

Natalie Eller

Psychotherapie – aber für wen?

**Kritische Analyse zur psychotherapeutischen
Versorgung von hard to reach Klient*innen aus
der Perspektive der Klinischen
Sozialen Arbeit**



Natalie Eller

Psychotherapie – aber für wen?

Kritische Analyse zur psychotherapeutischen
Versorgung von hard to reach Klient*innen aus
der Perspektive der Klinischen Sozialen Arbeit



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Natalie Eller

Psychotherapie – aber für wen?

Kritische Analyse zur psychotherapeutischen Versorgung von hard to reach Klient*innen aus der Perspektive der Klinischen Sozialen Arbeit

Alle Rechte vorbehalten

© 2023 Natalie Eller

ISBN 978-3-947502-68-4

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

ZKS Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

info@zks-verlag.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
1 Begriffsbestimmungen	9
1.1 <i>Psychotherapie</i>	9
1.1.1 Psychotherapiegesetz	9
1.1.2 Definition des Gegenstands Psychotherapie	11
1.1.3 Zugelassene Psychotherapieverfahren	13
1.1.4 Ausbildung zum*zur Psychotherapeut*in	15
1.1.5 Finanzierung	16
1.2 <i>Klinische Soziale Arbeit</i>	18
1.2.1 Historische Betrachtung und Etablierung der Profession	18
1.2.2 Definition der Klinischen Sozialen Arbeit.....	19
1.2.3 Methoden der Klinischen Sozialen Arbeit.....	21
1.2.4 Zielgruppe der Klinischen Sozialen Arbeit: Hard to reach Klient*innen	22
2 Aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage der Zielgruppe	26
2.1 <i>Deutschland</i>	26
2.1.1 Verteilung von psychischen Erkrankungen	26
2.1.2 Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem	27
2.1.3 Inanspruchnahme fachspezifischer Behandlung	29
2.1.4 Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung	30
2.2 <i>Österreich</i>	33
2.2.1 Verteilung von psychischen Erkrankungen	33
2.2.2 Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem.....	35
2.2.3 Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen	35
2.2.4 Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung	36
2.3 <i>Aktueller Bezug zur COVID-19 Pandemie</i>	38
2.4 <i>Gründe für mangelnde Inanspruchnahme an Psychotherapie</i>	39
3 Blickwinkel der Klinischen Sozialen Arbeit auf die psychotherapeutische Versorgung von hard to reach Klient*innen	41
4 Methodik	45
4.1 <i>Fragestellung</i>	45
4.2 <i>Systematische Literaturrecherche</i>	45
4.3 <i>Rahmenbedingungen der Literaturrecherche</i>	46
4.4 <i>Durchführung der Literaturrecherche</i>	48
5 Barrieren der Psychotherapie für hard to reach Klient*innen	51
5.1 <i>Hochschwellige Rahmenbedingungen: Wartezeiten, Kosten und Co.</i>	51
5.2 <i>Dominanz von weißer Oberschicht</i>	54
5.3 <i>Geringe Sensibilität für Intersektionalität</i>	56
5.3.1 Nationale Herkunft und Ethnie	56
5.3.2 Sexuelle Orientierung und Geschlecht	58

5.3.3	Körperliche und geistige Behinderung.....	60
5.3.4	Soziale Herkunft und sozioökonomischer Status.....	62
5.3.5	Alter	62
5.4	<i>Fehlende Aktivierung von Ressourcen bezüglich des Abbaus von Sprachbarrieren</i>	65
5.5	<i>Geringe Lebensweltorientierung</i>	66
5.6	<i>Mangelnde Flexibilität des Psychotherapiesettings</i>	70
5.7	<i>Vernachlässigung von kontextualen und sozialen Problematiken</i>	73
5.8	<i>Exkludierende Selektion von Klient*innen</i>	76
5.9	<i>Geringe interdisziplinäre Vernetzung</i>	80
6	Psychotherapeutische Behandlungskonzepte für hard to reach Klient*innen	82
6.1	<i>Kontextorientierte Modellentwicklung in der Psychotherapieplanung (KOMEPP)</i>	85
6.2	<i>Aufsuchende und mobile Psychotherapie</i>	88
7	Behandlungskonzepte der Klinischen Sozialen Arbeit	91
7.1	<i>Stärkenorientiertes Case Management</i>	91
7.2	<i>Sozialtherapie</i>	94
8	Konsequenzen für die Praxis	99
8.1	<i>Praktische Implikationen für die Psychotherapie</i>	99
8.1.1	Abbau von Zugangsbarrieren.....	99
8.1.2	Schaffen von geeigneten Konzepten	99
8.2	<i>Praktische Implikationen für die Klinische Soziale Arbeit</i>	100
8.2.1	Ausbau der Forschung	100
8.2.2	Etablierung der Klinischen Sozialen Arbeit und Sozialtherapie.....	101
9	Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Klinischer Sozialen Arbeit	104
	Resümee	109

Abkürzungsverzeichnis

AFT	Aufsuchende Familientherapie
ÄP	Ärztliche*r Psychotherapeut*in
AP	Analytische Psychotherapie
APA	American Psychological Association
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBL	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
bzw.	beziehungsweise
CSW	Clinical Social Work
DPTV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.
et al.	et alii – und andere
etc.	et cetera – und so weiter
f.	folgende (Seite)
ff.	fortfolgende (Seiten)
FH	Fachhochschule
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GNC	Gender Non-Conforming
HPT	Humanistische Psychotherapie
Hrsg.	Herausgeber
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
i.d.R.	in der Regel
IEFT	Integrative Experiential Family Therapy with Minorities
IQ	Intelligenzquotient
ISMFT	Intensive Specialized Multi-Family Therapy
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KOMEPP	Kontextorientierte Modellentwicklung in der

	Psychotherapieplanung
KJP	Kinder- und Jugendpsychotherapeut*in
MFT	Multifamilientherapie
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OFT	Outpatient Family Therapy
o.J.	ohne Jahresangabe
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
o.S.	ohne Seitenangabe
S.	Seite bzw. Seiten
SSOAR	Social Science Open Access Repository
sic	markiert Auffälligkeiten
ST/ SST	Systemische Familientherapie
TP	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
TSS	Terminservicestelle
u.a.	unter anderem
USA	United States of America
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VT	Verhaltenstherapie
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie
z.B.	zum Beispiel
§	Paragraf
PACT	Parent-Attachment Centered Therapy
PIE	Person-in-Environment
PPT	Psychodynamische Psychotherapie
PP	Psychologische*r Psychotherapeut*in
PsthG	Psychotherapiegesetz
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
zit.n.	zitiert nach

Einleitung

Die vorliegende Masterthesis beschäftigt sich mit der psychotherapeutischen Versorgung von hard to reach Klient*innen und geht der Frage nach, welche Zugangsbarrieren für diese Zielgruppe zur ambulanten Psychotherapie bestehen. Es soll kritisch betrachtet werden, welche strukturellen und professionsspezifischen Aspekte der Psychotherapie dies begünstigen. Zusätzlich soll erörtert werden, welche Rolle die Klinische Soziale Arbeit bei der Behandlung von hard to reach Klient*innen und im Verhältnis zur Psychotherapie spielt.

Dabei wird von dem Blickwinkel der Klinischen Sozialen Arbeit ausgegangen, da hard to reach Klient*innen die primäre Zielgruppe dieser Fachsozialarbeit darstellen. Dies ist der Autorin ein besonderes Anliegen, da Soziale Arbeit häufig von anderen Professionen betrachtet wird, jedoch ein kritischer Blick seitens der Sozialen Arbeit auf Psychotherapie, Psychologie und Medizin weitaus weniger Beachtung und Verbreitung findet. Dies liegt u.a. an der Deutungshoheit dieser Professionen und dem bislang lediglich sekundären Stellenwert der Sozialen Arbeit in multiprofessionellen Teams. Im Hinblick dessen soll diese Masterthesis dazu beitragen, den Machtdiskurs aufzuweichen und zum Austausch von Professionen, vor allem der Psychotherapie und Klinischen Sozialen Arbeit, auf Augenhöhe ermutigen.

Bei hard to reach Klient*innen handelt es sich um Menschen die oft mit vielfältigen Problematiken auf diversen Ebenen konfrontiert sind. Es existieren neben den psychischen Herausforderungen, oft auch soziale und sozioökonomische Schwierigkeiten. In der Praxis stößt die Psychotherapie folglich oft an ihre Grenzen diese Menschen mit ihren Bedürfnissen und komplexen Problemlagen zu erreichen und adäquat auf sie einzugehen. Dies führt u.a. dazu, dass Klient*innen als „nicht-therapiefähig“ deklariert werden und keine benötigte Behandlung stattfindet. Diese Problematik hat insofern eine außerordentlich hohe Relevanz, da die Versorgung bei den Menschen, die sie am meisten benötigen, nur unzureichend ankommt. Es ist daher zu erörtern, wie eine bessere Versorgung von hard to reach Klient*innen erreicht werden kann und welchen Beitrag die Professionen Psychotherapie und Klinische Soziale

Arbeit dafür zu leisten haben. Der Perspektive der Autorin nach kommt gerade der Sozialen Arbeit hierbei einen zentralen Stellenwert zu, da sie sich seit ihrer Entstehung mit der Person und deren Lebensbedingungen und Lebenswelt auseinandersetzt. Vor allem in der Klinischen Sozialen Arbeit, bei der Gesundheit im Fokus steht, werden jegliche Faktoren, die diese beeinflussen, berücksichtigt. Geißler-Pilz et al. (2005, S. 156) fügen hier hinzu:

[Die Klinische Soziale Arbeit – N.E.] ist komplementär zu biosomatischen Medizin und einer sich immer störungsspezifischer ausrichtenden Psychotherapie, die Profession und Disziplin, die den sozialen Menschen mit seinen psychosozialen Belastungen und Krisen, Behinderungen und Nöten in und mit seinem Umfeld wahrnimmt und in vernetzter gemeindenaher Kooperation (be-)handelt – mit Respekt und in Kenntnis seiner Biografie und Familie und unter Einbeziehung seiner Arbeitswelt, Freunde und Lebenslage.

Zu Beginn der Auseinandersetzung mit dem Themenbereich der psychotherapeutischen Versorgung von hard to reach Klient*innen wurden zwei zentrale Hypothesen aufgestellt:

1. Die Psychotherapie weist strukturelle und professionsspezifische Aspekte auf, die ungeeignet für die Behandlung von hard to reach Klient*innen sind.
2. Es gibt nur unzureichende Konzepte für die psychotherapeutische Behandlung von hard to reach Klient*innen.

Davon ausgehend entstand die handlungsleitende Forschungsfrage: „*Welche strukturellen und professionsspezifischen Zugangsbarrieren bestehen für hard to reach Klient*innen innerhalb der Psychotherapie und wie kann diese Zielgruppe optimal behandelt werden?*“

Um der gewählten Fragestellung nachzukommen werden zunächst die zentralen Begriffe Psychotherapie und Klinische Soziale Arbeit definiert. Darauf folgend wird die aktuelle Versorgungslage von hard to reach Klient*innen innerhalb Österreichs und Deutschlands in den Blick genommen, die anschließend mit der kritischen Betrachtung der Klinischen Sozialen Arbeit ergänzt werden soll. Darüber hinaus werden die identifizierten Zugangsbarrieren für hard to reach Klient*innen zur ambulanten Psychotherapie dargelegt. Diese Ergebnisse wurden mittels der Methodik einer systemischen Datenbankrecherche generiert, wofür vier einschlägige Fachdatenbanken durchsucht wurden. Des Weiteren

werden Behandlungskonzepte für hard to reach Klient*innen im Rahmen der Psychotherapie sowie der Klinischen Sozialen Arbeit betrachtet. Abschließend sollen Implikationen für die Praxis aufgestellt werden und für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Klinischer Sozialen Arbeit plädiert werden.

Zielsetzung dieser Masterthesis soll es somit sein, die vorhandenen Zugangsbarrieren der Psychotherapie aufzudecken und zu thematisieren sowie entsprechende Handlungsempfehlungen und Verbesserungsmöglichkeiten zu formulieren. Ferner sollen bestehende Behandlungsmöglichkeiten für hard to reach Klient*innen professionsübergreifend betrachtet werden. Des Weiteren sollen die Ergebnisse zu einem kritischen und konstruktiven Austausch zwischen Psychotherapie und Klinischer Sozialen Arbeit beitragen und interdisziplinäres Arbeiten voranbringen.

Sprachlich wird aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven und Begrifflichkeiten der Disziplinen Psychotherapie und Sozialer Arbeit in der vorliegenden Masterthesis von Klient*innen sowie Patient*innen gesprochen.

Zur Person der Autorin sei gesagt, dass es sich um eine *weiße* Frau, welche der oberen Mittelschicht zugehörig ist und mit sehr vielen Privilegien ausgestattet ist, handelt. Die Arbeit ist dementsprechend auch durch diese Perspektive beeinflusst. Hinzu kommt, dass sie in Österreich sozialisiert wurde und auch den ersten Teil der Psychotherapieausbildung bereits in Wien abgeschlossen hat. Darauf begründet sich die Darstellung beider Länderperspektiven und -situationen.

1 Begriffsbestimmungen

In folgendem Kapitel werden zentrale Begriffe, auf welche sich die vorliegende Masterthesis bezieht, erläutert. Es wird auf die Begriffe Psychotherapie, Klinische Soziale Arbeit sowie hard to reach Klient*innen eingegangen. Dabei wird der Fokus der Definitionen und Situationen auf die Länderperspektiven von Deutschland und Österreich gelegt.

1.1 Psychotherapie

Psychotherapie ist in jedem Land anderen gesetzlichen Bestimmungen unterworfen. Ebenso obliegt die Anerkennung von einzelnen psychotherapeutischen Verfahren und Methoden sowie die Ausbildung und Finanzierung den jeweiligen Ländern, weshalb starke Unterschiede zu verzeichnen sind und in den folgenden Unterkapiteln verschiedene Aspekte im Vergleich zwischen Deutschland und Österreich dargestellt werden sollen.

1.1.1 Psychotherapiegesetz

In Deutschland wurde das Psychotherapiegesetz im Jahre 1998 verabschiedet (vgl. Best, 2021, S. 346). Seitdem durchlief das Gesetz zahlreiche Änderungen, Erneuerungen und Reformen, wovon die wesentlichsten hier dargestellt werden sollen. Eine große Veränderung war 1999 zu verzeichnen, als Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen (KJP) ärztliche Psychotherapeut*innen (ÄP) im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung weitgehend gleichgestellt wurden. Dadurch wurde das bisherige Delegationsverfahren, bei dem immer zuerst ein*e Ärzt*in kontaktiert werden musste, der*die anschließend die Behandlung an eine*n Psychotherapeut*in „abtreten“ konnte von einem Konsiliarverfahren, bei dem ein*e Psychotherapeut*in direkt aufgesucht werden kann und lediglich ein Konsiliarbericht durch ein*e Ärzt*in notwendig ist, abgelöst. Es benötigen seither sowohl Ärzt*innen als auch Psychotherapeut*innen, die mit den gesetzlichen Krankenkassen kooperieren wollen, eine Zulassung (vgl. Holst et al., 2020, S. 364). Mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie am 01.04.2017 wurden neue Behandlungselemente wie die

Psychotherapeutische Sprechstunde¹, Akutbehandlung², Rezidivprophylaxe³ sowie die telefonische Erreichbarkeit von Psychotherapeut*innen⁴ etabliert. Diese neuen Leistungen sollten zu einer schnelleren und besseren Versorgung beitragen und werden auch als „Strukturreform“ betitelt. Ob die damit beabsichtigten Ziele erreicht werden konnten, wird sich in wissenschaftlichen Projekten des Innovationsfonds zeigen, deren vollständigen Ergebnisse im Jahresreport 2022 der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung veröffentlicht werden (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 68ff.). Jedoch zeigten erste Ergebnisse des BARMER Report 2020 eine höhere Inanspruchnahme von Leistungen, was eine positive Tendenz erkennen lässt (vgl. Grobe et al., 2020, S. 198ff.). Seit dem 01.07.2019 bestehen zusätzlich neue Vermittlungsfristen, durch die Patient*innen bei berechtigtem Vermittlungswunsch von der Terminservicestelle (TSS) unterstützt werden, innerhalb von vier Wochen eine Psychotherapeutische Sprechstunde oder Probatorische Sitzung⁵ bzw. innerhalb von zwei Wochen eine Akutbehandlung beginnen zu können. Kann dies nicht gewährleistet werden, besteht ein Anspruch auf eine Behandlung im Krankenhaus. Zudem ist es Psychotherapeut*innen in Deutschland seither (mit Erweiterungen 2020) möglich, Krankenhausbehandlungen, Soziotherapie, Krankentransporte, medizinische Rehabilitation, Ergotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege zu verordnen (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 68ff.). Im Jahr 2019 wurde das

¹ Die Psychotherapeutische Sprechstunde dient der Klärung ob und welche krankheitswertige Störung vorliegt und welche Behandlung erforderlich ist (vgl. Grobe et al., 2021, S. 132).

² Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention, die der direkten Entlastung sowie der Vermeidung von Chronifizierung dient (vgl. Grobe et al., 2021, S. 133).

³ Rezidivprophylaxe umfasst Sitzungen die nach einer Langzeittherapie in größeren zeitlichen Abständen zur Stabilisierung und dem Erhalt von Therapieerfolgen dienen sollen (vgl. Grobe et al., 2021, S. 135).

⁴ Diese umfasst mindestens 200 Minuten pro Woche (vgl. Grobe et al., 2021, S. 132).

⁵ Probatorische Sitzungen erfolgen immer im Rahmen von mindestens zwei Sitzungen vor der Durchführung einer Psychotherapie. Sie dienen zur Diagnoseklärung, Indikationsstellung und Feststellung der Eignung des*der Patient*in für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren (vgl. Grobe et al., 2021, S. 129).

Psychotherapeutengesetz revidiert. Im Zuge dieser Revision wurde insbesondere die Reform der Psychotherapieausbildung beschlossen (vgl. Best, 2021, S. 346).

In Österreich wurde mit dem Bundesgesetz 361/1990 das erste Psychotherapiegesetz verabschiedet, welches 1991 in Kraft trat. Dies führte dazu, dass die Aus- und Weiterbildung etabliert, die Führung der Liste der eingetragenen Psychotherapeut*innen begonnen sowie der Psychotherapiebeirat entwickelt wurden (vgl. Datler et al., 2021, S. 7f.). Im Jahre 1992 fand eine ASVG-Novelle (BGBl 676/1991) statt, die Psychotherapie der ärztlichen Versorgung gleichgestellt und diese somit in den Pflichtleistungskatalog der Krankenversicherung aufnahm. Jedoch fehlt bislang ein Gesamtvertrag mit den Krankenversicherungen (vgl. Löffler-Stastka & Hochgerner, 2021, S. 57f.). Im Gegensatz zu Deutschland wurde das Psychotherapiegesetz seither nicht novelliert. Aktuell steht eine Neufassung des Psychotherapiegesetzes, welches auch die Ausbildung betreffen wird, zur Diskussion (vgl. Datler et al., 2021, S. 8).

1.1.2 Definition des Gegenstands Psychotherapie

Aus der aktuellen juristischen Perspektive heraus soll zu Beginn erörtert werden, was im Allgemeinen unter Psychotherapie zu verstehen ist. Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Deutschland besagt folgendes in §1 Abs. 2 zur Berufsbezeichnung:

Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden berufs- oder geschäftsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. [...] Tätigkeiten, die nur die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Ausübung der Psychotherapie.

Hier ist vor allem festzuhalten, dass es um die Feststellung, Heilung und Linderung von psychischen Störungen geht und dass die Behandlung sozialer Problematiken laut Gesetz nicht zur Psychotherapie zählt.

Das österreichische Psychotherapiegesetz (PsthG) definiert den Beruf Psychotherapie in §1 wie folgt:

Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewußte [sic] und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.

Auch hier geht es um die Wiederherstellung der Gesundheit und das Mildern und Beseitigen von Symptomen. Beide Gesetzesausschnitte weisen auf Psychotherapie als ein eigenständiges Heilverfahren hin (vgl. Stumm, 2011, S. 12), welches primär bei Verhaltensauffälligkeiten sowie bei einem bestehenden Leidensdruck zur Anwendung kommt (vgl. Slunecko, 2017, S. 11). Im Vergleich wird jedoch ersichtlich, dass das österreichische Gesetz auch eine Behandlung von psychosozial bedingten Störungen vorsieht. Zudem werden am Ende dieser Definition auch Zielsetzungen angesprochen, bei dem zusätzlich zu kranken Menschen auch gesunde Menschen als Zielgruppe eingeschlossen werden. Dies kann u.a. aufgrund diverser Problematiken oder des Wunsches nach Persönlichkeitsentwicklung geschehen (vgl. Slunecko, 2017, S. 11). Das deutsche Psychotherapieverständnis weist somit eine engeres Verständnis auf und ist durch Exklusionscharakter geprägt, da außerhalb des kurativen Aspekts, ein Ausschluss von weiteren Dimensionen wie Persönlichkeitsentwicklung aber auch gesundheitsfördernde und kultur- und gesellschaftskritische Aspekte besteht. Ferner werden auch die sozialen Aspekte in der psychotherapeutischen Behandlung explizit ausgeschlossen. Dies hatte zur Folge, dass Professionen, welche auf psychosoziale Problemlagen spezialisiert sind (wozu auch die Soziale Arbeit gehört), in Deutschland keinen Zugang zur Ausübung von Erwachsenenpsychotherapie hatten (siehe Kapitel 1.1.4) (vgl. Deloie, 2011, S. 100).

Um die juristische Perspektive zu erweitern, sollen nun einzelne weitere relevante Definitionen, welche den Gegenstand Psychotherapie skizzieren, genannt werden. Eine renommierte und häufig als Ausgangspunkt, auch für die genannten etablierten Gesetze (vgl. Deloie, 2011, S. 98) verwendete Begriffsbestimmung nahm Strotzka (1975) vor:

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 des pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig. (Strotzka, 1975, S. 4 zit. n. Auckenthaler, 2012, S. 148f.)

Im Lexikon der Psychologie versteht Dorsch (2021) unter Psychotherapie die gezielte professionelle Behandlung psychischer Störungen oder körperlicher Störungen, welche psychisch bedingt werden, welche mit Hilfe von psychologischen Mitteln vollzogen wird. Lutz (2010, S. 28) definiert Psychotherapie ebenso als *„interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte“*. Die Behandlung beinhaltet eine*n ausgebildete*n Psychotherapeut*in sowie ein*e oder mehrere Patient*innen, welche psychische Störungen, Probleme oder Beschwerden aufweisen. Die verwendeten psychologischen Mittel und Interventionen werden spezifisch an die Patient*innen angepasst und *„beruhen auf einer wissenschaftlichen Begründung und Evaluation ihrer Effektivität.“* (Lutz, 2010, S. 28)

1.1.3 Zugelassene Psychotherapieverfahren

In Deutschland obliegt die Anerkennung von Psychotherapieverfahren als sogenannte „Richtlinienverfahren“, welche damit als Leistung der GKV angesehen werden kann, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (vgl. Kammerer & Falk, 2019, S. 46). Die im Psychotherapiegesetz verankerte Begutachtung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) ist hingegen die *„Voraussetzung für die Berechtigung zur Ausübung von*

Psychotherapie, nicht jedoch für die sozialrechtliche Zulassung“ (Nübling, 2008, S. 102). Derzeit sind lediglich vier Psychotherapieverfahren im Erwachsenenbereich anerkannt: Analytische Psychotherapie (AP), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), die Verhaltenstherapie (VT) und seit November 2019 auch die Systemische Therapie (ST) (vgl. DPtV, 2022). Generell wird die restriktive Anerkennung kontrovers diskutiert (vgl. Nübling, 2008). Deloie (2011, S. 102f.) merkt hierbei an, dass vor allem Verfahren, welche sich u.a. dem Wachstumsaspekt in der Behandlung widmen in der gesetzlichen Krankenversicherung unbeachtet bleiben (was mit der Definition des Gegenstandes Psychotherapie in Deutschland zusammenhängt). Dabei ergibt sich eventuell eine einseitige Betrachtung und Behandlung, obwohl verschiedene Ansätze und Therapieverfahren existieren, deren vielfältiger Einbezug gerade bei hard to reach Klient*innen durchaus sinnvoll sein könnte. Bei der Verteilung der Verfahren ist bei Psychologischen Psychotherapeut*innen (PP) sowie bei Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen (KJP) als meist vertretenes Verfahren die Verhaltenstherapie zu nennen. Die Analytische Psychotherapie stellt die kleinste Gruppe dar. Bei den ärztlichen Psychotherapeut*innen (ÄP) hingegen bildet die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit 85%. Bei der Verteilung wurde die Systemische Therapie noch nicht berücksichtigt⁶ (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 65).

In Österreich besteht die Eigenheit, dass nicht nur die Methode, sondern auch (Ausbildungs-)Träger bestimmter psychotherapeutischer Schulen anerkannt werden müssen (vgl. Stumm, 2011, S. 22). Derzeit sind 23 einzelne Verfahren an 39 spezifischen Ausbildungseinrichtungen anerkannt, was im Vergleich zu anderen Ländern ein singuläres Konstrukt darstellt (vgl. Hochgerner, 2021, S. 27ff.). Es ist durch eine Offenheit für diverse Psychotherapieverfahren, welche wissenschaftliche Kriterien erfüllen, gekennzeichnet (vgl. Deloie, 2011, S. 103). Die Vielzahl an Therapieverfahren können den vier Clustern

⁶ „Da die Systemische Therapie erst seit dem 1.7.2020 mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann, liegen für dieses Verfahren noch keine relevanten Daten zur Häufigkeit der Anwendung vor.“ (Rabe-Menssen et al., 2021, S. 65)

psychodynamische Psychotherapie (PPT), verhaltenstheoretisch orientierte Psychotherapie (VT), humanistische Psychotherapie (HPT) und systemische Therapie (SPT) zugeordnet werden (vgl. Datler et al., 2021, S. 12). Bei der Betrachtung der Verteilung der Methoden sind die meist vertretenen Verfahren die Systemische Therapie gefolgt von Personenzentrierter Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Integrativer Gestalttherapie. Die am wenigsten vertretenen Verfahren sind neben der Daseinsanalyse, die Neurolinguistische Psychotherapie, die Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie sowie die Autogene Psychotherapie (vgl. Sagerschnig & Nowotny, 2020, S. 17). Im Vergleich wird ersichtlich, dass in Österreich weitaus mehr Therapieverfahren anerkannt sind und Deutschland ein restriktiveres Vorgehen aufweist.

1.1.4 Ausbildung zum*zur Psychotherapeut*in

Um in Deutschland den Beruf Psychotherapeut*in ausüben zu können, benötigte man bislang ein abgeschlossenes Medizin- oder Psychologiestudium, oder im Falle von Kinder- und Jugendpsychotherapie ein oben genanntes oder ein Studium der Pädagogik und Sozialpädagogik mit ausreichender Weiterbildung (vgl. Grobe et al., 2021, S. 128). Wie bereits erwähnt wurde nach langer Diskussion und verschiedenen Vorschlägen und Entwürfen (vgl. Hein, 2014) im November 2019 beschlossen, den Ausbildungsweg zu verändern. Zukünftig ist ein eigenständiges Psychotherapiestudium angedacht, welches somit einen direkteren Weg zum Beruf Psychotherapeut*in bedeutet (vgl. Grobe et al., 2021, S. 128). Die Approbation kann nach einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung nach dem abgeschlossenen dreijährigen Bachelor- und zweijährigen Masterstudium beantragt werden. Im Wintersemester 2020 wurde der neue Studiengang erstmals angeboten (vgl. Bühring, 2019, S. 1762).

Die Ausbildung zum*zur Psychotherapeut*in in Österreich obliegt nach wie vor dem Psychotherapiegesetz von 1991. Dieses besteht aus theoretischen und praktischen Anteilen die in zwei Ausbildungsabschnitte, das Propädeutikum und das Fachspezifikum, eingeteilt sind. Für den ersten Teil sind die Volljährigkeit sowie die Matura oder ein äquivalenter Abschluss Voraussetzung. Dieser umfasst berufsbegleitend eine durchschnittliche Länge

von zwei Jahren (vgl. Hochgerner, 2021, S. 26-30). Für den zweiten Teil, in dem eine Spezialisierung in einem Psychotherapieverfahren erfolgt, müssen das Propädeutikum abgeschlossen, das 24. Lebensjahr vollendet sowie ein Quellberuf⁷ oder eine Sondergenehmigung vorliegen (vgl. BGBl. Nr. 361/1990). Im Durchschnitt dauert das Fachspezifikum berufsbegleitend 6,9 Jahre (vgl. Hochgerner, 2021, S. 26). Im Ländervergleich bedeutet dies, dass Österreich derzeit noch Menschen ohne allgemeine Hochschulreife bzw. Bachelorabschluss in einem Quellberuf Zugang zum Beruf Psychotherapie bietet. Jedoch sind derzeit bereits *„23 von 39 aktiven Ausbildungsträgern universitär in der Ausbildung und durch Ausbildungsabschlüsse vernetzt, acht weitere Verfahren stehen mit 2020 kurz vor Abschluss einer Kooperation.“* (Hochgerner, 2021, S. 26) Dies zeigt auf, dass auch in Österreich eine Annäherung zu einem universitären Ausbildungssystem und der Akademisierung vorgenommen wird. Somit würde vermutlich ein akademischer Abschluss vorausgesetzt werden und die Möglichkeit einer Sondergenehmigung bei Eignung entfallen (vgl. Hochgerner, 2021, S. 32). Vollständige Änderungen werden sich jedoch erst nach der diskutierten Reform und angestrebten gesetzlichen Novellierung des Psychotherapiegesetzes zeigen.

1.1.5 Finanzierung

Die Länderunterschiede werden ebenfalls im Bereich der Finanzierung deutlich. Psychotherapie wurde bereits seit 1967 in Deutschland als Kassenleistung anerkannt (vgl. Best, 2021, S. 346). *„Anders als in vielen anderen westlichen Industrienationen [wird Psychotherapie] im Wesentlichen durch die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme finanziert.“* (Holst et al.,

⁷ Dazu zählen „Akademie für Sozialarbeit, ehemalige Lehranstalt für gehobene Sozialberufe, pädagogische Akademie (Pädagogische Hochschule), eine mit Öffentlichkeitsrecht ausgestatteten Lehranstalt für Ehe- und Familienberatung, (Kurz-)studium Musiktherapie, Hochschullehrgang Musiktherapie (Bachelorstudium Musiktherapie), Ausbildung im diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst oder gehobenen medizinisch-technischen Dienst, Studium der Medizin, Pädagogik, Philosophie, Psychologie, Publizistik- und Kommunikationswissenschaft oder Theologie, Studium für das Lehramt an höheren Schulen“ (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021)

2020, S. 370) Dies sind die gesetzlichen Krankenversicherungen sowie die gesetzlichen Rentenversicherungen (vgl. Holst et al., 2020, S. 370), aber auch private Versicherungen. *„Bei welchen Indikationen und welche psychotherapeutischen Verfahren durch die GKV erstattet werden, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der für eine Vielzahl an Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig ist, in der sogenannten Psychotherapie-Richtlinie.“* (Grobe et al., 2021, S. 129). Eine Kostenübernahme der GKV findet dann statt, wenn der Nutzen für die Behandlung in methodisch qualifizierten Studien nachgewiesen wurde, was bei fast allen psychischen Erkrankungen der Fall ist (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 61). Zudem muss die psychotherapeutische Leistung in einem anerkannten Richtlinienverfahren in Anspruch genommen werden. Dabei können Kurzzeittherapie 1 und 2 (24 Behandlungsstunden à 50 Minuten) sowie Langzeittherapie (ST 48 Stunden, VT 80 Stunden, TP 100 Stunden, AP 300 Stunden) mit eventuell anschließender Rezidivprophylaxe beantragt werden (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 65f.). Bezüglich der Dauer zeigt sich in einer Studie von Multmeier und Tenckhoff (2014), dass circa 70% aller Patient*innen eine Kurzzeittherapie und lediglich 30% eine Langzeittherapie durchlaufen.

In Österreich hingegen fehlt, wie oben bereits dargestellt, ein Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSVT) und dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Solange kein Gesamtvertrag gilt, wäre es den Trägern der Krankenversicherung möglich, Einzelverträge mit Psychotherapeut*innen abzuschließen, dies findet jedoch in der Praxis nicht statt. Stattdessen wurden in den letzten Jahren Verträge zwischen Krankenversicherungsträgern und psychotherapeutischen Versorgungsvereinen abgeschlossen, in denen Psychotherapie als Sachleistung abgerechnet wird (vgl. Grabenhofer-Eggerth & Sator, 2020, S. 1). *„Zusätzlich zu diesen Verträgen existiert eine österreichweit gültige Zuschussregelung, die als Übergangslösung bis zum Abschluss eines Gesamtvertrages eingerichtet wurde.“* (Grabenhofer-Eggerth & Sator, 2020, S. 2) Den Kostenzuschuss erhalten Patient*innen jedoch nur nach einem Antragsverfahren für Einzel- oder Gruppentherapie, bei dem zum

Teil sehr persönliche Informationen verlangt werden (vgl. Reisinger et al., 2021, S. 56). Ansonsten bieten manche psychosoziale Institutionen kostenlose Psychotherapie für Klient*innen an, wenn ein Vertrag mit Versicherungsträgern abgeschlossen wurde. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, Psychotherapie in den Kasseneinrichtungen auf Krankenschein oder von Ärzt*innen angebotenen „psychotherapeutische Leistungen“, die mit den Sozialversicherungsträgern abgerechnet werden, in Anspruch zu nehmen (vgl. Grabenhofer-Eggerth & Sator, 2020, S. 2). Die Angebote zur Finanzierung von Psychotherapie sind heterogen und je nach Bundesland findet die Kostendeckung in verschiedener Form und Umfang statt (vgl. Löffler-Stastka & Hochgerner, 2021, S. 57f.). Nach aktuellen Zahlen erhält die Hälfte der Patient*innen (52%) einen Kostenzuschuss, was eine Rückerstattung von Teilkosten zwischen 28 und 50€ pro Stunde darstellt. Circa 27% verfügen über eine voll kassenfinanzierte Psychotherapie und 21% sind Selbstzahler*innen (vgl. Tanios & Grabenhofer-Eggerth, 2021, S.15), bei durchschnittlichen Stundensätzen von 80-120€ (vgl. Löffler-Stastka & Hochgerner, 2021, S. 58).

1.2 Klinische Soziale Arbeit

In folgendem Abschnitt werden eine kurze historische Betrachtung der Disziplin Klinische Soziale Arbeit vorgenommen sowie Definitionen und Methoden betrachtet. Ergänzend wird die zentrale Zielgruppe der hard to reach Klient*innen definiert und beleuchtet.

1.2.1 Historische Betrachtung und Etablierung der Profession

Die Klinische Soziale Arbeit versteht sich als eine Fachsozialarbeit und sieht sich als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die aufgrund steigender Herausforderungen innerhalb der Praxis sowie einer Zunahme von vulnerablen und schwer zugänglichen Klient*innen, welche häufig Mehrfachbelastungen aufweisen, entstanden ist (vgl. Höllmüller, 2011, S. 241; Mühlum, 2008, S. 4; Pauls, 2013, S. 11f.). Historisch betrachtet fußt die Klinische Soziale Arbeit auf dem Ansatz des *casework* der 1920er Jahre, auf den von Mary Richmond und Alice Salomon konzipierten Methoden der "sozialen Diagnose" und "sozialen Therapie", aus denen das *Social Case*

*Work*⁸ resultierte, sowie auf dem ebenfalls von Richmond entworfenen *person-in-environment*⁹ Konzept (vgl. Geißler-Piltz, 2005, S. 15; Pauls, 2013, S. 12f.). Durch den Nationalsozialismus wurde jedoch die Entwicklung innerhalb Deutschlands unterbrochen, während es in den USA eine stetige Weiterentwicklung gab (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005, S. 131). So fand in den USA der Begriff *clinical social work* (CSW) gegen Ende der 1960er Jahre Verbreitung und ist zum heutigen Zeitpunkt durch staatlich geregelte Zertifizierung und hohe Standards weit fortgeschritten (vgl. Höllmüller, 2011, S. 241; Pauls, 2013, S. 12f.). In Deutschland handelt es sich bei der Klinischen Sozialen Arbeit um eine recht junge Disziplin, die wesentlich von Wolf Rainer Wendt geprägt wurde, da er Mitte der 1990er auf die amerikanische CSW und deren bereits 40-jährige Historie verwies und die Überprüfung der Übertragung des Konzepts im deutschsprachigen Raum forderte (vgl. Deloie, 2011, S. 62). Der erste Masterstudiengang für Klinische Sozialarbeit startete 2001 in Coburg unter der Leitung von Helmut Pauls und Brigitte Geißler-Piltz (vgl. Mühlum & Gahleitner, 2010, S. 96). Seitdem kam es zur Etablierung von Studiengängen an weiteren deutschen Hochschulen wie beispielsweise in Berlin und Aachen (vgl. Lammel et al., 2015, S. 22; Pauls, 2013, S. 12f.). In Österreich entwickelte sich erst 2007 der erste Masterstudiengang für Klinische Soziale Arbeit in Wien und 2010 ein weiterer in Vorarlberg (vgl. Steiner & Erhardt, 2021, S. 7).

1.2.2 Definition der Klinischen Sozialen Arbeit

Das Wort „Klinisch“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Lager“ oder „Bett“ und umfasst folglich die direkte Arbeit mit kranken Personen (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005, S. 11f.). Die vorrangige direkte Praxis und Interaktion mit Klient*innen sowie konkretes fallbezogenes Handeln und Behandeln mit Hilfe von beratender und/ oder therapeutischer Behandlung kennzeichnet die

⁸ *Social Case Work* bezeichnet die Einzelfallhilfe, die die direkte Arbeit mit einzelnen Menschen und deren Umfeld bezeichnet und stellt eine wesentliche Methode der Sozialen Arbeit dar (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005, S. 131f.).

⁹ Das *person-in-environment* Konzept, „fokussiert auf das Zusammenwirken von Umgebung und Person. Dabei werden Personenvariablen, Situationsvariablen und die Interaktion zwischen diesen beiden Variablengruppen berücksichtigt.“ (Ningel, 2011, S. 50)

Klinische Soziale Arbeit (vgl. Böhm, 2020, S. 65; Geißler-Piltz et al., 2005, S. 12; Ningel, 2011, S. 42). Es bedeutet somit nicht, wie häufig fälschlicherweise angenommen, das Arbeiten in dem spezifischen Kontext Klinik oder Krankenhaus. Klinische Sozialarbeit ist nicht an einen spezifischen Ort gebunden, sondern in jedem Feld der Sozialen Arbeit einsetzbar (vgl. Ningel, 2011, S. 42; Ortmann & Binner, 2009, o.S.). An dieser Stelle seien exemplarisch einige Arbeitsbereiche genannt: Kinder- und Jugendhilfe, ambulante Betreuungseinrichtungen, psychiatrische Versorgung, Kriseninterventionseinrichtungen, Suchtberatung, Krankenhäuser, forensische sowie gerontologische Einrichtungen (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005, S. 13f.).

Pauls (2013, S. 17) versteht die Klinische Soziale Arbeit als beratende und behandelnde Profession in Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens, die mittels spezifischer Methoden und Interventionen fall- und situationsspezifisch tätig wird. Sie befasst sich *„mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen“* (Pauls, 2013, S. 22). Ningel (2011, S. 42) definiert Klinische Soziale Arbeit als *„behandelnde oder im Behandlungskontext stehende Sozialarbeit, die dazu beiträgt, Krankheiten, Behinderungen oder psychosoziale Krisen zu bewältigen oder ihre Folgen zu lindern. Sie konzentriert sich auf die psychosoziale Situation von Menschen und berücksichtigt die Wechselwirkung zwischen psychischen und sozialen Belastungen.“* Dabei stehen der Alltag und die Lebenswelt der Klient*innen im Fokus (vgl. Geißler-Piltz, 2005, S. 14).

Ziele sind unter anderem die Verbesserung von ökosozialen Bedingungen sowie die Förderung von körperlicher und psychischer Gesundheit von Menschen aller Altersgruppen (vgl. Lammel et al., 2015, S. 19). Ortmann und Binner (2009, o.S.) sehen das allgemeine Ziel der Klinischen Sozialarbeit darin, *„die individuellen und sozialen Ressourcen hilfebedürftiger Menschen zu fördern, um deren Selbstbestimmung zu fördern und die Teilhabe der KlientInnen am Leben in Gemeinschaft und Gesellschaft zu sichern.“* Geißler-

Pilz et al. (2005, S. 14) sehen das Motivieren von Klient*innen zur Krankheitsbewältigung sowie die Unterstützung beim Erkennen und Nutzen von eigenen Ressourcen und ein selbstbestimmtes, verantwortliches Handeln von Klient*innen als wichtige Ziele. Die zentrale Aufgabe nach Pauls (2013, S. 17) liegt in der Veränderung der psycho-sozialen Lebenslage und Lebensweise gemeinsam mit den Betroffenen, engen Bezugspersonen, dem sozialen Netzwerk sowie beteiligten Institutionen und Professionen. Die Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitarbeit sind dabei abhängig von der Person und deren individuellen psychosozialen Befindlichkeit (vgl. Ningel, 2011, S. 4).

1.2.3 Methoden der Klinischen Sozialen Arbeit

Grundlegend für die Klinische Soziale Arbeit sind die soziale Behandlung, Beratung und Begleitung (vgl. Böhm, 2020, S. 66) ebenso wie ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis (vgl. Höllmüller, 2011, S. 242). Wesentliche Methoden sind dabei unter anderem die psycho-soziale Diagnostik und Beratung, Krisenintervention, Soziale Therapie, soziale Psychotherapie, klinisches Case-Management, psychoedukative Gruppenarbeit (vgl. Pauls, 2013, S. 17) sowie soziale Prävention und Rehabilitation und Psychoedukation (vgl. Geißler-Pilz et al., 2005, S. 112- 115). Die Handlungskonzepte basieren dabei u.a. auf Beziehungsarbeit, Techniken der Gesprächsführung sowie aktivierenden Hilfen (vgl. Geißler-Pilz et al., 2005, S. 104). Prinzipiell finden auch psychologische und psychotherapeutische Konzepte aus tiefenpsychologisch-psychodynamischer, kognitiv-behavioraler, humanistischer und systemischer Richtungen Eingang in die Methodik der Klinischen Sozialen Arbeit (vgl. Steiner & Wilfing, 2021, S. 16). Jedoch werden diese lediglich ergänzend eingesetzt, da sie alleine der schwierigen Problemlagen der Klient*innen nicht gerecht werden (vgl. Geißler-Pilz et al., 2005, S. 104). Ortmann und Binner (2009, o.S.) identifizieren die Sozialtherapie als zentrale Methodik der klinischen Sozialarbeit. Auch Höllmüller (2011, S. 243) beschreibt soziotherapeutisches Arbeiten als zentralen Handlungsansatz. Zudem werden in der Klinischen Sozialen Arbeit neben der verbreiteten „Kommstruktur“ auch aufsuchende Maßnahmen als Ergänzung oder ggf. auch ausschließlich eingesetzt (vgl. Geißler-Pilz et al., 2005, S. 85). Dabei ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die Klinische

Soziale Arbeit sich einem integrativen Konzept verbunden fühlt. Sie orientiert sich somit an der Wirksamkeitsforschung, beachtet bewusst ansatzübergreifende Wirkfaktoren und geht eklektisch bei der Auswahl spezifischer Methoden vor (vgl. Deloie, 2011, S. 192).

1.2.4 Zielgruppe der Klinischen Sozialen Arbeit: Hard to reach Klient*innen

Bei der primären Zielgruppe der Klinischen Sozialen Arbeit handelt es sich um marginalisierte Menschen (vgl. Böhm, 2020, S. 64) zu denen auch „*hard-to-reach*‘ Patienten und Klienten, die meist mit chronischen Belastungen und Erkrankungen oder Behinderungen in ‚Multiproblemsituationen‘ leben“ (Pauls 2013, S. 24), gehören. Diese werden von anderen Hilfsangeboten nur unzureichend oder gar nicht adressiert und erreicht (vgl. Höllmüller, 2011, S. 241), trotz der Einschätzung seitens Professionist*innen, dass diese von Nöten wären (vgl. Pauls, 2010, S. 101). Daher kommt der Begriff hard to reach, der aus dem Englischen stammt und mit „schwer erreichbar“ übersetzt werden kann. Dieser Begriff erklärt sich u.a. durch die schwere Erreichbarkeit dieser Zielgruppe von sozialen Diensten¹⁰. Dies resultiert meist aus Misstrauen gegenüber sozialen Diensten (vgl. Beushausen, 2014b, S. 6), Stigmatisierung, schlechten Erfahrungen und Abbrüchen in der Vergangenheit (vgl. Böhm, 2020, S. 76; Geißler-Pilz et al., 2005, S. 50), dem damit einhergehenden fehlenden Vertrauen (vgl. Gahleitner, 2012, S. 38) sowie dem Erleben der Hilfeleistung als Eingriff in die eigene Autonomie (Giertz et al., 2021, S. 21). Lammel et al. (2015, S.19) benennen hier zusätzlich die Schwierigkeit diese Zielgruppe im Hilfesystem zu halten.

Steiner und Wilfing (2021, S. 17) heben hervor, dass es sich vor allem um Klient*innen handelt, „*deren Gesundheitsprobleme eng mit sozialen und persönlichen Verhältnissen verknüpft sind*“. Dazu zählen beispielsweise Beeinträchtigungen wie Arbeitslosigkeit, mangelnder Zugang zu Hilfen,

¹⁰ Es handelt sich hier um die Perspektive von Klinischen Sozialarbeiter*innen. Hier soll erwähnt werden, dass es durchaus auch aus Sicht von Klient*innen schwierig sein kann Unterstützung und Hilfeleistungen zu bekommen.

soziale Isolation und Armut (vgl. Geißler-Pilz et al., 2005, S. 48). Nach Giertz et al. (2021, S. 15) zeichnen sich diese Klient*innen durch komplexe Hilfebedarfe und multiple Problematiken, *„herausfordernde Verhaltensweisen oder abweichende Lebensentwürfe, Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen, keine erkennbare ausreichende Motivation für professionelle Unterstützung, keine Äußerung anknüpfungsfähiger Bedarfe [sowie] kommunikative Barrieren, fehlendes Wissen zu bestehenden Hilfen oder eingeschränkte Mobilität“* aus. Mühlum und Gahleitner (2010, S. 108f.) bezeichnen mit dem Terminus „hard to reach“ Klient*innen mit oft riskantem Gesundheitszustand, *„die eine professionelle Unterstützung dringend benötigen, diese aber aus unterschiedlichen Gründen nicht in Anspruch nehmen (können). Sie sind durch multiple, häufig existenziell bedrohliche Problemlagen gekennzeichnet und verfügen nicht über eine ausreichende soziale Einbindung.“* Dies ist u.a. bei misshandelten und traumatisierten Menschen, chronisch kranken, behinderten, drogenabhängigen, gewalttätigen und straffälligen sowie psychisch kranken und/oder wohnungslosen Personen der Fall (vgl. Geißler-Pilz, 2005, S. 48; Pauls, 2013, S. 17). Auch laut Beushausen (2014a, S. 20) schließt der Begriff Menschen ein, die oft stark sozial beeinträchtigt sowie psychisch erkrankt sind und komplexe psychosoziale Probleme aufweisen. *„Hierzu gehört, dass meistens mehrere Personen/ soziale Bereiche gleichzeitig betroffen sind, häufig Schwierigkeiten über mehrere Generationen hinweg bestehen und schwierige Lebensumbrüche, sogenannte »Live-Events«, in der Biografie zu finden sind.“* (Leers & Küppers-Naß, 2020, S. 129) Giertz et al. (2021, S. 15) erwähnen zusätzlich die Charakteristik, dass Professionist*innen bei der Arbeit mit dieser Zielgruppe häufig an ihre Grenzen stoßen.

Ferner wurde bislang in mehreren Studien bereits versucht, individuelle Merkmale sowie personenbezogene Faktoren von hard to reach Klient*innen herauszufinden (vgl. Freyberger et al., 2008; Giertz, 2016). Die Erkenntnisse aus der Forschung legen jedoch nahe, dass es sich dabei um eine heterogene Gruppe handelt, da es bislang nicht gelungen ist, spezifische individuelle Merkmale zu identifizieren (vgl. Giertz & Gervink, 2017, S. 109). *„Vielmehr wird davon ausgegangen, dass „Systemsprenger“ aufgrund eines individuellen und*

komplexen Hilfebedarfs nicht in der beabsichtigten Weise von den bestehenden Versorgungssystemen profitieren und dadurch bedroht sind, geschlossen untergebracht zu werden oder anderweitig aus dem Versorgungssystem herauszufallen.“ (Giertz & Gervink, 2017, S. 109) Zudem merkt Wright (2010, S. 229) an, dass Menschen, die als schwer erreichbar gelten, sich selbst oft nicht so beschreiben, sondern vielmehr Angebote aufgrund ihrer Form, Inhalt, Ausrichtung oder Erwartungshaltung als nicht ansprechend erleben. *„Aus dieser Perspektive sind es die Angebote, die für die Klientinnen und Klienten schwer erreichbar sind, weil die Angebote von den Zielgruppen nicht für (unmittelbar) lebensrelevant gehalten werden.“* (Wright, 2010, S. 229) Dies impliziert nach Mühlum und Gahleitner (2010, S. 109), *„dass es ein Bemühen darum geben muss, auch diese Zielgruppe zu erreichen und mehr über sie zu erfahren, um die entsprechenden Hilfeangebote passgenau und bedarfsgerecht zu gestalten“*. Dies bedarf häufig ein direktes Anvisieren, Ansprechen und Zugehen von psychosozialen Professionen auf die Zielgruppe (vgl. Pauls, 2010, S. 102).

Generell handelt es sich bei dem Terminus „hard to reach“ um einen kontrovers diskutierten Begriff. An dieser Stelle sei die Kritik von Böhm (2020, S. 76) erwähnt, bei der die Bezeichnung als machtdurchwoben und irritierend beschrieben wird, da das Aktivieren der Ressourcen und das Selbsthilfepotenzial der Klient*innen nicht ausreichend betrachtet wird. Zudem wird kritisiert, dass der Begriff systemrelevante Faktoren verdeckt und das Individuum fokussiert wird (vgl. Giertz et al., 2021, S. 24). Hinzukommend impliziert der Begriff, dass eine gewisse Zielgruppe nur schwer zu erreichen ist, was eventuell mehr an den bestehenden Angeboten als an der Zielgruppe liegt. Dazu kritisiert Wright (2010, S. 233), dass der Begriff häufig auf Merkmale der Personengruppe zurückgeführt wird und nicht auf misslungene Umsetzung von Interventionen und zu wenige Partizipationsmöglichkeiten. Borde (2010, S. 251) betont die Definitionsmacht von Seiten der privilegierten, dominanten Gruppe, die in diesem Fall die Sozialarbeiter*innen darstellen, welche als Norm dienen und festlegen, wer als schwer erreichbar gilt. Dazu meint die Autorin: *„Der potentiell stigmatisierende und eher negativ besetzte*

Begriff „hard-to-reach“ verallgemeinert eine höchst heterogene Gruppe.“
(Borde, 2010, S. 251)

In folgender Arbeit soll trotzdem vordergründig der Begriff hard to reach verwendet werden, da sich diese Bezeichnung zur Beschreibung dieser heterogenen Zielgruppe im Fachdiskurs der Klinischen Sozialarbeit etabliert hat (vgl. Giertz et al., 2021, S. 7). Prinzipiell werden aber auch andere Begriffe wie „schwierige Klient*innen“, „Ethical-Loneliness Klient*innen“, „Drehtürpatient*innen“, „Grenzgänger*innen“, „Systemsprenger*innen“, „heavy user“ sowie „Hoch-Risiko-Klientel“ verwendet, um die oben beschriebene Klientel zu beschreiben (vgl. Giertz et al., 2021, S. 7). Diese Arbeit teilt das Verständnis von Kowarowsky (2019, S. 15-18), demzufolge es keine schwierigen Patient*innen gibt und es sich dabei um ein Konstrukt handelt, was durch zwei Personen erschaffen wird

2 Aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage von hard to reach Klient*innen

Das zweite Kapitel nimmt Bezug auf die aktuelle psychotherapeutische Versorgungslage von psychisch erkrankten Menschen innerhalb Deutschlands und Österreichs. Davon ausgehend wird versucht, die ambulante psychotherapeutische Versorgung von hard to reach Klient*innen einzuschätzen. Ergänzend dazu werden Auswirkungen der COVID-19 Pandemie und Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie thematisiert.

2.1 Deutschland

In folgendem Abschnitt wird erst auf die Verteilung von psychischen Erkrankungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland eingegangen. Danach wird die Inanspruchnahme von psychisch erkrankten Menschen von Leistungen im Gesundheitssystem, der fachspezifischen Behandlung sowie der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung betrachtet.

2.1.1 Prävalenz von psychischen Erkrankungen

Ausgehend von den derzeit aktuellsten epidemiologischen bevölkerungsrepräsentativen Zahlen zur psychischen Gesundheit im Erwachsenenalter in Deutschland (DEGS1-MH-Studie) (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 12), die von 2009 bis 2012 durchgeführt wurde, ergibt sich, dass jährlich 27,8% aller Erwachsenen an einer psychischen Erkrankung leiden. Kategorisiert nach ICD-10 sind die häufigsten Erkrankungen dabei mit 15,4 % Angststörungen, gefolgt von affektiven Störungen mit 9,8 % (Jacobi et al., 2016). Bei der Betrachtung der Verteilung von psychischen Krankheiten spielen Faktoren wie Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status sowie Region eine wesentliche Rolle (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 13). Hierbei ist zu verzeichnen, dass Frauen mit 33,5% eine weitaus höhere 12-Monats Prävalenz für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung haben als Männer mit 22,1% (vgl. Jacobi et al., 2016). In Bezug auf den Faktor Alter ist laut Jacobi et al. (2014) festzustellen, dass Menschen mit absteigendem Alter

häufiger an psychischen Erkrankungen leiden. Menschen im Alter von 18 bis 34 Jahren weisen eine Prävalenz von 36,7% auf, im Alter von 65 bis 79 Jahren lediglich 20,3%. Des Weiteren wurde belegt, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger psychische Erkrankungen entwickeln (37,9%) als Menschen mit mittlerem (27,6%) oder hohem (22%) sozioökonomischen Status. Bezüglich Region konnten keine signifikanten Unterschiede innerhalb Deutschlands verzeichnet werden (vgl. Jacobi et al., 2014). Jedoch ergab die Studie des Institutes für Gesundheits- und Sozialforschung, dass bei der Betrachtung des ganzen Landes eine regionale unsystematische, diverse Verteilung von psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ist. Hohe Prävalenzen finden sich in Ballungsgebieten, aber auch in Regionen außerhalb (vgl. IGES, 2016). Bisher konnte dies noch nicht ausreichend erklärt werden (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 14). Zudem wurde verzeichnet, dass bei 44,5% mehr als eine psychische Erkrankung nachgewiesen werden konnte und somit Komorbiditäten vorliegen. Lediglich 55,6% weisen nur eine Diagnose auf. Auch hier liegt die Komorbiditätsrate bei Frauen (50,2 %) deutlich höher als bei Männern (36,8 %). Am häufigsten liegt die Kombination von Angst und affektiven Störungen vor (vgl. Jacobi et al., 2016). Bei der Betrachtung von Menschen mit schweren psychischen Störungen (Borderline-Persönlichkeitsstörung, psychotische Störungen, bipolare Störungen, schwere unipolare Depression) ist ein besonders hohes Risiko für eine zusätzliche Suchterkrankung zu verzeichnen. So ist dieses beispielsweise bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung für Alkoholsucht zwölffach erhöht sowie bei weiteren substanzgebundenen Süchten fünffach (vgl. Schneider et al., 2019).

2.1.2 Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem

Die deutsche psychotherapeutische Versorgungslage ist im Vergleich zu anderen Ländern gut. Laut Ergebnissen von Mack et al. (2014) nehmen trotzdem lediglich 41,8% der psychisch erkrankten Personen innerhalb Deutschlands zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben Kontakt zum Gesundheitssystem auf. Hier ist ebenfalls zu verzeichnen, dass mit steigender Anzahl von Diagnosen die Häufigkeit der Kontaktaufnahme innerhalb eines Jahres nach Symptombeginn zunimmt. Im Allgemeinen wird die

Kontaktaufnahme von diversen Faktoren wie soziodemographischen Daten, der individuellen Diagnose und Komorbiditäten beeinflusst. Psychisch erkrankte Frauen nehmen doppelt so häufig Gesundheitsleistungen innerhalb eines Jahres in Anspruch wie Männer (23,5% vs. 11,6%). Es besteht zusätzlich eine unterschiedliche Inanspruchnahme bei Menschen ohne und mit Arbeitstätigkeit (47,7% vs. 38%). Beim Blick auf diverse Diagnosen wird erkennbar, dass eine sehr niedrige Behandlungsrate für substanzbezogene Störungen besteht (15,8%). Mit lediglich 12,9% führen die Alkoholabhängigkeit sowie generell Abhängigkeitserkrankungen mit einer Behandlungsrate von 15,8% als meist unbehandelte Erkrankungen. Hingegen weisen soziale Phobien mit 48,2%, generalisierte Angststörungen mit 42,6% sowie psychotische Störungen mit 40,5% die höchsten Behandlungsraten auf (vgl. Mack et al., 2014). Dies wird in Abbildung 1 ersichtlich.

12-Monats-Behandlungsprävalenz in Deutschland 2011

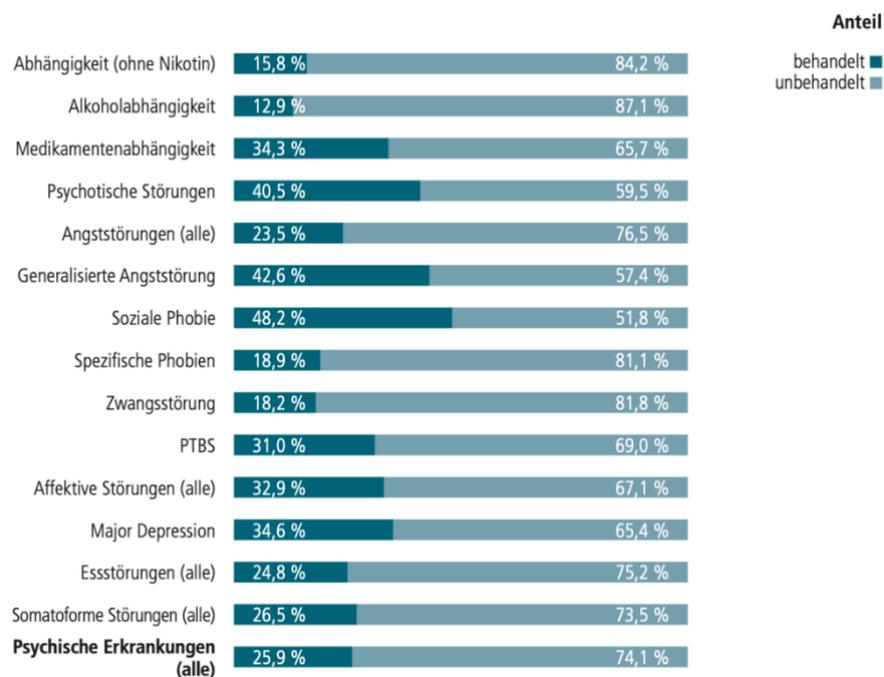


Abbildung 1: Anteil behandelter und unbehandelter Menschen mit verschiedenen psychischen Störungen in Deutschland im Jahr 2011, in Prozent. Alle Behandlungsformen. Quelle: Mack et al. (2014). Darstellung: Rabe-Menssen et al., 2021, S. 33.

Neben der Behandlungsprävalenz ist auch die Latenzzeit bei der Betrachtung der psychiatrischen Versorgung wichtig, welche die Dauer von Krankheitsbeginn bis hin zum Beginn einer Behandlung misst (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 33). Besonders bei Angststörungen und affektiven Störungen ist eine lange Latenzzeit zu verzeichnen. Innerhalb eines Jahres nehmen rund die Hälfte aller Betroffenen Kontakt zum Gesundheitssystem in Anspruch, die andere Gruppierung weist jedoch laut Medianwert eine Latenzzeit von sechs bis sieben Jahren auf (vgl. Mack et al., 2014).

2.1.3 Inanspruchnahme fachspezifischer Behandlung

Bislang wurde der Kontakt zum allgemeinen Gesundheitssystem betrachtet, nun soll auf die Inanspruchnahme fachspezifischer Versorgung eingegangen werden. Darunter fallen ambulante Behandlungen wie Psychotherapie, Psychiatrie und nervenärztliche Behandlung, stationäre Behandlungen nicht-psychotherapeutischer Art sowie die Versorgung in psychiatrischen Institutsambulanzen. Somit werden fachspezifische Behandlungen verschiedener Disziplinen in unterschiedlichen Bereichen eingeschlossen (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 33). Prinzipiell gilt, dass nur ein relativ geringer Anteil an Menschen, die nach epidemiologischen Studien als psychisch krank erfasst werden, fachspezifisch behandelt werden (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 30). In der wissenschaftlichen Literatur werden Gesamtversorgungsgrade zwischen 26% und 29% angegeben (vgl. Nübling et al., 2014, S. 391). Somit nimmt weniger als jede dritte Person, die an einer psychischen Erkrankung leidet, eine fachspezifische Behandlung in Anspruch. Die vorläufige Auswertung der größten deutschen Kohortenstudie NAKO ergibt, dass nur jede dritte Person mit Depressionsdiagnose professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (vgl. NAKO Gesundheitsstudie, 2019). Es wurde hier jedoch nicht näher auf die Definition der Hilfsangebote eingegangen. Die GEDA-Befragung von Rommel et al. (2017) beschreibt, dass innerhalb eines Jahres 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe beansprucht haben. Die Ergebnisse der repräsentativen Studie von Groschwitz et al. (2017) ergaben eine signifikant häufigere fachspezifische Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen von Frauen mit 19,7% als von Männern mit 11,3%. Zudem zeigte sich, dass sich alleinlebende

und arbeitslose Menschen signifikant häufiger in eine Behandlung begaben als in Partnerschaft lebende Personen und Arbeitstätige (vgl. Groschwitz et al., 2017). Rommel et al. (2017) fanden heraus, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status Leistungen häufiger in Anspruch nehmen als Menschen mit mittlerem oder hohem Status (vgl. Rommel et al., 2017). Eine bereits ältere Studie von Gaebel et al. (2013) ermittelte die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten diagnoseübergreifend in einem Zeitraum von drei Jahren (2005-2007). Diese ergab, dass fast drei Viertel der ambulant behandelten Personen fast ausschließlich durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin oder Fachärzt*innen für somatische Medizin behandelt wurden. Dies soll durch Abbildung 2 veranschaulicht werden.

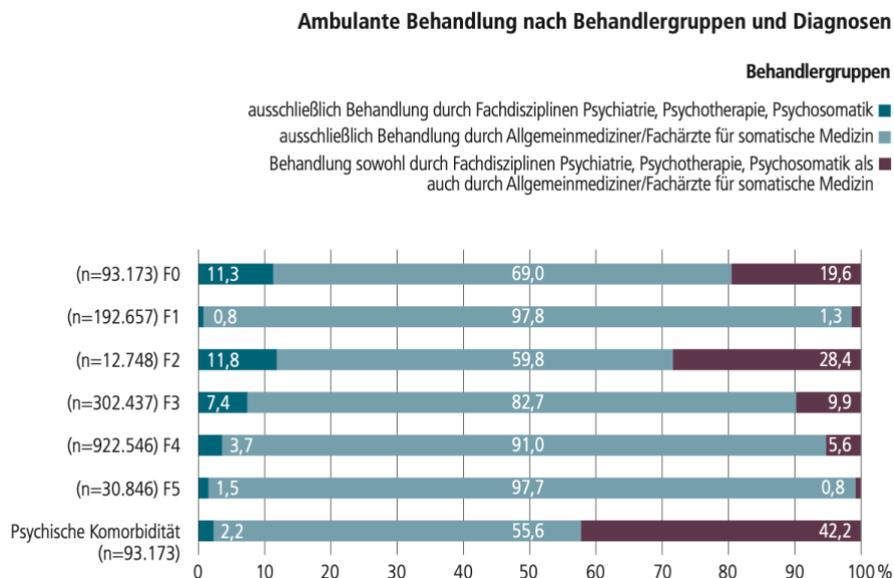


Abbildung 2: Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen differenziert nach Disziplinen und Diagnosen (F0-F5), repräsentative Stichprobe von ca. 3,2 Mio. Versicherten. Angaben in Prozent. Quelle: Gaebel et al. (2013). Darstellung: Rabe-Menssen et al., 2021, S. 34.

Dies gibt Hinweise darauf, dass Allgemeinmediziner*innen durchaus die erste Anlaufstelle für Patient*innen darstellen und gerade für die Vermittlung in die fachspezifische Versorgung einen wichtigen Beitrag leisten könnten.

2.1.4 Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung

Da es in der vorliegenden Masterthesis vorwiegend um den Bereich der ambulanten Psychotherapie geht, wird dieser Bereich nun explizit betrachtet. Der Großteil der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung wird in Deutschland von niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut*innen mit einer Kassenzulassung durchgeführt (vgl. Holst et al., 2020, S. 363). Die Versorgungsdichte von Psychotherapeut*innen ist innerhalb Deutschlands unterschiedlich ausgeprägt. Dies soll in Abbildung 3 veranschaulicht werden.

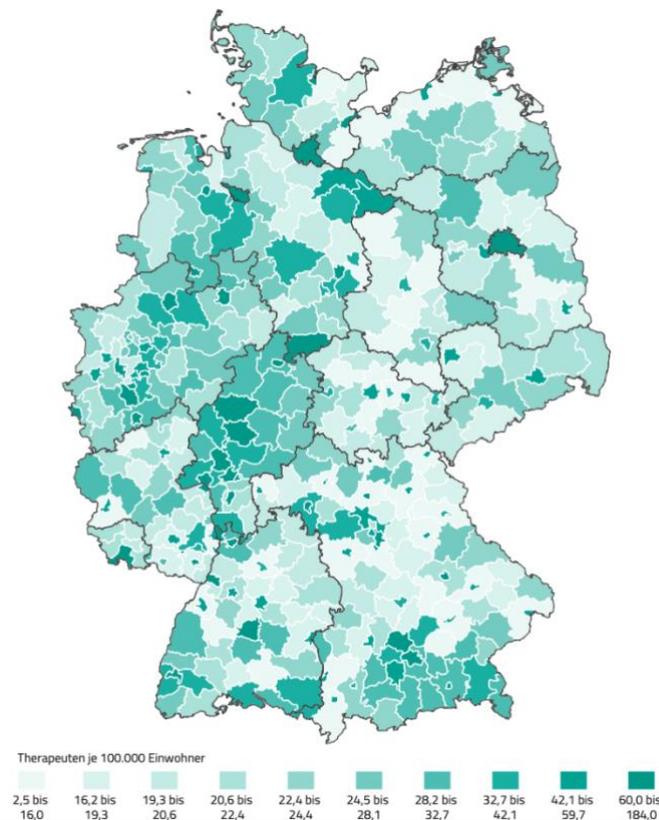


Abbildung 3: Anzahl der Psychotherapeuten (Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Kreisen 2018. Quelle: Grobe et al., 2020, S. 180.

Rommel et al. (2017) fanden zwischen Versorgungsdichte und Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen einen deutlichen Zusammenhang. Auch Grobe et al. (2020, S. 231) ermittelten, dass sich mit zunehmender Psychotherapeut*innendichte die Chancen für den Beginn einer Therapie erhöhte. *„In Regionen mit der höchsten Therapeutendichte lag die Chance um mehr als 60 Prozent*

beziehungsweise mehr als den Faktor 1,6 höher als in Regionen mit der geringsten Therapeutendichte.“ (Grobe et al., 2020, S. 231) Die Ergebnisse geben entweder Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung bei niedriger Psychotherapeut*innendichte oder auf eine angebotsinduzierte Nachfrage bestimmter Regionen mit hoher Psychotherapeut*innendichte (vgl. Grobe et al., 2020, S. 231)

Nach Mack et al. (2014) nehmen 19,4% der Personen, welche an einer psychischen Erkrankung leiden, im Laufe ihres Lebens eine ambulante Psychotherapie in Anspruch. Des Weiteren wurde durch die Versichertenbefragung der KBV (2019) erörtert, dass Frauen häufiger als Männer, gesetzlich krankenversicherte häufiger als privat versicherte, Menschen mit hohem Bildungsabschluss häufiger als Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss sowie Bewohner*innen von Großstädten häufiger als Bewohner*innen von Kleinstädten Psychotherapie aufsuchen (vgl. KBV, 2019, 27ff.). Auch der BARMER Ärztereport 2020 weist deckungsgleich mit oben genannten Ergebnissen darauf hin, dass bei allen Altersgruppen von Erwachsenen Frauen häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen als Männer. Ebenfalls korrelierten auch hier höhere Bildungsabschlüsse mit einer häufigeren Inanspruchnahme von Psychotherapie (vgl. Grobe et al., 2020, S. 208-234.), konträr zu den Ergebnissen von Rommel et al. (2017). Bezüglich der Behandlungsanlässe innerhalb der ambulanten Psychotherapie von Erwachsenen bei Psychologischen Psychotherapeut*innen (PP) machen Anpassungsstörungen (F43) mit 32,2% den größten Anteil aus, gefolgt von depressiven Episoden (F32) mit 28,8%, rezidivierenden depressiven Episoden (F33) mit 22,8% und Anderen Angststörungen (F41) mit 15,6% (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 34). Des Weiteren ergab sich bei Berechnungen von Grobe et al. (2020, S. 238), dass beispielsweise Menschen mit Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) sowie auch Psychische und Verhaltensstörungen (F70 bis F73) mit denen unterschiedliche Grade der Intelligenzminderung erfasst werden, seltener als Personen mit anderen Diagnosen eine Richtlinien-therapie in Anspruch nehmen. Dies kann als Hinweis betrachtet werden, dass gewisse psychische Erkrankungen häufiger behandelt werden als andere und folglich nicht alle Personen gleichermaßen

Zugang zu ambulanter Psychotherapie haben bzw. Therapiemöglichkeiten in Anspruch nehmen (können).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass 41,8% der psychisch erkrankten Menschen in Deutschland Kontakt zum Gesundheitssystem haben. Bei der Spezifizierung auf fachspezifische Behandlung wird ersichtlich, dass weniger als ein Drittel aller Betroffenen irgendeine Form an fachspezifischer Behandlung in Anspruch nimmt. In Hinblick auf die ambulante Psychotherapie sind es nur noch ein Fünftel aller Betroffenen, die so versorgt werden. Dies ergibt eine insgesamt niedrige Behandlungsrate und führt zu der Folgerung, dass nur ein Bruchteil aller Menschen mit psychischer Erkrankung Zugang zu einer fachspezifischen ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung hat. Natürlich gilt es hier zu berücksichtigen, dass nicht alle psychisch erkrankt einzustufenden Menschen sofort eine Behandlung benötigen oder in Anspruch nehmen wollen.

2.2 Österreich

In folgendem Abschnitt wird zunächst auf die Verteilung von psychischen Erkrankungen in Österreich eingegangen. Danach wird ebenfalls die Inanspruchnahme von psychisch erkrankten Menschen von Leistungen im Gesundheitssystem, der fachspezifischen Behandlung sowie der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung betrachtet.

2.2.1 Prävalenz von psychischen Erkrankungen

Im Vergleich zu Deutschland bestehen sehr wenig Literatur und repräsentative Studien zu der Verteilung von psychischen Erkrankungen in Österreich, da häufig auf ausländische Ergebnisse zurückgegriffen wird. Erst 2017 hat Wancata die erste epidemiologische Studie innerhalb Österreichs durchgeführt. Es konnte dabei eine 12-Monats-Prävalenz von 22,7% festgestellt werden. Kategorisiert nach ICD-10 sind die häufigsten Großgruppen von psychiatrischen Diagnosen mit 13,9% Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) gefolgt von Affektiven Störungen (F3) mit 11,6% und Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit (F1)

mit 5,0% (ohne Nikotinabhängigkeit). Bei der Betrachtung einzelner Diagnosen waren die meisten Personen mit 5,7% von einer einzelnen depressiven Episode, 4,4% von einer rezidivierenden Depression, gefolgt von Phobien mit 4,0% und Alkoholmissbrauch bzw.-abhängigkeit bei 3,5% betroffen. Zusätzlich wurde von Wancata (2017) die Faktoren Geschlecht, Alter sowie diverse soziale Aspekte und deren Einfluss auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen berücksichtigt. Bei der Differenzierung nach Geschlecht konnte bei Frauen eine höhere 12-Monats-Prävalenz von 25,1% für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung festgestellt werden als bei Männern mit 20,3%. Der Faktor Alter wurde mit der Bildung von zwei Gruppierungen (unter 40 Jahren, sowie über 41 Jahren) auf Unterschiedlichkeiten untersucht. Dabei wurden nur kleinere Abweichungen verzeichnet, die kaum signifikant waren. In Bezug auf soziale Faktoren wurde beobachtet, dass bei arbeitslosen Menschen, Menschen mit höherer schulischer Ausbildung, Menschen mit finanziellen Sorgen sowie Menschen, die dauerhaft für ein Langzeit erkranktes Familienmitglied sorgen müssen, psychische Erkrankungen signifikant häufiger auftreten. Ergänzend dazu wurde erwiesen, dass umso niedriger die soziale Schicht, desto höher die Prävalenz für eine psychische Erkrankung. Dabei ist eine Diskrepanz von über 25% zu beobachten, da die 12-Monats-Prävalenz bei der „Oberschicht“ 13% betrug und bei der „Unteren Unterschicht“ 38,6% (vgl. Wancata, 2017). Im OECD Report (2015), welcher Bezug auf die Austrian Health Interview Survey 2006-07 nimmt, wurde beschrieben, dass vor allem ältere Frauen (zwischen 45 und 64 Jahren) sowie Personen mit niedriger Bildung psychische Erkrankungen und Probleme aufweisen. Der Faktor Alter wies bei Wancata (2017) keine signifikanten Unterschiede auf, wohingegen die OECD von einem starken Anstieg an psychischen Erkrankungen im Alter berichtet. Dabei weicht Österreich von anderen OECD-Ländern ab, bei denen jüngere Personen eine höhere Prävalenz aufweisen (vgl. OECD, 2015, S. 24). Bei der Betrachtung von Komorbiditäten konnte ermittelt werden, *„dass vor allem Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) recht stark mit affektiven Störungen (F3) korrelieren und sowohl affektive Störungen (F3) als auch Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) deutlich mit Substanzmissbrauch (F1) korrelieren“* (Wancata, 2017, S. 25).

2.2.2 Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem ist aus den Daten insgesamt zu erkennen, dass der*die Allgemeinmediziner*in am häufigsten in Anspruch genommen wird. Dies deckt sich mit den zuvor erläuterten Daten im Hinblick auf Deutschland. Darüber hinaus konnte Wancata (2017) herausfinden, dass Menschen mit psychischer Erkrankung häufiger Ärzt*innenkontakte in den Bereichen Orthopädie, Neurologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Psychiatrie aufweisen. Hierbei kam es nach geschlechtsspezifischer Betrachtung bei Männern und Frauen häufiger zu Kontakten mit den Fachdisziplinen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie. Bei Frauen wurden zusätzlich signifikant mehr Kontakte mit Hautärzt*innen sowie weniger Kontakt zu Gynäkolog*innen festgestellt.

2.2.3 Inanspruchnahme fachspezifischer Behandlung

In Bezug auf die Inanspruchnahme fachspezifischer Versorgung sollen hier Psychiater*innen, Neurolog*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Psychotherapeut*innen in den Blick genommen werden, wobei letzteres in folgendem Kapitel detailliert erörtert wird. 18% aller psychisch erkrankten Menschen suchten im letzten Jahr eine*n Psychiater*in auf, 11,8% eine*n Neurolog*in. Bei der Betrachtung von nicht-ärztlichen Berufsgruppen haben 6,1% Kontakt zu Psycholog*innen, 4,8% zu nicht-ärztlichen Naturheiler*innen 2,2% zu anderen Therapeut*innen und lediglich 1,3% zu Sozialarbeiter*innen (vgl. Wancata, 2017). An dieser Stelle ist jedoch zu erwähnen, dass es durch die Generierung der Stichprobe eventuell zu Verzerrungen gekommen ist, da nur Personen inkludiert wurden, welche ausreichend Deutsch gesprochen haben, um interviewt zu werden. Folglich sind Menschen mit Migrationshintergrund und anderer Muttersprache exkludiert. Darüber hinaus wurden lediglich Menschen, die in Privathaushalten leben, eingeschlossen. Personen, die in stationären Einrichtungen wie Wohngruppen oder Gefängnissen untergebracht sind, wurden nicht berücksichtigt. Eventuell sind dies Gründe, weshalb der Prozentanteil an Personen, welche Kontakt zur Sozialen Arbeit haben, sehr gering ist.

2.2.4 Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung

Damit die Versorgungslage von hard to reach Klient*innen mit ambulanter Psychotherapie betrachtet werden kann, soll zuerst die Versorgungsdichte Österreichs erhoben werden. Um die Versorgungsdichte darzustellen, wird die Psychotherapeut*innenliste betrachtet, in die alle Psychotherapeut*innen eingetragen sind. Diese kann jedoch nur unvollständig Aussage zur Versorgungsdichte geben, da nicht alle berufsberechtigten Personen den Beruf ausüben sowie die Anzahl an offerierten Therapiestunden pro Therapeut*in stark variieren. Stand 2019 waren 9.996 Personen zur Ausübung der Psychotherapie berechtigt, was einer Dichte von 11,3 Psychotherapeut*innen pro 10.000 Einwohner*innen entspricht. Die Verteilung innerhalb Österreich ist jedoch sehr unausgeglichen. Wien weist mit derzeit durchschnittlich 21,4 Psychotherapeut*innen pro 10.000 Einwohner*innen die höchste Versorgungsdichte auf, das Burgenland hingegen mit durchschnittlich 5,8 Psychotherapeut*innen pro 10.000 Einwohner*innen die geringste. Zudem befinden sich die meisten Psychotherapeut*innen innerhalb der Städte, lediglich rund 33% haben ihren Berufssitz außerhalb einer Landeshauptstadt (vgl. Sagerschnig & Nowotny, 2020, S. 6ff.). Abbildung 4 stellt die Verteilung von Psychotherapeut*innen in Österreich nochmals prozentual nach Bundesländern dar.

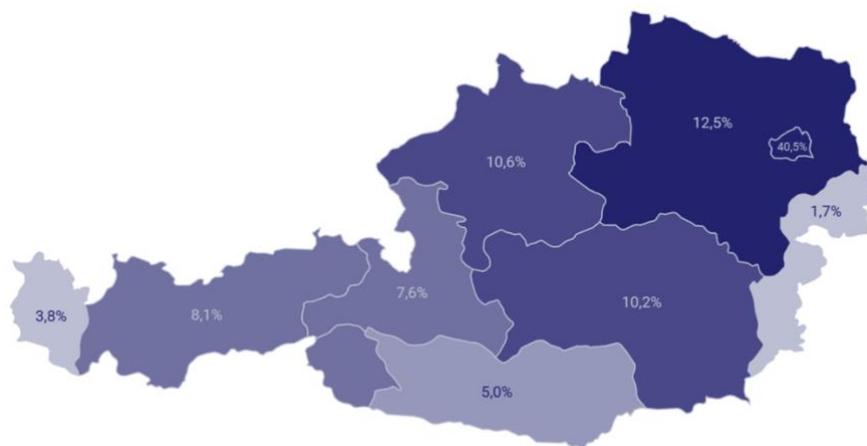


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung von Psychotherapeut*innen in Österreich nach Bundesland. Quelle: bestNET, 2021.

Wancata (2017) berichtet, dass ein Viertel aller psychisch erkrankten Menschen in Österreich Psychotherapie in Anspruch nehmen. Es wurde verzeichnet, dass Frauen fast doppelt so häufig Kontakt zu Psychotherapeut*innen aufweisen als Männer (vgl. Wancata, 2017). Riffer et al. (2021) betrachten in ihrer Studie ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung. Es konnte herausgefunden werden, dass Behandlungsdauer sowie -intensität sich unterscheiden. Männer nehmen weniger Sitzungen in Anspruch und weisen zudem eine kürzere Gesamtdauer auf als Frauen. Zudem nehmen rund zwei Drittel der Frauen und ein Drittel der Männer ambulante Psychotherapie in Anspruch. Die häufigere Inanspruchnahme von Psychotherapie von Frauen deckt sich auch mit dem Ergebnisbericht der Krankenkassen, die mit 66,5% und 72,5% einen gleich hohen bzw. höheren Anteil verzeichneten (vgl. Sagerschnig et al., 2018, S. 10). Eine weitere Studie von Reisinger et al. (2021) hatte zum Ziel, Charakteristika der Patient*innen der psychotherapeutischen Universitätsambulanz der Sigmund Freud PrivatUniversität im Zeitraum 2015 bis 2018 zu erfassen. Die Untersuchungsstichprobe ($n= 629$) ergab eine höhere Inanspruchnahme der Leistung von weiblichen als männlichen Personen (62,6% vs. 37,8%), Menschen mit als ohne Matura (66% vs. 34%), Erwerbstätigen als erwerbslosen Menschen (72,7% vs. 27,3%), von Menschen ohne Partner als mit Partner (57,2% vs. 42,8%) sowie von Menschen ohne als mit Migrationshintergrund (75,7% vs. 24,3%). Nach einer durchgeführten Clusteranalyse konnten die Autor*innen Cluster 2 als am stärksten psychosozial belastete Gruppierung identifizieren. *„Darin finden sich Personen mittleren Alters, die zu einem hohen Maß erwerbslos sind, ein niedriges Bildungsniveau aufweisen und mit betreuungspflichtigen Kindern in einem Haushalt leben.“* (Reisinger et al., 2021, S. 59) Zusätzlich ist hier der deutliche Zusammenhang von psychischer Gesundheit und sozialer Prekarität sowie Vulnerabilität identifizierbar (vgl. Reisinger et al. 2021, S. 59). Es soll an dieser Stelle auf die Ähnlichkeit mit hard to reach Klient*innen hingewiesen werden, die oftmals mehrere Belastungen aufweisen.

Ferner wurde von Wancata (2017) untersucht, welche Behandlungsgründe bei der Studienpopulation vorlagen. 47,2% aller Personen, die eine Psychotherapie in Anspruch nahmen, wiesen im letzten Jahr eine psychische Erkrankung auf. Mehr als die Hälfte nahm wegen anderer Gründe eine Psychotherapie in Anspruch. Diese wurden jedoch nicht näher unterschieden.

Es lässt sich abschließend festhalten, dass nur jede vierte psychisch erkrankte Person in Österreich Psychotherapie in Anspruch nimmt. Die erhobenen Zahlen sind häufig mit Deutschland zu vergleichen und es sind einige Parallelen zu erkennen. Nicht alle psychisch erkrankten Personen, welche Unterstützung benötigen würden, haben folglich Zugang zum Versorgungssystem bzw. fachspezifischen Leistungen oder ambulanter Psychotherapie. Dabei ist es wahrscheinlich, dass hard to reach Klient*innen zu der nicht versorgten Gruppe gehören.

2.3 Aktueller Bezug zur COVID-19 Pandemie

Um der aktuellen Situation gerecht zu werden, soll an dieser Stelle kurz auf die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit im Allgemeinen sowie auf bereits psychisch erkrankte Personen länderübergreifend eingegangen werden.

Zunächst sei auf mehrere Studien verwiesen, die die Zunahme von depressiven Symptomen sowie Ängsten in der Allgemeinbevölkerung durch die COVID-19 Pandemie belegen (vgl. Klein, 2020; Vindegaard & Benros 2020; NAKO, 2020; Bäuerle et al., 2020). Die bundesweit repräsentative „Corona-Bund-Studie“ des BMG erhob ebenfalls die diversen Belastungen und Ängste der deutschen Bevölkerung in dem Zeitraum November 2020, zu denen beispielsweise Verlust sozialer Kontakte (44%), Sorgen vor finanziellen Schwierigkeiten (7%) sowie die Angst Angehörige oder Freunde (92%) oder sich selbst zu infizieren (86%) zählten (vgl. ifo Institut & forsa, 2020, S. 13ff.) Ein systematisches Review von Vindegaard und Benros (2020) ergab, dass die Faktoren weibliches Geschlecht, besonders niedriger oder hoher Bildungsstatus, das Alleinleben, ein schlechter Gesundheitsstatus sowie an Covid-19 erkrankte Familienmitglieder als Risikofaktoren für schlechtes

Wohlbefinden und klinische Symptome dienen. Des Weiteren wurde ermittelt, dass Menschen mit psychischer Erkrankung eine Verschlimmerung ihrer Symptome erfuhren.

Bislang handelte es sich bei den meisten vorliegenden Studien um Befragungen, in denen die Teilnehmer*innen ihre psychische Verfassung selbst beurteilen sollten. Demnach ist es noch unklar, ob als Folge der Pandemie tatsächlich ein Anstieg psychischer Erkrankung im Sinne von klinischen Diagnosen zu verzeichnen ist. Jedoch wird eine Steigung von Inzidenz- und Prävalenzraten von Expert*innen als wahrscheinlich bewertet (vgl. Rabe-Menssen et al., 2021, S. 22; Brakemeier et al., 2020).

2.4 Gründe für mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie

Nach den dargestellten Versorgungslagen innerhalb Deutschlands und Österreichs stellt sich die Frage, welche Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme identifiziert werden können. Kruse und Herzog (2012, S. 67) sprechen von individuellen und strukturellen Barrieren. Zu den individuellen Barrieren zählen die Autoren unter anderem mangelnde Kenntnis über Behandlungsmöglichkeiten, Motivationsdefizit, Schonungsverhalten, Stigmatisierungsangst, interkulturelle Probleme sowie hohes Alter. Zu den sozialen Barrieren gehören unzureichende Erkennung psychischer Erkrankungen von Ärzt*innen, regionales Fehlen von Behandlungsangeboten sowie Wartezeiten auf Psychotherapieplätze. Watzke et al. (2015) identifizieren Barrieren von Seiten des Systems und der Behandler*innen sowie von Seiten der Patient*innen. Unter ersteres fallen laut Autor*innen späte bzw. fehlerhafte Diagnosestellung, mangelhafte Kommunikation zwischen Beteiligten und ebenfalls hohe Wartezeiten. Bei zweiterem werden Faktoren wie die Unterschätzung der Hilfsbedürftigkeit, mangelhafte Information, Angst vor Stigmatisierung sowie die Sorge vor langer Wartezeit benannt. Holst et al. (2020, S. 369) heben die Bedeutsamkeit von einstellungsbezogenen Barrieren von Patient*innen hervor, da diese laut Autoren weitaus mehr zur Inanspruchnahme beitragen als strukturelle Barrieren. Hier sei auf die Untersuchung von Andrade et al. (2014) verwiesen, bei der verschiedene Barrieren für die Inanspruchnahme und Weiterführung

von Behandlung psychischer Erkrankungen erfasst wurden. Darin gaben 63,8% der betroffenen Personen an, ihre Beschwerden eigenständig in den Griff bekommen zu wollen, was die meist verbreitete Hürde darstellte. Dies deckt sich auch mit einem literaturbasierten Review von Kreyenbuhl et al. (2009), die auf eine Studie hinweisen, bei der die Hälfte der psychisch erkrankten Personen angab, kein behandlungswürdiges Problem aufzuweisen. Bei behandlungseinsichtigen Personen war der meist angegebene Grund, weshalb keine Behandlung in Anspruch genommen wurde, der Wunsch das Problem selbst zu lösen sowie die Annahme, dass sich die Problematik von selbst ändern würde. Viele Personen hatten zudem das Gefühl, dass Therapie ihnen nicht weiterhelfen könne. In einer Studie von Riffer et al. (2021) wurden Patient*innen in einem stationären psychiatrischen Aufenthalt befragt, weshalb keine psychotherapeutische Vorbehandlung in Anspruch genommen wurde: dabei wurde kein Bedarf bzw. Notwendigkeit von 26% der Frauen und 43% der Männer angegeben, gefolgt von anderen Gründen. Des Weiteren wurden eingeschränkte finanzielle Mittel mit 21% und 16% (Frauen und Männer), sowie eingeschränktes Angebot mit 9% (beide Geschlechter) und eingeschränkte Verfügbarkeit mit 9% und 5% (Frauen und Männer) angegeben.

Es stellen sich nachfolgend die Fragen, wie der Zugang zur Psychotherapie erleichtert und die Bereitschaft der Inanspruchnahme bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie hard to reach Klient*innen erhöht werden können. Diese Masterthesis stellt dafür konträr zu den individuellen Faktoren vor allem die strukturellen, aber auch professionsspezifischen Aspekte der Psychotherapie in den Fokus, die eventuell dazu führen, dass hard to reach Klient*innen das Angebot Psychotherapie nicht in Anspruch nehmen (können). Bevor dies in Kapitel 5 betrachtet wird, soll im folgenden Kapitel das Verhältnis der Klinischen Sozialen Arbeit zur psychotherapeutischen Versorgung betrachtet werden.