

ZKS Verlag für psychosoziale Medien





Sozialtherapie  
als methodisches Behandlungskonzept  
der Klinischen Sozialarbeit  
für „Hard-to-reach“-Klientel

Geschichte – Theorien – Methoden  
Praxis – Weiterbildung – Forschung

Dario Deloie

Manteltext der kumulativen Dissertation



Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln im März 2025 angenommen.

## Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Dario Deloie

Sozialtherapie als methodisches Behandlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit für „Hard-to-reach“-Klientel. Geschichte – Theorien – Methoden, Praxis – Weiterbildung – Forschung

Alle Rechte vorbehalten

© 2025 beim Autor

ISBN 978-3-69101-002-2

Wissenschaftliches Lektorat, Grafik, Layout und Satz: Ilona Oestreich

Coverbild: Steve Johnson, [pexels.com/@steve](https://pexels.com/@steve)

Covergestaltung: Ilona Oestreich

**ZKS Verlag für psychosoziale Medien**

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

[info@zks-verlag.de](mailto:info@zks-verlag.de)

[www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)

# Inhaltsübersicht

Abstract	9
Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	11
Vorwort	13
<b>1 Einleitung</b>	<b>19</b>
1.1 Sozialtherapie – Hilfen für Menschen in psychosozialer Not	19
1.2 Zentrale Fragestellungen der kumulativen Dissertation und inhaltlicher Aufbau	23
<b>2 Kristallisationspunkte sozialer Behandlungsformen – Sozialtherapie</b>	<b>25</b>
2.1 Einführung	25
2.1.1 Erste leitende Forschungsfrage	25
2.1.2 Zugrunde liegende Publikationen für das Kapitel 2	26
2.2 Geschichte, Definition und Arbeitsfelder	27
2.2.1 Geschichtliche und aktuelle Gegenstandsbestimmung der Sozialtherapie und bedeutsame Definitionen	27
US-amerikanische Einflüsse auf die Sozialtherapie	28
Deutsche Pionier*innen der Sozialarbeit und Sozialtherapie	32
Soziale Hygiene/Sozialhygiene und Sozialtherapie	36
Anthroposophische Sozialtherapie und Heilpädagogik	37
„Sozialtherapie“ und die Zeit des Nationalsozialismus	39
Sozialtherapie als (ärztliche) Psychotherapie	40
Sozialtherapie, Familientherapie, Psychoanalyse und Politik	42
Sozialtherapie, Soziale Arbeit, Psychoanalyse und Institutionskritik	43
Integrative Sozio-/Sozialtherapie	45
Sozialtherapeutische Anstalten und Behandlung im Kontext des Justizvollzugs	46
Exkurs: Psychotherapeutisierung der Sozialen Arbeit	47
Soziotherapie	47
Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie	49
2.2.2 Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialtherapie	53

2.3	Theorien für die Sozialtherapie _____	55
2.3.1	Einführung_____	55
2.3.2	Modelle von Krankheit und Gesundheit _____	56
	Das biopsychosoziale Modell_____	56
	Salutogenese und das Resilienzmodell _____	65
2.3.3	Bindungstheorie _____	69
2.3.4	Netzwerktheorien und Social Support _____	70
2.3.5	Weitere bedeutsame Theorien/Ansätze _____	72
2.4	Praxis der Sozialtherapie _____	72
2.4.1	„Hard-to-reach“-Klientel – Menschen mit multiplen sozialen und gesundheitlichen Problemlagen _____	72
2.4.2	Methodisches Handeln und Techniken der Sozialtherapie _____	78
2.5	Zusammenfassende Ergebnisse des Kapitels 2 _____	85
<b>3</b>	<b>Möglichkeiten und Grenzen der Sozialtherapie _____</b>	<b>91</b>
3.1	Einführung_____	91
3.1.1	Leitende Forschungsfrage _____	91
3.1.2	Zugrunde liegende Publikationen für das Kapitel 3 _____	91
3.2	Möglichkeiten/Chancen und Grenzen der Sozialtherapie auf Basis Klinischer Sozialarbeit _____	92
3.3	Zusammenfassende Ergebnisse des Kapitels 3 _____	95
<b>4</b>	<b>Weiterbildung in Sozialtherapie _____</b>	<b>97</b>
4.1	Einführung_____	97
4.1.1	Leitende Forschungsfrage _____	97
4.1.2	Zugrunde liegende Publikationen für das Kapitel 4 _____	97
4.2	Weiterbildung in Sozialtherapie_____	98
4.3	Zusammenfassende Ergebnisse des Kapitels 4 _____	101
<b>5</b>	<b>Fazit und Ausblick _____</b>	<b>103</b>
	<b>Literatur _____</b>	<b>107</b>

„Je kränker ein Mensch ist,  
desto weniger bedarfsgerechte Hilfen  
stehen zur Verfügung.“  
(Melchinger, 2010, S. 29;  
unter Bezug auf Hart, 1971)



# Abstract

## Deutsch

Das methodische Handlungskonzept der Sozialtherapie erlebt nach einer längeren Latenzphase seit der Inauguration der Klinischen Sozialarbeit Ende der 1990er-Jahre eine Renaissance im wissenschaftlichen Kontext.

Die Begrifflichkeit der Sozialtherapie war über lange Zeit unscharf und wurde durch unterschiedliche Disziplinen wie Soziale Arbeit, Medizin und Psychotherapie unterschiedlich betrachtet. Die hier vorgelegte kumulative Dissertation greift das wissenschaftliche Desiderat der Klinischen Sozialarbeit als Fachdisziplin der Sozialen Arbeit auf und beforcht entlang dreier Forschungsfragen das komplexe Themengebiet der Sozialtherapie.

1. Zunächst wurden die wichtigsten geschichtlichen, methodischen und praxeologischen Aspekte der Sozialtherapie in Bezug zur Klinischen Sozialarbeit aufgearbeitet, analysiert und geordnet. Als zentrales Ergebnis lässt sich die Sozialtherapie definieren als ein methodisches Behandlungskonzept auf Basis der Klinischen Sozialarbeit, das die soziale Dimension in der Therapie konsequent und zentral einbezieht und auf „Hard-to-reach“-Klientel ausgerichtet ist.
2. Auf dieser Basis wurden die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialtherapie am Beispiel der ambulanten Sozialtherapie Sucht empirisch im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie beforcht. Als zentrales Ergebnis kann festgehalten werden, dass selbst in der hochschwelligen ambulanten Suchttherapie sozialarbeiterische Suchttherapeut\*innen diese Klientel erfolgreich behandeln, wenn auch mit gewissen Einschränkungen. Neben Psychotherapiemethoden wenden die Interviewten Methoden an, die im Sinne dieser Arbeit aus der Sozialtherapie stammen.
3. Als weiteres Forschungsdesiderat wurde die Frage gestellt, wie in Zukunft eine generalistische sozialtherapeutische Weiterbildung – d.h. nicht nur eine auf den Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen beschränkte – aufgebaut sein sollte, damit sie der Klientel gerecht wird, und ob eine solche Weiterbildung von Klinischen Sozialarbeiter\*innen als notwendig erachtet wird. Im Rahmen einer quantitativen Bedarfserhebung konnte festgestellt werden, dass die Mehrheit der Befragten eine Weiterbildung mit dem Fokus auf sozialtherapeutische Skills und Diagnostik befürwortet.

In der Gesamtschau aller drei Forschungsfragen kann die Sozialtherapie als eine notwendige Weiterentwicklung im Gesundheitswesen betrachtet werden, sofern sie auf den Fundamenten der Klinischen Sozialarbeit errichtet wird und sich der Adressat\*innengruppe mit ihren vielschichtigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sozialen Problemlagen mit Priorität annimmt.

## English

Following an extended period of latency since the advent of clinical social work at the close of the 1990s, the methodological concept of social therapy is experiencing a resurgence within the scientific milieu.

Historically, the conceptualization of social therapy has been ambiguous, and its interpretation has varied across different disciplines including social work, medicine, and psychotherapy. This volume addresses the scientific desideratum of clinical social work as a specialized discipline of social work, exploring the complex subject of social therapy through the lense of three research questions.

1. First, the most significant historical, methodological, and praxeological aspects of social therapy in relation to clinical social work were reviewed, analyzed, and classified. A central finding of this study is the definition of social therapy as a methodological treatment concept based on clinical social work. This treatment concept is characterized by the consistent and central incorporation of the social dimension in therapy with a focus on clients who are considered "hard to reach."
2. The next phase of the study involved an empirical investigation of the applications and limitations of social therapy. This investigation was conducted through a qualitative interview study using the example of outpatient social therapy for addiction. The key finding of this investigation is that addiction therapists with a background in social work can successfully treat this clientele in high-threshold outpatient addiction therapy, albeit with certain limitations. The interviewees' methods encompass not only psychotherapy techniques but also approaches that are, in the context of this study, rooted in social therapy.
3. A further research desideratum was the question of how a generalist social therapy training program – i.e. not one that is limited to the indication area of addiction disorders – should be structured in the future in order to do justice to the clientele being treated, and whether clinical social workers consider such a training program necessary. A quantitative needs assessment revealed that the majority of respondents expressed support for further training with a focus on social therapy skills and diagnostics.

The collective perspective on all three research questions suggests that social therapy can be regarded as a necessary advancement within the healthcare system, provided that it is founded on the principles of clinical social work and prioritizes the target population with its complex health impairments and social challenges.

# Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis

## Abbildungen

Abb. 1	Doppelter Fokus von Diagnose und Intervention _____	34
Abb. 2	Lebenslange Einflüsse belastender Kindheitserlebnisse _____	64
Abb. 3	Exemplarische biopsychosoziale Wechselwirkungen _____	64
Abb. 4	Diagnostik in der Suchtrehabilitation _____	84
Abb. 5	Kontinuum der Relation von Sozialer Arbeit und (Psycho-)Therapie _____	94
Abb. 6	Bedeutung verschiedener Motive für eine Weiterbildung in Sozialtherapie _____	99
Abb. 7	Grundmodell einer mehrstufigen Professionalisierung _____	102
Abb. 8	Einflusswege zur fortlaufenden Aktualisierung und Verbesserung von Forschung, Weiterbildung und Praxis _____	106

## Tabellen

Tab. 1	Sozialtherapie und verwandte Begriffe in diversen Arbeitsfeldern _____	53
Tab. 2	Risikofaktoren und protektive Faktoren _____	67
Tab. 3	Trifokaler Behandlungsansatz – multidimensionaler Fokus der Sozialen Psychotherapie in der Suchthilfe _____	80
Tab. 4	Kompetenzbereiche der Sozialtherapie _____	81
Tab. 5	Gestufte Gesundheitskompetenz der Sozialen Arbeit _____	90
Tab. 6	Rangreihe der wichtigsten Weiterbildungsbausteine _____	99
Tab. 7	Anregungen zu der geplanten sozialtherapeutischen Weiterbildung – Kategorien _____	100

## Abkürzungen

ACE	Adverse Childhood Experiences
APA	American Psychological Association
B.A.	Bachelor of Arts
bes.	besonders
BPS	biopsychosozial
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
CSW	Clinical Social Work
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
d.h.	das heißt
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ebd.	ebenda
ECA	Epidemiology Catchment Area
ECCSW	European Centre for Clinical Social Work

Erg.	Ergänzung
et al.	et alii
f.	folgende
ff.	fortfolgende
ggf.	gegebenenfalls
GRR	Generalized Resistance Resource
Hervorh.	Hervorhebung
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
i.e.	id est
i. Orig.	im Original
i.S.d.	im Sinne des
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
M.A.	Master of Arts
NASW	National Association of Social Workers
NESARC	National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions
NRW	Nordrhein-Westfalen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
o.J.	ohne Jahr
o.S.	ohne Seite
PsychThG	Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz)
RKI	Robert Koch-Institut
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
StVollzG	Strafvollzugsgesetz Nordrhein-Westfalen
s.u.	siehe unten
T.	Theorie
u.a.	unter anderem
ugs.	umgangssprachlich
US	United States
USA	United States of America
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
v. Verf.	vom Verfasser
WHO	World Health Organization
YAVIS	young, attractive, verbal, intelligent, successfull
z.B.	zum Beispiel

# Vorwort

Bereits zu Beginn meines ersten Studiums der Sozialarbeit<sup>1</sup> an der damaligen Fachhochschule Niederrhein,<sup>2</sup> also Mitte der 1980er-Jahre, galt mein Interesse gesundheitsbezogenen Themen und dem professionellen Einsatz der Sozialen Arbeit bei Menschen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Im weiteren Verlauf meiner beruflichen Laufbahn, zunächst in einer kleinen Rehabilitationseinrichtung für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen und später in der Suchtrehabilitation und stationären Entzugsbehandlung, hatte ich die Möglichkeit, diese Menschen in psychosozialer Not, wie sie von Rauchfleisch (1996) bezeichnet werden, zu begleiten, zu unterstützen, zu beraten und zu therapieren. Früh spürte ich, dass die erworbenen theoretischen Kenntnisse und praktischen Skills aus dem Sozialarbeitsstudium nicht ausreichen, um diese Klient\*innen<sup>3</sup> mit einer Vielzahl von zeitgleich auftretenden sozialen Problemlagen – wie Beziehungsschwierigkeiten, beruflicher Desintegration, finanziellen Defiziten einerseits und medizinisch-psychischen Symptomen andererseits, d.h. mit einer biopsychosozialen Problemlage – zu unterstützen. Ich stieß trotz vieler innerbetrieblicher Fortbildungen, Supervisionen und Fallkonferenzen an meine Grenzen. Mir fehlte die Kompetenz, die Situationen sozialdiagnostisch einzuschätzen und adäquat zu intervenieren im Sinne des trifokalen Ansatzes, den ich später in meinem Buch Soziale Psychotherapie entwickelt habe: die Fähigkeit, intrapsychisch, interpersonell und sozioökonomisch zu intervenieren (Deloie, 2011). So beschloss ich, eine therapeutische Zusatzausbildung zu absolvieren, zunächst zum Soziotherapeuten im Verfahren der Integrativen Therapie, einem Ansatz, der maßgeb-

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird der Begriff „Soziale Arbeit“ bevorzugt und entspricht der heutigen üblichen Schreibweise. Er bezeichnet in der Regel eine inhaltliche Integration der alten Begriffe „Sozialarbeit“ und „Sozialpädagogik“. Sofern in dieser Arbeit der Begriff Sozialarbeit verwendet wird, ist damit eindeutig die alte Bezeichnung gemeint. Eine Ausnahme bildet der Begriff der „Klinischen Sozialarbeit“, der sich in Deutschland seit den 1990er-Jahren etabliert hat und eine Form der Sozialen Arbeit meint, die in Behandlungskontexten erfolgt. Dabei ist also die Soziale Arbeit an Behandlungsprozessen beteiligt und nimmt eigene Beratungs- und Behandlungsaufgaben wahr (Pauls & Mühlum, 2005). In neueren Publikationen findet sich vereinzelt der Begriff „Klinische Soziale Arbeit“ (z.B. Steiner & Ehrhardt, 2021). Dieser Terminus wird in der vorliegenden Arbeit lediglich verwendet, wenn auf die betreffenden Einzelfälle in der Literatur eingegangen wird.

<sup>2</sup> Der aktuelle Name der Hochschule lautet „Hochschule Niederrhein“.

<sup>3</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird eine gendersensible Schreibform gewählt (z.B. Die Gleichstellungsbeauftragte, 2024)

lich von Petzold (1993/2003) inauguriert wurde. Obwohl der gewählte Ansatz in der Theorie seit jeher zutiefst psychosozial ist, war er doch in der Ausbildung methodisch eher psychotherapeutisch ausgerichtet. Dieser Umstand irritierte mich zunächst nicht, da ich ja auch die Ausbildung zum Psychotherapeuten anstrebte, als vermeintlich potentere Profession, was ich später auch durchführte. Aber ein Transfer des Gelernten, der hier erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, war in der Praxis mit meinen Klient\*innen und Patient\*innen<sup>4</sup> nur ansatzweise möglich. Gut sozialarbeiterisch und psychotherapeutisch ausgebildet und doch hilflos? Da sich soziale Problemlagen und psychische Symptome wechselseitig bedingen (dies hat auch Rauchfleisch, 1996, deziidiert beschrieben), bedarf es einer Art „kombinierter“ Behandlung, die aber bisher nicht gelehrt und ausgebildet wird.

Mitte der 2000er-Jahre hörte ich erstmals etwas über die neue Teildisziplin der Sozialen Arbeit: die Klinische Sozialarbeit. Wie viele meiner Kolleg\*innen dachte ich zunächst, es gehe um die Soziale Arbeit in Kliniken, aber je mehr ich mich damit auseinandersetzte, umso besser verstand ich, dass im Mittelpunkt die Beratung und Behandlung von Menschen mit multiplen Problemlagen steht. Bei der Lektüre der Monografie zur Klinischen Sozialarbeit von Pauls (2004/2013b) hatte ich zum ersten Mal in meinem Berufsleben das Gefühl, das, was ich mache, auch theoretisch einzuordnen zu können. Es integrierte aus meiner damaligen Sicht das Sozialarbeiterische und das (Psycho-)Therapeutische (vertiefend Deloie & Lammel, 2022) und ließ mich nicht mehr los, sodass ich von 2007 bis 2010 einen Masterstudiengang zur Sozialen Arbeit mit dem Vertiefungsgebiet der Klinischen Sozialarbeit an der Fachhochschule Koblenz<sup>5</sup> absolvierte und mich heute mit Passion in der Lehre an der Technischen Hochschule Köln, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften, und in verbandlicher Tätigkeit dieser Spezialisierung bzw. neuen Profession widme.

---

<sup>4</sup> In dieser Arbeit wird in der Regel die Bezeichnung „Klient\*innen“ bevorzugt. In bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens werden die Begriffe „Patient\*innen“ oder „Rehabilitand\*innen“ genutzt, in der Sozialen Arbeit wird außerdem von Adressat\*innen, Kund\*innen, Nutzer\*innen und Akteur\*innen gesprochen. Dieses Spektrum an Begrifflichkeiten spiegelt die unterschiedlichen Begriffskulturen wider, „die sich aus dem unterschiedlichen Verständnis der Bezugsdisziplinen speisen und Hinweise auf Asymmetrien im Professionsverständnis geben“ (Gahleitner et al, 2024a, S. 11). Je nach Arbeitsfeld und jeweiliger Kultur werden in der vorliegenden Arbeit auch die anderen genannten Begriffe verwendet, um einerseits ein besseres Verständnis zu vermitteln und andererseits eine Anschlussfähigkeit zu gewährleisten (ebd.).

<sup>5</sup> Aktuelle Bezeichnung: Hochschule Koblenz.

Im Rahmen meiner Masterthesis (Deloie, 2011) konzeptualisierte ich einen Behandlungsansatz auf Basis der Klinischen Sozialarbeit – die „soziale Psychotherapie“ –, der die US-amerikanische Tradition der Clinical Social Work aufgreift und die Lücke zwischen medizinischer und psychologischer Psychotherapie zu schließen versucht. Im vorliegenden Dissertationsprojekt wird die soziale Psychotherapie als eine Variante therapeutisch orientierter Sozialer Arbeit aufgefasst, die im wissenschaftlichen Diskurs Klinischer Sozialarbeit im deutschsprachigen Raum unter dem Begriff Sozialtherapie<sup>6</sup> subsumiert wird. Im Fokus dieses Vorhabens soll der breitere Diskurs der Sozialtherapie stehen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Philipp Walkenhorst von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, meinem Erstbetreuer, für die vielen inspirierenden Diskussionen, Ermutigungen und Anforderungen bei der Betreuung dieses Projekts herzlich bedanken. Er öffnete meine klinisch-sozialarbeiterische Perspektive, indem er die pädagogischen und sozialwissenschaftlichen Implikationen sozialtherapeutischer Unterstützungsleistungen aufzeigte und dadurch meine vermeintlich wissenschaftlichen Gewissheiten ins „Schwanken“ brachte. Die Gefahr einer solchen Studie, in der der Autor das Forschungsdesiderat aus der Praxis ableitet, liegt in einer zu starken Involvierung in die Thematik. Für einen wissenschaftlichen Habitus, hier verstanden „als Summe der inkorporierten Dispositionen für wissenschaftliche Tätigkeiten“ (Barlösius, 2012, S. 126) ist eine notwendige wissenschaftliche Distanzierung vom Untersuchungsfeld geboten. Im Kontext der Wissenschaft als soziales Feld ist für dieses Vorhaben eine Haltung notwendig, die in vielen Aspekten einem professionellen Habitus gleicht und daher eine theoretische Durchdringung bzw. eine Reflexion von Praxis durch theoretische Folien benötigt. Beim wissenschaftlich basierten beraterischen und therapeutischen Handeln stellt ein Oszillieren zwischen Involvierung und Exzentrizität, Nähe und Distanz eine Grundvoraussetzung dar.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> In dieser Arbeit wird der Begriff „Sozialtherapie“ verwendet. Nur wenn in der Literatur andere Begriffe wie „Soziotherapie“, „Suchttherapie“ oder „Soziale Therapie“ vorgegeben sind, werden sie auch in dieser Arbeit genutzt.

<sup>7</sup> In diesem Zusammenhang ist auf die „antinomische Grundstruktur“ professioneller Beziehungen hinzuweisen. Pädagog\*innen, Sozialarbeiter\*innen und Therapeut\*innen befinden sich in ihrer direkten Arbeit mit Klient\*innen in verschiedenen Spannungsfeldern „von abstraktem Regelwissen und nur konkret herzustellendem spezifischem Fallbezug“ (Helsper, 1998/2010, S. 30) und/oder von Nähe und Distanz. Gahleitner (2017) zufolge müssen sie „jeweils versuchen, reflexiv adäquate Konstellationen möglich zu machen“ (S. 79).

Bei Frau Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner von der Alice Salomon Hochschule Berlin, meiner Zweitgutachterin, möchte ich mich für den Anstoß zur Promotion und für den vielfältigen Social Support während des gesamten Projekts herzlich bedanken, insbesondere für die motivationalen Hilfen bei „Promotionskrisen“ bzw. Arbeitsschwierigkeiten, für die konkreten Hilfestellungen bei der qualitativen Studie und die anregenden Diskussionen im Kontext der „neuen Fachdisziplin“ Klinische Sozialarbeit. Danken möchte ich ihr aber auch für die kleinen Anforderungen, die zunächst wie Überforderungen anmuteten, aber letztlich ein Weiterkommen ermöglichten.

Dankbarkeit spüre ich auch für die von beiden Betreuer\*innen geschaffenen „wissenschaftlich geschützten Räume“ im Rahmen von Promotionskolloquien, wo kritisch, aber fürsorglich die eigenen Ideen bearbeitet werden konnten. Meinen Mitpromovend\*innen, denen ich in diesen sozialen Räumen begegnete und die mich dort begleiteten, bin ich ebenfalls zu Dank verpflichtet.

Die von der Fachgruppe Promotionsförderung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) angebotenen Promotionskolloquien boten mir die Möglichkeit, einzelne Arbeitsschritte zu reflektieren und meine Perspektive auf das wissenschaftliche Arbeiten zu erweitern, indem ich mich mit den Inhalten vieler anderer Dissertationsvorhaben auseinandersetzte. Ich hatte auch die Chance, an einem Workshop für Qualitative Forschungsmethoden mit dem Schwerpunkt „Problemzentrierte Interviews und Qualitative Inhaltsanalyse“ an der Donau-Universität Krems in Österreich teilzunehmen.

Hilfreich war es zudem, mein Gesamtprojekt im Rahmen des Forschungsforums an meiner Dienststelle, der Technischen Hochschule Köln, Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften vorzustellen. Meine Kolleg\*innen gaben mir wichtige Hinweise zum Umfang des Forschungsteils.

Bei der 7. Fachtagung Klinischer Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule Berlin durfte ich im Panel „Hard-to-reach-Klientel“ mit Rolf Glemser, Silke Birgitta Gahleitner und Sandra Wesensberg am 29. und 30.09.2017 meine vorläufigen Forschungsergebnisse der qualitativen Studie präsentieren. Bei der 12. Fachtagung Klinische Sozialarbeit „Zwischenmenschliche Beziehungen und Gesundheit“ am 15. und 16. Juni 2023 an der Hochschule Coburg konnte ich in der Poster-Session die Ergebnisse der quantitativen Studie zur Bedarfsanalyse der sozialtherapeutischen Weiterbildung vorstellen.

Mein Dank gilt auch verschiedenen Kolleg\*innen, mit denen ich mehrere Texte für dieses Projekt verfassen konnte: Daniel Deimel von der Technischen Hochschule Nürn-

berg, Gernot Hahn von der Forensischen Ambulanz Erlangen der Bezirkskliniken Mittelfranken, Christine Kröger von der Hochschule Coburg, Ute Antonia Lammel von der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Aachen, Helmut Pauls von der Hochschule Coburg, Dieter Röh von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Anika Stitz von der Psychotherapiepraxis Stitz Berlin.

Hilfreich waren auch die vielen kleinen Gespräche mit Kolleg\*innen, ihre Anregungen, ihre „Tipps“ und das Aufzeigen von Potenzialen und Grenzen bei einer solchen wissenschaftlichen Arbeit. Lieben Dank!

Eine solche Arbeit, die ihre Impulse aus der Praxis entnommen hat, wäre ohne die vielen Begegnungen und Beziehungen mit der „Hard-to-reach“-Klientel und mit meinen vielen ehemaligen Kolleg\*innen nicht realisierbar gewesen.

Qualitative Studien gelingen nur, wenn neben der wissenschaftlich fundierten Arbeitsweise gewährleistet ist, dass sich die Interviewpartner\*innen – hier die Theoretiker\*innen, die Fachkräfte und die Patient\*innen und Klient\*innen – Zeit nehmen und vertrauensvoll einbringen. Ganz herzlichen Dank für das Einlassen!

Meinen Freund\*innen und Angehörigen, die mit Verwunderung und Zuspruch das Projekt begleiteten, danke ich für ihr Verständnis. Es gab oft nicht sehr viel Zeit für Privates.

Bei einer Dissertation – als Langzeitprojekt – sind die Lebenspartner\*innen immer mit betroffen, involviert und müssen sich den Folgen stellen. Liebe Dubravka, vielen lieben Dank, hvala lijepa, mille grazie!

Aufgrund einer langen schwierigen Krankheitsphase wäre das Projekt beinahe gescheitert. Unterstützung von allen Seiten hat es mir ermöglicht, dieses Projekt zu Ende zu bringen.

Eine Dissertation stellt eine eigenständige wissenschaftliche Arbeit dar. Aber sie ist ohne die soziale Unterstützung aus den beruflichen und privaten Netzwerken nicht realisierbar. Menschen im Allgemeinen und insbesondere die Zielgruppe dieses Projekts, die „Hard-to-reach“-Klientel, sind auf die soziale Unterstützung, die den Netzwerken „entspringen“, für ein gelingendes Leben angewiesen. Dies gilt gleichermaßen für Promovend\*innen. Ohne die emotionale, soziale und materielle Unterstützung geht es nicht und ging es bei dieser Arbeit auch nicht.



# 1 Einleitung

## 1.1 Sozialtherapie – Hilfen für Menschen in psychosozialer Not

„Sozusagen vakant in professionsbezogener Hinsicht ist nach wie vor die soziale Mitbehandlung und die soziale Rehabilitation ... . Sozial benötigt der Kranke oder behinderte Mensch nicht nur einen Schonraum und das Getragenwerden von der Gemeinschaft, die Regelung seiner ökonomischen und sozialen Angelegenheiten[,] sondern auch psycho-soziale, sozialtherapeutische Beratung und Behandlung unter Einbezug seiner Mitwelt“ (Pauls, 2010, S. 96; unter Bezug auf Crefeld, 2009; Erg. v. Verf.).

Warum Sozialtherapie? Einfach ausgedrückt ist diese Form einer psychosozialen Hilfe unentbehrlich, wenn eine Klientel im Fokus steht, die unter sozialen Problemen und schweren, häufig chronischen Krankheiten leidet und dafür keine andere Berufsgruppe außer der Sozialen Arbeit ausreichend qualifiziert erscheint oder sich zuständig fühlt.<sup>8</sup> Im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit wie dieser Dissertation sind simple Antworten sicher nicht indiziert, zeigen aber pointiert und kondensiert auf, worum es eigentlich geht, welche Kernthemen bzw. Fragestellungen sich herauskristallisieren.

Ist aber die Sozialtherapie wirklich unentbehrlich für die Behandlung von Menschen in psychosozialer Not (Rauchfleisch, 1996) und im psychosozialen Elend (Gaertner, 1982b)? Stimmer (2020, S. 36f.) zufolge müssen Handlungskonzepte der Sozialen Arbeit, und in diesem Falle der Klinischen Sozialarbeit als Fachdisziplin und Fachsozialarbeit, bestimmte Kriterienbedingungen einlösen, um eine Legitimität zu erhalten. Vier Fragen sind hier leitend:

---

<sup>8</sup> Als Fallbeispiel sei hier Herr Werner angeführt, der seit Jahren an einer chronischen Alkohol- und Cannabisabhängigkeit leidet und eine emotional instabile Persönlichkeit vom impulsiven Typ aufweist (vgl. Kapitel 2.3.2). Sein soziales Umfeld ist geprägt von starken Beziehungsproblemen, Wohnungslosigkeit und finanziellen Sorgen. Nach wiederholten stationären Aufenthalten in psychiatrischen Einrichtungen aufgrund seiner Suchterkrankung und einer persistierenden Suizidalität befindet sich der Patient gegenwärtig in einer Suchtberatung. Er berichtet von einem anhaltenden, intensiven Craving. Eine Suchtrehabilitation wird von ihm derzeit kategorisch abgelehnt, da er bei der letzten Behandlung negative Erfahrungen gemacht hat. Für eine Psychotherapie gilt er als zu instabil. Neben der Suchtberatung ist er noch an eine psychiatrische Ambulanz angebunden, die er jedoch selten aufsucht.

- Ist das professionelle, methodische Konzept der Sozialtherapie mit den Metathorien (Axiologie) der Sozialen Arbeit (u.a. Menschenrechten, Sozialethik) im Einklang?
- Ist das Handeln der Sozialtherapie mit den Theorien der Sozialen Arbeit konsistent und dadurch erklärbar?
- Wie erfolgt der Erkenntnisgewinn in der Sozialtherapie (wissenschaftstheoretische Fragen)?
- Ist das Handeln valide (Forschungsfragen)?

Die Soziale Arbeit fühlte sich bereits in ihren professionellen Anfängen benachteiligten Gruppen verpflichtet und läutete einen veränderten Umgang mit diesen Adressat\*innen ein. Ihr Hilfsangebot ruhte auf neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen und verabschiedete sich von juristischer, polizeilicher Überprüfung und Gewährung von Hilfe durch diese Funktionssysteme. Skepsis herrschte auch gegenüber rein mildtätigen Hilfen. Es sollte ein Rechtsanspruch auf Hilfe bestehen, die bedarfsgerecht und nicht gradenabhängig sein sollte.<sup>9</sup> Als Protagonistinnen können Richmond (1917) und Salomon (1926 genannt werden, die die Problemlagen der benachteiligten Personengruppen mittels einer sozialen Diagnostik erfassten und entsprechende Interventionen (Hilfen) ableiteten. Für die Platzierung von Interventionen differenzierte Richmond (1922) vier Bereiche:

- „Insight into individuality and personal characteristics
- Insight into the resources, dangers, and influence of the social environment
- Direct action of mind upon mind
- Indirect action through the social environment“ (S. 101f.).

Kuhlmann (2000) beschrieb die Methoden und Interventionen wie folgt:

- Vermittlung von Ressourcen wie Unterhaltszahlungen, Wohnraum, Bildung, Ausbildung und Beratung;
- Aufbau eines Hilfenetzwerks;
- Gestaltung der Lebensumwelt des\*der Klient\*in, damit sie den spezifischen Bedürfnissen angepasst wird;

---

<sup>9</sup> Staub-Bernasconi (2014) wies auf die unterschiedlichen Reaktionen zum Thema Barmherzigkeit früherer amerikanischer Pionierinnen Sozialer Arbeit hin. Addams übte radikale Kritik und Ablehnung an Charity, während Richmond als Vorsitzende der Charity Organization Society Baltimore auf eine Reform hinarbeitete (vertiefend Braches-Chyrek, 2013; s.u., Abschnitt „US-amerikanische Einflüsse auf die Sozialtherapie“ in Kapitel 2.2.1).

- Erstellung einer sozialen Diagnose, die eine stellvertretende Deutung der äußeren und inneren Lebensumstände des\*der Klient\*in erlaubt und die zwischen Fakten, Meinungen sowie Wert- und Vorurteilen zu unterscheiden weiß;
- Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, das geprägt ist von Empathie, doch zugleich professionelle Distanz wahrt;
- Begleitung und psychische Unterstützung in schwierigen Lebenslagen durch Ermutigung bzw. Empowerment (S. 298ff.).

Richmond (1922) wie auch Salomon (1926) betonten die komplexen Zusammenhänge der individuellen und gesellschaftlichen Ursachen von Armut und Gesundheit, die für die Soziale Arbeit, ihre Fachdisziplin Klinische Sozialarbeit und deren methodisches Konzept Sozialtherapie geradezu konstituierend sind. Richmond wurde früh inspiriert durch die Arbeiten Warners, des ersten professionellen Managers der Baltimore Charity Organization Society (vgl. Leiby, 1963) und späteren Autors eines bedeutenden Werks über amerikanische Wohltätigkeitsorganisationen (Warner, 1894), der sich intensiv mit den multiplen Ursachen von Armut auseinandersetzte und Gesundheit als ein Risiko bzw. Ursache für Armut definierte: "The most constant cause of poverty everywhere, at all times, and according to all investigators, is 'sickness.' ... It was not one which the author anticipated when the collection of statistics began; and yet it has been confirmed and reconfirmed in so many ways, that the conclusion seems inevitable that the figures set forth real and important facts. Personal acquaintance with the destitute classes has further convinced him that most of the causes of poverty result from or result in a weakened physical and mental constitution, often, merging into actual disease" (ebd., S. 40).

Die Interdependenz von sozialer Problemlage und schwerer Krankheit ist kennzeichnend für Menschen, die in der neueren Literatur als „Hard-to-reach“-Klientel bezeichnet werden (Gahleitner, 2012; Giertz et al., 2021a; Labonté-Roset et al., 2010). Mit diesem Begriff werden Menschen assoziiert, die aus schwierigen, ja prekären Lebenslagen kommen, unter einer Akkumulation von psychosozialen Belastungen leiden und deren Umfeld wiederum mit involviert ist (Gahleitner, 2012, S. 38). Die Bezeichnung „hard to reach“ verweist auf die Notlage der Klient\*innen und dadurch bedingte Hemmungen, sich an ein Hilfesystem anzudocken, sowie auf die Schwierigkeiten des Hilfesystems, diese Menschen in adäquater Weise zu erreichen. Klient\*innen mit multiplen und sozialen Problemlagen finden oftmals keine adäquaten Hilfsangebote, so sind beispielsweise Psychotherapieangebote und Rehabilitationsmaßnahmen oft hoch-

schwellig angelegt, haben eine „Komm-Struktur“, die diese Klientel oftmals nicht erfüllen kann.

Die Erfahrungen aus der Praxis (Binner & Ortmann, 2008, S. 80), auch des Autors, sowie die Ergebnisse von Studien (Eller, 2023; Eller & Berg, 2023) legen nahe, dass die Versorgung der „Hard-to-reach“-Klientel durch Psychotherapie nicht ausreichend ist. Psychotherapie ist oft mittelschichtsorientiert. Die Untersuchung von Schofield zeigte bereits 1964, dass die meisten Psychotherapie-Patient\*innen dem sogenannten YAVIS-Typus zuzurechnen sind: „youthful, attractive, verbal, intelligent, and successful“ (ebd., S. 133). Beushausen (2014) berichtete, für den deutschen Raum gebe es zwar keine entsprechenden Studien, doch dem Verband der Ersatzkassen lägen Hinweise vor, wonach ambulante Psychotherapeut\*innen nur die leichten Fälle behandeln (S. 9; unter Bezug auf Haarhoff, 2013; Melchinger, 2010, S. 27). Dies verwundert nicht, denn Mediziner\*innen (ärztliche Psychotherapeut\*innen und Psychiater\*innen) und psychologische Psychotherapeut\*innen verfügen zwar über ein gutes Wissen zu neurobiologischen, genetischen, hormonellen bzw. psychischen Vorgängen, doch Aspekte wie z.B. Armut, Wohnungs- und/oder Obdachlosigkeit, geringe Bildung oder Langzeitarbeitslosigkeit erfahren in der psychotherapeutischen Praxis eine unzureichende Beachtung.

Dies lässt den Schluss zu, dass z.B. prekäre Lebenslagen sowie soziale und gesundheitliche Ungleichheit nicht in gebührendem Maße im Fokus von Psychotherapeut\*innen stehen, denn ihnen fehlen ausreichende sozialwissenschaftliche Kenntnisse bezüglich der sozialen Implikationen z.B. der Menschen mit Suchterkrankungen oder psychotischen Störungen.

Aber auch wenn Sozialarbeiter\*innen psychotherapeutisch tätig werden, zeigt die Entwicklung in der Suchttherapie, dass Wissensbestände aus den Sozialwissenschaften zunehmend negiert werden (vertiefend Ohling, 2015; Giertz et al., 2021a). „Nun besteht meines Erachtens in der Suchtrehabilitation die kuriose Situation, dass SozialarbeiterInnen mit therapeutischer Zusatzausbildung, welche eine starke Orientierung an den klassischen psychotherapeutischen Verfahren zeigen, in der Bezugstherapie<sup>10</sup> ihre

---

<sup>10</sup> In der Suchtrehabilitation sind die Rehabilitand\*innen festen Bezugstherapeut\*innen für Einzel- und Gruppentherapie zugeteilt. Im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker übernehmen entweder die psychologischen Psychotherapeut\*innen oder die Gruppen- und Einzeltherapeut\*innen die Leitung. „Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 bis 12 Patienten[,] bei Drogenabhängigen für jeweils 6 bis 8 Patienten einer der ... Therapeuten zur Verfügung stehen. Dieser Therapeut soll zugleich die Hauptbezugsperson für diese Patientengruppe sein“ (DRV, 2012/2013, S. 10; Erg. v. Verf.).

‚bodenständige‘ sozialarbeiterische Kompetenz gar nicht einbringen, sondern ihr Handeln psychotherapeutisch im engeren Sinne ausrichten. Und die PsychologInnen verfügen über kein entsprechend profundes Wissen über die prekäre Lebenslage ihrer Klientel, da die psychologische und psychotherapeutische Ausbildung kein ausreichend sozialwissenschaftliches und pädagogisches Wissen vermittelt. Aber beide Kompetenzformen sind ... indiziert“ (Deloie, 2015a, S. 5).

Es kann konstatiert werden, dass eine Sozialtherapie, die diese sozialwissenschaftlichen Wissensbestände, wie bereits erwähnt, inkludiert und in das methodische Handeln einfließen lässt, im Hinblick auf die komplexe Lebenslage und prekäre gesundheitliche Situation angezeigt scheint.

## 1.2 Zentrale Fragestellungen der kumulativen Dissertation und inhaltlicher Aufbau

Obwohl der Begriff Sozialtherapie<sup>11</sup> im Kontext der Sozialarbeit bereits vor ca. 100 Jahren durch Salomon, Wronsky und Kronfeld (Wronsky & Kronfeld, 1932; Wronsky & Salomon, 1926) eingeführt wurde, ist er bis heute ein unvollendetes methodisch-professionelles Konzept mit vielen Unschärfen, theoretisch und praktisch wenig greifbar und undifferenziert. Die vorliegende Arbeit präsentiert den Versuch, die zahlreichen konstruktiven Ideen aus der Sektion Klinische Sozialarbeit der DGSA zu erfassen, zu bündeln und eine Behandlungsmethode für Klient\*innen in multiplen Problemlagen, d.h. für „Hard-to-reach“-Klient\*innen zu konzeptualisieren und zu erforschen. Nachfolgend werden erste Überlegungen zu einem Qualifikationsrahmen für angehende Sozialtherapeut\*innen angestellt.

Die Fragestellung dieses Projekts ist aufgrund der publikationsbasierten Arbeitsweise in mehreren Schritten ausdifferenziert:

1. Eine sorgfältige Bestandsaufnahme der historischen und aktuellen **Kristallisationspunkte sozialtherapeutischen Handelns**<sup>12</sup> und der ihnen innewohnenden meta-

---

<sup>11</sup> Synonyme sind Soziale Therapie, Soziotherapie (insbesondere für psychisch kranke Menschen), Soziale Psychotherapie (Ohling, 2020, o.S.; vgl. auch Kapitel 2.2).

<sup>12</sup> Die geschichtlichen und aktuellen Strömungen der Sozialtherapie werden in dieser Abhandlung ausführlich dargestellt, da sie in den Beiträgen und Zeitschriftenartikeln (vgl. die Kapitel 2.1.2, 3.1.2, 4.1.2) lediglich ansatzweise skizziert werden.

und handlungstheoretischen Wissensbestände stellt den ersten Schritt dar. Im Anschluss ist zu eruieren, in welcher Weise Sozialtherapie praktisch anwendbar ist. Dies impliziert die Frage, mit welcher Klientel sich Sozialtherapie befasst, in welchem Setting sie stattfindet und welche Methoden und Techniken dabei zum Einsatz kommen. In diesem Kontext wurden mehrere Beiträge in Fachzeitschriften und Herausgabebänden veröffentlicht. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit werden im zweiten Kapitel präsentiert.

2. Die zweite Forschungsfrage zielt darauf ab, die **Möglichkeiten und Grenzen der Sozialtherapie als methodisches Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit für „Hard-to-reach“-Klientel** zu ergründen. Die in der Literatur vorhandenen theoretischen Texte werden diesbezüglich einer Analyse unterzogen. Zudem wurde eine qualitative Studie in der Sozialtherapie Sucht bzw. Suchttherapie durchgeführt, um dieser Frage vertieft nachzugehen und Hypothesen für die weitere Forschung zu entwickeln. Die Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich im dritten Kapitel.
3. Im dritten Schritt werden als Konsequenz aus den Forschungsprozessen potenzielle Implikationen für eine **sozialtherapeutische Profilbildung und Qualifikation** im Kontext der Teildisziplin und Profession Klinischer Sozialarbeit erarbeitet. Die Beantwortung dieser Fragestellung erfolgte mittels einer quantitativen Befragung von Masterstudierenden klinisch-sozialarbeiterischer Studiengänge sowie Fachkräften Klinischer Sozialarbeit zu Bedarf und Inhalten einer postgradualen Weiterbildung in Sozialtherapie. Die zentralen Ergebnisse hierzu werden im vierten Kapitel präsentiert.