

### 3.2 Berufspolitische Zukunftsperspektiven

Bei der Betrachtung der beruflichen Zukunftsaussichten für die Sozialtherapie verengt sich der Blick schnell auf ihren Ableger „Soziotherapie“, denn ihr Tätigkeitsfeld ist gesetzlich im Sozialgesetzbuch V verankert (§37a SGB V). Sie wird auf Verordnung von Fachärzten tätig, hat klare Aufgaben und ein Abrechnungssystem mit den Krankenkassen. Welche beruflichen Perspektiven ergeben sich für SoziotherapeutInnen in Deutschland?

Die Soziotherapie gehört in das Behandlungsfeld von Fachärzten, die psychisch erkrankte Menschen medizinisch behandeln. Dieser Kreis ist 2015 durch eine Novellierung der Soziotherapie-Richtlinie auf Fachärzte der Neurologie, für Nervenheilkunde, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bei PatientInnen zwischen 18 und 21 Jahren) erweitert worden. Außerdem können die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die von Krankenhäusern betrieben werden, Soziotherapie verordnen (gem. § 4 Soziotherapie-Richtlinie). Was motiviert die Fachärzteschaft und ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung, so vielen Fachkollegen Zugang zur Soziotherapie zu verschaffen?

#### Evidenzbasierte Medizin

Die Medizin betrachtet sich teilweise als eine naturwissenschaftliche Disziplin, dann aber auch als eigenständiges Fachgebiet, das seiner Tätigkeit einen entsprechend besonderen Wissenschaftsbegriff zugrunde legt. Sie spricht nicht von Beweisen, mit denen sie eine lückenlose Kausalkette zwischen Erkrankung, Behandlung und Heilung aufbauen könnte, stattdessen von Evidenz. Evidenzbasierte Medizin (EBM) „ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett et al., 1996)

Die Qualität der medizinischen Behandlung resultiert nach diesem modernen Berufsverständnis einerseits aus der konkreten Beziehung zwischen einer PatientIn und einer ganz bestimmten ÄrztIn. In diese Beziehung fließt die berufliche Erfahrung der ÄrztIn ebenso wie das Vertrauen ihrer PatientIn, dass ihr im Zuge dieser Behandlungsbeziehung geholfen werden kann. Andererseits kommt es quasi im Hintergrund dieser Beziehung zu fachlichen Diskursen zwischen den MedizinerInnen der verschiedenen Fachrichtungen, die durch Studien sowie Zusammenfassungen von Studien (sog. Metastudien) permanent angeregt und in Bewegung gehalten werden.

Um den Behandlungsprozess zwischen PatientIn und ÄrztIn optimal gestalten zu können, wird die ÄrztIn angehalten, sich diesen fachlichen Diskurs zumindest informativ zugänglich zu machen. Evidenzbasiertes Arbeiten soll sich also ständig offen halten

gegenüber neuen Forschungs- und Behandlungserfahrungen. Das ärztliche Vorgehen soll nicht erstarren in standardisierten Wiederholungen irgendwann einmal erfolgreicher persönlicher Behandlungsstrategien.

Die nicht ganz unwichtige Frage, welche Studien denn geeignet sind, das Behandlungsverhalten der Ärzteschaft zu optimieren, benennt verschiedene Evidenzstufen. Die höchste Stufe nimmt die „doppelblinde, randomisiert kontrollierte Studie (RCT)“ (DG-PPN, 2009, S. 21) ein. Hierunter werden Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten verstanden, bei denen weder der beteiligte Patient noch der Arzt weiß, ob das eingesetzte Medikament die Wirkstoffe enthält oder nur eine Zuckerlösung (Placebo). An dieser Stelle kommt das an naturwissenschaftlichen Grundüberzeugungen gebundene Verständnis medizinischer Forschung zur Geltung. Es wird so getan, als könne man alles Persönliche auf Seiten der PatientIn wie der ÄrztIn aus dem Behandlungsgeschehen ausschalten und nur noch chemisch-physikalische Wirksamkeit messen. Die Menschen als Objekte von Laborversuchen. Die Ergebnisse haben verständlicherweise viel mit Biochemie und Biophysik zu tun, aber nur teilweise etwas mit Medizin. Und so schafft und erhält sich die medizinische Wissenschaft durch ihren Evidenz-Begriff permanent ein widersprüchliches Grundverständnis ihres eigenen Tuns.

## Krankheitsbegriff in der Psychiatrie

Geht man von den Behandlungsleitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften aus, so wird die psychische Erkrankung allenthalben nach dem „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell“ definiert. So heißt es beispielsweise in der Leitlinie für die Schizophrenie: „Das ‚Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell‘ ist das zurzeit am besten akzeptierte ätiopathogenetische Modell der Schizophrenie, welches neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt. Es geht von einer permanent, d. h. auch im interepisodischen Intervall vorhandenen subklinischen – neuropsychologisch und psychophysiologisch nachweisbaren – Vulnerabilität i. S. einer Disposition für die Manifestation einer Schizophrenie aus, deren Ursache in genetischen und/oder nicht-genetischen Einflüssen (z. B. Geburtskomplikationen) gesehen wird. Hypothetische endogene und exogene Stressoren biologischer und psychosozialer Natur, die mit dem in seiner Verarbeitungskapazität reduzierten System interagieren, führen bei nicht ausreichenden Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) zu dessen passagerem Funktionsversagen mit der klinischen Konsequenz akuter psychotischer Symptomatik. Neurobiochemisch findet dieser Zustand seinen Ausdruck u. a. in einer Überaktivität des mesolimbischen dopaminergen Systems.“ (DGPPN, 2006, S. 186)

Dieser Definitionsversuch zeigt die mehr als unsichere wissenschaftliche Ausgangslage der psychiatrischen Behandlung von Menschen, die an Schizophrenie leiden. Man geht von einer biologischen Ursache aus, die den Betroffenen dazu bringt, auf bestimmte Lebenssituationen durch Ausbildung der Erkrankung zu reagieren. Hierfür kann man aber außer Hypothesen über genetische Vorbelastungen keine hinlänglich nachprüfbaren medizinischen Anhaltspunkte präsentieren. Um dem Phänomen „Vulnerabilität“ näher zu kommen, greift man auf Forschungsansätze der Psychologie zurück und verlässt den eigenen Rahmen medizinischer Forschung. Zum sozialen Hintergrund der Erkrankung

und zu den sozialen Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Behandlung fehlen alle medizinischen wissenschaftlichen Belege.

Es bleibt der neurobiochemische „Ausdruck“ der Erkrankung, beispielsweise „in einer Überaktivität des mesolimbischen dopaminergen Systems“. Diesen Ausdruck kann man durch Einbeziehung bestimmter Medikamente verändern. Hierüber informieren die zumeist von der einschlägigen Industrie finanzierten „Studien“, die wiederum den wesentlichen Teil der „externen Evidenz“ bilden, über den sich die ÄrztInnen laufend informieren sollen.

Das medizinische Grundverständnis der psychischen Erkrankung hat mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell einen Ansatz gefunden, den die Medizin selbst nicht allein ausarbeiten kann. Auch die anfängliche Euphorie über die Bildhaftigkeit der Hirnaktivitäten, die vor allem durch die Funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT) technisch möglich wurde, ist sehr rasch in Enttäuschung umgeschlagen. Weder hat sich ein angebliches chemisches Ungleichgewicht im Hirn bestätigen lassen, noch konnte hierdurch die Überlegenheit medikamentöser Behandlungsmaßnahmen gegenüber psychisch-sozialen Interventionen bewiesen werden. Der Göttinger Neurobiologe Gerald Hüther verdeutlichte die Stärke psychosozialer Interventionen am Beispiel des Phänomens der „Begeisterung“.

„Zwanzig bis fünfzig mal am Tag erlebt ein Kleinkind einen Zustand größter Begeisterung. Und jedes Mal kommt es dabei im Gehirn zur Aktivierung der emotionalen Zentren. Die dort liegenden Nervenzellen haben lange Fortsätze, die in alle anderen Bereiche des Gehirns ziehen. An den Enden dieser Fortsätze wird ein *Cocktail* von neuroplastischen Botenstoffen ausgeschüttet. Diese Botenstoffe bringen nachgeschaltete Nervenzellverbände dazu, verstärkt bestimmte Eiweiße herzustellen. Diese werden für das Auswachsen neuer Fortsätze, für die Bildung neuer Kontakte und für die Festigung und Stabilisierung all jener Verknüpfungen gebraucht, die im Hirn zur Lösung eines Problems oder zur Bewältigung einer neuen Herausforderung aktiviert worden sind.“ (Hüther, 2016)

Welche soziale Situation kann ein Kleinkind dabei unterstützen, so oft am Tage begeistert zu sein? Da wird man bei der soziotherapeutischen Anamnese auf die Bezugspersonen des Kindes eingehen, ihre innere Einstellung zum Kind, die Zeit, die sie persönlich für das Kind einsetzen können, die Umgangsweise in vielen konkreten Alltagssituationen. Medizinisch betrachten wir ein Kind ganz selbstverständlich immer nur unter dem Eindruck von Symptomen, die auf eine Erkrankung schließen lassen. Doch die Therapie wird nicht an der Notwendigkeit vorbeigehen können, Veränderungen in der jeweiligen sozialen Alltagssituation zu initiieren. Hierfür nur Interesse zu wecken bei der PatientIn reicht nicht. Alle wichtigen Bezugspersonen sollten die Notwendigkeit ihrer aktiven Unterstützung erkennen und umsetzen wollen und können.

## **Soziale Gesichtspunkte bei der Behandlung**

Die Behandlungsleitlinien versuchen durchaus, sich den sozialen Rahmenbedingungen der PatientInnen gegenüber zu öffnen und deren Fähigkeiten, ihre gesundheitlichen Interessen hierin zu behaupten, bei der Therapie zu berücksichtigen. Die Leitlinie für die Depression rückt beispielsweise die statistische Tatsache in den Vordergrund, dass mehr

als doppelt so viele Frauen an Depression erkranken als Männer, dass doppelt so häufig Menschen aus den unteren gesellschaftlichen Schichten erkranken als Angehörige der Oberschichten. Ihr fällt auch auf, dass sich spätestens nach der zweiten Krankheitsphase die Wahrscheinlichkeit einer Genesung dramatisch verschlechtert. Doch soziale Gründe für diese bedeutenden Phänomene werden nicht vorgebracht, man spekuliert eher über statistische Erfassungsprobleme bzw. nennt überhaupt keine Zusammenhänge. (DGPPN, 2009, S. 15ff.) Es kann daher auch nicht verwundern, dass Erfahrungen darüber, wie man mit diesen sozialen Zusammenhängen bei der Therapie umgehen könnte, fehlen.

Selbstverständlich ist man sich bewusst, dass die einzelne PatientIn in die Behandlung aktiv einbezogen werden sollte. Doch hat man hierzu lediglich das Instrument der „Psychoedukation“ entwickelt. Dabei nennt man zumeist vier verschiedene Themen (Aufklärung über das Krankheitsbild, Aufklärung über die Ursachen, Aufklärung über die Behandlungsoptionen, Aufklärung über die Prognose der Störung). (DGPPN, 2009, S. 47) Alle Themen beginnen mit dem Begriff „Aufklärung“, appellieren also an die rationalen Fähigkeiten der erkrankten Menschen. Die sind sicherlich auch bei schweren Erkrankungen nicht ganz überdeckt und blockiert, doch wundert es schon sehr, dass keine emotionalen und sozialen Inhalte der persönlichen Zuwendung zur PatientIn genannt werden.

Neben diesen fachlich begründeten Schwierigkeiten der ÄrztInnen, die als bedeutungsvoll empfundenen sozialen Aspekte der Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen angemessen zu berücksichtigen, kommen die konkreten Arbeitsbedingungen insbesondere der in freier Praxis tätigen Vertragsärzte. Sie erhalten für die Grundversorgung ihrer PatientInnen eine Pauschale, die ihnen nur kurze Konsultationen von 10 bis 15 Minuten erlaubt. Dabei sollten sich die Begegnungen auf vier Besuche im Jahr reduzieren, um nicht zu einer wirtschaftlichen Belastung zu werden. In diesen kurzen Gesprächen kann man die Wirksamkeit verordneter Medikamente besprechen, zu viel mehr fehlt die Zeit. Natürlich ist den betroffenen FachärztInnen die desolante Zeitproblematik bewusst, ihre Berufsverbände fordern schon seit Jahren: „Gesprächsleistungen sowie Betreuungsleistungen müssen künftig als Einzelleistungen außerhalb des Budgets mit festen Preisen vergütet werden.“ (BVDN, 2016) Doch spricht zurzeit nichts dafür, dass dieser Forderung von den Krankenkassen entsprochen wird. So kann der ambulante Sektor der psychiatrischen Versorgung die sozialen Aspekte der Behandlung weder fachlich aufgreifen noch wirtschaftlich verantwortlich übernehmen. Diese Ausgangssituation hat der Gesetzgeber im Jahre 2000 zum Anlass genommen, die Soziotherapie als Ergänzungsleistung der psychiatrischen Behandlung in das Leistungssystem, das von den Krankenkassen zu finanzieren ist, aufzunehmen.

## Politische Entwicklungsperspektiven

Die Versorgung der psychisch Erkrankten wurde bis zur Psychiatrie-Enquete im Jahre 1975 weitgehend von den Krankenhäusern sichergestellt. Die politische Forderung aus der von einer Bundestags-Kommission erarbeiteten Bestandsaufnahme für die Zukunft lautete: Ambulant vor stationär. Im Sozialgesetzbuch V wurde dieser politische Wille im § 39 Abs. 1 Satz 2 rechtlich verankert. Hiernach ist die Aufnahme in ein Krankenhaus nur

angezeigt, wenn „das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“. Damit dieser Grundsatz auch in der Psychiatrie umgesetzt werden kann, benötigt die ambulant tätige Ärzteschaft die Unterstützung der Soziotherapeuten gem. § 37a SGB V. Sie selbst ist weder fachlich noch zeitlich/wirtschaftlich in der Lage, die Behandlung in die häusliche Lebenssituation ihrer Patienten zu tragen.

Dass es der deutschen Politik ernst ist mit der Durchsetzung dieses Prinzips auch in der Psychiatrie zeigt einerseits die Erweiterung des Verordnerkreises sowie die Ausweitung der behandlungsfähigen Indikationen der Soziotherapie, wie sie in den 2015 wirksam gewordenen neuen Regelungen der Soziotherapie-Verordnung niedergelegt wurden. (Ließem, 2016, S. 23 ff.) Die Politik möchte qualifizierte Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, die gemeinsam mit den niedergelassenen Fachärzten und den Psychiatrischen Institutsambulanzen den individuellen sozialen Lebensraum der einzelnen PatientIn in das Behandlungsgeschehen einbeziehen.

Im Jahre 2016 wurde Soziotherapie als neu eingefügter § 4a ST-RL zu einer Teilleistung des Krankenhaus-Entlassmanagements. Im Jahre 2017 werden auch die Psychologischen Psychotherapeuten als Verordner von Soziotherapie tätig werden können. Die entsprechende Ergänzung der Soziotherapie-Richtlinie befindet sich bereits im Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die klare Bevorzugung einer lebensweltbezogenen psychiatrischen Behandlung findet sich auch in der Entwicklung einer Krankenhausbehandlung, die nicht mehr im Krankenhaus, sondern im häuslichen Umfeld der PatientIn stattfindet. Diese „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ soll als neuer § 115d in das Sozialgesetzbuch V eingeführt werden. In dem Referentenentwurf zum PsychVVG heißt es unter dem neuen § 115d SGB V: „Der Krankenhausträger stellt sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer ... mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.“ Das heißt beispielsweise für die ambulant bereits am Ort tätigen SoziotherapeutInnen, dass sie auch in den Phasen der „stationsäquivalenten Behandlung“ als externe Mitglieder des Krankenteams weiterhin ihre PatientInnen behandeln können.

Unter den politischen Entwicklungsbedingungen für die Soziotherapie spielt auch die Inklusion eine nicht unwesentliche Rolle. Dieser aus einem UN-Übereinkommen des Jahres 2006 entnommene Begriff, der durch den Beitritt Deutschlands im Jahre 2008 auch hier zur Rechtsgrundlage wurde, löst den vorher durchgängig gebrauchten Begriff „Integration“ ab. Bei der Integration geht man davon aus, dass sich eine kleinere Menschengruppe mit besonderen Merkmalen (beispielsweise mit einer langjährig prägenden psychischen Erkrankung) an die gesellschaftliche Mehrheitsgesellschaft anpasst. Die Aufgabe der Soziotherapie läge darin, dieser Minderheit bei der Bewältigung der auftretenden Anpassungsproblemen (beispielsweise im beruflichen Lebensfeld) zu helfen.

Inklusion dagegen bedeutet, dass sich die Mehrheitsgesellschaft von vornherein darauf einstellt, dass sich Teilgruppen von ihr anders entwickeln als die Mehrheit. Das Anderssein gehört zur normalen Gesellschaft dazu. Das Miteinander-Leben ist ein ge-

genseitiger Lernprozess. In diesem Sinne ist die psychische Erkrankung eine individuelle Ausprägung gesellschaftlicher Erfahrungen, für deren Überwindung die PatientIn selbst, aber auch ihr gesellschaftliches Umfeld verantwortlich sind. Soziotherapie ist in diesem Inklusionssinne das Bemühen, den Dialog zwischen der PatientIn, ihrem sozialen Umfeld und weiteren professionellen Gesundheitsfachleuten herzustellen und im Geiste gemeinsamer Verantwortlichkeit zu einer Lebenssituation zu führen, in der Genesung stattfinden kann.

## **Wirtschaftliche Entwicklungsperspektiven**

Die Zukunft der Soziotherapie steht aus wirtschaftlicher Sicht zunächst unter einem ungünstigen Stern. Das evidenzgeleitete berufliche Handeln der ÄrztInnen wird stark von Studien beeinflusst, die durch die Pharmaindustrie finanziert werden. Die Medikamente herstellende Wirtschaft hat kein Interesse daran, die psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Behandlungsansätze zu stärken. Das kann nur zu Lasten des eigenen Umsatzes gehen.

Die Krankenkassen sehen mit Genugtuung, dass die Sozialhilfe weiterhin in erstaunlichem Umfang ihre ambulante Hilfe für psychisch Erkrankte verstärkt (BAGüS, 2016) und damit ihr den Druck nimmt, mehr eigene finanzielle Mittel für die Soziotherapie einzusetzen. Sie hält bewusst die Vergütung für die Leistungserbringung unter den Preisen der Sozialhilfe, so dass auch auf Leistungserbringerseite kein wirtschaftlicher Anreiz besteht, Soziotherapie anzubieten. Doch seitdem sich die Nachfrage nach intensiver psychiatrischer Behandlung wieder verstärkt und die Krankenkassen diese wachsende Nachfrage nicht auf ambulante Weise befriedigen wollen, bildet sich bei den Krankenhäusern ein Patientenstau, der mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung wiederum die Zahl der Betten steigen lässt. Von 1975 (Psychiatrie-Enquete) bis etwa 2006 wurden die Psychiatrie-Betten kontinuierlich abgebaut. Jetzt nehmen sie wieder zu. So stieg die Bettenzahl von 2006 bis 2014 von 38.481 auf 45.184. Gleichzeitig erhöhte sich auch deren Inanspruchnahme von 90,5% (2006) auf 92,1% (2014). (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016) Im Krankenhausplan 2015 von Nordrhein-Westfalen beispielsweise werden nicht weniger als 2.200 neue psychiatrische Betten angekündigt. (MGEPA, 2013, S. 86)

Die Krankenkassen haben das Argument, dass die Soziotherapie ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend Krankenhausbehandlung von schwer psychisch Erkrankten vermeiden helfen kann, immer zurückgewiesen. Das Krankenhaus würde schon Wege finden, das frei bleibende Bett mit leichteren Behandlungsfällen zu füllen. Aber der Zuwachs an Psychiatrie-Betten stellt eine arge wirtschaftliche Belastung dar. NRW ist hierfür typisch. In diesem Bundesland haben die Krankenkassen ganz besonders erfolgreich das Entstehen einer ambulanten Soziotherapie-Versorgung verhindert. Dies rächt sich jetzt für die Krankenkassen.

Ähnlich unerfreuliche Wirkungen muss die Sozialhilfe durch die aktuell noch unzulängliche Versorgung der psychisch erkrankten Bevölkerung mit Soziotherapie hinnehmen. Da sie die fehlende Funktion Soziotherapie durch Maßnahmen der ambulanten Hilfe ausgleicht, wachsen gerade bei den psychisch Behinderten die jährlichen Aufwen-

dungen für diese Leistungsform. Nach den neusten Kennzahlen wurden 2014 insgesamt rund 1,67 Milliarden Euro für die Ambulante Hilfe aufgewendet. 70,6% bezogen sich dabei auf Menschen mit seelischen Behinderungen. Damit dürften für diese Gruppe rund 1,18 Milliarden Euro 2014 aufgewendet worden sein. (BAGüS, 2016) Dem gegenüber stehen nach einer Schätzung des Berufsverbandes der Sozialtherapeuten rund 4,5 Millionen Euro für die Sozialtherapie durch die Krankenkassen.

Die Sozialhilfeträger haben also allen Grund, die beträchtlichen Kosten für die ambulante Versorgung der psychisch Erkrankten zu vermindern. Sofern sich diese Aufwendungen auf die Unterstützung der Erkrankten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung beziehen, sind sie außerdem gesetzwidrig. Denn gemäß § 2 SGB XII sind der Sozialhilfe alle Aufwendungen untersagt, für die vorrangige Kostenträger zuständig sind. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind vorrangig den Krankenkassen vorbehalten. Es wächst bei den Trägern der Sozialhilfe daher der Impuls, mit der Initiierung von örtlichen Sozialtherapie-Angeboten den wirtschaftlichen Druck auf die ambulante Hilfe zu mindern.

## **Profilierung der Sozialtherapie**

Viele Faktoren sprechen dafür, dass die Sozialtherapie in Zukunft eine sehr viel bedeutendere Funktion bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen übernehmen wird. Hierfür sprechen die Entwicklungen im ärztlichen Behandlungsverständnis, in diese Richtung weisen politische und wirtschaftliche Tendenzen. Aber es wäre wenig professionell, sich nicht selbst die kritische Frage zu stellen, ob man für diese stärkere Verantwortung auch fachlich gerüstet ist. Ohne eigene Beiträge zur Entstehung von psychischen Erkrankungen, ohne sozialtherapeutische Erfahrungsberichte über eigene Therapieerfolge wird es nicht gelingen, den sich entwickelnden Behandlungsanforderungen zu entsprechen. Was bedeutet dies für die SozialtherapeutInnen selbst und ihre Unterstützer?

Die vordringlichste Aufgabe liegt in der Formulierung eines Berufsbildes, das sich nicht nur an den Vorgaben rechtlicher und politisch/wirtschaftlicher Funktionszuweisungen orientiert, sondern das ein eigenes fachliches Grundverständnis zum Ausdruck bringt. Ziel muss es sein, die Voraussetzungen an Kenntnissen und Erfahrungen zu benennen, die für eine angemessene Berufsausübung notwendig sind. Dieses Anforderungsprofil sollte als eigenständiges Berufsbild gesetzlich abgesichert werden. Damit wäre die Sozialtherapie als Heilberuf anerkannt wie beispielsweise die Ergotherapie oder die Physiotherapie. Es wäre nicht mehr den Krankenkassen überlassen, nach eigenem Gutdünken Fachkräfte für diese Therapieform zuzulassen.

Ein neues Aus- und Fortbildungsprofil für SozialtherapeutInnen sollte einen Weg finden, diese speziellen Anforderungen in das Curriculum für die Ausbildung von SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogenInnen mit Hochschulabschluss sowie für die Weiterbildung zur Fachkrankenpflegekraft Psychiatrie einzufügen. Hier wird man gemeinsam mit den entsprechenden Ausbildungsinstituten nach fachlich und rechtlich passenden Implementierungen suchen.

Weiterhin braucht die Sozialtherapie ein eigenes Forschungsverständnis, das künftigen Studien über die eigene Arbeit zugrunde gelegt wird. Dies wird sich von den evi-



denzorientierten Vorstellungen der Mediziner unterscheiden und sich vor allem an der sozialwissenschaftlichen Vorgehensweise orientieren. Gleichzeitig muss sie aber dialogfähig sein mit dem medizinischen Forschungsgeschehen, was weniger Anpassungen als vielmehr Verständnisbrücken auf beiden Seiten benötigt.

Dann wird sich die Soziotherapie aktiv beteiligen müssen an möglichst vielen Studien, die durchaus an dem „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell“ der Mediziner anknüpfen können. Diese medizinische Grundvorstellung ist dynamisch genug, um das gesamte Erfahrungsspektrum der Soziotherapie darstellen und in das gesamtmedizinische Behandlungsgeschehen einordnen zu können. In diesem weiten Erklärungsschema wird die Soziotherapie einen wichtigen eigenen Forschungsbeitrag leisten.

## Literatur

- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN): Vergütung der ambulanten Versorgung. Online verfügbar unter [www.bvdn.de/bvdn-themen/verguetung-bvdn.html](http://www.bvdn.de/bvdn-themen/verguetung-bvdn.html) [Zugriff am 22.12.2016].
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS), Bericht für das Jahr 2014, Online verfügbar unter [www.lwl.org/spur-download/bag/2016-02-02-bericht2014.pdf](http://www.lwl.org/spur-download/bag/2016-02-02-bericht2014.pdf) [Zugriff am 22.12.2016].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Berlin 2006.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Berlin 2009.
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen, PsychVVG, Online verfügbar unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/neuregelungen-2017.html> [Zugriff am 25.02.2017].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online erreichbar unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [Zugriff am 25.02.2017].
- Hüther, G. (2016): Begeisterung ist Doping für Geist und Hirn. Neue Erkenntnisse der Hirnforschung – Wie Eltern lernen können, sich selbst und ihre Kinder zu begeistern. Online erreichbar unter [www.gerald-huether.de/populaer/veroeffentlichungen-von-gerald-huether/texte/begeisterung-gerald-huether/index.php](http://www.gerald-huether.de/populaer/veroeffentlichungen-von-gerald-huether/texte/begeisterung-gerald-huether/index.php) [Zugriff am 12.05.2016].
- Ließem, H. (2013). Soziotherapie in Deutschland, Göttingen: Debux Verlag 2016.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan NRW 2015. Düsseldorf: Selbstverlag.
- Sackett, D. L. et al.: Evidenzbasierte Medizin, deutsche Fassung des 1996 im British Medical Journal erschienen Artikels veröffentlicht vom Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin e.V. Online erreichbar unter [www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/leitartikel-sackett/](http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/leitartikel-sackett/) [Zugriff am 22.12.2016].
- UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2006. Online erreichbar unter [www.behindertenrechtskonvention.info](http://www.behindertenrechtskonvention.info) [Zugriff am 22.12.2016].