „Suchtkrankenhilfe in Deutschland“ wird die Geschichte der Fachkliniken anschaulich dargestellt.
[84] Konzeptionen, Reader sowie Katamneseuntersuchungen

5.3.1.1 Die Fachklinik „Auf der Egge“

wurde 1982 als Psychosomatische Klinik für Abhängigkeitserkrankungen in Arnsberg-Oeventrop mit 118 Therapieplätzen eröffnet. Sie liegt in einem Naherholungsgebiet am Rande des Sauerlandes mit guter Verkehrsanbindung per Bahn und Autobahn zur Rhein-Ruhr-Schiene. Die Klinik dient mit ihren aktuell 92 Therapieplätzen (Stand: 2002) der medizinischen Rehabilitation von alkohol- und medikamentenabhängigen Frauen und Männern. Aktuell werden auch pathologische Glücksspieler(innen) zur Behandlung aufgenommen. Die Regeltherapiedauer beträgt bis zu sechzehn Wochen, daneben werden Ergänzungsbehandlungen von bis zu acht Wochen angeboten.

Eine Differenzierung und Erweiterung des tiefenpsychologisch orientierten Behandlungsansatzes der Fachklinik „Auf der Egge“ erfolgte 1992 mit der Einführung der **psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung**. Hierdurch wurde das vorhandene Therapieangebot um ein bedarfsgerechtes Angebot für multimorbide Patienten ergänzt und damit die Voraussetzungen der psychotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung, für diesen Personenkreis deutlich verbessert.[85]

Das Besondere der psychosozial orientierten Behandlung möchte ich anhand von drei analysierten Bereichen darstellen:

1. Das Therapiekonzept/Behandlungsprogramm
2. Das Therapeutenteam
3. Die Patientengruppe

5.3.1.2 Das Therapiekonzept/Behandlungsprogramm

Von den anfänglich 118 Therapieplätzen wurden 26 Plätze für die neu eingerichtete psychosozial orientierte Behandlung bereitgestellt; was einem Anteil von 22% entspricht. Im Jahr 2002 hatte die Klinik insgesamt 92 Therapieplätze wovon 48 für die psychosozial orientierte Behandlung zur Verfügung standen. Heute stehen demnach 52% der Behandlungsplätze für diese besondere Form der therapeutischen Behandlung

[85] Näheres siehe Konzeption der Fachklinik „Auf der Egge“ (Steinhauer 1998)

bereit. Die Reduzierung der Bettenzahl hatte laut Auskunft der Klinikleitung wirtschaftliche Gründe, wobei der psychosozial-orientierte Bereich erweitert werden konnte. Jeweils zwölf Patienten(innen) bilden eine Gruppe; zurzeit bestehen sieben Gruppen. Im Bereich psychosozial orientierter Behandlung sind es vier Gruppen und für die psychotherapeutische Behandlung drei Gruppen. Steinhauer (1998) beschreibt die Ziele einer psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung als *„Lösung aktueller Konflikte“,* sowie *„Strukturierung des Alltagsgeschehens“.* Aufgabe des Therapeuten im Behandlungsprozess ist nicht das Deuten pathogener Konflikte. *„Der Therapeut beschränkt sich auf antwortende Interventionen, die spezifisch auf aktuelle Inszenierungen ausgerichtet sind.“* (Steinhauer 1998; 21). Neben der therapeutischen Arbeit bietet die Fachklinik Arbeitstherapie und Kreativgruppen, als eine Möglichkeit des Lernens am konkreten und überprüfbaren Verhalten. Der Vergleich der Wochenpläne beider Behandlungskonzepte lässt einige entscheidende Unterschiede erkennen (vgl. Tab. 29). Die Gruppentherapien erfolgen ausschließlich in den jeweiligen festen Gruppen, darüber hinaus finden alle therapeutischen Anwendungen für die Patienten gemeinsam statt. Patienten aller Gruppen werden, je nach Indikation, auf die in der Klinik bereitstehenden Therapieangebote verteilt. Die folgenden Übersichten verdeutlichen den Unterschied zwischen den beiden Behandlungskonzepten.

Tab. 29: Gegenüberstellung der Wochenpläne

Art der Maßnahmen	**Psychotherapeutische Entwöhnungsbehandlung**	**Psychosozial orientierte Entwöhnungsbehandlung**
Gruppentherapie	4 Einheiten à 1 h 30’	3 Einheiten à 1 h 15’
Einzeltherapie	1 Einheit	1 Einheit
Arbeitstherapie	Keine	4 Einheiten insg. 5 h 30’ zusätzlich 3 Einheiten möglich (alternativ zu den Indikativen Gruppen)
Bewegungstherapie	2 Einheiten à 1 h 30’	1 Einheit, 1 h 30’
Gestaltungstherapie	Keine	1 Einheit, 1 h 30 Min.
Kreativtherapie	1 Einheit, 1 h 30’	Keine
Themenzentrierte Gruppenarbeit	1 Einheit, 1 h 30’	1 Einheit, 1 h 30’

Die weiteren therapeutischen Angebote wie: Frühgymnastik, Rechtschreibtraining, Computerkurs, sowie Gehirnjogging, stehen allen Patienten(innen) offen. Nach Aussage der Mitarbeiter(innen) werden Gehirnjogging, sowie Rechtschreibtraining ausschließlich von den Patienten(innen) der psychosozial orientierten Gruppen wahrgenommen. Auch die zahlreichen indikativen Gruppen (wie z. B. Diätschulung, Raucherentwöhnung, Autogenes Training, Spielsucht, Rückenschulung, Diabetes Schulung...) stehen je nach Indikation allen Patienten(innen) offen. Für die Patient(innen) der psychosozialorientierten Gruppen bestehen darüber hinaus noch folgende Angebote:

Gedächtnistraining

Rechtschreibkurse

Beratungsbüros:

1. Weg in den Beruf
2. Nachsorge

Das Angebot der Beratungsbüros steht konzeptionell allen Patient(innen) offen, wird aber in der Praxis fast ausschließlich von den Patient(innen) der psychosozialorientierten Gruppen wahrgenommen. In den Beratungsbüros wird umfassende Sozialarbeit geleistet. In enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Arbeitsämtern werden berufliche Perspektiven erschlossen und dem Patienten vermittelt. Im Rahmen der Nachsorge werden Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten im Anschluss an die Rehabilitation eruiert. Je nach Indikation können Adaptionseinrichtungen, sowie Einrichtungen des Betreuten Wohnens in Betracht kommen.

Tab. 30: Beratungsbüro „Der Weg in den Beruf“

BERATUNGSBÜRO „DER WEG IN DEN BERUF“ DAS BERATUNGSBÜRO LEISTET HILFEN BEI DER BERUFLICHEN WIEDEREINGLIEDERUNG.			
Überprüfung des individuellen Leistungsvermögens	Bewerbungstraining	Übungen zum Vorstellungsgespräch (Rollenspiele)	Kontaktaufnahme zum jeweiligen Arbeitsamt

Das Beratungsbüro „Der Weg in den Beruf“ arbeitet eng mit Arbeitsämtern, Berufsförderungswerken und Übungsfirmen zusammen.

Tab. 31: Beratungsbüro „Adaption/Nachsorge“

BERATUNGSBÜRO „ADAPTION/NACHSORGE“			
Vermittlung in eine Einrichtung des Betreuten Wohnens	Vermittlung in eine Einrichtung der Adaption	Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Selbsthilfegruppe	Hilfe bei der Wohnungssuche

In der Konzeption wird von einer Aufnahmephase gesprochen, in der Patienten anhand einer umfassenden Diagnostik[86] einer Behandlungsform zugeordnet werden. Bei Einrichtung des psychosozial-orientierten Behandlungskonzeptes war eine Aufnahmegruppe vorgesehen. In dieser Aufnahmezeit sollte eine umfassende Diagnose erfolgen mit dem Ziel der Zuweisung zu einer Behandlungsform. Dies erwies sich (nach Auskunft des leitenden Klinikarztes) als weniger praktikabel. Die Informationen und der Behandlungsvorschlag der einweisenden Stelle (Beratungsstelle, Klinik, Bewährungshilfe usw.) führen zusammen mit der ärztlichen Eingangs- und Aufnahmeuntersuchung in der Klinik zu der Zuordnung zu einer Behandlungsform. Nach erfolgter Aufnahme findet nur selten ein Wechsel der Behandlungsform statt.

Tab. 32: Differentialindikation[87]

Differentialindikation					
Indikation	**Soziale u. familiäre Situation**	**Ausbildung, Beruf**	**Begleitende Erkrankungen**	**Persönlichkeit**	**Abstraktions-, Symbolisierungs- und Verbalisationsvermögen**
Psychotherapeutische Entwöhnung	Familie, Wohnung u. Arbeit erhalten u. wenig gefährden	Abgeschlossene Schul- u. Berufsausbildung	Keine Funktionseinschränkungen	Relativ reife u. integrierte Persönlichkeit	Gut entwickeltes Sprachverständnis
psychosozial-orientierte Entwöhnung	gefährdete o. fehlende soziale u. familiäre Beziehungen, kritische Wohnungssituation, Arbeitslosigkeit	Geringe o. nicht abgeschlossene Schulbildung, ungelernte oder angelernte Berufstätigkeit	Körperliche, seelische u. hirnorganische Begleiterkrankungen Funktionseinschränkungen	unreife, labile, desintegrierte, dissoziale u. depravierte Persönlichkeitsanteile	Neigung zum Konkretismus und zur Weitschweifigkeit, gestörtes Symbolverständnis

[86] Zum Einsatz kommt hier vor allem die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (vgl. Schneider 2000)
[87] Entnommen der Therapiekonzeption der Fachklinik Auf der Egge, S. 18

Diese diagnostische Leistung der einweisenden Stellen erfordert ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz und Kenntnis der unterschiedlichen Behandlungsansätze der Kliniken. Ein Mitarbeiter der Fachklinik steht den einweisenden Einrichtungen zur Verfügung, um die Kolleg(innen) vor Ort zu beraten und Hilfen zur Differentialindikation anzubieten. Außerdem finden jährliche Fortbildungsveranstaltungen in der Klinik statt. Fachkolleg(innen) können sich so laufend über das therapeutische Vorgehen der Klinik informieren. Wie eingangs beschrieben, ist das Ziel der medizinischen Rehabilitation die Wiederherstellung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben. Die Verbesserung der psychophysischen Gesundheit und die soziale und berufliche Integration dienen diesem Rehabilitationsziel. Als weitere gemeinsame Ziele werden benannt:

Tab. 33: Ziele der medizinischen Rehabilitation

-Förderung der Erlebnis-, Arbeits-, und Genussfähigkeit -Steigerung der Frustrationstoleranz -Entwicklung einer angemessenen Konfliktfähigkeit -Entwicklung von Problemlösungsstrategien -Förderung eines angemessenen Umgangs mit Aggressionen -Förderung einer emotionalen Akzeptanz der Abhängigkeit -Förderung einer vertieften Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz -Entdeckung neuer Wege der Freizeitgestaltung -Steigerung der Selbstverantwortung, unter Berücksichtigung individueller Möglichkeiten und Grenzen

Darüber hinaus lassen sich der Konzeption nach noch weitere spezielle Behandlungsziele unterscheiden.

Tab. 34: Behandlungsziele

	BEHANDLUNGSZIELE			
psychotherapeutische Entwöhnung	Verstehen der Ursachen von Abhängigkeit	Verstehen der zugrunde liegenden psychodynamischen Zusammenhänge und neue Konfliktlösungsmöglichkeiten durch Affektdifferenzierung	Stärkung und Stabilisierung der Ich- und Selbstfunktionen	Veränderungsmöglichkeiten erkennen und ausprobieren
Psychosozial orientierte Entwöhnung	Entwicklung und Steigerung der Fähigkeiten, Alltagssituationen zu bewältigen		Entwicklung der Fähigkeiten zum Aufbau von tragfähigen sozialen Beziehungen	Überprüfung und Steigerung der beruflichen Rehabilitationsfähigkeit

5.3.1.3 Psychosozial orientierte Entwöhnungsbehandlung

Im Vordergrund steht die praktische, konkrete und unmittelbare Erfahrung. Besonderen Stellenwert hat darum die Arbeitstherapie. Als besonderer Arbeitsbereich wurde in der Konzeption die Tierpflege beschrieben. Patienten mit Beziehungsstörungen wird hier eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme geboten, die sie später in Beziehungen zu Menschen umsetzen können. Im Laufe der Jahre hat jedoch der Stellenwert der Tierpflege an Bedeutung verloren. Ziele der psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung[88] sind:

Tab. 35: Ziele der psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung

-Wiederherstellung, Entwicklung und Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit -Entwicklung und Steigerung der Fähigkeiten, Alltagssituationen zu bewältigen -Entwicklung der Fähigkeiten zum Aufbau von tragfähigen sozialen Beziehungen -Entwicklung und Training angemessener Konfliktfähigkeit und Problemlösungsstrategien; dazu gehören Entwicklung und Stärkung der Frustrationstoleranz und Förderung eines angemessenen Umgangs mit Aggressionen -Überprüfung und Steigerung der beruflichen Rehabilitationsfähigkeit -Förderung der Erlebens-, Arbeits- und Genussfähigkeit -Festigung der emotionalen Akzeptanz der Abhängigkeit

Die psychosozial orientierte Behandlung unterscheidet sich in mehreren entscheidenden Punkten von der psychotherapeutischen Behandlung. Die folgende Übersicht macht das konzeptionell Wesentliche dieser Behandlungsform deutlich.

[88] Vgl. Aktuelle Fachinformation der Fachklinik Auf der Egge 2002; 8

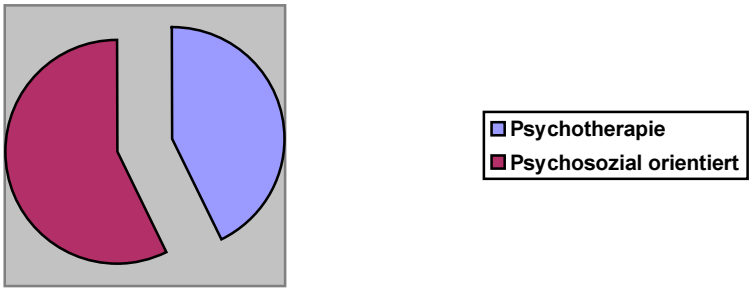
Tab. 36: Kennzeichen der Psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung

PSYCHOSOZIAL ORIENTIERTE ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG	
Therapiemaßnahmen	50% weniger Gruppentherapie Schwergewicht auf Arbeitstherapie (Besonders Tierpflege), Gestaltungstherapie; keine Kreativtherapie
Therapeutisches Vorgehen	Orientierung an der praktischen, konkreten, und unmittelbaren Erfahrung; Alltagsorientiert, Arbeit ohne Symbole/ Metaphern, Lernen an konkreten Erfahrungen
Beratungsbüros	Fast ausschließliche Nutzung der Beratungsbüros
Indikative Angebote	Fast ausschließliche Nutzung der Angebote: Gehirnjogging; Rechtschreibtraining
Ziele	Im Vordergrund steht: Die Erwerbsfähigkeit, die Alltagsbewältigung, der Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen

5.3.1.4 Das Therapeutenteam

Zurzeit (2002) bestehen vier Therapie-Gruppen auf der psychosozial-orientierten Station und zwei Therapie-Gruppen auf der Psychotherapiestation. Die insgesamt sieben therapeutisch tätigen Mitarbeiter(innen) verteilen sich wie folgt:

Darst. 3: Therapeutenverteilung



Hinzu kommt noch das weitere therapeutisch tätige Klinikpersonal (Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten(innen), Sporttherapeuten(innen), sowie das ärztliche und medizinische Personal). Da diese Mitarbeiter/innen aber gruppenübergreifend für alle Patient(innen) zuständig sind, können sie keiner der Stationen zugeordnet werden.

Tab. 37: Psychotherapie-Station

	PSYCHOTHERAPIE		
Therapeuten insg.	3		
Gender	♀ 1	♂ 2	
Berufsabschluss	Psychologie	Sozialarbeit/ Sozialpädagogik	Pädagogik
	2	0	1

Tab. 38: Psychosozial-Orientierte Station

	PSYCHOSOZIAL ORIENTIERT		
Therapeuten insg.	4		
Gender	♀ 4	♂ 0	
Berufsabschluss	Psychologie	Sozialarbeit/ Sozialpädagogik	Pädagogik
	0	2	2

Wie den beiden Übersichten zu entnehmen ist, unterscheidet sich auch das Therapeutenteam. In den psychosozial orientierten Gruppen arbeiten ausschließlich Frauen, wovon keine einen Abschluss in Psychologie hat.

5.3.1.5 Die Patientengruppe

Sozial und familiär gut integrierte, durch Begleit- und Folgeerkrankungen nicht wesentlich beeinträchtigte Patienten, die über ausreichende persönliche Ressourcen verfügen, profitieren vom psychotherapeutischen Entwöhnungstherapieangebot. Dagegen erfahren Patienten, die in ihrer sozialen und familiären Situation durch brüchige und fehlende Beziehungen, durch eine kritische Wohnsituation und Arbeitslosigkeit erheblich gefährdet sind und die durch körperliche, seelische und hirnorganische Begleiterkrankungen erhebliche Funktionseinschränkungen aufweisen, in der psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung Unterstützung und Neuorientierung. In der Fachliteratur hat sich für einen Teil dieser Patientengruppe der Terminus „chronisch mehrfachbeeinträchtigte

Alkoholabhängige (CMA)“ durchgesetzt. Böttger u. a. (1999; 6) definiert CMA wie folgt:

> *„Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (incl. Comorbidität) sowie zu überdurchschnittlicher bzw. fortschreitender sozialer Desintegration geführt hat, bzw. führt, so dass er seine Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen kann und ihm auch nicht genügend familiäre oder andere personale Hilfe zur Verfügung steht, wodurch er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist.“*

In einer groß angelegten Studie (1618 Klienten) untersuchte Schlanstedt (2001) den Personenkreis der CMA und operationalisierte vier Gruppen:

1. Eine Gruppe von Nicht-CMA-Patienten, mit unterdurchschnittlichen Beeinträchtigungen (12,1%)
2. Eine Gruppe mit vielen sozialen Problemen aber noch relativ geringer gesundheitlicher Belastungen (54,8%)
3. Eine Gruppe jüngerer, sozial desintegrierter Patienten, die über ausgeprägte Behandlungsvorerfahrungen verfügen und justiziell hoch belastet sind (24,5%)
4. Eine Gruppe mit einer Vielzahl somatischer Erkrankungen und psychischen Störungen, sowie sozialen Problemlagen (24,5%). In einer Studie verglich Fleischmann (2001) eine Gruppe CMA-Patienten mit einer Gruppe Alkoholabhängiger einer Entwöhnungstherapie (EW-Patienten) und kommt zu folgender Beschreibung:

> *„CMA-Patienten unterscheiden sich von EW-Patienten durch folgende klinische Merkmale: höheres Lebensalter, männliches Geschlecht, allein stehend, schlechtere (Aus-)Bildung, hoher Grad an Behandlungserfahrung, vorbestehende (Minderbegabung, Bildungsmängel, Sonderschulbesuch) und/oder erworbene Funktionsbeeinträchtigung des Gehirns (organisches Psychosyndrom, Korsakow-Syndrom), soziale Folgeschäden (wie z. B. Frühberentung, Wohnsituation, soziale Isolation), Behandlung gegen den eigenen Willen, unrealistische Selbsteinschätzung (Rückfälle während der Behandlung, vorzeitiger Abbruch der Behandlung, große subjektive Zufriedenheit mit einem objektiv ungünstigen Befinden, hoher Grad an Verleugnung).“* (S. 321*)*

Anhand der Daten kommt Schlanstedt (2001) zu einer Beschreibung der Gruppe chronisch mehrfach beeinträchtigter Patienten. Er beschreibt folgende drei Bereiche:

1. Soziale Situationen
2. Inanspruchnahme von Hilfen (hier meint er die Zahl ambulanter bzw. stationärer Vorbehandlungen)
3. Gesundheitliche Probleme und Konsumverhalten

Folgerichtig benötigen CMA-Patienten eine differenzierte und spezialisierte Behandlung. Nicht zuletzt bemisst sich die Qualität einer Suchtbehandlung vor allem daran, inwieweit sie in der Lage ist, den Patienten in der individuellen Ausformung seiner Problemsituation zu erfassen und für eine Mitarbeit zu gewinnen. Die Arbeit mit CMA-Patienten wird in der Literatur, sowie in Therapiekonzepten, oft als „Sozialtherapie bzw. Soziotherapie“ beschrieben; wohl auch in Abgrenzung zur Psychotherapie, die anscheinend etwas für gesündere Patienten(innen) ist.[89] Im Weiteren möchte ich untersuchen, wie Sozialtherapie in der Fachklinik „Auf der Egge“ verstanden und praktiziert wird. In einem ersten Schritt werde ich die Behandlungskonzeptionen der psychosozial orientierten Station und der psychotherapeutischen Station vergleichen. In einem weiteren Schritt habe ich die Patienten(innen) der psychosozial orientierten Station anhand teilsturkturierter Interviews untersucht. Um die Sichtweisen der Patienten(innen) zu erfassen, wurden von mir 19 Patienten(innen) in Einzelinterviews befragt. Die Auswahl der Befragten erfolgte durch die Fachklinik. Ziel dieser Befragung war nicht eine Verifizierung der Diagnosen, sondern die Erforschung der subjektiven Einschätzungen. Die Meta-Frage der Interviews lautete:

Was denken Leistungsabnehmer(innen), was sie an Therapie benötigen? Ist die psychosozial orientierte Behandlung aus der Sicht der Leistungsabnehmer(innen) die „richtige“ Form der Therapie?

[89]Freyberger (S. 387) spricht in diesem Zusammenhang von „Sozialtherapie als Management der Defizite.“

6 Was meinen die Leistungsabnehmer dazu?

6.1 Forschungsinteresse

Die Leistungsabnehmer(innen) (Patienten, Klienten, Probanden) sind Adressaten einer Sozialen Therapie. Von Interesse ist, wie sie die psychosozial-orientierte Behandlung in einer Fachklinik erleben. Was wird von ihnen als hilfreich und was als hinderlich beschrieben. Aus der Sicht der Leistungsabnehmer könnte sich so ein Modell hilfreicher Sozialer Therapie konzipieren.

6.2 Forschungsdesign

Ziel der Befragung war es, die Einstellungen der Patient(inn)en zur sozialtherapeutischen Entwöhnungsbehandlung zu eruieren und erlebte (bzw. erfahrene) Unterschiede zu anderen Formen psychotherapeutischer Behandlung herauszuarbeiten.

Um einen Zugang zu den ganz persönlichen Erfahrungen und Einstellungen der Patient(inn)en zu erhalten, wählte ich ein methodisches Vorgehen, welches den Befragten eine eigene Strukturierung ermöglicht. Ein quantitatives Vorgehen mit geschlossenen Fragebögen kam daher nicht infrage. Zumal für manche Patienten das Ausfüllen eines Fragebogens eine unüberbrückbare Hürde darstellt. Narrative Interviews kamen für die Fragestellung nicht in Betracht. Das Instrument des Narrativen Interviews, mit der Möglichkeit des freien Erzählens, wäre dem Forschungsvorhaben nicht gerecht geworden.

Die Erhebung demographischer Daten zu Beginn der Interviews, sowie die Frage nach der Suchtgeschichte verhalf den Patienten(innen), einen guten Einstieg in das Gespräch zu finden. Die Interviewpartner(innen) konnten sich so auf die Gesprächssituation einzustellen.

Als Forschungsmethode habe ich mich – wie auch bei den Experteninterviews - für das ***„Problemzentrierte Interview“*** (offen-teilstrukturierte Interview) nach Mayring (2002), in Anlehnung an das **situationsflexible Interview** nach (Hoffmann-Riem 1984), bei

dem standardisierte Fragen als Erzählanstöße dienen, entschieden; wobei die Fragen mehr waren, als eine bloße Strukturierung des Erzählens. Dieses Vorgehen bot den Befragten einen großen Spielraum für den Umgang mit den Fragen (vgl. Flick 1995; Lamnek 1993; Witzel 1982). Bei dieser Form des Interviews kann der Befragte möglichst frei zu Wort kommen. Das Interview kommt somit einem offenen Gespräch sehr nahe. Im Unterschied zum narrativen Interview ist das *„Problemzentrierte Interview"* auf ein Thema zentriert, auf das der Interviewer immer wieder zurückkommt. Nach Mayring ist diese Interviewform gekennzeichnet durch:

1. Offenheit, die eine Vertrauensbasis voraussetzt
2. Sondierungsfragen (Einstiegsfragen in die betreffende Thematik)
3. Leitfadenfragen

Von besonderer Bedeutung sind m. E. die:

4. Ad-hoc-Fragen, die sich aus dem Verlauf des Interviews ergeben und vorher nicht festgelegt wurden.

Mayring empfiehlt diese Form des Interviews, wenn der Forscher die Problemstellung bereits vorher analysiert hat und noch bestimmte Aspekte des Themas herausgearbeitet werden sollen. Bei der Analyse der Interviews orientiere ich mich an Lamnek (1993). Jede Analyse beginnt mit einer Kurzfassung des entsprechenden Interviews. Mit Hilfe einer Themenmatrix werden anschließend entscheidende Themen herausgearbeitet.

Der Leitfaden dient u. a. *„…um zu einer kontrollierten und vergleichbaren Herangehensweise an den Forschungsgegenstand zu kommen."* (Witzel 1989; 236); wobei nach Witzel ein Leitfaden die bloße Funktion einer „*Gedächtnisstütze*" für den Forscher hat. Außerdem stellt der Leitfaden eine Absicherung dar, hinreichend Material zu den Themengebieten zu erhalten. Neben dieser, das Interview strukturierenden Funktion, kann und soll bei dem so gewählten Vorgehen der Leitfaden später die Funktion eines *„Auswertungsplans"* (vgl. Bock 1992) übernehmen. Als Einstieg wurde in jedem Interview dieselbe Frage gestellt. Vorgesehen war ein Zeitumfang von bis zu dreißig Minuten; alle Interviews blieben in dem gesetzten Zeitrahmen. Von den interviewten Personen wurden einige zentrale demografische Daten (Gender, Alter) festgehalten. Insgesamt wurden zehn Fragen formuliert, wobei die Fragen 1-5 – als demographische Fragen – nicht zuletzt dem Einstieg in das Interview dienten. Danach folgten Fragen zu der aktuellen Therapiezeit und den Therapievorerfahrungen. Für die vorliegende Arbeit war Repräsentativität nicht angestrebt. Was aber nicht zwangsläufig bedeutet, dass die Relevanz

der Ergebnisse für andere als die unmittelbar untersuchten Personen, zu negieren ist. Jeder Ausschnitt aus dem Ganzen verrät auch etwas über das Ganze. Leider differenziert die Fachklinik bei ihren Katamneseuntersuchungen nicht nach Behandlungsform. Von der ersten Patientengruppe (Entlassungszeitraum Januar 1993 – Februar 1994) liegen aber Daten vor, die mir zur Verfügung gestellt wurden. In der Auswertung werde ich hierauf Bezug nehmen.

6.3 Auswahl der Untersuchungsgruppe

Für die Auswahl der Interviewpartner(innen) waren folgende Überlegungen maßgeblich:

1. Es sollten möglichst viele Patienten und Patientinnen der psychosozial orientierten Station interviewt werden.
2. Den Teilnehmern(innen) wurde zwar der Grund, nicht aber das Thema der Befragung vorher mitgeteilt.
3. Um eine Zufallsauswahl zu treffen, wurden alle Patienten(innen) durch die Klinikmitarbeiter(innen) nach ihrer Bereitschaft, sich einem Interview zu stellen, befragt. Alle die hierzu bereit waren, wurden dann interviewt. Von den insg. 48 Patienten konnten daraufhin 19 interviewt werden. Das entspricht fast 40% der Patientengruppe.

6.4 Durchführung

Die Interviews wurden in der Fachklinik „Auf der Egge“ im Frühjahr 2000 durchgeführt, auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert.[90] Um Beeinflussungen und Störungen auszuschließen, fanden alle Interviews in Abwesenheit Dritter statt.

Die Interviewpartner(innen) wurden über die Verwendung des Materials in Kenntnis gesetzt und über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen informiert. So wurde allen Interviewpartnern(innen) die Nichtweitergabe ihrer Antworten an die Klinik bzw. die Therapeuten zugesichert. Alle Patienten(innen) wurden über den Gegenstand der Studie, die Untersuchung und den Ablauf der Befragung aufgeklärt. Alle Teilnehmer(innen)

[90] Die Kurzprotokolle der Interviews sind im Anhang dieser Arbeit

gaben ihr Einverständnis für die Durchführung und Aufzeichnung der Interviews. Alle Daten wurden anonymisiert.

6.5 Interviewfragen

Die Tabelle 35 listet den Interviewleitfaden, sowie das jeweilige Forschungsinteresse auf.

Tab. 39: Interviewfragen

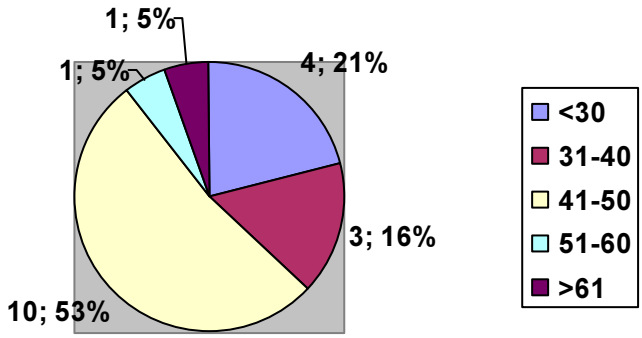
Nr.	Frage		Forschungsinteresse
1	Wie alt sind Sie?		Biographische Daten Beschreibung der Patienten
2	Gender		Biographische Daten Beschreibung der Patienten
3	Wie lange sind sie schon hier zur Therapie		Konnte sich der Patient schon mit der Behandlung vertraut machen?
4	Was haben sie vorher für Therapien gemacht		Kann der Patient auf Vorerfahrungen zurückgreifen?
5	Bitte schildern sie einmal kurz Ihren Suchtwerdegang		Eine Hilfe um ins Interviewgespräch zu kommen
6	Wieso sind sie hier in dieser Einrichtung?		Wer traf die Auswahl?
7	Im Vergleich zu den Häusern die sie kennen, ist die Behandlung hier in diesem Haus anders? Erleben sie Unterschiede? Läuft hier die Gruppen- und Einzeltherapie anders)? Bestehen hier noch andere Angebote?		Was zeichnet eine sozialtherapeutische Behandlung aus?
8	Was erleben sie hier als hilfreich? (Haben sie das Gefühl bzw. den Eindruck, dass Sie hier entsprechend gefordert werden?)		**Angemessene Forderung** Zu einer erfolgreichen Behandlung gehört die angemessene Forderung/ und Förderung der Patienten(innen) Wie wird dieses von den Patienten(innen) erlebt?
9	Was erleben sie hier als hinderlich?		Darin könnte sich auch das Erleben einer Überforderung äußern
10	Hier im Hause gibt es zwei Abteilungen – die psychotherapeutische und die psychosoziale Behandlung. Erleben sie praktische Unterschiede? (Wie sehen diese Unterschiede aus?)		**Hypothese:** Erleben bzw. erfahren die Patienten(innen) eine soziale Abwertung Die Patienten(innen) der Psychotherapie sind „etwas Besseres“?

Fragen 1-4 sind direkte Fragen zur Person, sowie zur aktuellen Behandlungszeit und den Therapievorerfahrungen. Um den Umfang der Interviews gering zu halten, wurden nur wenige demografische Daten erfragt. Eine weitere Ausdifferenzierung, sowie eine Zuordnung der Antworten zu Altersgruppen und Geschlecht, sind im Kontext meiner Fragestellung nicht sinnvoll. Die Frage 5 diente dem Einstieg in das Gespräch. Dieser Teil des Interviews wurde von allen Patient(innen) am Ausführlichsten beantwortet. Für den Verlauf der Interviews war diese Frage sehr wichtig. Für eine Auswertung im Rahmen dieser Arbeit ist sie unerheblich. Die Frage 10 bezog sich auf den gewussten bzw. erlebten Unterschied zwischen den beiden Abteilungen (Psychotherapie- vs. Psychosozial-Orientierte –Station).

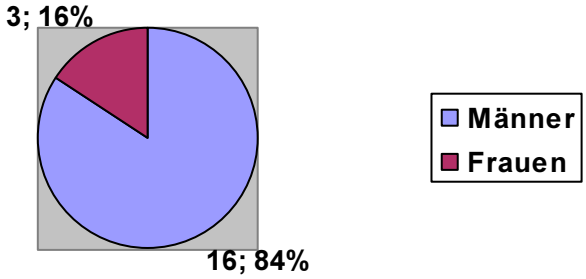
6.6 Auswertung

Mit Hilfe der folgenden Schaubilder werden die Gesprächspartner vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Auswertung der Interviews. Entsprechend der Vorgehensweise einer qualitativen Forschung, wie sie u. a. von Lamnek (1993), Mayring (2002) und Flick (1995) beschrieben ist, wurden anhand der Gesprächsaufzeichnungen Ergebnisprotokolle gefertigt. In einem weiteren Schritt wurden die Aussagen kategorisiert, operationalisiert und zur besseren Übersichtlichkeit in Tabellen zusammengefasst. Die folgenden fünf Abbildungen stellen die Interviewpartner vor:

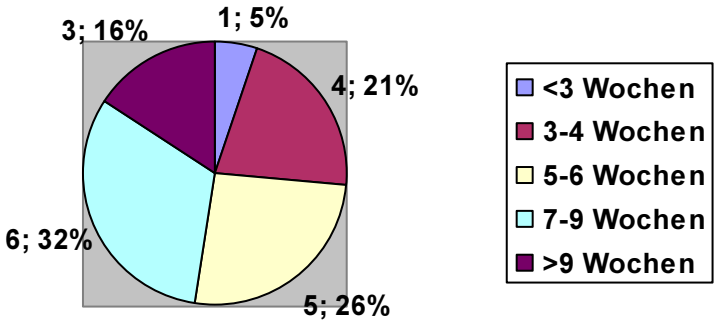
Darst. 4: Alter



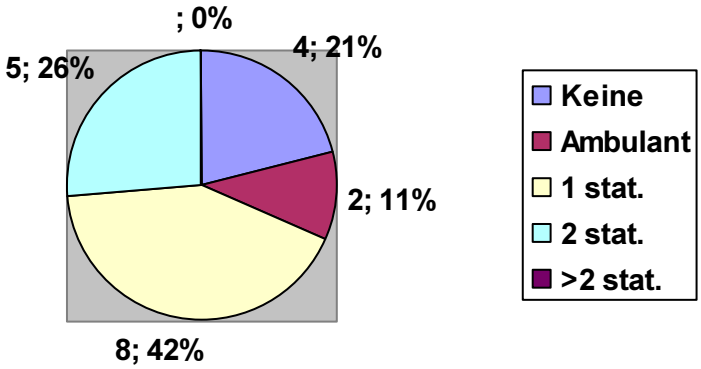
Darst. 5: Gender



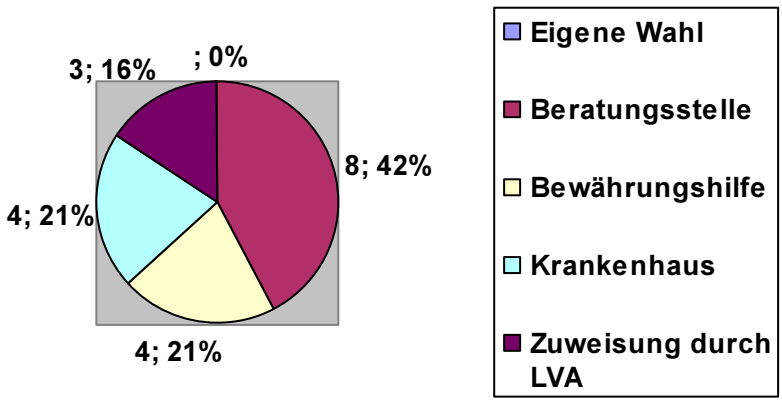
Darst. 6: Aktuelle Behandlungswoche



Darst. 7: Therapievorerfahrung



Darst. 8: Wahl der Einrichtung



Wie den Darstellungen 4 bis 8 zu entnehmen ist, handelt es sich um eine Patientengruppe, die im Altersdurchschnitt für eine Suchthilfeeinrichtung typisch ist. Bei der Verteilung der Geschlechter scheint der Frauenanteil – im Vergleich zu anderen Suchthilfeeinrichtungen - eher etwas unterrepräsentiert. Dieser Trend ist seit Bestehen der psychosozial-orientierten Behandlungsform festzustellen. Im ersten Behandlungsjahr (1992/93) betrug der Frauenanteil gerade mal 13%. (Vgl. Katamneseauswertung der Fachklinik Auf der Egge) Auffallend ist hier schon der hohe Anteil an Patientinnen und Patienten mit Therapievorerfahrung (68% der Befragten haben schon mindestens eine Behandlung vorher absolviert). Auch dies bestätigt die erste Katamneseauswertung. Dort hatten 73% der Patienten Therapievorerfahrungen. Nimmt man die ambulanten Vorbehandlungen mit hinzu (hier handelte es sich um ambulante Rehabilitation und nicht bloß um Beratung), hat weniger als ein viertel der Befragten keine Vorbehandlung absolviert. Der hohe Anteil an Vermittlungen durch die Bewährungshilfe (21%) lässt auf mannigfaltige soziale und justizielle Probleme schließen. Nach Rauchfleisch (1996) sind besonders bei Suchtkranken diese Probleme häufig anzutreffen. Die Art der Vermittlung wird bei den Katamneseerhebungen nicht festgehalten. Jedoch kamen bei der ersten Patientengruppe 20% aus einer Haftanstalt oder standen unter Bewährung. Da, wie oben beschrieben, nicht die diagnostische Untersuchung der Patienten im Mittelpunkt stand, wurden auch keine weiteren psychologischen Testverfahren oder medizinische Diagnosen herangezogen. Interessant scheint mir aber ein Blick auf die erste Patientengruppe in dieser Behandlungsform. Waren doch die Erfahrungen mit dieser Patientengruppe mit entscheidend für die Konzipierung einer psychosozial-orientierten Behandlungsform.

Tab. 40: Erste Patientengruppe 1992

Kategorien		**Prozent** (gerundet)	**N = 98**
Gender	♂ ♀	87 13	85 13
Familienstand	Ledig Verheiratet Getrennt lebend Geschieden Verwitwet	47 15 4 27 7	45 15 4 27 7
Schulabschluss	Sonderschule Hauptschule Realschule Gymnasium Kein Abschluss	 84 16	- 82 - - 16
Berufsausbildung	Mit Ausbildung Ohne Ausbildung	60 40	59 39
Erwerbstätigkeit	In Arbeit Arbeitslos In Ausbildung In Rente Hausarbeit	17,4 70,4 1 8,2 3	17 69 1 8 3
Wohnsituation	Eigene Wohnung Bei der Mutter Ohne festen Wohnsitz	64,3 15,3 20,4	63 15 20
Haftstrafen	In Haft gewesen Bewährung	16 4	16 4
Medizinisch-psychiatrische Auffälligkeiten	Krampfanfall Delir Suizidversuche Psychiatrische Behandlung Hirnorganisches Psychosyndrom	22,5 7,2 29,6 10,2 14,3	22 7 29 10 14
Therapievorerfahrung	Eine Therapie Mehrere Therapien	33,7 39,8	33 39

(Vgl. Fachklinik „Auf der Egge“; Katamneseerhebung)

Die erste Patientengruppe entspricht somit der von Schlanstedt (2001)[91] beschriebenen Gruppe. Zu der von mir untersuchten Patientengruppe bestehen signifikante Übereinstimmungen.

Auffallend ist in der ersten Patientengruppe die durchweg schlechte Schulbildung, (kein Patient hat einen höheren Abschluss als Hauptschule), sowie die hohe Zahl der Erwerbslosen (70,4%). Ohne eigene Wohnung sind 36%, davon sind 20,4% ohne festen Wohnsitz. Auch die hohe Zahl der Patienten(innen) mit Therapievorerfahrung findet sich bei der ersten Patientengruppe (73%), sowie bei den von mir untersuchten Patien-

[91] Siehe Kapitel 5 dieser Arbeit

ten (79%) wieder. Die hohe Zahl der Patienten(innen) mit medizinisch-psychiatrischen Auffälligkeiten entspricht auch der Gruppe, die Fleischmann (2001) als CMA-Personen beschreibt[92]. Somit entspricht die Patientengruppe im Wesentlichen der, in der Konzeption beschriebenen Gruppe (siehe Tabelle 30). Im Weiteren fasse ich die Ergebnisse der Patientenbefragung in Tabellen zusammen. Bei den Antworten wurde unterschieden zwischen übereinstimmenden und ergänzenden Aussagen. Aussagen, die nur von einem Interviewpartner(in) geäußert wurden, finden sich in der Rubrik „Ergänzende Aussagen".

6.6.1 Vergleich mit anderen Einrichtungen (Frage 7)

Bei dieser Frage sollten die Interviewpartner(innen) die Fachklinik „Auf der Egge" mit anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe vergleichen. Die Frage war bewusst offen gestellt, um nicht auf einen bestimmten Bereich zu fokussieren.

Tab. 41: Frage 7/Kategorien und Forschungsinteresse

Kategorien	Typische Aussagen	Forschungsinteresse
Kein Vergleich möglich	Bisher noch keine Behandlung	Für eine große Gruppe (21%) ist dies die Erstbehandlung
Emotional	Hier fühle ich mich wohler	Erleben sich die Patienten wertgeschätzt?
Berufsfindung	Bezogen auf Arbeitswelt und Jobsuche	Viele Patienten sind arbeitslos oder von Arbeitslosigkeit bedroht. Werden diese Themen angemessen in das Therapieprogramm integriert
Kognitiv	Geistiges Leistungsvermögen	Erlebt der Patient eine Über-/Unterforderung
Sport	Aktivitäten	Aktive Freizeitgestaltung
Schuldenregulierung	Überschuldung Hilfebedarf	Viele Klienten kommen aus desolaten sozialen Verhältnissen und bedürfen einer Schuldnerberatung
Ergänzende Aussagen oder Aussagen, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können	Aussagen, die sich keiner Kategorie zuordnen lassen	

Die Antworten wurden gem. dem Analyseschema operrationalisiert und in der folgenden Tabelle dargestellt.

[92] Siehe Kapitel 5 dieser Arbeit

Tab. 42: Frage 7/Ergebnisse: Vergleich mit anderen Einrichtungen

(positiv = mehr oder besser /negativ = weniger oder schlechter)

Interviewpartner	**Kriterium Vergleich mit anderen Einrichtungen**	
Interview 1 (S. 19)	Keine Vorerfahrungen	
Interview 2 (S. 20)	Emotional (positiv)	Sport (positiv)
Interview 3 (S.21)	Kognitiv Angemessen	Berufsfindung
Interview 4 (S. 22)	Emotional (positiv)	
Interview 5 (S. 23)	Kognitiv (positiv)	
Interview 6 (S. 24)	Kognitiv angemessen	
Interview 7 (S. 25)	Emotional (positiv)	
Interview 8 (S. 26)	Keine Vorerfahrungen	
Interview 9 (S. 27)	Emotional (positiv)	Berufsfindung
	Kognitiv Angemessen	
Interview 10 (S. 28)	Kein Vergleich möglich	
Interview 11 (S. 29)	Sport (positiv)	Emotional (positiv)
Interview 12 (S. 30)	Sport (positiv)	Berufsfindung
Interview 13 (S. 31)	Emotional (positiv)	
Interview 14 (S. 32)	Kognitiv (positiv)	
Interview 15 (S. 33)	Kein Vergleich möglich	
Interview 16 (S. 34)	Kognitiv Angemessen	Emotional (positiv)
Interview 17 (S. 35)	Sport (positiv)	
Interview 18 (S. 36)	Emotional (positiv)	Berufsfindung
Interview 19 (S. 37)	Kognitiv (angemessen)	

Die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf die Stelle im Anhang.

Im Unterschied zu anderen Fachkliniken fühlen sich 42% Prozent der Patienten in der Klinik „Auf der Egge“ emotional gut aufgehoben. Hierunter fallen Aussagen wie: „*Hier fühle ich mich wohl*“, „*Die Atmosphäre ist hier besser als …*“. Fast genauso hoch ist der Anteil (36%) an Aussagen kognitiver Art. Die Patienten fühlen sich ihrem geistigen Leistungsvermögen adäquat gefordert. Entsprechende Aussagen: „*Hier ist die Therapie leichter*“, „*Hier verstehe ich die Therapeuten*“, „*Die Therapieeinheiten sind hier nicht zu lang und die Themen sprechen mich an*“. Hier findet sich der konzeptionelle Ansatz wieder, dass die Inhalte alltagsorientiert und konkret sein sollen. Dies wird bei den Patienten als wohltuend erlebt. Sie erleben sich nicht als „Randgruppe“ oder „Versager“, wie in vielen anderen Standardtherapien. Die Patienten(innen) betonen die vielen Hilfen bei der Arbeits- und Berufsfindung.

6.6.2 Was erleben die Leistungsabnehmer als besonders hilfreich? (Frage 8)

Bei dieser Frage sollten die Interviewpartner(innen) beschreiben, was sie als besonders hilfreich in der Klinik erleben. Auch diese Frage war bewusst offen gehalten, um nicht auf einen bestimmten Bereich zu fokussieren. Die Antworten wurden wie folgt operrationalisiert:

Tab. 43: Frage 8/Kategorien und Erläuterungen

Kategorien	**Erläuterungen**
Soziale Kompetenz	Antworten, die sich auf das Miteinander, das Aufbauen sozialer Netze, den Kontakt mit/zu anderen Patienten bezogen
Alltagsorientierung	Antworten, die sich auf die Gestaltung des Alltags bezogen (Häuslicher Bereich, Freizeitgestaltung)
Berufsfindung	Antworten, die sich auf die Arbeitswelt, bzw. ganz konkret auf den Wunsch nach einer Erwerbstätigkeit bezogen
Sport	Antworten, die sich direkt auf die sportliche Betätigung, bzw. das Sportangebot der Klinik bezogen
Ergänzende Aussagen	
Schuldenregulierung	Der Patient berichtete über seine positiven Erfahrungen bei der Schuldenregulierung.
Straffälligkeitsprävention	Der Patient berichtete über die Hilfen, nicht mehr straffällig zu werden.
Mit Ängsten umgehen	Der Patient berichtete über massive Ängste und die Hilfen der Klinik.
Gruppengespräche	Der Patient berichtete allgemein über die hilfreichen Gruppengespräche.
Alkoholprävention	Der Patient berichtete über die präventiven Angebote der Klinik, die ihm helfen, nicht mehr alkoholrückfällig zu werden.

Tab. 44: Frage 8/Ergebnisse: Als besonders Hilfreich erlebt

Interview	**Übereinstimmende Aussagen**		**Ergänzende Aussagen**
Interview 1	Soziale Kompetenz	Alltagsorientierung	
Interview 2	Soziale Kompetenz		Alkoholabstinenz
Interview 3	Alltagsorientierung	Soziale Kompetenz	
Interview 4	Sport		
Interview 5	Alltagsorientierung	Soziale Kompetenz	
Interview 6			Gruppengespräche
Interview 7	Alltagsorientierung		
Interview 8	Alltagsorientierung	Berufsfindung	
Interview 9	Sport	Alltagsorientierung	
Interview 10	Soziale Kompetenz		
Interview 11	Alltagsorientierung		
Interview 12	Alltagsorientierung		
Interview 13	Berufsfindung		
Interview 14	Soziale Kompetenz		
Interview 15	Berufsfindung	Alltagsorientierung	Mit Ängsten umgehen
Interview 16	Berufsfindung		Hilfe bei der Schuldenregulierung
Interview 17	Berufsfindung		Prävention Straffälligkeit
Interview 18	Alltagsorientierung		
Interview 19	Soziale Kompetenz	Alltagsorientierung	

Als besonders hilfreich wird von 57% der Patient(inn)en die Alltagsorientierung der Therapie geschildert. Viele Patient(inn)en haben Probleme ihren Alltag zu strukturieren. Erforderlich ist hier eine konkrete, an der Lebenswelt orientierte Therapie (im Sinn von Pantućek 1998). Das in der Konzeption formulierte Vorgehen und deren adäquate Umsetzung, findet hier seinen entsprechenden Widerhall in den Aussagen der Patient(inn)en. Dies ist ganz im Sinne der ehemaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung Nickels, die in ihrem Drogen- und Suchtbericht 1998 schreibt:

> *„Ziel der Suchtkranken- und Drogenhilfe soll es sein, den Suchtkranken und Drogenabhängigen wieder Grundkompetenzen zu vermitteln und ihm Hilfestellung zum Führen eines selbständigen Lebens zu geben.“* (S. 13)

Ein eher abstraktes und symbolhaftes Vorgehen, wie in der psychotherapeutischen Behandlung, würde dem Bedarf und den Möglichkeiten dieser Patientengruppe nicht gerecht werden. Auch Kernberg sieht die Grenzen der klassischen Psychotherapie und fordert, besonders für Klienten(innen) mit einer „*antisozialen Persönlichkeitsstörung*“,

neue Formen der Behandlung (zit. n. Rauchfleisch 1996; 39). Rauchfleisch spricht in diesem Zusammenhang von einem notwendigen Paradigmenwechsel. Ihm folgend, bedürfen Klienten mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen, eine Behandlung im Sinne der Salutogenese (Rauchfleisch 2001; 21).

Sieben Patient(inn)en (36%) beschreiben die Förderung ihrer sozialen Kompetenz als besonders hilfreich. Wenn man betrachtet, dass der größte Teil der Patient(inn)en Probleme im sozialen Umfeld aufweisen (siehe Tabelle: „Erste Patientengruppe“), ist es nachvollziehbar, dass therapeutische Interventionen in diesem Bereich dankbar aufgenommen werden.

6.6.3 Was erleben die Leistungsabnehmer als besonders hinderlich (Frage 9)

Bei dieser Frage sollten die Interviewpartner(innen) beschreiben, was sie als besonders hinderlich in der Klinik erleben. Auch diese Frage war bewusst offen gehalten, um nicht auf einen bestimmten Bereich zu fokussieren. Die Antworten wurden zusammengefasst:

Tab. 45: Frage 9/Kategorien und Erläuterungen

Kategorien	**Erläuterungen**
Freizeit	Im Unterschied zu Therapiezeiten
Nichts	Es wurde von den Patienten nichts als hinderlich erlebt

Tab. 46: Frage 9/Ergebnisse: Als besonders Hinderlich erlebt

(+ = mehr oder besser / - = weniger oder schlechter)

Interview	Übereinstimmende	Ergänzende Aussagen
Interview 1	Freizeit (-)	
Interview 2		Kreativtherapie mach keinen Spaß
Interview 3	Nichts	
Interview 4	Nichts	
Interview 5	Nichts	
Interview 6	Rauchverbote	
Interview 7	Rauchverbote	
Interview 8	Nichts	
Interview 9	Nichts	
Interview 10	Rauchverbote	
Interview 11	Rauchverbote	
Interview 12		Das viele Putzen
Interview 13	Nichts	
Interview 14	Freizeit (-)	
Interview 15	Rauchverbote	
Interview 16	Nichts	
Interview 17	Nichts	
Interview 18	Freizeit (-)	
Interview 19	Rauchverbote	

Als besonders hinderlich wurden von sechs Patienten(innen) (32%) die Rauchverbote beschrieben. Obwohl es kein generelles Rauchverbot während der Entwöhnungsbehandlung gibt, erlebt ein Drittel der Befragten die Reglementierung als hinderlich. Die Untersuchung der Gründe hierfür wäre sicher interessant, würde den Rahmen meiner Arbeit aber überschreiten. Von vielen Autoren wird das Problem der Nikotinabhängigkeit und die Schwierigkeiten einer Raucherentwöhnung während einer Alkoholrehabilitation, beschrieben (vgl. Olm 1992). Ein sehr hoher Anteil der Befragten (acht Patienten = 42%) erleben nichts als hinderlich. Dies ist sicher auch im Vergleich zu anderen Einrichtungen zu sehen. Bei einem hohen Anteil an emotionaler Grundzufriedenheit fallen Störungen weniger ins Gewicht; da sind die Einzelaussagen („*zu wenig Freizeit*“, „*das viele Putzen*“ „*und die Kreativtherapie macht keinen Spaß*“) m. E. zu vernachlässigen.

6.6.4 Vergleich der zwei Abteilungen

Bei dieser Frage sollten die Interviewpartner(innen) beschreiben, ob sie einen Unterschied zwischen den Behandlungskonzepten (psychotherapeutische und psychosozialorientierte) kennen und erleben. Die ergänzenden Aussagen erklären den gewussten oder erlebten Unterschied.

Tab. 47: Frage 10 / Kategorien und Forschungsinteresse

Kategorien	**Mögliche Antworten**	**Erläuterungen**	**Forschungsinteresse**
Ist ihnen bekannt, dass hier im Haus zwei Abteilungen bestehen?	Bekannt / nicht bekannt	Wissen die Patienten, dass es verschiedene Behandlungsangebote im Haus gibt?	Wird den Patienten vermittelt, dass es zwei Behandlungsformen in der Klinik gibt?
Erleben sie einen Unterschied zwischen beiden Abteilungen?	Erlebt / nicht erlebt	Erleben die Patienten Unterschiede? (Fühlen die Patienten sich in einer schwächeren Gruppe?)	**Hypothese** Die Patienten erleben sich als Randgruppe, fühlen sich diskriminiert, unterprevilegiert

Tab. 48: Frage 10/Ergebnisse: Vergleich der zwei Abteilungen

+ bekannt/erlebt; - nicht bekannt/nicht erlebt; 0 keine Aussage

Interviewpartner	Unterschiede	Ergänzende Aussagen
Interview 1	-/-	
Interview 2	-/-	
Interview 3	-/-	
Interview 4	+/+	Einzeltherapie (positiv)
Interview 5	+/-	
Interview 6	+/-	
Interview 7	-/-	
Interview 8	+/-	
Interview 9	-/-	
Interview 10	+/+	Wir sind die Arbeitsgruppe. Die meisten sind arbeitslos. In der anderen Gruppe haben viele studiert.
Interview 11	-/-	
Interview 12	-/-	
Interview 13	+/+	In meiner Gruppe sind fast alle arbeitslos. Bei den anderen ist das wohl nicht so.
Interview 14	-/-	
Interview 15	-/-	
Interview 16	-/-	
Interview 17	+/+	In meiner Gruppe sind fast alle arbeitslos. Viele haben JVA-Erfahrung
Interview 18	-/-	
Interview 19	-/-	

63% der Befragten wissen nicht, dass in der Klinik zwei unterschiedliche Behandlungsangebote bestehen. Sieben Patient(inn)en (37%) wissen, dass zwei unterschiedliche Behandlungsgruppen bestehen. Im Gespräch gaben aber einige davon zum Ausdruck, sich erst am Interviewtag informiert zu haben. Von den 37%, die um das differenzierte Angebot wissen, erleben vier Patienten (21%) einen Unterschied. Dieser Unterschied wird nur von einem Patienten negativ beschrieben (Interview 10). „*Wir sind die Arbeitsgruppe. Die meisten sind arbeitslos. In der anderen Gruppe haben viele studiert*“. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass es in der Klinik keine „Zweiklassentherapie“ gibt. Meine anfängliche Hypothese, dass sich Patienten(innen) der psychosozial orientierten Behandlung als zweitklassig erleben, ist nicht bestätigt worden. Der hohe Anteil an Nichtwissenden (mehr als zwei drittel der befragten Patient[innen]), bestätigt das Vorgehen und den therapeutischen Ansatz der Klinik. Es ist der Klinik gelungen, beide Therapieformen gleichberechtigt in einer Institution zu integrieren.

6.7 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Die folgenden Hauptergebnisse können beschrieben werden. Die Patienten(innen) fühlen sich wohl in der Klinik. Sie werden emotional und kognitiv angemessen gefordert. Das Ergebnis ist eine Abstinenzrate von mehr als 70%, gemessen ein Jahr nach der Entlassung (vgl. Katamneseerhebung). Selbst wenn man die nicht zurückgemeldeten Katamnesebögen als Rückfälle zählen würde (ein nicht zurück gesandter Bogen kann mannigfaltige Gründe haben), läge die Abstinenzrate noch immer bei annähernd 50% und das bei einem Patientenpotential mit äußerst ungünstigen Prognosen (sozial desintegriert, multimorbid, justiziell belastet, arbeitslos, zahlreiche Therapieversuche). Mit dieser Abstinenzrate liegt die psychosozial orientierte Behandlungsform im Durchschnitt aller Fachkliniken (vgl. DHS; Jahrbuch Sucht).

Mit dem Angebot einer psychosozial orientierten Behandlung trifft die Fachklinik „Auf der Egge“ den Bedarf dieser besonderen Patientengruppe. Eine interessante Forschungsfrage wäre sicher auch, inwieweit dieser therapeutische Ansatz auf sämtliche Rehabilitationsbereiche ausgeweitet werden könnte. Für den Therapieerfolg ist neben der emotionalen Wertschätzung und Akzeptanz, sowie der, am kognitiven Leistungsvermögen der Patienten und Patientinnen ausgerichteten Therapieeinheiten, sicher die konsequente Umsetzung des alltagsorientierten Vorgehens entscheidend. Schallenberg schreibt hierzu:

> *„Zu den wesentlichen, durch empirische Studien ausreichend belegte Belastungsfaktoren für Patienten nach einer erfolgreichen Rehabilitationsbehandlung gehören fehlende Wohnung und fehlender Arbeitsplatz. Auch ein Mangel an sozialer Einbindung durch einen festen Partner/Partnerin und einen stabilen Freundeskreis bedeutet in der Regel eine erhebliche Gefährdung der Abstinenz.“* (1999; 10)

Evaluationen von Psychotherapien zeigen, dass die reale Person des Therapeuten eine größere Rolle spielt, als die Wahl der psychotherapeutischen Technik (vgl. Rauchfleisch 2001). Dies wird in den Interviews von zahlreichen Patienten bestätigt. Viele Patienten begründen ihre Zufriedenheit mit der Therapie, durch die hohe Präsenz ihrer Einzel- und Gruppentherapeuten. Im Unterschied zu anderen Fachkliniken seien die Therapeu-

ten in der Klinik „Auf der Egge“ immer zu Gesprächen bereit. Miller & Rollnick (1999; 19) heben diesen Aspekt besonders hervor. Für sie ist der Erfolg von Psychotherapie entscheidend abhängig von der Beziehung zwischen Klient(in) und Therapeut(in) und betrifft den gesamten Bereich psychischer Erkrankungen, von denen die Abhängigkeitserkrankung nur ein Teilaspekt ist. Ihnen folgend ist ein: „... *Großteil stationärer Therapieabbrüche [ist] abhängig von den Ausfallzeiten der Teammitglieder.*“ Dass, so meine ich, in anderen Kontexten sinnvoll erscheinende Abstinenzgebot der Therapeuten, scheint hier neu definiert werden zu müssen.

Die Patienten der psychosozial orientierten Station benötigen die „*Realbeziehung*“ (Rauchfleisch 2001; 26) zum Therapeuten, als Modell für einen ihnen neuen Umgang mit Konflikten. Das darf aber nicht dazu führen, dass der Therapeut dem Klienten seine eigenen Ideale aufdrängt und ihn zu seinem Ebenbild macht (vgl. Freud 1919). Auch darf der Patient, wie Freud betonte, nicht überfordert werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit des jeweiligen Patienten ist ein wichtiges Kriterium, das der Therapeut zu beachten hat. (vgl. Freud 1912).

Die Interaktionen im therapeutischen Milieu sind Übungsfelder für die Patienten. Hier können sie neue Erfahrungen im Umgang mit anderen Personen machen und ihr Verhaltensrepertoire erweitern. Das Erleben tragfähiger Beziehungen ermöglicht den Patienten(innen) korrektive emotionale Erfahrungen (vgl. Rauchfleisch 2001). Eine Abhängigkeit kann nicht alleine durch eine Psychotherapie aufgelöst werden. Hinzukommen müssen tragfähige soziale und professionelle Beziehungen (vgl. Schmied-Flöss 1997, die dieses anschaulich an der Arbeit mit Methadonsubstituierten beschreibt).

Eine alltags- und lebensweltorientierte Therapie greift sämtliche Problemfelder der Patienten(innen) auf und liefert zum Teil auch die entsprechenden Lösungsansätze. Die Rolle des Therapeuten ist dabei die eines emphatischen aktiven Zuhörers, der sich als Person zu erkennen gibt und nicht nur Klientenaussagen wiederspiegelt (vgl. Rauchfleisch 2001).

7 MODELL EINER SOZIALEN THERAPIE FÜR ALKOHOLABHÄNGIGE

Die Auswertungen der vom VDR anerkannten Zusatzausbildungen haben gezeigt, dass sämtliche Ausbildungen zwar unter den Begriff Sozialtherapie bekannt sind, auch dementsprechend anerkannt wurden, in ihren Curricula aber Sozialtherapie nicht weiter auftaucht. Einzige Ausnahmen sind die folgenden drei Sozialtherapieausbildungen: Erst Ausnahme bildet die des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, in dessen Curriculum Sozialtherapie erwähnt wird, darüber hinaus aber keine spezifische Ausbildung erfolgt.

Interessanterweise hat das Burckhardthaus (Gelnhausen) als einzige Institution den Sozialtherapiebegriff definiert und bietet eine entsprechende Ausbildung an (siehe Kap. 3.4.2.1). Auch in der Sozialtherapieausbildung des DBS Institutes (siehe Kap. 3.4.2.2), als eine, wie die des Burckhardthauses vom VDR nicht anerkannte Weiterbildung, greift den Sozialtherapiebegriff auf, definiert ihn und setzt ihn in spezifische Weiterbildungsinhalte um. Sämtliche andere Ausbildungen, sowie auch die Ausbildungen, die in den letzten Jahren noch hinzugekommen sind, vermitteln eine spezifische psychotherapeutische Methode.

Die Analyse der Weiterbildungsgänge bekräftigt, dass es sich bei dem Sozialtherapiebegriff im Aus- und Weiterbildungsbereich um mehr oder weniger „Etikettenschwindel“ handelt. Wie schon von einigen Autoren vermutet, wird der Begriff Sozialtherapie von den Weiterbildungsträgern benutzt, um nicht in die Nähe der Heilkunde zu geraten. Es lässt auch vermuten, dass die Zusatzausbildung Sozialtherapie eine quasi „Mini-Psychotherapie“ für Sozialarbeiter(innen) und Sozialpädagog(innen) darstellt, obwohl sämtliche Weiterbildungsgänge auch für Mediziner(innen) und Psychologen(innen) ausgeschrieben sind. Beispielhaft sei hier nur auf die Statistik des GVS hingewiesen, die besagt, dass nur ein geringer Teil der Ausbildungskandidat(inn)en einen Abschluss in Medizin/Psychologie besitzen. Auch macht es keinen Sinn für Absolvent(innen) eines Medizinstudiums bzw. eines Psychologiestudiums, sich in Sozialtherapie weiter zu qualifizieren. Gibt es doch für beide Absolvent(innen) berufsspezifische Möglichkeiten der Weiterbildung, nicht zuletzt die spezifischen Facharztausbildungen, sowie die Therapieausbildungen gemäß dem Psychotherapeutengesetz.[93]

[93] Vgl. z. B. Die Weiterbildungsordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Das, was im Curriculum des Burckhardthauses, des DBSH-Institutes und nicht zuletzt in der Studienordnung des eingestellten Studienganges Soziale Therapie an der Universität Kassel beschrieben wird, findet seine Entsprechung in der Fachliteratur. Auch die Analyse der Experteninterviews zeigt, dass sich theoretisch eine Soziale Therapie fassen bzw. beschreiben lässt. Darüber hinaus sehen sämtliche Experten die Notwendigkeit einer praktisch angewandten Sozialen Therapie. Die Auswertung der Interviews von neunzehn Patienten der Fachklinik Auf der Egge macht dieses nochmals deutlich. Sämtliche interviewte Patienten der psychosozial orientierten Entwöhnungsstation beschrieben aus ihrer Sicht die Notwendigkeit einer angewandten Sozialtherapie. Es handelt sich bei diesen Patienten, wie beschrieben, nur zum Teil um chronisch mehrfach beeinträchtigte Menschen und Personen mit massiven sozialen Beeinträchtigungen. Von allen wurde als besonders hilfreich erlebt:

Tab. 49: Leistungsabnehmer erleben als besonders hilfreich

Die kürzeren Therapieeinheiten, die verstärkte Intensivierung der Arbeitstherapie, die Alltags- und Lebensweltorientierung der therapeutischen Einheiten, die hohe persönliche Präsens des therapeutischen Personals, die Ausrichtung auf eine spätere Erwerbstätigkeit (Bewerbungstraining, Betriebspraktika, Berufs- und Arbeitsfindung), die umfangreichen sozialarbeiterischen Angebote (Schuldnerberatung), und nicht zuletzt das wertschätzende, an den individuellen Möglichkeiten orientierte Vorgehen der Therapeuten.

Diese Aussagen finden ihre Entsprechung in der Konzeption der Fachklinik.

Zu Beginn meiner Ausführungen zu einer Sozialen Therapie für Alkoholabhängige möchte ich kurz auf die protektiven Faktoren eingehen, weil sie m. E. für die weitere Entwicklung einer Sozialen Therapie von besonderer Bedeutung sind.

7.1 Protektive Faktoren im Entwicklungsverlauf

An protektiven Faktoren haben sich nach Werner (1989) drei Typen herauskristallisiert:

1. Individuelle Faktoren, wie z. B. Aktivierungsgrad, Grad des sozialen Interesses, ferner Intelligenzfaktoren, Kompetenz im sozialen Bereich und Fähigkeiten zur Kommunikation (Sprache, Lesefähigkeit, Versehrtheit im Umgang mit Medien und technischen Kommunikationsmitteln). Die Entwicklung des Selbst zu Selbstvertrauen und Handlungskontrolle wird ebenfalls im weiteren Verlauf protektiv.
2. Affektive Bindungen innerhalb und außerhalb der Familie, die in Belastungszeiten emotionale Unterstützung ermöglichen, wirken als protektive Mechanismen, egal ob diese von einem Elternteil, einem anderen Familienmitglied, Verwandten oder Freunden kommen.
3. Externe soziale Unterstützung, im Sinne eines sozialen Netzwerkes, die Möglichkeit zur Integration in Gruppen, Schule oder Arbeitsfeld können sich ebenfalls günstig auf Kinder auswirken, die unter Risikobedingungen leben.

Protektive Faktoren bzw. Mechanismen sind in der Lage, unter Risikobedingungen – in der Interaktion mit eventuellen Vulnerrabilitätsfaktoren – das Individuum vor einer negativen Entwicklung zu schützen (vgl. Petzold 1993 in Anlehnung an Rutter 1987).

Das Konzept des Kohärenzgefühls bietet ein theoretisches Gerüst für Interventionsplanungen, indem es die folgenden vier Aspekte berücksichtigt:

Aktives Engagement: Breit angelegte Interessen und Motivationen, sowie die soziale Kompetenz, bedeutungsvolle Beziehungen aufbauen, und damit ein Bindungsbedürfnis befriedigen, zu können.

Aspekt der Handhabbarkeit: Das Gefühl Kontrolle über vorhandene Situation behalten zu können, sowie die Mitwirkung bei Entscheidungsfindungen, die das Erreichen eines Sicherheitsgefühls und die Selbstwirksamkeit fördern.

Aspekt der Verständlichkeit: Vorhersagbare Aspekte innerhalb der sozialen Umwelt zu kennen, sowie die Fähigkeit verstärkt Hilfe zu fordern und zu suchen, wenn das eigene Verständnis versagt.

Ressourcenaktivierung: Die Fähigkeit, angesichts von Herausforderungen und Stressoren das jenige zu mobilisieren, was als Ressource oder Ressourcenkombination am besten zu sein scheint.

Antonovskys Modell (vgl. Bengel u. a. 1999) der Salutogenese führte zu einem "Paradigmenwechsel" in der bis dahin pathogenetisch und kurativ orientierten Schul- und Apparatemedizin. Durch ein Festhalten an den üblichen Behandlungsverfahren, bleibt eine große Zahl hilfebedürftiger Menschen unterversorgt (vgl. Wienberg 1992). Aus diesem Grunde fordert auch Rauchfleisch (2001; 21) diesen Paradigmenwechsel, hin zu einer Behandlung im Sinne der Salutogenese.

Das Salutogenese-Modell dient aufgrund der hohen Integrität unterschiedlicher Disziplinen und verwandter Konzepte als Metatheorie. Es greift die Kritik am Pathogenen und an Risikofaktoren orientierten Konzept auf und setzt einen ressourcenorientierten, kompetenzsteigernden Ansatz entgegen. Im Unterschied zum klassischen medizinischen Denken, das nur die Pathogenese, also die Entstehung von Störungen untersucht, will Antonovskys Modell vor allem verstehen woran es liegt, dass bestimmte Menschen trotz Krisen, Belastungen und anhaltendem Stress nicht aus dem Gleichgewicht geraten. Antonovsky fand, dass sich diese Menschen durch bestimmte habituelle Copingstrategien auszeichnen. Er bezeichnet diese Eigenheit bzw. Fähigkeit als „**sense of coherence**“, deutsch, als **Kohärenzsinn**. Er hebt dabei die folgenden drei Eigenschaften hervor: Die **Verstehbarkeit**, d.h. die Fähigkeit, eine Krise sachlich zu analysieren (Problemanalyse) und hierdurch eine geordnete, konsistente und strukturierte Vorstellung der Krise erarbeiten zu können. Die **Handhabbarkeit**, also eine kreative Bewältigungsfähigkeit, unter Ausschöpfung der internen und externen Ressourcen. Die **Sinnhaftigkeit**, also die Befähigung der Krise einen besonderen Sinn zuzuordnen. Damit wird besonders auf die emotionale, psychodynamische Verarbeitung angesprochen, die zur Identitätsbildung beiträgt. Dieses Konzept fragt somit konsequent nach Bewältigungskompetenzen von Menschen und gehört seit einigen Jahren zum etablierten „Inventar“ entwicklungspsychopathologischer Konzeptbildungen. Neuere Untersuchungen zu Stress, Coping und Krankheitsbewältigung heben diese salutogenetische Frageperspektive als Ressourcenorientierung ganz explizit hervor.

Antonovsky (vgl. Bengel 1998) hebt insgesamt zehn **psychosoziale Resistenzbereiche** neben nicht näher bestimmten genetischen und konstitutionellen Faktoren hervor:

1. Materielle Ressourcen
2. Intelligenz, Wissen
3. Ich – Identität

4. Flexibles Coping – Repertoire
5. Soziale Unterstützung, Bindungen
6. Wesenszüge des Beteiligtseins, der inneren Kontrolle des Herausgefordertseins
7. Kulturelle Stabilität
8. Magisches Denken
9. Religion, Philosophie und Kunst
10. Gesundheitspräventive Haltung

Wie Schiffer (2001) anschaulich darstellt, liefert Antonovskys Modell interessante Grundlagen für ein sozialtherapeutisches Fallverstehen, wie im Weiteren von mir ausgeführt wird.

7.2 Soziale Therapie in der Suchtkrankenhilfe - Strukturelemente eines Modells

Ohne intensiv auf wissenschaftstheoretische Aspekte einzugehen, möchte ich im folgenden die Soziale Therapie anhand des Konzeptes von Tretter (2000) beschreiben. Für ihn konstituiert sich jede Wissenschaft durch die folgenden vier Strukturelemente:

Tab. 50: Strukturelemente einer Wissenschaft

Vier Strukturelemente einer Wissenschaft nach Tretter	
1. Strukturelement	Theorie
2. Strukturelement	Gegenstand
3. Strukturelement	Forschung
4. Strukturelement	Praxis

(In Anlehnung an Tretter 2000)

7.2.1 Strukturelement Theorie

Wie im ersten Kapitel aufgezeigt wurde, existieren zahlreiche verschiedene theoretische und praktische Konzepte zur Sozialen Therapie. Viele der Autoren divergieren stark in

der Beschreibung einer Sozialen Therapie, jedoch lassen sich auch Gemeinsamkeiten feststellen. Als umfassende Definition einer Sozialen Therapie, unter der sich sämtliche verschiedene Ansätze subsumieren lassen, dient die Beschreibung des Aufbaustudienganges Soziale Therapie an der Universität Kassel (1992/93).

Wie Knoll (2000) ausführlich darstellt, lassen sich aus dieser Leitdefinition drei Dimensionen ableiten:

1. Sozialtherapie als ein allgemeines Handlungskonzept,
2. Sozialtherapie als spezifische Behandlung,
3. Sozialtherapie als spezifisches Beeinflussungskonzept von sozialen Strukturen.

Anhand umfangreicher qualitativer Interviews konnte Knoll diese Dimensionen herausarbeiten. Als Konsequenz aus dieser Dreidimensionalität empfiehlt er, das spezifische Behandlungskonzept, welches direkt auf Individuen zielt, Soziotherapie zu nennen. Knoll (2000; 282) spricht von einer „*Verwilderung*“ des Begriffes Sozialtherapie und erhofft sich durch diese Wortwahl eine bessere Ausdifferenzierung. Dem möchte ich so nicht folgen. Zum einen wird Soziotherapie von vielen Autoren synonym mit Milieutherapie verwandt. - Ich möchte hier nur auf Dörner und Plog hinweisen, für die Soziotherapie das Handeln der Pflegekräfte ist. Zum anderen ist Soziotherapie eine Kassenleistung; und was hier unter Soziotherapie gefasst wird, ist eher Sozialarbeit und motivierende Arbeit, als ein spezifisches Behandlungskonzept. Die Benutzung des Begriffes Soziotherapie führt in diesem Zusammenhang m. E. nur zu einer weiteren Diffusität und Unschärfe in der Begriffsklärung.

Zur Theorie Sozialer Therapie möchte ich vor allem auf die Arbeiten von Gildemeister und Schwendter verweisen, die sich ausführlich wissenschaftstheoretisch mit der Thematik beschäftigt haben. Vor allem ist es Schwendter (2000) gelungen in seiner „Einführung in die Soziale Therapie“, in einer klaren eindeutigen Sprache, zu einer Begriffsbestimmung Sozialer Therapie zu gelangen. Zusammenfassend lässt sich Schwendters Ansatz der Sozialen Therapie folgendermaßen auf den Punkt bringen: *„Soziale Therapie (ist) die Reflexion auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen je bestehender Leidenserfahrungen, verbunden mit dem Ensemble möglicher Interventionen zur Behebung oder doch Minderung dieser.“* (15) Somit hat er gleichzeitig auch den Gegenstand Sozialer Therapie angesprochen.

7.2.2 Strukturelement Gegenstand

Gegenstand Sozialer Therapie ist, wie ausgeführt, nicht die individuelle Erkrankung, nicht das individuelle psychische Leiden, nicht das individuelle soziale Leiden, nicht die Institution als Organisation sozialer Dienste, auch nicht die Gesellschaft als Ganzes und als mitunter Verursacher sozialen und individuellen Leidens, sondern vielmehr ist Gegenstand Sozialer Therapie die Reflexion auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen. Den Sozialtherapeuten zeichnet somit eine besondere Sichtweise (Metasicht) auf psychisches, sowie soziales Leiden aus. Schiedeck (1985) kritisiert in seiner Dissertation die Therapeutisierung der Sozialarbeit. Für ihn liegen die Gründe nicht allein in einer *„Infiltration der intakten Sozialarbeit von außen (durch Psychologie und Therapie)“* (S. 4). Für ihn liegt es an einer Einengung bis hin zu einem zugespitzten *„technizistischen Denken“* (S. 4). Durch den inflationären Gebrauch des Begriffs Sozialtherapie sieht Schiedeck die Gefahr, dass er zu einer Worthülse wird. Ihm folgend ist der Gegenstand Sozialer Therapie auf vier Ebenen der menschlichen Existenz zu orten.

1. Gesellschaftliche Ebene (gesamtgesellschaftliche Strukturprobleme)
2. Soziale Ebene (Person-Umwelt-Beziehung)
3. Personale Ebene (menschliche Beziehungen)
4. Individuelle Ebene (lebensgeschichtlich entstandene Sinn- und Deutungsmuster in gegenwärtigen Beziehungen)

Wobei Schiedeck im Weiteren die Verknüpfung von Pädagogik und Therapie nicht Sozialtherapie nennt. Er spricht vielmehr von einer „**kritischen Beziehungswissenschaft**“.

Somit können Sozialtherapeuten keine „Minipsychologen“, „Minipsychotherapeuten“, oder „Minimediziner“ sein, da schon aus dem Verstehen Sozialer Therapie heraus, diese genannten Sichtweisen als Teilbereiche einer Sozialen Therapie zu verstehen sind. Eine Reduktion der Sozialtherapie, z. B. auf die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen, würde eine Aufgabe der sozialtherapeutischen Sichtweise zur Folge haben.

7.2.3 Strukturelement Forschung

Leider lassen sich im Bereich Sozialer Therapie nur wenige Forschungsprojekte finden (vgl. Gildemeister 2001). Im Rahmen diverser Diplomarbeiten, insbesondere an der Universität Kassel, wurden jeweils begrenzte Forschungsprojekte dargestellt, die aber in den seltensten Fällen zur Veröffentlichung kamen. Andere Forschungsvorhaben haben mitunter das Manko, dass die Forscher aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen (Psychologie, Medizin, Soziologie, Pädagogik) kommen und entsprechend ihre eigene Sichtweise in das sozialtherapeutische Feld transferieren. So sind leider nur wenige Veröffentlichungen von Sozialarbeiter(innen) bzw. Sozialtherapeut(innen) bekannt. Dies wird auch von Kircher (1996; 70) zutreffend bemerkt

> „*In der Fachliteratur fällt auf, dass Veröffentlichungen zur Sozialtherapie vor allem für den Bereich der Sozialpsychiatrie und der Straffälligenhilfe vorliegen (Verfasser sind in der Regel Ärzte, Psychotherapeuten, Juristen). Aussagen zur Sozialtherapie im Suchtkrankenbereich sind nur vereinzelt zu finden.*“

7.2.4 Strukturelement Praxis

Die Praxis lässt sich unterteilen in:
1. Bedarf an Sozialer Therapie
2. Interventionsformen Sozialer Therapie
3. Ausbildung in Sozialer Therapie

7.2.4.1 Bedarf

Wie ich anhand der Patienteninterviews festgestellt habe, besteht ein hoher Bedarf an sozialtherapeutischer Arbeit. Sämtliche Autoren, die ich im ersten Kapitel zitiert habe, sehen die Notwendigkeit eines sozialtherapeutischen Vorgehens. Begründet wird diese Notwendigkeit oft mit einem besonderen Klientel, dem die gewöhnliche Psychotherapie nicht mehr oder noch nicht zugänglich sei. Nicht zuletzt ist die Sozialtherapie im Zuge des Psychotherapeutengesetzes für viele Klient(innen) zur kostenlosen Alternative einer nicht bezahlbaren oder nicht finanzierten Psychotherapie geworden. Wie Rolf Hülling-

horst im Experteninterview bestätigt, bedarf die Schwere der Suchterkrankung, verbunden mit einer Vielzahl multimorbider Erkrankungen, sowie die zahlreichen gravierenden sozialen Problemen, einer speziellen interdisziplinären Vorgehensweise. Hierin wird Hüllinghorst auch von Irene Helas bestätigt. Auch sie sieht in der Sozialtherapie eine Möglichkeit, diese Rolle des „Professionellen Interdisziplinären" zu übernehmen. Sozialtherapie hätte damit, wie Schwendter (2000) es ausdrückt, die Brückenfunktion zwischen allen anderen Professionen. Sozialtherapie kann aber noch mehr: Sie kann auf Grundlage der mannigfaltigen Behandlungs- und Therapiekonzepte ein, für den jeweiligen Einzelfall spezifisches, sozialtherapeutisches Behandlungskonzept entwickeln. Singer (2002; 24) bemerkt treffend:

> *„Die medizinische Rehabilitation Suchtkranker setzt sich die Wiedereingliederung des Rehabilitanden in das Erwerbsleben sowie dessen soziale Integration zum Ziel. Dies bedeutet zwingend, dass die Behandlung auf die besonderen Voraussetzungen, die Möglichkeiten und Grenzen des Betroffenen sowie auf seine realistische Zukunftsperspektive zugeschnitten sein muss. Das therapeutische Prinzip der Individualisierung ergibt sich also nicht nur aus der Vielfalt der Suchtursachen und Suchtkarrieren, sondern vor allem auch aus dem übergeordneten Ziel der Rehabilitation. (...) Dies bedeutet, dass eine behavioristisch verengte Therapie, die sich nur auf das problematische Verhalten (z.B. Drogenbeschaffung, Drogenkonsum, Interaktion in der Drogenszene) konzentriert, das eigentliche Rehabilitationsziel in der Regel verfehlen wird. Abstinenz ist zwar eine wichtige Voraussetzung der Therapie, keineswegs aber eine Garantie für die erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und die soziale Reintegration. Hier muss sich die gesamte Persönlichkeit mit ihren Fähigkeiten, Einstellungen und Motiven bewähren. Dies bedeutet, dass sich der Therapieplan nicht nur auf die Defekte, Defizite und Fixierungen des Betroffenen, sondern zugleich und gleichermaßen auf seinen individuellen zukünftigen Lebensweg beziehen muss."*

Weiter differenziert Singer in verschiedene Rehabilitationsziele. Der Autor benennt Ziele im Bereich des süchtigen Verhaltens. Hier zählt er verschiedene Punkte auf, die sich unmittelbar mit der Drogenabhängigkeit beschäftigen (u. a. Entwicklung von Krankheitseinsicht, Aufbau einer rauschmittelfreien Genussfähigkeit, Rückfallprävention). Bei einer Abhängigkeitserkrankung handelt es sich um eine Krankheit die sich auf

den Körper, die Psyche und das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken auswirkt. Daraus folgend muss auch die Rehabilitation Abhängigkeitskranker mehr als „nur“ Psychotherapie umfassen.

7.2.4.2 Interventionsformen

Eine m. E. sehr gute und für die vorliegende Arbeit hilfreiche Beschreibung der Interventionsformen Sozialer Therapie findet sich bei Schwendter (2000; 15). Folgende Interventionsformen werden von ihm benannt:

Tab. 51: Interventionsformen Sozialer Therapie

1. Beratung und Krisenintervention
2. Prävention
3. Vermittlung subkultureller und teilkultureller Kontexte
4. Stärkung des Selbstbewusstseins, Coping
5. „Arme Therapien“
6. Kulturarbeit
7. (Wieder-)Herstellung sozialer Netzwerke, Social Support
8. Schreibspiel, Selbstanalyse
9. Öffentlichkeitsarbeit
10. Lobbyarbeit
11. Laienhilfe
12. Unterstützung des Aufbaus von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbstbefreiungsgruppen
13. Unterstützung des Aufbaus von Bürgerinitiativen
14. aktive Vernetzung und Koordination
15. Neubegründung von Institutionen Sozialer Therapie
16. Aufbau anderer alternativer Einrichtungen
17. Politische Interventionen
18. Veränderung des Alltagslebens.

7.2.4.3 Ausbildung

Die Sachverständigen der Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie kritisierten u. a. die Qualität der Sozialarbeiterausbildung. Leider hat sich in diesem Bereich sehr wenig getan. So kommt die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft für psychiatrische Sozialarbeit“ spät, ist aber sicher ein positiv zu bewertender Schritt in Richtung Professionalisierung der Sozialarbeiter(innen) (vgl. Crefeld 2003). Auch Richter (1996) fordert einen Ausbau von Fortbildungs- und Weiterbildungsangeboten in Sozialtherapie und emp-

fiehlt eine multiprofessionelle Sichtweise. Nach ihm unterscheidet sich die Sozialtherapie von der klassischen Individualtherapie durch einen verstärkten Fokus auf die soziale Umwelt. Auf den Kern gebracht formuliert Richter

> *„Der sozialtherapeutische Ansatz bestimmt sich von einem sozialbezogenen Gesundheitsbegriff her: zu Erstreben ist ein gleiches und gemeinsames Wohlergehen aller in einer Gesellschaft, die von dem Prinzip der Solidarität geleitet und strukturiert werden. Indem Sozialtherapie in der sozialen Umwelt einen maßgeblichen ursächlichen Faktor für Krankheit und Gesundheit sieht, muss sie neben der Wahrnehmung ihres unmittelbaren therapeutischen Auftrages zu jeder Zeit auch politische Forderungen artikulieren, nämlich solche, die sich auf die Abstellung derjenigen gesellschaftlichen Missstände richten, die als wichtige soziogene Krankheitsfaktoren wirksam sind."* (S. 568).

Für Richter (1996; 567) wird:

> „*... jede Individualtherapie bereits zur Sozialtherapie in dem Augenblick, in dem die Krankheit und das Leiden eines Menschen nicht mehr ausschließlich als seine persönliche Angelegenheit behandelt wird, sondern als ein Ereignis, dass ihn mit Personen und Umständen einer sozialen Umwelt verbindet, die der Therapieplan mit einbezieht*".

Dieser von ihm sehr weit gefasste Sozialtherapiebegriff wird im Laufe seines Artikels korrigiert indem er schreibt,

> „*...das könnte am Ende nämlich leicht dazu führen, sich damit zu begnügen, die traditionelle Tätigkeit von Sozialarbeitern bloß in Sozialtherapie umzubenennen. Dies ist ja bekanntlich eines der in diesem Feld geläufigsten Manöver, allfällige Innovationen und Reformen mit Hilfe beschwichtigender Umetikettierungen zu vermeiden."* (S. 570).

Hierfür bedarf der sozialtherapeutisch handelnde spezifische Kompetenzen:

Zum Einen benötigt er **subjektbezogene Kompetenzen**, die den Umgang mit der eigenen Person und damit die Subjektivität des Helfers betrifft, soweit sie das sozialtherapeutische Handeln bestimmt. Zum Anderen benötigt er **therapeutische Kompetenzen**, also diagnostische, therapeutische und beratende Fähigkeiten im engeren Sinne. Und nicht zuletzt muss er über **organisationsbezogene Kompetenzen**, d. h. Kenntnisse und Fähigkeiten über die Institutionen und das eigene Arbeitsfeld, bezüglich ihrer Auswir-

kungen auf das sozialtherapeutische Handeln (vgl. Dorst & Leffers 1980; 101), verfügen. Dem folgend, beinhaltet sozialtherapeutische Kompetenz:

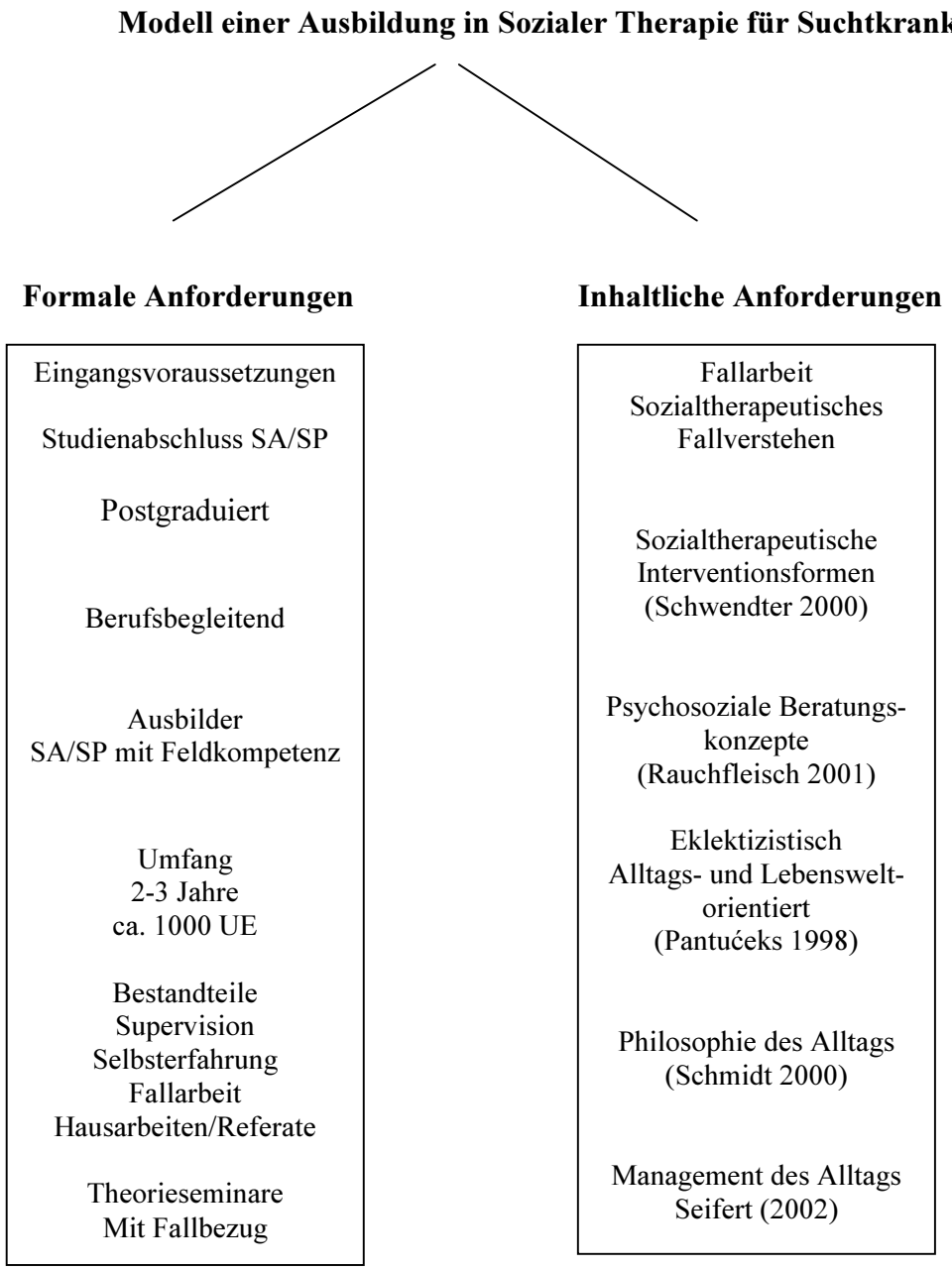
Beratungskompetenz,
Selbsterfahrung,
Kompetenzen der Vernetzung,
der Verhandlung und
des organisationsbezogenen Handlungsablaufes.

Die über Jahre hinweg überaus positiven Erfahrungen mit der Fachklinik „Auf der Egge“, insbesondere mit der Form der psychosozial orientierten Entwöhnungsbehandlung machen deutlich, dass es einen Bedarf an angewandter Sozialtherapie gibt. Dem werden leider die entsprechenden anerkannten Zusatzausbildungen nicht gerecht. Deshalb möchte ich im Weiteren ein praxisgerechtes und an der spezifischen Fachliteratur orientiertes Curriculum einer sozialtherapeutischen Ausbildung vorstellen.

Im Blick habe ich dabei nicht die Anerkennung des VDR, sondern die Kenntnisse der spezifischen Fachliteratur, sowie die Erfordernisse der Praxis. Sozialtherapie ist in erster Linie bestimmt durch die besondere sozialtherapeutische Sichtweise. Diese Herangehensweise des Fallverstehens kann schon im grundständigen Studium der Sozialen Arbeit vermittelt werden. An dieser Stelle möchte ich auf Crefeld[94] hinweisen, der als Sozialmediziner an der Fachhochschule Bochum dieses von mir skizzierte Fallverstehen mit den Studierenden trainiert. Das Curriculum des Faches Sozialmedizin an der Fachhochschule Bochum beinhaltet die konsequente Auseinandersetzung mit klinischen Fällen, anhand derer die Studierenden den Umgang mit „schwer zugänglichen Menschen“ (vgl. Crefeld, Studienhilfen) lernen können. Sozialmedizin/Psychiatrie ist in diesem Sinne kein bloßes Auswendiglernen von psychiatrischen Krankheitsbildern, sondern die intensive Auseinandersetzung mit klinischen Fallgeschichten, in denen dann auch psychiatrisches Wissen abverlangt wird. Ein grundständiges Studium kann aber nur Grundlagen eines sozialtherapeutischen Fallverstehens vermitteln. Die intensive Ausbildung und Schulung, vor allem auch das Lernen der sozialtherapeutischen Methodik, kann nur in einem postgradualen Zusatzstudium bzw. einer Zusatzausbildung erfolgen.

[94] Vgl. Studienhilfen des Faches Sozialmedizin an der Ev. Fachhochschule Bochum, www.efh-bochum.de

Darst. 9: Sozialtherapeutische Ausbildung



7.2.4.3.1 Formale Anforderungen

Im folgenden werden die formalen Anforderungen einer möglichen sozialtherapeutischen Ausbildung aufgezeigt:

1. Eingangsvoraussetzung sollte ein Abschluss in Sozialarbeit oder Sozialpädagogik sein. Absolvent(innen) von Bildungseinrichtungen unterhalb dieses Fachhochschuldiploms sollten keinen Zugang zu dieser Ausbildung haben; auch sollte die Ausbildung nicht für Psycholog(innen) sowie Mediziner(innen) offen sein. Mit dieser Forderung würde der These gerecht, dass Soziale Therapie eine aus der Sozialarbeit entwickelte spezifische Interventionsform darstellt.
2. Berufsbegleitend: Nur eine berufsbegleitende Aus-/Zusatzausbildung wird dem Anspruch einer Praxisorientierung gerecht und bietet die größtmögliche Rückkopplung zwischen Praxiserfahrung und theoretisch/praktischer Ausbildung. Eine so organisierte Zusatzausbildung kann in Form einer Weiterbildung durch Institute, bzw. auch als Aufbaustudium (Masterstudium) angeboten und durchgeführt werden.
3. Ausbilder: Sämtliche Ausbilder(innen) sollten im sozialtherapeutischen Feld ausgewiesene Fachleute sein. Ausbilde(innen)r anderer Disziplinen (Medizin, Psychologie, Soziologie usw.) sollten nur dann als Ausbilder(innen) infrage kommen, wenn sie sich einem interdisziplinären Ansatz verpflichtet fühlen.
4. Umfang: Die Ausbildung könnte sich ohne Weiteres an den jetzt schon bestehenden Ausbildungsgängen orientieren (2-3 Jahre, ca. 1000 UE).
5. Bestandteile: Inhalte der Ausbildung sollten auf jeden Fall sein: Supervision, Selbsterfahrung, Fallarbeit, sowie eigene wissenschaftliche Arbeiten (Hausarbeiten, Referate usw.) sowie Theorieseminare, wobei die
6. Theorieseminare: nicht die Vermittlung einer therapeutischen Sicht, sondern die Vermittlung sozialtherapeutischer Fachkompetenz zum Inhalt haben.

Unabhängig von den oben skizzierten formalen Anforderungen bin ich mit Crefeld (2003) der Überzeugung, dass sich eine Sozialtherapie (oder auch klinische Sozialarbeit) als Profession nur etablieren kann, wenn heilberufsrechtliche Regeln die Qualitätsstandards garantieren.

7.2.4.3.2 Inhaltliche Anforderungen

Sozialtherapeutische Kompetenz beinhaltet zuallererst ein sozialtherapeutisches Fallverstehen. Hierzu kann das von Achterberg[95] entwickelte Strukturschema, was ich im Weiteren erläutern werde, behilflich sein. Durch eine so verstandene Fallarbeit wird deutlich, dass sozialtherapeutische Diagnose weit mehr ist, als eine bloße medizinische Diagnose (Anwendung des ICD-10); auch ist sozialtherapeutische Diagnose mehr als die bloße Anwendung von psychologischen Testverfahren.

Auf der Grundlage einer sozialtherapeutischen Diagnose folgt die Ausbildung in sozialtherapeutischen Interventionsformen, die in dieser Form ausführlich bei Schwendter (2000) beschrieben wurden. Eine so verstandene sozialtherapeutische Vorgehensweise ist in jedem Fall eklektizistisch[96] und nicht einer psychotherapeutischen Richtung verpflichtet. Wendt (1996; 91) bezieht sich auf Dorfmann, wenn er schreibt, dass für ihn das Kennzeichen eines kompetenten Klinikers die **eklektizistische Vorgehensweise** darstellt. Neben den von Schwendter genannten Interventionsformen sollten die Ansätze Pantućeks (1998), sowie Rauchfleischs (2001, 1996) Bestandteil einer sozialtherapeutischen Ausbildung sein. Beide Autoren liefern lebenswelt- und alltagsorientierte Grundlagen für eine sozialtherapeutische Praxis. Auch lassen sich die Ansätze von Seifert (2002) und Schmidt (2000) in eine so konzipierte Weiterbildung integrieren. Alle genannten Autoren liefern handlungsrelevante Interventionsformen, die besonders bei einem alltags- und lebensweltorientierten Vorgehen umgesetzt werden können. Als ein „Manager des Alltags“ liefert Seifert Hilfen zur Alltags- und Freizeitgestaltung. Schmidt hat sich als Philosoph viel mit der Alltagsgestaltung und dem bewussten Umgang mit (Frei)-Zeit beschäftigt.

Das Wesentliche einer Sozialtherapie ist das spezifische sozialtherapeutische Fallverstehen. Im Weiteren werde ich dieses vorstellen.

---

[95] Vgl. Stein-Mennigheim

[96] Wohl wissend, dass manche Autoren einen eklektizistischen Ansatz strikt ablehnen. (Vgl. Gaertner 1982; Vorwort)

7.3 Sozialtherapeutisches Fallverstehen

Die Soziale Therapie steht und fällt mit einem spezifischen sozialtherapeutischen Fallverstehen. Es ist die Grundlage allen sozialtherapeutischen Handelns. Ich möchte im Weiteren darum näher auf diese wichtige Vorgehensweise eingehen. Sozialtherapie verbindet in einer doppelten Perspektive intensive Klientenarbeit in Form von Beratung, Betreuung und Begleitung, mit lebensweltbezogenen und sozialraumorientierten Arbeitsansätzen. Es geht darum, neben der individuellen Hilfe beeinträchtigende Faktoren der sozialen Umwelt im Sinne der Hilfe für die Klient(innen) gezielt zu beeinflussen. Sozialtherapeutische Diagnostik fokussiert auf das Gesamt der Lebensumstände des Klienten. Problemlagen werden – im Gegensatz zur Psychotherapie – nicht bloß am Individuum festgemacht. Klein (2002; 6) betont diese Polarität indem er schreibt „*Die besondere Bedeutung der subjektiven Seite der Sucht ist das spezifisch psychologische in der Suchthilfe.“* Für ihn als Psychologe, aus seiner psychologischen Sicht, mag das so stimmig sein, wobei auch er eingesteht, dass diese Sicht alleine nicht hinreichend ist. Als mögliche Konsequenz daraus fordert er nicht eine Veränderung der psychologischen Sichtweise, sondern empfiehlt ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten verschiedener Berufsgruppen.

Kircher (1996) versteht Sozialtherapie zum Einen, als ein interdisziplinär/integratives Handlungskonzept, in dem verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgaben und Kompetenzen zusammenarbeiten (z.B. Sozialtherapie in stationären und teilstationären klinischen Einrichtungen). Zum Anderen, als ein konkretes methodisches Vorgehen, bei dem der einzelne Helfer (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge) soziale und psychotherapeutische Handlungsstrategien direkt miteinander verbindet (z.B. Sozialarbeit/Sozialpädagogik in der ambulanten Suchtberatung oder in der Betreuung von Wohngemeinschaften für psychisch Kranke). Kircher (1996; 61) folgend hat die Sozialtherapie ein neues Verständnis von Krankheit. „*Die individualisierende Sichtweise der klassischen Krankheitslehre wird ergänzt und erweitert (nicht ersetzt) um die sozial/systemische Dimension.“* Kennzeichnend für die Sozialtherapie ist die Einbeziehung des sozialen Umfelds in die Therapie, sowie therapeutische und rehabilitative Hilfen, bezogen auf den Lebensalltag der Patient(inn)en. Über dieses methodische Vorgehen hinaus, hat Sozialtherapie die Funktion, Veränderungen der institutionellen Rahmenbedingungen und der psychosozialmedizinischen Versorgung in Richtung auf

stärkere soziale Integration im Lebensraum zu fördern. Zusammengefasst beschreibt sie Sozialtherapie:

> „*Als einen speziellen Zweig methodischer Sozialarbeit. Adressaten sind Personen, deren soziale Problematik unmittelbar zusammenhängt mit Störungen/Krankheiten im psychischen Bereich. Sozialtherapie arbeitet mit diesen Personen und ihrem sozialen Umfeld.“* (S. 66)

Sozialtherapie baut auf den methodischen Handlungskonzepten der Sozialarbeit auf, insbesondere auf den Methoden der sozialen Einzelhilfe, der Familienarbeit und der sozialen Gruppenarbeit. Die methodischen Kompetenzen aus diesen Arbeitsformen (z.B. diagnostische Kompetenzen, Kompetenzen zur Mobilisierung der Selbstheilungskräfte, zur Arbeit mit dem sozialen Netzwerk) müssen erweitert und ergänzt werden durch psychotherapeutische Kompetenzen. Dabei geht es um die Verbindung von Hilfen zur Ich-Unterstützung, zur Bewältigung von Alltagsproblemen und zur Verarbeitung emotionaler Konflikte.

Sozialtherapie hat ihren Schwerpunkt in den beschriebenen, personenorientierten Methoden (immer unter Berücksichtigung sozialer Bezogenheit), aber sie beschränkt sich nicht darauf. Der Einfluss auf institutionelle Strukturen und die Arbeit mit dem Netzwerk der Dienstleistungssysteme gehört wie zu jeder Form von Sozialarbeit auch zur Sozialtherapie.
Kooperation mit Ärzt(inn)en, Psycholog(inn)en, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen des therapeutischen Feldes gehören zum Alltag von Sozialtherapie. Sozialtherapeuten müssen in besonderer Weise fähig sein, sich in einem interdisziplinären Team zu bewegen.

Kircher folgend ist Sozialtherapie, in der Abgrenzung zur Psychotherapie, therapeutische Arbeit auf einer alltags- und bewusstseinsnahen Ebene. Sozialtherapie ist nur relativ spezialisiert auf eine bestimmte therapeutische Vorgehensweise. Vom Ansatz her ist sie eklektizistisch und orientiert sich an den unterschiedlichen Problemen und Lebenslagen der Klienten(innen). „*Angebote der Sozialtherapie eignen sich daher auch für einen Personenkreis, der mit den Angeboten herkömmlicher Psychotherapie nicht er-*

reichbar ist.“ (Kircher 1996; 69). Die besondere Chance der Sozialtherapie liegt in dem Feld, wo die Psychotherapie mit ihren Methoden an ihre Grenzen stößt.

Der Fokus der Sozialtherapie liegt somit nicht vordergründig und ausschließlich am Individuum oder an Kleingruppen und Symptomen, sondern vielmehr auf sozialen Lebenszusammenhängen, auf organisatorischen und institutionellen Faktoren (vgl. Dorst & Leffers 1980), auf der Interdependenz des Einzelnen mit dem Umweltsystem. Lüssi schreibt sogar (vgl. 2001), dass die psychotherapeutischen Methoden ihren zentralen Stellenwert verloren haben und Modelle des sozialen Trainings an Bedeutung gewinnen. So ist ein Kennzeichen der sozialtherapeutischen Anstalten nicht die Psychotherapie, sondern das Soziale Training. Durch eine Psychotherapeutisierung verliert die Sozialarbeit den Kontakt zu ihrem eigentlichen Klientel (vgl. Olk 1986).

Wendt (vgl. 1998) dagegen unterstreicht den Stellenwert der Sozialen Therapie. Für ihn könnte sie zum Kernstück klinischer Kompetenz, innerhalb der Sozialarbeit werden.

Psychische Erkrankung wird nicht nur als etwas verstanden, was ausschließlich in der psychischen Geschichte des Individuums wurzelt. Der Mensch befindet sich immer in einem sozialen Umfeld. Bertalanffy (1997) spricht von einer engen Wechselwirkung zwischen der sozialen Realität und den psychischen Symptomen. Die Behandlung psychischer Erkrankungen muss deshalb die Beziehung zwischen dem Erkrankten und dem sozialen Umfeld einbeziehen. *„Bei der Beurteilung und bei der Behandlung psychischer Störungen bedarf es einer Klärung des gesamten psychosozialen Lebensgefühles des Betroffenen (...) Der Sozialtherapeut soll krankmachende Faktoren im sozialen Umfeld eines Patienten erkennen und gezielt beeinflussen.“* (Eike u. a. 1985; 238). Für Achterberg (1989) ist Soziale Therapie *„...eine Form sozialer Intervention mit einer fachübergreifend, integrierenden Konzeption zur Diagnose, Behandlung und praxisbezogenen Erforschung des psychosozialen Leidens (...)“* Der Sozialtherapeut hat ihm folgend die Aufgabe eines Koordinators. Sarrazin (2002) beschreibt dieses in aller Deutlichkeit, wenn sie sagt: *„In der Trias der Suchthilfedisziplinen Medizin, Psychologie und soziale Arbeit ist und bleibt der sozialpädagogische Blick auf das Alltagshandeln der Betroffenen wichtigster Bestandteil des Gesamtsystems.“* In diese Richtung geht auch Schmidt (2000) indem er postuliert, dass die Suchttherapie weniger einen Focus auf Psychotherapie, sondern

„…soviel wie möglich an Gesundheitsförderung, die eine salutogenetische Orientierung aufweist und eine optimale Entwicklung fördert. Durch solche Orientierungen wird Psychotherapie im Individualfall keineswegs abgewertet, sondern analog zur kurativen Medizin an einer bestimmten Stelle im Versorgungssystem eingeordnet.“

Auch ist zu bedenken, dass ein Großteil der Alkoholabhängigen keiner Psychotherapie bedarf (vgl. Reinert 1991).

Ein sozialtherapeutisches Vorgehen entspricht in dieser Art den gemeinsamen Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Versorgung und Rehabilitationsleistungen (gem. § 111a SGB V vom 12.5.99), wo es unter Punkt 5.2 heißt: „*Medizinische Rehabilitationsleistungen sind komplex, interdisziplinär und individuell ausgerichtet.“* Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist neben dem Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit, den Patienten Unterstützungsleistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vorzuhalten. Eine Behandlungskonzeption, wie sie im Sozialgesetzbuch und deren Ausführungen, sowie den entsprechenden Empfehlungsvereinbarungen normiert ist, erfordert eine sozialtherapeutische Sichtweise. Gildemeister (1991) spricht hier von einer Kunstlehre des Fallverstehens“.

In diesem Prozess orientieren sich sozialtherapeutische Diagnostik und Interventionen an den Ressourcen von Menschen und Gemeinwesen.

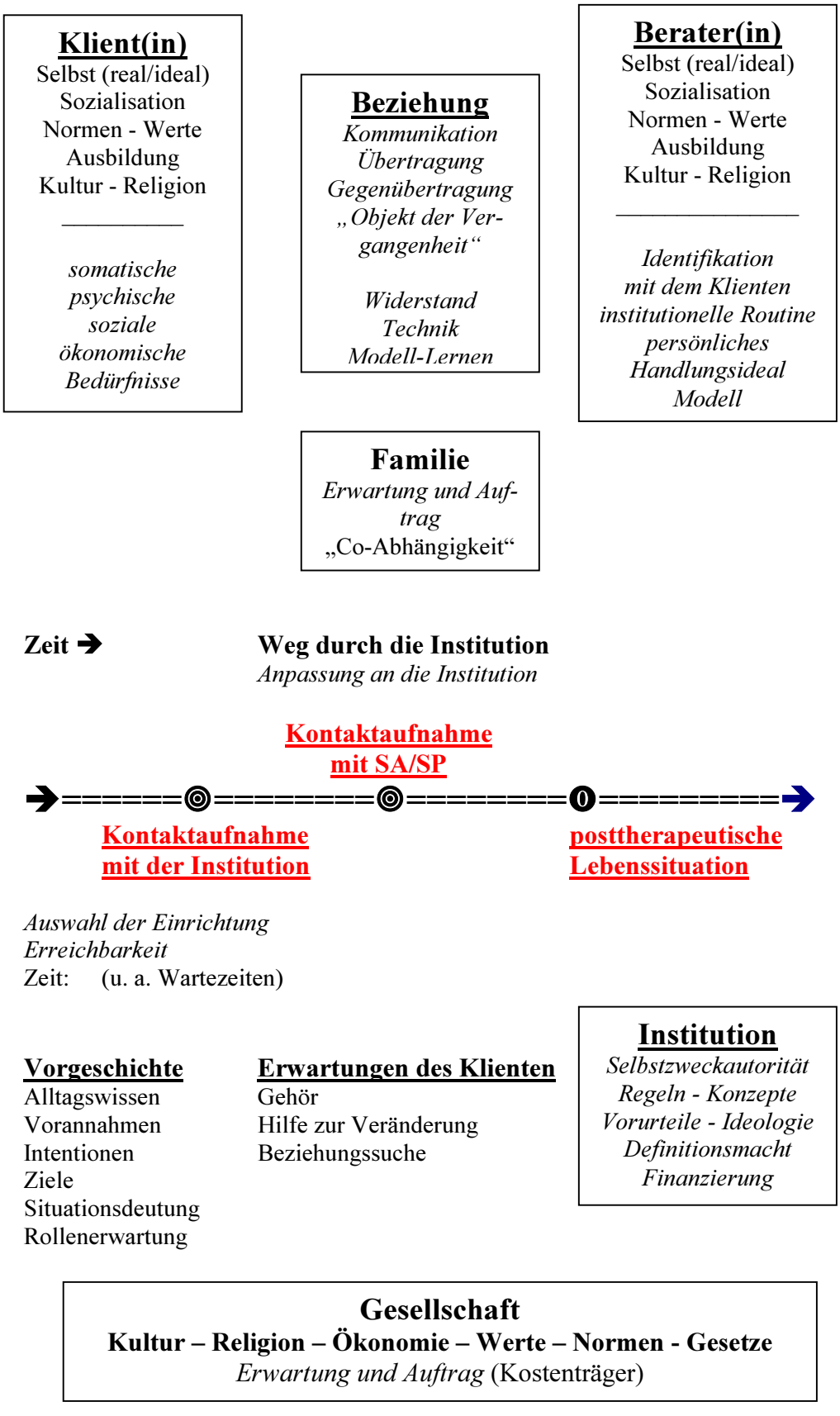
Im Rahmen eines sozialtherapeutischen Seminars an der Universität Kassel wurden die Grundlagen für die beiden folgenden Schemata von Achterberg gelegt. Vergleichbare Schemata finden sich bei Chur (1997; 64), und Bossard (1999; 298). Die Ergebnisse beider Autoren, sowie der Ansatz Schiedecks (1985) fließen in die folgenden Schemata mit ein.

Auch Bronfenbrenner (1981, zit. n. Miller 2001) kommt zu einem vergleichbaren Schema. Er unterscheidet vier Ebenen:

1. Mikroebene	Familie, Partner, Freunde, Nachbarn
2. Mesoebene	Schule, Behörden, Verbände, Parteien, Betriebe, Soziale Einrichtungen
3. Exoebene	Indirekte Einflussbereiche von Behörden, politisches System
4. Makroebene	Politik, Wirtschaft, Kultur, Recht

Die Analyse des Hilfesystems, sowie der Interventionen, werden mit Hilfe eines solchen Schemas erleichtert (vgl. Chur 1997).

Darst. 10: Strukturschema Sozialer Therapie unter Einbeziehung der Zeitachse



Prinzipiell existieren Einfluss- und Veränderungsmöglichkeiten in allen der genannten Bereiche. Im folgenden möchte ich beispielhaft nur auf die mir am wichtigsten erscheinenden Punkte eingehen; wohl wissend, dass es eine Reduktion der Wirklichkeit bedeutet, die aber in Anbetracht des Rahmens dieser Arbeit vertretbar ist. Für Franke (1991) sind die wichtigsten Komponenten einer fachgerechten Beratung die fachliche Kompetenz des Beraters (der Beraterin) und die institutionellen Rahmenbedingungen in denen Beratung stattfindet. Ich möchte diese beiden Komponenten noch um das „Soziale Umfeld“ und den „Klienten“ erweitern.

Stein-Menninckheim (1991) integriert in ihrer Darstellung noch die von Mollenhauer und Achterberg beschriebenen Codes. Damit die Darstellungen nicht zu unübersichtlich werden, habe ich auf diesen Aspekt verzichtet. Interessierte Leser mögen dieses bei Schwendter (2000) nachlesen.

7.3.1 Institution

Soziale Therapie (wie auch die Sozialarbeit) ist eine institutionalisierte Dienstleistung und erfolgt fasst ausschließlich in Institutionen. Selbständig tätige Sozialtherapeuten sind kaum anzutreffen. Das mag nicht zuletzt an der fehlenden Finanzierung für eine sozialtherapeutische Arbeit liegen. Obwohl die Soziotherapie als Kassenleistung gesetzlich geregelt ist, fehlt es bisher an einer praktischen Umsetzung. Für Stein-Mennickheim (1990) ist der wesentlichste Punkt der sozialtherapeutischen Fallanalyse der Kontext des beruflichen Selbstverständnisses, des dienstlichen Auftrages und der konkreten Handlungsbedingungen.

Der zentrale Bereich auf den Institutionen Einfluss ausüben, ist ihre eigene Funktions- und Organisationsweise. Diese kann dazu beitragen, dass Suchtprobleme eines Menschen und die damit verbundenen sozialen und individuellen Probleme positiv beeinflusst werden. Institutionen haben ihre Grenzen und viele Veränderungen im Leben von Alkoholabhängigen sind nicht auf den Einfluss von Institutionen zurückzuführen. Außerdem haben viele Entscheidungen, die außerhalb des Verantwortungsbereichs einer Institution liegen, erheblichen Einfluss auf die Qualität ihrer Arbeit (z. B. gesetzliche Änderungen, Mittelkürzungen usw.). Auf den Einfluss von Mitarbeiterhierarchien möchte ich an dieser Stelle nur am Rande hinweisen. Durch die Einbindung der Klien-

ten-Berater-Beziehung in den Kontext einer Institution, übt die Institution Einfluss aus (vgl. Weinberger 1984). Nach Chur (1997) kann das für den Berater eine konflikthafte Situation bedeuten. Die Institution setzt der Beziehung deutliche Grenzen.

Nicht zuletzt sind bei Beratungen durch Institutionen auch gruppendynamische Prozesse zu beachten (vgl. Rauchfleisch 1996). Durch die Interventionen eines Professionellen, passen sich die Klienten an die Erwartungen einer Institution an. Die Professionellen wiederum, als die Repräsentanten der Institution, erwarten vom Klienten ein kooperatives Verhalten.

Auf der anderen Seite genießen Institutionen (vor allem Einrichtungen der Kirchen) in der Öffentlichkeit ein hohes Maß an Vertrauen. Gründe hierfür sind u. a. die Qualitäts- und Qualifikationskontrollen. Auch ist die Vertraulichkeit der Gespräche gewährleistet (Datenschutz, Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht). Hinzu kommt, dass die Angebote grundsätzlich kostenlos sind (vgl. Schrödter 1991).

7.3.2 Berater(in)

Ein entscheidender Wirkfaktor in der Behandlung ist die Person des Beraters/Therapeuten. Unter dem Titel „Sind Profis zu abgebrüht?“ stellt Zielke (1980) eine vergleichende Studie Dudlaks vor, in dem er zu dem Ergebnis kommt, dass Laien oft die besseren Therapieerfolge als professionelle Helfer, aufweisen können. Als Gründe benennt er die Eigenschaften der Laien, die oft „wärmer“ und „echter“ als die Professionellen seien. Für Rogers ist die Person des Beraters allemal entscheidender, als die Anwendung therapeutischer Techniken (vgl. Rogers 1972). Nach Franke (1991) sind die Beratervariablen der wesentlichste Wirkfaktor einer erfolgreichen Beratung. Hierzu gehören: Das einfühlende Verstehen, das Akzeptieren, die Echtheit und die Aktivität und das Anstoßen von konkreten Verhaltensänderungen. Auch Rauchfleisch (2001) sieht in der „*realen Person der Therapeutin*“ einen wesentlichen Wirkfaktor.

Bossard unterstreicht dieses und fordert ein eigenständige professionelle Sozialarbeiterpersönlichkeit (1999; 51) „*Sozialpädagog/innen erscheinen als Chamäleon: allzu leicht übernehmen sie das Kolorit ihrer Umgebung: den weißen Kittel des Arztes, die blaugraue Bürokratenjacke oder die farbig bunten Gewänder des therapeutischen Feder-*

viehs.“ Für Schrödter (1991; 11) stellt sich die Rolle des Beraters wie folgt dar: „*Ich halte es für notwendig, die Ansprüche an die Persönlichkeit von Beraterinnen und Beratern und ihre Ausbildung und Zusatzausbildung hoch anzusetzen“.* Und weiter führt er aus: „*Ich halte es für eine vordringliche Aufgabe von Beratung bei Wahrung ihrer Eigenständigkeit, die kontextuelle Einbindung sorgfältig zu organisieren.“* (S.19)

Nestmann (1982) hat die für ihn wichtigsten Qualifikationen eines Beraters aufgeführt. Einen Berater zeichnet demnach folgendes aus:

1. Die Kenntnis der Lebenswelt des Betroffenen,
2. das Bewusstsein über die Komplexität von Problemen,
3. das Wissen über psychosoziale Versorgungsnetze,
4. die Kenntnis unterschiedlicher Vorgehensweisen,
5. die Fähigkeit zur Selbstreflexion, sowie
6. die Beherrschung unterschiedlicher Sprachebenen.

Bartmann (1993) hat die Beraterkompetenzen noch weiter zusammengefasst und unterscheidet:

1. Fachwissenbezogene Kompetenz
2. Therapeutische Kompetenz
3. Institutionsbezogene Kompetenz
4. Persönlichkeitsbezogene Kompetenz

Vergleicht man diese Forderung mit den von mir untersuchten sozialtherapeutischen Weiterbildungsgängen, wird keines dieser Merkmale dort explizit angesprochen, bzw. praktisch vermittelt. Ein Manko, was so auch von vielen anderen Autoren beschrieben wird (vgl. Richter 1996). Auch Sickinger (1982) erachtet die Rolle des therapeutischen Mitarbeiters für sehr wichtig und vermisst entsprechende Ausbildungsgänge, in denen die Professionellen für diese schwierige Arbeit qualifiziert werden.

Erforderlich ist m. E. eine sozialtherapeutische Aus-, Fort- oder Weiterbildung die diesen Forderungen gerecht wird. Das Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe erfordert und die Ergebnisse der Patienteninterviews bestätigen dieses, eine Sozialtherapie, die folgende Kriterien zu erfüllen hat: Sie muss lebenspraktisch, sowie alltags- bzw. lebensweltorien-

tiert sein und sie muss die soziale Situation des Klienten in den Fokus nehmen. Ein besonders wichtiger Wirkfaktor ist dabei die Rolle des Beraters (der Beraterin).

Soziale Therapie kann m. E. nur in einem interdisziplinären Kontext geleistet werden.

7.3.3 Soziales Umfeld

„Wer die Trunksucht für sich allein betrachtet, findet natürlich als deren Ursache nichts anderes als das Trinken und weiß keinen anderen Weg zu ihrer Bekämpfung, als die Unterdrückung des Trinkens, sei es durch die Vereinstätigkeit, sei es durch die Polizei. Wer dagegen die Trunksucht nicht als isoliertes Faktum betrachtet, wer ihre Zusammenhänge mit der gesellschaftlichen Entwicklung nachgeht, der findet ihre Ursachen ganz wo anders als im Trinken.“
Karl Kautzky (1854-1938)

(Vgl. IGM 1991; 13)

Dass der Mensch ein soziales Wesen ist, wurde bereits vor vielen Jahren in der Behandlung Alkoholabhängiger erkannt und festgestellt; auch dass es keine ausreichende Hilfe darstellt, den Betroffenen ausschließlich zu einer Abstinenz zu bewegen. Eine Sozialtherapie kann nicht alleine auf die individuelle Psychotherapie beschränkt bleiben, sondern muss immer den sozialen Kontext mit einbeziehen (vgl. Coignerai-Weber 1981); zumal es nur theoretisch möglich ist, eine Einzelperson aus dem Sozialgefüge zu lösen und individuell zu behandeln (vgl. Heinzl 1981).

In diesem Sinne könnte die UNO-Sachverständigengruppe nicht die Sozialarbeit, sondern die Sozialtherapie im Blick gehabt haben, als die Sozialarbeit (Soziale Therapie) definiert wurde als eine:

> *„… organisierte Tätigkeit, die darauf gerichtet ist, die Anpassung der Menschen an ihre soziale Umwelt und umgekehrt zu erleichtern. Dieses Ziel wird durch Verfahren und Methoden erreicht, die einzelne, den Gruppen und Gemeinschaften ermöglichen sollen, - ihre Bedürfnisse zu befriedigen,*
> *- ihre (...) Probleme zu lösen und*
> *- durch gemeinsame Anstrengungen ihre wirtschaftliche und soziale Lage zu verbessern.“*

(Zit. n. Heinzl 1981; 53)

Sämtliche Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe beziehen das soziale Umfeld des Abhängigen in die Therapie mit ein. In der Regel erfolgt dieses in Form von Ehepaar- und Angehörigenseminaren. Dies greift m. E. aber zu kurz. Die Ergebnisse meiner Patientenbefragung, sowie die von mir vorgestellte Literatur zeigen, dass ein Grossteil der Betroffenen Probleme im sozialen Umfeld haben. Dieses erklärt die hohe Rückfallquote nach einer absolvierten Entwöhnungsbehandlung. Wie Schwoon (1996) aufzeigen konnte, sind die posttherapeutischen Lebensbedingungen mitentscheidend für einen Therapieerfolg.

Nach Singer (2002) sind darum Behandlungsziele im sozialen Bereich:
1. Die Entwicklung der Motivation und der Fähigkeit zum Aufbau drogenfreier Kontakte,
2. der Aufbau neuer Formen des Umgangs mit Partnern, Kindern, Eltern usw.,
3. die positive Bewältigung von Einsamkeit und Isolation,
4. die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstorganisation und zur Selbstversorgung (z. B. Haushaltsführung, Finanzen und Behördenkontakte),
5. die Entwicklung einer aktiven, selbstständigen Freizeitgestaltung,
6. das Erkennen und die Akzeptanz von Regeln und Strukturen in einer Gemeinschaft,
7. die Schuldenregulierung und
8. die Vermittlung und Nachbetreuung.

Die o. g. Ziele wurden von der Fachklinik „Auf der Egge“ in den zentralen Fokus der Behandlungskonzeption übernommen und die Patienten erleben dieses als besonders hilfreich und fühlen sich in ihrer Problemlage verstanden.

7.3.4 Klient(in)

Klienten sind das Gegenüber des Beraters und der wichtigste Faktor in der helfenden Beziehung (vgl. Pantućek 1998).Viele Hilfesuchende *„sehen sich nicht als krank im heutigen allgemeinen Verständnis dieses Begriffs, und sie suchen in aller Regel keine Behandlung. Stattdessen erwarten Ratsuchende Klärung, Begleitung, Problemlösung und Entscheidungsfindung, manchmal auch Information (...).“* (Schrödter 1991; 5). Im Wesentlichen geht es für die Klienten um die Erlangung Sozialer Kompetenz. Soziale Kompetenz ist nach Hingsch & Pfingsten „*Verfügbarkeit und Anwendung von kogniti-*

ven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen" (vgl. Pintzke-Thiem 1999). Das Ziel sozialtherapeutischer Maßnahmen besteht darin, dass die Teilnehmer(innen) Wissen und Können erwerben, die für eine Legalbewährung notwendig sind. Dieses Wissen und Können wird erworben durch Informations- und Wissensvermittlung (auf der praktischen Alltagsebene und auf der Verhaltensebene), durch Einüben neuer Verhaltensweisen, sowie der Überprüfung von vorhandenem Verhaltensrepertoire (z. B. durch Rollenspiele), durch Modellernen (im Rollenspiel und am Therapeuten), sowie durch den Transfer der exemplarischen Situation der Therapie auf die allgemeine Lebenssituation (vgl. Pintzke-Thiem 1999).

Für Singer (2002) sind die wichtigsten Behandlungsziele, neben der Entwicklung der Ich-Funktionen, das Bewusstmachen und Bearbeiten intrapsychischer Konflikte, sowie die Förderung des Verhältnisses zum eigenen Körper. Dass Psychotherapie alleine Suchtkranke nicht zufrieden macht, wird ausführlich von Thomas (1989) beschrieben. Am Beispiel der Genussfähigkeit zeigt er auf, wie wichtig die Integration freizeitpädagogischer Inhalte in eine sozial-/psychotherapeutische Behandlung sind.

Zahlreiche Autoren benennen Ziele im Arbeits- und Berufsbereich als einen weiteren wichtigen Faktor (vgl. Bönner 1996). Singer (2002) fasst hierunter das Kennenlernen unterschiedlicher Arbeitsbereiche, die Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung, sowie die Entwicklung der Grundarbeitsfähigkeit und deren Erprobung, in Berufspraktika zusammen.

Das Ergebnis meiner Interviews mit den Leistungsabnehmern (Kapitel sechs), bestätigt diese formulierten Ziele. Als entscheidender unspezifischer Wirkfaktor ist die posttherapeutische Situation in den Fokus des therapeutischen Vorgehens mit einzubeziehen.

Henkel (1993) betont die Rolle der Arbeitslosigkeit, bezogen auf Erfolg oder Misserfolg einer Therapie. Dies wird auch in der Untersuchung von Schwoon (vgl. 1996) bestätigt. Wie die Ergebnisse meiner Befragung zeigen, ist ein therapeutisches Vorgehen, welches diese Aspekte nicht nur berücksichtigt, sondern ins Zentrum der Behandlung nimmt, erfolgreich.

Der Aspekt der „Nichtalltäglichkeit“ der therapeutischen Beziehung scheint mir von besonderer Bedeutung. Für viele Klient(inn)en ist der Kontakt zu einem professionellen Helfer (einer Helferin) eine neue, in ihrem bisherigen Erfahrungsbereich nicht realisierte Situation. Gildemeister und Robert (2001, 1905) beschreiben den Einstieg in eine therapeutische Beziehung mit den Worten:

> „*Mit dem Aufsuchen einer Psychotherapie verlässt der Klient (...) zeitlich wie sozial begrenzt – den Bezugsrahmen seiner vorgängigen Lebensorientierung und Selbstbezüge bzw. relativiert er deren Gewissheit und Selbstverständlichkeit. Er betritt eine Atmosphäre institutionalisierter Nicht - Alltäglichkeit.“*

Für viele Klient(inn)en, insbesondere für die von mir untersuchten Alkoholabhängigen, bedeutet diese Transferleistung eine emotionale und kognitive Überforderung. Sie suchen viel mehr die „*Realbeziehung*“ (Rauchfleisch 2001) zum Therapeuten und erwarten alltagsorientierte Hilfen. Als besonders hilfreich wird von 57% der von mir befragten Leistungsabnehmer(innen) die Alltagsorientierung in der Behandlung benannt. Patient(inn)en brauchen und suchen Hilfen für ihren Alltag. Dieses konnte auch von mir in einer Forschungsarbeit, im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Universität Kassel, bestätigt werden. Die Mehrzahl der von mir befragten Klienten gab an rückfallkritische Situationen, vor allem in einer nicht strukturierten Freizeit, zu erleben (vgl. Olm 1997). Dieses unterstreicht den besonderen Bedarf an sozialtherapeutischer Arbeit.

Ich möchte meine Ausführungen mit dem folgenden kleinen Text beenden:

Der Teufelskreis

Den nächsten Planeten bewohnte ein Säufer. Der Besuch war sehr kurz, aber er tauchte den kleinen Prinzen in eine tiefe Schwermut. „Was machst du da“, fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend antraf. „Ich trinke“, antwortete der Säufer mit düsterer Miene. „Warum trinkst du“, fragte ihn der kleine Prinz. „Um zu vergessen“, antwortete der Säufer. „Um was zu vergessen“, erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. „Um zu vergessen, dass ich mich schäme“, gestand der Säufer und senkte den Kopf. „Weshalb schämst du dich“, fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. „Weil ich saufe“, endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen. Und der kleine Prinz verschwand bestürzt. Die großen Leute sind entschieden sehr, sehr wunderlich, sagte er zu sich auf seiner Reise.

Antoine de Saint Exupéry
“Der kleine Prinz“

Literaturverzeichnis

Achterberg, B. (1984): Auseinandersetzung mit offenem Visier. Sozialtherapie - Paradoxien und Aporien einer unmöglichen, aber notwendigen Disziplin. In: Prisma, Nr. 33, 12-18

Achterberg, B. (1984): Die Selbsthilfe und ihr Januskopf. In: Prisma, Nr. 33

Achterberg, B. (1988): Positionspapier zum Aufbaustudiengang Soziale Therapie, GhKassel, unveröffentlicht

Achterberg, B. (1989): Ausführungen zur Sozialen Therapie, anlässlich des „Hearings", GhKassel, unveröffentlicht

Albrecht, K. P. & Friz, T. (2000): Berufsförderung bei Alkoholabhängigen: Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – Bericht über eine explorative Studie. In: Sucht Aktuell 2, Jg. 7, 59-64

Alterhoff, G. (1983): Grundlagen klientenzentrierter Beratung, Stuttgart

Amann, G. & Baumann, U. (1988): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung bei männlichen Alkoholikern. In: Suchtgefahren, 34, 369-378

Ammer, F.; von Boetticher, I.; Kulick, B.; Scheipers, R. (1992): Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten (Tätigkeitsfeld Sucht) gemäß der Anlage 1 der Empfehlungsvereinbarung vom 20.11.1978 und § 5 Abs.4 der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29.1.1991. In: Deutsche Rentenversicherung; Nr. 7-8

Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizin (GAD) (2000): Konzeption Zusatzqualifikation Suchttherapeut/in, Informationsmaterial unter: Medizinisch & Soziales Zentrum, Postfach 1229, 16271 Angermünde

Anton, K. (1975): Verhaltenstherapie bei Alkoholkranken, Kassel

Antons K, & Schulz, W. (1976): Normales Trinken und Suchtentwicklung, Göttingen

Antons-Volmerg, K. (1988): Zur heutigen Bedeutung von Fort- und Weiterbildung in der Suchtkrankenhilfe. In: Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Nr. 30, Buesingen, 108-117

Arend, H. (1994): Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe, Weinheim

Aßfalg, R. (1992): Sehnsucht nach einem glücklichen Leben, Geesthacht

Aßfalg, R. (1997): Entwicklung und Perspektiven der stationären Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.

Aßfalg, R. (2000): Alkoholabhängigkeit und ihre Überwindung, Wuppertal

Athen, D. & Schuster, E. (1989): Alkoholismusreport. Alkohol-Gebrauch, Missbrauch, - Krankheit. Ein Bericht über Wirkung, Folgen, Hintergründe, München

Atteslander, P. (1995): Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin

Badura, B. (1983): Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Lebensbedingungen und Lebensweisen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit, Köln

Baer, U. (1991): Sozialtherapie, Versuch einer Begriffsbestimmung. In: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Heft 1/91, 4-22

Baer, U. (1997): Sozialtherapie tut not. In: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Heft 17, 46-43

Barkey, P. (1993): Therapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit Frankfurt am Main, 961ff
Barkey, P. (1997): Therapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, Frankfurt am Main
Barthels, M. (1991): Subjektive Theorien über Alkoholismus, Münster
Bartmann, U. (1993): Sozialarbeit und Alkoholismusbehandlung. In: Sucht, Jg. 39, Heft 6, 428-432
Bathen, R.(u. a.) (o. J.): Sozialarbeit im Bereich der ambulanten und stationären Suchtkrankenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland, Münster
Bellermann, M. (1998): Sozialpolitik: Eine Einführung für soziale Berufe, Freiburg i. B.
Bengel, J. u. a. (1998): Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Heftreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Berg, I. K. & Miller, S. D. (1993): Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen, Heidelberg
Bertalanffy, L. v. (1997): General System Theory and Psychiatry. In: Arieti, S. (Hg.): American Handbook of Psychiatry, Vol. I, New York
Beyer, H. (1997): Die Rolle der Rentenversicherung- Ein Interview: Für die Rentenversicherung antwortet Heinz Beyer. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland- Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.
Bieler, J. (1996): Rückfallkritische Situationen, Rückfälle und Veränderungen der allgemeinen Lebenssituation nach einer Therapie, Regensburg
Bilitza, K. W. (Hg.) (1993): Suchttherapie und Sozialtherapie, Göttingen
Bock, M. (1992): Das halbstrukturierte-leitfadenorientierte Tiefeninterview. Theorie und Praxis der Methode am Beispiel von Paarinterviews. In: Hoffmeyer-Zlotnik, J. (Hg.): Analyse verbaler Daten, Opladen, 90-109
Bock, T. (1997): Professionalisierung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, Frankfurt am Main
Bollinger, H. & Hohl, J. (1981): Auf dem Weg von der Profession zum Beruf- Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. In: Soziale Welt, Jg. 32, Heft 4
Bönner, K. H. (1996): Der Einfluß der Arbeit auf Persönlichkeitsentwicklung und psychische Gesundheit. In: Reader zur Fortbildungsveranstaltung, Fachklinik Auf der Egge, unveröffentlicht, 1-18
Bönner, K.-H. (1999): Das „Psychotherapeutengesetz“ und die Suchtkrankenhilfe. In: Sucht Aktuell, Heft 1, 6. Jg., 34-35
Boosshard, M; Ebert, U.; Lazarus, H. (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie, Bonn
Bosna, E. (1989): Psychotherapie – Sozialtherapie. Eine Standortbestimmung aus der Sicht der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Die Berufliche Sozialarbeit Nr. 2/3, 45-50
Böttger, G. u. a. (1999): CMA – Zur Definition und Therapie. In: Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (Hg.), Arbeitspapier 3
Brockhaus F.A. (1983a): Der große Brockhaus, Band 17 (18.Aufl.), Wiesbaden
Brockhaus F.A. (1983b): Der große Brockhaus, Band 22 (18.Aufl.), Wiesbaden
Brost (1994): Die Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht – Vorgeschichte, Gehalte, professionelle und wohlfahrtspolitische Realisierungsmöglichkeiten, unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Gesamthochschule Kassel
Burckhardthaus (Hg.) (1998a): 4. berufsbegleitende Zusatzausbildung Sozialtherapie, Gelnhausen
Burckhardthaus (Hg.) (1998b): Jahresprogramm 1999, Gelnhausen

Chur, D. (1997): Beratung und Kontext. In: Nestmann, F. (Hg.): Beratung, Tübingen, 39-99
Coignerai-Weber, C. (1981) Der Therapieladen Berlin. In: Drogenreport 2, Nr. 3, 14-16
Costello, C. G. (1978): Verhaltenstherapie: Kritik und Verwirrungen. In: Perrez, M. & Otto, J.: Symptomverschiebung, 81-85
Crefeld, W. (2002): Klinische Sozialarbeit – nur des Kaisers neue Kleider? In: Dörr, M. (Hg.): Klinische Sozialarbeit eine notwendige Kontroverse, Hohengehren, 23-38
Crefeld, W. (2002): Psychosoziale Beratung bei Krankheit oder Behinderung braucht eine sozialarbeitswissenschaftliche Grundlage. In: Gödecker-Geenen, N. & Nau, H. (Hg.): Klinische Sozialarbeit, Münster, 57-82
Crefeld, W. (2003a): Arbeitsgemeinschaft für psychiatrische Sozialarbeit. In Forum Sozial, 1, 36
Crefeld, W. (2003b): Studienhilfen zum Fach Sozialmedizin, Internetseite der Ev. Fachhochschule Bochum, www.efh-bochum.de
Cremerius, J. (1962): Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie
DAGG (1997): Standards für Sozialtherapie: Zu beziehen bei: DAGG c/o Peter Ludwig, Kunholdstr. 26, 341 Kassel
DAGG (1999): Info zur Sektion Sozialtherapie. Zu beziehen bei: DAGG c/o Peter Ludwig, Kunholdstr. 26, 341 Kassel
Daheim, H. (1992): Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer Modelle der Profession In: Erziehen als Profession- Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern, Opladen
de Shazer, S. (1992): Das Spiel mit Unterschieden, Heidelberg
Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend und Eheberatung e. V. (Hg.) (1994): Beratungsführer, München
Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1997): 3. Senat, Urteil vom 15.2.1978. In: Suchtkrankenhilfe in Deutschland- Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.
Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1997): Aus den Gründen zum Urteil des 11.Senats, Urteil vom 12.8.1982. In: Suchtkrankenhilfe in Deutschland- Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.
Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (2001): Jahrbuch Sucht 2002, Geesthacht
Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren [DHS] (19.03.01): Sucht und Abhängigkeit was ist das? http://www.dhs.de → Basiswissen →Was ist Sucht
Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (DBSH) (01.06.01): http://www.dbsh.de/html/eingangsseite.html → Aktuelles → Verhandlungen zur Soziotherapie
Deutscher Verein für Gesundheitspflege e.V. (Hg.) (1990): Stress Management, Ostfildern
Dewe, B.; Ferchhoff, W.; Radtke, F. (1992): Einleitung- Auf dem Weg zu einer aufgabenzentrierten Professionstheorie pädagogischen Handelns. In: Bernd Dewe (Hg.): Erziehen als Profession- Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern, Opladen
Dewe, B.; Ferchhoff, W.; Scherr, A.; Stüwe, G. (1995) : Professionelles soziales Handeln- Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, Weinheim
DG SAS (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe) (2001): Infobroschüre der 2001 gegründeten Gesellschaft. Infos unter: Doris Sarrazin, Juffernkamp 23, 48167 Münster
Diakonisches Werk (Hg.) (2002): Verantwortung für mehrfachbeeinträchtigte abhängige Menschen, Münster

Dorfmann, R. (1996): Clinical Social Work, New York
Dörner, K. & Ploog, U. (2002): Irren ist menschlich, Gütersloh
Dorst, B. & Leffers, C. J. (1980): Sozialtherapie – ein neues Handlungsmodell. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Nr. 15, 91-114
Dorst, B. (1976): Entwurf einer Ausbildungskonzeption in Sozialtherapie. In: Fiedler, P. A. & Hörmann, G. (Hg.): Therapeutische Sozialarbeit, Münster, 124–152
Dryden, W. & Feltham, C. (1994): Psychologische Kurzberatung und Kurztherapie, München
EAP (The European Association for Psychotherapie) (1990): Straßburger Deklaration zur Psychotherapie von 1990, Straßburg
Eberhard, K. (1977): Möglichkeiten und Grenzen der therapeutischen Ausbildung in den Fachhochschulen für Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Hoffmann, N. (Hg.): Therapeutische Methoden in der Sozialarbeit, Salzburg,173–189
Edwards, G. (1986): Arbeit mit Alkoholkranken, Weinheim
Eicke, D.; Malin, W.; Schulz-Malin, G. (1985): Sozialtherapie. In: Toman, W.; & Egg, R.: Psychotherapie. Ein Handbuch II, Stuttgart, 236-248
Expertenkommission der Bundesregierung (Hg.) (1988): Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. In: Psychosoziale Umschau, Nr. 4, 4-28
Eyferth, H.; Hirschauer, H.-U. O.; Thiersch, H.; Utermann, K. (Hg.) (1978): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied
Eysenck, H. J. (1978): Verhaltenstherapie, Extinktion und Rückfall bei Neurosen. In: Perrez, M. & Otto, J.: Symptomverschiebung, 67-77
Fachklinik Auf der Egge (1992-1994): Katamneseerhebungen, unveröffentlicht, Arnsberg
Fachklinik Auf der Egge (1998): Therapiekonzept, unveröffentlicht, Arnsberg
Fachklinik Auf der Egge (o. J.): Fachinformation, unveröffentlicht, Arnsberg
Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR) (2002): Weiterbildung „Suchttherapeut/in FDR (Psychodrama). Informationsmaterial unter: Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR), Odeonstr. 14, 30159 Hannover
Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1997): Hilfe für Suchkranke - Verzeichnis der Einrichtungen
Feuerlein, W. (1989): Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, Stuttgart
Fiedler, P. A. & Hörmann, G. (1976): Therapeutische Sozialarbeit, Münster
Fleisch, E. & Haller, R. (Hg.) (1997): Suchtkrankenhilfe, Weinheim
Fleischmann, H. (2001): Chronisch mehrfach beeinträchtigte alkoholabhängige (CMA) und alkoholkranke in Entwöhnungstherapie (EWT)-zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. In: SUCHT, Heft 5, 321-330
Flick, U. (1995): Qualitative Forschung, Hamburg
FOGS Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (Hg.) (1998): Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit – Zwischenbericht, Köln
Franke, A. (1991a): Aspekte erfolgreicher Beratung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 1, Jg. 138, 11-12
Franke, A. (1991b): Gutachten zu den „Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung“. Im Auftrag des Landes NRW, vertreten durch das MAGS, unveröffentlicht
Frese, M. (1976): Thesen zum gesellschaftlichen Stellenwert der psychologischen Therapie - speziell der Verhaltenstherapie in der Sozialarbeit. In: Fiedler, P. A.; Hörmann, G.: Therapeutische Sozialarbeit, Münster, 47–56

Freud, S. (1978): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Freud, S.: Werkausgabe in zwei Bänden, Frankfurt a. M., Erstdruck: Zentralblatt für Psychoanalyse (1912), Band 2, 483-489
Freud, S. (1969): Wege der psychoanalytischen Therapie. In: Freud, S.: Gesammelte Werke, Bd. 12, Frankfurt a. M., Erstdruck: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse (1919), Band V
Freud, S. (1969): Das Ich und das Es, G. W., Bd. 13, Frankfurt a. M., 71ff
Freyberger, H. J. & Stieglitz, R. D. (2001): Diagnostik von Suchterkrankungen. In: Suchttherapie 2/2001, 1-8
Freyberger, H. J. (1995): Stationäre Psychotherapie - Versorgungsangebot, Konzepte, Diskrepanzen. In: Die Psychotherapeutin, Nr. 2, 18-31
Fritz Perls Institut (1997): Jahresprogramm EAG-FPI, Hückeswagen
Fröhlich, W. (1980): In: Arnold, W.; Eysenck, R.; Meili, R. (Hg.): Lexikon der Psychologie, Band 1-3, Freiburg
Frommann, A. (1978): Sozialarbeit - Beratung - Therapie. In: Eyferth, H.; Hirschauer, H.-U. O.; Thiersch, H.; Utermann, K. (Hg.): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, 37–48
Galuske, M. (1999): Methoden der Sozialen Arbeit, Weinheim
Gärtner, A. (1982): Sozialtherapie. Konzepte zur Prävention und Behandlung des psychosozialen Elends, Neuwied
Gastpar, M. u. a. (Hg.) (1999): Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart
Geiger, A. & Theine, G. (1982): Sozialarbeit im Gesundheitswesen -Modellversuch als Reaktion auf veränderte Praxisanforderungen. In: Waller, H.: Sozialarbeit im Gesundheitswesen: Ausbildungskonzepte, Praxisberichte, Forschungsergebnisse, Weinheim und Basel
Geißler, K.-H. & Hege, M. (1992): Konzepte sozialpädagogischen Handelns, Weinheim und Basel
Gerbis, E. (1977): Das klientenzentrierte Konzept und seine Integration in die soziale Einzelhilfe. In: Hoffmann, N. (Hg.): Therapeutische Methoden in der Sozialarbeit, Salzburg, 15-73
Gerstenmaier J. & Nestmann F. (1984): Alltagstheorien von Beratung, Opladen
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hg.) (1990): Suchtkrankenhilfe 2000 - Mögliche Trends und Entwicklungen, Kassel
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hg.) (1998): Weiterbildung zum Sozialtherapeuten, Curriculum: Psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch, Kassel
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hg.) (2003): Veranstaltungsprogramm, Kassel
Giese, D. & Retaiski, H. (1993): Beratung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit, Frankfurt am Main, 136 ff
Gildemeister, R. & Robert, G. (2001): Therapie und Soziale Arbeit. In: Otto, H. W. & Thiersch, H. (Hg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied, 1901-1909
Gildemeister, R. (1983): Als Helfer überleben – Beruf und Identität in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Neuwied
Gildemeister, R. (1992): Neuere Aspekte der Professionalisierungsdebatte. In: Neue Praxis, Nr.3
Gottschaldt, M. (1997): Alkohol und Medikamente, Stuttgart
Grawe, K. (1995b): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. In: Psychotherapeut 40, 130-145
Grawe, K. et al. (1995a): Psychotherapie im Wandel, Göttingen
Grigoleit, H. u. a. (1993): Handbuch Sucht - Prävention und Behandlung - Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung, St. Augustin, 1-2
Gross, W. (1995): Was ist das Süchtige an der Sucht?, Geesthacht

Großmaß. R. (1997): Paradoxien und Möglichkeiten psychosozialer Beratung. In: Nestmann, F. (Hg.): Beratung, Tübingen, 111-136
Grözinger, H. (1991): Sozialarbeit und therapeutische Zusatzqualifikation. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 1, Jg.138, 8-9
Günther, E.-P. (1994): Bemerkungen eines Sozialarbeiters zum Psychotherapeutengesetz und Thesen zur ‚neuen Sozialarbeit'. In: Sozialmagazin, 19. Jg., 70-77
GwG Akademie GmbH (Hg.) (1998): Weiterbildung zum Sozialtherapeuten, Köln
Haag, F. (o. J.): Sozialtherapie. In: Hahn, P. (Hg.): Die Psychologie des XX. Jahrhunderts, Band 9, München, 929 ff
Habermas, J. (1981): Theorie kommunikativen Handelns, Frankfurt/M.
Hackeney, H. & Nye, S. (1979): Beratungsstrategien – Beratungsziele, München und Basel
Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung (1999): Berufsbegleitende Weiterbildung, Hamburg
Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung (2000): Berufsbegleitende Weiterbildung, Hamburg
Heckmann, W. u. a. (Hg.) (1997): Suchtkrankenhilfe, Weinheim
Heekerens, H. P. (1992): Soziale Arbeit und Psychotherapie. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Jg. 22, 424-448
Heigl, F. (1987): Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie, Göttingen
Heigl-Evers, A. (1977): Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken, Kassel
Heigl-Evers, A. (1995): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode, Göttingen
Heigl-Evers, A.; Helas, I.; Vollmer, H. C. (1995): Suchtkranke, Göttingen
Heigl-Evers, A.; Helas, I.; Vollmer, H. C. (Hg.) (1991): Suchttherapie, Göttingen
Heigl-Evers, A.; Helas, I.; Vollmer, H. C. (Hg.) (1993): Eingrenzung und Ausgrenzung, Göttingen
Heilpraktiker-Gesetz (HPG) (1939): Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung vom 17.2.1939
Heinzl, A. (1981): Sozialarbeit im Anton Proksch-Institut. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 4, Nr. 3, 53-55
Helas, I. & Reim, T. (1988): Lebensgeschichte, Weiterbildung und Professionalisierung. In: Heigl-Evers, A. (Hg.): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskranken-Wege zur Kooperation?, Wuppertal
Helas, I. (1993): Theorie und Praxis der psychoanalytisch orientierten Weiterbildung zum Sozialtherapeuten. In: Bilitza, K. W. (Hg.): Suchttherapie und Sozialtherapie: Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis, Göttingen
Helas, I. (1997): Über den Prozeß der Professionalisierung in der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V. (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.
Henkel, D. (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus, Weinheim
Henkel, D. u. a. (1993): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus aus epidemiologischer, ätiologischer und rehabilitativer Sicht. In: Suchtgefahren, 233-145
Hering, S. & Münchmeier, R. (2000): Geschichte der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. In: Rauschenbach, T. (Hg.): Grundlagentexte Sozialpädagogik/ Sozialarbeit, Weinheim und München
Hesse, J. (Hg.) (1997): Systemisch-lösungsorientierte Kurztherapie, Göttingen
Hitzler, R. & Honer, A. (1997): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung, Opladen
Hoffmann, N. (Hg.) (1977): Therapeutische Methoden in der Sozialarbeit, Salzburg

Hoffmann-Riem, C. (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie: Der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, 339-372

Hoffmann-Riem, C. (1984): Das adoptierte Kind. Familienleben mit doppelter Elternschaft, München

Höhner, G. (1991): Psychosoziale Versorgung. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 1, Jg. 138, 16-17

Hompesch, R. & Hompesch-Cornetz, I. (1978): Problemdefinition und Handlungsformen von Sozialarbeit und Therapie. In: Eyferth, H.; Hirschauer, H.- U. O.; Thiersch, H.; Utermann, K. (Hg.): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, 24 – 36

Hüllinghorst, R. & Lehner, B. (1997): Sucht ´97- Umfang und Hilfen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.

IFT Institut für Therapieforschung (Hg.) (1996): Erweiterte Jahresstatistik 1995 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der BRD, München

IGM (Hg.) (1991): Das Suchtbuch für die Arbeitswelt, Frankfurt a. M.

Jellinek, E. M. (1960): Alcoholism, a genus and some of its species, Canada Mes. Ass. J. 83

Johach, H. (1983): Sozialtherapie und Alltagspraxis, Weinheim

Kanfer, F. H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (1996): Selbstmanagement Therapie, Berlin

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW) (Hg.) (2000): Studienordnung Suchthilfe vom 26.09.00

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW) (Hg.) (2001): Master-Studiengang „Suchthilfe“, zu beziehen: www.kfhnw.de

Katholische Stiftungsfachhochschule München (2002) Aktuelles Fortbildungsprogramm, www.dbsh.net/sozialtherapie

Keup, W. (1978): Sucht als Symptom, Stuttgart

Keupp, H. & Stark, W. (1993): Empowerment. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 2, 40

Keupp, H. (1991): Beratung und Therapie. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 9/10, Jg. 138, 3-5

Kindermann, W. (2002): Im Labyrinth der Sucht. Sucht und Suchtverhalten, Missbrauch und Abhängigkeit. In: Eggebrecht, F. & Pehl, T. (Hg.): Chaos und Beziehung, Tübingen, 143-156

Kircher, V. (1995): Weiterbildung Sozialtherapie: Ein Arbeitskonzept. In: Caritas, Nr.11

Kircher, V. (1996): Weiterbildung Sozialtherapie, Wissenschaftlich-theoretische Grundlegungen. In: Sozialtherapie, Heft 16, 60-72

Klein, M. (2002): Das Verhältnis der Psychologie zur Medizin in der Suchthilfe. In: inforum Nr. 2/2002, 6

Kluge, F. (1989): Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, Berlin

Knischewski, E. (1997): Die Wohlfahrtsverbände in der Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.

Knoll, A. (1993): Die Gestalt der Sozialarbeit. In: Denken und Handeln Nr. 20, Schriftreihe der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Knoll, A. (1997): Sozialarbeit in der klinischen Psychiatrie auf dem Wege von der Fürsorge zur Sozialtherapie? Dissertation an der Universität Kassel

Knoll, A. (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie: von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Opladen

Knoll, A. (2001): Rückenstärkung und Nabelschau, Vortrag am 10.05.2001 in der Fachklinik auf der Egge, unveröffentlicht, Arnsberg
Knoll, A. (2002): Die professionelle Sozialtherapie der Sozialen Arbeit. In: Eggebrecht, F. & Pehl, T. (Hg.): Chaos und Beziehung, Tübingen, 205-233
Kolb, R. (1997): Rentenversicherungsträger. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit Frankfurt am Main
Körkel, J. & Kruse, G. (1997): Mit dem Rückfall leben, Bonn
Körkel, J. (1992): Der Rückfall des Suchtkranken, Berlin
Körkel, J. (1995): Sucht und Rückfall, Stuttgart
Körkel, J. (Hg.) (1991): Praxis der Rückfallbehandlung, Wuppertal
Köthke, W. u. a. (1999): Psychotherapie? – Psychoszene auf dem Prüfstand, Göttingen
Köttgen, C. (1992): Schizophrenie – ein Kampf zwischen Überanpassung und Widerstand. In: Andersen, B. u. a.: Mensch Psychiatrie Umwelt, ökologische Perspektiven für die soziale Praxis, Bonn, 161-173
Krasney, E. O. (1997): Sozialversicherungsrechtliche Entwicklungen bei der Betreuung Suchtkranker. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Deutschland- Geschichte, Strukturen, Perspektiven, Freiburg i. B.
Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hg.) (1996): Wörterbuch Soziale Arbeit, Weinheim, 567-571
Kreikebohm, R. (1995): Die Beteiligung des Staates an der Finanzierung der Rentenversicherung in der historischen Entwicklung. In: Zeitschrift für Sozialreformen, Nr.8
Krystal, H. & Raskin, H. A. (1983): Drogensucht, Göttingen
Kultusministerkonferenz (Hg.) (1999): Neue Studiengänge und Akkreditierung, Bonn
Kuntz, H. (2000): Der rote Faden in der Sucht: Neue Ansätze in Theorie und Praxis, Weinheim und Basel
Kunze, H. & Kaltenbach (Hg.) (1994): Psychiatrie – Personalverordnung, Stuttgart, Berlin, Köln
Lamnek, S. (1993): Qualitative Sozialforschung - Band 2, Weinheim
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.) (1994): Konzeption- Sozialtherapeutische Weiterbildung für Mitarbeiter/-innen in der Suchtkrankenhilfe, Broschüre
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.) (2000a): Konzeption- Sozialtherapeutische Weiterbildung Suchtberater/in (LWL)
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.) (2000b): Konzeption- Sozial-/ Suchttherapie – verhaltenstherapeutisch orientiert
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.) (o. J.): Konzeption- Sozialtherapeutische Weiterbildung für Mitarbeiter aus Einrichtungen der alkohol- und Drogenarbeit
Landtag NRW (Hg.) (1988): Psychotherapeutische Behandlung durch Sozialarbeiter in Drogenberatungsstellen und Behandlungszentren. Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 1112, Drucksache 10/2943
Lauer, G. & Sohns, R. (1994): Was verstehen Abhängige unter einem Rückfall? In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 40, 89-98
Lechler, W. (1993): Von mir aus nennt es Wahnsinn, Stuttgart
Lechler, W. (1994): So kann's mit mir nicht weitergehen, Stuttgart
Lechler, W. (o. J.): Das Bad Herrenalber Modell, Schriftenreihe „Ansteckende Gesundheit", Bad Herrenalb
Leune, J. (1999): Wovon können Suchtberatungsstellen sich verabschieden? In: Pittrich, W. u. a. (Hg.): Neue Wege in der ambulanten Suchtberatung, Forum Sucht, Band 21, Münster
Linden, M. & Hoffmann, N. (1976): Erhöhter therapeutischer Anspruch und verschenkte therapeutische Chance: Kausale, kompensierende und kosettierende Therapie. In: Fiedler, P. A. & Hörmann, G. (Hg.): Therapeutische Sozialarbeit, Münster, 57–73

Lindenmeyer, J. (1993): Lieber schlau als blau, Weinheim
Lindenmeyer, J. (1993b): Lieber schlau als blau, Weinheim
Lippenmeier, N. (1993a): Sozialtherapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt a. M., 903f
Lippenmeyer, N. (1997): Sozialtherapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt a. M.
Ludewig, K. (1995): Systemische Therapie, Stuttgart
Ludewig, K. (1996): Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. In: Keller, T. & Greve, N. (Hg.): Systemische Praxis, Bonn, 45-60
Lüssi, P. (2001): Systemische Sozialarbeit, Bern
MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen) (Hg.): HPG- Erlaubnis für Nichtdiplompsychologen, eingeschränkt auf Psychotherapie. V B 6 - 0419.3.1. Düsseldorf 29.3.1995
Matzat, J. (1993): Psychotherapie. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt am Main, 753
Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung, Weinheim
McDougall, J. (1989): Plädoyer für eine gewisse Anormalität, Frankfurt
Meinhold, M. (1978): Zum Stellenwert therapeutischer Interventionen in der Sozialarbeit. In: Eyferth, H.; Hirschauer, H.-U. O.; Thiersch, H.; Utermann, K. (Hg.): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, 56–62
Melchinger, H. (1998): Ambulante Soziotherapie, Band 115 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden
Merten, R. & Olk, T. (1999): Soziale Dienstleistungsberufe und Professionalisierung. In: Albrecht, G. (Hg.): Handbuch soziale Probleme, Opladen
Merten, Roland (Hg.) (1998): Sozialarbeit Sozialpädagogik Soziale Arbeit, Freiburg i. B.
Meyer, A.-E. u. a. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes - im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Hamburg-Eppendorf
Mieg, H. A. & Brunner, B. (2001): Experteninterviews (MUB Working Paper 6), Zürich
Miller, T. (2001): Systemtheorie und Soziale Arbeit, Stuttgart
Miller, W. & Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung, Freiburg i. B.
Moser, W. (1997): Instrumentenkoffer für den Praxisforscher, Freiburg
Mühlum, A. (2002): Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. In: Dörr, M. (Hg.): Klinische Sozialarbeit eine notwendige Kontroverse, Hohengehren, 10-22
Mühlum, A. (2002): Klinische Sozialarbeit – Modebegriff oder Modernisierungsprojekt? In: Eggebrecht, F. & Pehl, T. (Hg.): Chaos und Beziehung, Tübingen, 235-248
Mühlum, A. (2002): Klinische Sozialarbeit – Stationen einer Kontroverse. In: Gödecker-Geenen, N. & Nau, H. (Hg.): Klinische Sozialarbeit, Münster, 18-56
Müller, E. (1995): Ich trinke, um zu vergessen, dass ich Trinke, Salzburg
Müller, H. (1986): Sozialarbeit und Psychotherapie. In: BHS (Hg.): SOZIAL 1/86, Essen, 27-30
Nellessen, L. (1982): Soziale Therapie als Kritik der institutionellen Therapieformen. In: Gaertner, A.: Sozialtherapie, Neuwied, 170-200
Nellessen, L. (1986): Sozialtherapie – Ein Praxisfeld der Methodenintegration. In: Schorr, A.: Psychologie Mitte der 80er Jahre, Bonn, 269-278
Nestmann, F. (1981): Beratung. In: Rexilius, G. & Grubitzsch, S.: Handbuch psychologischer Grundbegriffe, 128-135, Reinbek bei Hamburg

Nestmann, F. (1982): Beratung und Beratungsqualifikation. In: Müller, S. u. a. (Hg.): Haltungskompetenz in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Bielefeld
Nestmann, F. (Hg.)(1997):Beratung, Tübingen
Neuffer, M. (1990): Die Kunst des Helfens, Weinheim und Basel
Neumann-Mehring, S. & Peter, H. (1978): Von der Psychologisierung des Alltags zur 'therapeutischen' Sozialarbeit? In: Eyferth, H.; Hirschauer, H.-U. O.; Thiersch, H.; Utermann, K. (Hg.): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, 151 – 158
Nickels, C. (1998): Drogen- und Suchtbericht 1998 der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
Niemeyer & Stähler (2000): Auswirkungen des Psychotherapeuten Gesetzes auf die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell Heft 1/ 27-31)
Ningel, R. &Funke, W. (1995): Soziale Netze in der Praxis, Göttingen
Nodes, W. (2003): Soziotherapie Fehlanzeige? In: forum Sozial 1, 37-38
Olk, T. (1986): Abschied vom Experten. Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität, Weinheim
Olm, P. (1992): Raucherentwöhnung in der ambulanten Arbeit mit Alkoholabhängigen. In: Die Berufliche Sozialarbeit. Heft 2, 28-33
Olm, P. (1997): Suchtverlagerung bei Alkoholabhängigen, Diplomarbeit an der Universität Kassel, unveröffentlicht
Olm, R. (1999): DBSH Institut zur Förderung der sozialen Arbeit e. V., Festschrift zum 10-jährigen Bestehen des DBSH Institutes, Essen
Oppl, M. (1996): Rehabilitationskonzept - Klinik Bad Herrenalb
Ortmann, K. & Schaub, H.-A. (2002): Klinische Sozialarbeit. Eine kritische Sicht auf ein neues Fachgebiet. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 1/2002, 66-72
Otto, H.- U. & Schreiber, R. (1978): Gegen verkürzte Perspektiven - Anmerkungen zu einigen scheinbaren und tatsächlichen Widersprüchen zwischen Sozialarbeit und Therapie. In: Eyferth, H.; Hirschauer,H.- U.O.; Thiersch, H.; Utermann, K. (Hg.): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, 2-6
Pantućek, P. (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe, Freiburg i. B.
Pauls, H. (2002): Spezialisierte Qualifizierung, Kompetenzstufen und berufliche Profilierung. In: Gödecker-Geenen, N. & Nau, H. (Hg.): Klinische Sozialarbeit, Münster, 140-177
Perlmann, H.-H. (1978): Soziale Einzelhilfe als problemlösender Prozeß, Freiburg i. B.
Perls, F. & Baumgardner, P. (1990): Das Vermächtnis der Gestalttherapie, Stuttgart
Petry, J. (1993): Behandlungsmotivation, Weinheim
Petry, J. (1996): Alkoholismustherapie, Weinheim
Petzold, H. (1986),: Vorwort. In: Rahm, D.: Gestaltberatung - Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit, Paderborn, 9f
Petzold, H. G. & Orth, I. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Bd. 1 und 2, Paderborn
Petzold, H. G. (1997): Soziotherapie und SoziotherapeutInnen –ein Beruf ohne Chance? Grundsätzliche und programmatische Überlegungen. In: Sticht, U. (Hg.): Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Suchtkrankenhilfe im Umbruch, Freiburg i. B.
Petzold, H. G.; Goffin, J. J. M.; Oudhoff, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die ‚positive' Perspektive in der longitudinalen ‚klinischen Entwicklungspsychologie' und ihre Umsetzung in der Praxis der Integrativen Therapie. In: Ders.: Psychotherapie und Babyforschung, Paderborn
Petzold, H. G. (1996): Integration und Kreation, Düsseldorf
Pitnzke-Thiem, A. (1999): Durchführung von Verhaltenstrainingsprogrammen, unveröffentlichte Sammlung von Arbeitsblättern an der Fachhochschule Nürnberg

Pittrich, W. u. a. (Hg.) (1999): Aktuelle Entwicklungen in der Behandlung Alkoholabhängiger. Schriftenreihe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Forum Sucht, Band 24, Münster

Posner, E. (1989): Psychotherapie-Sozialtherapie: eine Standortbestimmung aus der Sicht der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. In: Die Berufliche Sozialarbeit, Nr.2/3

Pritz, A. (Hg.) (1996): Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen, Wien

Psychotherapeutengesetz (PsychThG) (1998): Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998, (BGBl. I. S. 1311, geändert durch Gesetz vom 04.12.2001; BGBl I. S. 3320 – 3324)

Rahm, D. (1995): Gestaltberatung - Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit, Paderborn

Rauchfleisch, U. (1996): Menschen in psychosozialer Not, Göttingen

Rauchfleisch, U. (2001): Arbeit im psychosozialen Feld

Redlich, A. (1997): Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. In: Nestmann, F. (Hg.): Beratung, Tübingen, 151-160

Reichel, W. (1981): Sozialtherapie. In: Rexilius, G. & Grubitzsch, S.: Handbuch psychologischer Grundbegriffe, Reinbek bei Hamburg, 1018–1022

Reinert, T. (2001): Suchtbehandlung ohne Psychotherapie? In: Der Partner, Nr. 5, 2-8

Richelshagen, K. (1996): SuchtLösungen, Freiburg i. B.

Richter, H.-E. (1974): Lernziel Solidarität, Reinbek

Richter, H.-E. (1978): Was ist Sozialtherapie? In: Ders.: Engagierte Analysen. Über den Umgang des Menschen mit dem Menschen, Reinbek, 165-175

Richter, H.-E. (1996): Sozialtherapie. In: Kreft, D. & Mielenz, I. (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit, Weinheim, 567-571

Richter, H.-E. u. a. (1991): Immer mehr? Die Verführung zur Sucht, München

Rink, J. (Hg.) (1995): Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit, Geesthacht

Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1980): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart

Rogers, C. R. (1972): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München

Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, München

Rost, W.-D. (1992): Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart

Rüger, U. & Blomert, A. F. u. a. (1990): Coping, Göttingen

Sachsse, U. (1987): Selbstschädigung als Selbstfürsorge. In: Forum der Psychoanalyse, 3, 51-70

Sachsse, U. (1996): Selbstverletzendes Verhalten, Göttingen

Salomon, Alice (1926): Soziale Diagnose, Berlin

Salzberger, I. (1973): Die Psychoanalyse in der Sozialarbeit, Stuttgart

Sarrazin, D. (1999): Zusatzqualifikation Sozial-/Suchttherapie, Rundschreiben, Az.: 628104/09 –Sa-

Sarrazzin, D. (2002): Der sozialpädagogische Blick ist und bleibt wichtig. In: inforum, Nr. 2/2002, 5

Schallenberg, H. (1999): Was die Sucht vereint, sollte der Behandler nicht trennen?, Referat anlässlich einer Fachtagung im Therapiezentrum Speyer am 05.05.1999

Schalt, T. (1998): Rechtsgutachten zu den Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes auf die Suchtkrankenhilfe

Scheiblich, W. (2000): Was wirkt bei der Überwindung der Alkoholabhängigkeit? In: Nickolai, W. (Hg.): Jenseits von Therapie, Freiburg i. B., 13-33

Scheipers, R. (1994): Therapeutische Weiterbildungen. Die Standards der Renten- und Krankenversicherungsträger. In: Scheiblich, W. (Hg.): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg, 106-117
Schiedeck, J. (1985): Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Dissertation an der Pädagogischen Hochschule zu Kiel
Schiffer, E. (2001): Wie Gesundheit entsteht, Weinheim
Schlanstedt, G.. u. a. (2001): Zur Definition von chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig – Eine empirische Überprüfung anhand von Daten des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. In: SUCHT, Heft 5, 331-340
Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen
Schmid, W. (2000): Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst, Frankfurt a. M.
Schmidt-Grunert, M. (Hg.): Sozialarbeitsforschung konkret, Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode, Freiburg i. B.
Schmied-Flöss, P. (1997): Sozialtherapeutische Gruppenarbeit mit Methadonbezügerinnen und Methadonbezügern – Ein Praxis und Projektbericht aus dem Oberwallis, Köniz
Schneider, R. (1985): Suchtverhalten aus lerntheoretischer und verhaltenspsychologischer Sicht. In: DHS (Hg.): Süchtiges Verhalten, Hamm, 48-65
Schneider, W. & Freyberger, H. J. (2000): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen
Schofield, W. (1964): Psychotherapy, the purchase of friendship, New-Jersey
Schrödter, W. (1991): Gutachten: „Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung“. Erstellt im Auftrag des MAGS, unveröffentlicht
Schrödter, W. (1997): Zum Konzept von Beratung als integrativer Bestandteil der psychosozialen Versorgung. In: Nestmann, F. (Hg.): Beratung, Tübingen, 71-90
Schütz, M. (1995): Zur geschichtlichen Entwicklung kurzpsychotherapeutischer Verfahren, unveröffentlichtes Referat, Stadtlengsfeld
Schütze, F. (1992): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Dewe, B. (Hg.): Erziehen als Profession- Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern, Opladen
Schwendter, R, (2000): Einführung in die Soziale Therapie, Tübingen
Schwoon, D. R. (1990): Motivationsbehandlung bei Alkoholkranken. In: Schwoon, D. R. & Krausz, M. (Hg.): Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Stuttgart
Schwoon, D. R. (1996): Der Einfluß prätherapeutischer, potstherapeutischer und interventionsspezifischer Variablen auf das Therapieergebnis bei Alkoholkranken. In: Krausz, M. & Haasen, C. (Hg.): Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens, Freiburg i. B., 126-150
Seibert, U. (1978 b): Soziale Arbeit als Beratung, Weinheim und Basel
Seibert, U. (1978a): Thesen zur Identität von Sozialarbeit und Therapie. In: Eyferth, H.; Hirschauer, H.-U. O.; Thiersch, H.; Utermann, K. (Hg.): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, 49 – 54
Seiwert, L. J. (2001): Life-Leadership, Frankfurt a. M.
Sickinger, R. (1982): Drogenhilfe, München
Sickinger, R. (1994): Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit, Freiburg
Singer, W. & Bläsner, H. (2002): Die medizinische Rehabilitation nicht-substituierter und substituierter Drogenabhängiger. In Konturen, 1, 22-26
Specht, F. (1992): Vorläufiges Kurzgutachten zu den Regeln des Fachlichen Könnens in der Psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (Erziehungsberatung). Erstattet für das MAGS-NRW, unveröffentl.

Standke, G. (1991): Die Bedeutung des psychoanalytisch- interaktionellen Prinzips für Sozialarbeit und Sozialtherapie. In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für soziale Arbeit, Ausg.11, 39 – 44

Steingass, H. P. u. a. (Hg.) (2000): Soziotherapie chronisch Abhängiger, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG, Geesthacht

Stein-Menninckheim, K. (1991): Sozialtherapeutische Fallanalyse als Beitrag zur Methodenentwicklung, unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Kassel

Sticht, U. (Hg.) (1997): Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch, Freiburg i. B.

Stock, C. (2002): Die neue Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ und das Psychotherapeutengesetz. In: Psychotherapie und Recht, Zeitschrift für die Rechtsanwendung in der psychotherapeutischen Praxis, Heft 1, 6-18

Strauss, A. L. (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung, München

Strotzka, H. (1975): Was ist Psychotherapie? In: Strotzka, H. (Hg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikation, München

Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1993): Kurzpsychotherapie, Stuttgart

Subkoswki, P. (2001): Zur psychoanalytischen Sicht der Grenzen des Heilens von Suchterkrankungen. In: Sucht Aktuell 2, Jg. 7, 45-51

Szenen-Institut für Psychodrama (2001): Konzeption und Informationsmaterial unter: Szenen-Institut für Psychodrama, Meckenheimer Allee 131, 53115 Bonn

Tasseit, S. (2001): Was Psychologen in der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken machen und warum sie dies nicht in einer Praxis als Niedergelassene und nicht allein machen sollten. In: Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung, Jg. 32, Nr. 11, 151-154

Tausch, R. (1994):Von der Gesprächs- und Verhaltenstherapie zur multimodalen Psychotherapie. In: Bad Tönissteiner Blätter, Band 6/ Heft 2, 20-33

Theobald, A.; Erdle, H. (1975): Das Recht der Heilberufe, Hebammen und Heilpraktiker, München

Thiersch, H. (1978): Zum Verhältnis von Sozialarbeit und Therapie. In: Eyferth, H.; Hirschauer, O. (Hg.): Neue Praxis: Sonderheft Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, 6–24

Thiersch, H. (1997): Soziale Beratung. In: Nestmann, F. (Hg.): Beratung, Tübingen, 99-110

Thomas, G. J. (1989): Soziotherapeutische und freizeitpädagogische Aspekte in der Therapie Suchtkranker am Beispiel des Lernziels Genussfähigkeit. In: Suchtgefahren 35, Nr. 6, 397-401

Tretter, F. (2000): Suchtmedizin, Stuttgart

Tretter, F. (2000): Wie praktisch ist die Suchttheorie? Wissenschaftstheoretische Probleme der Suchtforschung und Suchthilfe. In: Suchtaktuell, Nr. 1, Jg. 7, 69-74

Trojan, A. (1993): Ohnmacht kränkt - Empowerment wirkt gesundheitsfördernd. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 2, 58-61

Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) (1991): Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht, Frankfurt

Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) (Hg.) (1992): Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten (Tätigkeitsfeld Sucht) gemäß der Anlage 1 der Empfehlungsvereinbarung vom 20. November 1978 und § 5 Abs. 4 der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29. Januar 1991. In Deutsche Rentenversicherung 7-8/92, Frankfurt, 468-473

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) (2000): Geprüfte Weiterbildungen im Sinne der Empfehlungsvereinbarung Sucht vom 20. November 1978 sowie der EV Ambulante Rehabilitation Sucht vom 29. Januar 1991, Zur Anerkennung empfohlene Weiterbildungen (Stand: Oktober 2000)

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) (2000): Rehabilitation durch die Rentenversicherung, Broschüre, Frankfurt a. M.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Empfehlungsvereinbarung über die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger zwischen dem AOK- Bundesverband, dem Bundesverband der Betriebskassen, dem Bundesverband der Innungskrankenkassen, der See-Krankenkasse, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen (Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht) vom 29.1.1991 in der Fassung vom 5.11.1996, Frankfurt

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Empfehlungsvereinbarung zwischen dem Bundesverband der Ortskrankenkassen, dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, dem Bundesverband der Innungskrankenkassen, der Seekrankenkasse, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft, dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20.11.1978, Frankfurt

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.) (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001

Villiez, T. v. (1986): Sucht und Familie, Heidelberg

Vögtling, U. (1997): Soziotherapie – Gratwanderung zwischen Pädagogik und Therapie. In: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Sozialtherapie, Heft 17, 44-50

Wahrig, G. (Hg.) (1978): Fremdwörterlexikon, Gütersloh, 643

Watzl, H. (1997): Grundlagen praxisrelevanter Suchtforschung. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.): Praxisrelevante Suchtforschung, Münster, 7-19

Weinberger, S. (2000): Klientenzentrierte Gesprächsführung, Weinheim und Basel

Wendt, W. R. (1998): Behandeln können. Klinische Kompetenzen in Praxisfeldern Sozialer Arbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Nr. 9 und 10/98, 8-14

Werder, L. v. & Peter, J. (1992): Die Selbstanalyse in Therapie und Selbsthilfe, Weinheim

Werner, E. (1996): Gefährdete Kindheit in der moderne. Protektive Faktoren. In: Opp, G. & Peterander, F. (Hg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft, München und Basel

Werner, W. (1986): Möglichkeiten und Grenzen integrativer therapeutischer Konzepte aus der Sicht der Ärzte. In: BHS (Hg.): SOZIAL 3/86, Essen 15 -18

Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997): Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen, Berlin

Wiegand, G. (1998): Die medizinische Rehabilitation Suchtkranker. Was ändert sich mit dem Psychotherapeutengesetz? Unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung der AG Katholischer Fachkrankenhäuser für Suchtkranke, Bensheim

Wiegand, G. (1999): Das Psychotherapeutengesetz aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers – was ändert sich für die Rehabilitation Suchtkranker? In: Sucht, Jg. 45, Heft 3, 208-210

Wieler, J. (1986): Zum Stand der Sozialtherapie. In: BHS (Hg.): SOZIAL 1/86, Essen, 23–25

Wienand, M. W. (1982): Psychotherapie, Recht und Ethik,. Weinheim und Basel

Wienberg, G. (Hg.) (1992): Die vergessene Mehrheit, Bonn

Wimmer, D. (2000): (Weiter-)Entwicklung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus Sicht der BfA. In: Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.: Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen, Geesthacht

Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen, Frankfurt

Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie, Weinheim, 227-255

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) (2001): Richtlinien zur Anerkennung und Berufsethische Prinzipien. Zu beziehen: IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit, Fachhochschule Coburg, Friedrich-Streib-Strasse 2, 96450 Coburg

Zielke, M. (1980): Sind Profis zu ‚Abgebrüht'? In: Psychologie Heute, Heft 1, 62

Adressverzeichnis der Weiterbildungsinstitute

(Stand 01/2003)

Angermünder Institut für Suchttherapie und Suchtmedizi – AISS
Medizinisch & Soziales Zentrum Angermünde gGmbH
Rudolf – Breitscheid – Straße 37, 16278 Angermünde
Telefon: 02331/2710, FAX: 02331/271444

DBSH Institut zur Förderung der sozialen Arbeit e.V.
Niederstr. 12-16, 45141 Essen
Telefon und Fax: 0201/32003

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung (EAG)
Staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung
Wefelsen 5 (Beversee), 42499 Hückeswagen
Telefon: 02192 / 8580, Fax: 02192 / 85822

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)
Odeonstr. 14, 30159 Hannover
Telefon: 0511/18333, Fax: 0511/18326

Fritz Perls Institut
für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI)
Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Kühlwetter Str. 49, 40239 Düsseldorf
Telefon: 0211 /62 22 55

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS)
im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Kurt-Schumacher-Str. 2, 34117 Kassel
Telefon: 0561/10957-0

Hamburger Institut für Gestaltorientierte Weiterbildung (HIGW)
Holzhäuser 2, 21079 Hamburg
Telefon: 040 / 768 64 42, Fax: 040 / 768 42 64
E-Mail: gestalt-weiterbildung@t-online.de

Institut für Fort- und Weiterbildung, Forschung und Entwicklung (IF)
Katholische Stiftungsfachhochschule München
Preysingstraße 83,81667 München
Telefon: 089 / 48092-279
http://www.ksfh.de

Katholische Fachhochschule NRW – Abt. Köln
Wörthstraße 10, 50668 Köln
Telefon: 0211/7757-155
http://www.kfhnw.de
http://www.suchthilfe-master.de

Kurt Lewin Institut für Psychologie
Fernuniversität
Postfach 940, 58084 Hagen
In Kooperation mit:
deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)
Postfach 1343
72003 Tübingen

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung
Hörsterplatz 4, 48133 Münster

Szenen Institut für Psychodrama
Meckenheimer Allee 131, 53115 Bonn
Telefon: 0228/691906