
Aus der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich)

**Integration von sozialarbeiterischen Interventionen
in die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische
Krankenhausbehandlung**

Eine Erhebung sozialer Probleme und sozialtherapeutischer
Beratungsfoki von Patienten in konfliktorientierten und
strukturbezogenen Behandlungssettings

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doctor scientiarum humanarum (Dr. sc. hum.)
an der
Medizinischen Fakultät Heidelberg
der
Ruprecht-Karls-Universität

vorgelegt von

Maren Bösel

aus

Ludwigslust

2019

Dekan:

Prof. Dr. Andreas Draguhn

Doktorvater:

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
2 Ein soziales Problem – Ein nicht leicht und eindeutig definierbarer Begriff	3
2.1 Einblicke in die soziologische Auseinandersetzung zum Begriff „soziale Probleme“	4
2.2 Der Begriff „Soziales Problem“ aus Sicht der Sozialen Arbeit	5
3 Einfluss von sozialen Faktoren auf die Gesundheit	8
3.1 Armut und Bildung.....	9
3.2 Berufliche Stellung und Gesundheit	13
3.3 Gesellschaftliche Auswirkungen von sozialen Belastungen und Folgen für die psychische Gesundheit.....	15
3.3.1 Welche Bedeutung haben psychische Erkrankungen für die gesetzliche Krankenversicherung?	15
3.3.2 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit	17
3.3.2.1 Bedeutung und Ausprägung von psychischen Erkrankungen bei Menschen ohne Arbeit	17
3.3.2.2 Auswirkungen von psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit für die berufliche Reintegration	19
3.3.2.3 Aspekte der Verbesserung der Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im beruflichen (Re)Integrationsprozess	21
3.3.3 Finanzielle Schwierigkeiten – Ursache und Folgen für die psychische Gesundheit	24
4 Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit in der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen	27
4.1 Klinische Sozialarbeit – als Fachsozialarbeit	27
4.2 Sozialtherapie als methodischer Ansatz.....	29
4.3 Sozialtherapeutische Beratung.....	31
4.4 Stand der rechtlichen Verankerung der Sozialen Arbeit in der psychotherapeutischen Versorgung von Patienten in Deutschland	33
4.4.1 Inwiefern gibt es rechtliche Rahmenempfehlungen für die Integration von sozialarbeiterischen Kompetenzen in die stationäre psychosomatische Akutversorgung?	33

4.4.2	Rechtliche Rahmenempfehlungen von Sozialarbeit in der stationären medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen und ihre Umsetzung	35
5	Sozialtherapie als ein Baustein in der stationären psychotherapeutischen Versorgung	36
5.1	Die Bedeutung der (Sozial-) Anamnese für die Planung der psychotherapeutischen Behandlung	37
5.1.1	Historischer Exkurs und Begriffsklärung Anamnese	37
5.1.2	Anamnese in der Sozialen Arbeit.....	38
5.2	Sozialtherapie als ein Bestandteil der stationären Psychotherapie	42
5.2.1	Erkennen von sozialen Problemen und ihre Bedeutung für die Behandlung	43
5.2.2	Aufbau eines sozialtherapeutischen Arbeitsbündnisses – psychosoziale Diagnostik.....	45
5.2.3	Akute Begleitung und Hilfe zur Selbsthilfe – ein Baustein der psychosozialen Stabilisierung	48
5.2.4	Sozialtherapeutische stationäre Gruppenarbeit als Ergänzung zur psychosozialen Einzelberatung.....	50
6	Methodik.....	51
6.1	Beschreibung der Behandlungssettings der Datenerhebung	52
6.1.1	Station AKM mit Tagesklinik – konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Behandlungssetting	53
6.1.2	Station Mitscherlich	54
6.2	Datenerhebung – sozioökonomischer Status.....	56
6.2.1	Berufliche Kategorien	56
6.2.2	Erhebung des Finanziellen Status	59
6.3	Beschreibung der erhobenen Beratungsfoki	60
6.3.1	Beruflicher Beratungsfokus	61
6.3.2	Weitere gesundheitliche - soziale Beratungsfoki.....	62
6.4	Hypothesen und Fragestellungen.....	66
6.5	Auswertung der erhobenen Daten.....	67
7	Beschreibung der Stichprobe.....	69
7.1	Beschreibung der Gesamtstichprobe	69
7.1.1	Fallzahlen	69
7.1.2	Zusammensetzung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht	70
7.1.3	Hauptdiagnosen der Patienten.....	73
7.1.4	Bildungsniveau und Erwerbsstatus	75
7.1.5	Vergleich der Einkommenssituation.....	78

7.1.6	Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Aufnahme	79
7.2	Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Settings	80
7.2.1	Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit	81
7.2.2	Finanzielle Situation der Patienten in den Settings	85
7.2.3	Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Settings	88
7.3	Beratungsfoki – Häufigkeiten und Vergleich der Settings	90
7.3.1	Differenzierte Betrachtung der Hauptfokusgruppen unter Einbeziehung der Unterfoki	93
7.4	Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Beratungsschwerpunkten	98
7.5	Einfluss von psychotherapeutisch-medizinischen Faktoren auf die psychosoziale Beratung	99
8	Diskussion	101
8.1	Einordnung der Fallzahlen der Stichprobe in die bundesweiten Gesamtbehandlungsfälle	103
8.1.1	Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Vergabe der Hauptdiagnosegruppen	104
8.1.2	Erwerbsstatus und Bildungsniveau der Gesamtstichprobe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung	105
8.1.3	Schulbildung und Ausbildungsniveau	107
8.1.4	Betrachtung der Einkommensarten der Patienten in der stationären Psychotherapie unter Einbeziehung der gesellschaftlichen Strukturen und Arbeitsunfähigkeitszeiten	110
8.2	Vergleich der Behandlungssettings bezogen auf Aspekte des sozioökonomischen Status	114
8.2.1	Betrachtung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten des Bildungsstandes und des Erwerbstatus zwischen den Settings	114
8.2.2	Betrachtung der Einkommensarten und der Zeiten der Arbeitsunfähigkeit der Patienten in den einzelnen Behandlungssettings	117
8.3	Welche sozialen Beratungsfoki stehen in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung im Vordergrund?	119
8.3.1	Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Behandlungssettings in den beruflichen und sozialen Beratungsfoki	127
8.3.2	Inwiefern gibt es zwischen den Settings Unterschiede beim Beratungsbedarf in der Bearbeitung von berufliche und sozialen Fragen und Problemen?	130
8.3.3	Gibt es psychotherapeutische-medizinische Faktoren, die Einfluss auf den sozialarbeiterischen Beratungsfokus haben?	132
9	Zusammenfassung	135

10 Literaturverzeichnis	137
11 Eigene Publikationen.....	152
Lebenslauf.....	153
Danksagung.....	154
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	155

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Eigene Darstellung Teufelskreis Armut, (vgl. M. Spitzer 2016b).....	11
Abb. 2:	Eigene Abbildung: Merkmale der sozialtherapeutischen Beratung (vgl. Pauls und Reicharts, und Ortmann und Röh, 2014, S. 5)	32
Abb. 3:	Häufigkeiten der Fallzahlen bezogen auf den Erhebungszeitraum 2010-2013...	70
Abb. 4:	Häufigkeiten der Fallzahlen bezogen auf die Settings	70
Abb. 5:	Prozentuale Häufigkeit der Geschlechter bezogen auf die Gesamtstichprobe n=841	71
Abb. 6:	Verteilung der Geschlechter auf die drei Behandlungssettings, n=841	71
Abb. 7:	Prozentuale Verteilung der Patienten auf Altersgruppen in Bezug auf die Gesamtstichprobe. n=840	72
Abb. 8:	Prozentuale Häufigkeit der Diagnosegruppen in den Behandlungssettings n=841	74
Abb. 9:	Häufigkeiten der Erwerbsformen der Patienten in der Gesamtstichprobe.....	75
Abb. 10:	Prozentuale Häufigkeit der Schulabschlüsse in der Stichprobe n=1186	76
Abb. 11:	Prozentuale Häufigkeit der Ausbildungsabschlüsse innerhalb der Stichprobe....	77
Abb. 12:	Prozentuale Häufigkeit der Berufsfelder in den Patienten tätig sind und zuletzt waren	78
Abb. 13:	Prozentuale Häufigkeiten der Einkommen in der Gesamtstichprobe	78
Abb. 14:	Übersicht zu maximalen Arbeitsunfähigkeitszeit, Standardabweichung und Median bezogen auf die Gesamtstichprobe n=1186	80
Abb. 15:	Vergleich der prozentualen Häufigkeiten der Schulabschlüsse in den Settings..	81
Abb. 16:	Übersicht der prozentualen Häufigkeiten der Ausbildungsabschlüsse in den Settings. Signifikanz im Bereich des Ausbildungsniveaus zwischen den Settings (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$).....	82
Abb. 17:	Vergleich der prozentualen Häufigkeiten der Erwerbsformen in den Settings, Patienten n=1185	84
Abb. 18:	Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich der Erwerbslosigkeit zwischen den Settings (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$).....	85
Abb. 19:	Häufigkeiten der Einkommensarten in den einzelnen Settings.....	86
Abb. 20:	Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich der Lohnfortzahlung zwischen den Settings (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)	87
Abb. 21:	Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich des Bezuges von Arbeitslosengeld I zwischen den Settings (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$).....	87

Abb. 22:	Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich des Bezugs von ALG II zwischen den Settings (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$) 88
Abb. 23:	Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz der Arbeitsunfähigkeitswochen bei Aufnahme (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)..... 89
Abb. 24:	Vergleich der Mittelwerte beider der beiden Hauptfokusgruppen bezogen auf die Gesamtstichprobe, (** $p < .001$ ** $p < .01$ + $p < .05$)..... 91
Abb. 25:	Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen bezogen auf die beiden Beratungsfokigruppen und den jeweiligen Behandlungssettings. (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$). Mittelwerte berufsbezogenen Beratungsfoki von 7 Unterfoki, Mittelwerte von 6 gesundheitlich-sozialen Beratungsfoki 92
Abb. 26:	Prozentuale Häufigkeit der beruflichen Beratungsfoki, Patienten $n=878$ 94
Abb. 27:	Prozentuale Häufigkeiten der beruflichen Beratungsfoki im Settingvergleich 95
Abb. 28:	Prozentuale Häufigkeit der einzelnen gesundheitlich-sozialen Beratungsfoki auf die Gesamtstichprobe, Patienten $n=878$, * $n=579$, erst ab 2012 erhoben..... 96
Abb. 29:	Prozentuale Häufigkeit der sozialen Beratungsfoki im Settingvergleich, Beratungsfoki Tagesstruktur und Anbindung an Beratungsstellen wurden erst 2012 erhoben, signifikante Unterschiede (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$). 97
Abb. 30:	Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen bezogen auf den Beratungsfokus Finanzen und den Erhalt von ALG I/II und Nicht-ALG (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)..... 98
Abb. 31:	Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen bezogen auf den Beratungsfokus Tagesstruktur und des Erwerbsstatus von ALG I/II und Nicht-ALG (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)..... 99
Abb. 32:	Eigene Abbildung Beschreibung der psychodynamischen Achsen der OPD, vgl. Arbeitskreis OPD, 2004, S.21 128

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Übersicht zu den Beratungsfokusgruppen mit Unterfoki, *2012 ergänzt.	65
Tab. 2:	Mittelwerte und Standardabweichung – Altersdurchschnitte Settingvergleich	72
Tab. 3:	Anzahl der Patientenzahlen der einzelnen Settings zur Auswertung der Hauptdiagnosedaten	73
Tab. 4:	Auswertung der erhobenen Basisdokumentationsdaten zu Depressivität, Ängstlichkeit und Somatoformen Beschwerden n= 838.....	100
Tab. 5:	Auswertung der Daten des OPD-SF und EB-45 in Bezug auf die Bedeutsamkeit der sozialtherapeutischen Beratungsfoki	101

1 Einleitung

Die Bedeutung von sozialen Problemen und Ressourcen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit wird seit fast 100 Jahren in der Medizin und der Sozialen Arbeit thematisiert. Die WHO benennt soziales Wohlbefinden als einen Aspekt von Gesundheit in ihrer Definition. Im Bereich der Medizin hat sich zu Beginn des letzten Jahrhunderts u.a. Viktor von Weizsäcker 1947 mit dem Einfluss von sozialen Faktoren auf die Entstehung von Krankheiten und deren Verlauf auseinandergesetzt sowie den Begriff der Sozialen Therapie geprägt. Weizsäcker sah die Aufgabe der Sozialen Therapie zu seiner Zeit als Aufgabe der Medizin (vgl. Weizsäcker et al. 1986). Im Bereich der Sozialen Arbeit gab es zu Beginn des letzten Jahrhunderts erste Konzeptideen, die eine bio-psycho-soziale Perspektive einnahmen und einen Zusammenhang zwischen sozialen Systemen und Milieugegebenheiten und dem Erleben und Verhalten von Klienten beschrieben. Vertreter waren Mary Richmond und Virginia Robinson. Richmond (1917) gilt als Begründerin der „Sozialen Diagnose“. Sie beschrieb auf Grundlage der Erfahrungen durch die Hausbesuche bei hilfsbedürftigen Familien verschiedene Soziale Diagnosen. Ziel war es den Hilfebedarf festzustellen und adäquate Hilfen zu installieren. Für den deutschsprachigen Raum setzte sich Salomon (1926) auf Grundlage des Werkes von Richmond mit dem Thematik der Sozialen Diagnose und den Methoden der Sozialen Arbeit auseinander. Im Verlauf des letzten Jahrhunderts und in der jüngeren Vergangenheit ist die Soziale Arbeit in vielen Bereichen des Gesundheitswesens als Profession ein fester Bestandteil. Sie hat die Aufgabe, die betroffenen Menschen zu unterstützen, soziale Belastungsfaktoren, die durch die Erkrankung auftreten, zu erkennen, zu verringern und die Lebens- und Alltagskompetenz von Patienten zu stärken (Pauls 2012). Trotz der Bedeutung von sozialen Faktoren auf die Entstehung von seelischen Erkrankungen und die Integration von Sozialer Arbeit in die Behandlung von psychisch erkrankten Patienten, gibt es wenig empirische Studien zur Bedeutung von sozialarbeiterischen Interventionen in die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung. Die vorliegende Arbeit hat sich daher zur Aufgabe gemacht, einerseits eine Bestandsaufnahme zu sozialökonomischen Belastungsfaktoren, wie Bildungsstand, Erwerbslosigkeit und finanzielle Probleme von Patienten zu Beginn der (teil)stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung vorzunehmen. Andererseits wurde erhoben, in welchen sozialen Themenbereichen Patienten Beratung erhalten haben. Die Auswertung erfolgte für die Gesamtstichprobe sowie differenziert für die drei Behandlungssettings der beiden Psychotherapiestationen der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg.

Bevor die Studie in ihrer Methodik und deren Ergebnisse vorgestellt werden, wird sich mit der Begriffsdefinition von Sozialen Problem auseinandergesetzt. An dieser Stelle wird darauf

hingewiesen, dass zur besseren Lesbarkeit die männliche Form der Personenbeschreibungen in dieser Arbeit verwendet wird. Es sind aber stets alle Geschlechter gemeint, soweit nicht explizit auf ein Geschlecht verwiesen wird. Im Weiteren wird detailliert auf vorhandene Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit sozialen Faktoren, wie Bildung, Erwerbsstatus und Armut, und Entstehung von psychischen Erkrankungen eingegangen. Bereits Jahoda et al. (1975) hat in seiner berühmten Studie zu den Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Bewohner des Dorfes Marienthal aufgezeigt, dass soziale Probleme im Kontext des Verlustes von Einkommen, Sozialstrukturen und Veränderungen des Selbstbildes komplexe psychische Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Soziale Schwierigkeiten können aber auch ohne vorbestehende Vulnerabilität seelische Erkrankungen auslösen. Gleichzeitig stellen psychische Erkrankungen einen zusätzlichen Risikofaktor dar, der die Bewältigung sozialer Schwierigkeiten deutlich erschwert. In diesem Zusammenhang wird auf den Begriff der „sozialen Ungleichheit“, den u.a. Hradil (2012) als die gesellschaftlichen Vor- und Nachteile eines Menschen in Bezug auf die Möglichkeit des autonomen Handelns beschreibt, eingegangen.

Im zweiten Teil des Theorieteils wird die Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Bereich des Gesundheitswesens beschrieben. In diesem Zusammenhang wird der Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die der Arbeit zu Grunde liegende Studie wurde im Bereich der Klinischen Sozialarbeit der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik durchgeführt. Zum besseren Verständnis und zur Einordnung der Ergebnisse wird im Verlauf des Abschnittes neben der Bedeutung der Anamnese für die Erarbeitung eines Gesamtbehandlungsplanes auf die Besonderheiten der Sozialanamnese eingegangen. Darüber hinaus wird das Konzept der Klinischen Sozialarbeit als fester Bestandteil eines Behandlungskonzeptes am Beispiel der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg beschrieben.

Die vorliegende Arbeit hat nicht nur das Ziel einen umfassenden Überblick über die soziale Situation von Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme zur stationären Psychotherapie in der Akutklinik zu geben, sondern auch die psychosozialen Beratungsfoki von Patienten zu beschreiben und dabei auf mögliche Unterschiede in den Behandlungssettings einzugehen. Darüber hinaus soll die Arbeit einen Beitrag leisten, um das Verständnis für die Notwendigkeit der Integration von sozialarbeiterischen Interventionen in die Versorgung von Patienten im stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungssetting zu verbessern und zu standardisieren. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Förderung der Zusammenarbeit und des Austausches zwischen psychologischen und medizinischen Psychotherapeuten und Sozialarbeitern hinzuweisen, als ein weiterer Aspekt der Verbesserung der Versorgung von Psychotherapiepatienten.

2 Ein soziales Problem – Ein nicht leicht und eindeutig definierbarer Begriff

Soziale Arbeit setzt sich mit den individuellen sozialen Problemen von Menschen unter Einbeziehung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auseinander. Auf diesem Hintergrund soll der Begriff „soziales Problem“ aus Sicht der Soziologie und der Sozialen Arbeit betrachtet werden. *„In der Soziologie geht es um die Möglichkeit der Erkenntnis wie auch um die der Beeinflussung von Strukturen, in denen die Menschen handeln, die aber unabhängig von ihnen existieren, und die erhalten bleiben, auch wenn die Menschen, die sich in ihrem Handeln daran orientieren, wechseln“* (Böhnisch und Funk 2012, S.9). Die Soziologie kann dadurch unterstützen, handlungsorientierte Konzepte der Sozialen Arbeit einzuordnen, die auch Einfluss auf gesellschaftliche Strukturen nehmen können.

In der Wissenschaft gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Versuchen den Begriff „Soziales Problem“ zu definieren. Insbesondere die Soziologie hat sich eingehend mit einer Definitionsfindung auseinandergesetzt. Im Jahr 1976 wurde auf dem Soziologentag die Sektion „Soziale Probleme und Soziale Kontrolle“ innerhalb der Gesellschaft für Soziologie gegründet. Zuvor schien durch die „Jahre des Wirtschaftswunders“ wenig Notwendigkeit im Nachkriegsdeutschland zu bestehen, sich eingehend mit sozialen Problemen auseinanderzusetzen, da sie durch den Ausbau und der Verbesserung sozialstaatlicher Maßnahmen gemindert wurden und somit lange Zeit kein öffentlicher und wissenschaftlicher Druck bestand, sich der Thematik stärker zu widmen (vgl. Albrecht et.al. 1999).

In diesem Zusammenhang weist aber Staub-Bernasconi (2012) in ihrer Arbeit „Soziale Arbeit und soziale Probleme“ darauf hin, dass die Fragestellung einer Soziologie sozialer Probleme schon seit langer Zeit zum klassischen Repertoire dessen gehört, was heute als sozialwissenschaftliche Forschung und Theoriebildung bezeichnet wird. Bereits Karl Marx und auch der Philosoph und Soziologe Georg Simmel haben sich in ihren Arbeiten mit sozialen Fragen und Themen, wie Armut und Fremdheit auseinandergesetzt. Die wissenschaftliche Studie „Die Arbeitslosen von Marienthal“ aus dem Jahr 1933 (Jahoda et al. 1975) hat einen direkten Bezug zur Thematik der vorliegenden Arbeit.

Bei der Betrachtung der unterschiedlichen Bemühungen eine Definition für den Begriff „soziales Problem“ zu finden, wird deutlich, dass es keine eindeutige Definition gibt. Ich beschränke mich in meinen Ausführungen auf die umfangreiche Arbeit der Soziologie von Groenemeyer (1999 und 20012) und Staub-Bernasconi (2012), die in ihren Arbeiten einen direkten Bezug zur Sozialen Arbeit herstellen.

2.1 Einblicke in die soziologische Auseinandersetzung zum Begriff „soziale Probleme“

Groenemeyer (1999) erläutert, dass es sich bei dem Begriff „soziales Problem“ um einen Alltags- oder auch Sammelbegriff handelt, der die unterschiedlichsten sozialen Erscheinungen, wie u.a. Armut, Kriminalität, Arbeitslosigkeit, psychische Störungen und Krieg zusammenfasst. Sie werden von der Öffentlichkeit als veränderungsbedürftige Sachverhalte oder Verhaltensweisen angesehen. Oftmals steht für Praktiker in der Sozialen Arbeit und in der Politik weniger die Frage warum und in welcher Weise „soziale Probleme“ problematisch sind und welche Werte und Normen ihnen zugrunde liegen im Vordergrund, für sie stehen eher die Fragen, wer von sozialen Problemen betroffen ist, welche Ursachen bestehen und welche Maßnahmen ergriffen werden können im Mittelpunkt des Interesses.

Innerhalb der Soziologie wird eher von unterschiedlichen Phänomenen gesprochen, die gesellschaftlich als problematisch angesehen werden. Diese werden in speziellen Soziologien analysiert. Hierzu zählen u.a. Kriminalsoziologie, Soziologie der Armut und der Sozialpolitik, Soziologie der Behinderung, des Rassismus sowie der Gewalt.(vgl. Groenemeyer 2012). Demgegenüber bezeichnet Groenemeyer (2012) ein „Soziales Problem“ als kein konkretes Phänomen. Es *„[...] bezieht sich auf eine analytische Klasse oder Kategorie unterschiedlicher Phänomene, die zum Gegenstand der Analyse werden soll. In diesem Sinn ist „soziales Problem“ ein theoretisches Konstrukt der Soziologie, das nur dann sinnvoll ist, wenn gezeigt werden kann, dass die unter diesem Begriff zusammengefassten Phänomene gemeinsame Eigenschaften haben bzw. sie unter einer gemeinsamen Fragestellung analysiert werden (Groenemeyer 2012, S. 18).*

Inwiefern es überhaupt möglich ist, die unterschiedlichen Erscheinungen der Phänomene unter einem soziologischen Konzept zusammenzufassen, stellt Groenemeyer (2012) in Frage. Er führt aus, dass es innerhalb der Soziologie eine lange Geschichte gibt, dass Konzept „soziale Probleme“ zu definieren. In der Betrachtung aller Definitionsversuche werden nach Groenemeyer (2012, S. 28 - 29) drei wesentliche Elemente sichtbar, die soziale Probleme kennzeichnen:

- *den Aspekt des Schadens, den soziale Probleme darstellen, bzw. das Leiden, das mit sozialen Problemen verbunden ist.*
- *die besondere Bedeutung der öffentlichen Thematisierung und Problematisierung*
- *das Anmahnen einer Bearbeitung oder der Lösung der Probleme*

Neben den genannten Aspekten gibt es dahingehend Übereinstimmung, dass soziale Bedingungen, Strukturen und Situationen und die damit verbundenen Leiden nicht

automatisch als soziales Problem erfasst werden muss. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ein soziales Problem innerhalb der Gesellschaft entsteht und nicht ein soziales Problem der Gesellschaft ist. In diesem Zusammenhang verweist Groenemeyer (1999, 2012)) auf historische Kontexte, die zur damaligen Zeit keine gesellschaftliche Aufmerksamkeit erfahren haben bzw. als Selbstverständlichkeiten hingenommen wurden, wie z.B. die Sklaverei oder Ausrottung von Ureinwohnern. Die Vielzahl der Definitionen gehen daher davon aus, dass die Bestimmung eines sozialen Problems erst durch die Gesellschaft festgelegt wird und nicht als gesellschaftliche Schadens-kategorie benannt wird (vgl. Groenemeyer 2012, S. 31). Inwieweit bei sozialen Problemen soziale Ursachen als Grundlage erhalten müssen (vgl. Henshel 1990) sieht Groenemeyer (2001) kritisch. Nach seiner Ansicht ist die Verbindung von sozialen Problemen und sozialen Ursachen nicht notwendig, wenn man an der Vorstellung einer Veränderbarkeit von sozialen Problemen festhält. Naturkatastrophen oder Krankheiten sind Beispiele für soziale Probleme, die keine sozialen Ursachen als Grundlage haben und durch gesellschaftliche und politische Maßnahmen gemindert werden können. In soziales Problem muss nach Groenemeyer (2001) abgegrenzt, strukturiert und im gesellschaftlichen und politischen Raum definiert werden. Es sollte auch einen identifizierbaren Namen haben. Dadurch können die Grenzen, Zuständigkeiten und Aktivitäten einer Lösung gekennzeichnet werden.

2.2 Der Begriff „Soziales Problem“ aus Sicht der Sozialen Arbeit

Im folgenden Abschnitt soll anhand der Übersicht von Staub-Bernasconi (2012) ein Einblick in die Auseinandersetzung mit der Begrifflichkeit „Soziales Problem“ aus der Sicht der Sozialen Arbeit gegeben werden. Staub-Bernasconi (2012) bezieht sich in ihrer Erörterung auf drei Paradigmen der Sozialen Arbeit: 1. Individuumzentriert, 2. Soziozentriert und 3. Systemisch. Diese haben nicht nur Auswirkungen auf die Theoriebildung, sondern zeigen, welche unterschiedlichen sozialarbeiterischen Denk- und Herangehensweisen es in der Vergangenheit und Gegenwart gibt. Callo (2008) führt hierzu folgendes aus: *„Die einzelnen Modelle differenzieren sich im Hinblick auf Fragen nach einer allgemeinen Charakterisierung. Unterschiedlich sind Einschätzungen zur Machart sozialer Probleme, zu Vorstellungen über ethische Wertesysteme, zu Instanzen einer Veränderung, zu Konsequenzen für eine Professionalisierung und zu Methoden.“* (S.5)

Das individuumzentrierte Paradigma stellt die individuellen Bedürfnisse und Entwicklung des Menschen in den Mittelpunkt, ohne gesellschaftliche Aspekte, wie soziale Schicht, Sozialräume etc. näher zu berücksichtigen. Aus diesem Blickwinkel heraus sind soziale Probleme Selbstverwirklichungs- und Selbstbehinderungsprobleme von Individuen. Berücksichtigt man den ökonomistischen Ansatz sind sie nach Staub-Bernasconi (2012)

Selbstmanagement- und Selbstvermarktungsprobleme von Menschen. Methoden der Sozialen Arbeit, wie z.B. Soziale Einzelfallhilfe, individuelle Ressourcenerschließung und Casemanagement ordnet Staub-Bernasconi als Maßnahme zur Milderung der beschriebenen sozialen Probleme dem Individuumzentrierten Paradigma zu.

Das soziozentrierte Paradigma ist gekennzeichnet durch den Einfluss von gesellschaftlichen Aspekten wie Norm- und Wertvorgaben. Diese definieren die Rollen und Positionen des Einzelnen, die individuellen Bedürfnisse des Individuums bleiben unberücksichtigt. Demnach sind soziale Probleme Abweichungen von den Norm-, Wert- oder Sinnvorstellungen der Gesellschaft. Dies kann zu Stigmatisierung und u.U. zur Ausstoßung aus dem sozialen System, wie z.B. Schule, Familie, Arbeit führen. Zu den Methoden der Sozialen Arbeit in diesem Zusammenhang gehören z.B. (Re)Sozialisierungsmaßnahmen, Sozialplanung und Methoden der kulturellen Assimilation.

Kennzeichnend für das systemische Paradigma ist die komplexe Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft mit verschiedenen strukturellen Elementen und Dynamiken sowie integrativen als auch konflikthaften Bestandteilen. Soziale Probleme in diesem Zusammenhang beziehen sich auf soziale und kulturelle Abhängigkeiten, die es den Menschen erschweren trotz eigener Anstrengungen ihre Bedürfnisse und Wünsche zu befriedigen. Konkret kann es sich dabei um geringe oder fehlende sozioökonomische Ressourcen, nicht vorhandene Handlungskompetenzen, Diskrepanzen im Selbst- und Fremdbild sowie fehlende Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen handeln. Zum anderen stehen die sozialen Probleme im Zusammenhang mit sozialen Interaktionsfeldern. Konkrete Probleme können diesbezüglich z.B. eine unfaire Arbeitsverteilung oder Sanktionsregeln sein, die willkürlich oder auch gewaltfördernd sein können. Um den Problemen innerhalb des systemischen Paradigmas begegnen zu können, muss erst geklärt werden, in welchem Auftrag gearbeitet werden soll. Das „mehrniveaule“ Interventionsspektrum kommt hierbei zum Tragen. Je nach Problemdiagnose und -erklärung werden, unter der Berücksichtigung der besonderen Merkmale und Ressourcen von Individuen und dem System, die Arbeitsziele definiert und die Interventionen ausgewählt (vgl. Staub-Bernasconi 2012, S. 278).

Staub-Bernasconi (2012) sieht das eingeschränkte Herangehen an soziale Probleme aus dem Blickwinkel des Individuum- oder des soziozentrierten Paradigmas als kritisch an, da zu wenig Bezug auf das komplizierte und teilweise widersprüchliche Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft genommen wird. Lange Zeit wurde in der Sozialen Arbeit darüber gestritten, ob der Schwerpunkt in der Auswahl der Methodik auf das Individuum-, sozio- oder systemisch orientierte Paradigma gelegt werden soll. Betrachtet man alleine die Komplexität von sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die in der vorliegenden Arbeit auf unterschiedliche Weise beschrieben werden, zeigt sich, wie wichtig es ist, einen

systemischen Blickwinkel anzusetzen. Auf der internationalen Konferenz der International Association of Schools of Social Works und International Federation of Social Workers wurde 2000 eine gemeinsame Definition Sozialer Arbeit beschlossen, die die Herangehensweise an soziale Probleme nach dem systemischen Paradigma stützt.

„Soziale Arbeit ist eine Profession, die sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert, um ihr Wohlbefinden zu verbessern. Indem sie sich auf Theorien menschlichen Verhaltens, sowie sozialer Systeme als Erklärungsbasis stützt, interveniert Soziale Arbeit im Schnittpunkt zwischen Individuum und Umwelt/Gesellschaft. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit von fundamentaler Bedeutung.“ (offizielle Übersetzung, Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit 1/2001)

Callo (2008) weist aber darauf hin, dass die Definition der Sozialen Arbeit von 2000 noch eine Ambivalenz zwischen Praxis und Wissenschaft aufzeigt, die abgebaut werden sollte, um die Ziele der Sozialen Arbeit zu erreichen.. *„Es wird zwar versucht den Gegenstand der Sozialen Arbeit – nämlich den umfassenden Umgang mit psychosozialen Problemen – vor allem mit Hilfe psychologischer, soziologischer und pädagogischer Erklärungsmodelle anzugehen. Doch dies kann nur gelingen, wenn sich die einzelnen Ansätze annähern“* (Callo 2008, S.1-2). In diesem Zusammenhang zeigt die aktuell gültige Definition der Sozialen Arbeit aus dem Jahr 2014 eine deutliche Entwicklung in Richtung einer stärkeren Vernetzung von Praxis und Wissenschaft. Die Soziale Arbeit sieht sich seit 2014 sowohl als praxisorientierte Profession und wie auch als wissenschaftliche Disziplin. Ihr Handeln stützt sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften, und empirisches Wissen wird einbezogen (vgl. DBSH, 2016).

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag leisten, die tägliche sozialarbeiterische praktische Arbeit im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wissenschaftlich zu reflektieren und neue Handlungsansätze zu entwickeln.

Aufgrund der Bedeutung der Sozialen Arbeit und deren Handlungsmöglichkeiten in der Versorgung und Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist es aus Sicht der Autorin außerdem notwendig, dass sich die Fachgebiete, die mit diesen Menschen arbeiten, ebenfalls annähern und aufzeigen, wo Gemeinsamkeiten, Ergänzungen und Schnittstellen bestehen. Hierauf wird in den folgenden Kapiteln eingegangen. Zunächst wird im folgenden Abschnitt der Arbeit der Einfluss von sozialen Faktoren auf die allgemeine Gesundheit beschrieben. Im weiteren Verlauf des 3. Kapitels wird auf die speziellen sozialen Belastungen für die Entstehung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen und deren gesellschaftliche Auswirkungen eingegangen.

3 Einfluss von sozialen Faktoren auf die Gesundheit

Bereits in der Definition von Gesundheit aus dem Jahr 1946 der Weltgesundheitsorganisation ist die Bedeutung von sozialen Aspekten verankert, danach ist Gesundheit: „[...] *Zustand von völligem körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen*“ (Auszug aus der offiziellen Übersetzung der Verfassung der WHO, Mai 2014).

Die Stellung des Menschen in der Gesellschaft mit ihren sozialen Ungleichheiten hatte schon immer einen besonderen Einfluss auf die Entstehung von Krankheitsrisiken wie Hradil (2012) in der Darstellung seiner Schichtungsanalyse beschreibt. Unter „sozialer Ungleichheit“ versteht man nach Hradil die gesellschaftlichen Vor- und Nachteile von Menschen. Hierbei geht es um die asymmetrische Verteilung von Ressourcen in Form von Möglichkeiten des autonomen Handelns. Hierzu zählen z.B. Bildungsabschlüsse oder Einkommen. Andere Faktoren wie Umwelt- und Wohnbedingungen, sowie Arbeitsbelastungen können in die Betrachtung von sozialer Ungleichheit ebenfalls einfließen. Die Gesundheitsberichterstattung beschränkte sich allerdings viele Jahrzehnte in Deutschland auf die Krankheiten, die der öffentlichen Meldepflicht unterlagen. Hierzu gehörten z.B. Geschlechts- und Infektionskrankheiten. Seit den 1970er Jahren wurde zunehmend die Gesundheitsberichterstattung ausgebaut, die u.a. zur Etablierung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sowie der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung führte. In diesem Zusammenhang nehmen wissenschaftliche Untersuchungen und internationale Forschungsstandards an Bedeutung zu, die sich mit Konzepten von Gesundheit in Abhängigkeit von Lebensalter, Geschlecht, sozioökonomischer Situation, Bildungsstand und kulturellen Faktoren beschäftigen. Es hat sich in den letzten Jahren der Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ entwickelt, um die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit zu beschreiben (vgl. Haverkamp 2012).

Mit zunehmender Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit stehen westliche Industrienationen jedoch vor einem Paradox wie Richter und Hurrelmann (2012) beschreiben. Die Menschen in Deutschland haben aktuell eine Lebenserwartung, die noch nie so hoch war, und sie sind so gesund wie noch nie. Aber es gibt in diesen Punkten erhebliche Unterschiede in der sozialen Verteilung. Verschiedene Studien belegen, dass sich die gesundheitliche Situation in der Gruppe der sozial schlechter gestellten Personen im Vergleich zum Rest der Bevölkerung langsamer verbessern. Beide Autoren verweisen in diesem Zusammenhang u.a. auf Studien von Graham und Kelly (2004), Wilkinson und Marmot (2003) und Wilkinson et al. (2006). Die wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, dass die Verteilung von Gesundheit und Krankheit abhängig ist von sozialen, wirtschaftlichen

und kulturellen gesellschaftlichen Faktoren. Aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns und Untersuchungspopulationen ist es oft sehr schwierig, die einzelnen Forschungsergebnisse unmittelbar zu vergleichen. Um diesbezüglich eine Verbesserung zu erreichen, hat die Fachgesellschaften übergreifende Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ 1997 eine Empfehlung zur „Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien“ erarbeitet. Dabei wird der sozioökonomische Status besonders berücksichtigt. Es wird aufgezeigt, dass die sozialen Einzelfaktoren Bildung, Berufsstatus und Einkommen besonders aussagekräftig sind in Bezug auf die Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit, da sie die Möglichkeit geben, Rückschlüsse auf die Bedeutung u.a. von gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensmustern, berufsbezogenen Belastungen und Ressourcen oder materiellen Lebensbedingungen zu ziehen (Jöckel et al. 1998). Lampert und Kroll (2009) betonen aber, dass die Einzelindikationsbetrachtung nicht ausreicht für eine umfassende Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit, und daher schichtungssoziologische Ansätze wie Lebenslagen-, Lebensstil- und Milieukonzepte einbezogen werden sollten. Aufgrund von wenigen Daten ist dies allerdings oft schwierig. Bei Kindern wird meistens der sozioökonomische Status der Eltern zugrunde gelegt. Faktoren wie die gesellschaftliche Teilhabe durch Schule, Peergroups und Vereine bleibt häufig unberücksichtigt. Bei älteren Menschen verlieren berufliche Faktoren durch das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben an Bedeutung. Daher ist es wichtig, beispielsweise auch altersspezifische Unterschiede im sozioökonomischen Status und deren Folgen für die Gesundheit in die Betrachtung mit einzubeziehen.

Da der besondere Einfluss von Einkommen, Bildung und Berufsstatus auf die Gesundheit in der Wissenschaft klar belegt ist, soll im Folgenden auf diese drei Aspekte detailliert eingegangen werden.

3.1 Armut und Bildung

Studien belegen, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Armut und Bildungsstand besteht und je nach Situation die Gesundheit positiv bzw. negativ beeinflussen. Spitzer (2016 a und b) hat sich mit den aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen und dem Armutsbericht der Bundesregierung auseinandergesetzt und die Erkenntnisse zusammengefasst. Der Armutsbericht der Bundesrepublik (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017) zeigt im Bereich des Einkommens für das Jahr 2016 einen klaren Zusammenhang mit dem Bildungsstand auf. In Haushalten in denen der Hauptverdiener einen Hauptschulabschluss hat, liegt die Armutsquote bei 39.7 % im Gegensatz zu 5.3 % im Akademikerhaushalt. Es gibt bestimmte soziodemographische Bevölkerungsgruppen, die

von Armut besonders betroffen sind. Hierzu zählen arbeitslose Menschen mit 57.6 %, Alleinerziehende und ihre Kinder mit 41.9 %, Familien mit 3 und mehreren Kindern mit 24.6 % sowie Rentner mit 15.6 %. Im Vergleich zum Armutsbericht von 2005 ist die Armutsquote bei Rentnern um 45,8 % und bei arbeitslosen Menschen um 16.1 % gestiegen. Es ist bei der Altersarmut davon auszugehen, wie Spitzer betont, dass diese weiter ansteigen wird. (vgl. Spitzer 2016b, S. 185)

Die seit einigen Jahren durch die OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) durchgeführte PISA Studie zeigte 2012 einen klaren signifikanten Unterschied in den Leistungen in Mathematik zwischen dem oberen Viertel und den Schülern im unteren Viertel der sozialen Schicht. Dies gilt für alle 62 teilgenommenen Länder. Spitzer zeigt sich in seinen Ausführungen besorgt über den Sachverhalt, dass insbesondere der Einfluss der sozialen Schichtzugehörigkeit eines Schülers im internationalen Vergleich in Deutschland bei der ersten PISA-Studie am höchsten lag.

Der Zusammenhang zwischen Armut und Bildung ist zwar wissenschaftlich nachgewiesen, die Kausalität ist aber noch nicht eindeutig geklärt. Dieser Frage ist Spitzer (2016a) in seinen Ausführungen unter Einbeziehung von aktuellen Arbeiten von Mani et al. (2013) und Shah et.al. (2012) nachgegangen, die u.a. in der Fachzeitschrift Science zu dieser Fragestellung veröffentlicht worden sind. Die Studien zeigen auf, dass „Dummheit“ keine menschliche Eigenschaft ist, sondern ein Zustand in den jeder kommen kann, wenn die Ressourcen knapp werden. Durch Geldsorgen wird die Aufmerksamkeit stärker auf den Mangel gelenkt als auf andere Dinge. Spitzer (2016b, S. 256-259) verweist auf erste neurowissenschaftliche Belege, die darauf hinweisen, dass Armut zu einer mangelnden Gehirnschicht führen kann, die eine Minderung der Intelligenz zur Folge haben kann. Durch die kognitiven Einschränkungen kann es zu gravierenden Fehlentscheidungen kommen, die existentielle Auswirkungen auch für den weiteren Lebensweg haben. Armut kann somit zu einem Teufelskreis der Verringerung der kognitiven Kontrolle führen. Sich aus diesem Teufelskreis zukunftsprospektiv heraus zu arbeiten, ist sehr schwer. Die grafische Darstellung auf der folgenden Seite soll noch einmal wesentliche Aspekte des Teufelskreises Armut veranschaulichen.

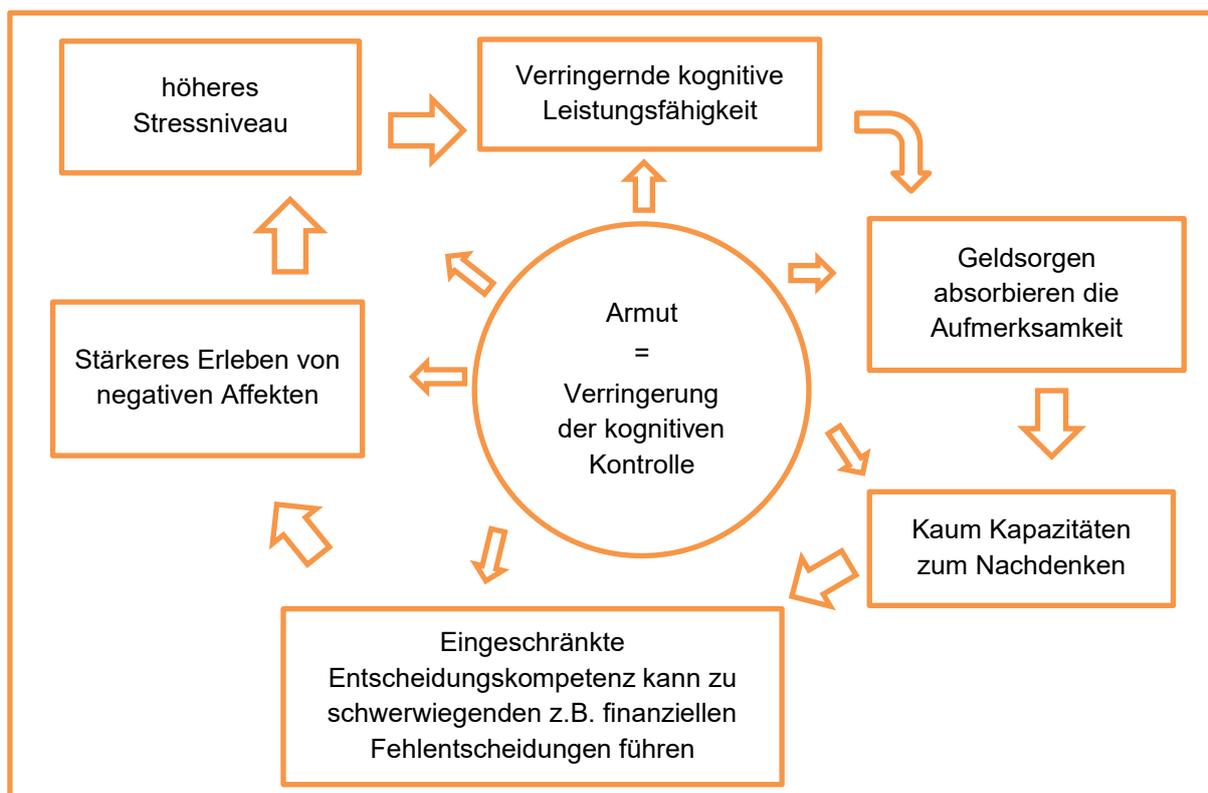


Abb. 1: Eigene Darstellung Teufelskreis Armut, (vgl. M. Spitzer 2016b)

Neben den bereits genannten Effekten von Armut auf die kognitive Leistungsfähigkeit und der damit verbundenen Verringerung der kognitiven Kontrolle gibt es in der Zwischenzeit vermehrt Untersuchungen, die sich mit den Wirkungsmechanismen von generationsübergreifenden Auswirkungen von Armut auf Intelligenz, Bildungsniveau und kognitiver Leistungsfähigkeit beschäftigen. Der Zusammenhang zwischen einer nur sehr geringen stimulierenden Umgebung in der Kindheit und späteren Leistungsdefiziten ist nach Aussagen von Spitzer (2016 a und b) seit Jahrzehnten belegt. Anatomisch findet man nachweisbare Korrelate im Sinne eines kleineren Gehirns und Defiziten in den grauen und weißen Substanzen. Dies kann nach Spitzer (2015, 2016b) einen negativen Einfluss auf die Sprachentwicklung und exekutive Funktionen haben. Hierzu zählen z.B. das Setzen von Zielen, bewusste Aufmerksamkeitsteuerung und das Einkalkulieren von Schwierigkeiten.

Weitere Untersuchungen zeigen, dass Armut nicht nur einhergeht mit geringer, sondern auch mit unsystematischer Stimulation. Hierzu zählen das immer wieder das Erleben von materieller Not und emotionalen Wechselbädern durch unsichere familiäre Beziehungen. In Deutschland liegt nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes (2019) die Scheidungsquote bei rund 38 % im Jahr 2017. Außerdem werden vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum und beengte Wohnsituationen in einem ungünstigen Wohnumfeld mit erhöhter Kriminalität als Aspekte von unsystematischer Stimulation benannt. Dieser

Teufelskreis aus Armut, Stress und beeinträchtigter Gehirnfunktion, und der daraus folgende weitere Stress, sind besonders in der frühen Kindheit wirksam. Haverkamp (2012) beschreibt, dass aufgrund der engen Verzahnung von gesundheitlicher Entwicklung und der kindlichen psychomotorischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung, Kinder und Jugendliche, die in Armut leben, für chronische Erkrankungen ein vergleichbar höheres Risiko als Erwachsene haben. Zu den am häufigsten assoziierten gesundheitlichen Folgen neben Allergien und Hauterkrankungen bei Kindern im Zusammenhang mit Armut gehören nach Haverkamp (2012, S.239) u.a.:

- geringes Geburtsgewicht und Geburtslänge sowie geringeres postnatales Längenwachstum
- erhöhte Prävalenz für chronische Erkrankungen
- zahnmedizinische Probleme und schlechte Zahnhygiene
- psychische emotionale und/oder psychosoziale Störungen und/oder kognitive Beeinträchtigungen
- Erhöhtes Risiko für Rauchen im Jugendalter und ungesunde Lebensweise (wie wenig Bewegung, ungesunde Ernährung)
- Erhöhtes Risiko für Unfälle, Verbrennungen und Vergiftungen
- Erhöhte Prävalenz für Seh- und Hörprobleme

Die Auflistung verdeutlicht noch einmal den engen Zusammenhang zwischen Armut und Bildung. Die Beeinträchtigungen der kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten wirken sich auch auf die schulischen und beruflichen sowie persönlichen Kompetenzen aus. Da ein Teil von psychischen Erkrankungen durch soziale Faktoren in ihrer Entstehung begünstigt wird, empfiehlt die amerikanische Akademie der Kinderärzte bei den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen neben der somatischen und neurokognitiven Entwicklung auch systematisch emotionale und soziale Auffälligkeiten zu erfragen. Haverkamp verweist in diesem Zusammenhang auf eine Arbeit von Briggs-Gowam und Carter aus 2008. Beide Autoren haben untersucht inwiefern soziale, emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten, die Kinder zwischen dem 12. und 36. Lebensmonat zeigen bzw. von Eltern beschrieben werden, sich auch im frühen Grundschulalter abbilden. Die Stichprobe setzte sich aus 1004 Kindern zusammen. Davon gehörten 33.3 % zu Bevölkerungsminderheiten, 17.8 % lebten in Armut und 11.3 % waren an der Armutsgrenze. Die Eltern der Kinder erhielten einen „Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). Dies „[...] ist ein Fragebogen zur Einschätzung eines umfassenden Spektrums von Verhaltensauffälligkeiten bei gleichzeitiger Erfassung kindlicher Kompetenzen für Kinder im Alter von 12-36 Monaten“ (Cierpka 2012, S.156). Zusätzlich erhielten die Eltern Fragen bezüglich ihrer Ängste zur emotionalen und sozialen Entwicklung und zur

Verhaltensentwicklung ihrer Kinder. Es zeigte sich in der Auswertung ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem BITSEA Status und den elterlichen Ängsten mit den im Schulalter auftretenden Problemen. 49.0 % der Kinder, die im Schulalter auch in der Einschätzung der Lehrer Auffälligkeiten zeigten, konnten mit dem Fragebogen (BITSEA) identifiziert werden. 67.9 % der Kinder zeigten später Kriterien von psychiatrischen Störungen (vgl. Briggs-Gowam und Carter 2008, S.957).

Das Ergebnis dieser Untersuchung macht deutlich, wie wichtig es ist, frühzeitig soziale Umweltfaktoren wie Armut und gesellschaftliche Benachteiligungen als Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung, wie es auch Haverkamp (2012) benennt, zu beachten und zu erkennen, damit langfristige Folgeschäden verringert werden können.

3.2 Berufliche Stellung und Gesundheit

Im vorangegangenen Abschnitt wurde bereits erläutert, dass Armut und geringe Bildung einen erheblichen Einfluss auf die Lebensperspektive eines Menschen haben kann. Dies zeigt sich auch in der beruflichen Stellung. Die berufliche Position hat nicht nur Einfluss auf die Höhe des Einkommens und die damit verbundenen existentiellen Faktoren, sondern steht auch in Zusammenhang mit arbeitsbedingten Belastungen und Ressourcen. Die daraus entstehenden unterschiedlichen Auswirkungen auf die Gesundheit beschreibt Ducki (2006), unter Einbeziehung von wissenschaftlichen Studien, in ihrer Arbeit zu den Anforderungen in der Arbeitswelt. Als Einflussfaktoren werden Kontrollmöglichkeiten und Handlungsspielräume, die Möglichkeit an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen, persönliche Ressourcen und die Länge der Lebensarbeitszeit benannt und beleuchtet.

Insbesondere Menschen, die in gering qualifizierten Tätigkeiten arbeiten, sind häufig einer hohen physischen und psychischen Belastung ausgesetzt, durch Zeitdruck und schwerer körperlicher Arbeit. Sie haben aber oftmals sehr wenig Kontrollmöglichkeiten und Handlungsspielräume an der Situation etwas zu verändern und damit Belastungen zu kompensieren (vgl. Bamberg et.al 2003, Gallie u. Paugam 2002). Die Möglichkeiten sich durch Fort- und Weiterbildungen weiter zu qualifizieren, und damit einen beruflichen Aufstieg zu erlangen, sind durch fehlende Ausgangsqualifizierungen und Angebote durch den Arbeitgeber für diese Berufstätigen oftmals nicht gegeben. Ducki (2006) bezieht sich hierbei auf eine europäische Umfrage zu den Arbeitsbedingungen in Europa (vgl. Merllie und Paoli 2000). Die Befragung ergab, dass 18 % der Un- und Angelernten in den letzten 5 Jahren an einer Fort- und Weiterbildung teilgenommen haben. In der Gruppe der leitenden Angestellten nahmen 68 % an Qualifizierungsmöglichkeiten teil. Die Auswertung ergab eine steigende Bedrohung durch Arbeitsplatzverlust in der Gruppe der Un- und Angelernten. Dies ist die Folge von steigenden Arbeitsanforderungen und permanenten

Rationalisierungsmaßnahmen. Zusätzlich wirken sich die geringeren persönlichen Ressourcen dieser Personengruppe, wie mangelnde Problemlösungskompetenzen, geringes Selbstvertrauen und negative Zukunftserwartung, negativ auf die Gesundheit aus. Das Verhältnis zwischen erbrachter Leistung und Belohnung wird als unausgewogen und ungerecht erlebt. Es kommt in der Folge zu psychischen Stressreaktionen, erlernter Hilflosigkeit und erhöhter Depressivität.

Es ist nachgewiesen, dass im Zusammenhang mit Stress am Arbeitsplatz ein erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankungen besteht. In einer britischen Langzeitstudie an über 10000 Teilnehmern konnte nachgewiesen werden, dass die Menschen, die zu Beginn der Studie in Phase 1 (1985-1988) und in Phase 2 (1989-1991) an arbeitsplatzbezogenen Stress litten, im letzten Erhebungszeitpunkt 2002-2004 häufiger an einer Koronaren Herzerkrankung litten sind als Vergleichsteilnehmer (vgl. Heinzl 2009).

Sozial benachteiligte Menschen sind aufgrund kürzerer bzw. gar keiner Ausbildung den arbeitsbedingten Gefahren und Risiken bis zu 50 Lebensjahren ausgesetzt im Vergleich zu Menschen im höheren sozialen Schichten. Die Stressoren der Arbeitswelt werden unterteilt in aufgabenbezogene (Unter- und Überforderung, Störungen etc.), physikalische (Lärm, Staub, Hitze etc.), zeitliche (Schichtarbeit, Zeitdruck etc.) soziale (Mobbing, Rollenkonflikt etc.) und arbeitsorganisatorische (unklare Zuständigkeiten) Belastungen. (vgl. Ducki, 2006, S. 142) In der europäischen Befragung zu den Arbeitsplatzbedingungen zeigte sich, dass die Gruppe der Arbeiter und der Dienstleistungsbranche sich im Vergleich zur Gruppe der Wissenschaftler, Bürokräfte und Führungskräfte weniger zutrauen, mit 60 Jahren und älter noch berufstätig sein zu können bzw. zu wollen (vgl. Merllie und Paoli 2002, S.34).

Inwieweit die Stressfaktoren sich ungünstig auf die Gesundheit auswirken ist neben deren Quantität nach dem transaktionalen Stresskonzept von Bewertungs- und Bewältigungsprozessen abhängig. Kommen ungeeignete Copingstrategien zum Einsatz oder werden die persönlichen Ressourcen nicht zur Bewältigung als ausreichend angesehen, kommt es zu einer negativen Wirkung auf die Gesundheit. Geyer (1997) benennt die Wichtigkeit von Ressourcen in der Bewältigung von Stressgeschehen. Nach seiner Ansicht bestimmen sie zum einen den Bewertungs- und Bewältigungsprozess, zum anderen kann Stress durch die Aktivierung von Ressourcen besser bewältigt werden. Die Effekte von Ressourcen können das Wohlbefinden und die Gesundheit positiv beeinflussen sowie negative Belastungswirkungen, z.B. Gereiztheit verringern. Menschen mit hohem Bildungsniveau, hohem Einkommen, privilegierter sozialer Position und hoher beruflichen Entscheidungsspielräumen haben viele unterschiedliche Ressourcen.

3.3 Gesellschaftliche Auswirkungen von sozialen Belastungen und Folgen für die psychische Gesundheit

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Beschreibung der sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit im Allgemeinen im Vordergrund stand, wird im folgenden Kapitel detailliert auf die Auswirkungen und die Bedeutung der psychischen Erkrankungen eingegangen.

3.3.1 Welche Bedeutung haben psychische Erkrankungen für die gesetzliche Krankenversicherung?

Die folgenden Ausführungen beziehen sich unter anderem auf die Gesundheitsberichte aus den Jahren 2014 der DAK und der Techniker Krankenkasse. Die beiden Krankenkassen gehören zu den drei größten gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland und stehen exemplarisch auch für den Großteil der anderen Krankenkassen. Beide Berichte gehen eingehend auf die Bedeutung von psychischen Erkrankungen im Zeitraum der in der vorliegenden Arbeit erhobenen Daten ein.

In beiden Krankenkassen liegt der allgemeine Krankenstand auf dem gleichen Niveau. An jeden Tag im Jahr waren rund 4 % der Versicherten arbeitsunfähig. Im Bereich der Krankschreibungsfälle wird beschrieben, dass es in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg gab, so dass 2013 mehr als die Hälfte aller Versicherten mindestens einen Tag arbeitsunfähig war. Es wurde jeweils ein Anstieg zum Vorjahr von rund 8 % verzeichnet. Die Fallzahlen werden um ca. 19 % höher eingeschätzt, da eine nicht zu unterschätzende Dunkelziffer vermutet wird. Aufgrund der oftmals bestehenden arbeitsrechtlichen Regelung muss erst am 3. Tag der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden. Die Fehltage sind ebenfalls weiter gestiegen. Die Techniker Krankenkasse hat einen Anstieg von 3,4 % zum Jahr 2012 zu verzeichnen, d.h. die erkrankungsbedingte Fehlzeit je Erwerbsperson betrug 14,7 Tage. Dahingehend ist die Dauer je Erkrankungsfall um 4,3 % (12,8 Tage) gefallen. Die DAK verzeichnet ebenfalls einen leichten Rückgang der Dauer einer Arbeitsunfähigkeit von 12,6 Tagen (2012) auf 12,0 Tage.

Der Anteil der Arbeitsunfähigkeitsfälle bei psychischen Erkrankungen ist erheblich geringer als der Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage. Dies bedeutet, dass es sich meistens um längerfristige Krankheitsfälle handelt.

Die psychischen Erkrankungen machen 4-5 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle aus. Im Bereich der Höhe der Fehltagestatistik liegen psychische Erkrankungen mit 14,6 % an dritter Position bei den Versicherten der DAK. Zum Vorjahr ist ein Anstieg von 4,6 % auf 212,8 Tage pro 100 Versicherte zu verzeichnen. Die Techniker Krankenkasse hat in diesem Punkt noch eine Differenzierung zwischen den Geschlechtern vorgenommen. Dabei liegen die psychischen

Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Männern mit 187 Tagen pro 100 Versicherte von allen Erkrankungen an dritter Position. Bei Frauen verursachen sie die meisten Fehltage im Jahr 2013 (315 Tage/100 Versicherte).

Rezidivierende depressive Störungen, Reaktionen auf Belastungs- und Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen, depressive Episoden und andere Angststörungen zählen zu den 20 häufigsten Einzeldiagnosen in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik beider Krankenkassen.

Die Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Erkrankungen nehmen im Alter zu. Nach der Statistik der DAK ist die Altersgruppe von 55-59 Jahren bei Frauen und bei Männern die Gruppe der 60-64jährigen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung die meisten Arbeitsunfähigkeitstage verursachen (385 Tage/100 Versicherte und 249 Tage/100 Versicherte).

Schubert et al. (2013) kommen zu vergleichbaren Ergebnissen bei der Auswertung der Krankenkassendaten (2005-2009) bei Menschen, die erwerbstätig sind, wie die bereits beschriebenen Auswertungen der Techniker Krankenkasse und der DAK. Es zeigt sich auch hier, dass die Arbeitsunfähigkeitsfälle im Vergleich zur Länge der Arbeitsunfähigkeitszeiten geringer sind und beide Werte steigen. Nach dem allgemeinen Krankheitsverständnis sind biologische, psychische und soziale Faktoren relevant für die Entstehung psychischer Erkrankungen. Ursachen für die Zunahme an Arbeitsunfähigkeitsfällen und deren Dauer auch bei Erwerbstätigen sehen Schubert et al. (2013) in der Reaktion auf aktuelle Stressoren, wie der möglichen Fehlbeanspruchung in der Erwerbstätigkeit, der zunehmenden Anforderungen an flexible zeitliche und inhaltliche Arbeitsbedingungen und der steigenden Arbeitsverdichtung. Eine Befragung von Oppolzer (2010) zeigt auf, dass 25 % der befragten Mitarbeiter sich psychisch belastet fühlen durch Hektik, hohes Arbeitstempo, Leistungsdruck etc. In der Studie wurden, beauftragt durch die AOK, 32000 Mitarbeiter in 160 Unternehmen von 1999-2003 befragt.

Das Statistische Bundesamt hat sich 2009 eingehend mit der Entwicklung der Gesundheitskosten in Deutschland beschäftigt. Im Zeitraum von 1997 bis 2007 sind die Ausgaben für Gesundheit durchschnittlich um 3.2 % auf 252.8 Milliarden Euro gestiegen. Davon entfallen 58 % der Gesundheitsausgaben auf die Gesetzliche Krankenversicherung. (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 32). Betrachtet man die einzelnen Krankheitsklassen gab es bei den psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen den höchsten Kostenanstieg. Zwischen 2002 und 2006 stiegen die Kosten um 3.3 Milliarden auf 26.7 Milliarden Euro.

In der Auflistung der größten Krankheitskosten von 2008 lagen die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen zusammen mit den Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems mit jeweils rund 11 % an der 3. Position nach den Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems. Nach Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes könnten die Kosten für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bis 2030 um 20 % auf 32 Milliarden steigen (vgl. Statistisches Bundesamt 2009, S. 35).

In diesem Zusammenhang wird in den beiden folgenden Unterkapiteln auf zwei soziale Faktoren, Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten, eingegangen, die als Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung durch verschiedene Studien identifiziert worden sind.

3.3.2 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit

Gesundheit und berufliche Leistungsfähigkeit sind wesentliche Grundvoraussetzungen, um eine Erwerbstätigkeit aufnehmen zu können und erfolgreich auszuüben. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung einer Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit hat Schubert et al. (2013) sich mit der Wechselwirkung von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit bei Arbeitslosengeld II-Empfängern auseinandergesetzt. Auf einige Ergebnisse wurde bereits unter 3.1. eingegangen. Neben der Literaturanalyse und Auswertungen von Daten der Sozialversicherungsträger wurden Experteninterviews mit Mitarbeitern der Jobcenter und Arbeitsagenturen sowie Angestellten im Helfernetzwerk für psychisch erkrankte Menschen durchgeführt. Hierzu zählten Einrichtungen wie die Sozialpsychiatrischen Dienste, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch erkrankte Menschen (RPK) und Integrationsfachdienste. Ziel der Studie war es, zum einen die Bedeutung und Ausprägung von psychischen Störungen im Arbeitsleben darzustellen. Zum anderen sollte die Notwendigkeit und Wichtigkeit von Kooperationsbeziehungen im Helfernetzwerk und den zuständigen Behörden analysiert werden sowie Handlungsperspektiven und notwendige weitere Forschungsansätze aufgezeigt werden. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Studie in Bezug auf die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Menschen, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind unter Einbeziehung von strukturellen Problemen in den Institutionen der Arbeitsförderung berichtet.

3.3.2.1 Bedeutung und Ausprägung von psychischen Erkrankungen bei Menschen ohne Arbeit

Auswertungen der Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen haben ergeben, dass ein Drittel der Menschen im Arbeitslosengeld II-Bezug innerhalb eines Jahres eine

psychiatrische Diagnose erhalten hat. Dabei sind neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen mit 20 % und affektive Störungen mit 15 % die häufigsten Krankheitsbilder. Fallmanager, die in den Jobcentern für die Begleitung von ALG II-Empfängern zuständig sind, schätzen, dass 50-75 % der Klienten psychisch beeinträchtigt sind. Von Seiten der Agentur für Arbeit gibt es keine statistischen Daten zur Anzahl von Arbeitslosengeld I- bzw. II-Empfängern mit psychischen Erkrankungen. Sollte der Verdacht einer psychischen Erkrankung und damit ein Vermittlungshindernis vorliegen, wird ein arbeitsmedizinisches Gutachten angefordert. In diesem Zusammenhang ist auf die eine Studie von Hollederer (2002) zu verweisen, die aufzeigt, dass 25 % der Erstdiagnosen bei arbeitsmedizinischen Begutachtungen eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung ist.

Zur Erstellung der Gutachten werden meistens Befunde Dritter herangezogen. Dadurch können die Einschätzungen zur Belastbarkeit und zum Förderbedarf umfangreicher erfolgen. Schubert et al. (2013) betont aber auch, dass die Gutachten aufgrund der Dynamik und Komplexität von psychischen Erkrankungen häufig nur Momentaufnahmen sind. Alternativ schlugen Schubert et al. (2013) vor, zur gängigen Begutachtungspraxis mehrtägige bzw. mehrwöchige flexible und in den Anforderungen gestufte Assessment- und Erprobungsmaßnahmen durchzuführen, um eine realistischere Analyse zu den Stärken und dem Förderbedarf des Einzelnen zu erhalten.

Eine erhebliche Schwierigkeit sehen die Autoren der Studie darin, dass vielen Vermittlungsfachkräften im Jobcenter und den Agenturen für Arbeit das Fachwissen fehlt, um überhaupt psychische Erkrankungen zu erkennen und von anderen Vermittlungshindernissen abzugrenzen. Hinzu kommt, dass die Erwartung, sich aktiv und offen am Beratungsprozess zu beteiligen, oftmals im Widerspruch zu Symptomen von psychischen Erkrankungen steht. Hierzu zählen Antriebslosigkeit, Ängste, verminderte Selbsteinschätzung, Unsicherheiten im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten und geringere Belastbarkeit.

In die Studie von Schubert et al. (2013) konnten auch Daten der Deutschen Rentenversicherung zu Rehabilitationsmaßnahmen aus dem Jahr 2006 einfließen. Es erfolgten 800000 Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation. Davon fielen 11000 auf arbeitslose Personen aufgrund einer psychischen Erkrankung. Abhängigkeitserkrankungen wurden separat erhoben. 13.5 % aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für arbeitslose Menschen fielen auf Personen mit einer psychischen Erkrankung.

Im Jahr 2006 erfolgten durch die Rentenversicherung 100000 Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation. Im Bereich der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen entspricht der Anteil

der Maßnahmen für Personen ohne Arbeit und einer psychischen Erkrankung dem Anteil der medizinischen Reha. 3000 Maßnahmen erfolgten aufgrund von Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung. Prozentual haben aber mehr Menschen ohne Arbeit eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme erhalten als eine medizinische Reha.

Bei den Zugängen zur Erwerbsminderungsrente im Jahr 2011 aufgrund einer psychischen Erkrankung ist die Zahl derjenigen deutlich höher, die zuvor arbeitslos waren im Vergleich zu denen, die erwerbstätig waren. Nach Aussagen von Baer (2013) sind nach einer Erhebung der OECD¹ von 2012 die Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen je nach Land von 1990 mit 15-25 % auf einen Anteil von 30-50 % im Jahr 2011 gestiegen.

Es liegen zusätzlich zu den bereits beschriebenen Fakten Daten zum Bereich anerkannte Schwerbehinderung und psychische Erkrankung vor. Das Statistische Bundesamt hat 2013 erhoben, dass 7 % aller Schwerbehinderungen aufgrund einer seelischen Behinderung erfolgte. Bezogen auf die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter (18-65 Jahre) beträgt der Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung und anerkannter Schwerbehinderung 11,5 %. Es wird davon ausgegangen, dass die Zahl wesentlich höher liegen müsste, da viele Menschen aus Angst vor Stigmatisierung keinen Antrag auf Feststellung der Behinderung stellen. Laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2013) hatten 5.6 % der Arbeitslosengeld II-Empfänger aufgrund einer psychischen Erkrankung eine anerkannte Schwerbehinderung und 7.4 % der Arbeitslosengeld I-Bezieher.

Die berichteten Zahlen zur Anzahl der Rehabilitationsmaßnahmen und Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Erkrankungen werfen die Frage nach den Risikofaktoren in Bezug auf eine erfolgreiche berufliche Reintegration auf. Schuber et al. (2013) haben sich im Rahmen ihrer Studie zusätzlich mit den Auswirkungen von psychischer Erkrankung und Arbeitslosigkeit auf die berufliche Reintegration auseinandergesetzt. Die Ergebnisse werden im folgenden Abschnitt dargestellt und erläutert.

3.3.2.2 Auswirkungen von psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit für die berufliche Reintegration

Schubert et.al. (2013) weisen in ihrem Forschungsbericht daraufhin, dass Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und geringeren Ressourcen (fehlende Berufsausbildung, geringere Flexibilität, höheres Alter etc.) nicht nur ein erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit haben, sondern auch signifikant schlechtere berufliche Wiedereingliederungschancen. Die Autoren beziehen sich in ihren Aussagen u.a. auf Studien von Elkeles (1999) sowie Rauch und Brehm (2003), die sich mit Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit

¹ OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

bzw. der Situation von schwerbehinderten Menschen am Arbeitsmarkt beschäftigt haben. Dies zeigt sich auch weiterhin im Ergebnis des Mikrozensus 2009. Pfaff (2012) hat in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt die Lebenslage behinderter Menschen analysiert. Ein Ergebnis ist, dass die Erwerbslosenquote von nichtbehinderten Erwerbspersonen bei 7.6 % lag und bei Behinderten bei 9.0 %.

Die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die physische und psychische Gesundheit bestätigen nach Aussagen von Schubert et al. (2013) verschiedene Studien (vgl. u.a. Berth, Förster und Brähler 2003, 2005, Elkes 1999). Gesundheitsfördernde Faktoren, wie Tagesstruktur, finanzielle Sicherheit, soziale Kontakte, sozialer Status und Identität und Selbstwert sind durch Arbeitslosigkeit stark beeinträchtigt und können in der Folge zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (Abraham und Hinz 2005 sowie Kunze und Pohl 2002). Weber et al. (2007) haben in ihrer Studie festgestellt, dass das Fehlen der genannten Funktionen und die negative Erfahrung in der Arbeitslosigkeit zu einem geminderten Selbstwertgefühl, Resignation, Isolation, Einsamkeit und Schlafstörungen führen können. Grobe und Schwartz (2003) haben in Zusammenarbeit mit dem Robert- Koch- Institut festgestellt, dass sich der Gesundheitszustand mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit verschlechtert. 23 % der arbeitslosen Männer und Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder schlecht einschätzen, aber nur 11 % der Menschen in einem Beschäftigungsverhältnis. *„Das Risiko für einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand erhöht sich in Abhängigkeit der Dauer der Arbeitslosigkeit und des Haupt- bzw. Nebenverdienststatus“* (Grobe und Schwarz 2003, S. 10).

Zusammenfassend kommen Schubert et al. (2013, S. 26) in ihrem Forschungsbericht zu dem Ergebnis, dass arbeitslose Menschen im Vergleich zu erwerbstätigen Personen deutlich häufiger an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen leiden, wie Angststörungen, depressive Störungen, Erkrankungen des Verdauungssystems und Suchterkrankungen.

Die bereits genannten schlechteren beruflichen Wiedereingliederungschancen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden auch durch weitere Studien in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern bestätigt. Eine von Baer (2007) durchgeführte Studie in der Schweiz zur Frage der Einstellung eines psychisch behinderten Menschen ergab, dass 50 % der befragten Arbeitgeber die Integration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung als schwierig ansehen (vgl. Schubert et.al 2013, S. 26). Nach Baer (2013) sind die stärksten Befürchtungen der Arbeitgeber bei der Einstellung von psychisch erkrankten Menschen im Vergleich zu physisch kranken Arbeitnehmern ein hoher Betreuungsaufwand, Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik und unberechenbares Verhalten. Baer (2013) führte in diesem Zusammenhang auch eine Befragung von 1055 Vorgesetzten und

Personalverantwortlichen im Raum Basel zur Lösung von Problemsituationen durch. Den Befragten wurden u.a. eine fiktive Problemsituation mit einem psychisch erkrankten Mitarbeiter und 5 mögliche Interventionen vorgelegt. Nur 14 % der Vorgesetzten intervenierten richtig. Auffallend war, dass es eine höhere Trefferquote von 27 % beim Beispiel eines Mitarbeiters mit einer somatoformen Schmerzstörung gab. Es wird vermutet, dass der Umstand, dass die Symptomatik sich körperlich zeigte, dazu geführt hat, dass die Befragten mit mehr Geduld agierten. Dagegen lag die Quote der richtigen Interventionen beim Beispiel eines Mitarbeiters mit einer Persönlichkeitsstörung nur bei 4 %. Es ist nach Baer davon auszugehen, dass Probleme auf der Persönlichkeitsebene in Bezug auf Freundlichkeit, Ausdauer, Ausgeglichenheit und Flexibilität stärkeren Einfluss auf den Erhalt eines Arbeitsplatzes bzw. einer Wiedereingliederung haben als Krankheitssymptome.

Die repräsentative Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGSI) vom Robert Koch Institut ergab, dass nur 10 % der psychisch erkrankten Menschen mit schweren und chronischen Verläufen einen regulären Arbeitsplatz haben (vgl. Bühring, 2014, S.60).

Die Autoren der unterschiedlichen Studien haben sich nicht nur mit Schwierigkeiten, die eine psychische Erkrankung für die berufliche (Re)Integration mit sich bringen kann, auseinandergesetzt, sondern auch mit den Möglichkeiten der Verbesserung der Beratung und Versorgung dieser Personengruppe. Auf wesentliche Aspekte neuer Handlungsstrategien soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

3.3.2.3 Aspekte der Verbesserung der Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im beruflichen (Re)Integrationsprozess

Schubert et al. (2013) haben sich neben der Auswertung der statistischen Daten zur Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Arbeitslosigkeit zusätzlich mit der Entwicklung von Handlungsempfehlungen für diese Personengruppe beschäftigt. Den einzelnen vorgeschlagenen, verbesserten Interventionen wurden 6 Handlungsfelder zugeordnet:

Im Handlungsfeld der „Betreuung und Fallbearbeitung“ weisen die Autoren darauf hin, dass sich insbesondere die Kommunikation und die Fallbearbeitung dahingehend verbessern sollten, dass es nicht zu einer Verschlechterung der Situation kommt. Inadäquate Ansprache, falsche Maßnahmenzuweisungen und Sanktionen aufgrund fehlender Mitwirkung, die durch die gesundheitlichen Probleme begründet sein können, sind ungünstige Faktoren im Beratungsprozess. Dies setzt aber voraus, dass die Mitarbeiter in den Jobcentern eingehend geschult sind, um die Bedarfserkennung für eine zielgerichtete Unterstützung gewährleisten zu können. Da es häufig auch um Existenzsicherung geht, wäre

es wichtig, dass klarere Zuständigkeitsstrukturen geschaffen werden, damit Institutionen, die mit dem betroffenen Menschen arbeiten, in ihrer Tätigkeit unterstützt werden.

Im Handlungsfeld „Problemlagen und Handlungsbedarf“ wird darauf hingewiesen, dass es aufgrund der Komplexität von psychischen Erkrankungen wichtig ist, frühzeitig zu handeln. Neben der Begutachtung nach Aktenlage empfehlen die Autoren, zusätzlich Trainings- und Aktivierungsmaßnahmen zur Abklärung der Erwerbsfähigkeit zu nutzen. Die engere Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Jobcenter hat in einer Region, die an der Befragung teilgenommen hat, zu Fortschritten in der Passgenauigkeit von Maßnahmen geführt.

Das Handlungsfeld „Kooperation und Hilfeplanung“ geht auf die Notwendigkeit von fallbezogenem Erstellen von Hilfeplänen ein, an denen sowohl Jobcenter wie auch Vertreter aus dem jeweiligen Hilfesystem des Menschen mit einer psychischen Erkrankung beteiligt sind. Grundlage für die Empfehlung ist die Erkenntnis, dass die berufliche Eingliederung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nur mit einer sozialen Integration einhergehen kann und umgekehrt (Brieger et al. 2006). In diesem Zusammenhang verweisen Brieger und Hoffmann (2012) auf die Ergebnisse der DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“. Danach kommen den unterstützenden Beschäftigungen eine sehr wichtige Bedeutung zu. *„Im Sinne der evidenzbasierten Medizin hat sich „supported employment“ („first place then train“) unzweifelhaft als wirksamste Maßnahme erwiesen. Bislang fehlt es aber insbesondere in Deutschland an entsprechenden flächendeckenden Angeboten“* (Brieger und Hoffmann 2012 S. 840).

Im Handlungsfeld „Arbeitsteilung und Personalentwicklung“ verweisen die Autoren darauf, dass es notwendig ist, dass der Informationsfluss zwischen den einzelnen Ansprechpartnern wie Fallmanager, Rehaberater etc. reibungslos abläuft. In diesem Zusammenhang wird noch einmal auf die Bedeutung der Kontinuität in der Betreuung hingewiesen. Zur Verbesserung der Beratungskompetenz wird die Entwicklung eines Qualifizierungsangebotes sowie einer Spezialisierung von Mitarbeitern bzw. das Einrichten von Abteilungen für Fallmanagement für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen empfohlen.

Ein weiteres Handlungsfeld wurde „Verbündete und Kooperationen“ genannt und verweist auf regionale Möglichkeiten der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungsträger. Dies könnte zur Verbesserung der Entwicklung von zielgruppengerechteren Angeboten führen.

Das letzte Handlungsfeld „Maßnahmen und geförderte Beschäftigung“ befasst sich mit der Schaffung und Ausgestaltung von zielgerichteten Maßnahmen. Hierbei geht es um den oftmals komplexen Unterstützungsbedarf der Betroffenen, der nicht nur die Arbeitsintegration betrifft sondern auch über die Zeit der Integrationsmaßnahme hinausgeht. In Nordrhein-Westfalen gibt es bereits über die „Öffentlich geförderte Beschäftigung“ die Möglichkeit des

Job Coaches auch über die Förderung hinaus. In Baden Württemberg gibt es einen finanzierten Ansatz über das Projekt „Passiv-Aktiv-Transfer“, das durch das Sozialministerium des Bundeslandes gefördert wird. Dabei wird eine öffentlich geförderte Beschäftigung mit einem Jobcoaching kombiniert.

In vielen anderen Ländern werden psychisch kranke Menschen direkt auf den Arbeitsmarkt platziert und durch einen Jobcoach begleitet. Das hat den Vorteil, dass in Krisensituationen direkt unterstützt wird und der Kontakt zum Arbeitgeber gehalten wird. Dieser Ansatz „first place then train“ betont Bühring (2014), hat in den betreffenden Ländern zu einem starken Anstieg der Erwerbstätigkeit von psychisch Kranken geführt. Bisher werden nur 4.000 Fälle unterstützter Beschäftigung in Deutschland nach Aussagen des Vorstandes für Grundsicherung der Bundesagentur gefördert.

Baer (2007, 2013) hat sich mit den Unterstützungsmöglichkeiten für Arbeitgeber auseinandergesetzt. Nach seinen Erkenntnissen würden Arbeitgeber sich eher für die Einstellung eines Menschen mit einer psychischen Erkrankung entscheiden, wenn eine Risikominimierung in Form von Lohnzuschüssen oder Arbeitsversuchen stattfinden würde. Die Information zur Erkrankung und Hilfe im Umgang mit dem Mitarbeiter und ein längerfristiges externes Jobcoaching sehen die Arbeitgeber als weitere Notwendigkeiten an.

Im mehrfach genannten Jobcoaching² können u.a. Themen wie Sozialverhalten, Arbeitsorganisation und Arbeitsverhalten, Anwendung von Fachkenntnissen, Einarbeitung an einem neuen Arbeitsplatz, Nutzen von Kompensationsstrategien und Hilfsmitteln und Verarbeitung von Leistungsveränderungen behandelt werden.

Die Notwendigkeit, sich mit der Verbesserung der Integration von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung auseinanderzusetzen, ist nach Aussagen von Schubert et al. (2013) u.a. notwendig, um dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Es wird weiter darauf hingewiesen, dass die Einbeziehung der Betroffenenperspektive ein wichtiger Forschungsschritt wäre, um eine tiefgehende Situationsanalyse von Personen mit psychischen Erkrankungen im Arbeitslosengeld II Bezug zu erlangen. Aus Sicht der Autorin ist es nicht nur wichtig, dass im Bereich der Institutionen der Arbeitsförderung sich mit einer Verbesserung der Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinandergesetzt wird, sondern in allen Bereichen, die mit ihnen arbeiten. Die vorliegende Arbeit greift mit der Erfassung von sozialen Problemen und psychosozialen Beratungsschwerpunkten von Patienten mit unterschiedlichen psychosomatischen

² vgl Job Coaching: Qualifizieren und Lernen im Betrieb, Schwerpunkt: Betriebliche Teilhabe von Menschen mit psychischer Erkrankung entwickelt im Rahmen des bundesweiten Modellprojekts „JobBudget“ (2008-2011), gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung

Erkrankungen die Forderung von Schubert et.al. auf. Durch die Gewinnung von Erkenntnissen zu den Unterschieden und Gemeinsamkeiten in Bezug auf den sozialtherapeutischen Beratungsbedarf der Patienten in den unterschiedlichen Behandlungssettings wird es möglich sein, auch in Bezug auf Fragen der beruflichen Reintegration spezifischer eingehen zu können. Entwicklungshindernisse, die aufgrund der Erkrankung bestehen, können frühzeitig erkannt und im multiprofessionellen Team mit Ärzten und Psychotherapeuten besprochen werden. Dies ist auch ein wichtiger Baustein in der Zusammenarbeit mit Institutionen wie den Jobcentern und Agenturen für Arbeit.

Arbeitslosigkeit steht im engen Zusammenhang mit finanziellen Problemen, die ebenfalls als Belastungsfaktor für die psychische Gesundheit anzusehen sind. Im folgenden Abschnitt wird unter Einbeziehung von zwei Studien der Zusammenhang von finanziellen Schwierigkeiten und psychischen Erkrankungen erläutert.

3.3.3 Finanzielle Schwierigkeiten – Ursache und Folgen für die psychische Gesundheit

Der Zusammenhang von Armut und gesundheitlichen Belastungen wurde bereits im Kapitel 2 eingehend erläutert. An dieser Stelle soll auf den Zusammenhang von finanziellen Schwierigkeiten in Form von Überschuldung und den Auswirkungen auf die psychische Gesundheit detailliert eingegangen werden. Überschuldung und die einhergehenden Folgen betreffen nicht nur Menschen aus den niedrigen sozialen Schichten, sondern betreffen alle Gesellschaftsschichten.

Von Überschuldung spricht man, wenn es dem Schuldner nicht mehr möglich ist, seine Verbindlichkeiten zu decken bzw. innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes unter Einsatz seines Vermögens oder freien Einkommens zu begleichen (vgl. Wagner 2010, S. 260 und Arndt et.al. 2006). Rund 7 Millionen Privatpersonen sind in Deutschland überschuldet. Schuldenproblematiken entstehen durch Verlust des Arbeitsplatzes, veränderte Lebensumstände wie Trennung, Tod eines Partners oder übermäßiges Konsumverhalten (vgl. Korczak 2001).

Bisher gibt es nur wenige Studien, die sich mit dem Zusammenhang von finanziellen Schwierigkeiten und psychischen Erkrankungen auseinandergesetzt haben. In meinen folgenden Ausführungen beziehe ich mich auf zwei Studien von Wagner et.al. und Rüger et al. aus Deutschland, die beide 2010 publiziert worden sind.

Die Studie von Rüger et al. (2010) hat in Zusammenarbeit mit den Schuldnerberatungsstellen Rheinland-Pfalz im Rahmen der sozialmedizinischen Studie „Armut, Schulden und Gesundheit“ von Juli 2006 bis März 2007 eine anonyme Befragung

von Klienten schriftlich durchgeführt. Die Befragten sollten mindestens 16 Jahre alt sein und mindestens zwei Beratungstermine wahrgenommen haben. Die Befragten sollten u.a. angeben, ob sie aktuell an einer psychischen Erkrankung leiden, wie stark sie die Bedrohung durch die finanziellen Schwierigkeiten erleben und wie sie ihr soziales Unterstützungsnetzwerk bewerten. Von 1876 angeschriebenen Klienten beteiligten sich 666 Personen.

Die Studie von Wagner et al. (2010) wurde 2008 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz durchgeführt. Patienten, die die dortige Poliklinik zur Abklärung bzw. Behandlung aufsuchten wurden in die Studien eingeschlossen. Von 815 Patienten beantworteten 659 die Fragen zur finanziellen Situation. Ziel der Studie war es, herauszufinden, wie viele psychosomatische Patienten von finanziellen Schwierigkeiten berichten und wie stark sie dadurch belastet sind.

Beide Studien gehen einführend auf die bisher wenigen vorliegenden Studienergebnisse ein, die einen deutlichen Zusammenhang zwischen finanziellen Schwierigkeiten und einer negativen Beeinflussung auf die Gesundheit bzw. Krankheit als Ursache für finanzielle Belastungen aufzeigen. Die meisten Studien kommen aus dem englischsprachigen Raum. Beide Autoren verweisen u.a. auf die Studie von Price et al. (2002), die belegt, dass finanzielle Schwierigkeiten bei den Betroffenen zur Minderung des Selbstwertgefühls, zum sozialen Rückzug und in der Folge zu Depressionen führen können. Verschiedene Studien werden angeführt, die darauf hinweisen, dass sehr unterschiedliche gesundheitliche Schäden auftreten können, wie Herz-Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen und vermehrte Einnahme von gesundheitsgefährdenden Substanzen (Pyle et al., 2007; Davis und Mantler, 2004; Herzberg, 1990).

Zur Häufigkeit von finanziellen Schwierigkeiten und psychischen Erkrankungen kommen beide Studien (Rüger et al. 2010 und Wagner et al. 2010) trotz des unterschiedlichen Studiendesigns zu vergleichbaren Ergebnissen. 40 % der befragten Klienten der Schuldnerberatungsstellen in Rheinland-Pfalz gaben an unter einer psychischen Erkrankung aktuell zu leiden und 37 % der Patienten in Mainz bestätigten finanzielle Schwierigkeiten. Übereinstimmungen gab es auch im Bereich des Familienstandes. Beide Autoren kommen zum Ergebnis, dass Betroffene mit finanziellen Schwierigkeiten und einer psychischen Erkrankung häufiger getrennt lebend bzw. geschieden sind. Bei der Schulbildung gab es keine Übereinstimmung. Zwei Drittel der Klienten der Schuldnerberatung, die eine psychische Erkrankung angaben, hatten einen Schulabschluss von maximal 9 Jahren. Bei den Patienten der psychosomatischen Klinik gab es keinen Unterschied nach Auswertung des Bildungsabschlusses. Die Bedeutung des Erlebens eines unterstützenden sozialen Netzwerkes für die Erkrankungsprävalenz einer psychischen Erkrankung wurde an der

Studie von Rüger et al. (2010) deutlich. 61.8 % der Klienten der Schuldnerberatungsstellen, die eine psychische Erkrankung angaben, fühlten sich mangelhaft sozial unterstützt. Dies zeigt sich auch in den Werten zum Insolvenzverfahren. Die Klienten, die ein Insolvenzverfahren beantragt bzw. bewilligt bekommen haben sind nach ihren Aussagen weniger von psychischen Erkrankungen (34.1 %) betroffen als Personen, die keinen Insolvenzantrag gestellt haben bzw. diesen abgelehnt (40,8 %) bekamen. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Insolvenzverfahren Orientierung und Hoffnung gibt, die Schuldsituation bewältigen zu können und damit wieder eine Zukunftsperspektive zu haben.

Beide Autoren machen Aussagen zum subjektiv erlebten Belastungsgrad der finanziellen Schwierigkeiten. Rund 81 % der Klienten der Schuldnerberatungsstellen und 57 % der befragten Patienten in Mainz fühlten sich ziemlich oder sehr belastet. Etwas belastet fühlten sich 17.6 % der Klienten und 36 % der Patienten. Rüger et al. (2010) kamen zum Ergebnis, je geringer sich die Klienten belastet fühlten, desto geringer ist auch die Erkrankungsprävalenz.

Wagner et al. (2010) haben zu der Belastungssituation der Patienten mit finanziellen Schwierigkeiten weitere Aussagen machen können. Nach ihren Ergebnissen leiden Patienten mit finanziellen Sorgen signifikant häufiger unter depressiven Störungen als Patienten ohne finanzielle Schwierigkeiten, aber sie haben seltener Angststörungen. Es zeigte sich weiterhin, dass die Patientengruppe mit finanziellen Schwierigkeiten unter einer höheren Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Aggressivität und verstärktem paranoiden Denken sowie Psychotizismus leidet. Außerdem fühlen sich diese Patienten schneller erschöpft und haben häufiger Magen- und Gliederschmerzen. Der Gesamtbeschwerdescore liegt bei ihnen höher. Vergleicht man Patienten mit finanziellen Problemen, die sich dadurch hoch belastet fühlen mit denen, die sich nur etwas belastet fühlen, zeigt sich auch ein signifikanter Unterschied. Die Patienten die sich stark belastet fühlen, haben einen höheren Gesamtbeschwerdescore als diejenigen, die sich weniger belastet fühlen. Patienten mit finanziellen Sorgen erhielten häufiger die Empfehlung zu einer stationären Behandlung.

Beide Studien zeigen, dass es einen deutlichen Zusammenhang von finanziellen Problemen und den Auswirkungen auf die psychische Gesundheit gibt. Es wäre wünschenswert, wenn es mehr Studien hierzu geben würde, die sich auch noch detaillierter mit den finanziellen Schwierigkeiten auseinandersetzen. Der Aspekt der Überschuldung wurde durch die Studie von Rüger et al. (2010) hervorgehoben. Welche genauen finanziellen Probleme die psychosomatischen Patienten in der Studie von Wagner et.al. als belastend empfanden, konnte nicht erschlossen werden. Dies wäre aber aus sozialtherapeutischer Sicht sehr

wichtig, um entsprechende Interventionen zu entwickeln. Die Schlussfolgerung von Wagner et al. (2010), die finanzielle Situation im Anamnesege spräch zu erheben, ist ein wichtiger Baustein hierfür. Die Notwendigkeit der Erhebung von sozialen Faktoren in der Anamnese wird im Kapitel 5.1. ausführlich thematisiert. Vorangestellt wird zum besseren Verständnis der vorliegenden Gesamtarbeit zunächst die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit und ihrer gesellschaftlichen Einbettung in die Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

4 Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit in der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Die Bedeutung der sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit wurde eingehend im vorangegangenen Kapitel beschrieben. Zum besseren Verständnis dieser Arbeit wird im folgenden Abschnitt die Begrifflichkeit und Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit als eine „professionell beratende Soziale Arbeit in den psychosozialen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens erläutert“ (Pauls und Gahleitner 2011, S.521). Im weiteren Verlauf des Kapitels werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der sozialen Beratung und

Unterstützung von Patienten mit psychischen Erkrankungen im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung dargelegt.

4.1 Klinische Sozialarbeit – als Fachsozialarbeit

Der ständige gesellschaftliche Wandel ist für viele Menschen, die nicht über ausreichende physische, psychische, soziale und materielle Ressourcen verfügen, mit Unsicherheiten und Orientierungslosigkeit verbunden. Pauls (2012) betont, dass diese Menschen, ohne professionelle Unterstützung und Hilfe, ihrer Lebenssituation und dem gesellschaftlichen Wandel schicksalhaft ausgeliefert sind.

In vielen Einsatzfeldern der Sozialen Arbeit zeigt sich, dass Professionelle vermehrt mit Menschen konfrontiert werden, die an einer psychischen oder physischen Erkrankung leiden bzw. davon bedroht sind. Sozialarbeiter werden immer mehr in Projekte der Gesundheitsförderung und der Beratung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen einbezogen (vgl. Homfeldt, 2012, S. 492). Damit verbunden sind komplexere Anforderungen und erhöhte Aufgabenstellungen in interdisziplinären Zusammenhängen. Diese Entwicklung fordert nach Einschätzung von Pauls (2012, 2013) eine Anpassung der historisch gewachsenen professionellen Hilffsysteme.

Bereits Mühlum (2001) hat darauf hingewiesen, dass besondere schwierige Situationen und der Umgang mit schwer belasteten Personen eine besondere Beratungskompetenz verlangen.

Die über viele Jahre entstandene „Forderung nach der Spezialisierung und Höherqualifizierung sozialberuflichen Handelns, um den veränderten Anforderungen personenbezogen, lebensweltlich und gesellschaftlich gerecht zu werden, sogar nach Qualifikationsstufen, ist an vielen Stellen bereits vollzogen. Soziale Arbeit - insbesondere Klinische Sozialarbeit - ist längst damit befasst, im ständigen Umbruch einer rastlosen Moderne benachteiligte und beeinträchtigte Menschen in der Bewältigung zu unterstützen“ (Gahleitner 2019, S.6). In den Auseinandersetzungsprozess flossen auch Entwicklungen und Konzepte aus den USA ein. Dort etablierte sich die „clinical social work“ bereits in den 1970er Jahren. Teilweise orientierten sich die dortigen Professionellen an methodischen Ansätzen des „casework“ aus den 1920er- und 1930er-Jahren. Zwei Vertreterinnen aus der Zeit waren Mary Richmond (1922) und Virginia Robinson (1930). Richmond (1922) vertrat vor dem Hintergrund einer bio-psycho-sozialen Perspektive die Ansicht, dass die „Person in ihrer Umgebung“ (person-in-environment) in den Fokus der Sozialarbeit rücken sollte. Pauls (2013) erläutert hierzu: „Mary Richmond betonte bereits 1922 die Notwendigkeit, die Klienten als Handelnde in multiplen sozialen Milieus oder Systemen zu betrachten, wobei letztere das Verhalten und Erleben der Klienten beeinflussen und diese reziprok auf ihre Umwelten einwirken“ (S. 65). Virginia Robinson leistete mit der „funktionalen“ Schule und mit ihrem 1930 veröffentlichten Werk „A Changing Psychology of Social Work“ einen historischen Beitrag zur Identitätsentwicklung der Clinical Social Work in den USA.

Zusammenfassend zur Diskussion über die Notwendigkeit nach einer Spezialisierung innerhalb der Sozialen Arbeit gesagt werden, dass sich Klinische Sozialarbeit in den letzten 25 Jahren zu einer Fachsozialarbeit entwickelt hat, die eng verknüpft ist mit dem biopsychosozialen Modell, das als theoretische Basis dient. Im Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigungen setzt sich die Klinische Sozialarbeit im Vergleich zu anderen Professionen (Klinische Psychologie und Psychiatrie) neben biographischen und milieugeprägten Gegebenheiten mit sozialen Aspekten auseinander (Gahleitner (2019); Hahn (2014); Mühlum 2001; Ortmann & Röh 2017; Pauls und Lammel (2017).

Die Klinische Sozialarbeit als gesundheitspezifische Fachsozialarbeit beschränkt sich damit keineswegs nur auf das stationäre Krankenhaussetting. Die Vielseitigkeit des Arbeitsfeldes ist bedingt durch die Einbeziehung von sozialen, psychischen und fallrelevanten

somatischen Aspekten. Diese fließen ein in die Beratung, therapeutische Behandlung und psychopädagogische Unterstützung von Menschen mit Erkrankungen und Behinderungen bzw. die von diesen bedroht sind. Das Arbeitsfeld bezieht sich auf alle beratenden-behandelnden, betreuenden, begleitenden und behandelnden Tätigkeiten unabhängig davon, ob sie in Beratungsstellen, Rehabilitationseinrichtungen, Praxen oder auch im Bereich der häuslichen Unterstützung in Form von Familienhilfe stattfindet (vgl. Hahn 2014, S.12; Pauls 2013, S. 16).

4.2 Sozialtherapie als methodischer Ansatz

Der Klinischen Sozialarbeit liegt die Sozialtherapie nach Ortmann et al. (2017) als Handlungskonzept zu Grunde. Hahn (2014) beschreibt, dass die ersten Forderungen bzw. Konzepte von Sozialer Therapie bereits vor 100 Jahren durch Richmond (1917), Salomon (1926) in der Sozialen Arbeit und später von Weizsäcker (1947) in der Medizin entstanden. Richmond (1917) und Salomon (1926) sprachen sich dafür aus, soziale Kontextfaktoren im diagnostischen Prozess als Grundlage für die daraus folgenden Interventionen zu erheben. Im Entscheidungsprozess über die Form der Interventionen ging es nach ihren Einschätzungen darum, inwiefern man einen Menschen unterstützt, sich an die Gegebenheiten seiner Umwelt anzupassen und sich zu behaupten, bzw. inwiefern der Schwerpunkt auf einer Umgestaltung der sozialen Rahmenbedingungen liegt, damit sich der Klient entfalten kann. Weizsäcker führte die Soziale Therapie 1947 als Methode in die Behandlung von psychosomatischen Patienten ein. Er sah die Sozialtherapie als ärztliche Therapie für Patienten, bei denen die psychotherapeutische Behandlung nicht zum Erfolg führt. In diesen Fällen sollte versucht werden, die sozialen Faktoren des Patienten zu verändern, die dazu geführt haben, dass es zum Krankheitsgeschehen gekommen ist. Weizsäcker hat mit seinem sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit einen wichtigen Beitrag für die Soziale Arbeit geleistet, auch wenn die Würdigung seiner Arbeit vorrangig im Bereich der psychosomatischen Medizin erfolgt. Hahn erläutert dazu, dass Weizsäcker Krankheit nicht als endogenen Zustand begriff, sondern als dynamischen Prozess, der sich aus der Lebensgeschichte heraus entwickelt und im engen Zusammenhang mit der aktuellen Situation steht, die durch rechtliche, institutionelle, gesellschaftliche und ökonomische Aspekte beeinflusst wird (vgl. Hahn 2014, S. 12).

Der Begriff der Sozialtherapie ist nach Ortmann et al.(2017) bisher in der Praxis der Sozialen Arbeit immer noch sehr rudimentär verortet. Dies ist nach seiner Einschätzung dem Manko geschuldet, dass es damals und auch später keine systematische Aufarbeitung der theoretischen-konzeptionellen Begründung von Sozialtherapie in der Sozialen Arbeit gab und dies noch in die heutige Zeit nachwirkt. Im Bereich der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie

wurde nach Einschätzung von Ortmann et al. (2017) die Sozialtherapie jenseits der Sozialen Arbeit bzw. als allgemeines Handlungsprinzip in den Professionen der Psychosomatik und Psychiatrie angesehen.

Pauls und Lammel (2017) sehen u.a. aufgrund des Einflusses von sozialen Beziehungen und Entwicklungsprozessen, die soziale Umgebungen auf die Krankheitsentstehung aber auch auf die Bewältigung haben, die Notwendigkeit, kooperationsfähige Konzepte der sozialen Mitbehandlung zu entwickeln. *„Es ist nicht mehr zukunftsfähig, dass Soziale Arbeit beispielsweise in Krankenhäusern hauptsächlich als Funktionseinheit zur Regelung administrativer und organisatorischer Aufgaben verstanden und in der Regel dienstrechtlich dem Verwaltungsbereich zugeordnet wird, und dass soziopsychische Beratung und Therapie als Bestandteil sozialtherapeutischer Mitbehandlung selten zu ihren dortigen Aufgaben gehören“* (Pauls und Lammel 2017, S.7-8).

Die aktuelle Gegenstandsbestimmung in der Klinischen Sozialarbeit sieht die Sozialtherapie vielmehr als Behandlungsansatz *„der die verschiedenen Formen sozialer und psychosozialer Intervention (einschließlich der sozialen Rehabilitation) einer breit angelegten beratend-begleitend-intervenierenden Methodologie in unterschiedlichen Arbeitsfeldern zuordnet“* (Pauls und Lammel 2017, S.8).

Der Begriff Behandlung bezieht sich nach Pauls auf psycho-soziale Interventionsmöglichkeiten und nicht nur auf psychotherapeutische Methoden. Aufgrund des Behandlungsansatzes versteht sich nach Pauls (2013) die Klinische Sozialarbeit grundsätzlich als sozialtherapeutisch. Sozialtherapeutische Beratung als zentraler Bestandteil der Klinischen Sozialarbeit relativiert die Trennung von Therapie und Beratung. Nach Pauls und Romanowski (2013) ist sie ein eigener Bestandteil in der therapeutischen Arbeit in einem biopsychosozialen Verständnis. *„Sozialtherapie, eine wissenschaftlich fundierte psychosoziale Praxis Klinischer Sozialarbeit mit dem Ziel der sozialen Integration von Menschen mit schweren sozialbedingten und sozialrelevanten gesundheitlichen Problemen im Alltag“*(S.4).

Auf dem Hintergrund, dass die vorliegende Arbeit im Bereich der Sozialen Arbeit im Arbeitsfeld der psychotherapeutischen Versorgung geschrieben worden ist, soll ergänzend zu den bisherigen Ausführungen an dieser Stelle auch der konzeptionell integrative Ansatz von Sozialtherapie) benannt werden, den Gahleitner und Deloi (2014) favorisieren. Danach soll „Integrative Sozialtherapie“ versuchen, das breite Spektrum von fachspezifisch erprobten Ansätzen, Verfahren und Methoden im sozialtherapeutischen Raum von Pädagogik, Sozialarbeit und Psychotherapie zusammenzuführen. Ziel dieses Ansatzes ist es, ein breites Spektrum an Hilfeleistung und Förderung anzubieten (vgl. Gahleitner et al. 2014, S. 8-9).

4.3 Sozialtherapeutische Beratung

Nach den theoretischen Ausführungen zur Klinischen Sozialarbeit und Sozialtherapie wird im folgenden Abschnitt auf die Aspekte der sozialtherapeutischen Beratung eingegangen, die für das praxisorientierte Handeln bedeutsam sind. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es innerhalb der Klinischen Sozialarbeit unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in der Konzeptgestaltung gibt. Zum einen gibt es Vertreter, wie Pauls und Reicherts (2014), Gahleitner et al. (2013) die einen stärkeren Fokus in der Diagnostik und den Interventionen auf ein psychosoziales Verständnis der Persönlichkeit unter Einbeziehung der individuellen Lebenswelt legen. Zum anderen gibt es Vertreter, wie Röh und Ortmann (2014), die stärker in der Sozialen Arbeit verankert sind und die Bedeutung der sozialen Ressourcen in der Entstehung von psychischen Erkrankungen hervorheben. Auf beide Schwerpunkte soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

Die folgende Abbildung soll ein Versuch sein, die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen zu verbinden und die gemeinsame Zielsetzung der sozialtherapeutischen Beratung zu veranschaulichen.



4 Die Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit in der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Abb. 2: Eigene Abbildung: Merkmale der sozialtherapeutischen Beratung (vgl. Pauls und Reicherts, und Ortmann und Röh, 2014, S. 5)

Die in der Abbildung genannten Ziele erfordern gut ausgebildete Fachkräfte, die über Kompetenzen auf verschiedenen Ebenen verfügen. Das „Mehr-Ebenen-Modell von Beratungskompetenzen“ von Pauls- und Reicherts (2014, S. 5) zeigt auf, dass neben elementaren interaktionellen Beratungskompetenzen, wie z.B. Gesprächsführungstechniken, beziehungsorientierte Kompetenzen mit dem Ziel des Aufbaus eines Arbeitsbündnisses, von Bedeutung sind. Aufgabenorientierte Kompetenzen von unterschiedlicher Komplexität und systemisch institutionelle Kompetenzen, wie z.B. Netzwerkarbeit und Case Management sind ebenfalls für eine professionelle Sozialtherapie vonnöten. Das Zerlegen, Einschätzen und Priorisieren von Problemstellungen, auch Dekomponieren genannt, und die Definition von Teilproblemen mit primärer sozialer und psychosozialer Beteiligung bezeichnen Pauls und Reicherts (2014) als eine zentrale Kernkompetenz der Sozialtherapie. Sie begründen dies in der großen Komplexität von gesundheitsbezogenen Phänomenen und biopsychosozialen Verknüpfungen. Die Einteilung der Problemtypen der beiden Autoren bietet für die jeder sozialtherapeutischen Beratung vorangehende psychosoziale Diagnostik fachspezifische Orientierung:

- *„Störungen von einzelnen psychisch und/oder körperlich bedingten psychosozialen Funktionen oder Funktionsmustern: z.B. Verhaltensauffälligkeiten, depressive Störungen [...]*
- *Störungen von primären interpersonellen Systemen: z.B. Beziehungsstörungen bei Familien, Paaren,*
- *Störungen des Weiteren personalen sozialen Netzwerkes: z.B. soziale Isolation-Partnerinnen, Freundinnen, [...]*
- *Störungen organisatorisch-institutioneller Abläufe und Beziehungen: z..B. Stigmatisierungsprozesse in Betrieben; mangelhafte Verknüpfung und Kooperation im professionellen Netzwerk ambulanter, stationärer und teilstationärer Einrichtungen [...]*
- *Störungen des Sozialraumes und kommunaler Sozialstrukturen: z.B. fehlende oder konflikthafte nachbarschaftliche Beziehungen und Unterstützung [...]* “

(Pauls und Reichert 2014, S. 5).

Neben der Differenzierung der Probleme ist nach Einschätzung von Ortmann und Röh (2014) die Erschließung von sozialen Ressourcen und Kompetenzen von großer Bedeutung für den sozialtherapeutischen Beratungsprozess.

„Je mehr soziale Ressourcen in quantitativer und qualitativer Hinsicht vorhanden sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Menschen nicht in soziale Notlagen geraten, die professionelle Hilfe erforderlich machen. Der Aspekt der Ressourcentransformation, bei dem Soziale Arbeit eine unterstützende Funktion annehmen kann, spielt dabei eine besondere Rolle“ (Ortmann und Röh, 2014, S.10)

Beide Autoren weisen darauf hin, dass sich soziale Ressourcen im Wesentlichen in den Bereichen von sozialen Netzwerken, der sozialen Infrastruktur und in sozialen Kompetenzen erschließen lassen. Der Bereich soziale Netzwerke wird als Partnerschaft, Familie und Freundeskreis definiert. Das Zusammenleben in Sozialräumen wie Dorfgemeinschaft oder Stadtteilen, aber auch Vereinen und Initiativen kennzeichnen den Bereich der sozialen Infrastruktur. Die Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt und Beziehung zu treten und diese zu gestalten, sind Schlüsselkompetenzen für die Möglichkeit der sozialen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Sozialtherapie hat die Aufgabe, Menschen bei Bedarf zu unterstützen, diese Fähigkeiten zu entwickeln bzw. zu vergrößern. Hierzu gehört auch, wenn notwendig, sie zu begleiten, sich in Vereine zu integrieren, als eine Art Türöffner zu fungieren.

Im Kapitel 5.2. wird am Beispiel der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychotherapie die sozialtherapeutische Arbeit im Rahmen der stationären Psychotherapie aus Sicht der Klinischen Sozialarbeit dargestellt.

4.4 Stand der rechtlichen Verankerung der Sozialen Arbeit in der psychotherapeutischen Versorgung von Patienten in Deutschland

Die Auswirkungen von sozialen Problemen auf die psychische Gesundheit von Menschen und die volkswirtschaftlichen Folgen wurden im Kapitel 3.3. eingehend betrachtet. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage: Wie werden Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei der Bewältigung ihrer sozialen Probleme während der psychotherapeutischen Behandlung unterstützt? Bei den folgenden Ausführungen sollen auf vorhandene gesetzliche Verankerungen und Rahmenempfehlungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation und den Akutkrankenhäusern eingegangen werden.

4.4.1 Inwiefern gibt es rechtliche Rahmenempfehlungen für die Integration von sozialarbeiterischen Kompetenzen in die stationäre psychosomatische Akutversorgung?

Eine Grundlage für die Behandlung im Akutkrankenhaus regelt das Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung). Die Verpflichtung von Krankenhäusern, ihren

Versicherten soziale Betreuung und Beratung anzubieten und die poststationäre Nachsorge zu organisieren, ist im §112 „Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung“ verankert.

Es liegen aber keine genauen gesetzlichen Vorschriften für Schlüssel- und Bedarfszahlen, das heißt wie viele Patienten von wie vielen Sozialarbeitern beraten werden sollen, vor. Dies ist im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung anders. Die Bundespersonalverordnung Psychiatrie (PsychPV) regelt die dortigen Schlüssel-Bedarfszahlen. Danach ist der Schlüssel für den allgemeinen psychiatrischen Stationsbetrieb 1:30 (vgl. Doering et al. 2007, S. 73).

Die Notwendigkeit, Soziale Arbeit in die psychotherapeutische Versorgung in der psychosomatischen Akutversorgung zu integrieren, zeigt sich zwar nicht in gesetzlichen Bestimmungen, aber in Arbeitsmaterialien wie z.B. dem Katalog zur Kodierung von Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Sowohl in der Regelbehandlung wie auch bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Verhaltensstörungen bei Erwachsenen wird erwartet, dass im Bereich der Spezialtherapeuten u.a. Sozialarbeiter im Behandlungsteam vertreten sind. (vgl. OPS Version 2016, 9-60 bis 9-64). Das Vorliegen von drohenden oder bestehenden psychosozialen Notlagen wird auch als kodier- und abrechnungswürdig benannt. Hierzu zählen nach OPS 9-646 folgende Situationen:

- *„Klärung und Regelung gravierender finanzieller Notlagen (z.B. massive Verschuldung in Abhängigkeit von der jeweiligen sozialen Situation des Patienten, Privatinsolvenz oder verlorener Krankenversicherungsschutz)*
 - *Klärung und Regelung bei unmittelbar drohender oder eingetretener Erwerbslosigkeit (z.B. Abmahnung, erfolgte Aussprache der Kündigung)*
 - *Klärung und Regelung der Wohnsituation bei unmittelbar drohender oder eingetretener Obdachlosigkeit (z.B. hohe Zahlungsrückstände, erfolgte Kündigung der Wohnung oder Räumungsklage)*
 - *Klärung und Regelung der Weiterversorgung abhängig betreuter Angehöriger (z.B. Kinder) bei unmittelbar fehlender Versorgung durch Dritte“*
- (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), OPS Version 2016, OPS 9-64)

Die in diesem Zusammenhang auftretenden Leistungen werden in der Regel von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen erbracht (vgl. OPS 9-64 Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen).

Als weitere richtungsweisende Grundlage für die Einbindung von sozialarbeiterischen Kompetenzen in die stationäre psychotherapeutische Versorgung dient die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Sie greift u.a.

alltagsrelevante und soziale Themen auf, die in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielen. Hierzu zählen die Bereiche Training von Alltags- und sozialen Fähigkeiten, Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben sowie Wohnangebote für psychisch kranke Menschen. Auch wenn die Leitlinie sehr stark auf den Bereich der psychiatrischen Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen ihren Fokus legt, sind die genannten Bereiche der beruflichen Reintegration, der Stärkung der Alltagskompetenzen sowie Fragen der Unterstützung von selbständigen Wohnen auch in der täglichen Arbeit auf einer psychosomatischen-psychotherapeutischen Station präsent. Hierzu sind im Kapitel 5 weitere Ausführungen zu finden.

4.4.2 Rechtliche Rahmenempfehlungen von Sozialarbeit in der stationären medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen und ihre Umsetzung

Im Gegensatz zur Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in Akutkrankenhäusern gibt es im Bereich der medizinischen Rehabilitation für den Bereich der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit klare und verbindliche Vorgaben. Im Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Erkrankungen der Deutschen Rentenversicherung heißt es:

„Soziale Problemkonstellationen bilden oft ein wesentliches Thema in der Rehabilitation bei psychischen Störungen. In den psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen übernehmen Diplom-Sozialarbeiter/-arbeiterinnen/Diplom-Sozialpädagogen/-pädagoginnen daher einen für die Rehabilitation bedeutsamen Teil im rehabilitativen Prozess beziehungsweise im Rehabilitationsteam. Sie sind hierbei sowohl mit den typischen Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit als auch teilweise mit der Durchführung berufsbezogener Therapiemodule betraut. Rehabilitationsbezogene Berufserfahrung wird erwartet“ (DRV Bund 2010, S.23).

Der Schwerpunkt der Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit liegt in der Rehabilitation sehr stark auf der beruflichen Reintegration der Patienten. Bei Bedarf werden aber auch andere Bereiche des sozialen Alltages in die Beratung mit einbezogen, wie Wohnsituation oder finanzielle Probleme. Neben der individuellen Einzelfallberatung wird die Möglichkeit berufliche Themen in Form von sozialer Gruppenarbeit mit psychoedukativen Charakter anzubieten genannt.

Bückers (2015) beschreibt in seinem Artikel die Einbindung der Klinischen Sozialarbeit in allen Phasen der stationären medizinischen Rehabilitation und bezieht sich dabei auf das Konzept der Gelderland-Klinik, Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Geldern. Als rechtliche Grundlage für das dortige, Konzept in dem die Klinische Sozialarbeit ein fester Bestandteil im Behandlungskonzept ist, verweist er auf die „Klassifikation therapeutischer

Leistungen-KTL der Deutschen Rentenversicherung“ (vgl. DRV 2014a). Außerdem nimmt Bückers Bezug auf die Leitlinien für den Bereich der depressiven Störungen, die in den Reha-Therapiestandards der Rentenversicherung festgehalten sind (Deutsche Rentenversicherung 2011).

In der Diagnostik- oder auch Eingangsphase der medizinischen Rehabilitation liegt der Fokus auf [...] der „Regulierung von aktuellen Belastungen, die unter Umständen einer Behandlung im Wege stehen, oder die sich negativ auf den therapeutischen Prozess auswirken können“ (Bückers 2015, S. 273). Hierzu zählen vor allem wirtschaftliche Probleme und die Versorgung von Angehörigen, wie z.B. Kinder.

In der sogenannten Therapie- oder Arbeitsphase t liegt nach Bückers (2015) der Schwerpunkt auf den beruflichen und sozialen Realitäten. Die Arbeits- und Berufsanamnese und die Erhebung der krankheitsbedingten Auswirkungen auf das berufliche und soziale Leben werden detailliert erhoben. Außerdem klären Sozialarbeiter in der Rehabilitation Patienten über die Konsequenzen von sozialmedizinischen Leistungsbeurteilungen auf und erarbeiten mit ihnen die notwendigen Schritte der beruflichen Reintegration. In dieser Phase der Rehabilitation kommen die psychoedukativen Gruppenangebote zu berufsspezifischen Themen, wie Mobbing, Burnout oder auch Selbstpräsentation im Rahmen der Bewerbung als wichtiger Therapiebaustein zum Tragen. Die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten im Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz sind weitere wichtige Themen in dieser Phase der Rehabilitation Hillert et al. (2007). haben nachgewiesen, dass stationäre Gruppentherapie mit dem Fokus der Stressbewältigung am Arbeitsplatz, sich günstig auf die berufsbezogene Selbsteinschätzung der Patienten und auf die Rückkehr ins Erwerbsleben auswirkt. Die Gruppen wurden durch Psychologen geleitet. Aus Sicht der Autorin der Arbeit sollte die Kompetenz der Klinischen Sozialarbeit in die Gruppenarbeit miteinbezogen werden, da in der letzten Phase der Rehabilitation es wichtig ist, den Transfer von erarbeiteten Maßnahmen in den Alltag der Patienten vorzubereiten. Hierzu zählen Informationen über ambulante soziale Unterstützungsmöglichkeiten und die Anbindung an entsprechende Beratungsstellen.

5 Sozialtherapie als ein Baustein in der stationären psychotherapeutischen Versorgung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen aufgrund unterschiedlicher sozialer Einflussfaktoren entstehen können, wie z.B. Bildungsstand, Arbeitsbelastungen und familiäre Belastungsfaktoren. In diesem Zusammenhang ist der Erhebung der Gesamtlebenssituation

der Patienten ein besonderer Stellenwert zu zuordnen. Eine wesentliche Grundlage für diese Arbeit leisten sozialanamnestische Daten, die im Rahmen der stationären Psychotherapie erhoben wurden. Diese werden im Kapitel 6 eingehend beschrieben. Aus diesem Grund wird daher der Erläuterung des Begriffes (Sozial-)Anamnese und deren Bedeutung zu Beginn dieses Kapitels ein ausführlicher Abschnitt gewidmet. Im weiteren Verlauf wird die Integration von sozialtherapeutischen Kompetenzen in das stationäre psychotherapeutische Behandlungssetting der Psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg beschrieben, in deren Kontext die Daten, die dieser Arbeit zugrunde liegen, erhoben worden sind.

5.1 Die Bedeutung der (Sozial-) Anamnese für die Planung der psychotherapeutischen Behandlung

5.1.1 Historischer Exkurs und Begriffsklärung Anamnese

Der Begriff der Anamnese hat seinen Ursprung in der Medizin. Das Wort Anamnese kommt aus dem Griechischen (anamnesis) und bedeutet Erinnerung bezüglich der Vorgeschichte eines Kranken (vgl. Füßl und Middeke 2005, S. 13). Die Wichtigkeit, biologische, psychische und soziale Faktoren in die Anamnese von Patienten einzubeziehen, beschreiben u.a. Adler und Hemmeler (1989). Sie erläutern, dass bereits Anfang des letzten Jahrhunderts u.a. durch Peabody (1927) Modelle gefordert wurden, die die psychosozialen Daten des Patienten in die Behandlungsplanung einbeziehen. 1969 erschien in den USA durch Morgan und Engel (1969) das Buch „Klinischer Zugang zum Patienten“. Das Buch enthält Anamnesetechniken, die psychische, soziale und somatische Informationen in einem Arbeitsschritt erheben. R. Adler und W. Hemmeler (1989) haben u.a. angeregt, durch diese Arbeit die o.g. deutschsprachige Handlungsanweisung in Buchform herauszugeben.

Beide Autoren erläutern die Bedeutung der Einbeziehung von psychosozialen Faktoren in die Anamnese und befürworten ein bio-psycho-soziales Konzept. In diesem Zusammenhang weisen sie daraufhin, dass die Entstehung von Krankheiten, der Zeitpunkt des Eintretens der Erkrankung, Reaktionen des Patienten auf körperliche Veränderungen, die Entscheidung den Arzt aufzusuchen sowie das Verhalten während der Erkrankung und die Geschwindigkeit der Genesung durch psychische und soziale Faktoren beeinflusst werden können. Die Erfassung der sozialen Lebenssituation (Wohnverhältnisse, berufliche Situation, soziales Netzwerk) ergänzt das diagnostische Bild und erleichtert die Planung von beruflicher und häuslicher Reintegration.

Die Erhebung der psychischen Entwicklung, der Familienanamnese und Sozialanamnese gehören in der heutigen Zeit in der Medizin zum Standard in der Anamnese in der Medizin.

Füßl und Middeke (2005) betonen in ihren Ausführungen ebenfalls die Wichtigkeit der Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte für die weiteren diagnostischen und vor allem auch therapeutischen Maßnahmen. Sie nennen in diesem Zusammenhang neben beruflichen Aspekten, z.B. Ablöseproblematik, Scheidung und Erkrankung oder Tod des Partners (vgl. Füßl und Middeke 2005, S. 27).

„Eine gute Anamnese besitzt eine innere Struktur, einen Rhythmus und ein Tempo, die für den jeweiligen Patienten charakteristisch und zum diagnostischen Erfassen und für die ersten therapeutischen Schritte unerlässlich sind. Wer in der Absicht, Zeit zu gewinnen, den Prozeß zu verkürzen versucht, wird [...] Gefahr laufen, die Diagnose in ihrem bio-psycho-sozialen Zusammenhang zu verpassen und die Therapie zu gefährden [...]“ (Adler und Hemmeler 1989, S. 4-5).

5.1.2 Anamnese in der Sozialen Arbeit

Im Bereich der Sozialen Arbeit gibt es keine einheitliche Begriffsklärung für den Anamneseprozess.

Je nach methodischem Ansatz werden andere Termini verwendet, wie z.B. Fallanalyse, sozialpädagogische Diagnose, Sozialraumanalyse, Ressourcenanalyse. Da der Terminus „Anamnese“ sehr medizinnah ist und es sich in der sozialen Arbeit nicht immer um Krankheitssituationen handelt, gibt es unterschiedliche Auffassungen inwiefern der Begriff der Sozialen Arbeit dienlich sei. Mit der Bedeutung der Anamnese für die Soziale Arbeit hat sich Wyssen-Kaufmann (2015) im Rahmen einer Fallstudie in der Erwachsenenpsychiatrie in der Schweiz auseinandergesetzt. Die Notwendigkeit, sich mit der Begriffsklärung der Anamnese in der Sozialen Arbeit zu beschäftigen, begründet sie darin, dass es eine hohe Diskrepanz zwischen Wissenschaft und Praxis gibt. *Die Anamnese als Baustein professionellen Handelns „zur Erkenntnisgenerierung, -interpretation und Wissensverarbeitung ist [...] ein überraschend selten aufgegriffenes Thema, obwohl Anamnesen immer schon erhoben wurden“.* (Wyssen-Kaufmann 2015, S. 13).

Wyssen-Kaufmann (2015) hat sich im Rahmen ihrer Arbeit sowohl mit medizinischen wie auch sozialarbeiterischen Anamnesekonzepten beschäftigt. Im Bereich der Medizin kommt sie unter Betrachtung der Werke von Anschütz (1978), Adlers und Hemmelerers (1989) sowie Kiesewalter (2003) zur Erkenntnis, dass die Anamnesen sehr ausgearbeitet und strukturiert sind. Sie dienen unter Einbeziehung von psychosozialen Aspekten der Hypothesen-, Diagnosen- und Interventionsstellung. Sie kritisiert aber, dass es auch im Bereich der Medizin nur wenige neuere Publikationen zum Thema Anamnese seit der Jahrhundertwende gibt. Aufgrund der seltenen Einbettung in den theoretischen Rahmen wirken einige Anamnesekonzepte, wie das von Kiesewalter (2004), nach ihrer Einschätzung eher als unreflektiert und unterliegen nicht automatisch dem biopsychosozialen Grundverständnis, das Adlers und Hemmelerers (1989) vertreten und das unter 5.1.1 näher beschrieben wurde.

Von Kiesevalter gibt es neben dem erwähnten Werk einen sehr kompakten Überblick zur Anamnese und Untersuchung in Taschenbuchformat für den „Alltag“. Kiesevalter (2008) weist im Vorwort darauf hin, dass damit kein grundlegendes Lehrbuch ersetzt wird. In dem kompakten Überblick wird aber sowohl auf den Aspekt des Beziehungsaufbaus zum Patienten eingegangen, wie auch auf die Bedeutung der Erhebung der psychosozialen Anamnese hingewiesen.

In der Sozialen Arbeit geht es im Anamneseprozess wie auch in der Medizin um Wissensgenerierung, -verarbeitung und Interpretation der erhaltenen Informationen. Daher würde sich nach Wyssen-Kaufmann (2015) in den oben genannten alternativen Termini zur Anamnese nur der Begriff der Fallanalyse anbieten, da es nach Schütze (1993, 2006) hierbei um das Verstehen eines Falles aus sozialarbeiterischer Sicht geht. Alle anderen Begrifflichkeiten sind nach ihrem Verständnis an normative Konzepte geknüpft, wie Anamnese durchgeführt werden sollte, haben aber wenig theoretischen Bezug. Allerdings besteht im Bereich der Fallanalyse nach ihrer Einschätzung das Problem, dass aufgrund von Handlungsdruck Sozialarbeiter häufig ein abkürzendes Verfahren durchführen und eher nach dem individuellen Erfahrungswissen handeln und weniger wissenschaftliche Aspekte beachten. In diesem Zusammenhang ist auf das Konzept der sozialtherapeutischen Fallanalyse von Schwendter (2000) hinzuweisen. Nach Schwendter sollte der Fokus in der psychosozialen Diagnostik die Ebene Klient, Helfer und Institution, in dem sich beide befinden, sowie die gesellschaftlichen Hintergründe verknüpfen. Dabei sollten die Komplexität von Beziehungsmustern, Erwartungen, Wünschen, aber auch Zuständigkeiten sowie mögliche soziale Machtverhältnisse und zeitliche Aspekte detailliert betrachtet werden. *„In der sozialtherapeutischen Fallanalyse soll die vorgefundene Komplexität zerlegt und zergliedert werden [...], ohne Gesamtzusammenhang und gegenseitige Bedingtheiten aus den Augen zur verlieren“* (Schwendter 2000, S. 180). Nach Pauls und Hahn (2015) gehört dieses Konzept für den Bereich der psycho-sozialen Diagnostik im Bereich der sozialtherapeutischen Arbeit als gut nutzbar.

Da der Begriff der Anamnese in anderen helfenden Berufen theoretisch und praktisch Verwendung findet, spricht sich Wyssen-Kaufmann (2015) auch für die Soziale Arbeit für diesen Begriff aus. Die Autorin bezieht sich in ihre Ausführungen zur Definition insbesondere auf Kraimer (1992). Nach ihm geht es bei der Anamnese in der Sozialen Arbeit *[...] im Kern um die Gewinnung praktisch verwertbaren Wissens, etwa um im Verlauf einer Prozessdiagnostik Unterscheidungen und Zuordnungen vornehmen zu können und um zu Entscheidungs-, Handlungs- und Modifikationsstrategien zu gelangen*“ (Kraimer 1992, S.83, vgl. Wyssen-Kaufmann 2015, S.20). Wyssen-Kaufmann (2015) verweist auf zwei Autoren, die in ihren Ausführungen zur Anamnese in der Sozialen Arbeit einen deutlichen Bezug zur

Medizin und Psychotherapie herstellen. Nakad (2001) unterscheidet zwischen somatischer, sozioökonomischer, Fremd-, biographischer Fremd- und neurosenpsychologischer Anamnese. Lukas (2005) weist daraufhin, dass die Anamneseerhebung bereits eine therapeutische Wirkung auf den Klienten haben kann, da er sich mit seiner Geschichte beschäftigt. Er macht aber darauf aufmerksam, dass es zu unterschiedlichen Fehlerquellen kommen kann, wie z.B. durch die Voreinstellungen des Klienten, seiner Wahrnehmung, Interpretation und Wiedergabe von Sachverhalten (vgl. Lukas 2005, S.71).

Neben einer umfangreichen Auseinandersetzung mit bestehenden Anamnesekonzepten und Definitionsvorschlägen hat Wyssen-Kaufmann (2015) im Rahmen ihrer Fallstudie acht Anamneseprozesse von Sozialarbeitern im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie analysiert. Hierbei wurden sowohl mit den Sozialarbeitern wie auch dem Klienten zusätzliche Interviews zum Anamneseprozess geführt. In der Auswertung der Daten kommt die Autorin zur Erkenntnis, dass der Anamneseprozess in der Sozialen Arbeit folgende acht Aspekte beachten sollte:

- Fall- und Erkenntnisorientierung: Hierbei geht es darum nicht nur biographische Informationen zu erheben, sondern gegenwärtige und zukunftsorientierte Informationen zu erhalten, um einen Gesamteindruck zur Planung des Weiteren Prozess zu erhalten.
- (biographische) Verstehensorientierung: Die Vorgeschichte eines Klienten zu erfahren ist notwendig um den Fall zu verstehen und Ressourcen für zukünftiges eigenständiges Handeln zu erfahren, betont die Autorin. Bedeutende Aspekte sind daher:
 - Beziehungs- und Diskursorientierung in der Beratung: Die Einbeziehung des Klienten von Anfang an in den Beratungsprozess ist notwendig, u.a. um ein tragfähiges Arbeitsbündnis aufzubauen.
 - Unterscheidung zwischen Anamnese und Diagnose: Die Trennung zwischen Anamnese und Diagnose ist notwendig, um keine vorschnellen Schlussfolgerungen zu ziehen und damit die Einzigartigkeit jedes Falles nicht verloren gehen kann. Dies könnte zur Folge haben, dass Schritte im Hilfeprozess übersprungen werden und Ressourcen nicht genutzt werden bzw. keine ausreichende Unterstützung angeboten wird.
 - Prozessorientierung: Die Anamnese ist ein Baustein im Beratungsprozess, der wesentlich ist für die weiteren Entscheidungs-, Handlungs- und Modifikationsphasen.

- Gutachterliche Orientierung: Eine systematische Niederschrift der erhobenen Daten ermöglicht nach Wyssen-Kaufmann erst die Interpretation der Informationen. Sie betont, dass es wichtig ist, Wissensverflüchtigungen entgegenzuwirken. Es braucht allerdings bei Niederschriften hohe Kompetenzen, um die unterschiedlichen Blickwinkel von Klienten, externen Stellen und anderen Professionen zu beachten.
- Reflexionsorientierung: Reflexion des eigenen Handelns gehört zum professionellen Handeln. In der Bewertung von Informationen aus Anamnesen der Sozialen Arbeit kann der Austausch, im Rahmen von Supervisionen, mit anderen Professionen oder Kollegen hilfreich sein, um z.B. Aufträge zu klären bzw. sein eigenes Handeln zu hinterfragen.
- Konzeptionelle Orientierung: Je nach Arbeitsfeld ist der Sozialarbeiter mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Aufträgen konfrontiert, an denen er seine Form der Anamneseerhebung ausrichten sollte. Es macht z.B. einen Unterschied, ob die Anamnese im Gefängnis, im Büro in der Klinik oder beim Hausbesuch stattfindet und auch wer einen den Auftrag gibt mit dem Klienten zu arbeiten. In der Sozialen Arbeit besteht nicht immer eine Freiwilligkeit für die Zusammenarbeit. (vgl. Wyssen-Kaufmann 2015, S. 423)

Die genannten Merkmale finden sich zum Teil u.a. auch in den Ausführungen von Pauls (2013) wieder. Er spricht sich für eine Terminologie der psycho-sozialen Diagnostik aus, die sowohl die Anamnese als Prozess der Erhebung und die psychosoziale Diagnose als Produkt der Erhebung verbindet. Ziel der psycho-sozialen Diagnostik ist es nach seiner Einschätzung: *[...] Lebenslagen, Lebensweisen und Lebenskrisen und deren Veränderungen unter den jeweils gegebenen Kontextbedingungen zu analysieren, Zusammenhänge zu verstehen und psychosoziale Interventionen zu begründen*“ (Pauls 2013, S. 198).

Gahleitner und Pauls (2013) erläutert, dass im Bereich der Sozialen Arbeit in der Vergangenheit, die Sorge bestand, dass eine soziale Diagnostik dazu führen könnte den Klienten zu bevormunden und seine Selbstwahrnehmung außer-acht gelassen würde. Pauls und Gahleitner betonen, dass es aber dringend notwendig ist, dass in der Sozialen Arbeit fundierte psycho-soziale Diagnostik erfolgt, damit diese nicht in fachfremde Hände gegeben wird und als Folge inadäquate Interventionen erfolgen.

„In der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den im diagnostischen Bereich stärker etablierten Disziplinen und Professionen aus dem Bereich der Medizin und Psychologie benötigt es auch immer wieder deutliche Abgrenzungssignale, um nicht von der in diesem

Feld dominanten biomedizinischen Logik und Herangehensweise aufgesogen zu werden.“
(Gahleitner und Pauls 2013, S.15)

Für den Bereich der Klinischen Sozialarbeit verweist er auf den organisationsbezogenen Aspekt der Diagnostik. In diesem Bereich arbeitet die klinisch-sozialarbeiterische Fachkraft in einem interdisziplinären Team. In diesem Zusammenhang sind die diagnostischen Einschätzungen ein Teil des Gesamtbehandlungskonzeptes von Medizinern, Psychotherapeuten, Pflegekräften und weiteren Professionen.

Vergleicht man die konzeptionellen Ausrichtungen der Anamnese in der Medizin und in der Sozialen Arbeit finden sich aus Autorensicht deutliche Übereinstimmungen. Die Anamnese ist ein unersetzlicher Bestandteil im Behandlungs- bzw. Beratungsprozess mit dem Patienten oder Klienten. In beiden Professionen geht es um eine handlungsorientierte Interpretation der erhobenen Informationen, die zu einem prozessorientierten Handeln führt. Beide Professionen bemühen sich durch die Anamnese u.a. ein bio-psycho-soziales Grundverständnis von der Situation des Patienten bzw. Klienten zu erhalten. Die Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Anamneseprozessen sollten je nach Zusammenarbeit der Professionen in eine gemeinsame Diagnostik und einen Gesamtbehandlungsplan einfließen.

Im folgenden Abschnitt wird am Beispiel des Arbeitsfeldes der Klinischen Sozialarbeit in der stationären Psychotherapie auf die praktische Umsetzung und die Bedeutung der Sozialen Diagnostik eingegangen.

5.2 Sozialtherapie als ein Bestandteil der stationären Psychotherapie

Viele Auswirkungen von gravierenden sozialen Problemen und die damit verbundenen Herausforderungen scheinen im Rahmen einer Psychotherapie nur schwer lösbar und können zu Chronifizierung beitragen. Betroffene Patienten und Behandler geraten häufig unter einen enormen Handlungsdruck. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass weder die Ausbildungsinhalte noch die beruflichen Rahmenbedingungen ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeuten darauf ausgerichtet sind, hinreichende Kompetenzen zu erwerben, um den komplexen sozialen Problemen hochbelasteter Patienten angemessen begegnen zu können (vgl. Bösel et al. 2014). Bösel et.al. zeigen anhand des Vorgehens im Rahmen der integrierten Versorgung an der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg mögliche Strategien auf, um sozialen Krisen von betroffenen Patienten adäquat im psychotherapeutischen Rahmen zu begegnen. 1. die Steigerung der Sensibilität von Psychotherapeuten für das Erkennen von ernsthaften sozialen Krisen und deren

Kompetenzen in deren Begleitung. 2. die Verbesserung der Zusammenarbeit mit der klinischen Sozialarbeit und 3. die Integration von sozialtherapeutischen Konzepten in einen psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan. Dafür bedarf es des Wissens um Möglichkeiten und Grenzen der klinischen Sozialarbeit im Rahmen der Psychotherapie. An der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg wird mit einem Stufenmodell der Einbeziehung sozialtherapeutischer Kompetenz in drei Kernbereichen der Versorgung gearbeitet: (1) in der Arbeit in der Ambulanz, (2) in der Vorbereitung einer stationären Behandlung, und (3) während bzw. nach einer stationären Therapie. Auf wesentliche Aspekte des integrierten Versorgungskonzeptes soll an dieser Stelle eingegangen werden (vgl. Bösel et.al. 2014).

5.2.1 Erkennen von sozialen Problemen und ihre Bedeutung für die Behandlung

Im Kapitel 5.1. wurde bereits auf die Bedeutung der Einbeziehung von der sozialen Lebenssituation in den Anamneseprozess zu Beginn des Behandlungsprozesses eingegangen. Für den psychotherapeutischen Therapieprozess zeigt sich aus der klinischen Erfahrung heraus, dass die Minimierung akuter psychosozialer Probleme die „Psychotherapiefähigkeit“ des Patienten fördert und diese unter Umständen sogar erst ermöglicht. In der Beschreibung des Heidelberger Stufenmodells schreibt Bösel (2017) *„Die Bandbreite realer sozialer Probleme umfasst dabei Lebensbereiche wie Arbeit, Wohnsituation, Finanzen, Familie und Erziehung sowie die Gestaltung von Freizeit und sozialer Kontakte. Vielen Patienten, die sich bei Psychotherapeuten vorstellen, fällt es jedoch schwer, diesbezüglich Hilfe in Anspruch zu nehmen. Antriebslosigkeit, ein verminderter Selbstwert, Konzentrationsschwierigkeiten, Ängste, Scham, Stigmatisierungen oder interpersonelle Probleme führen dazu, dass Menschen mit einer seelischen Erkrankung schlechtere Ausgangsbedingungen haben, wenn es um die Bewältigung sozialer Herausforderungen geht. Hinzukommt, dass sie häufig nichts über psychosoziale Unterstützungsangebote wissen. Ein erster wichtiger Schritt besteht deshalb in der Sensibilisierung der Therapeuten für das Erkennen von gravierenden sozialen Schwierigkeiten.*

Ein Instrument, das sich für Psychotherapeuten bewährt hat, weil es sowohl tendenziell objektivierbare soziale Einschränkungen als auch subjektive Attributionsprozesse abbildet, ist die Achse I der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen; OPD-2; Waage et al. 2011). Hier werden neben Dauer und Schwere der Problematik verschiedene Bereiche erfasst, die helfen, therapierelevante Aspekte von Krankheitsverständnis und -erleben, Veränderungskonzepten, -ressourcen und -hemmnissen der Patienten abzubilden. Hervorzuheben sind die Darstellungen sozialer Probleme, ein an sozialen Faktoren orientiertes Krankheitsmodell, gewünschte

Behandlungen im sozialen Bereich, das Vorhandensein psychosozialer Unterstützung, aber auch Aspekte von „Krankheitsgewinn“. Dies kann Therapeuten bei der Einschätzung unterstützen, inwiefern die Klärung der psychosozialen Schwierigkeit zunächst im Vordergrund der Behandlung stehen sollte. Im Rahmen des Stufenmodells zur Einbeziehung der sozialtherapeutischen Kompetenzen wird bereits im Erstgespräch in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz die Indikation für eine prästationäre sozialarbeiterische Beratung eruiert. Als Unterstützung steht den dort tätigen Psychologen und Ärzten eine Liste zu gravierenden und aus klinischer Erfahrung die Therapie deutlich erschwerenden sozialen Problemen zur Verfügung [...]. Diese kann auch ambulanten Therapeuten einen Anhaltspunkt geben, wann in jeden Fall eine sozialarbeiterische oder sozialtherapeutische Institution mit hinzugezogen werden sollte. Darüber hinaus nimmt ein Vertreter des Sozialarbeiterteams an den Ambulanzbesprechungen und der klinikinternen Konferenz zur Zuweisung von Patienten zur stationären Behandlung teil, um potentielle soziale Problemsituationen zu identifizieren und den Beratungsbedarf im Gespräch mit den psychotherapeutischen Kollegen frühzeitig abzuschätzen. Wenn ein entsprechender Bedarf festgestellt wurde, besteht der nächste Schritt darin, zu identifizieren, auf welchen Ebenen sozialtherapeutische Kompetenz in die Behandlungsplanung integriert werden sollte“ (Bösel 2017, S. 92-93). Je nach Situation kann dies bedeuten, dass der Patienten aufgefordert wird vor einer stationären Behandlung ein eingehendes Beratungsgespräch mit der Sozialarbeiterin der Ambulanz zu führen, um z. B. existentielle Fragen, wie unklare Krankenversicherung und Einkommensfragen zu klären. Hierzu zählen folgende soziale Situationen:

- Bedrohte Wohnsituation (z.B. Mietschulden, keinen sicheren Wohnsitz)
- Unklarer Krankenversicherungsschutz
- ausgeprägte finanzielle Probleme (z.B. ungeklärte Einkommenssituation, hohe Schulden)
- unklare häusliche Betreuungssituation von Kindern und zu pflegende Angehörige
- Klärungsbedarf bei anstehenden Gerichtsverfahren/-terminen
- ungeklärter Aufenthaltsstatus oder Abschiebungsfahr bei ausländischen Patienten
- akute Gefährdung des Arbeitsplatzes durch die Krankheit (Pat. will aus emotionaler Not kündigen bzw. befindet sich in der Probezeit)
- Patient hat einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt bzw. Verlängerung der Rente steht an – Klärung der Motivation für eine stationäre Therapie
- Patient hat einen Antrag auf medizinische Reha gestellt bzw. bewilligt bekommen - Was steht im Vordergrund Rehabilitation oder Akutbehandlung (vgl. Bösel 2017 S. 93)

Die beschriebene Wichtigkeit der interprofessionellen Kooperation zwischen den Berufsgruppen hebt Homefeldt (2012) hervor. Er begründet sie u.a. in der wachsenden Komplexität von Gesundheitsproblemen. Der Austausch zwischen den Berufsgruppen ist notwendig, um Wissen zu fachbezogene Handlungsstrategien zu erhalten sowie Verständnis und Respekt für unterschiedliche Betrachtungsweisen zu erlangen. Dies ist auch bedeutsam für die Behandlungsplanung. Hargens et al. (2000), weisen darauf hin, dass Sozialarbeit und Psychotherapie zwar unterschiedliche Ziele in der Arbeit mit den betroffenen Patienten aufgrund der verschiedenen Arbeitsaufträge verfolgen, aber es notwendig ist, von allen Beteiligten die Ziele zu kennen und sich zu einigen, welche von Ihnen in welcher Reihenfolge bearbeitet werden sollten. Hargens et al. (2000) beschreiben in diesem Zusammenhang, dass die Zielsetzung im Bereich der Sozialarbeit im Gegensatz zur Psychotherapie häufig nicht nur durch den Patienten geprägt ist, sondern ein weiterer Auftraggeber ins Spiel kommt, wie z.B. das Amt, das Leistungsanforderungen an den Patienten stellt. In diesem Zusammenhang ist es eine Grundvoraussetzung in der sozialtherapeutischen Arbeit, ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit dem Patienten im stationären Rahmen aufzubauen. Den Umgang mit der möglichen Unfreiwilligkeit, sich mit sozialen Problemen im stationären Setting auseinanderzusetzen, wird im folgenden Abschnitt miteinbezogen.

5.2.2 Aufbau eines sozialtherapeutischen Arbeitsbündnisses – psychosoziale Diagnostik

Mit den Besonderheiten im Aufbau und der Gestaltung des Arbeitsbündnisses im Bereich der Sozialen Arbeit haben sich u.a. Oevermann (2013) und Kähler (2014) auseinandergesetzt. Soziale Schwierigkeiten von Menschen stehen in der Regel im Zusammenhang mit umweltbedingten, sozioökonomischen und gesellschaftsstrukturellen Rahmenbedingungen und Anforderungen. Die Freiwilligkeit sich in Beratung zu begeben ist sehr unterschiedlich und kann in Verbindung gebracht werden mit dem Erleben von existentiellm Druck, wie z.B. seinen Lebensunterhalt bestreiten zu müssen oder Sanktionen von Leistungsträgern zu fürchten. Die institutionellen Rahmenbedingungen, in denen Sozialarbeiter tätig sind und die Gebundenheit an sozialrechtliche und gesellschaftliche Gegebenheiten unabhängig von seiner persönlichen Einschätzung, bringen besondere Herausforderungen für das fachliche Handeln mit sich. Das kann dazu führen, dass Belange des Patienten wie auch des Sozialarbeiters relativiert werden.

Im Zusammenhang mit dem Aufbau eines Arbeitsbündnisses und der Beziehungsgestaltung in der Beratung weist Großmaß (2007) auf unterschiedliche Typen von Arbeitsbeziehungen hin. Beratung mit dem Ziel der Orientierungshilfe ist am stärksten mit dem Aspekt von Freiwilligkeit verbunden. Je mehr Freiwilligkeit im Spiel ist, umso leichter fällt es Patienten, ihre persönliche Situation und ihre Sorgen darzulegen. Der Aufbau einer tragfähigen

Beziehung ermöglicht im Verlauf des Beratungsprozesses auch die Möglichkeit den Patienten mit seinen destruktiven Anteilen zu konfrontieren. Großmaß schreibt *dazu* „[...] eine Klarifizierung solcher Anteile kann auch die Beratungsbeziehung stärken - erleben die Klienten in der Kritik doch auch, dass ihnen etwas zugetraut wird“ (S. 8).

Kähler (2015) verweist auf die Bedeutung des Erstgespräches zwischen Sozialarbeiter und Besucher, wie er es nennt hin. Um ein tragfähiges Vertrauensverhältnis aufzubauen, bedarf es nach ihm der Bereitschaft und der Fähigkeit dem Klienten zuzuhören, zu beobachten wie er sich auf die Gesprächssituation einlässt, seine Sichtweise zu akzeptieren und nicht sofort Veränderungen anzustreben. Es ist wichtig, dass der Patient seine Lage erst einmal unzensiert darstellen darf. Es ist in diesem Prozess wichtig, seine Wertvorstellungen und Denkmuster kennenzulernen, insbesondere dann, wenn seine Selbstdarstellung sehr befremdet. Overmann (2013) erläutert in seinen Ausführungen mögliche Fallstricke der Sozialen Arbeit. Im Beratungsprozess ist es wichtig, dass der Patient sich im Wechselspiel von Übertragung und Gegenübertragung nicht bevormundet fühlt durch Interventionen. Der Sozialarbeiter sollte sich aber auch nicht mit möglichen Anteilen des Gegenübers solidarisieren, wie z.B. die „böse Gesellschaft“ ist schuld. *„Die für die Professionalisierung der sozialarbeiterischen Praxis zentrale Abstinenz von moralischen Bewertungen der Entstehungsgründe der Notlage des Klienten im Dienste einer nüchternen Diagnostik der konkreten Umstände der akuten Lage steht nicht im Widerspruch dazu, mit dem Klienten vor allem die ihm selbst realistisch zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer Veränderung seiner Lage detailliert und hartnäckig zu erörtern und ihn damit auch zu konfrontieren“* (Overmann, 2013, S.137).

Eine zusätzliche Herausforderung für die Etablierung des Arbeitsbündnisses stellt ein eher sanktionierendes Setting, wie z.B. einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung dar. Nach Großmaß (2007) ist es in solch einem Rahmen wichtig, dass Angebote gemacht werden und eine Transparenz über die Gesprächsbedingungen erfolgt, um die Bereitschaft der Klienten, den Beratungsprozess zu nutzen, zu fördern.

Die Patienten in der Psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums in Heidelberg begeben sich grundsätzlich freiwillig in die psychotherapeutische Behandlung. Wobei es auch immer wieder dazu kommt, dass Agenturen für Arbeit oder auch Jugendämter die Patienten auffordern sich in Therapie zu begeben. Teilweise sind sie durch die Familienangehörige aber auch fremdmotiviert. Aus der klinischen Erfahrung heraus verbinden viele Patienten mit einer stationären Behandlung den Wunsch, sich erst einmal nicht mehr sozialen Alltagsproblemen, wie Arbeitsplatzkonflikten, Bewerbungsanforderungen und häuslichen Aufgaben auseinanderzusetzen. Gründe für das abwehrende und vermeidende Verhalten werden u.a. in Unsicherheiten, Ängsten und negativen Erfahrungen

mit Ämtern und Behörden, sowie in einer nicht selten vorliegenden Schamproblematik hinsichtlich der Annahme von Unterstützung gesehen. Pauls (vgl. 2013, S.371) weist daraufhin, dass chronisch schwierige und belastende psycho-soziale Situationen und Lebensbedingungen von Menschen dazu führen können, dass die Zuversicht, mit Hilfe eines anderen eine positive Veränderung zu erreichen, zerstört werden kann. Daher ist es sowohl für den Patienten wie auch den Sozialarbeiter nicht selten eine schwierige Herausforderung, eine therapeutische Bindungsbeziehung aufzubauen.

Da die soziale Stabilisierung in engem Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Stabilisierung steht, werden den Patienten in der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg sowohl in der Ambulanz, wie auch zu Beginn der stationären Aufnahme die Zusammenhänge zwischen sozialer und psychischer Stabilisierung erläutert. Im stationären Setting erhält jeder Patient in der Regel innerhalb der ersten stationären Behandlungswoche ein sozialanamnestisches Gespräch, in dem ihm das Angebot der Sozialtherapie mit seinen Möglichkeiten und Grenzen erklärt wird und gemeinsam ein möglicher sozialtherapeutischer Beratungsfokus herausgearbeitet wird. In diesem Zusammenhang erfolgt eine gezielte Erhebung der sozialen Lebenssituation mit den Themenbereichen Beruf, Wohn- und Finanzsituation sowie die Frage nach der Freizeitgestaltung und dem sozialen Umfeld. Diese umfangreiche Sozialanamnese ermöglicht es bestehende Informationsdefizite bzw. Fehlannahmen aufzugreifen. Hier ergänzt die sozialtherapeutische die psychotherapeutische Kompetenz erheblich. Sozialarbeiter können mögliche soziale Schwierigkeiten und Fallstricke schneller erkennen und verfügen aufgrund ihrer Ausbildung über eingehendes Wissen zu sozialrechtlichen Gesetzeslagen. Dadurch können zeitnahe erste Schritte auf den Weg gebracht werden, die die soziale Situation stabilisiert. Patienten ermöglicht, es mit realen sozialen Konsequenzen behaftete Probleme von ihren Ängsten zu trennen, und dann beides an angemessener Stelle zu bearbeiten. Bösel et al. (2014) führen weiter aus: *„Da es einem Teil der Patienten nicht leichtfällt, im Gespräch über ihre soziale Situation zu berichten, wird in Heidelberg unterstützend ein Selbsteinschätzungsbogen zur sozialen Situation eingesetzt. Der Bogen wurde aus der täglichen Arbeitserfahrung heraus entwickelt und modifiziert. Die Patienten gehen sehr unterschiedlich mit dem Bogen um. Unabhängig davon, ob der Patient viele Informationen eingetragen oder gar nichts geschrieben hat, ist der Bogen im Erstkontakt mit dem Patienten eine gute Gesprächsgrundlage. Immer wieder erwähnen Patienten insbesondere schambesetzte Themen in dem Bogen, die sie im Gespräch von sich aus nicht erwähnen. Hierzu zählen u.a. Schulden oder anstehende Gerichtsverfahren. Ein sozialanamnestisches Gespräch ist auch bei solchen Patienten nötig, die im Umgang mit sozialen Problemen als kompetent wirken, wo es sich aber bei fachlicher Nachfrage erweist, dass sie tatsächlich nur sehr begrenzt informiert sind. In diesen Fällen wundern sich z.B. Psychotherapeuten, dass die sozialen Probleme immer weiter zunehmen,*

obwohl sie die psychischen Aspekte ausreichend bearbeiten und das Gefühl haben, der Patient unternehme die nötigen Schritte“ (Bösel et al. 2014 S.476-477).

Je nach erarbeitetem Beratungsfokus erfolgt die Festlegung des Beginnes der sozialtherapeutischen Begleitung. Vor allem materielle Problemlagen, wie z.B. finanzielle Probleme, hohe Schulden, ungeöffnete behördliche Briefe oder ein unklarer Sozialversicherungsstatus erfordern nach Möglichkeit einen frühen Beratungsbeginn. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass es nicht immer gelingt, dass existentielle soziale Problemlagen bereits im diagnostischen Gespräch in der Ambulanz sichtbar werden.

Fragen der beruflichen Reintegration können häufig erst in einer fortgeschrittenen Phase der Therapie bearbeitet werden. Immer wieder schildern Patienten im sozialanamnestischen Gespräch den eindringlichen Wunsch, nicht mehr an ihren Arbeitsplatz zurückkehren zu müssen. Es ist zu diesem Zeitpunkt wichtig, dem Patienten beratend zu vermitteln, dass es hilfreich sein kann, für solche bedeutsamen Entscheidungen ausreichend Zeit und Fühl- und Denkraum zu haben. In einer fortgeschrittenen Phase der Therapie verfügen Patienten oft wieder über mehr emotionalen Spielraum, sich mit Zukunftsthemen wie der beruflichen Reintegration auseinanderzusetzen. Ein Teil der Patienten betonen Bösel et al. (2014) muss aber auch in dieser Phase durch gezielte Ansprache motiviert werden, sich mit der Zukunftsplanung auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass es auch Patienten gibt, die sich durch Beschäftigung mit beruflichen oder anderen zukunftsorientierten Themen von eigentlichen therapeutischen Themen ablenken. Daher ist es notwendig, dass der sozialtherapeutische Beratungsfokus im Gesamtbehandlungsplan integriert und reflektiert wird.

5.2.3 Akute Begleitung und Hilfe zur Selbsthilfe – ein Baustein der psychosozialen Stabilisierung

Ein wesentlicher Baustein im psychosozialen Stabilisierungsprozess von Patienten im Rahmen der stationären Psychotherapie ist die Reaktivierung und Erweiterung von Handlungskompetenzen. Pauls (2013) betont, dass es notwendig ist, je nach Situation des Patienten zu entscheiden, welche grundlegenden Interventions- bzw. Handlungsmuster zum Einsatz kommen sollten. Er benennt als grundsätzliche Möglichkeiten u.a. die direkte Einflussnahme und die Förderung innerpsychischer Veränderungsprozesse. Der Erfolg der aktiven Unterstützung durch die Klinische Sozialarbeit setzt nach Pauls voraus, dass der Klient/Patient zur verantwortlichen Mitarbeit angehalten wird. Als einen Schwerpunkt der täglichen klinischen Praxis sehen Bösel et al. (2014) in diesem Zusammenhang die Bewältigung von sozialrechtlichen Anforderungen, als immer wiederkehrende

Herausforderungen im Alltag erwachsener Menschen. Zur nachhaltigen Alltagsstabilisierung gehört es, dass die Patienten lernen, mit den damit verbundenen Unsicherheiten umzugehen wie Ablehnung zu erfahren, sich inkompetent zu fühlen oder sowie Unterstützung zu benötigen.

„Wer gut informiert ist, sich nicht scheut, Anträge zu stellen und sich bei Bedarf Hilfe holen kann, hat eine bessere Voraussetzung, um eine Grundstabilität in schwierigen Alltagssituationen zu behalten. Der Verlust der sozialen Handlungsfähigkeit, wozu der genannte Bereich der behördlichen Angelegenheiten gehört, hat häufig einen gravierenden negativen Einfluss auf die Gesundheit. Daher ist es im ambulanten wie auch stationären sozialtherapeutischen Beratungsprozess sehr wichtig, mit dem Patienten aktuelle offene sozialrechtliche Fragen bzw. Situationen, die im Alltag immer wieder verunsichern, herauszuarbeiten. *„Dabei ist es von besonderer Bedeutung, individuell sowohl die Kompetenzen als auch den Förderbedarf herauszufiltern. Bei akuten Problemen, wo möglicherweise Gefahr im Verzug ist, kann es den Patienten auch vorerst entlasten, wenn der Sozialarbeiter die Situation klärt. Es ist aber wichtig, den PatientInnen so viel wie möglich einzubinden und ihm schrittweise die Verantwortung für die Klärung seiner Angelegenheiten zuzutrauen. Gemeinsame Telefonate, Rollenspielübungen, Informationsvermittlung zu Rechten und Pflichten sind nur einige Beispiele für Interventionen zur schrittweisen Erweiterung der Handlungskompetenzen. Patienten haben sehr häufig das Gefühl, dass es an ihrem Unvermögen liegt, wenn sie administrative Anforderungen nicht bewältigen, unabhängig davon, ob andere Menschen damit eventuell auch Schwierigkeiten haben könnten. Nicht unerwähnt bleiben sollte in diesem Zusammenhang, dass das Aufzeigen von gesellschaftlichen Hintergründen zur Entlastung der PatientInnen führen kann. Hierzu gehören z.B. Kürzung von Finanzmitteln und Überlastung von Mitarbeitern in Behörden, die oftmals einen nicht unwesentlichen Einfluss auf Reaktionen gegenüber den Klienten haben. Im Rahmen von ambulanter oder auch stationärer Psychotherapie beginnen Patienten häufig erst wieder, sich mit den oben genannten sozialen Alltagsaufgaben, auseinanderzusetzen. Hierbei gibt es aber immer wieder Situationen, die den PatientInnen überfordern können. Es ist aus sozialtherapeutischer Sicht enorm wichtig, dass die PatientInnen im Verlauf der Behandlung angesprochen werden, wenn sie sich aufgrund von Misserfolgen zurückziehen, Aufgaben vermeiden oder auch sich zu hohe Ziele stecken. Die Motivationsarbeit ist daher ein prozessbegleitendes Element der Sozialtherapie und nicht nur im Zusammenhang mit dem Aufbau des Arbeitsbündnisses zu Beginn der Behandlung wichtig“* (Bösel 2017, S.96). Neben der sozialtherapeutischen Einzelberatung im stationären Setting, ist auf einer der stationären Psychotherapiestationen in der Uniklinik in Heidelberg ein sozialtherapeutisches Gruppenangebot im Therapieplan verankert. Auf dessen Bedeutung für die Aktivierung der eigenen Handlungskompetenzen von Patienten wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

5.2.4 Sozialtherapeutische stationäre Gruppenarbeit als Ergänzung zur psychosozialen Einzelberatung

Gruppenarbeit ist neben der Einzelfallarbeit und der Gemeinwesenarbeit ein zentrales Arbeitsprinzip der Sozialen Arbeit. Nach Stimmer (vgl. 1996, S. 219-220) lässt sich der hohe Stellenwert für die Arbeit an verschiedenen Aspekten festmachen. Zum einen kann nach seiner Ansicht die Effektivität gesteigert werden da mehrere Personen gleichzeitig erreicht werden. Dabei besteht zum anderen die Möglichkeit der wechselseitigen, nicht professionellen Unterstützung, also eine Form der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Gruppenteilnehmer sind nicht nur fixiert auf ihre Probleme, dies kann als sehr entlastend erlebt werden. Außerdem wird die Gefahr der Abhängigkeit vom Therapeuten bzw. Berater minimiert. Psychosoziale Frage- und Problemstellungen in Gruppen ergänzend zu bearbeiten, hat sich nach Bösel et al. (2014) auch im stationären psychotherapeutischen Setting als eine wichtige sozialtherapeutische Methode in der Arbeit mit den Patienten herausgestellt. Der Fokus des „Sozialtrainings“ in der Gruppe liegt auf dem Austausch, das Erkennen von eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten, sowie das Erarbeiten und Einüben von neuen Handlungsstrategien. Die Autoren schreiben hierzu *„Die Integration von sozialtherapeutischen Gruppenangeboten in den regulären Therapieplan kann verschiedene Vorteile haben. Eine Vielzahl von Patienten zeigt sich erleichtert, wenn sie feststellen, dass auch andere Menschen in der Bewältigung von Alltagsanforderungen an Grenzen stoßen. Dadurch kann es Patienten schneller gelingen, emotionale Hemmschwellen im Benennen von sozialen Problemen abzubauen. Die Erkenntnis, in bestimmten Alltagssituationen kompetent die Anforderungen zu bewältigen, kann ebenfalls sehr entlastend und motivierend wirken. Patienten, die dazu neigen, Auseinandersetzungen mit ihren sozialen Problemen zu vermeiden, können sich im Schutz der Gruppe schrittweise durch Zuhören, Beobachten und durch Übungen und Aufgabestellungen in Kleingruppen ihren Themen annähern“* (vgl. Bösel et al. 2014, S. 477).

Pauls (2013) betont in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der Beachtung von Unter- und Überforderung der Gruppe und einzelner Teilnehmer. Die Grenzen der seelischen Belastbarkeit und das Tempo der Gruppe und des Einzelnen müssen berücksichtigt werden. Das Gruppenkonzept in Heidelberg versucht auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen. *„Die Themen für die jeweiligen Gruppensitzungen werden von den Patienten selbst eingebracht. Hierzu zählen z.B. Vorbereitung von anstehenden Arbeitgebergesprächen, Umgang mit schwierigen Situationen mit Ämtern oder Behörden, Planung von Alltagsstruktur, Austausch im Umgang mit verschiedenen Überforderungssituationen im Berufsleben und im familiären Alltag, Informationsvermittlung zu sozialrechtlichen Fragen, Ausbau und Erhalt von sozialen Kontakten. Die Patienten eng in die Themenauswahl und -entscheidung einzubeziehen ist darin begründet, dass somit wesentlich leichter deren*

Fragestellungen aufgegriffen, ihre Kompetenzen zusätzlich gestärkt und ihre Eigenmotivation gefördert werden kann. Die Verknüpfung von Einzelberatung und Gruppe ist aus sozialarbeiterischer Sicht sehr sinnvoll. Insbesondere die Vorbereitung von schwierigen anstehenden Gesprächen, z.B. mit Ämtern oder dem Arbeitgeber, erfordert oftmals eine individuelle Erarbeitung von Handlungsstrategien im Einzelkontakt. Die Arbeit in der Gruppe bietet dann zusätzlich einen vielseitigen Rahmen zum Einüben der Gesprächsstrategien, für die Auseinandersetzung mit dem im „Mittelpunkt stehen“ und für den Umgang mit unterschiedlichen Rückmeldungen“ (Bösel, 2017, S.97, vgl. Bösel et.al. 2014, S.475).

Neben den bereits genannten Bausteinen in der Klinischen Sozialarbeit im Rahmen der stationären psychotherapeutischen Versorgung ist die Planung der Überleitung vom stationären Setting in den ambulanten Rahmen eine weitere Aufgabe für einen nachhaltigen Erfolg von Sozial- und Psychotherapie. In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass sich Patienten mit Rückschlägen auseinandersetzen und Strategien erarbeiten, um mit Misserfolgen umzugehen. Ein wesentlicher Bestandteil in der Vorbereitungsphase der Entlassung ist die rechtzeitige Kontaktaufnahme mit ambulanten psychosozialen Beratungsstellen. Nicht selten berichten Patienten, dass ihnen diese Form der Unterstützung bisher nicht bekannt war. In sozialen Krisensituationen fällt es Patienten oftmals schwer, zu unbekanntem Beratungs- und Informationsstellen Kontakt aufzunehmen, daher wird im Rahmen der stationären Behandlung in der Psychosomatik ein frühzeitiges Kennenlernen, unabhängig vom aktuellen Beratungsbedarf, empfohlen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es in der Therapie von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen nicht um eine entweder soziale oder psychotherapeutische Behandlung gehen sollte, sondern um ein klares Sowohl-als-Auch. Eine integrierte Behandlungsplanung wird der Lebensrealität vieler Patienten gerecht.

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der retrospektiven Auswertung der sozialanamnestischen Daten und den sozialarbeiterischen Beratungsfoki der durchgeführten Erhebung an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg dargestellt und erläutert.

6 Methodik

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist es, einen Status Quo zu unterschiedlichen sozialen Problemen und den daraus entstehenden sozialarbeiterischen Beratungsbedarf im Rahmen von stationärer Psychotherapie in der psychosomatische-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung abzubilden. Als Grundlage dient eine nahezu vollständige sozialarbeiterische Dokumentation zu vier Jahrgängen von Patienten, die sich in den Jahren

2010-2013 in stationärer oder teilstationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung der Psychotherapiestationen der Klinik für Allgemeine-Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg befanden. Der Datensatz umfasst 1186 Patienten, das sind rund 90 % der Patienten die im gesamten Zeitraum stationär bzw. teilstationär behandelt wurden.

6.1 Beschreibung der Behandlungssettings der Datenerhebung

Die erhobenen Daten wurden im Rahmen der routinemäßig durchgeführten Sozialanamnese durch die Diplom Sozialarbeiterinnen auf den beiden psychotherapeutischen Stationen AKM (konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Behandlungssetting) und Mitscherlich mit den strukturbezogenen-interaktionellen und strukturbezogenen-stabilisierenden Behandlungssettings erhoben. Beide Psychotherapiestationen gehören zur Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg.

Im Vorfeld der stationären bzw. teilstationären psychotherapeutischen Therapie erfolgt eine eingehende Untersuchung in einer unserer Ambulanzen der Psychosomatischen Klinik. Je nach individueller Situation des Patienten erfolgt eine Indikationsstellung zur stationären Psychotherapie. Schauenburg (2007) verweist auf mehrere Indikationskriterien für eine stationäre psychosomatische Psychotherapie. *„Akutheit wie auch Schwere einer Erkrankung sind nur ein Indikationskriterium. Ein weiterer in der Diskussion oft zu kurz kommender Indikationsaspekt ist das zu entwickelte Krankheitsverständnis aufseiten der betroffenen Patienten. So kann selbst eine chronisch verlaufende somatoforme Störung oder depressive Entwicklung dennoch eine Krankenhausbehandlung notwendig machen, weil nur im intensiven und multimodalen Setting ein Krankheitsverständnis mit dem Patienten erarbeitet werden kann, das weitergehende ambulante Psychotherapie aussichtsreich erscheinen und chronifizierte Prozesse unterbrechen lässt.“* (Schauenburg 2007, S. 18).

Die stationäre Psychotherapie erfolgt in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in drei unterschiedlichen Behandlungssettings, die im Verlauf näher erläutert werden und die Möglichkeit bieten, dass die Patienten, abhängig von ihrer individuellen Situation und dem vorhandenen strukturellen Funktionsniveau, behandelt werden. *„Das strukturelle Funktionsniveau zeigt sich in den Fähigkeiten, das Selbst und die Beziehung zu regulieren“* (Rudolf, 2004, S. 4). In diesem Zusammenhang erfolgt in Heidelberg eine ausführliche Diagnostik im Vorfeld der stationären Behandlung. Diese umfasst folgende Punkte:

- *„Diagnosen nach ICD (Symptom- und Persönlichkeitsdiagnose)*

- *Lebensbestimmender Konflikt (im Sinne von OPD)*
- *Strukturniveau im Ganzen und strukturelle Auffälligkeiten im Einzelnen (OPD-Struktur)*
- *vorherrschender neurotischer Bewältigungsmodus*
- *Schwerwiegende soziale und biographische Bedingungen“ (Rudolf 2017, S.379)*

In allen drei Behandlungssettings gibt es einzel- und gruppentherapeutische Interventionen. Je nach Notwendigkeit werden Paar- und Familiengespräche in den Therapieverlauf integriert. Die Behandlungsdauer auf beiden Stationen beträgt zwischen 8-12 Wochen. Es gibt auch die Möglichkeit der 2-3-wöchigen diagnostischen Abklärung sowie einer Krisenintervention.

Auf beiden Psychotherapiestationen gibt es ein sozialarbeiterisches und sozialtherapeutisches Angebot. Die Patienten haben somit neben dem psychotherapeutischen Prozess auch die Möglichkeit ihre soziale Situation zu reflektieren und neue Handlungsstrategien zu erarbeiten. Dabei werden alle sozialen Bereiche, wie Beruf, Finanzen, Wohnen und Freizeit einbezogen. Im vorangegangenen Abschnitt 4.1., 4.2. und 5.2. wurde ausführlich auf das Konzept der Sozialtherapie eingegangen.

6.1.1 Station AKM mit Tagesklinik – konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Behandlungssetting

Die Abkürzung der Station AKM steht für Allgemeine Klinische Medizin. Die Station verfügt über 13 teilstationäre und 14 stationäre Behandlungsplätze. Patienten mit organischen Erkrankungen verbunden mit einer psychischen Komorbidität, Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen sowie somatoformen-funktionellen Krankheitsbildern können auf der Station behandelt werden. Patienten, die auf dieser Station behandelt werden, verfügen über ein höheres strukturelles Funktionsniveau. (Arbeitskreis OPD, 2006) *„Es wird davon ausgegangen, dass Patienten mit strukturell reiferen Störungsbildern prinzipiell und über eine längere Lebensspanne hinweg über regulierende Funktionen und einen strukturierten Binnenraum verfügen. So können sie beispielsweise eigene Gefühle, Phantasien und Erinnerungen differenzierter wahrnehmen und Konflikte besser austragen“* (Haas, 2016, S. 18, vgl. Rudolf et al 2017 und Arbeitskreis OPD 2006). Aufgrund der stabileren neurotischen Struktur ergibt sich der konfliktorientierte Behandlungsschwerpunkt. Ein Ziel ist es, aktualisierte Konflikte zu erkennen, durchzuarbeiten und Veränderungsprozesse in Gang zu setzen (Rudolf et.al 2017).

Eine Besonderheit der Station ist es, dass während der Behandlung je nach Notwendigkeit zwischen stationären und vollstationären Therapiesettings gewechselt werden kann. Im

Anschluss an die Behandlung können Patienten nach Wunsch an der Nachbetreuungsgruppe teilnehmen, die einmal wöchentlich stattfindet.

Neben den wöchentlichen ärztlich bzw. psychologisch geleiteten wöchentlichen Einzelgesprächen über 50 Minuten nehmen Patienten an den unterschiedlichen gruppentherapeutischen Angeboten je nach Indikation teil. Hierzu gehören die Gruppenpsychotherapie in Form der interaktionellen Gruppe zwei Mal wöchentlich à 90 Minuten, die Konzentrierte Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie über jeweils 1,5 Stunden 1-2 Mal wöchentlich. Die Gestaltungstherapie kann auch bei Bedarf in Form einer Einzelsitzung à 50 Minuten stattfinden. Alle Patienten mit Essstörungen nehmen an einer Essgruppe teil, in der sie sich mit dem Essverhalten und den Umgang mit Nahrungsaufnahme auseinandersetzen können. Diese Gruppe findet einmal wöchentlich statt. Darüber hinaus gibt es weitere Therapieverfahren wie Musiktherapie, Physiotherapie, Genogrammarbeit und Familienaufstellung, das Achtsamkeitstraining, Sozialkompetenztraining (geleitet durch die Fachgruppe der Pflege) und der Bezugspflege. Im Verlauf der ersten Behandlungshälfte haben alle Patienten einen ersten Kontakt zur Sozialarbeiterin, die je nach Bedarf weitere sozialtherapeutische Einzelberatungen mit dem Patienten vereinbart.

Der Therapietag auf der Station ist eingerahmt durch die tägliche Morgen- und Abendrunde.

6.1.2 Station Mitscherlich

Die Station ist nach dem Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich, dem Gründer der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg benannt. Die Station hat die Möglichkeit 22 Patienten stationär zu behandeln. Patienten mit depressiven Erkrankungen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen und komplexen Traumafolgestörungen können aufgenommen werden. Die Patienten auf dieser Station werden häufig auch als „Ich-schwache“ Patienten aufgrund ihrer Defizite in den strukturellen Funktionen bezeichnet (Schauenburg 2007). Diese strukturellen Defizite können folgende Fähigkeiten betreffen:

- *„sich selbst und andere kognitiv differenzieren zu können*
- *sich selbst, sein Handeln, Fühlen und den Selbstwert steuern zu können*
- *sich selbst und die Anderen emotional verstehen zu können*
- *zu anderen in emotionalen Kontakt zu treten*
- *emotional wichtige Beziehungen innerlich zu bewahren*
- *sich selbst im Gleichgewicht zu halten und eine Orientierung zu finden“* (Rudolf, 2004, S. 50)

Für diese Patienten würde ein konfliktzentriertes aufdeckendes Vorgehen, wie es auf der Station AKM angeboten wird, zu einer Überforderung führen, wäre „[...] *kontraproduktiv und vor allem wenig erfolgreich*“ (Schauenburg, 2007, S. 17).

Die Patienten werden auf der Station in zwei unterschiedlichen Settings behandelt. Die Zuweisung in das jeweilige Behandlungsangebot erfolgt nach Indikation.

Im „strukturbezogenen-stabilisierenden Setting“ („Mittwochsgruppe“) werden Patienten behandelt die physisch und psychisch sehr instabil sind und/oder die Gefahr besteht, dass sie durch die Konfrontation mit schwierigen biographischen Erlebnissen eher noch stärker belastet werden als sich zu stabilisieren. Es handelt sich um Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen und/oder Persönlichkeitsstörungen bzw. die emotional sehr „durchlässig“ sind. Mit dieser Patientengruppe wird vorwiegend ressourcenorientiert therapeutisch gearbeitet. Ziel ist es, die vorhandenen, aber zu geringen Bewältigungskompetenzen zu stärken und zu erweitern. In diesem Zusammenhang werden Aspekte der AWMF S3-Leitlinien zu Posttraumatischen Belastungsstörungen in das Behandlungskonzept mit einbezogen. Im Bereich der Abklärung des Stabilisierungsbedarfes wird in den Leitlinien u.a. auf die Abklärung von Affektregulation, Selbst- und Beziehungsmanagement und soziale Kompetenzen als einen wichtigen Aspekt hingewiesen. Darüber hinaus wird auf die Bedeutung des Aufbaus von intra- und interpersonellen Ressourcen (imaginative Selbstkontrolle, soziales Netzwerk) sowie auf Unterstützung der Symptomkontrolle in Form von Distanzierungstechniken und die Einbeziehung von nonverbalen Therapieformen hingewiesen.

Fakultativ besteht die Möglichkeit u.a. an der Progressiven Muskelentspannung teilzunehmen.

Im „Interaktionellen Setting“ (Montagsgruppe) werden Patienten behandelt, die unter langanhaltenden sehr belasteten Lebensthemen oder unter sehr einschränkenden Symptomen leiden, die z.B. durch Depression, Ängste, Zwänge oder Ess-Störungen entstehen. Ziel ist es verborgene Mechanismen zu erkennen, die die Symptomatik aufrechterhalten, sich mit verdeckten und unangenehmen Gefühlen auseinanderzusetzen und einen besseren Umgang zu erreichen.

Alle Patienten nehmen je nach Zuordnung zum Therapiesetting entweder an der psychodynamisch-interaktionellen Gesprächsgruppe (3 Mal wöchentlich 75 Min.) oder an der Themenzentrierten Gruppe (2 Mal wöchentlich 75 Min) teil. Die Patienten im strukturbezogenen-stabilisierenden Setting nehmen zwei Mal in der Woche an der Stabilisierungsgruppe teil, in dem sie die Möglichkeit eines zusätzlichen psychologisch angeleiteten Übungsraumes zur Festigung der Imaginationsübungen haben und sich über

den Trainingsfortschritt austauschen können. Die Imaginationsübungen finden in Anlehnung an die Übungen von Luise Reddemann (2016) statt. Alle Patienten der Station nehmen 3 Mal in der Woche am Stabilisierungstraining teil, das durch die Pflege am Morgen angeleitet wird. Die Stabilisierungsübungen sollen den Patienten die Möglichkeit geben mit inneren und äußeren Belastungen gut umgehen zu können.

Alle Patienten nehmen auf der Station an der Gestaltungs- und Körpertherapie und am Sozialtraining teil, dessen Konzept im Kapitel 5.2.4 erläutert wurde. Zwei Mal wöchentlich erhält jeder Patient ein psychotherapeutische Einzelgespräch à 30 Minuten und einmal wöchentlich ein reguläres psychotherapeutisches Visitengespräch durch das ärztliche und pflegerische Behandlungsteam. Jeder Patient hat einmal wöchentlich ein Gespräch mit seinem zugeordneten Bezugspfleger/-in. Fakultativ können Patienten an der Progressiven Muskelentspannung und am Qi Gong teilnehmen. Im Verlauf der ersten Behandlungswoche haben alle Patienten einen ersten Kontakt zur Sozialarbeiterin. Je nach Bedarf werden weitere sozialtherapeutische Einzelberatungen mit dem Patienten vereinbart. Das Konzept der sozialtherapeutischen Einzelberatung wurde im Theorieteil Kapitel 5.2. bereits ausführlich beschrieben.

Seit Mitte 2017 besteht auf der Station Mitscherlich ebenfalls die Möglichkeit begrenzt Patienten teilstationär zu behandeln.

6.2 Datenerhebung – sozioökonomischer Status

Bei den erhobenen Daten handelt es sich um Angaben der Patienten zu ihrer sozialen Situation die routinemäßig im Rahmen der Sozialanamnese zu Beginn der stationären Therapie erhoben werden. Hierbei werden alle Lebensbereiche einbezogen wie Beruf, Wohnen, Finanzen und Freizeit. Für die hier zu behandelnde Fragestellung wurden die Angaben der Patienten aus den Lebensbereichen Beruf und Finanzen zu Grunde gelegt. Hierbei fließen auch schulische und berufliche Ausbildungsabschlüsse sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit mit ein. Damit ergeben sich 6 berufliche und 8 finanzielle Kategorien, die erhoben worden sind.

6.2.1 Berufliche Kategorien

Die einzelnen Kategorien werden im folgenden Abschnitt genauer erläutert. Begonnen wird mit den beruflichen Status.

Aktuelle bzw. letztes Berufsfeld:

Patienten werden im Rahmen der Sozialanamnese nach ihrer momentanen beruflichen Tätigkeit bzw. bei Arbeitslosigkeit nach dem letzten ausgeübten Beruf gefragt. Die genannten beruflichen Tätigkeiten wurden Berufsfeldern zu geordnet. Bei der Zuordnung orientiert sich am Verzeichnis der Berufe nach Berufsfeldern „Beruf Aktuell“ und der Zuordnung von akademischen Berufen aus dem Ratgeber „Studien- & Berufswahl“ , beides herausgegeben u.a. durch die Bundesagentur für Arbeit.

Berufsfeld

- Keine
- Elektro/Technik/Maschinenbau/Bau, Architektur/Produktion und Fertigung und Vermessung und Ingenieurwissenschaften
- IT, DV Computer
- Dienstleistung/Verkehr und Logistik
- Kunst, Kultur und Gestaltung/ Medien und Sprach- und Kulturwissenschaften
- Landwirtschaft, Natur und Umwelt und Agrar- und Forstwissenschaften
- Naturwissenschaften/Mathematik
- Gesundheit/Medizin/Gesundheitswesen
- Soziales/Pädagogik und Gesellschaft und Sozialwissenschaften/Lehrämter
- Wirtschaft, Verwaltung und Rechts- und Wirtschaftswissenschaften
- Schüler (allgemeinbildende Schule)
- Hausfrau
- Maßnahme Arbeitsförderung/Reha

Form der Erwerbstätigkeit:

Hierbei wurde der aktuelle Erwerbsstatus des Patienten bei Aufnahme erhoben.

Erwerbsstatus

- arbeitslos/nicht erwerbstätig
- erwerbstätig
- Schüler
- in Ausbildung
- berufliche Reha/Arbeitsförderung
- Erwerbsminderungsrente
- Altersrente
- Studium

- Praktikum

Höchster Schulabschluss und Ausbildungsniveau

Im Rahmen der sozialtherapeutischen Beratung liegt sehr häufig der Fokus auf der Klärung der beruflichen Perspektive. Daher ist es wichtig, auch eingehende Informationen zum schulischen und beruflichen Ausbildungsstand zu erhalten, um mit den Patienten unter Einbeziehung ihres Bildungsabschlusses eine realistische Perspektive erarbeiten zu können.

Schulabschluss

- keinen
- Hauptschule
- Mittlere Reife
- Fachhochschule/Abitur
- Sonderschule
- sonstige (z.B. ausländische Abschlüsse)

Ausbildungsniveau

- keine
- noch in Ausbildung
- Ausbildung abgeschlossen
- Studium abgeschlossen
- Noch im Studium
- Schulabschluss

Im Zusammenhang mit dem Ausbildungsniveau wurde auch das Berufsfeld des höchsten Berufsabschlusses erhoben nach den gleichen Zuordnungskriterien wie bei der Benennung des aktuellen bzw. letzten Berufsfeldes.

Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme:

Die Patienten wurden bei der stationären Aufnahme im Rahmen der Sozialanamnese gefragt, wie lange die Arbeitsunfähigkeit vor der Aufnahme bestand. Hierbei lag der Fokus auf der unmittelbar letzten Arbeitsunfähigkeit. Ein Großteil der Patienten hatte in der Vergangenheit bereits Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer psychosomatischen Erkrankung, die aber immer wieder durch längere Arbeitsfähigkeitszeiten unterbrochen waren. Bei den erhobenen Daten handelt es sich um Aussagen von Patienten, die nicht durch Angaben der Krankenkasse überprüft worden sind. Zeiten von voller Erwerbsminderungsrente wurden als Arbeitsunfähigkeitszeiten angerechnet. Bei Schülern und Studenten wurde die

Arbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt gerechnet, an dem es dem Patienten nicht mehr möglich war, gar nicht mehr am Studium bzw. an der Schule teilzunehmen.

6.2.2 Erhebung des Finanziellen Status

Im Bereich der finanziellen Lebenssituation wurde der Fokus auf die aktuelle Einkommenssituation gelegt. Mit den 8 möglichen Kategorien konnte ein breites Spektrum an Einkommensarten abgebildet werden, und es wurden nahezu alle genannten Formen, die Patienten betroffen haben, im Detail einbezogen.

Die Kategorien Lohnfortzahlung, Krankengeld, Finanzierung durch Eltern, Finanzierung durch den Partner und Arbeitslosengeld II, wurden durch eine 1 gekennzeichnet, wenn dies als Einkommensart vorlag, mit einer 0, wenn dies nicht zutraf. Die Kategorien Arbeitslosengeld I und Rente wurden aufgrund unterschiedlicher Formen noch einmal detaillierter unterteilt.

Form des Arbeitslosengeldes

- nein
- ja
- beantragt
- nach Aussteuerung vom Krankengeld

Rentenform

- nein
- ja
- beantragt
- Altersrente
- Witwenrente
- Halbwaisenrente

Neben den beschriebenen Daten zur finanziellen und beruflichen Situation wurde erhoben in welchem Therapiesettings der Patient behandelt worden ist. Bei Patienten der Station AKM (Konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Setting) wurde die Behandlungsform dokumentiert, die bei Aufnahme bestand. Ein möglicher Wechsel vom tagesklinischen Behandlungssetting ins stationäre bzw. umgekehrt konnte vernachlässigt werden, da dieser Umstand für das Forschungsprojekt nicht relevant erschien und auch schwer darstellbar wäre. In der Auswertung der Stichprobe wurden beide Settings der Station AKM zusammengefasst. Da es vom Behandlungsfokus keinen Unterschied gab im Vergleich zu den beiden Behandlungssettings auf der Station AKM.

Die Settingkategorien wurden in der Erhebung wie folgt benannt.

- Montagsgruppe Station Mitscherlich (strukturbezogenes-interaktionelles Setting)
 - Mittwochsgruppe Station Mitscherlich strukturbezogenes-stabilisierendes Setting)
 - AKM Vollstationär/teilstationär (Konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Setting).
- Beide Settings wurden zusammengefasst, da ein Wechsel zwischen teil- und vollstationär während der Behandlung möglich war.

Im folgenden Abschnitt werden die erhobenen Beratungsfoki beschrieben.

6.3 Beschreibung der erhobenen Beratungsfoki

Die im folgenden Abschnitt beschriebenen sozialarbeiterisch/sozialtherapeutischen Beratungsfoki wurden durch die beiden Diplom-Sozialpädagoginnen aus der täglichen Arbeit mit den Patienten heraus definiert. Hierbei handelt es sich um sehr klassische Beratungsfoki der Sozialen Arbeit verbunden mit sozialtherapeutischen Interventionen, die im Kapitel 4.1-4.3. und 5.2. im Ansatz beschrieben wurden. In diesem Zusammenhang ist auch auf das Konzept von Thiersch der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit zu verweisen, das an dieser Stelle aufgrund der Komplexität theoretisch nicht weiter ausgeführt wird. (vgl. Lambers 2016). Im Gegensatz zu der Fokussierung bei der Erhebung der Sozialdaten auf die Bereiche Erwerbsstatus, Bildungsniveau, Arbeitsunfähigkeitszeiten und finanzielle Einkommenssituation wurde bei der Festlegung der zu erhebenden Beratungsfoki noch stärker auf die unterschiedlichen sozialen Lebensbereiche eingegangen. Die Beachtung der individuellen Lebenswelten, sowohl in der sozialen Diagnostik wie auch in der Beratung, sind Kernelemente des Konzeptes der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Zu Beginn der Erhebung 2010 wurden noch keine Beratungsfoki erhoben. Die Notwendigkeit der Einbeziehung von Beratungsfoki in dieses Forschungsprojekt entstand im Prozess. Dies hatte auch zur Folge, dass sich die Beratungsfoki nach dem ersten Jahr der Erhebung 2011 noch einmal erweitert haben, um einen detaillierten Überblick zum Bedarf für sozialarbeiterische Interventionen in der psychosomatischen-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu geben.

Da die Patienten in der Sozialanamnese insbesondere berufliche Probleme und Fragestellung benennen, entschieden sich die beiden Diplom Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen den Bereich des beruflichen Fokus als eine Hauptkategorie mit unterschiedlichen Unterkategorien in die Beratungsfoki aufzunehmen. Eine zweite Hauptkategorie „weitere soziale Beratungsfoki“ umfasst unterschiedliche soziale Themenbereiche von finanziellen Fragen bis hin zur Anbindung an ambulante Beratungsstellen.

6.3.1 Beruflicher Beratungsfokus

Der Bereich des beruflichen Beratungsfokus kann in drei Bereiche unterteilt werden. Ein Bereich betrifft den Aufbau eines Arbeitsbündnisses. Zum einen sind Patienten sehr häufig emotional sehr stark belastet, wenn die berufliche Perspektive durch Leistungseinschränkungen, Arbeitslosigkeit oder konflikthafte Situationen am Arbeitsplatz unklar ist. Zum anderen wünscht sich ein Teil der Patienten, erst einmal Abstand zu diesen existentiellen Alltagsfragen zu bekommen, und sie haben nicht immer eine Motivation, sich mit diesem Themenbereich auseinanderzusetzen. Berufliche Fragen der Reintegration werden häufig erst in der fortgeschrittenen Phase der Therapie intensiver thematisiert. Zu diesem Zeitpunkt verfügen Patienten oft wieder über mehr emotionalen Spielraum, sich mit den Zukunftsthemen wie der beruflichen Reintegration auseinanderzusetzen. Ein Teil der Patienten muss aber auch in dieser Phase durch gezielte Ansprache motiviert werden, sich mit der Zukunftsplanung auseinanderzusetzen. Sozialarbeiterische Kompetenz kann hierbei die psychotherapeutische Behandlung direkt ergänzen, da sie häufig sehr konkret an sozialen Fragen arbeitet, und oftmals mehr Wissen über spezifische Herausforderungen und Fallstricke verfügt. Auf diesen Hintergrund wurde im Bereich des beruflichen Beratungsfokus die Unterkategorie „Motivation sich mit den Arbeitsplatzsituationen auseinanderzusetzen“ aufgenommen und erfasst.

Ein weiterer Bereich in der Auseinandersetzung mit beruflichen Themen beschreibt den Beratungsfokus für Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme über einen Arbeitsplatz verfügen und es um Themen des beruflichen Wiedereinstieges geht. Hierbei kann es um die direkte Planung der stufenweisen Wiedereingliederung gehen, um die Herausarbeitung von Ursachen von Überforderungssituationen am Arbeitsplatz und dem Erarbeiten von Strategien im Umgang mit solchen Situationen. Die Bearbeitung von Konfliktsituationen mit Vorgesetzten ist eine weitere Unterkategorie. Nicht selten äußern Patienten während der Erhebung der Sozialanamnese den Wunsch, nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückkehren zu müssen. Daher ist es wichtig, sich ausreichend Zeit zunehmen, um sich mit den unterschiedlichen Aspekten dieses Wunsches auseinanderzusetzen. Sehr häufig gelingt es, mit den Patienten durch Reflexion des eigenen Verhaltens, Vorbereitung von Arbeitgebergesprächen, dem Aufzeigen von Strategien im Umgang mit Konfliktsituationen etc. eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erarbeiten.

Der dritte Bereich im Feld des beruflichen Beratungsfokus beschreibt die Situation von Patienten, die zum einen aktuell arbeitslos bzw. arbeitssuchend sind bzw. aus gesundheitlichen Gründen ihre aktuelle berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können oder sollten. Je nach Situation liegt der Schwerpunkt der Beratung auf einer schulischen oder beruflichen (Neu-)orientierung teilweise verbunden mit der Einleitung von Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) oder einem intensiven Bewerbungstraining mit dem Schwerpunkt der Stärkung des Selbstwertes und der Umsetzung von sozialen Kompetenzen.

6.3.2 Weitere gesundheitliche - soziale Beratungsfoki

Im folgenden Abschnitt werden die 5 erhobenen Unterkategorien des „weiteren sozialen Beratungsfokus“ beschrieben. Diese Unterkategorien bilden die drei sozialen Lebensbereiche Finanzen, Wohnsituation, Freizeit- und soziale Kontaktgestaltung ab. In allen drei Bereichen wird auch auf einen möglichen familiären sozialen Unterstützungsbedarf geachtet. Da es für einen Teil der Patienten wichtig ist, dass sie neben ambulanter Psychotherapie auch eine poststationäre sozialarbeiterische Unterstützung erfahren wurde die Unterkategorie „Anbindung an ambulante Beratungsstellen“ ab 2012 mit erhoben. In der Auseinandersetzung mit den Beratungsfoki fiel es auf, dass Patienten in der Beratung von Schwierigkeiten im Aufbau und dem Erhalt von Tages- und Wochenstruktur im Alltag berichteten. In diesem Zusammenhang wurde dieser Beratungsfokus „Tages- und Wochenstruktur“ ebenfalls für die Erhebung ab 2012 ergänzt.

Beratungsfokus Finanzen:

Menschen können aus ganz unterschiedlichen Gründen in finanzielle Engpässe geraten. Lange Arbeitslosigkeit, längere Krankheit und Schwierigkeiten mit Geld umzugehen sind nur einige Gründe hierfür. Es gibt zahlreiche finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, um die existentiellen Alltagsverpflichtungen, wie z.B. Miete, Kinderbetreuung, Kosten des Lebensunterhaltes sicher zu stellen. Hierzu zählen die Beantragung von Wohngeld, Arbeitslosengeld II oder auch Kinderbetreuungszuschüsse der Städte. Vielen Menschen fällt es nicht leicht, diese Unterstützungsmöglichkeiten anzunehmen. Dies ist auch darin begründet, dass die Beantragung nicht immer leicht verständlich ist, und die Auskünfte der Ämter und der Umgang mit den Antragsstellern teilweise sehr unbefriedigend ist. Die Möglichkeiten der ambulanten Unterstützung durch Sozialberatungsstellen, wie z.B. der Caritas oder dem Diakonisches Werk, sind den Patienten häufig nicht bekannt. Aus diesen Gründen ist der Beratungsfokus, Unterstützung bei finanziellen Schwierigkeiten, ein fester Bestandteil der sozialtherapeutischen Beratung in der stationären Arbeit mit psychosomatisch erkrankten Patienten.

Patienten, die mit Schulden kämpfen und starke Schwierigkeiten im Umgang mit Geld haben, gelingt es oftmals erst nach Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, über dieses häufig sehr schambesetzte Thema zu sprechen. Im Rahmen der stationären Behandlung kann in der Regel keine umfangreiche Schuldnerberatung erfolgen. Es können

aber erste Wege aufgezeigt werden, wie die Gläubiger zu kontaktieren sind, um einen ersten Überblick zu erhalten und zu signalisieren, dass eine Bereitschaft besteht, die Angelegenheiten zu klären. Es erfolgt in der Regel auch eine Kontaktaufnahme zu einer wohnortnahen Schuldnerberatungsstelle, um eine ambulante Weiterbetreuung anzubahnen.

Beratungsfokus Wohnsituation:

Im Rahmen der stationären Behandlung kommt es im Rahmen der Sozialtherapie immer wieder zu Fragen in Bezug auf Klärung der Wohnsituation. Hierzu zählen nicht nur existentielle Fragen einer drohenden Wohnungslosigkeit, die nach Möglichkeit bereits prästationär geklärt werden sollten. Junge Patienten sind teilweise mit dem Wunsch, aus dem Elternhaus ausziehen zu wollen, beschäftigt. Hierbei gilt es dann zu besprechen, wie sie den Wohnraum finanzieren können, inwiefern sie ausreichend in der Lage sind einen eigenen Haushalt zu führen und die Frage nach WG oder alleine wohnen stellt sich. Darüber hinaus geht es um die Art und Weise, ihren Wunsch gegenüber den Eltern zu äußern.

Ein weiterer Anlass über die Wohnsituation zu sprechen, sind Konfliktsituationen mit Nachbarn, Mitbewohnern in WGs oder Vermietern. Patienten können auch belastet sein, wenn sie nach Ausbildungsabbrüchen oder Arbeitslosigkeit wieder ins Elternhaus zurückziehen müssen. Hierbei kommen dann auch finanzielle und berufliche Fragen auf, die mit einbezogen werden sollten.

Beratungsfokus: Freizeit und Kontaktgestaltung:

Die Gestaltung der Freizeit und der Aufbau und Erhalt von sozialen Kontakten ist eine nicht unbedeutende Säule im sozialen Alltag. Viele Patienten berichten im Rahmen der Sozialanamnese, dass sie sich stark von Freunden zurückgezogen haben, ihren Hobbies nicht mehr nachgehen können und ihnen der Antrieb für soziale Aktivitäten fehlt. Es gibt auch ein Teil der Patienten, denen aufgrund ihrer Probleme am Arbeitsplatz und den häuslichen und familiären Belastungen kein Raum für Freizeitgestaltung bleibt. Um zukünftig Überlastungen und Überforderungen im Alltag vorzubeugen, ist es für einen Teil der Patienten wichtig, sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes auch mit dieser sozialen Säule auseinanderzusetzen. Hierbei geht es nicht selten darum zu üben, wie der Patient Kontakte, die abgebrochen sind, wieder aufnehmen kann, herauszuarbeiten, was ihm als Ausgleich zum Beruf Spaß machen kann, aber auch wie man mit finanzieller Begrenztheit seine Freizeit gestalten kann.

Beratungsfokus: familiärer Unterstützungsbedarf

Aus der täglichen Arbeit mit den Patienten ergeben sich zwei Hauptbereiche des familiären Unterstützungsbedarfs. Zum einen berichten Patienten von unterschiedlich schwierigen Belastungssituationen durch Angehörige, die pflegebedürftig sind und zum anderen betrifft es Fragen und Probleme in der Erziehung der Kinder und der Bewältigung der Alltagsanforderungen im familiären Kontext.

Bei Fragen und Überlastungen in der Pflege von Angehörigen liegt der Schwerpunkt neben der Klärung von sozialrechtlichen Aspekten auf der Entwicklung von zeitlichen, physischen und psychischen Entlastungsmöglichkeiten.

In Fragen der Überforderung in der Erziehung der Kinder zeigt sich, dass Eltern sich häufig scheuen, Beratung und Unterstützung vom Jugendamt zu holen, da sie Sorge haben, dass sie als unfähig erklärt zu werden und ihnen das Sorgerecht entzogen wird. Eine Aufgabe im Rahmen der sozialtherapeutischen Beratung in der Klinik ist es den Patienten zu vermitteln, dass Jugendämter neben der Wächterfunktion eine beratende Aufgabe haben und es Sorgeberechtigten erst einmal freisteht, nach einer Beratung zu entscheiden, ob sie das Hilfsangebot annehmen oder nicht. Dies gilt natürlich nicht bei Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung, deren Kriterien aber sehr streng geregelt sind. Eine weitere Aufgabe kann sein, Patienten im Umgang mit ihren Kindern neue Wege aufzuzeigen, die sie in Besuchszeiten und Wochenenderproben ausprobieren können. Sollte es darüber hinaus einen Bedarf an weiterführender Unterstützung geben, ist es Teil der Sozialtherapie, gemeinsam mit den Patienten den Kontakt zum Jugendamt herzustellen und eine Empfehlung für die Art der Hilfe zur Erziehung mitzuteilen. Bei der Erarbeitung der Unterstützungsmöglichkeiten im familiären Rahmen ist es wichtig, nicht nur Erziehungsschwierigkeiten im Blick zu haben, sondern auch Überforderungssituationen in der Bewältigung von Alltagsanforderungen, wie Haushaltsführung, Tagesstruktur halten können, Umgang mit Ämtern und Behörden. Je nach Schwerpunkt und häuslichen Rahmenbedingungen können Hilfen, wie z.B. sozialpädagogische Familienhilfe, aufsuchende Familientherapie oder Erziehungsbeistandschaften dazu beitragen, die Gesamtsituation und somit auch die gesundheitliche Situation des Patienten zu verbessern.

Beratungsfokus Tages- und Wochenstruktur:

Als Folge der psychosomatischen Erkrankung haben Patienten teilweise große Schwierigkeiten, ihre Alltagsstruktur aufrecht zu erhalten bzw. diese entsprechend den Notwendigkeiten anzupassen. Ein erster Schritt in der sozialtherapeutischen Beratung liegt darin herauszuarbeiten, wie die genauen Schwierigkeiten, sich im Alltag zu strukturieren, aussehen, hierzu zählen gesundheitliche und soziale Belastungen, wie z.B. Antriebslosigkeit,

Konzentrationsprobleme, Wegfall von Halt gebenden Rahmen wie Arbeit. Aber auch sehr hohe Leistungsansprüche können dazu führen, dass Patienten ihre Alltagsaufgaben nicht bewältigen können, da sie sich verzetteln bzw. es zu Überlastungsreaktionen kommt.

Der sehr strukturierte Therapiealltag im stationären Rahmen ermöglicht Patienten wieder, eine Tagesstruktur zu erlernen. In der sozialtherapeutischen Beratung wird in der zweiten Hälfte der Therapie mit den Patienten, die Schwierigkeiten in dem Bereich beschrieben haben, intensiv daran gearbeitet, wie sie die wieder gewonnene Tagesstruktur nach dem stationären Klinikaufenthalt im Alltag erhalten und ausbauen können. Hierzu zählen z.B. die Erarbeitung von Plänen zum stufenweisen Wiedereinstieg in ein Studium, das Herausarbeiten von Freiräumen für Freizeit und sozialer Kontaktgestaltung bei Patienten, die beruflich und familiär sehr eingebunden sind. Für einige Patienten ist es auch notwendig praktische Unterstützung im Alltag zu organisieren. Hierzu zählt z.B. die Organisation von Hilfen zur Erziehung oder der Anbindung an den sozialpsychiatrischen Dienst oder einer Sozialberatungsstelle, wenn Patienten längerfristig eine sozialtherapeutische Unterstützung im Alltag benötigen.

Beratungsfokus: Anbindung an die ambulanten Beratungsstellen

Der begrenzte zeitliche Rahmen der stationären Psychotherapie setzt auch dem klinischen sozialtherapeutischen Prozess Grenzen. Daher ist es wichtig mit Patienten zu besprechen inwiefern sie im Alltag ohne weitere sozialarbeiterische Anbindung zurechtkommen bzw. bei Bedarf sich Hilfe holen können oder es notwendig ist, eine direkte Anbindung an eine entsprechende Beratungsstelle bzw. soziale Institution, wie dem Jugendamt oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu organisieren.

Abschließend zeigt die folgende Tabelle alle erhobenen Beratungsfoki mit Unterfoki zum besseren Verständnis

Tab. 1: Übersicht zu den Beratungsfokusgruppen mit Unterfoki, *2012 ergänzt.

Berufliche Beratungsfoki	<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung von Konflikten mit Vorgesetzten • Umgang mit Überforderungssituationen • berufliche Wiedereingliederung • schulisch/berufliche (Neu-)orientierung • berufliche Reha • Bewerbungstraining • Motivation sich mit Arbeitssituation auseinanderzusetzen
Weitere gesundheitliche-soziale Beratungsfoki	Finanzen (Einkommensfragen, Schulden) Wohnsituation Freizeit- und Kontaktgestaltung familiärer Unterstützungsbedarf

	Tages- bzw. Wochenstruktur * Anbindung ambulante Beratungsstellen*
--	---

6.4 Hypothesen und Fragestellungen

Eine Vielzahl von Patienten, die stationär bzw. teilstationär psychotherapeutisch im Rahmen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung behandelt werden, sind durch unterschiedlich komplexe soziale Probleme in einer oder mehreren Alltagsanforderungen empfindlich eingeschränkt.

Um das Ausmaß an sozialen Problemen und daraus folgende spezifische psychosoziale Beratungsfoki unter Einbeziehung von medizinischen Faktoren herauszuarbeiten wurden die folgenden Fragestellungen in den Fokus der Auswertung genommen und wurde den entsprechenden Hypothesen nachgegangen, die sich teilweise erst im Auswertungsprozess ergeben haben.

1. Wie groß ist das Ausmaß sozialer Probleme und Beschwerden von Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung an einer Universitätsklinik?

Hypothese: Patienten in dem strukturbezogenen-stabilisierenden Behandlungssetting sind von sozioökonomischen Problemen, wie Erwerbslosigkeit und finanziellen Problemen stärker belastet im Vergleich zu denen, in den beiden anderen Behandlungssettings.

2. Welche spezifischen psychosozialen Beratungsfoki lassen sich in der bisherigen sozialarbeiterischen Mitbetreuung abbilden?

Hypothese: Da die Bedeutung von Arbeit auch in der Allgemeinbevölkerung eine hohe Bedeutung hat und berufliche Aspekte im engen Zusammenhang mit gesundheitlichen Fragen stehen, wird davon ausgegangen, dass Berufsthemen im Fokus der sozialtherapeutischen Beratung stehen.

3. Gibt es spezifische soziale oder medizinische Faktoren, die den Schwerpunkt der psychosozialen Beratung dahingehend beeinflussen, ob ein Patient eher einen berufsbezogenen oder einen anderen sozialen Beratungsfokus hat?

Hypothese 1: Es wird davon ausgegangen, dass bestimmte sozioökonomische Probleme wie Erwerbslosigkeit mit mehr Bedarf im Bereich der Beratung von finanziellen Fragen bzw. der Tagesstruktur einhergehen.

Hypothese 2: Patienten die einer höheren gesundheitlichen Belastung ausgesetzt sind, und ein niedrigeres Strukturniveau (OPD) haben, bedürfen mehr sozialarbeiterischer Beratung außerhalb von beruflichen Themen,

Nach Auswertung der sozioökonomischen Daten ergaben sich für die einzelnen Fragestellungen spezifische Hypothesen, die im Verlauf des Ergebnisteils benannt werden.

6.5 Auswertung der erhobenen Daten

Es erfolgte im Bereich des sozioökonomischen Status bezogen auf die Gesamtstichprobe und im zweiten Schritt detailliert für die einzelnen Behandlungssettings eine Auswertung durch deskriptive Statistik in Bezug auf Häufigkeiten, Prozentzahlen und Mittelwerte. Aufgrund der starken Streuung bei den Werten der Arbeitsunfähigkeitszeiten erfolgte diesbezüglich die Ermittlung des Medians für die Gesamtstichprobe. Die Grundlage für die Auswertung der sozioökonomischen Daten lag bei n=1186 Patienten

Die Anwendung der deskriptiven Statistik ermöglicht einen Vergleich mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung. Durch diesen Vergleich können soziale Probleme der Patienten, z.B. bezogen auf Erwerbslosigkeit und finanzielle Problemlagen, erkannt und deren Ausmaß ermittelt werden. Durch den Vergleich der Behandlungssettings konnte zusätzlich herausgestellt werden, welche Patientengruppen stärker von dem jeweiligen sozialen Problem belastet sind. Die Auswertung von Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen erfolgte mit inferenzstatistischen Methoden, wie Korrelationen und Varianzanalysen. In diesem Zusammenhang wurde u.a. mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests ermittelt, inwiefern die beobachteten Häufigkeiten sich signifikant voneinander unterscheiden. Diese Prüfung erfolgte im Bereich der sozioökonomischen Daten für die Erwerbslosigkeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten und den Bildungsabschluss statt. Ein weiteres eingesetztes Verfahren ist die Varianzanalyse mit Einfaktorielle Anova, die ermöglicht, mehr als zwei Gruppen in dem vorliegenden Fall die drei Behandlungssettings, zu vergleichen.

Zur Auswertung der Stichprobe wurden Daten der Basisdokumentation zum Alter, Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen sowie der Einschätzung von Depression, Ängstlichkeit und somatoformer Beschwerden, die mit dem PHQ-D erhoben sind, herangezogen. Dies konnte für 841 Patienten der Stichprobe erfolgen. Der "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" ist die deutsche Version des PRIME-MD und soll die Erkennung und Diagnostik der häufigsten psychischen Erkrankungen unterstützen. Er besteht aus mehreren Bausteinen, zur Erfassung u.a. von Depressivität, Ängstlichkeit, somatoformer Störungen und der psychosozialen Funktionsfähigkeit (Kroenke et al. 2010). Neben der Erfassung der psychischen Störungen zeigt er auch im Bereich der Verlaufskontrolle eine gute Validität

(Löwe et al. 2005, Löwe et al. 2004a) sowie Veränderungssensitivität (Löwe et al. 2004b) erleichtern.

Die Frage nach den spezifischen psychosozialen Beratungsfoki erfolgte in der Auswertung auf verschiedene Art und Weise. Da die Erhebung der Beratungsfoki ein Jahr nach Erhebungsbeginn ergänzt wurde, ist die Grundlage $n=878$. Es erfolgte innerhalb der beiden Beratungsfokusgruppen (berufliche Beratungsfoki und weitere soziale Beratungsfoki) durch einsetzen von deskriptiver Statistik eine Darstellung der Häufigkeiten und Prozentzahlen in Bezug auf die jeweiligen Unterfoki. Es erfolgte eine Auswertung bezogen auf die Gesamtstichprobe und im weiteren Schritt eine Differenzierung für die jeweiligen Behandlungssettings. Innerhalb der Beratungsfokigruppen wurden durch die bereits genannten inferenzstatistischen Methoden für die einzelnen Unterfoki geprüft, inwiefern signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungssettings bestehen. Es erfolgte zusätzlich ein Vergleich der beiden Beratungsfokusgruppen hinsichtlich der Häufigkeit innerhalb der Gesamtstichprobe und der drei Behandlungssettings.

Zur Klärung der dritten Fragestellung nach dem Einfluss von spezifischen sozialen und medizinischen Faktoren auf die Beratungsfoki erfolgte an einer ausgewählten Stichprobe von $n=467$ eine Erhebung der Symptombelastung nach dem EB-45 und dem Strukturniveau, das mit dem OPD-SF erfasst wurde. Es wurde geprüft inwiefern die Symptombelastung und das Strukturniveau mit der Häufigkeit von beruflichen Fragen bzw. weiteren sozialen Beratungsfoki korrelieren. Zur weiteren Differenzierung erfolgte sowohl eine Partialkorrelation unter Kontrolle des EB 45 wie auch eine unter Kontrolle des OPD-SF. Dadurch konnten erste Ergebnisse zu psychotherapeutisch-medizinischen Faktoren herausgestellt werden.

Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF) umfasst 95 Aussagen zur Selbstbeschreibung. Auf einer fünfstufigen Skala kann der Patient angeben, inwiefern die Aussage auf ihn zu trifft. Der Fragebogen wurde in der Heidelberger Arbeitsgruppe als zusätzliches diagnostisches Mittel entwickelt und evaluiert (Ehrenthal et al. 2012), um die strukturellen Fähigkeiten nach der OPD-2 (OPD Arbeitskreis 2006) durch die Selbstbeschreibung des Probanden zu erfassen. Bisher waren diese nur durch das OPD-Interview zugänglich. Die Fragen können den verschiedenen Strukturdimensionen der OPD-2 zugeordnet werden. Die Evaluation des Bogens an insgesamt über 1100 Patienten und Probanden ergab eine zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilität des Fragebogens (Cronbach's Alpha von .96) und der Gesamtskalen (Cronbach's Alpha von .72 - .91). Der OPD-SF kann vielseitig eingesetzt werden. So ist es möglich zwischen klinischen und nichtklinischen Stichproben sowie innerhalb klinischer Stichproben zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden.

Der EB-45 (Haug et al 2004) ist ein Fragebogen zur Veränderungsmessung in der Psychotherapie. Der Fragebogen wurde als Instrument für eine häufige Messwiederholung entwickelt, um in kürzesten Abständen Fortschritte im psychotherapeutischen Behandlungsverlauf zu erfassen. Er umfasst 45 Fragen, die wie der OPD-SF über eine fünfstufige Likert Skala vom Patienten beantwortet werden soll. Die 45 Fragen werden zu drei Subskalen (Symptombelastung, zwischenmenschliche Beziehung und soziale Integration) und einer Gesamtskala zur allgemeinen psychischen Beeinträchtigung addiert. Dabei bedeutet ein hoher Skalenwert eine starke Beeinträchtigung. Die Eignung des Fragebogens für eine kontinuierliche Messung von psychotherapeutischen Veränderungsprozessen konnte einer nicht klinischen Studie (Bevölkerungstichprobe n=232 und Bahnpendler n=615) sowie einer klinischen Stichprobe (ambulante Psychotherapiepatienten n=671 und stationäre Psychotherapiepatienten n=960) durch Haug et al. (2004) nachgewiesen werden.

In Bezug auf den Zusammenhang von sozioökonomischen Faktoren und spezifischen Beratungsfoki erfolgte ein Vergleich der Patienten, die erwerbslos sind mit denen, die erwerbstätig sind. Für diesen Vergleich wurden zwei Unterfoki genutzt, die aufgrund ihrer prozentualen Häufigkeit einen hohen Stellenwert in der sozialtherapeutischen Beratung in der stationären psychotherapeutischen Versorgung haben. Hierbei handelt es sich um den finanziellen Beratungsfoki und den zur Tagesstruktur.

7 Beschreibung der Stichprobe

7.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Der retrospektiven Auswertung der erhobenen sozialanamnestischen Daten liegt eine Stichprobe von 1186 Patienten zu Grunde, die von 2010-2013 in der stationären oder teilstationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung der Psychotherapiestationen der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg befanden.

7.1.1 Fallzahlen

In den folgenden Diagrammen ist die Verteilung der Fallzahlen auf die erhobenen Jahre und auf die unterschiedlichen Settings abgebildet. Die Settings wurden im Kapitel 6.1. bereits ausführlich beschrieben.

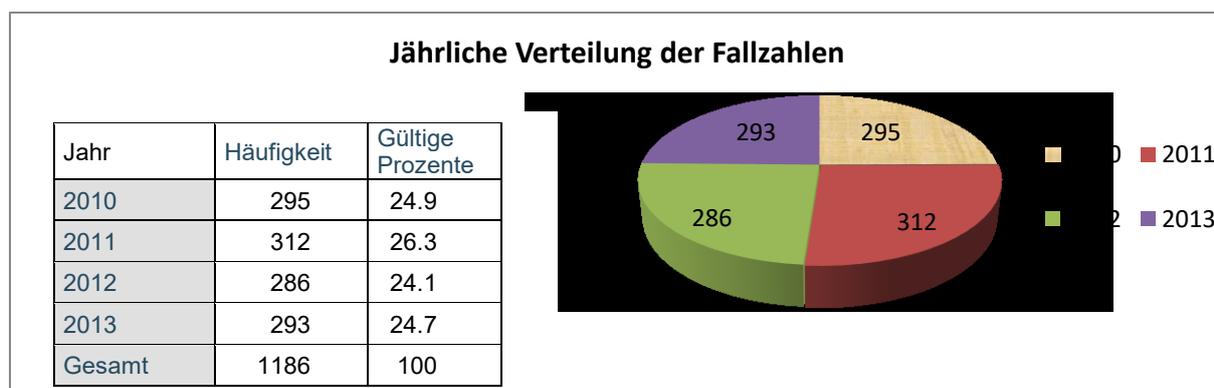


Abb. 3: Häufigkeiten der Fallzahlen bezogen auf den Erhebungszeitraum 2010-2013

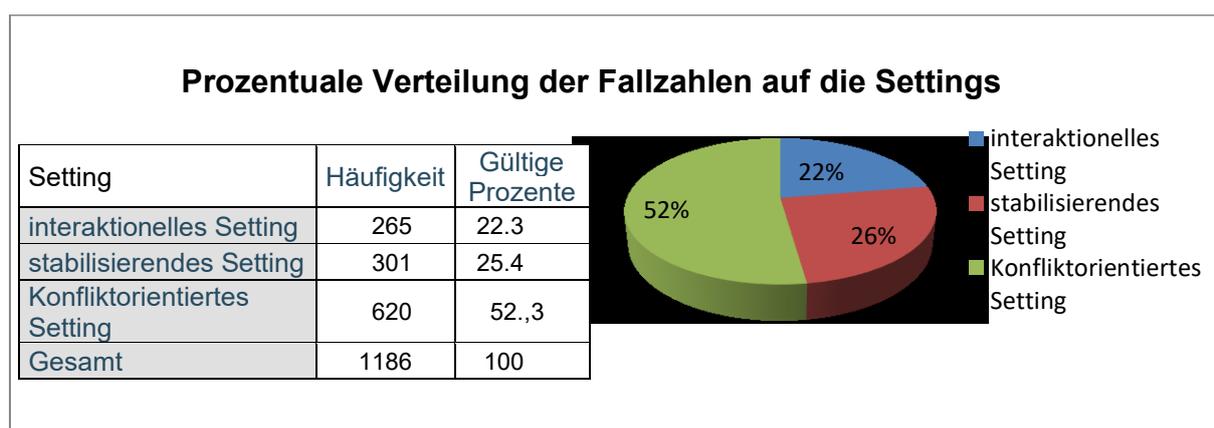


Abb. 4: Häufigkeiten der Fallzahlen bezogen auf die Settings

Die Fallzahlen sind über die Jahre und auf beiden Psychotherapiestationen annähernd gleich verteilt. Die Station Mitscherlich mit dem strukturbezogenen - interaktionellen Setting und dem strukturbezogenen- stabilisierenden Setting hat an der Stichprobe einen prozentualen Anteil von 47.7 %. Die Station AKM (konfliktorientierenden-affektmobilisierenden Setting) verfügt über teil- und vollstationäre Betten und hat einen Anteil von 52.3 % der Fallzahlen. Mit 27 Therapieplätzen ist die Station AKM (konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Setting) etwas größer als die Station Mitscherlich mit 22 Plätzen. Da die Patienten zwischen dem vollstationären und tagesklinischen Setting innerhalb des Behandlungszeitraums je nach Indikation wechseln, konnte diesbezüglich keine Unterscheidung auf der Station AKM vorgenommen werden. Die beiden Therapiesettings auf der Station Mitscherlich (strukturbezogene Settings) können jeweils mit 10-12 Patienten belegt werden und sind somit je nach Belegungssituation annähernd gleich groß.

7.1.2 Zusammensetzung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht

Von den 1186 in die Erhebung eingeschlossenen Patienten konnten von 841 Patienten die Basisdokumentationsdaten zur Auswertung der Stichprobe hinzugezogen werden. Die folgende Darstellung zeigt, dass rund $\frac{3}{4}$ der Patienten die in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik stationär bzw. teilstationär behandelt werden weiblich sind.

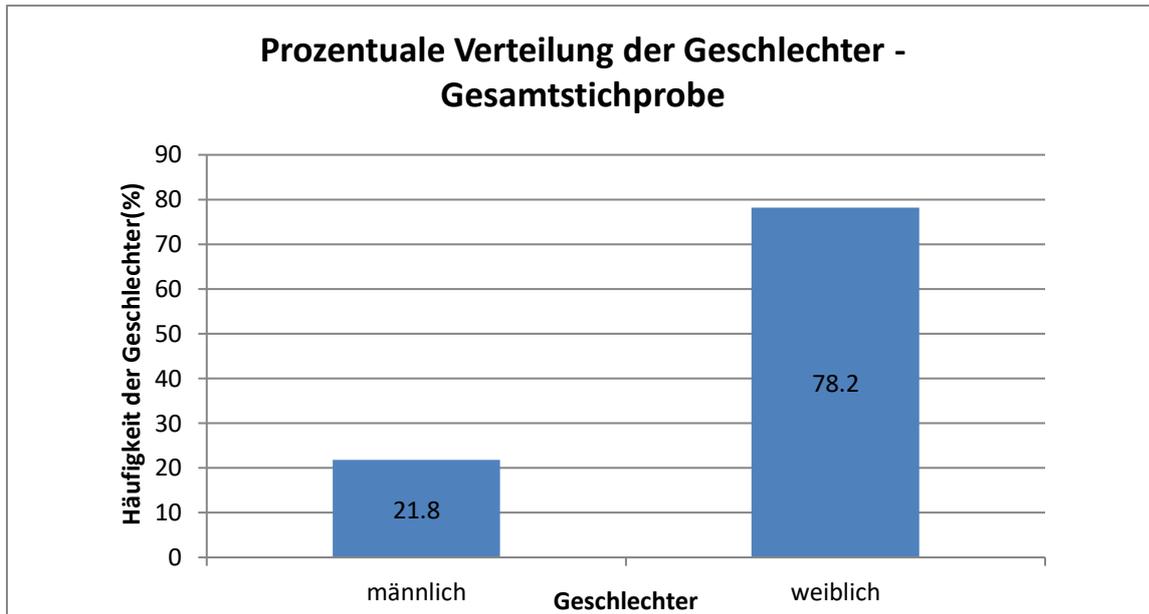


Abb. 5: Prozentuale Häufigkeit der Geschlechter bezogen auf die Gesamtstichprobe n=841

In der Betrachtung der einzelnen Settings zeigt sich für die beiden strukturbezogenen Behandlungssettings, dass mehr als 80 % der Patienten weiblich sind. Im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting lag der weibliche Patientenanteil bei 67.5 % und der männliche Anteil bei 32.5%.

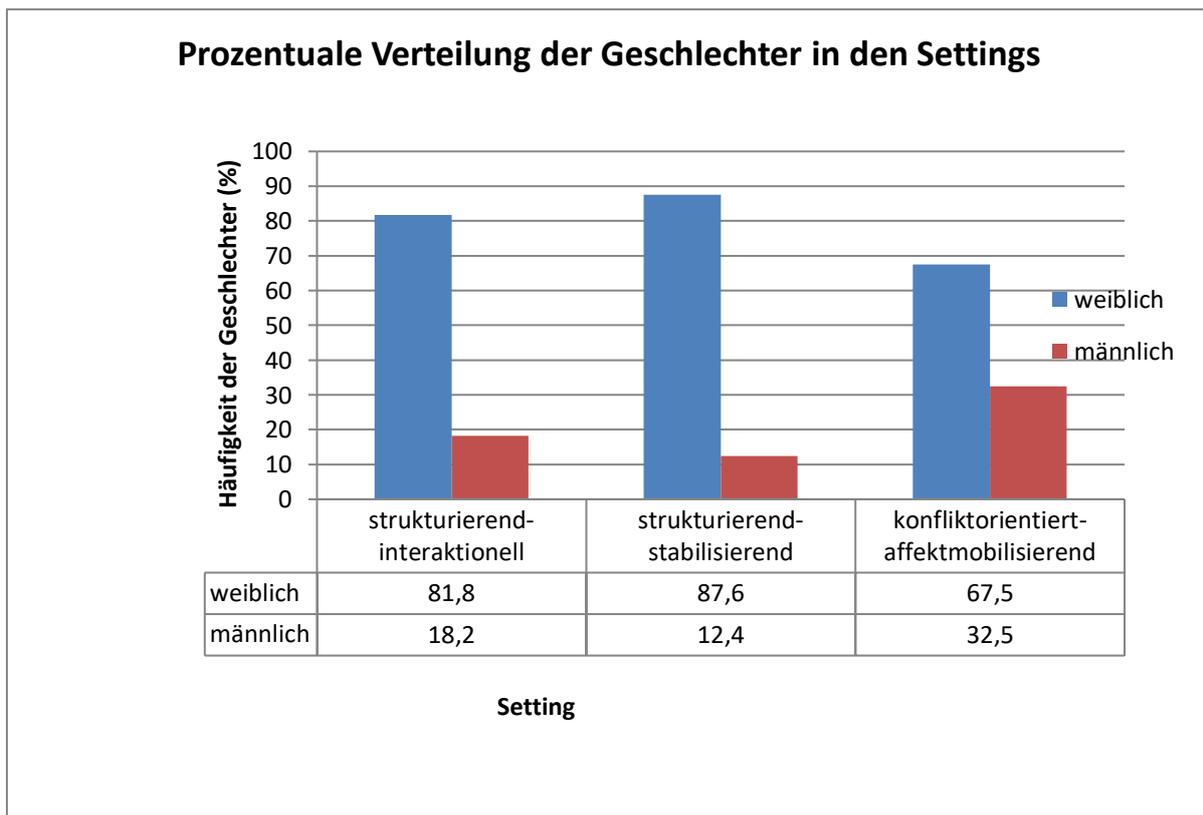


Abb. 6: Verteilung der Geschlechter auf die drei Behandlungssettings, n=841

In der Altersstruktur zeigt die Auswertung der Basisdokumentationsdaten, dass die Gruppe der 17-29jährigen Patienten mit 43.1 % die am häufigsten vertretene Altersgruppe ist. Gefolgt von den beiden Patientengruppen im Alter von 30-39 Jahren (21.8%) und 40-49 Jahren (20.2 %).

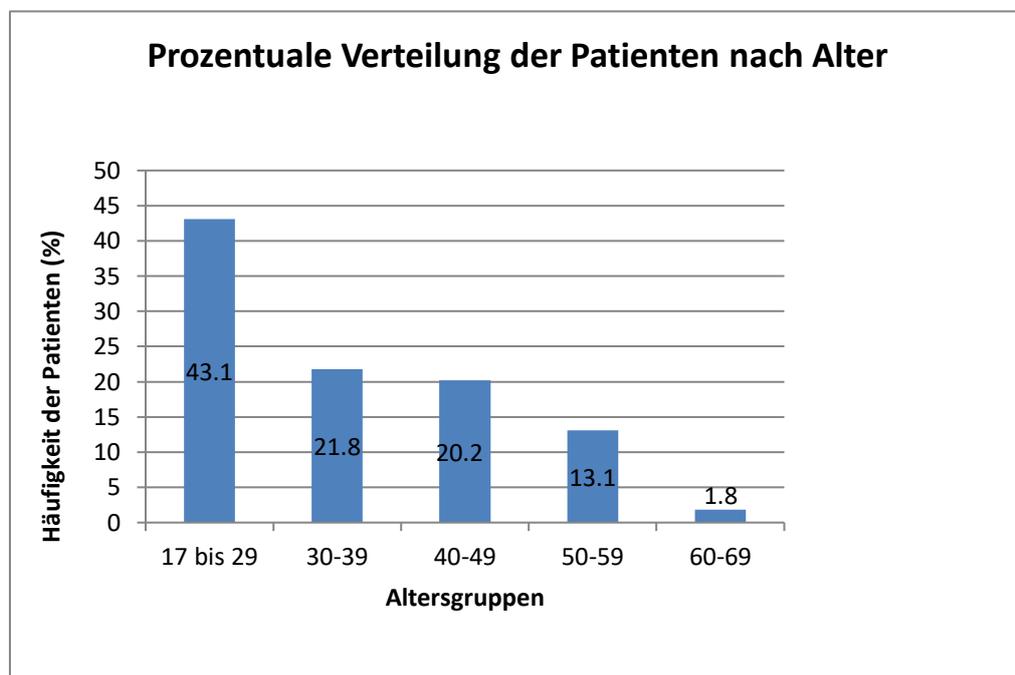


Abb. 7: Prozentuale Verteilung der Patienten auf Altersgruppen in Bezug auf die Gesamtstichprobe. n=840

In der Betrachtung der einzelnen Settings dieser Stichprobe zeigte sich, dass die Patienten des strukturbezogenen interaktionellen Settings im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings im Durchschnitt jünger waren. Dieser Wert wurde signifikant ($F(2,839) = 16.60, p < .001$). Der Mittelwert des Alters der Gesamtstichprobe liegt bei 34.69 Jahren.

Tab. 2: Mittelwerte und Standardabweichung – Altersdurchschnitte Settingvergleich

Vergleich des Altersdurchschnitt in den Settings			
setting_3	Mittelwert	Std.-Abweichung	N
interaktionelles S.	31.06	10.48	247
stabilisierendes S.	36.27	12.011	274
konfliktorientes S.	36.13	12.477	319
Gesamt	34.69	11.984	840

Bevor die Ergebnisse der Auswertungen der sozialökonomischen Daten beschrieben werden, wird im folgenden Abschnitt ein Überblick zu den prozentualen Häufigkeiten der psychischen und psychosomatischen vergebenen Krankheitsdiagnosen der untersuchten Stichprobe gegeben.

7.1.3 Hauptdiagnosen der Patienten

In der Auswertung wurde sich beschränkt auf die Darstellung der vergebenen Hauptdiagnosegruppen. Es erfolgt an dieser Stelle gleich eine Differenzierung nach Settings. Der Auswertung wurde auf Grundlage der Basisdokumentationsdaten von 841 Patienten erstellt. Für das konfliktorientierte Setting konnten 320 Patienten in die Auswertung der Hauptdiagnosen einbezogen werden. Für 247 Patienten des interaktionellen Settings lagen die Daten der Basisdokumentation vor. 274 Patienten des stabilisierenden Settings konnten in die Auswertung der Hauptdiagnosen einbezogen werden. Fehlende Werte im Vergleich zur Gesamtstichprobe (N= 1186) beziehen sich vor allem auf Schwierigkeiten in der Routineerhebung, sowie dem anonymisierten Zusammenfügen von Daten aus der Routineversorgung.

Tab. 3: Anzahl der Patientenzahlen der einzelnen Settings zur Auswertung der Hauptdiagnosedaten

strukturbezogenes-interaktionelles Setting Gesamtstichprobe N= 265	Gültig	247
	Fehlend	18
strukturbezogenes-stabilisierendes Setting. Gesamtstichprobe N= 301	Gültig	274
	Fehlend	27
konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Setting Gesamtstichprobe N = 620	Gültig	320
	Fehlend	300

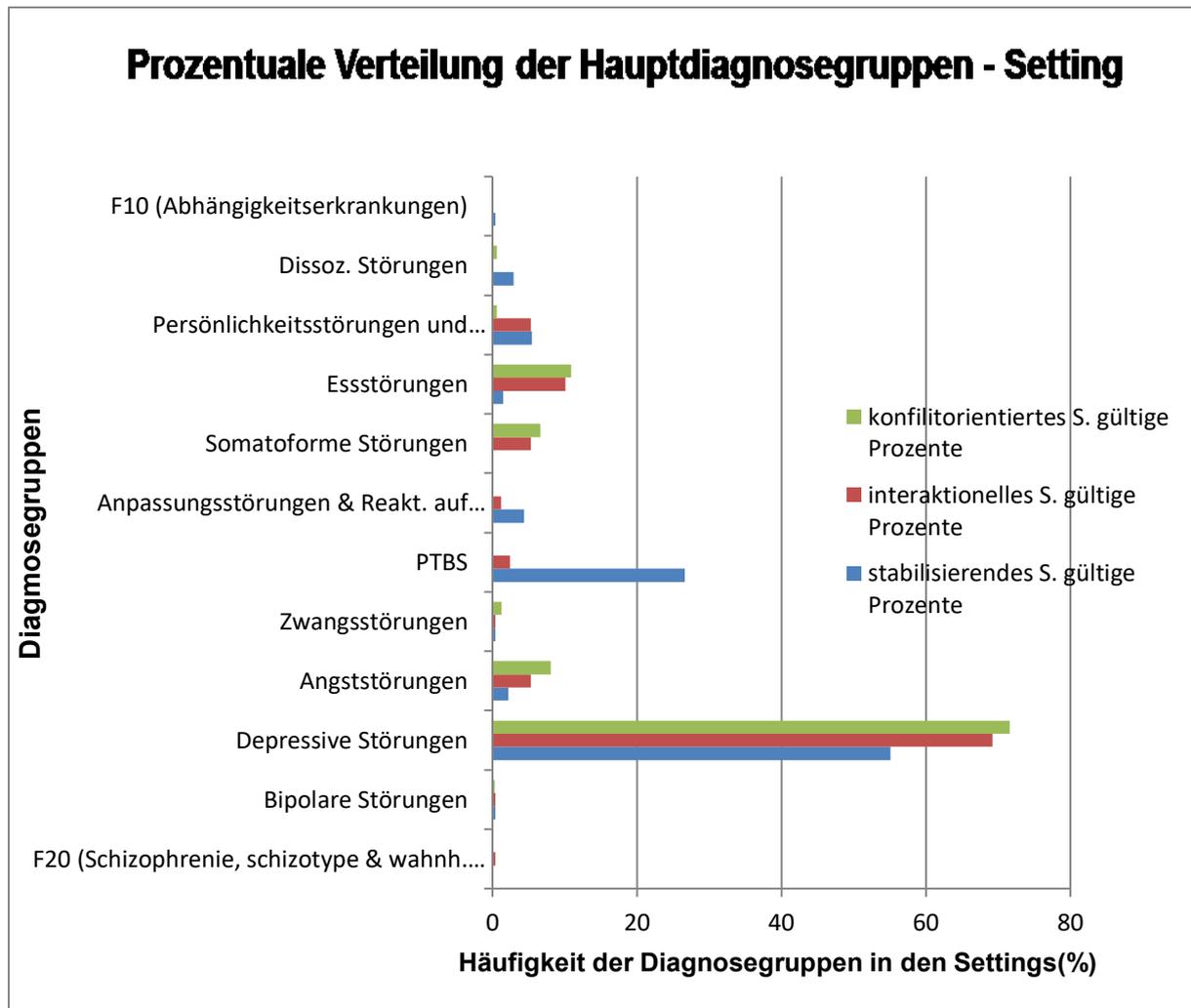


Abb. 8: Prozentuale Häufigkeit der Diagnosegruppen in den Behandlungssettings n=841

Die Graphik zeigt, dass die depressiven Störungen in allen drei Settings, die am häufigsten vergebene Diagnosegruppe in der untersuchten Stichprobe ist. Mehr als die Hälfte der Patienten haben aus dem Bereich der depressiven Störungen eine Hauptdiagnose erhalten. Im strukturbezogenen-interaktionellen und im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting standen die Essstörungen mit rund 10 % an zweiter Stelle. Im strukturbezogenen-stabilisierenden Setting liegt die Diagnosegruppe der Posttraumatischen Belastungsstörungen an zweiter Stelle. Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung zeigt die Auswertung, dass in den beiden strukturbezogenen Behandlungssettings, diese Diagnosegruppe bei jeweils rund 5 % der Patienten als Hauptdiagnose vergeben wurde und an dritter Position liegt. Im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting erhielten nur 0.6 % eine Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose. Die Gruppe der Angststörungen lag im interaktionellen mit 5.3 % und mit 8.1 % im konfliktorientierten Setting an dritter Stelle. Im strukturbezogenen-interaktionellen Setting lagen insgesamt drei Diagnosegruppen gleich

auf. Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Somatoforme Störungen wurden bei jeweils 5,3 % der Patienten als Hauptdiagnose vergeben.

7.1.4 Bildungsniveau und Erwerbsstatus

Zu Beginn der stationären Behandlung wurden die Patienten in der routinemäßig stattfindenden Sozialanamnese zu ihrem aktuellen Erwerbsstatus und dem Bildungsniveau befragt. Im folgenden Abschnitt werden die prozentualen Häufigkeiten zu den einzelnen Kategorien des Bildungsniveaus und des Erwerbsstatus bezogen auf die Gesamtstichprobe dargestellt.

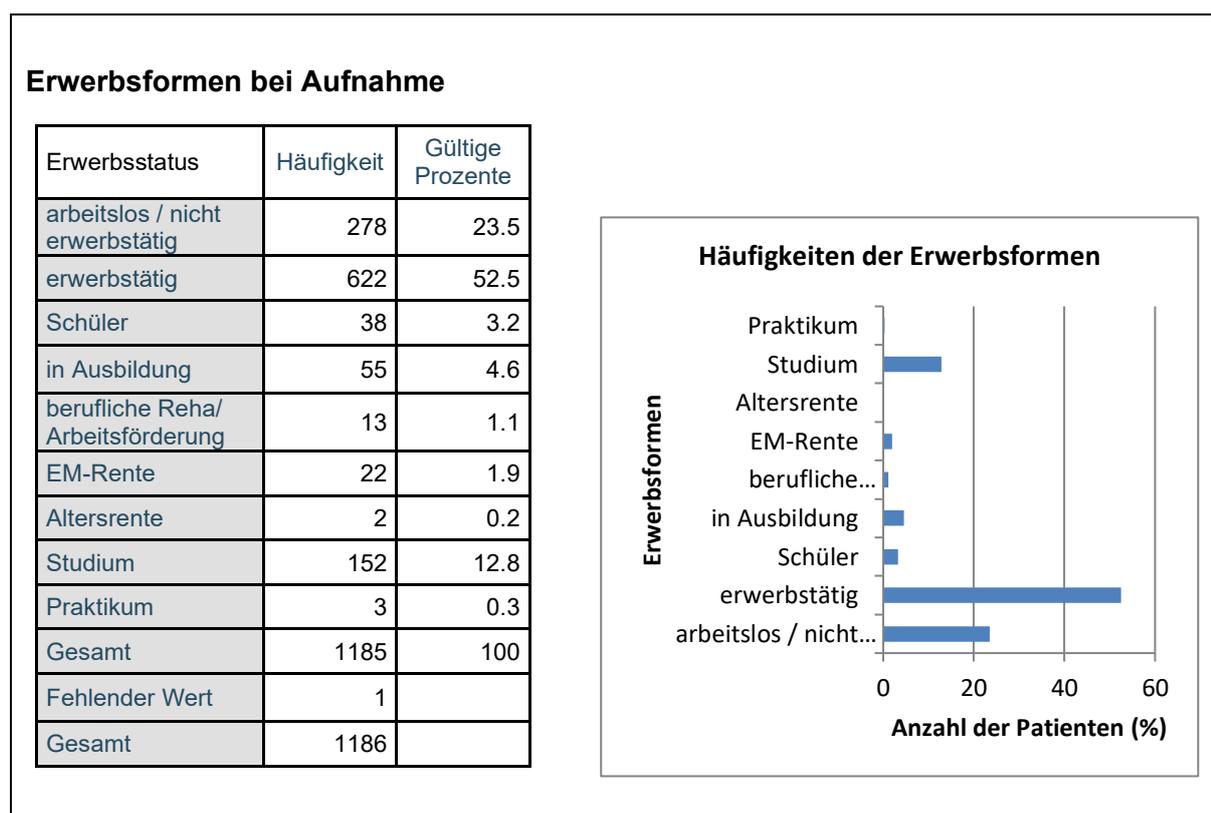


Abb. 9: Häufigkeiten der Erwerbsformen der Patienten in der Gesamtstichprobe

In der Gesamtstichprobe waren gut die Hälfte (52.5 %) der Patienten erwerbstätig und knapp ein Viertel (23.5 %) arbeitslos bzw. nicht erwerbstätig zu Beginn der stationären Aufnahme. In die Kategorie „nicht erwerbstätig“ fielen Hausfrauen. Ihre Anzahl fiel mit 9 Personen gegenüber 269 arbeitssuchend gemeldeten Patienten gering aus. Gut 20 % der Patientengruppe befand sich noch in der schulischen oder beruflichen Ausbildung. Es wurde in der weiteren Auswertung geprüft inwiefern die hohe Zahl der erwerbslosen Patienten abhängig vom Geschlecht ist. Der Vergleich der Geschlechter mit dem Chi-Quadrat Test nach Pearson ergab keinen signifikanten Unterschied ($p=.95$).

In Bezug auf das Bildungsniveau wurden der höchste Schulabschluss und der berufliche Ausbildungsstand erhoben.

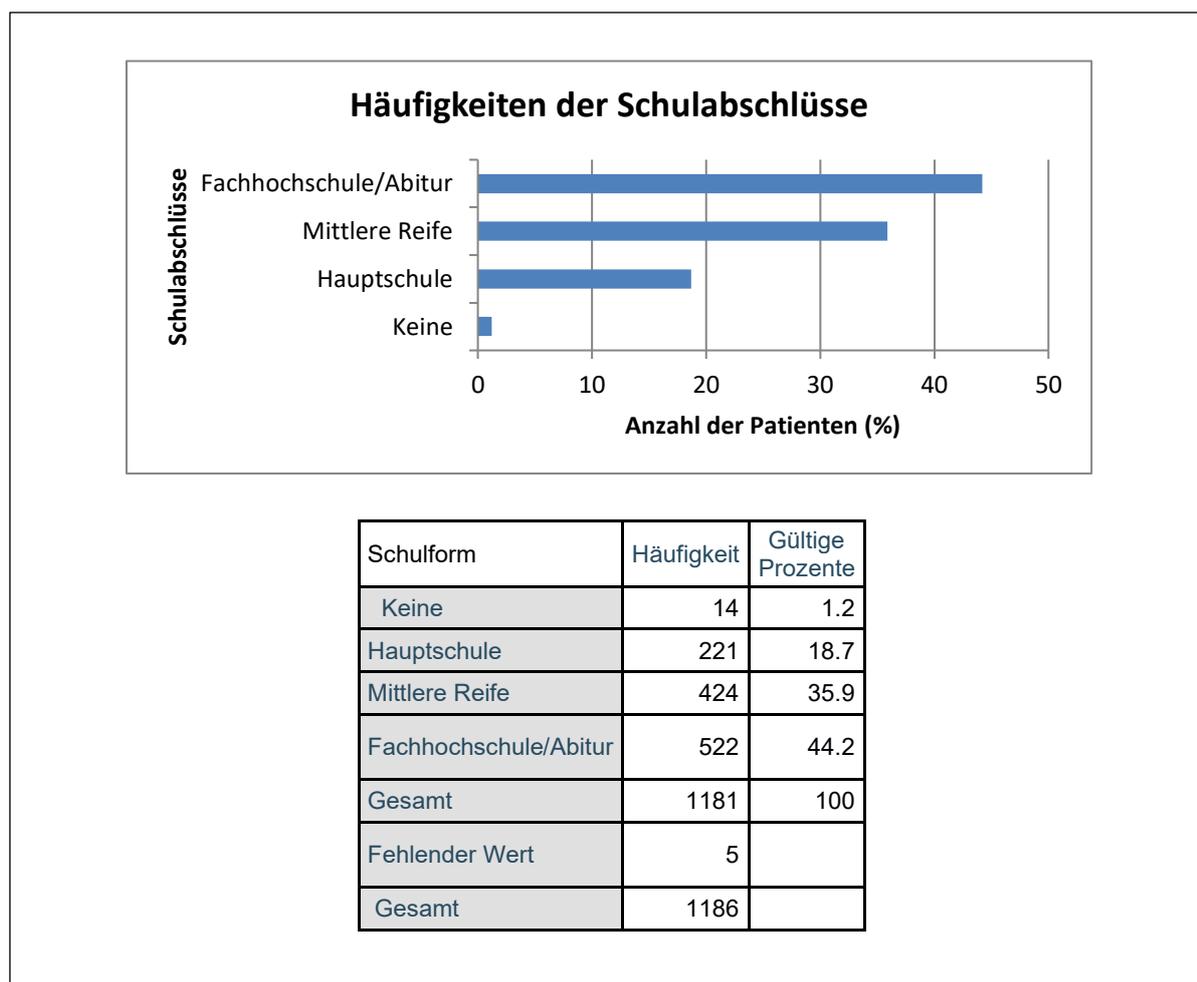


Abb. 10: Prozentuale Häufigkeit der Schulabschlüsse in der Stichprobe n=1186

Ein Großteil (44.2 %) der Patienten der Stichprobe haben das Abitur oder die Fachhochschulreife abgelegt. Über die Mittlere Reife verfügen 35.9 % der Patienten. Den Hauptschulabschluss haben 18,7 % der Patienten abgelegt und 1.2 % der Stichprobe verfügt über keinen Schulabschluss. Die Patienten, die sich noch in der Schulausbildung befanden, waren Gymnasiasten oder holten auf dem zweiten Bildungsweg den Realschulabschluss nach. Bei ihnen wurde der bereits erreichte Schulabschluss „Mittlere Reife“ oder „Hauptschulabschluss“ dokumentiert.

Die folgende Abbildung zeigt den Überblick zum Ausbildungsniveau der Patienten. Eine abgeschlossene Berufsausbildung haben dreiviertel der Patienten der Stichprobe. In Ausbildung und Studium befinden sich 15.6 % der Patientin. 10.5 % der Patienten sind noch Schüler bzw. haben die Schule in den letzten Monaten abgeschlossen und warten auf einen Ausbildungs- bzw. Studienplatz. 7.3 % der Patienten verfügen über keine Ausbildung

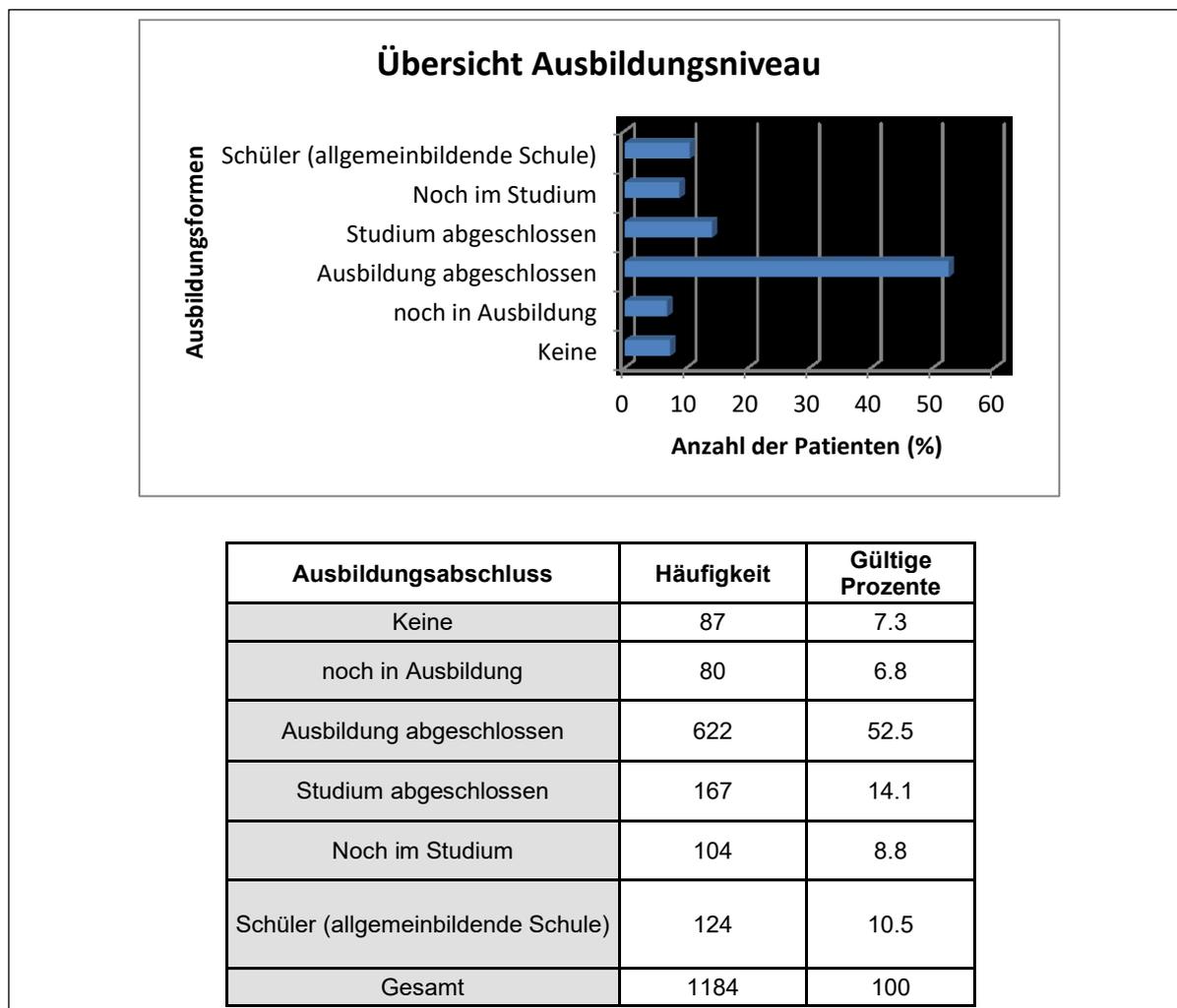


Abb. 11: Prozentuale Häufigkeit der Ausbildungsabschlüsse innerhalb der Stichprobe

Zusätzlich wurden die Berufsfelder erhoben, in denen die Patienten aktuell bzw. zuletzt tätig waren. Als Grundlage für die Zuordnung der Tätigkeiten zu Berufsfeldern wurde die Einteilung der Arbeitsagentur und der dortigen Berufsberatung (Bundesarbeitsagentur 2008a und 2008b) genommen. Die folgende Grafik zeigt, dass die drei häufigsten genannten Berufsfelder der Bereich „Wirtschaft, Verwaltung und Rechtswissenschaften“ mit 26.6 %, „Soziales/Pädagogik und Gesellschafts- und Sozialwissenschaften/Lehrämter“ mit 13.2 % und der Dienstleistungsbereich mit 11.5 % sind. Keinem konkreten Berufsfeld konnten 15.7 % der Patienten zu geordnet werden.

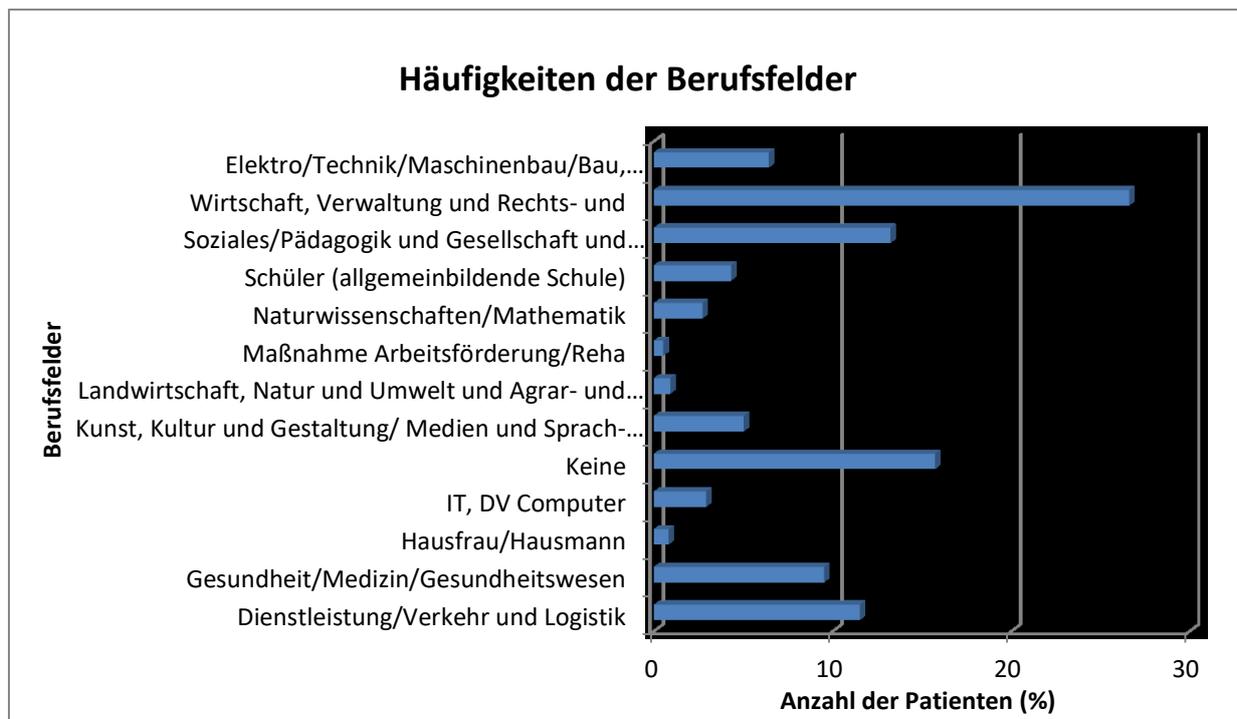


Abb. 12: Prozentuale Häufigkeit der Berufsfelder, in denen Patienten tätig sind und zuletzt waren

7.1.5 Vergleich der Einkommenssituation

Im Rahmen der Sozialanamnese wurde bei allen Patienten die Einkommensart zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erhoben.

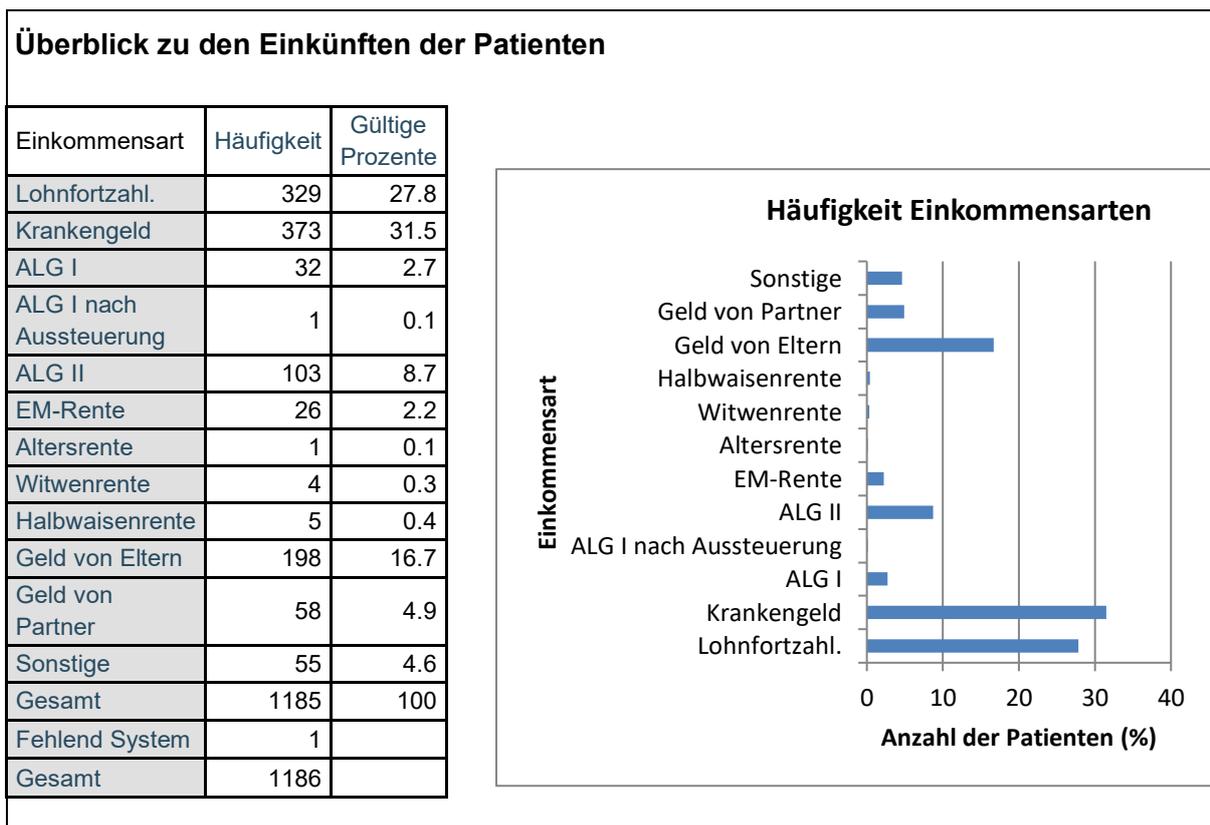


Abb. 13: Prozentuale Häufigkeiten der Einkommen in der Gesamtstichprobe

Bereits bei der stationären Aufnahme befinden sich 31.5 % der Patienten im Krankengeldbezug und sind länger als 6 Wochen arbeitsunfähig bzw. stehen bei Arbeitslosigkeit dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung. Mindestens 13.7 % der Patientin sind von staatlichen Leistungen Arbeitslosengeld I (ALG I), Arbeitslosengeld II (ALG II) oder Erwerbsminderungsrente abhängig. Lohnfortzahlung und der Leistungsbezug vom Arbeitslosengeld I enden bei einer Arbeitsunfähigkeit in der Regel nach 6 Wochen. Da bei der Erhebung des Krankengeldbezuges nicht differenziert wurde zwischen Ende der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber und Leistungsende von Arbeitslosengeld I nach jeweils 6 Wochen ist davon auszugehen, dass mehr Patienten der Stichprobe von staatlichen Leistungen abhängig sind. 16.7 % der Patienten erhielten finanziellen Unterhalt durch die Eltern. Knapp 5 % der Patienten waren vom Partner finanziell abhängig.

7.1.6 Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Aufnahme

Im Rahmen der Sozialanamnese wurden die Patienten nach der Länge der aktuellen Arbeitsunfähigkeitszeit gefragt. 86 % der Patienten konnten hierzu Angaben machen. Bei den Daten handelt es sich um geschätzte Angaben, da nicht alle Patienten genau das Datum des 1. Arbeitsunfähigkeitstages wussten.

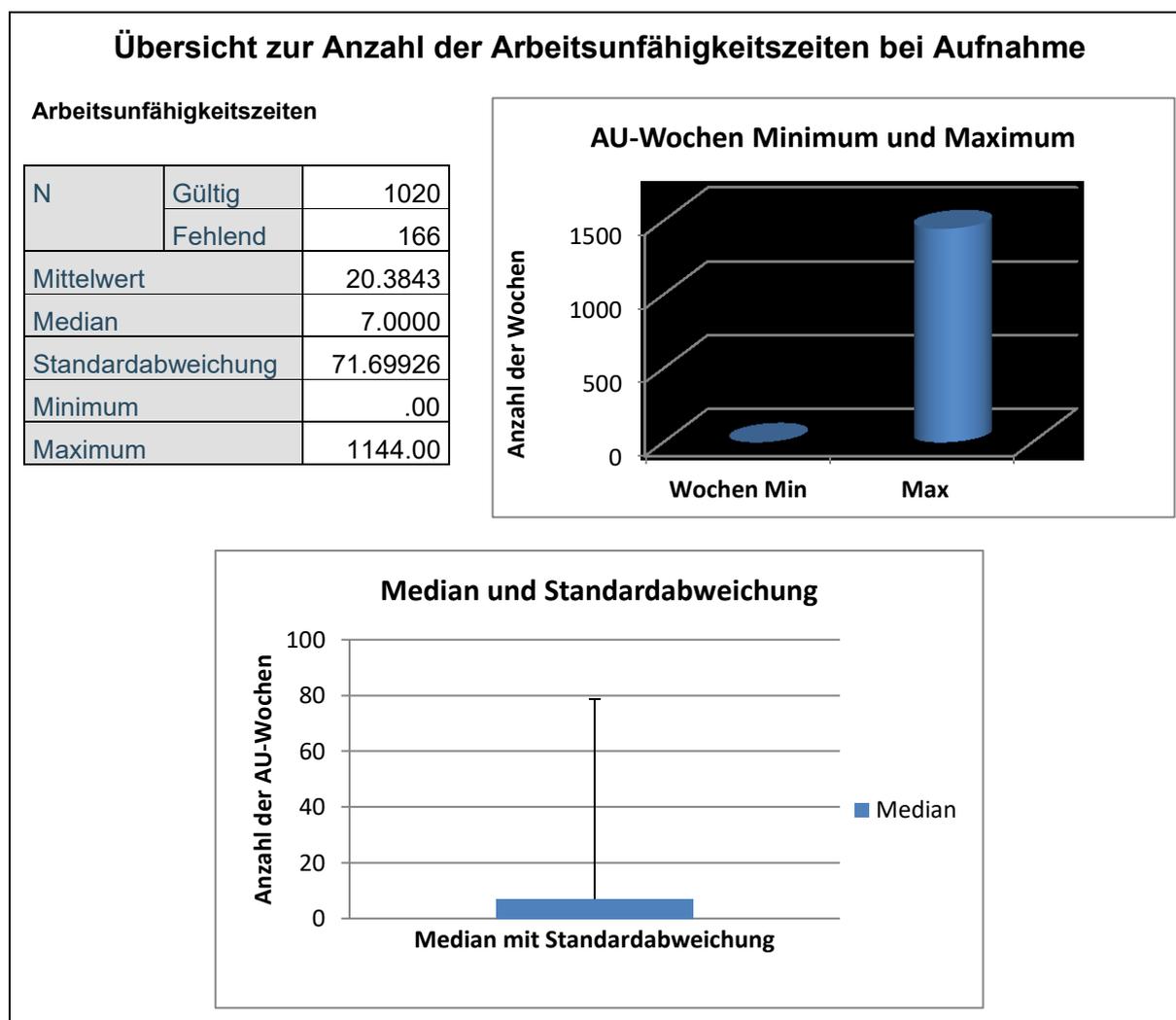


Abb. 14: Übersicht zu maximalen Arbeitsunfähigkeitszeit, Standardabweichung und Median bezogen auf die Gesamtstichprobe n=1186

Es zeigt sich eine große Variabilität bei der Länge der Arbeitsunfähigkeit der Patienten bei Aufnahme. Die Spanne beträgt 0 bis 1144 Wochen. Die hohen Werte der Arbeitsunfähigkeitswochen sind u.a. auf Patienten mit bereits langen bestehenden Erwerbsminderungsrentenzeiten zurückzuführen. Der Mittelwert aller Arbeitsunfähigkeitszeiten beträgt 20.38 Wochen. Aufgrund einer teilweisen hohen Spanne wurde der Median von 7.0 grafisch angegeben.

7.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Settings

Im folgenden Abschnitt wird aufgezeigt welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Bereich des Bildungsniveaus, der Erwerbstätigkeit, der finanziellen Situation und der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Settings bestehen.

7.2.1 Bildungsniveau und Erwerbstätigkeit

Zu Beginn dieses Kapitel wird auf die Schulbildung der Patienten in den drei Settings eingegangen. Unsere Hypothese war es, dass die Patienten des Stabilisierungssettings aufgrund ihrer komplexeren Erkrankung einen niedrigeren Bildungsstand haben.

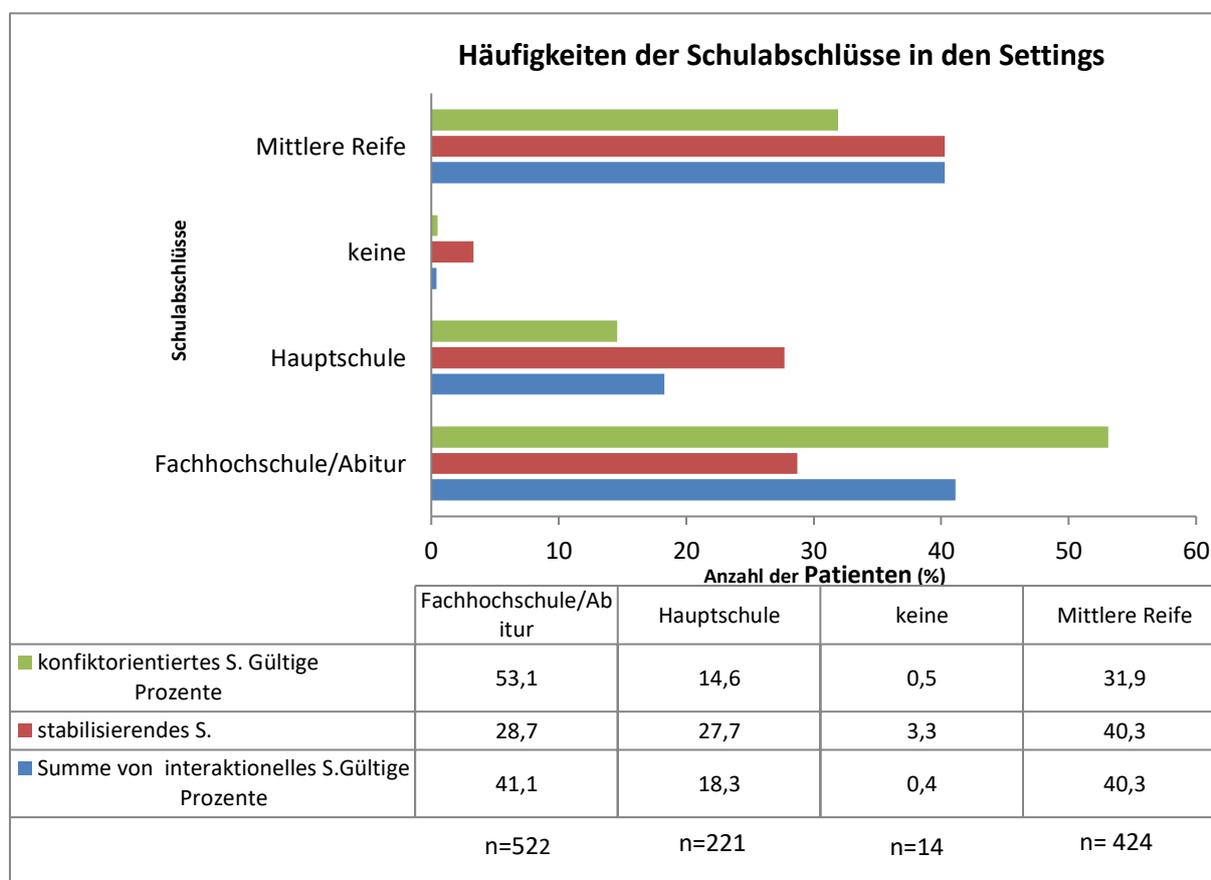


Abb. 15: Vergleich der Prozentualen Häufigkeiten der Schulabschlüsse in den Settings

Im Bereich der Schulabschlüsse zeigt sich, dass mehr Patienten des Stabilisierungssettings (27.7 %) im Vergleich zum interaktionellen und konfliktorientierten Setting über einen Hauptschulabschluss verfügen oder der Abschluss ganz fehlt. Patienten des Stabilisierungssettings haben im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings den niedrigsten Wert (28.7 %) in der Kategorie Abitur bzw. FH-Reife. Mehr als die Hälfte (53.1 %) der Patienten des konfliktorientierten Settings haben eine Fachhochschulreife oder das Abitur. Das sind noch einmal mehr als 10 % im Vergleich zum strukturbezogenen interaktionellen Setting mit 41.1 %. Im mittleren Schulabschluss gibt es keine Unterschiede zwischen den beiden strukturbezogenen Settings. In beiden Patientengruppen liegt die Abschlussquote der Mittleren Reife bei 40.3 %. Das konfliktorientierte Setting verfügt aufgrund der höheren Abschlüsse im Bereich der Hochschulreife über weniger Patienten mit Mittlerer Reife.

Im folgenden Abschnitt wird aufgezeigt wie das Ausbildungsniveau in den einzelnen Settings sich darstellt. Es wird auf mögliche Zusammenhänge zwischen Schulabschluss und beruflichen Ausbildungsniveau eingegangen. Da von Seiten der Autorin die Hypothese bestand, dass Patienten mit strukturellen Defiziten häufiger keinen Ausbildungsabschluss haben erfolgte eine entsprechende Überprüfung. Mögliche signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungssettings in Bezug auf die der Kategorie „kein Ausbildungsabschluss“ wurden mit dem Chi Quadrat Test nach Pearson getestet.

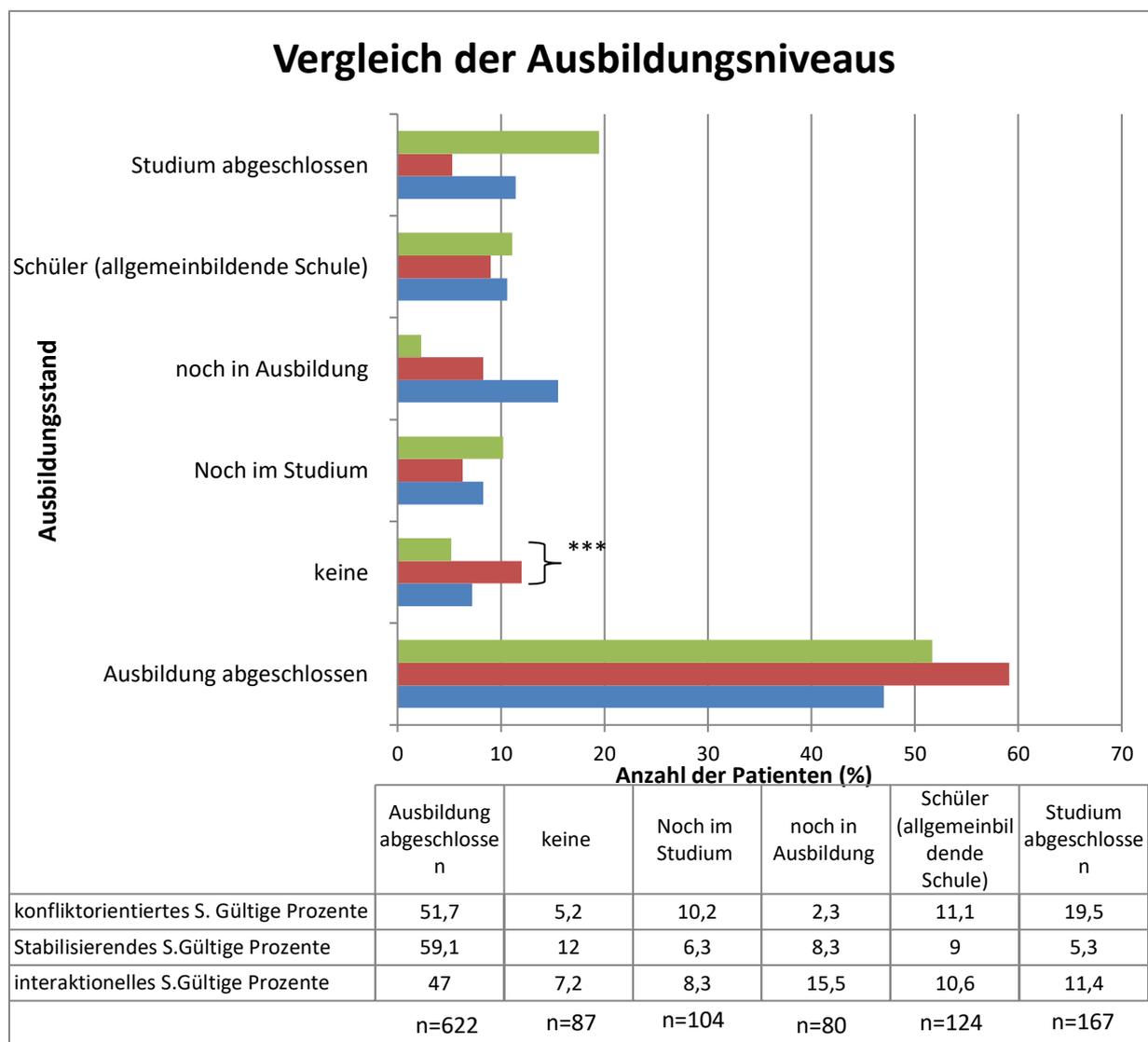


Abb. 16: Übersicht der prozentualen Häufigkeiten der Ausbildungsabschlüsse in den Settings. Signifikanz im Bereich des Ausbildungsniveaus zwischen den Settings (***) $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

Beim Ausbildungsniveau der Patienten in den unterschiedlichen Settings zeigt sich, dass wie im Bereich der Schulabschlüsse die Patientengruppe des Stabilisierungssetting höhere Werte in der Kategorie „keinen Ausbildungsabschluss“ hat im Vergleich zu dem interaktionellen bzw. konfliktorientierten Setting. Mit 12 % hat die Gruppe des Stabilisierungssettings im Vergleich zum konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting

doppelt so viele Patienten ohne Ausbildungsabschluss. Dieser höhere Wert ist signifikant ($\chi^2(1) = 13.64$, $p < .001$). Zwischen den beiden strukturbezogenen Settings besteht kein signifikanter Unterschied in dieser Kategorie ($p = .06$). Ebenfalls wird der Wert zwischen dem interaktionellen und dem konfliktorientierten Setting nicht signifikant ($p = .24$). Dass die Patienten des konfliktorientierten-affektmobilisierenden Settings im Durchschnitt ein höheres Bildungsniveau haben, zeigt sich auch im Bereich der Studienabschlüsse. Mit 19.5 % haben ein Fünftel der Patienten ein abgeschlossenes Studium im Vergleich zu den beiden anderen Settings mit 11.4 % bzw. mit 5.3 %. Im Bereich der Ausbildungsabschlüsse zeigt sich, dass die Gruppe der Patienten im Stabilisierungssetting den größten Wert mit 59.1 % hat.

Betrachtet man Studienabschluss und Ausbildungsabschluss gemeinsam ergibt sich für diese Stichprobe, dass 71.2 % der Patienten im konfliktorientierten Behandlungssetting, 65.4 % des interaktionellen Settings und 58.4 % des Stabilisierungssettings einen Berufsabschluss haben. Dabei ist zu beachten, dass im Vergleich zu den beiden anderen Settings aus der Patientengruppe im interaktionellen Setting sich mehr Patienten noch in der Ausbildung befinden. Zur Vervollständigung und Einordnung der Bildungsabschlüsse wird im folgenden Abschnitt auf den Erwerbsstatus der einzelnen Settings eingegangen.

Es gibt in der Kategorie arbeitslos und nicht erwerbstätig höhere Werte im Stabilisierungssetting mit 35.90 % im Vergleich zu den Patienten aus den interaktionellen Settings (18.20 %) und dem konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting (19.7 %). Damit sind bei der stationären Aufnahme mehr als ein Drittel der Patientengruppe des Stabilisierungssettings ohne berufliche Anstellung..

Die Zahl der Erwerbstätigen unterscheidet sich in den drei Settings wenig. Im konfliktorientierten Setting sind gut die Hälfte (57.8) der Patienten in beruflicher Anstellung ohne Berücksichtigung der Patienten, die sich noch im Ausbildungsprozess befinden. Im interaktionellen Setting (49.2 %) und im Stabilisierungssetting (44.9 %) sind es etwas weniger als die Hälfte der Patientin, die in beruflicher Anstellung sind. Bezieht man die Erwerbsformen „noch in Ausbildung“ und „Studium“ ein, ergibt sich folgendes Bild in Bezug auf die berufliche Tätigkeit: Im Stabilisierungssetting sind 57.2 % der Patienten beruflich eingebunden, im interaktionellen Setting 72.3 % und im konfliktorientierten Setting 74.7 %. Das bedeutet, dass nur gut die Hälfte der Patienten aus dem Stabilisierungssetting beruflich tätig ist im Vergleich zu knapp zwei Dritteln der beiden anderen Settings.

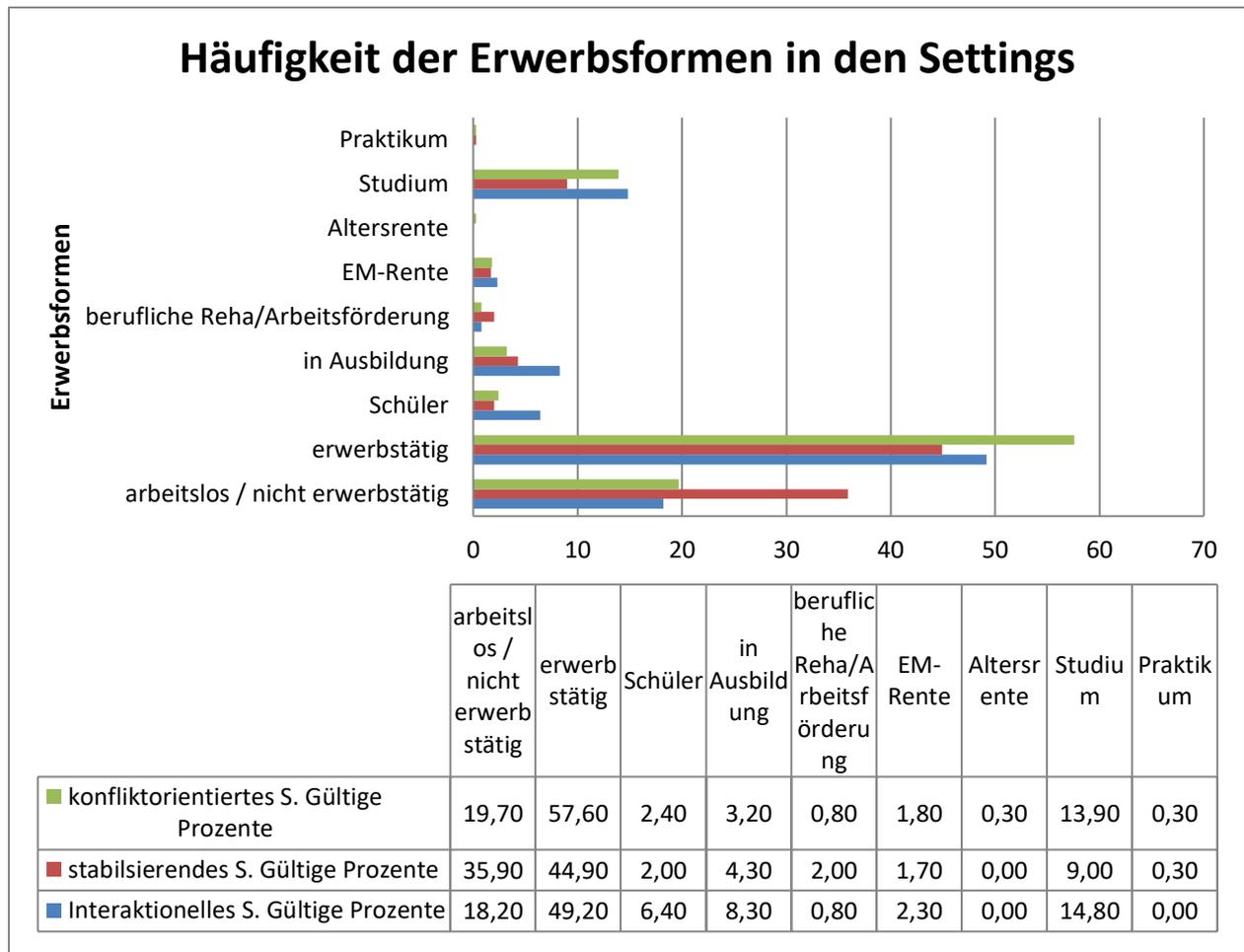


Abb. 17: Vergleich der prozentualen Häufigkeiten der Erwerbsformen in den Settings, Patienten n=1185

Aufgrund der deutlichen Unterschiede zwischen dem Stabilisierungssetting und den beiden anderen Behandlungssettings und der Bedeutung der Erwerbslosigkeit für die Gesundheit wurde in diesem Bereich die Signifikanz der Werte geprüft. Der Signifikanztest wurde mit den Chi-Quadrat-Tests durchgeführt und ergab, dass die Patienten des Stabilisierungssettings signifikant häufiger von Erwerbslosigkeit betroffen sind als die der beiden anderen Settings. Der Test ergibt einen signifikanten Unterschied zwischen den stabilisierenden und dem interaktionellen Settings ($\chi^2(2) = 22.04$ $p < .001$). In der Prüfung der Signifikanz zwischen stabilisierenden und konfliktorientierten Setting wurden die Werte ebenfalls signifikant ($\chi^2(2) = 28.39$ $p < .001$) gemessen. Zwischen dem strukturbezogenen-interaktionellen und dem konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Stichprobe ($p = .61$)

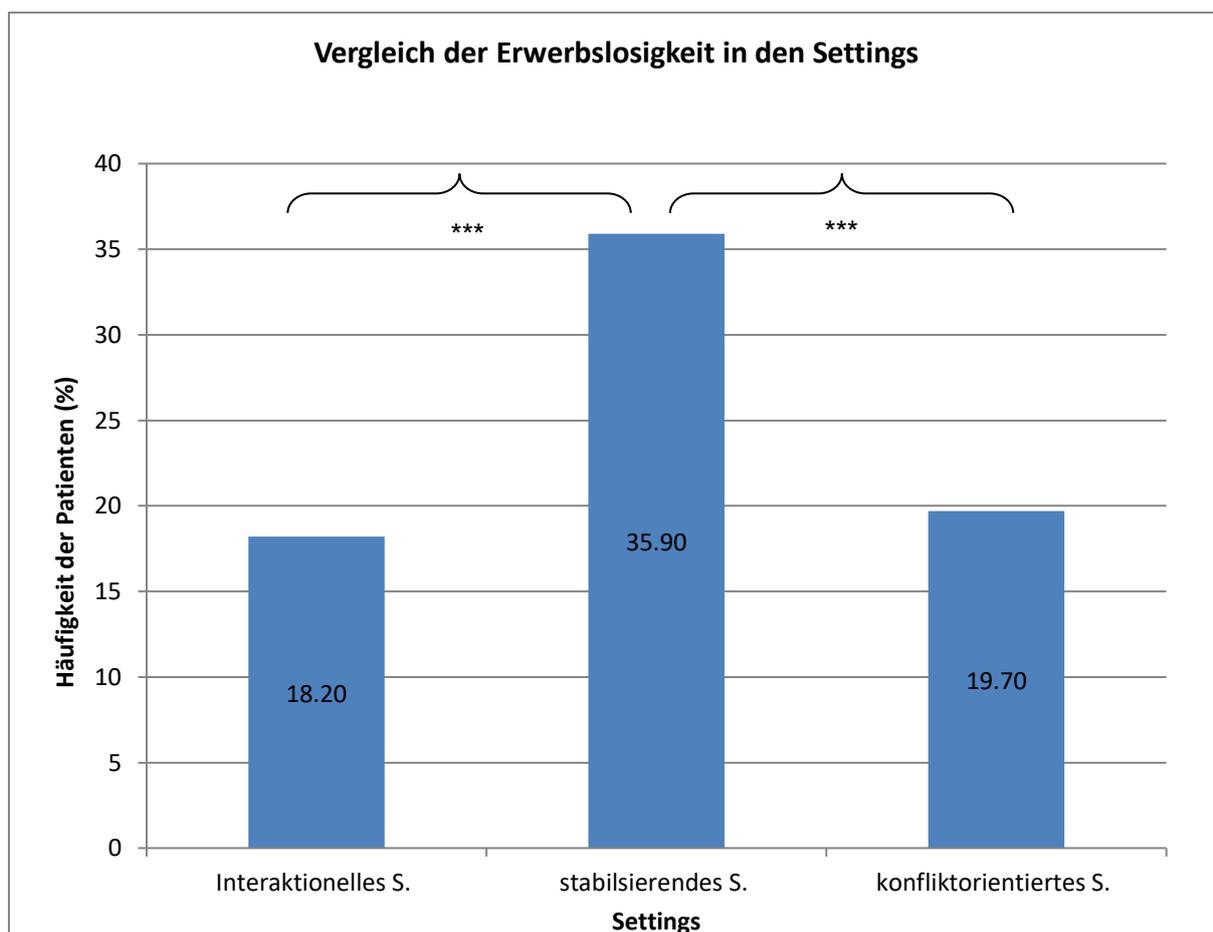


Abb. 18: Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich der Erwerbslosigkeit zwischen den Settings (***) $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

7.2.2 Finanzielle Situation der Patienten in den Settings

Im Rahmen der Sozialanamnese wurden die Patienten nach ihrer aktuellen Einkommensart gefragt. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse grafisch dargestellt und erläutert. Lohnfortzahlung, Krankengeld, Unterhalt von den Eltern und Arbeitslosengeld II sind die häufigsten genannten Einkünfte in den drei Behandlungssettings. Im Stabilisierungssetting ist der Wert der Einkommensart Arbeitslosengeld II im Vergleich zu den beiden anderen Patientengruppen höher und ist damit die dritthäufigste Einkommensart. In den beiden anderen Behandlungssettings lag die Unterstützung durch die Eltern vor der Kategorie Arbeitslosengeld II. Es erfolgte aufgrund der vorliegenden Unterschiede in der prozentualen Häufigkeit für die Kategorien Lohnfortzahlung, Arbeitslosengeld I und II eine Prüfung von signifikanten Unterschieden zwischen den Behandlungssettings mit dem Chi Quadrat Test nach Pearson.

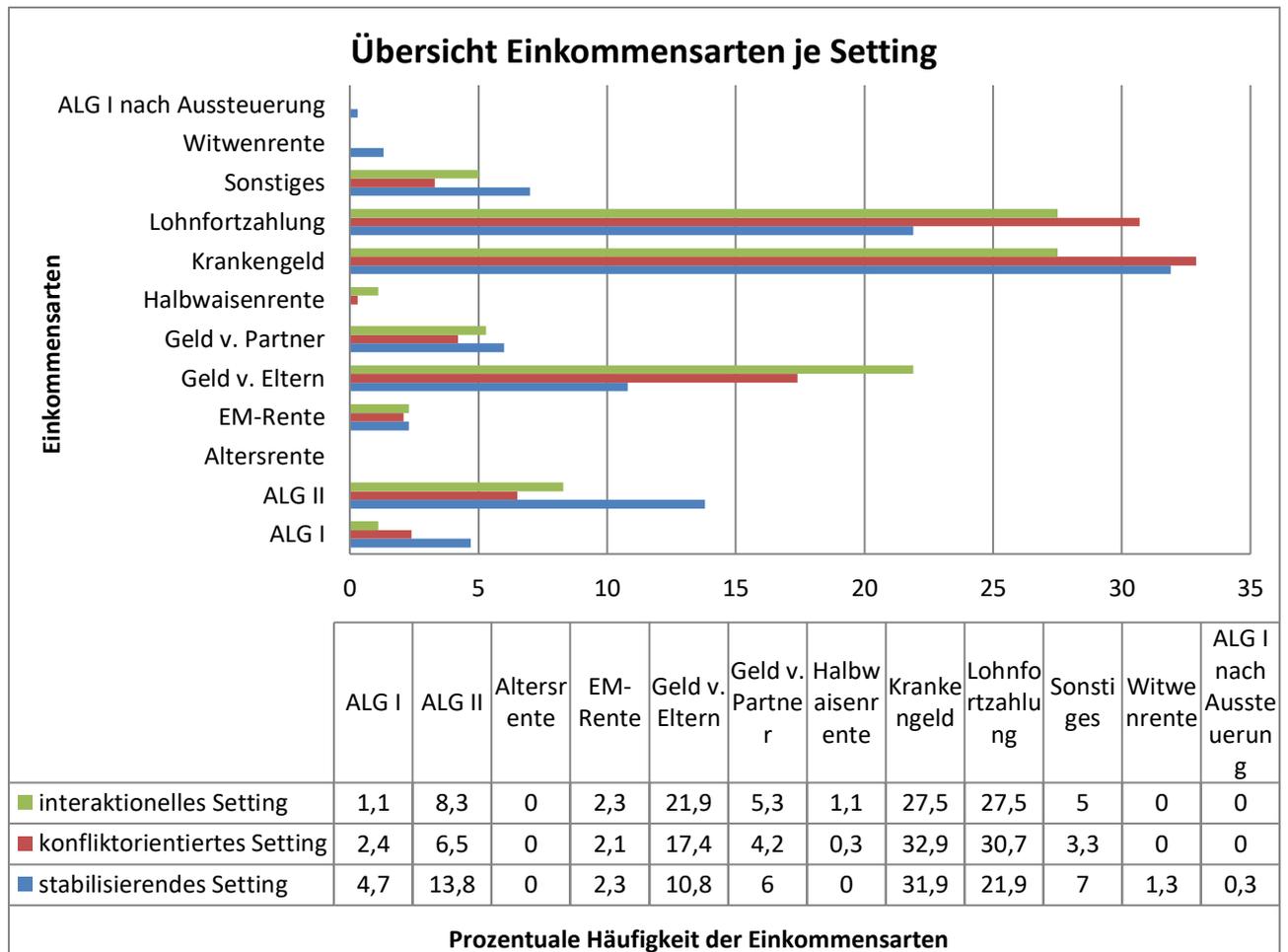


Abb. 19: Häufigkeiten der Einkommensarten in den einzelnen Settings

Bei den Einkommensarten zeigen sich im Bereich der Lohnfortzahlung, Arbeitslosengeld I und II signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Die folgenden Graphiken gehen hierauf genauer ein.

Im Bereich der Lohnfortzahlung zeigt sich nach Auswertung der Chi Quadrat Tests, dass die Patienten des konfliktorientierten-affektmobilisierenden Settings signifikant mehr Lohnfortzahlungen erhalten im Vergleich zu den Patienten die im Stabilisierungssetting behandelt werden ($\chi^2(1) = 7.752, p = .005$). Zwischen den beiden strukturbezogenen Settings besteht kein signifikanter Unterschied ($p = .12$). Dies gilt auch für das strukturbezogene interaktionelle Setting im Vergleich zum konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting ($p = .35$)

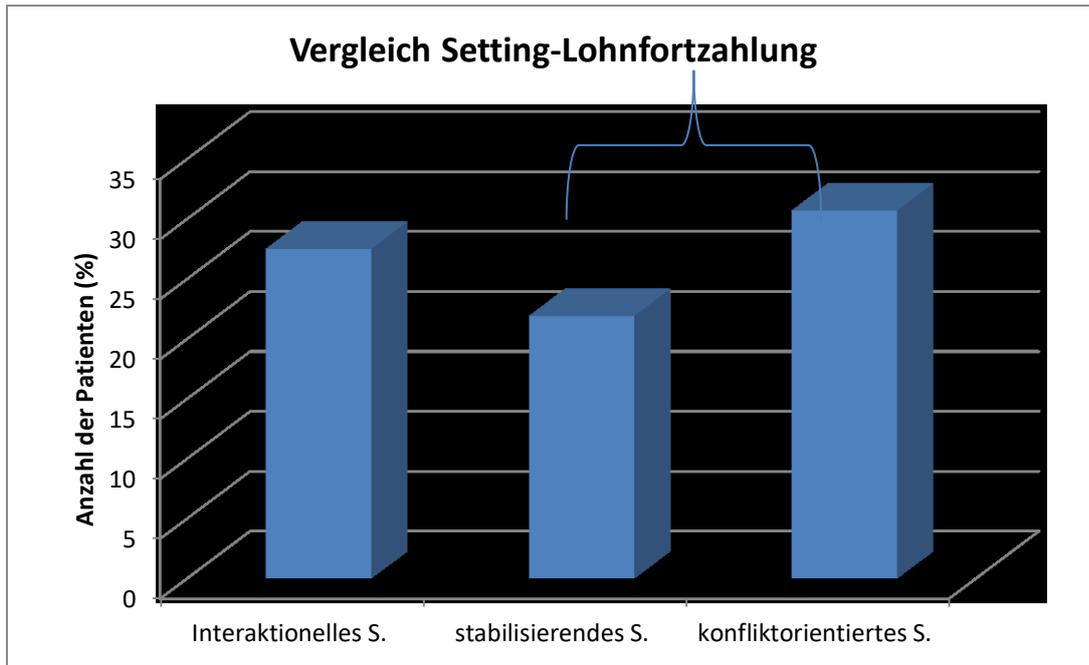


Abb. 20: Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich der Lohnfortzahlung zwischen den Settings (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

Im Vergleich zur Lohnfortzahlung zeigt sich bei der Betrachtung des Bezuges von Arbeitslosengeld I und II ein umgekehrtes Bild. Patienten des strukturbezogenen-stabilisierenden Settings haben signifikant höhere Werte in Bezug auf Arbeitslosengeld I (inkl. Arbeitslosengeld I nach Aussteuerung vom Krankengeld) und Arbeitslosengeld II im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings. Die Patienten des strukturbezogenen-stabilisierenden Settings beziehen signifikant häufiger Arbeitslosengeld I als Patienten des interaktionellen Settings ($\chi^2(1) = 6.80, p = .009$) und des konfliktorientierten Behandlungssettings $\chi^2(1) = 4.23, p = .040$.

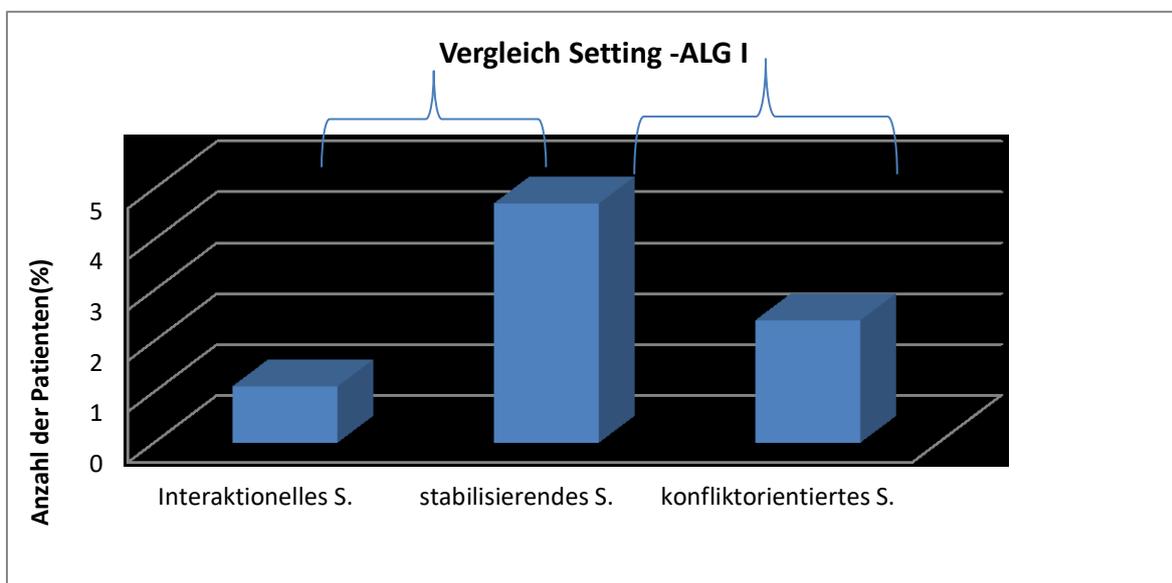


Abb. 21: Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich des Bezuges von Arbeitslosengeld I zwischen den Settings (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

Das stabilisierende Setting hat ebenfalls signifikant höhere Werte im Bezug von Arbeitslosengeld II im Vergleich zum interaktionellen Setting. ($\chi^2(1) = 4.03$, $p = .045$) und dem konfliktorientierten Setting ($\chi^2(1) = 12.99$, $p < .001$).

Zwischen dem strukturbezogenen-interaktionellen Setting und dem konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting gibt es sowohl in Bezug auf Arbeitslosengeld I ($p = .21$) wie auch Arbeitslosengeld II ($p = .32$) keinen signifikanten Unterschied.

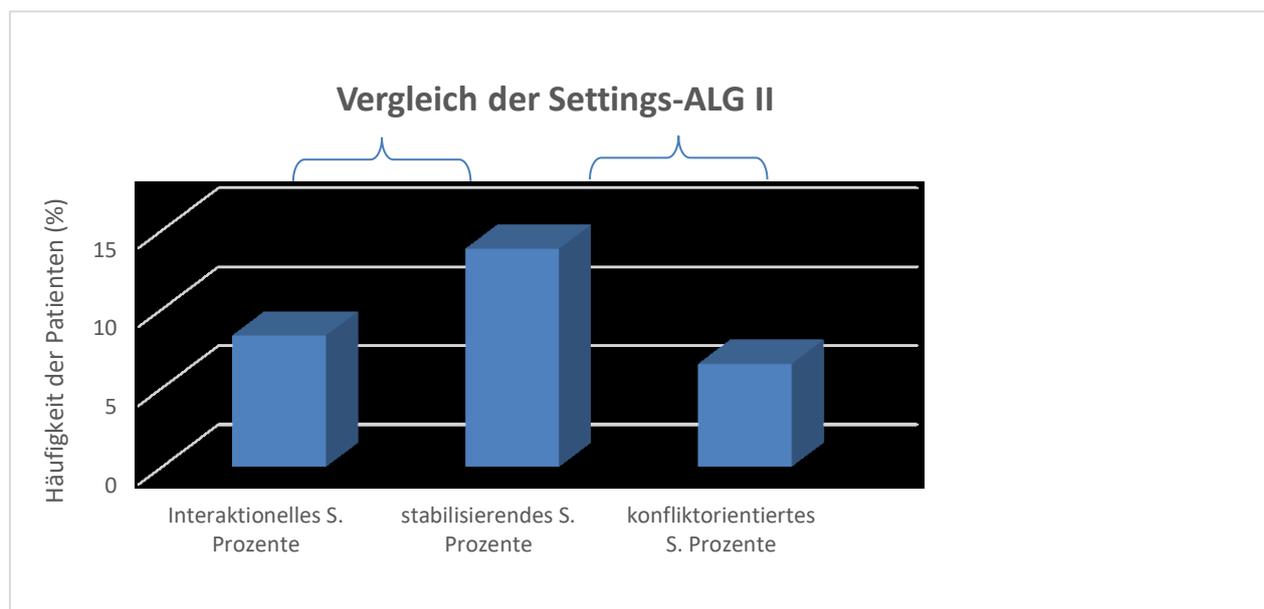


Abb. 22: Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz im Bereich des Bezugs von ALG II zwischen den Settings (***) $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

Die festgestellten signifikanten Unterschiede in Bezug auf Lohnfortzahlung und Arbeitslosengeld I und II bestätigen die bereits dargestellten Ergebnisse im Bereich der Erwerbsformen „erwerbstätig“ und „erwerbslos“.

7.2.3 Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Settings

Im folgenden Abschnitt werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten der einzelnen Settings verglichen. In der Auswertung wurden die Patienten, die in irgendeiner Form berentet waren, herausgerechnet. Da einige wenige Patienten sehr lange Erwerbsminderungszeiten hatten, die als Arbeitsunfähigkeitszeiten gewertet worden sind, hätte sich nach unserer Einschätzung die reale Situation der einzelnen Settings nicht objektiv darstellen lassen. Somit beziehen sich die folgenden Ergebnisse auf 966 Patienten. Die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Aufnahme in Bezug auf die Gesamtstichprobe hatte eine große Spannweite die von Arbeitsunfähigkeitszeiten von 0 bis 1440 Wochen zum Zeitpunkt der Aufnahme ging. Es bestand die Hypothese, dass die Patienten in den strukturbezogenen Behandlungssettings aufgrund der Komplexität und teilweise Chronifizierung der

Erkrankungen signifikant längere Arbeitsunfähigkeitszeiten haben, als Patienten im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting. Diese Hypothese wurde mit dem Tukey-HSD Test (einfaktorielle Anova) überprüft.

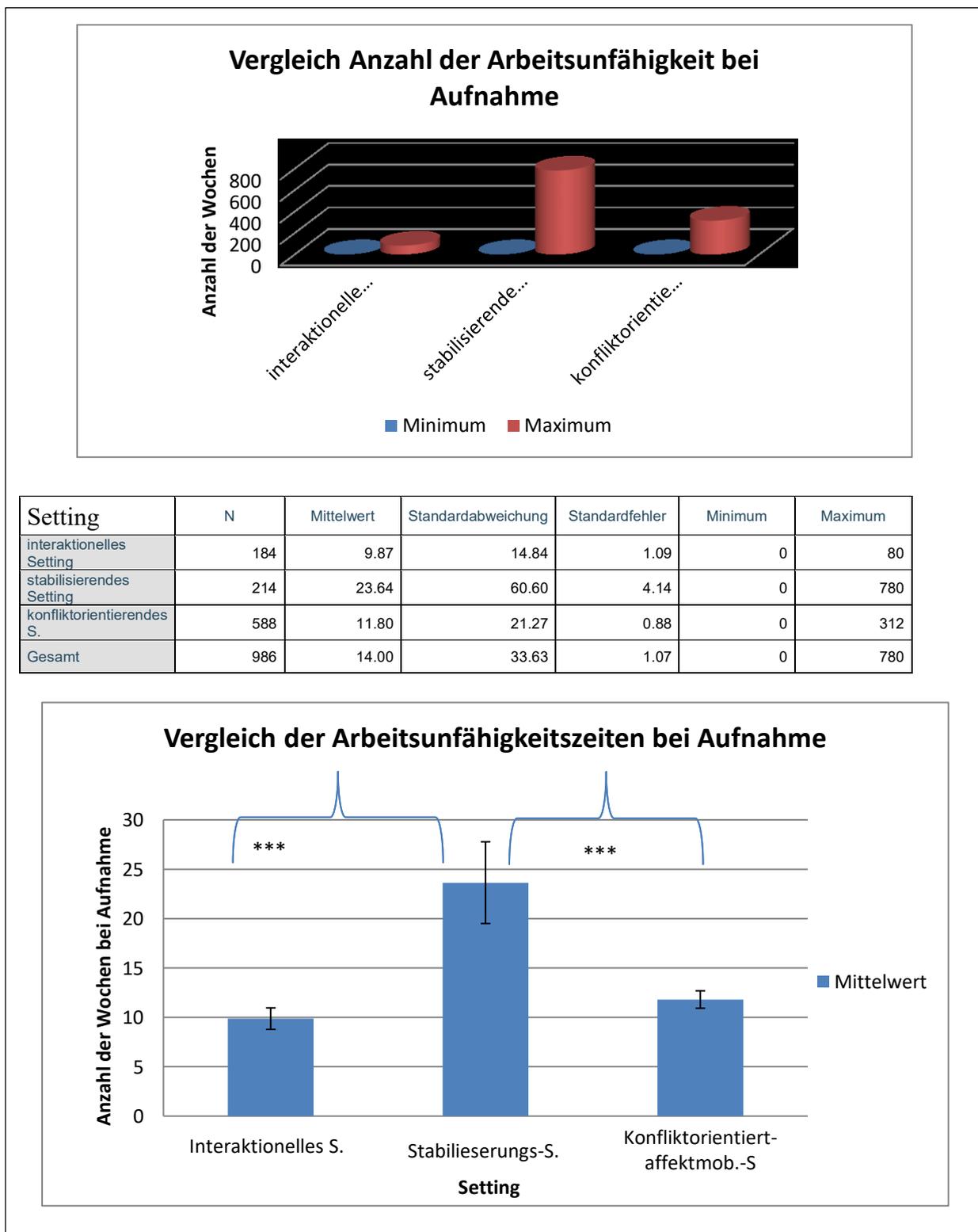


Abb. 23: Vergleich der prozentualen Häufigkeit und der Signifikanz der Arbeitsunfähigkeitswochen bei Aufnahme (***) $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

Die Auswertung des Turkey-HSD ergab, dass die Patienten des Stabilisierungssettings signifikant höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten haben im Vergleich zu den Patienten der beiden anderen Behandlungssettings. (konfliktorientierte Setting ($F(2), 966 = 11.68, p < .000$); interaktionelles Setting $F(2), 966 = 13.77, p < .000$. Zwischen dem interaktionellen und dem konfliktorientiert-affektmobilisierenden Setting bestehen keine signifikanten Unterschiede ($p = .078$).

7.3 Beratungsfoki – Häufigkeiten und Vergleich der Settings

Neben den bereits dargestellten sozialanamnestischen Daten wurden seit 2011 berufliche und weitere gesundheitlich-soziale Beratungsfoki zu Themen der Finanzen, Wohnsituation, Freizeitgestaltung etc. erhoben. Die Beratungsfoki wurden im Kapitel 6.1. detailliert beschrieben. Aufgrund des später begonnen Erhebungszeitraumes der Beratungsfoki sind die Fallzahlen der Stichprobe in diesem Bereich geringer. Es konnten 878 Patienten untersucht werden.

Eine Fragestellung bezog sich auf die unterschiedliche Häufigkeit der beiden Hauptfokusgruppen „beruflicher Fokus“ und „gesundheitlich-soziale Foki“ als Schwerpunkte im Beratungsprozess. Im folgenden Abschnitt wird hierzu Bezug auf die Gesamtstichprobe und den Vergleich der einzelnen Settings genommen. Aufgrund der Erfahrungen aus der täglichen klinischen Arbeit bestand die Hypothese, dass die Gruppe der beruflichen Beratungsfoki in Bezug auf die Gesamtstichprobe und in den einzelnen Behandlungssettings im Vergleich zur Gruppe der weiteren sozialen Beratungsfoki im Vordergrund stehen. Diese Hypothesen wurden mit T-test und der Anovas überprüft.

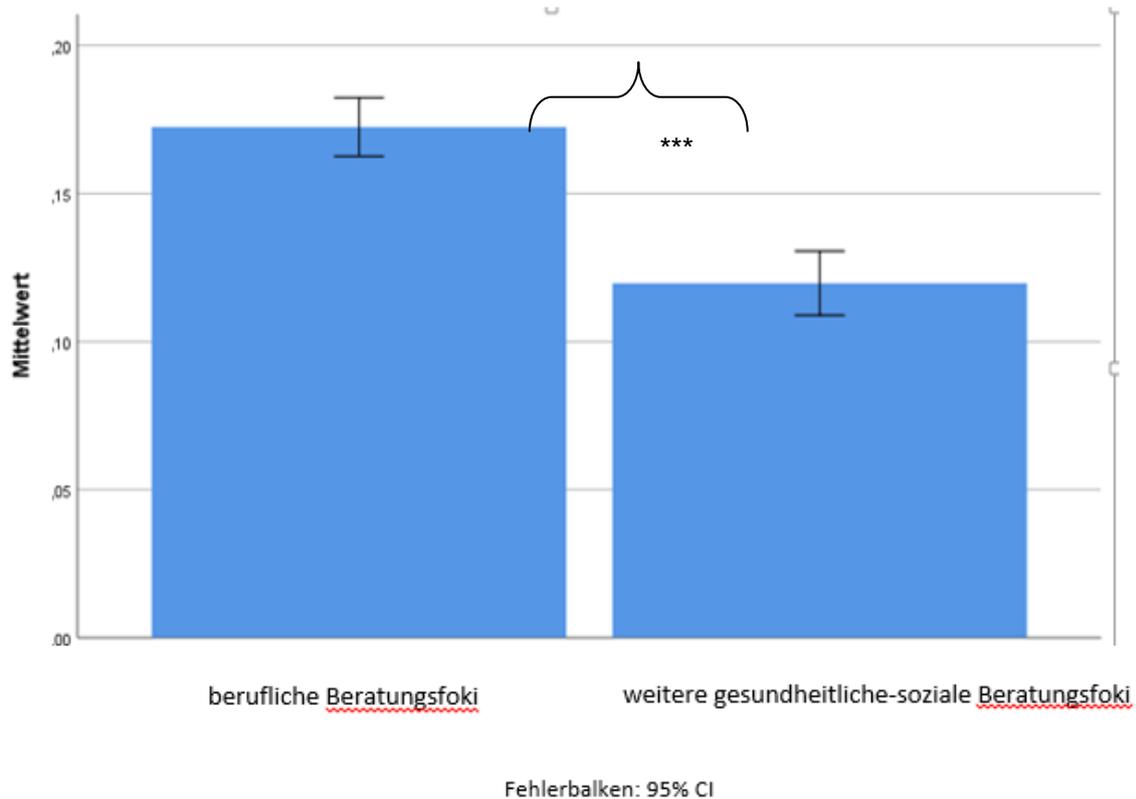


Abb. 24: Vergleich der Mittelwerte der beiden Hauptfokusgruppen bezogen auf die Gesamtstichprobe, (***) $p < .001$ ** $p < .01$ + $p < .05$)

Im Durchschnitt hat jeder Patient 1.21 von 7 möglichen beruflichen Beratungsthemen im Verlauf der sozialtherapeutischen Beratung bearbeitet. Aus der Kategorie weitere gesundheitlich-soziale Foki waren es im Durchschnitt 0.72 von 6 möglichen Beratungsfoki. Um eine Vergleichbarkeit beider Fokusgruppen zu erreichen, wurden die Mittelwerte beider Gruppen ermittelt und in der oberen Graphik dargestellt. Hierzu wurden die Summenwerte der beiden Fokusgruppen durch die Anzahl der möglichen Unterfoki geteilt. In der Gruppe der beruflichen Beratungsfoki ergab sich ein höherer Mittelwert ($M = 0.17$, $SD = 0.15$) im Vergleich zur Gruppe der weiteren sozialen Beratungsfoki ($M = 0.12$, $SD = 0.16$). Dieser Unterschied wird signifikant ($t(877) = 34.30$, $p < .001$).

Im Vergleich der einzelnen Settings ergibt sich folgendes Bild:

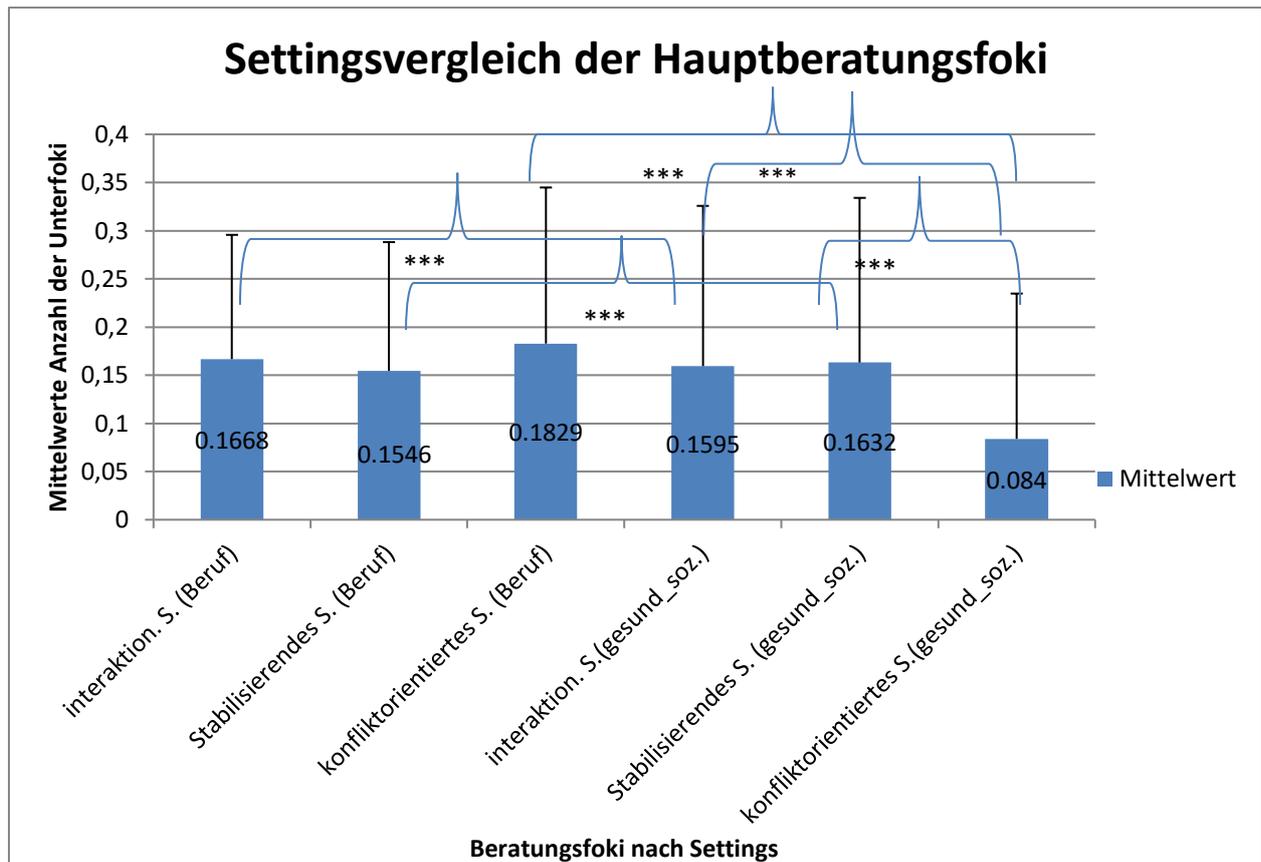


Abb. 25: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen bezogen auf die beiden Beratungsfokigruppen und den jeweiligen Behandlungssettings. (***) $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$). Mittelwerte berufsbezogene Beratungsfoki von 7 Unterfoki, Mittelwerte von 6 gesundheitlich-sozialen Beratungsfoki

Es wurde zunächst mit Hilfe von t-Tests überprüft, ob sich die beiden Hauptfokusgruppen innerhalb der Settings voneinander unterscheiden. Der Settingvergleich ergab, dass die Patienten des stabilisierenden Behandlungssettings die einzige Gruppe ist, die signifikant höhere Werte in den gesundheitlich sozialen Beratungsfoki hat ($M = 0.16$, $SD = 0.17$) im Vergleich zu den beruflichen Beratungsthemen ($M = 0.15$, $SD = 0.13$). Der Unterschied wird signifikant ($t(219) = 14.14$, $p < .001$). Die Auswertung zeigt, dass die beiden anderen Behandlungssettings signifikant höhere Werte im Bereich der beruflichen Beratungsthemen hatten im Vergleich zu den gesundheitlich sozialen Beratungsfoki. Im Behandlungssetting des strukturbezogenen-interaktionellen Settings waren die Werte der beruflichen Fokigruppe höher ($M = 0.18$, $SD = 0.13$) als die für die weiteren sozialen Beratungsfoki ($M = 0.16$, $SD = 0.17$). Die Werte werden signifikant ($t(185) = 17.6$, $p < .001$). Im konfliktorientierten Setting ergaben sich ebenfalls höhere Werte für die Gruppe der beruflichen Beratungsfoki ($M = 0.18$, $SD = 0.16$) im Vergleich zu den weiteren sozialen Foki ($M = 0.08$, $SD = 0.15$). Diese Werte werden ebenfalls signifikant ($t(474) = 24.60$, $p < .001$).

Im nächsten Schritt wurde mithilfe einer Varianzanalyse getestet, ob sich die Behandlungssettings in Bezug auf das Ausmaß des Arbeitens an beruflichen Beratungsfoki

einerseits und den weiteren gesundheitlich-sozialen Beratungsfoki andererseits unterscheiden.

Im Haupteffekt der Anova ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungssettings ($p = .056$). Deskriptiv zeigt sich, dass die Patienten, die im konfliktorientierten Setting ($M = 0.18$, $SD = 0.16$) behandelt wurden, insbesondere im Vergleich zu denen des stabilisierenden Behandlungssettings ($M = 0.15$, $SD = 0.13$) höhere Werte bei den beruflichen Themen erzielt haben. Diese Werte werden aber nicht signifikant ($p = .06$). Die Patienten des interaktionellen Settings liegen zwischen den beiden anderen Patientengruppen ($M = 0.17$, $SD = 0.13$, $p = 1.0$ (stabilisierendes Setting), $p = .63$ (interaktionelles Setting)). Bonferroni-korrigierte post-hoc Test der Testvariablen zeigten folgende signifikante Unterschiede. Die Patienten in den beiden strukturbezogenen Settings (Stabilisierungssetting: Mittlere Differenz = 0.16, Standardfehler = 0.01, $p < .001$; und interaktionelles Setting MD = 0.16, SE = 0.01, $p < .001$) haben signifikant mehr Bedarf an Beratung bei nicht beruflichen sozialen Fragestellungen als die Patienten im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting (Mittlere Differenz = 0,08, Standardfehler = 0.01) Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden strukturbezogenen Settings in der Gruppe der weiteren sozialen Beratungsfoki (stabilisierendes Setting: Mittlere Differenz = 0.16, Standardfehler = 0.12, interaktionelles Setting: Mittlere Differenz = 0.16, Standardfehler = 0.12, $p = 1.0$).

7.3.1 Differenzierte Betrachtung der Hauptfokusgruppen unter Einbeziehung der Unterfoki

Begonnen wird mit der Darstellung der prozentualen Häufigkeiten der beruflichen Unterfoki bezogen auf die Gesamtstichprobe.

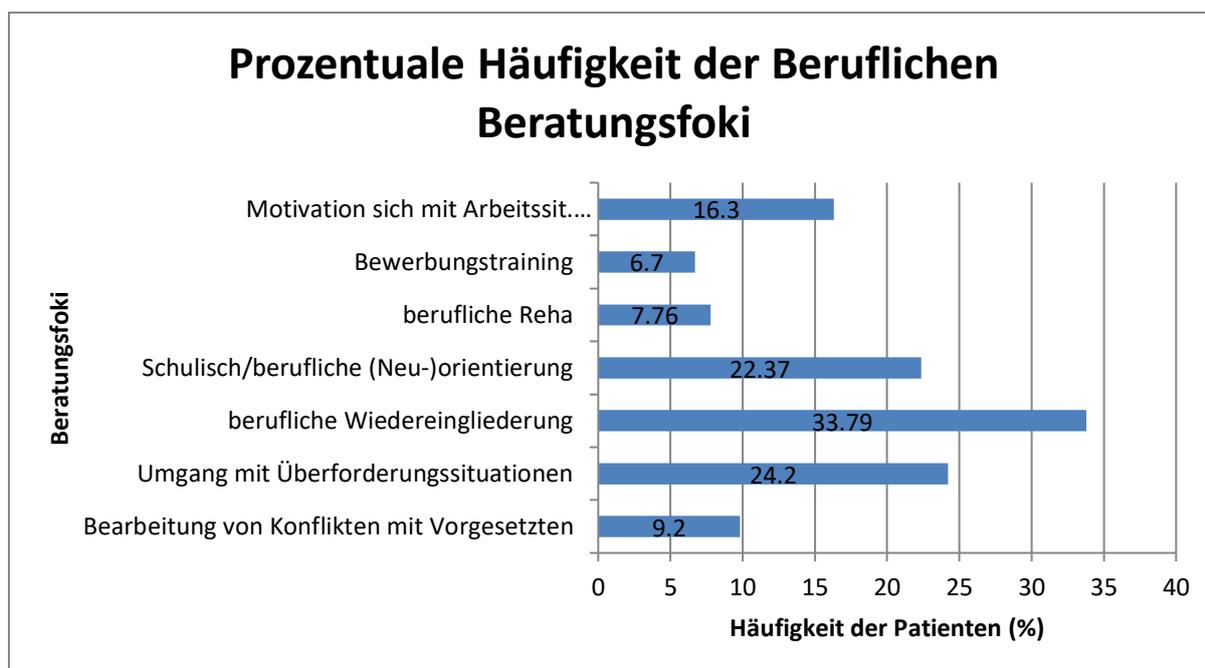


Abb. 26: Prozentuale Häufigkeit der beruflichen Beratungsfoki, Patienten n=878

Die Graphik zeigt, dass Themen der beruflichen Wiedereingliederung (33.79 %), der Umgang mit beruflichen Überforderungssituationen (24.2 %) und schulische/berufliche (Neu-)orientierung (22.37 %) die häufigsten arbeitsbezogenen Beratungsfoki bezogen auf die Gesamtstichprobe sind.

Die folgende Darstellung umfasst alle erhobenen beruflichen Unterfoki im Settingvergleich. Die Bedeutung der einzelnen Beratungsschwerpunkte, und inwiefern ein Teil der Themenbereiche weiter differenziert bzw. zusammengefasst werden kann, wird im Diskussionsteil erörtert. Da die Hypothese bestand, dass aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkte auch Unterschiede in den sozialtherapeutischen Beratungsschwerpunkten zwischen den Settings bestehen, erfolgte eine Signifikanzprüfung. Die Hypothese wurde mit dem Chi-Quadrat Test nach Pearson überprüft.

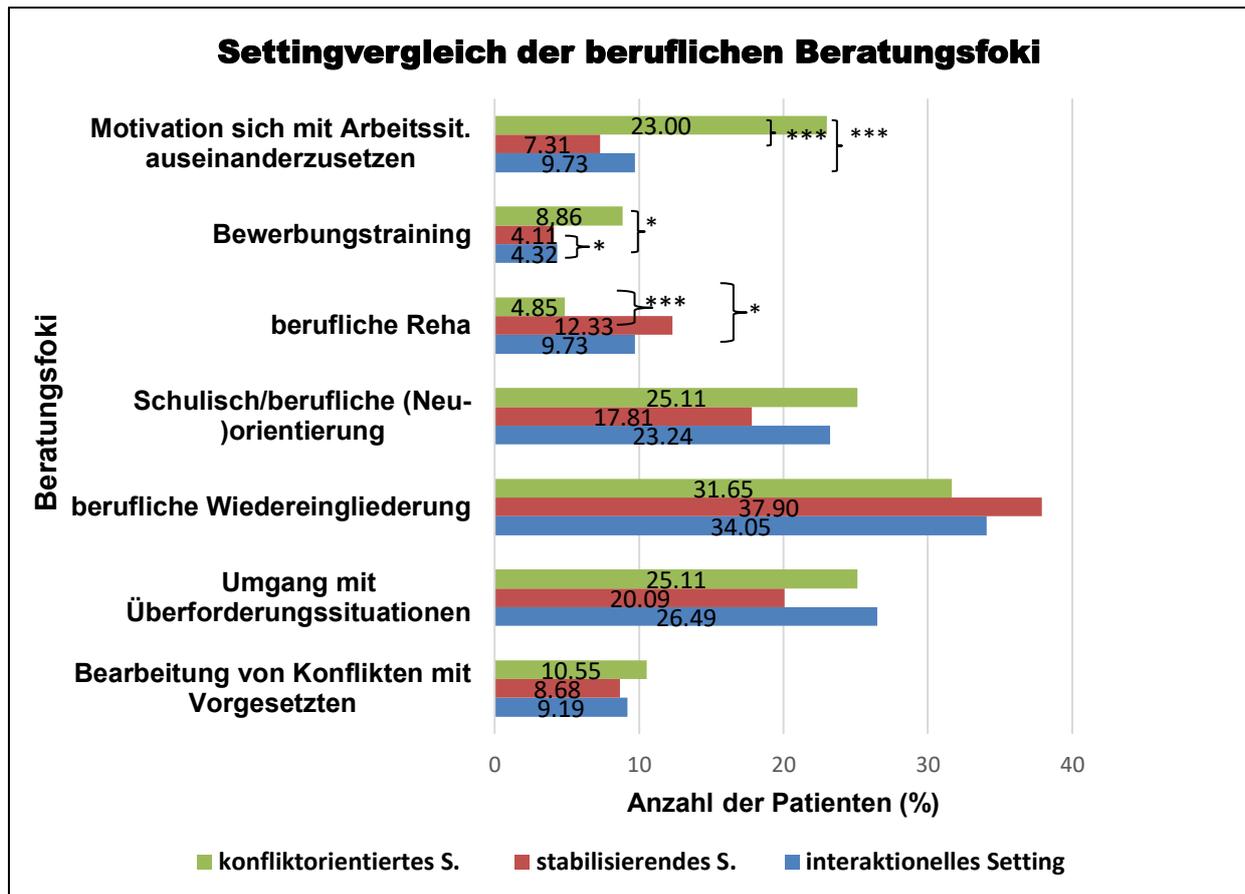


Abb. 27: Prozentuale Häufigkeiten der beruflichen Beratungsfoki im Settingvergleich

Die Abbildung zeigt, dass die Beratungsfoki „berufliche Wiedereingliederung“, „schulische und berufliche Neuorientierung“ und die Thematik „Umgang mit Überforderungssituationen“ in allen drei Settings einen hohen Stellenwert in der Beratung haben. Signifikante Unterschiede gibt es in diesen Punkten der Beratungsthemen zwischen den drei Behandlungssettings nicht. Die Patientengruppe des konfliktorientierten-affektmobilisierenden Settings hat signifikant höhere Werte im Vergleich zum strukturbezogenen stabilisierenden Behandlungssetting im Beratungsfoki „Bewerbungstraining“ ($\chi^2(1) = 4.96$, $p = .026$) Signifikant höheren Beratungsbedarf zeigen Patienten im konfliktorientierten Setting im Vergleich zu den beiden strukturbezogenen Settings im Unterfoki „Motivation sich mit der Arbeitssituation auseinanderzusetzen“ ($\chi^2(1) = 24.94$, $p = .001$ für das stabilisierende Setting und für das interaktionelle Setting $\chi^2(1) = 15.05$, $p = .001$).

Patienten des stabilisierenden strukturbezogenen Behandlungssettings zeigen signifikant höhere Werte im Vergleich zum konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting in der Thematik der „beruflichen Rehabilitation“ ($\chi^2(1) = 12.51$, $p < .001$). Ebenfalls hat die Gruppe des strukturbezogenen-interaktionellen Settings im Vergleich zum konfliktorientierten

Behandlungssetting in dieser Kategorie signifikant höhere Werte ($\chi^2(1) = 5.43, p = .020$). Im Beratungsfoki „Bewerbungstraining“ hat die Patientengruppe des interaktionellen Behandlungssettings signifikant höhere Werte im Vergleich zum konfliktorientierten Setting. ($\chi^2(1) = 3.91, p = .048$).

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Gruppe „weitere gesundheitliche-soziale Foki“ sowohl in Bezug auf die Gesamtstichprobe wie auch im Settingvergleich differenziert dargestellt. Begonnen wird mit einem Überblick zu den prozentualen Häufigkeiten der „weiteren sozialen Beratungsfoki“ bezogen auf die Gesamtstichprobe. Es erfolgt wie bereits in der Auswertung der beruflichen Beratungsfoki eine Prüfung von signifikanten Unterschieden mit dem Chi-Quadrat Test nach Pearson.

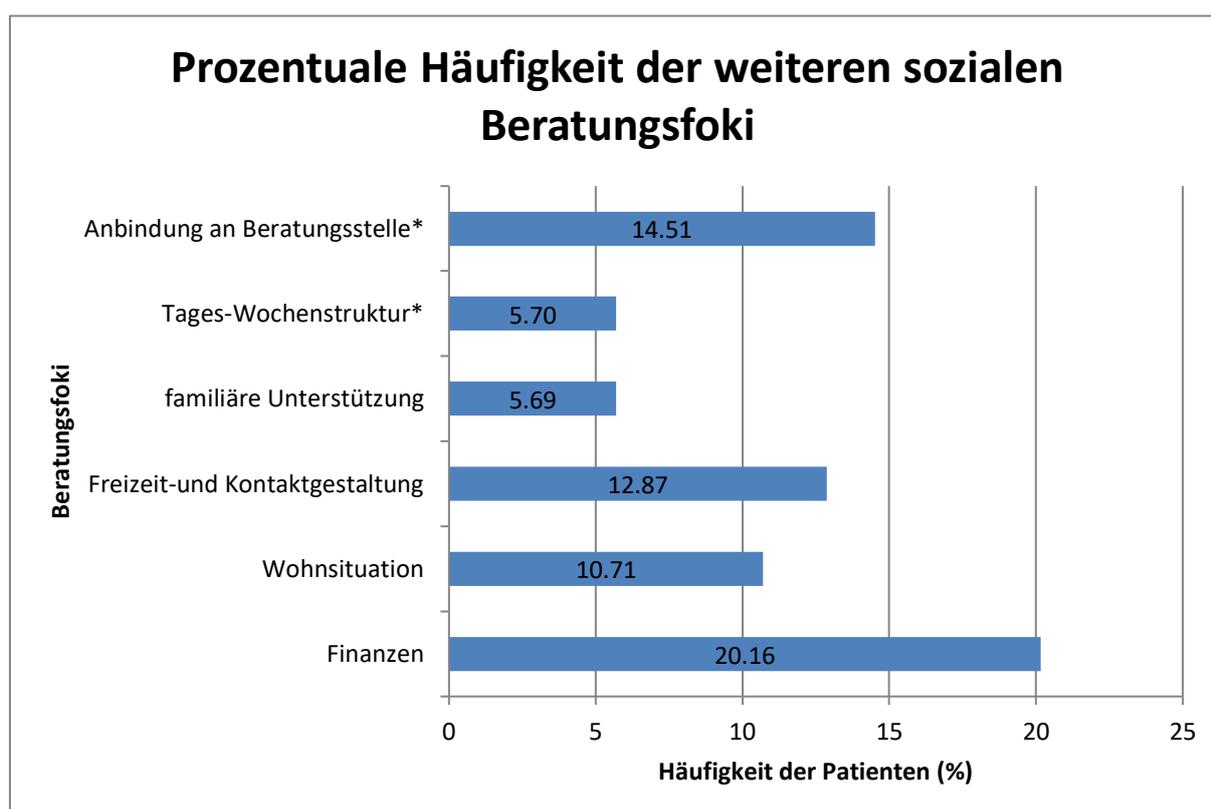


Abb. 28: Prozentuale Häufigkeit der einzelnen gesundheitlich-sozialen Beratungsfoki auf die Gesamtstichprobe, Patienten n=878, *n=579, erst ab 2012 erhoben

Insbesondere die Klärung von finanziellen Fragen und Problemen (20 %), die Wohnsituation (10.71 %) und die Freizeit- und Kontaktgestaltung (12.87) stehen im Bereich der weiteren sozialen Beratungsfoki im Vordergrund. Bei mehr als 14 % der Patienten war eine Anbindung an eine ambulante Beratungsstelle für eine weitere fachliche soziale Begleitung im poststationären Rahmen notwendig. Inwiefern es diesbezüglich Unterschiede in den einzelnen Behandlungssettings gibt zeigt die folgende Abbildung.

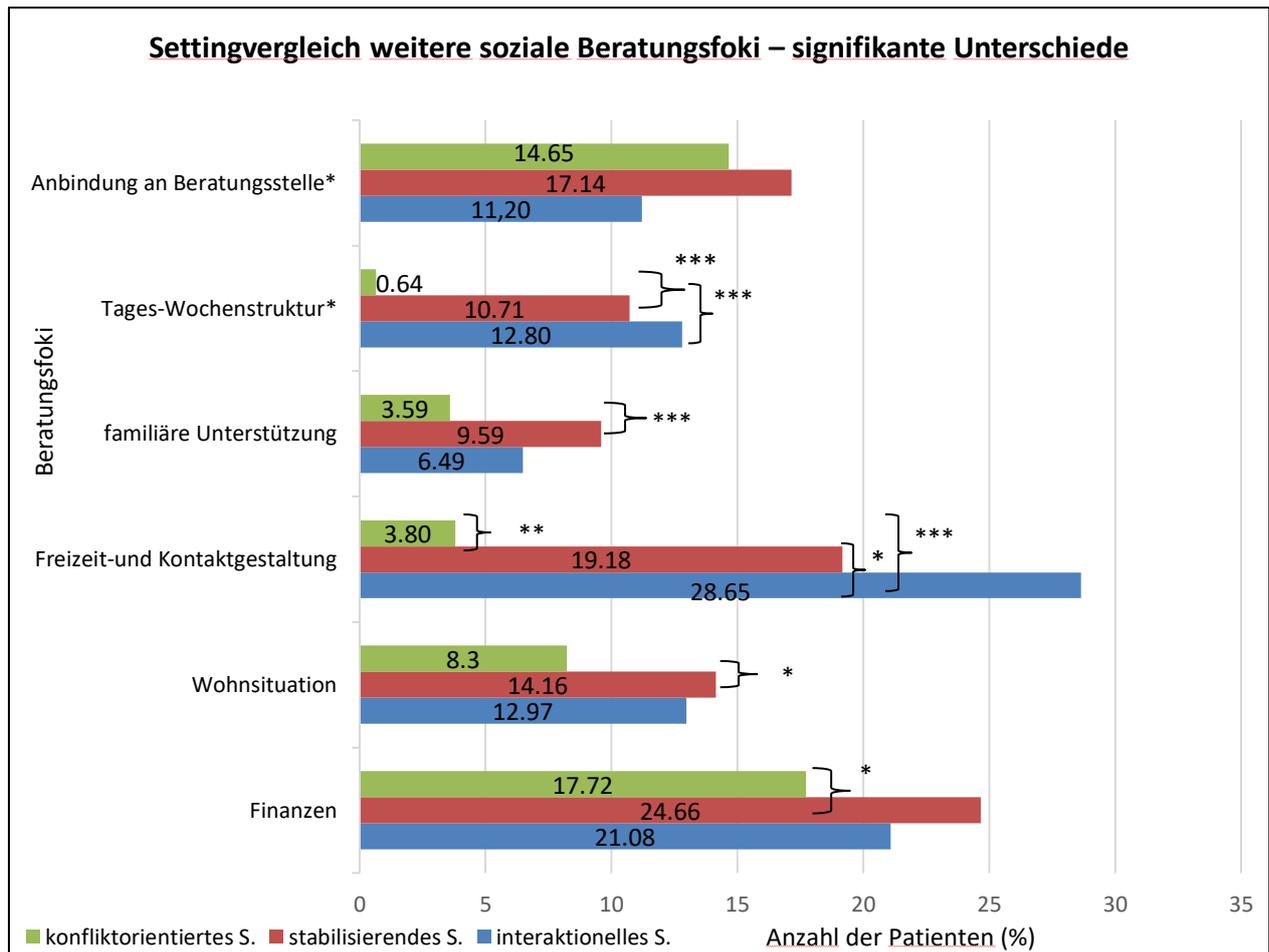


Abb. 29: Prozentuale Häufigkeit der sozialen Beratungsfoki im Settingvergleich, Beratungsfoki Tagesstruktur und Anbindung Beratungsstellen wurden erst 2012 erhoben, signifikante Unterschiede (***) $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$).

Hierbei zeigt sich, dass bis auf in einem der sozialen Unterfoki, signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungssettings bestehen. In 5 von 6 weiteren sozialen Beratungsfoki ergab die Auswertung signifikant höhere Werte für Patienten des strukturbezogenen stabilisierenden Settings im Vergleich zu denen des konfliktorientierten-affektmobilisierenden Behandlungssettings. Hierzu zählen die Bereiche familiäre Unterstützung ($\chi^2(1) = 10.41$, $p < .001$) Freizeit- und Kontaktgestaltung ($\chi^2(1) = 44.81$, $p = .001$), Tages- und Wochenstrukturierung ($\chi^2(1) = 27.28$, $p < .001$) Wohnsituation mit $\chi^2(1) = 5.80$, $p < .016$ und Finanzen mit $\chi^2(1) = 4.52$ $p = .034$. Zwischen den beiden strukturbezogenen Behandlungssettings konnte in einem Beratungsfoki ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Im Beratungsfoki Freizeit- und Kontaktgestaltung haben die Patienten des interaktionellen Settings signifikant höhere Werte als die Patienten des stabilisierenden Settings ($\chi^2(1) = 5.00$, $p = .025$). Zwischen den konfliktorientierten-affektmobilisierenden und dem strukturbezogenen-interaktionellen Setting ergaben sich signifikante Unterschiede in 2 von 6 Beratungsfoki. Die Patienten des interaktionellen Settings zeigen signifikant höhere

Werte in den Beratungsthemen Tages- und Wochenstruktur $\chi^2(1) = 33.64$, $p < .000$ und der Freizeit- und Kontaktgestaltung $\chi^2(1) = 44.81$, $p < .000$ auf.

7.4 Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Beratungsschwerpunkten

Von Seiten der Autorin bestand die Hypothese, dass bestimmte soziale Faktoren den Beratungsschwerpunkt beeinflussen. Aus diesem Grund wurde ein Vergleich vorgenommen zwischen Patienten, die vor Aufnahme eine Erwerbstätigkeit angegeben haben und denen, die erwerbslos waren bzw. eine Form des Arbeitslosengeldes erhielten. Die Prüfung der Hypothese erfolgte mit der einfaktoriellen Anova. Die Auswertung ergab, dass Patienten, die nicht von Arbeitslosigkeit betroffen sind, signifikant höhere Werte bei beruflichen Beratungsfoki im Vergleich zu den Themen der weiteren sozialen Beratungsfoki haben ($F(1,473) = 22.33$, $p < .000$). In diesem Zusammenhang wurden zwei Unterfoki „Finanzen und Tagesstruktur“ zusätzlich für die beiden Patientengruppen „Empfänger von Arbeitslosengeld“ und „Nicht-Empfänger“ ausgewertet. Die Ergebnisse werden in den folgenden beiden Graphiken dargestellt.

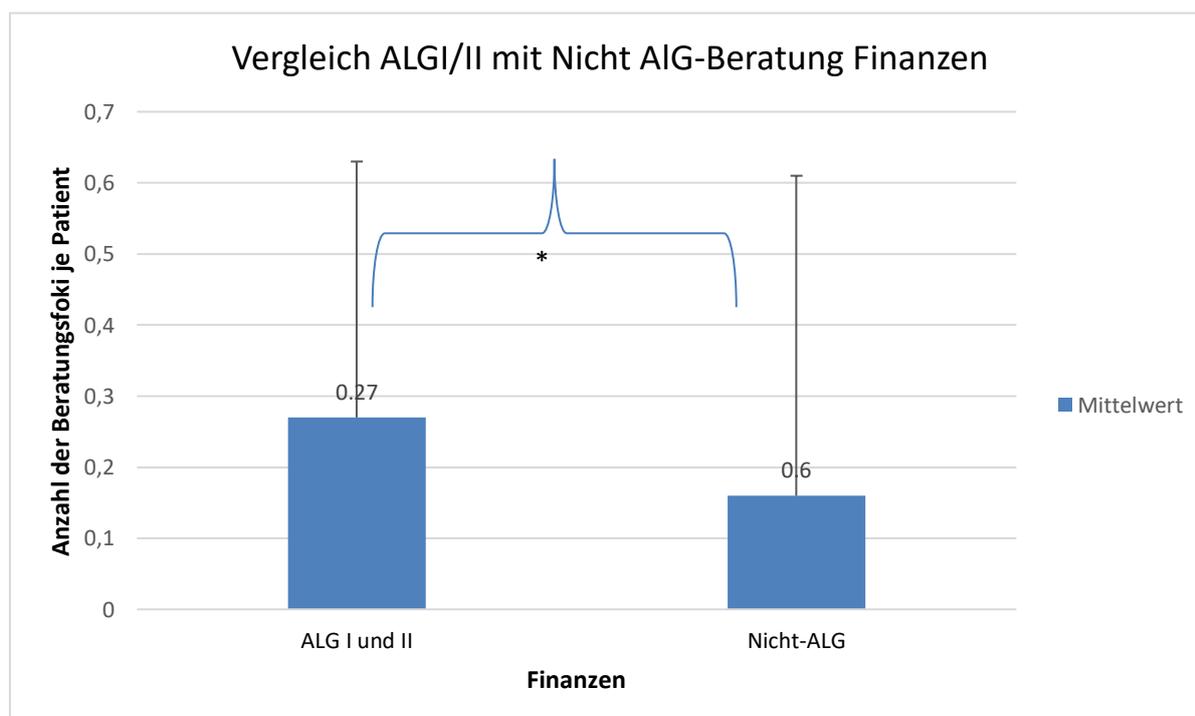


Abb. 30: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen bezogen auf den Beratungsfokus Finanzen und den Erhalt von ALG I/II und Nicht-ALG (** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$)

Die Signifikanzprüfung mit der einfaktoriellen Anova zeigte signifikant höhere Werte im Beratungsfokus „Finanzen“ in der Patientengruppe, die eine Form des Arbeitslosengeldes erhalten im Vergleich zu Nicht-Arbeitslosengeldempfängern ($F(1, 473) = 4.94, p = .027$).

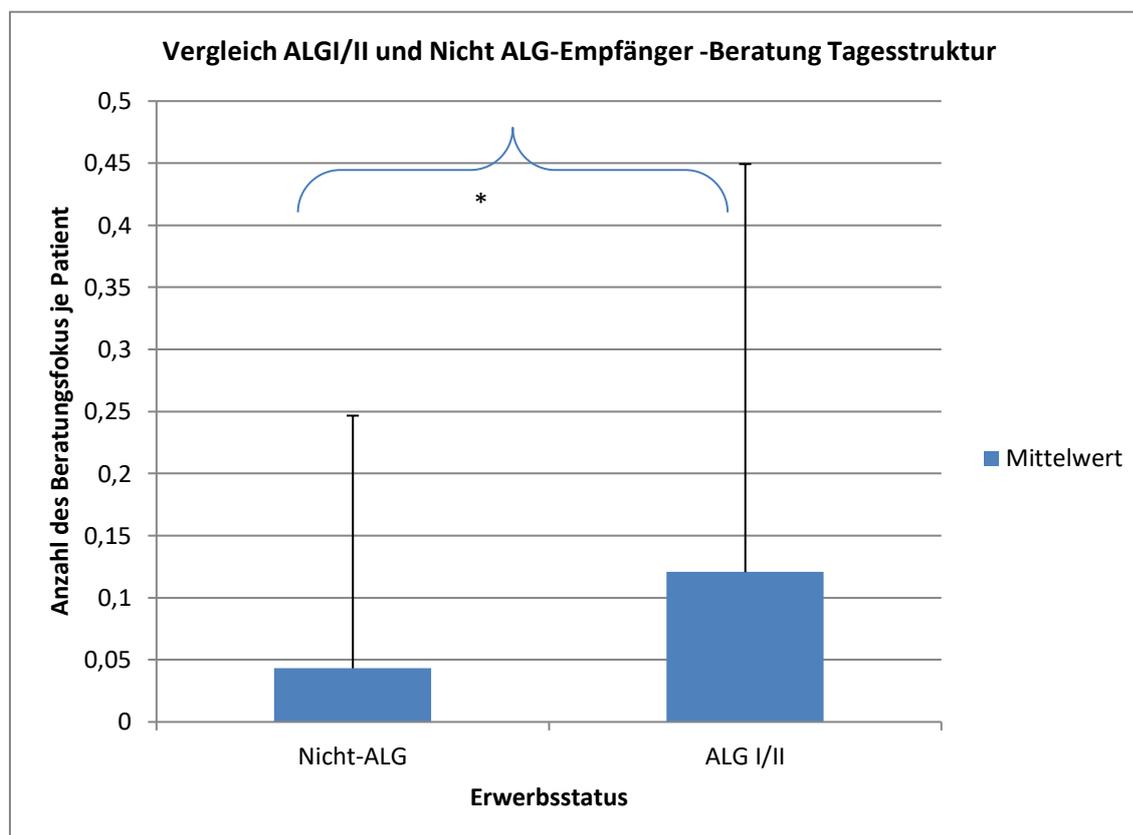


Abb. 31: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen bezogen auf den Beratungsfokus Tagesstruktur und des Erwerbsstatus von ALG I/II und Nicht-ALG (** $p < .01$ * $p < .05$)

Die Signifikanzprüfung mit der einfaktoriellen Anova zeigt signifikant höhere Werte auch im Beratungsfokus Tagesstruktur in der Patientengruppe, die eine Form des Arbeitslosengeldes erhalten im Vergleich zu Nicht-Arbeitslosengeldempfängern ($F(1,475) = 6.19, p = .013$).

7.5 Einfluss von psychotherapeutisch-medizinischen Faktoren auf die psychosoziale Beratung

Neben der differenzierten Betrachtung der einzelnen Beratungsfoki in Abhängigkeit von sozialen Faktoren wurde der Frage nachgegangen, inwiefern ein Zusammenhang zwischen Beratungsfoki, Symptomatik und Strukturniveau besteht. In diesem Zusammenhang wurden aus der Basisdokumentation die Werte der Patienten zur Depressivität (Fragebogen PHQ-9), der Ängstlichkeit (Fragebogen GAD-9) und zu somatoformen Beschwerden (Fragebogen PHQ-15) herangezogen. Für eine Subgruppe aus allen drei Settings $n = 467$ konnten Daten der zusätzlichen Fragebogendiagnostik im Bereich der Symptombelastung (EB-45; Haug et

al., 2004) und des Strukturniveaus der Persönlichkeit (OPD-SF; Ehrenthal, Schauenburg et al., 2012) in die Untersuchung mit einbezogen werden.

Die Auswertung der Daten aus der Basisdokumentation zeigt, dass die Patienten im Bereich der Depressivität in allen drei Behandlungssettings einen Mittelwert über 15 haben. Ein Wert über 15 entspricht einer schweren depressiven Symptomatik. Im Bereich der Ängstlichkeit liegen die Mittelwerte zwischen 11.86 und 12.64. Dies entspricht einer mittelgradigen Belastung. Die Auswertung des PHQ-15 zu somatoformen Beschwerden zeigte Mittelwerte zwischen 12.57 und 12.62. Dies entspricht einer mittelgradigen Belastung.

Tab. 4: Auswertung der erhobenen Basisdokumentationsdaten zu Depressivität, Ängstlichkeit und Somatoformen Beschwerden n= 838

Auswertung PHQ-9; GAD-7, PHQ-15

setting_3		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
Strukturbezogen. Interaktionelles Setting	PHQ Depressivität	247	2.00	27.00	16.54	5.71
	PHQ Ängstlichkeit	247	1.00	21.00	12.64	4.67
	PHQ Somatisierung	247	2.00	27.00	12.62	5.42
	Gültige Werte (Listenweise)	247				
Strukturbezogen- Stabilisierendes Setting	PHQ Depressivität	274	.00	27.00	16.37	5.34
	PHQ Ängstlichkeit	274	.00	21.00	12.56	4.89
	PHQ Somatisierung	274	1.00	29.00	13.28	5.34
	Gültige Werte (Listenweise)	274				
Konfliktorientiertes- affektmobilis. Setting	PHQ Depressivität	318	.00	27.00	15.11	5.44
	PHQ Ängstlichkeit	317	.00	21.00	11.96	4.91
	PHQ Somatisierung	307	.00	27.50	12.57	5.44
	Gültige Werte (Listenweise)	303				

In der ersten Auswertung zeigt sich, dass die Patienten des konfliktorientierten-affektmobilisierenden Settings in dieser Auswertung weniger depressiv waren als in den beiden strukturbezogenen Settings. Dazu wurden drei Anovas mit dem Gruppenfaktor Setting über jeweils eine der drei PHQ-Subskalen berechnet. Für Depressivität wurde der Haupteffekt signifikant ($p = .004$). Bonferroni-korrigierte post-hoc Tests zeigten signifikante Unterschiede zwischen dem stabilisierenden und dem konfliktorientierten Setting (Mittlere Differenz = 1.16, Standardfehler = .0442, $p = .032$) sowie dem strukturbezogenen-interaktionellen Setting dem konfliktorientierten-affektmobilisierenden Behandlungssetting (Mittlere Differenz = 1.43, Standardfehler = .0465, $p = .007$)

Eine letzte Empirische Auswertung bezog sich auf die Frage, ob eher die aktuelle Symptombelastung oder aber das Strukturniveau der Persönlichkeit als Marker für Persönlichkeitsdysfunktion mit der Bedeutsamkeit des sozialtherapeutischen Beratungsfokus zusammenhängt. Mehrere einfache Korrelationen nach Pearson wurden eingesetzt, um zu prüfen, inwiefern ein Zusammenhang von Symptombelastung oder Strukturdefizit mit der Anzahl der Beratungsfoki besteht. Im zweiten Schritt wurden Partialkorrelationen mit dem OPD-SF und der Anzahl der Beratungsfoki unter Kontrolle des EB-45 berechnet, um dann die Gegenprobe zu machen, mit dem EB-45 und der Anzahl der Beratungsfoki unter Kontrolle des OPD-SF. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 5: Auswertung der Daten des OPD-SF und EB-45 in Bezug auf die Bedeutsamkeit der sozialtherapeutischen Beratungsfoki

** $p < ,01$; * $p < ,05$. OPD-SF = OPD-Strukturfragebogen; EB-45 = Gesamtwert des Ergebnisfragebogens 45.

	Korrelation		Partialkorrelation unter Kontrolle des EB-45		Partialkorrelation unter Kontrolle des OPD-SF	
	Anzahl Beratungsfoki Beruf	Anzahl Beratungsfoki Gesundheit/ Soziales	Anzahl Beratungsfoki Beruf	Anzahl Beratungsfoki Gesundheit/ Soziales	Anzahl Beratungsfoki Beruf	Anzahl Beratungsfoki Gesundheit/ Soziales
OPD-SF	-.27**	.21**	-.15*	.12*	-	-
EB-45	-.24**	.18**	-	-	-.05 ns	.04 ns

Die Auswertung zeigt einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Symptombelastung, dem Strukturniveau und der Anzahl der Beratungsfoki in den Bereichen Beruf bzw. weitere soziale Themen. Kontrolliert man statistisch die Symptombelastung, bleibt der Zusammenhang mit dem Strukturniveau signifikant bestehen. Der Zusammenhang zwischen Symptombelastung und Anzahl der Beratungsfoki besteht nicht mehr, wenn statistisch das Strukturniveau kontrolliert wird. Daher ist zu vermuten, dass Patienten, je schlechter das Strukturniveau der Persönlichkeit ist, umso weniger Bedarf in der Beratung beruflicher Themen haben und mehr weitere gesundheitliche-soziale Themen im Fokus stehen. Zudem deuten die Ergebnisse der beiden Partialkorrelationen darauf hin, dass es eher die Persönlichkeitsdysfunktion als die aktuelle Symptombelastung ist, die den Ausschlag gibt.

8 Diskussion

In einer Stichprobe von 1186 Patienten zeigten sich in der Auswertung der sozioökonomischen Daten verschiedene soziale Belastungsfaktoren. Rund ein Viertel der Patienten ist von Erwerbslosigkeit betroffen. Zusätzlich erhielten mehr als 40 % der Patienten aufgrund von Erwerbslosigkeit bzw. Langzeitarbeitsunfähigkeit

Lohnersatzleistungen in Form von Krankengeld oder Arbeitslosengeld I bzw. II. Die Auswertung der schulischen und beruflichen Ausbildung der Patienten der Gesamtstichprobe zeigte eine gute bis sehr gute Grundqualifikation. In der detaillierte Auswertung der soziökonomischen Daten der einzelnen Behandlungssettings zeigte sich, dass Patienten des strukturbezogenen-stabilisierenden Settings im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings höhere Werte in der Erwerbslosigkeit, Bezug von Arbeitslosengeld I und II sowie höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten zum Zeitpunkt der Aufnahme haben.

Für eine Stichprobe von 878 Patienten konnten die beruflichen und weiteren sozialen Beratungsfoki erhoben werden. Die Auswertung zeigt, dass die beruflichen Beratungsfoki einen hohen Stellenwert in der sozialtherapeutischen Beratung haben. Es zeigte sich im Settingvergleich, dass bestimmte Patientengruppen einen deutlichen Bedarf an Beratung in nicht beruflichen Alltagsbereichen haben. Für eine Stichprobe von 467 Patienten konnten medizinische Faktoren in die Auswertung einbezogen werden. Die Auswertung konnte zeigen, dass Patienten mit strukturbezogenen Behandlungssettings einen höheren Bedarf an weiteren sozialen Beratungsfoki haben im Vergleich zu Patienten des konfliktorientierten-affektmobilisierenden Settings.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Erhebung der sozialökonomischen Daten und der Beratungsfoki unter Einbeziehung von Daten aus der Allgemeinbevölkerung und gesellschaftspolitische sowie ökonomische Aspekte detailliert diskutiert. In diesem Zusammenhang weist die Autorin darauf hin, dass sie sich bei der Recherche auf Datenquellen aus Deutschland fokussiert hat. Dies ist darin begründet, dass der Schwerpunkt der Arbeit darauf lag, erst einmal eine Erhebung des Status Quo der sozialen Probleme und der sozialtherapeutischen Beratungsfoki von Patienten in der stationären psychosomatischen Akutkrankenhausversorgung in Deutschland vorzunehmen. Hinzukommt, dass auch die sozialrechtlichen Versorgungsstrukturen von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen international sehr unterschiedlich sind und damit ein Vergleich schwierig erscheint. Damit besteht jedoch die notwendige Einschränkung, dass die Vergleichbarkeit mit anderen Gesundheitssystemen in den Hintergrund treten muss.

Zur Einordnung der Befunden erscheint es wichtig, sowohl bei der Betrachtung der Ergebnisse der Gesamtstichprobe, als auch bei der Diskussion der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Settings, wesentliche Aspekte der von der WHO entwickelten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zum besseren Verständnis heranzuziehen und diese an dieser Stelle vorzustellen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 2010) erläutert hierzu, dass neben der Art der Erkrankung, die damit verbundene Funktionseinschränkung, die daraus folgende Beeinträchtigung in der Lebensgestaltung und der Teilhabe an der Gesellschaft bei der

Auswahl der individuellen Behandlungs- und Interventionskonzepte wichtig sind. Im Verständnis des biopsychosozialen Modells wird in diesem Zusammenhang von funktioneller Gesundheit gesprochen.

„Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept) der Kontextfaktoren: Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren) –

- 1. ihre körperliche Funktion (einschließlich psychischer Funktionen) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen)*
- 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten)*
- 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen)“ (BAR 2010, S. 13)*

Umweltfaktoren sind nach der BAR (2010) materielle und soziale Aspekte sowie Normen und Werte, die sich auf die Lebenswelt des jeweiligen Menschen beziehen. Demographische Daten, (wie z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand), weitere gesundheitliche Probleme und Lebensgewohnheiten werden den personenbezogenen Faktoren zu geordnet. Diese Kontextfaktoren können sowohl positiv wie auch negativ wirken.

In den folgenden Abschnitten der Diskussion wird zu erkennen sein, inwiefern Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im Allgemeinen in ihrem Funktionsniveau eingeschränkt sind. Des Weiteren wird aufgezeigt, inwiefern es bestimmte Behandlungssettings gibt, in denen Patienten mit besonderen Beeinträchtigungen in ihrer Lebensgestaltung und Teilhabe behandelt werden.

8.1 Einordnung der Fallzahlen der Stichprobe in die bundesweiten Gesamtbehandlungsfälle

Im Erhebungszeitraum 2010 bis 2013 wurden jährlich zwischen 286 und 312 Patienten je nach Setting in die Studie einbezogen. Dies entspricht über 90 % aller (teil-)stationär behandelten Patienten auf den beiden Psychotherapiestationen der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg. In Deutschland gab es 2012 207 Fachabteilungen und Krankenhäuser für psychosomatische Medizin, die rund 74000 Patienten stationär behandelten. (vgl. BPTk Studie 2014) Auf dieser Datengrundlage wurden rund 0.39 % aller bundesweiten Patienten auf den beiden Psychotherapiestationen der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg behandelt. In 410 psychiatrischen Krankenhäusern und

Fachabteilungen wurden im Jahr 2012 rund 830000 Patienten aufgrund psychischer Erkrankungen behandelt. (vgl. BPtk Studie 2014).

Mehr als 70 % der Patienten in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik sind weiblich. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen zur Geschlechterverteilung aus der Meta-Analyse zur Wirksamkeit der psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum von Liebherz und Rabung (2013). In der Studie wurden 154 Stichproben aus psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken der Krankenhausversorgung, die sich nicht überlappen, einbezogen. Davon waren 54 % der Stichproben aus dem klinischen Bereich der Universitätskliniken. In der Auswertung der soziodemographischen Daten zeigte sich, dass 68,2 %, der in die Stichproben einbezogenen Patienten, weiblich waren.

In den folgenden Abschnitten wird auf die Verteilung der Hauptdiagnosegruppen eingegangen und dabei Bezug auf die einzelnen Behandlungssettings genommen

8.1.1 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Vergabe der Hauptdiagnosegruppen

Die im Ergebnis aufgezeigten Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Vergabe der Hauptdiagnosegruppen sind auf die unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkte in den einzelnen Settings zurückzuführen.

Die Behandlungssettings wurden eingehend im Methodenteil 6.1. beschrieben. Für alle drei Behandlungssettings hat sich gezeigt, dass die depressiven Störungen als Diagnosegruppe bei mehr als der Hälfte der Patienten im Vordergrund stehen. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der Auswertung des PHQ-9 zur Einschätzung der Depressivität. In allen drei Settings lag der Mittelwert mit über 15,0 im Bereich der schweren depressiven Symptomatik. Die beiden strukturbezogenen Behandlungssettings zeigten rund 5 % mehr Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose im Vergleich zum konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting. Dies ist mit den unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten zu verstehen. Es wird angenommen, dass grundsätzlich mehr Patienten als 5 % eine Persönlichkeitsstörung in den strukturbezogenen Settings als Hauptdiagnose haben. Es wird von Klinikseite sehr zurückhaltend mit der Vergabe der Diagnose vorgegangen, da viele jüngere Patienten behandelt werden und dies sich möglicherweise negativ auf ihr Berufsleben auswirken könnte. Der hohe Wert der PTBS im strukturbezogenen-stabilisierenden Setting im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen ist ebenfalls auf den unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkt zurückzuführen.

Eine mögliche Einschränkung besteht darin, dass es im einen Setting mehr fehlende Diagnosedaten gab als in den anderen beiden. Dies ist mit technischen Schwierigkeiten zu

erklären und in der Routineerhebung zu erwarten. Allerdings bilden die berichtbaren Befunde das klinische Bild ab, das sich auch in der Konzeption der Behandlung sowie der klinischen Indikationsstellung in Bezug auf Schwerpunkte der Settings widerspiegelt. Da diese Daten zu den Hauptdiagnosen aber in der vorliegenden Studie nur ein kleiner Baustein sind, kann die mögliche Limitation für die Gesamterhebung vernachlässigt werden. In einer möglichen Folgestudie, die sich mit der Festlegung von Vergütungen der sozialarbeiterischen Leistungen in Bezug auf bestimmte Diagnosegruppen auseinandersetzen würde, sollte darauf geachtet werden, dass die Basisdokumentationsdaten nahezu vollständig sind, und die Diagnosen im Optimalfall auch mit standardisierten Diagnostik-Interviews verifiziert werden.

Der folgende Abschnitt der Diskussion setzt sich in Bezug auf die Gesamtstichprobe mit den Ergebnissen der sozioökonomischen Daten Erwerbsquote und Bildungsniveau auseinander.

8.1.2 Erwerbsstatus und Bildungsniveau der Gesamtstichprobe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

Die Ergebnisse im Bereich des Erwerbsstatus zeigen, dass zeigen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme rund $\frac{1}{4}$ (23.5 %) der Patienten erwerbslos und 52.5 % erwerbstätig sind. Die Ergebnisse werden ins Verhältnis zu den demographischen Daten des Erhebungszeitraumes soweit wie möglich gesetzt, um ein zeitlich angemessenes Bild darzustellen. Das Verhältnis in der Allgemeinbevölkerung zeigt sich im Jahr 2012 folgendermaßen, 6.8 % der Menschen im erwerbsfähigen Alter sind arbeitslos und 72.8 % betrug die Erwerbstätigenquote in Deutschland. (Bundesagentur für Arbeit 2019 und Zentrale der politischen Bildung 2013).

Die Erwerbstätigenquote sagt aus, wieviel Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 65 Jahren in der Bevölkerung erwerbstätig sind. Für Baden Württemberg ermittelte der Mikrozensus ein Verhältnis von rund 4 % erwerbslosen Menschen zu 70.2 % Erwerbstätigen im Jahr 2013. (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2018). Da die Universitätsklinik Heidelberg ein weites Einzugsgebiet, hat wird hier auch auf die angrenzenden Bundesländer Hessen und Rheinland-Pfalz eingegangen. In Hessen lagen die Arbeitslosenquote 2012 bei 5.7 % und die Erwerbstätigenquote bei 77.7 %. (Hessisches Statistisches Landesamt 2015) In Hessen wurde bei der Ermittlung der Erwerbstätigenquote der Indikator der EU-Arbeitskräfteerhebung zugrunde gelegt, die die Altersgruppe der 20-64jährigen einbeziehen. Nach deren Berechnung liegt die Erwerbstätigenquote für Deutschland im Jahr 2012 bei 76.9 % und damit etwas höher als die Daten des Statistischen Bundesamtes. Die geringen Abweichungen zwischen den Daten des Statistischen Bundesamtes und der Erhebung nach den Indikatoren der EU-Arbeitskräfteerhebung können für die Einordnung der Auswertung

der Stichprobe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik meines Erachtens außer Betracht gelassen werden, da es dadurch zu keiner Verschiebung des Ergebnisses kommt. In Rheinland-Pfalz lag die Arbeitslosenquote 2011 bei 5.3 %. (Bundesagentur für Arbeit 2019a) und die Erwerbstätigenquote bei 48.6 % (vgl. Hattenhauer und Fein 2012).

Setzt man die Arbeitslosenquote (23.5 %) der Stichprobe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in das Verhältnis der Erwerbslosenquote von Deutschland und den genannten Bundesländern (3-6.9 %) zeigt sich deutlich, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung mehr von Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Das „Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ (2017) hat in seiner Projektarbeit zu „Psychisch Kranke im SGBII: Situation und Betreuung“ beschrieben, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung durch eine Vielzahl von Primärstudien und Übersichtsarbeiten bestätigt wurde. In diesem Zusammenhang ist auch noch einmal auf die Studie von Jahoda et al. (1975) hinzuweisen, der schon in den 30iger Jahren die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit im Dorf Marienthal untersucht hat. Es wird weiter ausgeführt, dass nicht nur der rein deskriptive Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Erkrankung, z.B. durch Metanalyse von Paul et al. (2006) nachgewiesen wurde, sondern auch eine Kausalitätshypothese Bestätigung findet. Diese besagt, dass Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit zu psychischer Erkrankung führen und umgekehrt diese zur Arbeitslosigkeit führen kann. Bei Letzteren wird von einer Selektionshypothese gesprochen und auf Studien von Olesen et al. (2013) und Lerner et al. (2004) verwiesen. Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen wird die Notwendigkeit, sich mit dem Thema Arbeit und psychische Erkrankungen auseinanderzusetzen, gesehen. Die BKK beispielsweise setzt sich in ihrem Gesundheitsbericht von 2016 mit zwei Aspekten von Arbeit und psychischen Erkrankungen auseinander. *„Die grundsätzliche Frage ist, ob Arbeit gesund oder krank macht. Die Studienlage zeigt, dass Arbeit in erster Linie gesund macht. Darauf deuten beispielsweise Ergebnisse von Studien zum Effekt von Arbeitsplatzverlust hin,[...] Arbeit macht nach dem Belastung-Beanspruchungs-Modell allerdings dann eher krank, wenn bestimmte Arbeitsbedingungen einen belastenden oder ressourcengefährdenden Charakter annehmen und dieser Zustand vom betroffenen Individuum auch als belastend wahrgenommen und bewertet wird“* (Knieps und Pfaff 2016 S.25f.).

Kritisch kann angemerkt werden, dass in der vorliegenden Arbeit in der Erhebung der Daten nicht erfasst wurde, welche Aspekte ursächlich der Erwerbslosigkeit zu Grunde lagen. Daher kann streng genommen keine Aussage darüber erfolgen, welchen Anteil eine mögliche

psychische Erkrankung am Arbeitsplatzverlust bei den Patienten hatte, bzw. ob sie durch eine Erwerbslosigkeit entstanden ist. Allerdings wurde auf den Zusammenhang zwischen Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit und der Entstehung von psychischen Erkrankungen wurde im Theorieteil der Arbeit ausführlich eingegangen. In diesem Zusammenhang ist noch einmal auf die Studie von Schubert et al. (2013) zur Situation von Arbeitslosengeld II-Empfängern und damit Langzeitarbeitslosigkeit hinzuweisen, die aufzeigt, dass 1/3 der Arbeitslosengeld II-Empfänger eine psychiatrische Diagnose erhalten hat.

Schlussfolgernd zeigt sich, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen wesentlich stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind als Menschen ohne eine derartige gesundheitliche Belastung. Inwiefern erste Anzeichen bereits im schulischen und beruflichen Ausbildungsweg sich für eine erhöhte Erwerbslosigkeit abzeichnen, wird im folgenden Abschnitt diskutiert.

8.1.3 Schulbildung und Ausbildungsniveau

Die Bundeszentrale für politische Bildung (2013) hat in der Auswertung der Daten des Statistischen Bundesamtes zum Verhältnis von Erwerbstätigenquote und Höhe des Schulabschlusses Zusammenhänge festgestellt. Höhere Schulabschlüsse führen zu einer höheren Erwerbstätigenquote. Im folgenden Abschnitt wird erläutert, wie die Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe in Bezug auf die Schulausbildung im Vergleich der Daten der Allgemeinbevölkerung einzuordnen sind und ob eine Aussage zum Verhältnis Schulbildung und Erwerbstätigenquote gemacht werden kann.

Die vorliegende Stichprobe zeigt, dass 44.2 % der Patienten das Abitur bzw. die Fachhochschulreife erreicht haben. Damit war dieser Schulabschluss am häufigsten vertreten, gefolgt von der Mittleren Reife mit 35.9 % und dem Hauptschulabschluss mit 18.7 %. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt haben mehr Patienten einen höheren Bildungsabschluss. Im Jahr 2012 hatten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2014) 27.9 % der Bevölkerung einen höheren Schulabschluss. Ein ähnliches zeigt sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt des Schulabschlusses der Mittleren Reife. Rechnet man den Abschluss der polytechnischen Oberschule der DDR (Abschluss nach der 10. Klasse) hinzu, kommt man bundesweit auf 29.0 %. Das sind knapp 6 % weniger im Vergleich zur erhobenen Stichprobe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch im Vergleich der Hauptschulabschlussquoten. Der Bundesdurchschnitt lag 2012 bei 35.6 % der Bevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, Bildungsstand) und damit rund 17 % über der Quote der Stichprobe der vorliegenden Arbeit.

Bezieht man die Daten der drei Bundesländer mit ein, aus denen die meisten Patienten kommen, ergibt sich folgendes Bild. In Baden Württemberg verfügten rund 30 % der Bevölkerung im Alter von 20 Jahren und älter über eine Hochschul- oder Fachhochschulreife, 25 % über einen Realschulabschluss und 40 % über einen Hauptschulabschluss (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 7/2015). In Rheinland-Pfalz liegen Daten zum Vergleich aus dem Jahr 2015 vor (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz 2017). Diese berichten von 29.9 % Abschlüssen der Hochschulreife, 25.8 % Realschulabschlüssen und 44.2 % Hauptschulabschlüssen.

Die Auswertung des Mikrozensus 2015 im Land Hessen verdeutlicht, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen hinsichtlich des Erreichens der jeweiligen Schulabschlüsse gibt. In der Altersgruppe der 25 -35jährigen haben danach rund 52 % der Bevölkerung die Hochschulreife aber nur 35.8 % der 45-55jährigen. Die Quote des Hauptschulabschlusses liegt 2015 bei den 25 -35jährigen bei 17 % und bei den 45-55jährigen bei 25.7 % der Bevölkerung. (Hessische Statistisches Landesamt 2017). Bezüglich der Altersgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild bei der Betrachtung der Daten vom Statistischen Landesamt Baden Württemberg. Danach haben rund 50 % der Baden Württemberger in der Altersgruppe der 20- bis unter 30jährigen eine Hochschul- oder Fachhochschulreife 2012, aber nur 21 % der Menschen in der Altersgruppe der 60-69jährigen. In dieser Altersgruppe haben dafür 55 % einen Volks- oder Hauptschulabschluss im Vergleich zu 19 % der jüngeren Baden Württemberger. (Ballreich 2015). Berücksichtigt man, dass mehr als 40 % der Patienten der untersuchten Stichprobe der jüngeren und mittleren Altersgruppen (17-29 Jahre und 30-39 Jahre) angehören zeigt sich im Gegensatz zu den Daten der Erwerbstätigen- und Arbeitslosenquote keine schlechtere Schulbildung im Bundes- und Länderdurchschnitt.

Die Daten zeigen somit in der Betrachtung der Gesamtstichprobe, dass in der vorliegenden Stichprobe im Bereich der Schulbildung keine Beeinträchtigungen aufgrund der psychischen Erkrankung zu erkennen sind. Wichtig ist hier festzuhalten, dass die Klinik einen starken regionalen Behandlungsfokus hat, und Heidelberg mit seiner Universität über einen deutlich höheren Prozentsatz an Menschen mit Abitur verfügt als in anderen Orten. Im Jahr 2015 hatten 56.8 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten Einwohner von Heidelberg das Abitur oder die Fachhochschulreife (vgl. Stadt Heidelberg 2017). Bezüglich der Aussage der Bundeszentrale für politische Bildung (2013) zum Zusammenhang von Bildungsabschlüssen und Erwerbstätigenquote kann keine Bestätigung gefunden werden. Anzumerken ist, dass in der vorliegenden Studie nicht im Detail ausgewertet wurde, wieviel der Patienten mit Abitur berufstätig sind, sondern es wurden die prozentualen Häufigkeiten der Erwerbsquote und der Schulabschlüsse der Gesamtstichprobe ermittelt. Wichtig ist, hier darauf hinzuweisen, dass

trotz eines hohen Anteils an Patienten mit Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife die Arbeitslosenquote im Vergleich zum Bundes- und Länderdurchschnitts mit über 16 % deutlich höher liegt. Mit anderen Worten: Trotz insgesamt guter Grundqualifikation schaffen es die Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht einen stabilen Übergang in den ersten Arbeitsmarkt zu erreichen.

In Bezug auf den höchsten Bildungsabschluss kann an dieser Stelle ein Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt und den Länderstatistiken für die Punkte, abgeschlossene Berufsausbildung bzw. Studienabschluss, erfolgen. In der vorliegenden Stichprobe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik zeigt sich, dass 52.5 % der Patienten eine abgeschlossene Berufsausbildung und 14.1 % über einen Studienabschluss verfügen. Im Bundesdurchschnitt liegt die Abschlussquote nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2013) im Jahr 2012 bei der Berufsausbildung bei 58.5 % und beim Studium bei 14.2 %. Hierbei wird die berufliche Qualifikation im Alter von 15 Jahren und mehr berechnet, die sich nicht in einer allgemeinbildenden Schulausbildung befinden. In der untersuchten Stichprobe der Psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg haben 66.6 % der Patienten einen berufsqualifizierenden Abschluss. Dieser Wert liegt etwas unter dem Bundesdurchschnitt von 72.7 % und liegt nahe am Länderdurchschnitt von Rheinland-Pfalz aus dem Jahr 2010 mit 66.8 % bzw. 69.5 % im Jahr 2015. In Baden - Württemberg wurde in der Erhebung des Mikrozensus 2013 ermittelt, dass 80.1 % der Erwerbstätigen und 60.7 % der Erwerbslosen über eine berufliche Qualifikation in Form einer Ausbildung oder eines Studiums verfügen. Die Daten der untersuchten Stichprobe unterscheiden sich nicht wesentlich von den Daten auf Bundes- und Länderebene, sodass bezüglich einer möglichen Einschränkung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hinsichtlich des Erreichens eines berufsqualifizierenden Abschlusses an dieser Stelle keine Aussage gemacht werden kann. Hinzukommt, dass das Altersspektrum der vorliegenden Stichprobe nicht die komplette Altersspanne der Bundes- und Länderstatistik umfasst.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe konnte nur im Bereich der Arbeitslosenquote eine deutliche Differenz zwischen den Patienten mit psychischen Erkrankungen im stationären Setting und der Allgemeinbevölkerung aufgezeigt werden. Inwiefern die Hinweise der Bundeszentrale für politische Bildung und die Untersuchungen von Oschmiansky et al. (2017) auf einen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Erwerbsquote sich bestätigen, wird sich bei der Differenzierung nach Behandlungssettings zeigen. Oschmiansky et al. (2017) verweisen auf den Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und möglichen Einschränkungen in der schulischen und beruflichen Ausbildungslaufbahn. *“Aufgrund des frühen Beginns vieler psychischer Erkrankungen*

werden die Weichen einer gelungenen beruflichen Partizipation oft schon im Übergang Schule-Ausbildung-Beruf gestellt“ (S.43).

Eine Limitation der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass in der Anamnese der beruflichen Entwicklung keine Dokumente eingesehen wurden, die einen Abschluss tatsächlich belegen. Auf der anderen Seite ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine substanzielle Gruppe der Patienten in diesem Kontext aktiv die Unwahrheit sagen, als relativ gering einzuschätzen, insbesondere, da sie keinen Vorteil davon haben, sowie dies im Kontext von sozialarbeiterischen Kontakten zum Beispiel mit der Agentur für Arbeit leicht herauskommen könnte.

Die vorliegende Studie zeigt also, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung psychosozial häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind, trotz einer guten bis sehr guten schulischen und beruflichen Grundqualifikation. Die Auswirkungen der psychischen Erkrankung und der damit teilweise verbundenen Arbeitslosigkeit auf die Einkommenssituation der Patienten wird im nächsten Abschnitt unter Einbeziehung der Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeitszeiten und Einkommensarten diskutiert.

8.1.4 Betrachtung der Einkommensarten der Patienten in der stationären Psychotherapie unter Einbeziehung der gesellschaftlichen Strukturen und Arbeitsunfähigkeitszeiten

In der Diskussion der Einkommensarten kann aufgrund der nicht einheitlich vorliegenden Statistiken auf Bundes- und Länderebene nicht auf alle Aspekte zusammen eingegangen werden. Es werden im folgenden Abschnitt die Bereiche Arbeitslosengeld I und II und Krankengeld und Lohnfortzahlung detailliert diskutiert. Die weiteren Einkünfte werden aufgrund fehlender Vergleichsdaten aus der Allgemeinbevölkerung nicht im Detail diskutiert. Der Anteil von 16.8 % der Patienten, die durch die Eltern finanziert werden, lässt sich mit den Daten, der noch im Studium (8.8 %) befindlichen Personen und der Schüler (10.5 %) erklären. Die geringe Zahl an Patienten mit Erwerbsminderungsrente hat konzeptionelle Gründe und ist somit nicht repräsentativ für die Prävalenz von psychischen Patienten mit Erwerbsminderungsrenten. Aufgrund möglicher mangelnder Veränderungsmotivation infolge eines Erwerbsminderungsverfahrens bzw. Verfahren zur Verlängerung der Erwerbsminderungsrente werden Patienten in der Regel erst nach Klärung des Prozesses stationär in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik behandelt.

Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II (Hartz IV)

Die vorliegende Stichprobe zeigt, dass 8.7 % der Patienten Arbeitslosengeld II und 2.7 % Arbeitslosengeld I beziehen. Das Verhältnis zwischen den beiden Bezügen von Arbeitslosengeld innerhalb der Stichprobe deckt sich mit den bundesweiten Daten der Allgemeinbevölkerung. Danach beziehen nach Angaben des Institutes für Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (2018) 2/3 der erwerbslosen Menschen Arbeitslosengeld II und 1/3 Arbeitslosengeld I. Die Bedeutung des Arbeitslosengeld I hat sich aufgrund der veränderten gesetzlichen Bestimmungen im Rahmen der Hartz-Reformen verändert. Durch die Verkürzung der Bezugsdauer von Arbeitslosengeld I und aufgrund von kurzen bzw. befristeten Arbeitsverhältnissen erlangen teilweise Menschen nicht mehr die ausreichenden Anwartschaften für den Bezug des klassischen Arbeitslosengeldes bevor eine erneute Erwerbslosigkeit eintritt und müssen daher schneller und häufiger einen Arbeitslosengeld II Antrag stellen. Der Anteil von Arbeitslosengeld II Empfängern in Deutschland lag 2016 bei 7.7 %. Zwischen den einzelnen Bundesländern gab es Unterschiede. Baden-Württemberg mit 4.3 % und Rheinland-Pfalz mit 5.8 lagen mit teilweise mehr als 2 % unter dem Bundesdurchschnitt und Hessen hatte eine Quote von 7.2 % (Statistisches Bundesamt et al. 2016).

Die Auswertung der Stichprobe der Patienten der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik liegt mit 8,7 % über dem Bundesdurchschnitt und ist doppelt so hoch wie in Baden Württemberg. Inwiefern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein signifikanter Unterschied in der prozentualen Häufigkeit des Bezuges von Arbeitslosengeld II bei psychosomatischen Patienten in der stationären Versorgung vorliegt, kann an dieser Stelle nicht sicher gesagt werden. Hierzu könnte eine differenzierte Untersuchung z.B. zwischen Patienten aus Baden Württemberg und den Daten der baden-württembergischen Allgemeinbevölkerung in Bezug auf den Erhalt von Arbeitslosengeld II Aufschluss geben.

Im Theorieteil der Arbeit wurde aber bereits durch die Benennung von Studien von Schubert et.al (2013) aufgezeigt, dass Empfänger von ALG II vermehrt unter psychischen und psychosomatischen Erkrankungen leiden. Inwiefern die psychische Erkrankung zum Bezug von Arbeitslosengeld II führt bzw. der Bezug der Leistung die Entstehung der Krankheiten verursacht, bleibt noch offen. Die Deutsche Rentenversicherung (2014) verweist in ihren Daten darauf, dass 42,7 % der gesundheitsbedingten Frühberentungen im Jahr 2013 auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind (vgl. Oschmiansky et.al. 2017, S 42ff.). In der klinischen Praxis zeigt sich, dass Frühberentungen nicht selten eine längere Zeit von Langzeitarbeitslosigkeit und dem Arbeitslosengeld II Bezug vorausgeht.

Neben dem Arbeitslosengeld I und II kann die vorliegende Studie detaillierte Aussagen zu Lohnfortzahlungen, Krankengeldbezug und der bestehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten machen.

Lohnfortzahlung, Krankengeld und Arbeitsunfähigkeitszeiten

Da Lohnfortzahlungen, der Erhalt von Krankengeld und die Länge der Arbeitsunfähigkeitszeiten in einem engen Zusammenhang stehen, wurde entschieden, diese sozialen Aspekte im folgenden Abschnitt gemeinsam zu diskutieren. Zu Beginn einige Anmerkungen zu den Begrifflichkeiten. Ein Arbeitnehmer hat im Falle einer Arbeitsunfähigkeit in der Regel Anspruch auf Fortzahlung seines Lohnes für eine Dauer von 6 Wochen. Bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit gibt es verschiedene Regeln, wann der Arbeitgeber in der Pflicht der Lohnfortzahlung steht bzw. die Krankenkasse Krankengeld zahlen muss. Diese Details werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt, da sie für die Diskussion nicht als relevant angesehen werden. Krankengeld erhält in der Regel ein Arbeitnehmer ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit für maximal 72 Wochen. Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit sprechen die Krankenkassen von einer Langzeitarbeitsunfähigkeit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 215, S. 124).

In der vorliegenden Stichprobe erhalten 27,8 % der Patienten Lohnfortzahlung und sind somit noch nicht langzeitarbeitsunfähig zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme auf die Psychotherapiestationen. Bereits langzeitarbeitsunfähig waren zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Therapie 31,5 % der Patienten und bezogen Krankengeld. Die Bedeutung der Langzeitarbeitsunfähigkeit in der stationären Psychotherapie zeigt sich auch in den Daten der Länge der Arbeitsunfähigkeit der Gesamtstichprobe. Der Mittelwert liegt bei 20 Wochen bereits bestehender Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Da die Standardabweichung bei 71,7 Wochen lag, wurde der Median zusätzlich berechnet. Mit 7 Wochen liegt der Median auch im Bereich der Langzeitarbeitsunfähigkeit. Im Theorieteil Kapitel 3.3. wurde bereits ausführlich auf die Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeitszeiten durch psychische und psychosomatische Erkrankungen eingegangen. Die dort aufgeführten Daten aus den Auswertungen der Gesundheitsberichten der Krankenkassen werden in der Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2015) zur Arbeitsunfähigkeit und im Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2015) untermauert. Letzterer erläutert in seinen Ausführungen, dass 2005 und 2006 durch die gesetzliche Einführung des Arbeitslosengeldes II ein zwischenzeitlicher Rückgang in den Kosten des Krankengeldes erfolgte, da Empfänger von Hartz IV auch bei einer Langzeitarbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Es wird aber darauf hingewiesen „[...]“, dass das seit 2007 zu verzeichnende

Ausgabenwachstum des Krankengelds sowohl auf einen Anstieg der Krankengeldberechtigten als auch auf eine erhöhte Inanspruchnahme zurückzuführen ist.“ (Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015 S. 73) Der Anstieg der Krankengeldberechtigten wird auf die Senkung der Arbeitslosenquote zurückgeführt.

In der Auswertung der Krankengeldausgaben nach Versichertengruppen wurde festgestellt, dass Arbeitslose zum einen mehr Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Berechtigte hatten im Vergleich zu erwerbstätigen Pflichtversicherten und zum anderen auch längere Zeiten der Inanspruchnahme von Krankengeldtagen. Im Jahr 2012 lag das Verhältnis zwischen den beiden Versichertengruppen bei 11 Fällen pro 100 Berechtigten bei den Arbeitslosen bei 6,4 Fällen pro 100 Berechtigten bei den Erwerbstätigen. Im Durchschnitt bezogen erwerbslose Versicherte im Falle der Langzeitarbeitsunfähigkeit 122,54 Tage und pflichtversicherte Erwerbstätige 88,82 Tage Krankengeld. (Sachverständigenrate zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015, S.77). Im Vergleich zu den Zahlen aus dem Jahr 2007 mit 73,40 Tagen bei den Pflichtversicherten und 105,08 durchschnittlichen Bezugstagen bei den Erwerbslosen zeigt sich ein deutlicher Anstieg in der Länge der Arbeitsunfähigkeitszeiten.

In der detaillierten Betrachtung der einzelnen Erkrankungen zeigt sich, dass die psychischen und Verhaltensstörungen 14 % der Langzeitarbeitsunfähigkeitstage ausmachen. In der weiteren Differenzierung der Diagnose stehen die depressive Episode (F32) und die Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43) im Vordergrund. (Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2015, S.125ff.).

Die Studie zur Arbeitsunfähigkeit der Bundespsychotherapeutenkammer (2015) kommt in ihrer Auswertung der Arbeitsunfähigkeitstagen von gesetzlich Krankenversicherten für die Jahre 2012 und 2013 auf rund 82 Millionen Tage die auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind. In der weiteren Hochrechnung kamen die Autoren der Studie auf 2,6 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfälle, die psychisch bedingt waren. Die Krankschreibungsdauer bei psychischen Erkrankungen lag bei durchschnittlich 34,5 Tagen im Jahr 2013. *„Sie ist eineinhalbmal so lang wie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (21,3 Tage), fast zweimal so lang wie bei Muskel-Skelett-Erkrankungen (18,5 Tage) und Verletzungen (18,9 Tage) und fünfmal so lang wie bei Atemwegs- oder Verdauungserkrankungen (jeweils 6,6 Tage).“* (BPTK 2015, S.10) Im Vergleich zu der Häufigkeit der Langzeitarbeitsunfähigkeit in der Stichprobe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik zeigt sich, dass rund 1/3 der Patienten noch über den o.g. ermittelten Durchschnittswerten der Krankschreibungsdauer für psychische Erkrankungen bereits bei der stationären Aufnahme liegt.

Es zeigt sich, dass sowohl im Bereich Arbeitsunfähigkeitszeiten mit Lohnfortzahlungen wie auch bei den Langzeitarbeitsunfähigkeitszeiten mit Krankengeldzahlungen Krankheitsbildern mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen einen nicht unerheblichen Beitrag zu den Kosten ausmachen. Die Gesamtkosten für Krankengeldzahlungen sind von 2005 von 5,8 Mrd. Euro auf 9,7 Mrd. Euro im Jahr 2013 gestiegen. (BPtK 2015, S. 13) Das Institut der Deutschen Wirtschaft hat auf Grundlage von Daten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der Deutschen Rentenversicherung ermittelt, dass die Kosten für die Arbeitgeber für Lohnfortzahlungen von 27 Mrd. Euro im Jahr 2005 auf 53,9 Mrd. Euro im Jahr 2015 gestiegen sind. In diesen Daten sind Leistungen des Mutterschaftsgeldes und Sozialversicherungsleistungen enthalten. (IW-Kurzbericht 13/2017).

Mögliche Limitationen in Bezug auf die Datenerhebung sind ähnlich zu Kap. 8.1.3 zu sehen. Zusammenfassend zeigt die vorliegende Arbeit, dass sich bei Patienten mit psychischen Erkrankungen, die stationär behandelt werden müssen, sich auf mehreren Ebenen eine soziale Belastung zeigt. Hierzu zählt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Erwerbslosigkeit. Häufig besteht eine Langzeitarbeitsunfähigkeit. Sowohl mit der Erwerbslosigkeit wie auch der Langzeitarbeitsunfähigkeit sind finanzielle Einschnitte durch den Bezug von Arbeitslosengeld bzw. Krankengeld verbunden.

Im folgenden Abschnitt der Diskussion wird darauf eingegangen inwiefern es zwischen den drei Settings, in denen die Patienten der Stichprobe behandelt worden sind Unterschiede im Bereich des Bildungsstandes, des Erwerbsstatus, der finanziellen Situation und der Länge der Arbeitsunfähigkeitszeiten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme gab.

8.2 Vergleich der Behandlungssettings bezogen auf Aspekte des sozioökonomischen Status

Im ersten Teil des folgenden Abschnittes werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Bereich des Bildungsstandes und des Erwerbsstatus zwischen den einzelnen Settings diskutiert. Hierbei werden die gesellschaftlichen Gegebenheiten die in der Diskussion der Gesamtstichprobe benannt wurden, soweit einbezogen, wie es sinnvoll erscheint.

8.2.1 Betrachtung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten des Bildungsstandes und des Erwerbstatus zwischen den Settings

Eine Hypothese im Vorfeld der Studie war, die Annahme dass Patienten im strukturbezogenen stabilisierenden Setting aufgrund ihrer komplexen und oft chronifizierten Erkrankung einen niedrigeren Bildungsstand im Vergleich zu den beiden anderen Settings haben. Es zeigt sich in der Auswertung, dass im strukturbezogenen stabilisierenden Setting

die geringste Abschlussquote (28.7 %) bei der Hochschul- bzw. Fachhochschulreife im Vergleich der drei Settings vorliegt. Die Unterschiede zu den anderen beiden Settings liegen zwischen -12.4 % (interaktionelles Setting) und -24.4 % (konfliktorientiertes Setting). Im Bereich der Mittleren Reife liegen die beiden strukturbezogenen Settings mit 40.3 % gleich auf. Etwas geringer liegt die Abschlussquote beim Realschulabschluss (31.3 %) im konfliktorientierten Setting. Die Abschlussquoten des Hauptschulabschlusses zeigen folgende Unterschiede, 27.7 % im stabilisierenden Setting, 18.3 % im interaktionellen Setting und 14.6 % im konfliktorientierten Setting. Die Betrachtung der Verteilung der Schulabschlüsse auf die einzelnen Settings lässt folgende Schlussfolgerungen zu. Patienten, die eher einen chronifizierten Krankheitsverlauf haben und somit in einer der beiden strukturbezogenen Settings behandelt werden, haben im Vergleich zu Patienten im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Behandlungssetting einen geringeren Schulabschluss. Besonders deutlich zeigt sich dies im Erreichen der Hochschul- und Fachhochschulreife. Es lässt weiter die Annahme zu, dass insbesondere Patienten mit komplexen Erkrankungen wie einer Traumafolgestörung und/oder einer Persönlichkeitsstörung, die vorwiegend im stabilisierenden Setting behandelt werden, deutlich seltener die Hoch- bzw. Fachhochschulreife erreichen und häufiger einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss erreichen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und Länderdurchschnitt zeigen sich auch im Settingvergleich keine schlechteren Werte. Für eine genauere Aussage wäre auch hier noch eine Altersdifferenzierung notwendig, um eine eindeutigere Aussage zu möglichen Beeinträchtigungen beim Schulabschluss von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vorzunehmen. Da sich aber zeigt, dass 96.7 % auch der Patienten des stabilisierenden Settings über einen anerkannten Schulabschluss und $\frac{3}{4}$ von ihnen über mindestens eine Mittlere Reife verfügen, kann davon ausgegangen werden, dass diesbezüglich auch bei einer weiteren Altersdifferenzierung keine eindeutige Beeinträchtigung im Erlangen eines qualifizierenden Schulabschlusses zu erkennen sein wird.

Die Auswertung zeigt zwar Unterschiede zwischen den Settings in der Erlangung des höchsten Schulabschlusses, inwiefern diese Unterschiede Auswirkungen auf die weitere Ausbildung bzw. den Erwerbsstatus haben kann, wird im weiteren Verlauf diskutiert

In Bezug auf den beruflichen Bildungsstand zeigt sich teilweise ein ähnliches Bild wie im Vergleich der Schulabschlüsse. Insbesondere in der Abschlussquote eines Hochschulstudiums zeigt sich, dass die Patienten im konfliktorientierten Setting mit 19.4 % im Vergleich zum stabilisierenden Setting mit 5.3 % deutlich häufiger ein Studium abgeschlossen haben. Dieses Ergebnis lässt sich mit den Unterschieden in der Abschlussquote bei der Hoch- bzw.

Fachhochschulreife erklären. Im Bereich der abgeschlossenen Ausbildungen hat das interaktionelle Setting mit 47 % die geringste Abschlussquote aller drei Settings. Bezieht man die Patienten ein, die sich noch in der Ausbildung befinden, liegt das Setting mit 62 % in der Mitte. Mit 67 % hat das stabilisierende Setting die höchste Quote bei Berufsausbildungen (inkl. noch nicht abgeschlossener Ausbildungen) und das konfliktorientierte Setting mit 54 % den geringsten prozentualen Anteil.

An dieser Stelle wird keine Diskussion über die Wertigkeit zwischen Studium und Ausbildungsabschluss erfolgen, sondern es soll um die Bedeutung eines berufsqualifizierenden Abschlusses als wichtige soziale Ressource gehen. Daher soll an dieser Stelle noch einmal auf bestehende Unterschiede zwischen den Settings im Erreichen eines Berufsabschlusses eingegangen werden. Da sich in der vorliegenden Stichprobe mehr Patienten des interaktionellen Settings noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung im Vergleich zu den beiden anderen Settings befinden wird dieses Setting in dem folgenden Aspekt der Diskussion vernachlässigt. Im konfliktorientierten wie auch im stabilisierenden Setting befinden sich jeweils 23.6 % der Patienten noch in schulischer oder beruflicher Ausbildung oder Studium.

Im Vergleich dazu zeigt sich bei der Quote „ohne Berufsabschluss“, dass signifikant mehr Patienten im stabilisierenden Setting (12 %) ohne einen anerkannten Ausbildungsberuf im Vergleich zu 5.2 % im konfliktorientierten Setting sind. Betrachtet man die Abschlussquote von Ausbildung und Studium zusammen, haben $\frac{3}{4}$ der Patienten im konfliktorientierten Behandlungssetting einen anerkannten Berufsabschluss/ Studium aber nur gut die Hälfte (58.4 %) im stabilisierenden Setting. Im Vergleich zum Bundes- und Länderdurchschnitt zeigt sich bei den Patienten des stabilisierenden Settings, dass rund 14 % unter dem Bundesdurchschnitt liegen und bezogen auf Baden - Württemberg eher auf dem Niveau der beruflichen Qualifikation von erwerbslosen Menschen (60.7 %) im Mikrozensus von 2013. Die Patienten im konfliktorientierten Setting liegen mit ihrer Abschlussquote (71.2 %) auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts. In der Schlussfolgerung kann für die untersuchte Stichprobe davon ausgegangen werden, dass in Bezug auf das berufliche Ausbildungsniveau Patienten, die im strukturbezogenen-stabilisierenden Setting behandelt werden, häufiger ohne Berufsabschluss sind als Patienten der anderen Behandlungssettings.

Im Vergleich der Gesamtstichprobe zeigte sich bereits ein deutlicher Unterschied zwischen Arbeitslosenquoten des Bundes und der drei Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz. In der Differenzierung der Settings zeigt sich, dass alle drei Behandlungssetting über der Quote der Arbeitslosigkeit der Bundes- und Länderdurchschnitte liegen. Die Patienten des interaktionellen und des konfliktorientierten

Settings liegen mit 12.9 bzw. 11.4 % über dem Bundesdurchschnitt von 2012. Die Patienten des stabilisierenden Behandlungssettings lagen mit einer Arbeitslosenquote von 35.9 % mit +29,1 % über den Bundesdurchschnitt. Im Settingvergleich erfolgte durch den Chi-Quadrat-Test eine Signifikanzprüfung, die aussagt, dass Patienten des stabilisierenden Settings häufiger von Erwerbslosigkeit betroffen sind als Patienten der anderen beiden Behandlungssettings. Bereits in der Betrachtung der Gesamtstichprobe zeigte sich, dass die Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufgrund ihrer psychischen Erkrankung häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind.

In der Schlussfolgerung des Settingvergleichs kann nun angenommen werden, dass die Patienten des strukturbezogenen stabilisierenden Setting, besonders häufig von Arbeitslosigkeit im Vergleich zu Patienten der anderen beiden Behandlungssettings betroffen sind.

8.2.2 Betrachtung der Einkommensarten und der Zeiten der Arbeitsunfähigkeit der Patienten in den einzelnen Behandlungssettings

In der Diskussion der Einkommensarten und der Arbeitsunfähigkeit wird sich wie auch bei der Betrachtung der Daten der Gesamtstichprobe auf die wichtigen Aspekte Lohnfortzahlung, Krankengeld und Arten des Arbeitslosengeldes fokussiert.

Für das Verständnis der Ergebnisse im Bereich der Lohnfortzahlung und des Krankengeldes ist es im Settingvergleich wichtig zuerst auf die Unterschiede in den Längen der Arbeitsunfähigkeitszeiten zum Zeitpunkt der Aufnahme einzugehen. Dabei zeigt sich, dass die Patienten des stabilisierenden Settings mit einem Mittelwert von 23.64 Wochen bestehender Arbeitsunfähigkeit deutlich höhere Werte haben als die beiden anderen Behandlungssettings. Das interaktionelle Setting hat einen Mittelwert von 9.87 Wochen und das konfliktorientierte Setting von 11.8 Wochen zu Beginn der stationären Behandlung. Die Patienten des stabilisierenden Settings im Vergleich zu den anderen beiden Behandlungssetting hatten signifikant längere Arbeitsunfähigkeitszeiten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Zwischen den konfliktorientierten und dem interaktionellen Setting bestand kein signifikanter Unterschied.

Die Unterschiede in der Länge der Arbeitsunfähigkeit spiegeln sich teilweise in den Daten der Lohnfortzahlung wider. Hierbei zeigt sich, dass die Patienten des konfliktorientierten Settings prozentual am häufigsten mit 30.7 % von allen drei Settings Lohnfortzahlungen zum Zeitpunkt der Aufnahme erhalten. Das sind im Vergleich zum stabilisierenden Setting 8.8 % und zum konfliktorientierten Setting 3.2 % mehr. Der Signifikanztest mit dem Chi-Quadrat-Test ergab, dass die Patienten im konfliktorientierten Setting signifikant häufiger Lohnfortzahlung erhalten wie Patienten im stabilisierenden Setting. Patienten des

stabilisierenden Settings haben wie bereits beschrieben signifikant längere Arbeitsunfähigkeitszeiten zum Zeitpunkt der Aufnahme und auch eine höhere Erwerbslosenquote. Somit erklärt sich die geringe Häufigkeit im Bezug der Lohnfortzahlung bei Aufnahme, die sich vor allem im Vergleich mit den Patienten des konfliktorientierten Settings zeigt.

In der Auswertung des Bezuges von Krankengeld hat sich trotz signifikant höherer Arbeitsunfähigkeitszeiten der Patienten im stabilisierenden Setting im Vergleich zu den anderen beiden Behandlungssettings, kein signifikanter Unterschied gezeigt. Die Werte der Settings im Bezug des Krankengeldes liegen zwischen 27.5 % und 31.9 %. In diesem Zusammenhang ist noch einmal auf den bereits beschriebenen Aspekt hinzuweisen, dass Beziehher von Arbeitslosengeld II auch bei Bestehen von Langzeitarbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld haben. Die Auswertung der Häufigkeit des Arbeitslosengeld II - Einkommens zeigt im Settingvergleich, dass die Patienten im stabilisierenden Setting mit 13.8 % doppelt so viel Arbeitslosengeld II-Bezug haben, als die Patienten im konfliktorientierten und 5,5 % mehr als im interaktionellen Setting. Die in diesem Zusammenhang durchgeführte Signifikanzprüfung mit Chi- Quadrat-Test ergab, dass die Patienten des stabilisierenden Settings im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings signifikant häufiger Arbeitslosengeld II beziehen. Es ist davon auszugehen, dass sich bei den Empfängern von Arbeitslosengeld II im stabilisierenden Setting ein Teil bereits in der Langzeitarbeitsunfähigkeit befand.

Ein vergleichsweises entsprechendes Bild in der Verteilung wie in der Einkommensart Arbeitslosengeld II zeigt sich beim Bezug von Arbeitslosengeld I. Die prozentualen Häufigkeiten sind im Vergleich zum Arbeitslosengeld II geringer, dies erklärt sich mit den bereits benannten gesetzlichen Veränderungen durch die verringerten Bezugszeiten, aber auch durch die Tatsache, dass nach 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit der Bezug von Arbeitslosengeld I endet und Krankengeld gezahlt wird. Im Settingvergleich zeigt sich erneut, dass die Patienten im stabilisierenden Setting doppelt (4.7 %) so viele Patienten im Arbeitslosengeld I Bezug haben als die Patienten im konfliktorientierten Setting (2.4 %) und im Vergleich zum interaktionellen Setting (1.1 %) noch wesentlich mehr. Die durchgeführte Signifikanzprüfung zeigte erneut, dass die Patienten des stabilisierenden Settings signifikant mehr Arbeitslosengeld I beziehen im Vergleich zu den beiden anderen Settings.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass Patienten des strukturierenden-stabilisierenden Settings im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings ein geringeres Einkommen aufgrund längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine höhere Erwerbslosigkeit haben.

8.3 Welche sozialen Beratungsfoki stehen in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung im Vordergrund?

Im dem vorangegangenen Abschnitt zur Einordnung der sozioökonomischen Daten der Gesamtstichprobe zeigte sich, dass Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Versorgung nach der ICF der WHO in der Klassifikation „Aktivität und Teilhabe“ in bedeutenden Lebensbereichen durch signifikant höhere Erwerbslosenquote und Arbeitsunfähigkeitszeiten beeinträchtigt sind (vgl. BAR 2010a).

Im folgenden Abschnitt wird bei der Diskussion der Beratungsfoki auf mögliche weitere Funktionsbeeinträchtigungen eingegangen.

Aus dem Bereich der medizinischen psychosomatischen Rehabilitation ist bekannt, dass der Fokus der Gesamtbehandlung auf der Wiederherstellung bzw. dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit liegt. Dies gibt der Kostenträger, die Deutsche Rentenversicherung in ihren Richtlinien zur medizinischen Rehabilitation vor (DRV 2009). Grundlage für diese Zielsetzung sind gesetzliche Vorgaben

„Die Rentenversicherung erbringt nach § 9 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

- 1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und*
- 2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern“ (DRV 2009, S.9).*

Rudolf (2017) erläutert in seinem Beitrag zur stationären Psychotherapie, dass aufgrund der gesetzlich vorgegebenen Zielsetzung *„...sozialmedizinische Akzente sowie aktivierende und regenerierende Maßnahmen (z.B. physikalische Therapie) sowie die Unterstützung der Krankheitsbewältigung und des Gesundheitsbewusstseins[...]"* in der medizinischen Rehabilitation stärkere Bedeutung haben als in der Psychotherapie der Akutkrankenhäuser (Rudolf 2017, S.375). Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung der Akutkliniken liegt danach der Fokus auf der psychotherapeutischen Zielsetzung. Häufig haben die Patienten mit einer Indikation für eine stationäre Psychotherapie noch kein Problembewusstsein, sondern leiden unter ihren Symptomen ohne über einen Veränderungsansatz zu verfügen. Rudolf (2017) sieht daher die Hauptaufgabe in der stationären Psychotherapie nicht in der Lösung von Problemen, sondern in dem Erkennen und in der Wahrnehmung durch den Patienten. Ziel ist es, ihn durch die

Verantwortungsübernahme für den Veränderungsprozess zugänglich für weitere ambulante Psychotherapie zu machen.

Wahlert et al. (2015) führen zusätzlich in ihren Ausführungen zum Unterschied zwischen medizinischer psychosomatischer Rehabilitation und Behandlung in einer Akutklinik die Krankheitsschwere als Kriterium für eine Krankenhausbehandlung an und verweisen in diesem Zusammenhang z.B. auf höhere Werte im Bereich des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und auf geringere Ausprägung des Strukturniveaus, das durch Instrumente der Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD 2006) ermittelt werden kann.

Inwiefern die unterschiedlichen Zielsetzungen und Voraussetzungen auch andere sozialarbeiterische Beratungsfoki im Bereich der Akutversorgung von psychosomatischen Patienten im Vergleich zur medizinischen psychosomatischen Rehabilitation betreffen, soll im folgenden Abschnitt erläutert werden.

In der medizinischen Rehabilitation ist die Klinische Sozialarbeit nach Bückers (2015) in allen drei Behandlungsabschnitten, Diagnostik, Therapie- und Abschlussphase involviert. In der Eingangsphase (Diagnostik) liegt der Fokus auf der Regulierung von sozialen Belastungsfaktoren, die den Therapieverlauf behindern oder erschweren könnten. Hierzu zählen vor allem finanzielle Probleme und Versorgungsengpässe von Familienmitgliedern. Im weiteren Verlauf liegt der Fokus auf der Arbeits- und Berufsanamnese, die „ein wesentlicher Teil der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung“ (Bückers, 2015, S.273) ist. Sie dient der Einordnung der Beschwerden des Patienten und der Feststellung seiner Leistungsfähigkeit und Belastungen sowie Beeinträchtigungen in seinem Arbeitsleben. In der Folge werden je nach individueller Situation Maßnahmen zur beruflichen Reintegration, wie z.B. Einleitung von stufenweiser Wiedereingliederung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit den Patienten vorbereitet. Ebenfalls wird die Beantragung von Rentenleistungen durch die Klinische Sozialarbeit bei Bedarf durchgeführt. Neben den individuellen Einzelberatungsschritten gibt es in den Rehabilitationskliniken berufsspezifische Behandlungsangebote in Gruppen. Bückers (2015, S. 274) benennt hierbei als Foki beispielsweise die Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten bei Arbeitsplatzkonflikten, Mobbing oder Überlastungen. Neben dem starken Berufsfokus, der durch die bereits beschriebenen gesetzlichen Vorgaben und den Richtlinien der DRV vorgegeben ist, werden Themen wie Wohnungsprobleme, außer-berufliche sozialrechtliche Fragestellungen und Erziehungsfragen als weitere Beratungsfoki der Klinischen Sozialarbeit in der medizinischen psychosomatischen Rehabilitation benannt. Gesetzlich gibt es für den Bereich der Akutkliniken nur den §112 SGB V, der die Krankenhäuser verpflichtet soziale Beratung und Betreuung anzubieten und die poststationäre Nachsorge zu organisieren. Auf die rechtlichen

Rahmenbedingungen für die Integration von Sozialarbeit in der stationären Akutversorgung wurde im Theorieteil Kapitel 4.4.1. eingegangen.

In der erhobenen Stichprobe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg zeigt sich, dass der berufliche Beratungsfokus ebenfalls im Vergleich zu den Beratungsfoki der Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation einen bedeutenden Stellenwert hat. In der Gruppe der beruflichen Beratungsfoki wurden 7 Unterfoki erhoben, die im Methodenteil Kapitel 6.3. näher erläutert worden sind. Im Durchschnitt hat jeder Patient sich mit mehr als einem beruflichen Thema auseinandergesetzt. Bei den weiteren sozialen Beratungsfoki lag der Mittelwert bei 0.72 Beratungsfoki. Beratung zur beruflichen Wiedereingliederung (33.75 %), Umgang mit Überforderungssituationen (24.2 %) und die schulische bzw. berufliche Neuorientierung (22.37 %) waren die drei häufigsten beruflichen Beratungsfoki.

Betrachtet man die weiteren beruflichen Beratungsfoki kann man diese teilweise den drei bereits genannten Beratungsfeldern als weitere Beratungsfoki zuordnen. Beispielsweise Beratung und Einleitung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen (7.76 %) und Bewerbungstraining (6.7 %) können Unterthemen von beruflicher (Neu)orientierung bzw. beruflicher Wiedereingliederung bei z.B. bestehender Arbeitslosigkeit sein. Es gibt aber auch Patienten, die nur den einen oder anderen Beratungsfoki zugeordnet bekommen haben. Dies lag an der subjektiven Einschätzung der Beraterin und müsste bei weiterem Interesse in einer Folgestudie noch einmal genauer erhoben und ausgewertet werden. Der Umgang mit Überforderungssituationen am Arbeitsplatz, die Motivation, sich mit der Arbeitssituation auseinanderzusetzen und die Bearbeitung von Konflikten mit Vorgesetzten, sind übergreifende Themen und können sowohl Patienten, die eine Wiedereingliederung wie auch eine Neuorientierung anstreben, betreffen. Betrachtet man die beiden herausgestellten Beratungsfoki berufliche (Neu)orientierung und berufliche Wiedereingliederung, zusammen kann für die Gesamtstichprobe gesagt werden, dass mindestens 56 % der Patienten in der stationären psychosomatischen Behandlung sich mit beruflichen Reintegrationsthemen auseinandersetzen.

Trotz der Tatsache, dass es keine konkreten gesetzlichen Zielvorgaben hinsichtlich der Wiederherstellung und des Erhalts der Arbeitsfähigkeit gibt, zeigt sich auch in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung, dass Arbeitsthemen einen hohen Stellenwert haben. Dies ist in den bereits mehrfach erläuterten Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit begründet. An dieser Stelle soll noch auf die Übersichtsarbeit von Günhe und Riedel-Heller (2015) eingegangen werden. Sie haben sich im Auftrag der Stadt Berlin und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sich eingehend mit den gesundheitlichen und psychosozialen

Aspekten von Arbeit und schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland auseinandergesetzt.

„In der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen stehen neben der seelischen und körperlichen Stabilisierung, neben der Aktivierung von Veränderungsmotivation und Ressourcen v. a. die Stärkung von Fähigkeiten für eine selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung und Alltagsgestaltung im Mittelpunkt. In diesem Zusammenhang hat das Konzept von Recovery in den vergangenen Jahren sehr an Bedeutung gewonnen. Recovery bedeutet hier weniger die vollständige Genesung, sondern wird vielmehr als „ein Prozess von persönlichem Wachstum und Entwicklung“ gesehen, „in dem Betroffene die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbst bestimmten Leben finden und einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können“ (Schrank und Amering 2007, S. 45ff.). Hilfe und Unterstützung zielen hierbei auf die Teilhabe der Betroffenen am sozialen Leben trotz möglicherweise weiter bestehender Krankheitszeichen.

Der Erwerbstätigkeit kommt in diesem Prozess eine hohe Bedeutung bei; sie ist zugleich wichtiger Prädiktor für die Genesung (Spellmann et al. 2012). In der Wahrnehmung psychiatrisch Tätiger stellt die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die Patienten wichtigstes Element von Recovery dar. Zudem existiert für die Mehrzahl schwer psychisch Kranker ein starker Wunsch nach beruflicher Tätigkeit (vgl. Tsang et al. 2010). Dabei hat eine kompetitive Beschäftigung gegenüber Arbeitslosigkeit und beschützter Beschäftigung Vorteile hinsichtlich Lebensqualität, Selbstwert und psychischem Befinden für die Betroffenen (Bond et al. 2001, Ruesch et al. 2004, Hoffmann et al. 2014)“ (Gühne und Riedel-Heller 2015, 4).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2010) beschreibt in ihrer Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen die komplexe psychologische, soziale und materielle Bedeutung von Arbeit.

„Arbeit und strukturierte Beschäftigung sind insbesondere für Menschen im erwerbsfähigen Alter von zentraler Bedeutung. Keine andere einzelne Aktivität ist so vielfältig und komplex in ihrer psychologischen, sozialen und materiellen Bedeutung. Arbeit vermittelt

- *ein Gefühl für persönliche Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer,*
- *eine Möglichkeit, sich in einer normalen Rolle zu betätigen und damit einen Gegenpol zur Rolle des Patienten zu bilden,*
- *ein einfach zu erkennendes Kriterium für Genesung von Krankheit,*
- *ein Gefühl für sozialen Status und Identität,*
- *soziale Kontakte und Unterstützung,*
- *Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrhythmus),*
- *Entlohnung und damit finanzielle Anerkennung.*

Dieser vielschichtigen und weitreichenden Bedeutung von Arbeit ist auch bei verminderter oder eingeschränkter Leistungsfähigkeit durch Rehabilitationsangebote unter der Perspektive des Erhalts oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes –

möglichst auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder auch dem besonderen Arbeitsmarkt – Rechnung zu tragen“ (BAR 2010, S. 41).

Im Bereich der weiteren sozialen Beratungsfoki, die ebenfalls im Methodenteil (Kapitel 6.3.) erläutert worden sind, stehen Klärung von finanziellen Problemen (20.16 %), Fragen der Wohnsituation (10.71 %) und der Freizeit- und sozialen Kontaktgestaltung (12.87 %) im Vordergrund der Beratungsthemen. Der Bedarf, Patienten an ambulante Beratungsstellen für die weitere psychosoziale Beratung anzubinden lag bei 14.51 %. Ebenfalls so viele Patienten hatten einen Bedarf sich über Möglichkeiten der familiären Unterstützung, wie z.B. Hilfe zur Erziehung durch das Jugendamt zu informieren und diese teilweise auch einzuleiten. Insbesondere der Bedarf an Klärung von Fragen der finanziellen Situation, der Wohnsituation und der häuslichen und familiären Unterstützung ist vermutlich bei den Patienten der untersuchten Stichprobe höher als hier benannt, da ein Teil von bestehenden Problemen bereits durch die Sozialarbeit der Ambulanz der Klinik mit den Betroffenen bearbeitet worden ist. Die Einbeziehung der Klinischen Sozialarbeit im Vorfeld der stationären Therapie wurde im Kapitel 5.2.1. beschrieben. Die Notwendigkeit bereits zu Beginn der Planung einer psychotherapeutischen Behandlung existentielle finanzielle Probleme zu klären wird durch eine Studie von Thompson et al. (2018) zum Einfluss von finanziellem Stress von Patienten auf das Ergebnis von Psychotherapie unterstützt. Es wurden über 5000 Patienten, die Collagestudenten waren und 238 Therapeuten befragt. Es zeigte sich, dass Patienten mit einem hohen finanziellen Druck signifikant höhere Therapieabbruchquoten zu Beginn der Psychotherapie hatten und auch schlechtere Ergebnisse am Ende des Therapieprozesses.

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten sozialen Beratungsfoki können unter den Bereich der Förderung der Teilhabe an der Gesellschaft, wie es die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation beschreibt zu geordnet werden.

„Das Alltagsleben enthält einerseits eine große Vielfalt von sozialen Rollen, die es auszufüllen gilt, im

- *familiären Zusammenhang (z. B. als Mutter, Vater, Sohn oder Tochter),*
- *Freundes- und Bekanntenkreis (z. B. als Gastgeber oder Gast, als Gesprächspartner oder Partner für gemeinsame Unternehmungen),*
- *Bereich des Wohnens als Mieter oder Eigentümer einer Wohnung,*
- *Bereich der Alltagsbewältigung und der Selbstversorgung (z. B. als Kunde in Geschäften und bei Banken),*
- *sportlichen, kulturellen oder geselligen Bereich (z. B. als Vereinsmitglied, Theater- oder Kinobesucher, Gast eines Restaurants),*
- *sozialen und psychiatrisch/psychosozialen Bereich (z. B. als Antragsteller bei Behörden, als Nutzer von Angeboten).*

Andererseits ist der Alltag von der Bewältigung regelmäßig wiederkehrender Handlungsabläufe geprägt, z. B. dem Einkaufen, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Körper- und Kleiderpflege, und dem Nachgehen von Interessen und Hobbys.

Bereits die Bewältigung der scheinbar selbstverständlichen Aufgaben des alltäglichen Lebens kann für psychisch kranke Menschen eine große Anforderung darstellen – auch wenn sie grundsätzlich über das dafür notwendige Wissen und die notwendigen Fertigkeiten verfügen. So kann es sein, dass sie aufgrund ihrer wechselnden inneren Befindlichkeit hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten verunsichert sind, sich auch bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben nicht auf sich selbst verlassen und durch innere Irritationen dabei beeinträchtigt werden können. Unter diesem Aspekt kommt der Förderung und Entwicklung von Gewohnheiten zur Bewältigung der alltäglichen Anforderungen besondere Bedeutung zu.“ (BAR 2010, S.40)

Nicht alle Patienten, die in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik behandelt werden, erfüllen die Kriterien eines Grades der Behinderung nach dem Schwerbehindertenrecht (SGBIX). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018) weist daraufhin, dass durch das Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes alle Menschen mit einer Behinderung in ihren Rechten in allen sozialen und gesellschaftlichen Bereichen gestärkt werden. Es ist daher auch wichtig, dass notwendige Maßnahmen zur Teilhabe bereits im Akutkrankenhaus eingeleitet werden.

„Leistungen zur Teilhabe sind umso erfolgreicher, je früher sie eingeleitet und durchgeführt werden. Sie setzen nicht erst dann ein, wenn eine Behinderung schon vorliegt. Bei Krankheiten und Unfällen beginnen sie möglichst mit der Akutbehandlung, auch im Krankenhaus.

Die Leistungen werden unterteilt in Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe.“ (Bundesministerium Arbeit und Soziales 2018, Rehabilitation und Teilhabe.)

Nach der ICF der WHO sind unter der Einbeziehung der Ergebnisse der Beratungsfoki weitere Funktionsbeeinträchtigungen für Patienten in der psychosomatischen stationären Behandlung anzunehmen. Diese betreffen nicht nur den Bereich der Aktivität und Teilhabe, sondern auch Umweltfaktoren und vermutlich auch personenbezogene Kontextfaktoren, die bislang aber noch nicht durch die WHO klassifiziert worden sind.

Der hohe Bedarf an der Bearbeitung von beruflichen Fragestellungen bestätigt noch einmal die bereits festgestellte Beeinträchtigung im Bereich der bedeutenden Lebensbereiche und die damit bestehende Auswirkung auf Aktivität und Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen. Der Beratungsbedarf von rund 20 % im Bereich der Klärung von finanziellen Fragen weist auf Einschränkungen in verschiedenen Punkten der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe des ICF hin, wie z.B. „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ (z.B. Freizeitgestaltung) und „Häusliches Leben“ (z.B.

Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten). Der Beratungsbedarf von rund 10 % bei Wohnungsfragen kann ein Hinweis auf ungünstige Umweltfaktoren sein. Zu den Umweltfaktoren zählen Verfügbarkeit von sozialer und finanzieller Unterstützung, Erreichbarkeit von Leistungserbringern und weitere soziale und gesellschaftliche Ressourcen.

In der Differenzierung der einzelnen Behandlungssettings wird im folgenden Kapitel noch detaillierter auf möglich bestehende Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus eingegangen.

Bevor im folgenden Kapitel die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der psychosozialen Beratungsfoki in den einzelnen Behandlungssettings der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik diskutiert werden, soll an dieser Stelle auf die zwei bekannten empirischen Erhebungen aus dem Gebiet der Klinischen Sozialarbeit der somatischen Fächer der Akutkrankenhäuser eingegangen werden. Ansen et al. (2004) beschreiben die Ergebnisse der Erhebung, die durch die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. 2001 durchgeführt wurde. Ziel der Befragung war es, herauszufinden, inwiefern sich Patienten durch den Sozialdienst wirkungsvoll unterstützt fühlen und welcher Beratungsbedarf vorliegt. Es zeigte sich, dass 90 % der Befragten die Kontakte zum Sozialdienst als wichtig bis sehr wichtig ansahen und 88 % diese auch als hilfreich bewerteten. Im Vordergrund der Beratungsfoki standen die Einleitung von medizinischer Rehabilitation und Anschlussheilbehandlungen (56 %), Rückkehr nach Hause/Situation nach Entlassung (43 %), die Organisation von ambulanter Versorgung/häusliche Krankenpflege (22 %), die Beratung und Einleitung von verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Kuren (24 %).

Im Jahr 2015 erfolgte eine weitere Befragung der Mitglieder der Deutschen Vereinigung Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) zu sozialarbeiterischen Beratungsinhalten bei onkologischen Patienten. Im Vergleich zu den Beratungsschwerpunkten in der Klinischen Sozialarbeit der Psychosomatik liegen auch hier die Themenschwerpunkte eher auf der Unterstützung und Versorgung unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung und weniger auf den beruflichen Beratungsthemen (vgl. Kowalski et al. 2016). Diese sind im somatischen Bereich stärker Bestandteil der medizinischen Rehabilitation, die sich bei mehr als der Hälfte der befragten Patienten an die Krankenhausbehandlung angeschlossen hat. Den Vergleich von Rudolf (2017) zur Unterscheidung von medizinischer Rehabilitationsbehandlung und stationärer Psychotherapie im Akutkrankenhaus, auf den zu Beginn des Kapitels eingegangen wurde, kann zu Teilen für den Unterschied zwischen Klinischer Sozialarbeit der somatischen und psychischen Fächer herangezogen werden.

Im Bereich der somatischen Fächer ist ein Teil der Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit von Anfang an vorgegeben, da die physische Erkrankungssituation je nach Krankheitsbild einen klaren Gesamtbehandlungsplan vorgibt, der u.a. wie die Studie von Ansen et al. (2004) aufzeigt die Bereiche der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und Klärung der häuslichen Versorgung in den Vordergrund stellt. Aufgrund der wesentlichen kurzen Liegezeiten kann eine eingehende psychosoziale Diagnostik durch die Klinische Sozialarbeit im Vergleich zur stationären psychosomatischen Behandlung mit Therapiezeiten von durchschnittlich 8 Wochen und einer prästationären psychosozialen Diagnostik nicht eingehend erfolgen. Entsprechend können auch weniger sozialarbeiterische Interventionen zur Verbesserung der individuellen sozialen Situation der Patienten erfolgen. Die tägliche Praxis der Klinischen Sozialarbeit der Psychosomatik zeigt, dass nicht grundsätzlich die Lösung von Problemen im Vordergrund steht, sondern die Wahrnehmung von Problemen und dadurch die Verantwortungsübernahme für einen Veränderungsprozess. Dies ist vergleichbar mit der Erläuterung von Rudolf (2017), der wie bereits ausgeführt die Hauptaufgabe von stationärer Psychotherapie in dem Erkennen und Wahrnehmen von Problemen sieht und nicht die Lösung derselben. Ein Teil der sozialen Probleme zeigt sich erst im Verlauf der stationären Therapie und wird dem Patienten bewusst, hierzu zählen z.B. berufliche Fragen der Reintegration, die oft in Verbindung mit interaktionellen Schwierigkeiten oder Selbstwertthemen des Patienten stehen. Patienten wünschen sich nicht selten einen klaren Orientierungsplan, der ihnen die Fragen der beruflichen Wiedereingliederung oder Neuorientierung beantwortet. In diesem Zusammenhang benötigt der Patient im Bereich der sozialtherapeutischen Beratung Raum, sich mit seinen Bedürfnissen, Wünschen und Unsicherheiten auseinanderzusetzen und selbstverantwortlich zu entscheiden. Es kann aber genauso wichtig sein, z.B. in Fragen der finanziellen Existenzsicherung, den Patienten durch konkrete sozialrechtliche Beratung lösungsorientiert zu unterstützen. In diesem Aufgabenbereich gibt es eine Vielzahl von Übereinstimmungen zwischen dem Tätigkeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit der somatischen und psychischen medizinischen Fächer.

Einschränkungen bestehen darin, dass es bis dato kein bundesweit gültiges System zur systematischen Erfassung von Beratungsfoki in psychosomatisch-psychotherapeutischen Universitätskliniken gibt, und die aktuelle Arbeit vor dem Hintergrund der theoretischen Herleitung immer einen Praxisbezug hat, der in das beschriebene Behandlungskonzept eingegliedert ist. Andere Kliniken und Institutionen mögen anderen Foki formulieren und für wichtig erachten. Auch ist die Zusammenfassung in Fokusbereiche nicht Empirie gestützt, zum Beispiel durch eine faktorenanalytische Überprüfung. Auf der anderen Seite stellt die vorliegende Arbeit einen ersten Schritt dar, sich einem solchem System anzunähern.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen eine Vielzahl unterschiedlicher Themen aus dem sozialen Alltag als Anliegen in die sozialtherapeutische Beratung einbringen. Dabei können beruflichen Themen als ein wichtiger sozialer Bereich dabei herausgestellt werden, der aufgrund der erläuterten Rahmenbedingungen im Bereich der stationären Psychotherapie der Akutkrankenhäuser im Vergleich zu anderen klinischen Fächern in der Beratung durch die Klinische Sozialarbeit eine stärkere Gewichtung hat. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die für den Bereich der beruflichen und sozialen Beratungsfoki im Vergleich der Behandlungssettings ermittelt wurden, sind Gegenstand des folgenden Abschnittes der Diskussion.

8.3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Behandlungssettings in den beruflichen und sozialen Beratungsfoki

Zu Beginn dieses Abschnittes wird etwas detaillierter auf Aspekte von Funktions- und Strukturniveau von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingegangen werden. Neben der ICF der WHO gibt es verschiedene weitere Instrumente, um durch Erkrankung eingetretene Beeinträchtigungen von Funktionen und Struktur und der daraus folgenden Einschränkungen in der Lebensgestaltung zu ermitteln. Hierzu zählen u.a. die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) zur Einschätzung von psychosozialen Funktionen. Die personenbezogenen Kontextfaktoren sind aufgrund der weltweit großen kulturellen Unterschiede bisher im ICF der WHO nicht klassifiziert worden (BAR 2010a). Deren Berücksichtigung für den Behandlungsprozess des einzelnen Patienten ist aber unumstritten. In diesem Zusammenhang wird auf die Bedeutung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und den entwickelten OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF, Ehrenthal, J.C. et al. 2012) eingegangen. Im Bereich der Psychotherapie sind die Strukturmerkmale der Persönlichkeit und der Beurteilung in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik ein zentrales Element. Die OPD ist in der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg ein zentrales diagnostisches Verfahren in der stationären Psychotherapie.

Eine idealtypisch gesunde Persönlichkeitsentwicklung ist davon gekennzeichnet, dass *„strukturelle Fähigkeiten zu emotionalem Erleben weitestgehend ausgebildet werden konnten und das Erleben nicht zu sehr durch äußere Belastungen oder durch neurotische Konfliktspannungen beeinträchtigt ist“* (Rudolf 2004, S.48).

Die Persönlichkeitsentwicklung kann durch äußere belastende Lebensereignisse, wie z.B. somatische Erkrankungen, Unfälle und soziale Notlagen beeinträchtigt werden. Es kann nach Rudolf (2004) dazu kommen, dass Emotionen wie Sorge, Zweifel und Ängste

zunehmen und das Erleben von Freude und Zufriedenheit verdrängen. Die Zunahme von neurotischen Störungsanteilen führt nach Rudolf zur Zunahme von Selbstunsicherheiten, die dazu führen kann, dass Bedürfnisse und Wünsche nicht adäquat geäußert werden können und die Kommunikation zu anderen und damit Beziehungen komplizierter werden. Dies kann in der Folge u.a. zu einem depressiven oder angstgetönten Lebensgefühl führen (vgl. Rudolf 2004, S.45-46.). Durch das Manual der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ liegt ein Entwurf vor, „[...] in dem die psychische Struktur als ein Satz von Funktionen beschrieben wird, mit dem das Selbst die Beziehung mit sich als dem Subjekt und mit der Umgebung (den Objekten) regelt. Diagnostik wird möglich, weil sich die strukturellen Muster im interaktionellen Handeln-auch mit dem Therapeuten in der analytischen Situation manifestieren und beobachten lassen“ (Cierpka In Rudolf 2004, S.IX). Durch die Operationalisierung der Fähigkeiten des Patienten, wie Selbststeuerung, Selbstwahrnehmung, zur Abwehr, zur Objektwahrnehmung, zur Kommunikation und Bindung und der Betrachtung auf 4 unterschiedlichen psychodynamischen Achsen und einer deskriptiven Achse, konnten, zu den strukturellen Fähigkeiten von Patienten und den Problembereichen eine Basisdiagnostik und entsprechende Behandlungsansätze entwickelt werden.

Struktur der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

Achse I – Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen

- Patient dort abholen, wo er steht und wo er etwas erwartet
- Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung
- Welche Ressourcen stehen dem Patienten zur Verfügung (psychosoziale Integration, soziale Unterstützung)

Achse II –Beziehung

- Beziehungsdiagnostik
- Interpersonelles Verhalten wesentlicher Faktor für Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen – schulenübergreifender Konsens

Achse III –Konflikt

- Was ist die zentrale Rolle innerer Konflikte?
- Welche Konflikte behindern den Menschen und stören das Zusammenleben?

Achse IV – Struktur

- Bildet Qualitäten bzw. Insuffizienzen psychischer Strukturen ab
- Möglichkeiten bzw. Unmöglichkeiten zur inneren und äußeren Abgrenzung,
- Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle

Da der Achse I im Erkennen von sozialen Problemlagen und Bedürfnissen eine besondere Position zukommt, soll an dieser Stelle auf diesen Teil noch etwas genauer eingegangen werden. Die Achse I bildet sowohl tendenziell objektivierbare soziale Einschränkungen als auch subjektive Attribuierungsprozesse ab, (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen; OPD-2; Waage et al. 2011). Hier werden neben Dauer und Schwere der Problematik verschiedene Bereiche erfasst, die bei der Abbildung therapierelevanter Aspekte von Krankheitsverständnis und -erleben, Veränderungskonzepten, -ressourcen und -hemmnissen der Patienten hilfreich sind. Hervorzuheben sind die Darstellungen sozialer Probleme, ein an sozialen Faktoren orientiertes Krankheitsmodell, gewünschte Behandlungen im sozialen Bereich, das Vorhandensein psychosozialer Unterstützung, aber auch Aspekte von „Krankheitsgewinn“. (vgl. Bösel et al. 2014 und Bösel 2017)

Die Patienten der vorliegenden Stichprobe der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik wurden aufgrund ihrer Beschwerdesymptomatik und deren unterschiedlichen Auswirkungen den verschiedenen Behandlungssettings zu geordnet (konfliktorientiertes-affektmobilisierendes Setting, strukturbezogenes-interaktionelles Setting bzw. strukturbezogenes-stabilisierendes Setting). In der Auswertung der erhobenen Daten des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SF) wurde deutlich, dass die Patienten in den strukturbezogenen Settings mehr von strukturellen Funktionseinschränkungen betroffen sind als diejenigen, die im konfliktorientierten Setting behandelt worden sind. Wie sich die unterschiedlichen Funktionseinschränkungen im Grundsatz unterscheiden, erläutert Rudolf (2004, S. 50) in seinen Ausführungen, „[...] *das konfliktneurotische Geschehen charakterisiert ist durch die blockierte Eigeninitiative und daraus abgeleitete pathogene Überzeugungen und dysfunktionale Verhaltensweisen [...]*“. Im Gegensatz dazu sind bei strukturellen Beeinträchtigungen die Funktionen Regulation des Selbst und seiner Beziehungen eingeschränkt. Die klinischen Auswirkungen von strukturellen Funktionseinschränkungen zeigen sich nach Rudolf folgendermaßen:

”

- *sich selbst nicht erleben und emotional nicht verstehen können*
- *die Welt, die Objekte, die Situation, emotional nicht verstehen können*
- *von Affekten und Impulsen überflutet werden/affektiv erstarren*
- *sich von anderen abgeschnitten oder mit ihnen verwickelt fühlen*
- *sich innerlich nicht auf positive Erfahrungen stützen können*
- *sich selbst verlieren und ohne Orientierung sein*
- *Notwendigkeit von Gegenmaßnahmen, welche stimulieren, beruhigen, strukturieren (Selbstverletzung, Essanfälle, Suchtmittel etc.)“ (Rudolf 2004, S.50-51).*

Das Leiden von Patienten mit strukturellen Einschränkungen resultiert danach eher aus dem Tun der anderen, das schwer zu ertragen ist, und weniger aus dem blockierten Ansätzen des eigenen Handelns, wie es sich beim konfliktbelasteten Ansatz zeigt.

Auf Grundlage dieses Wissens zu den unterschiedlichen Strukturmerkmalen von Patienten und den daraus resultierenden Funktionseinschränkungen soll an dieser Stelle die Einordnung der Ergebnisse zu den settingspezifischen Beratungsfoki erfolgen. In diesem Zusammenhang wird noch einmal darauf hingewiesen, dass trotz intensiver Recherche, keine vergleichbaren Daten gefunden werden konnten.

8.3.2 Inwiefern gibt es zwischen den Settings Unterschiede beim Beratungsbedarf in der Bearbeitung von berufliche und sozialen Fragen und Problemen?

Wie bereits in der Diskussion der Ergebnisse der Gesamtstichprobe, zeigt sich auch im Settingvergleich, dass die beruflichen Fragestellungen einen wichtigen Stellenwert in der sozialtherapeutischen Beratung in allen drei untersuchten Behandlungssettings haben. Im Durchschnitt setzte sich jeder Patient mit mindestens einem beruflichen Thema auseinander. In diesem Zusammenhang sollen die bereits ausgeführten Anmerkungen zur Bedeutung der Arbeit für den Menschen ergänzt werden. Im Bereich der Psychiatrie ist die positive Wirkung von Arbeit auf die psychische Gesundheit von Patienten schon lange bekannt und findet insbesondere im Rahmen der Arbeitstherapie in der Behandlung seinen Platz. Bereits Bleuler (1911) hat in seiner Arbeit zu Patienten mit Schizophrenien die Arbeitstherapie für das Einüben von normalen Funktionen der Psyche als wichtigen Baustein hervorgehoben. (vgl. Gühne und Riedel-Heller, 2015). Die S3-Leitlinien zu den Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPNN, 2012) verweisen auch auf die Bedeutung von Maßnahmen der beruflichen Förderung für den Gesamtprozess der Rehabilitation von psychisch kranken Menschen, auch wenn hierbei nicht immer das Ziel der Integration auf den ersten Arbeitsmarkt besteht, da es hierbei je nach Schwere der Erkrankung zu Überforderungen der Patienten kommen kann.

Die Patienten im konfliktorientierten Behandlungssetting zeigten im Vergleich zu den beiden strukturbezogenen Settings einen höheren Beratungsbedarf bei beruflichen Fragestellungen. Diese Werte sind aber nicht signifikant. Eine mögliche Erklärung für einen stärkeren Beratungsbedarf könnte sein, dass die Patienten aufgrund des höheren Strukturniveaus nach OPD und weniger Funktionseinschränkungen im Bereich der sozialen Probleme (vgl. OPD-2, Waage et al. 2011) und mehr sozialen Ressourcen sowie Unterstützungsnetzwerk sich weniger im Rückzug von anderen befinden. Ein Hinweis für diesen Erklärungsansatz könnte das Ergebnis im Vergleich der Bedeutung der Hauptberatungsfoki innerhalb der einzelnen Settings geben. Im Vergleich zu den beiden Patientengruppen mit höherem

Strukturniveau haben die Patienten des strukturbezogenen – stabilisierenden Settings als einzige Gruppe signifikant mehr Bedarf in den weiteren sozialen Beratungsthemen gezeigt als in beruflichen Fragestellungen.

In der Auswertung der beruflichen Unterfoki zeigte sich, dass die Patienten im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting signifikant höhere Werte im Bereich des Bewerbungstrainings hatten im Vergleich zu den beiden strukturbezogenen Settings. Inwiefern in diesem Zusammenhang das Fehlen einer Gruppe für soziale Themen im konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting eine Rolle spielt, kann nicht sicher gesagt werden. Bezieht man die signifikant höheren Werte der strukturbezogenen Settings im Bereich der Beratung und Einleitung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zum konfliktorientierten-affektmobilisierenden Setting ein ist davon auszugehen, dass eher strukturelle Defizite ursächlich für den Unterschied zu benennen sind. Der Bedarf an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ist ein Hinweis auf Unsicherheiten oder dem Fehlen in der Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und den Handlungsmöglichkeiten und kann den Bereich den strukturellen Einschränkungen im Bereich der OPD u.a. von Rudolf (2004) beschriebenen Orientierungsschwierigkeiten zu geordnet werden.

Die signifikant höheren Werte des konfliktorientierten-affektmobilisierenden Settings in der Thematik „Motivation sich mit der Arbeitssituation auseinanderzusetzen“ kann an der unterschiedlichen Einschätzung der beiden tätigen Sozialarbeiterinnen liegen, oder an der stärkeren Notwendigkeit in den strukturbezogenen Settings sich zuerst mit anderen sozialen Themen sich erst einmal auseinanderzusetzen und erst später mit beruflichen Fragen.

Der bereits im Vergleich der Hauptfokigruppen angesprochene signifikant höhere Beratungsbedarf der strukturbezogenen Settings im sozialen Themenbereich außerhalb der beruflichen Fragen zeigt sich auch in der detaillierten Betrachtung der Unterfoki. Bis auf im Unterfoki „Anbindung an Beratungsstellen“ zeigten sich in allen Unterfoki signifikant höhere Werte für die Patienten des stabilisierenden Settings im Vergleich zur Gruppe des konfliktorientierten Behandlungssettings. Dieses Ergebnis stützt noch einmal die Annahme, dass die Unterschiede in den sozialarbeiterischen/sozialtherapeutischen Beratungsthemen im Zusammenhang mit dem persönlichen Strukturniveau der Patienten stehen. Die Patienten des strukturbezogenen - interaktionellen Settings haben in zwei von sechs der sozialen Unterfoki signifikant höhere Werte im Vergleich zum konfliktorientierten Behandlungssetting. Es handelt sich hierbei um die Unterfoki Freizeit- und Kontaktgestaltung und Tages- und Wochenstrukturierung.

Zwischen den beiden strukturbezogenen Settings gab es nur in einem sozialen Unterfoki einen signifikanten Unterschied. Im Themenbereich Freizeit- und Kontaktgestaltung haben

die Patienten des interaktionellen Behandlungssettings signifikant höhere Werte im Vergleich zum stabilisierenden Setting.

Eine Erklärung für die signifikant höheren Werte der Patienten des interaktionellen Settings in der Thematik der Freizeit- und Kontaktgestaltung im Vergleich zu den beiden anderen Settings könnte sein, dass die Patienten trotz struktureller Einschränkungen in der Beziehungsgestaltung über mehr Möglichkeiten verfügen, sich wieder eine aktive Freizeitgestaltung aufzubauen und Interesse an sozialen Kontakten zu entwickeln als Patienten im strukturbezogenen-stabilisierenden Setting. Patienten im konfliktorientierten Setting geben aufgrund des höheren Strukturniveaus im Vergleich zur Gruppe des interaktionellen Settings weniger Schwierigkeiten in der Freizeit- und Kontaktgestaltung an.

Der Frage des Einflusses von strukturellen Defiziten auf die Häufigkeit von Beratungsfoki wurde in der vorliegenden Arbeit nachgegangen und konnte bestätigt werden. Unter Berücksichtigung weiterer medizinischer Faktoren wird der letzte Abschnitt der Diskussion sich mit diesen Aspekten auseinandersetzen.

8.3.3 Gibt es psychotherapeutische-medizinische Faktoren, die Einfluss auf den sozialarbeiterischen Beratungsfokus haben?

Die Erläuterungen der Ergebnisse der erhobenen sozioökonomischen Daten und der beruflichen und weiteren sozialen Beratungsfoki soll abschließend ergänzt werden durch die Diskussion möglicher medizinischer Faktoren. In diesem Zusammenhang wurden aus der Basisdokumentation die Werte der Patienten zur Depressivität (Fragebogen PHQ-9), der Ängstlichkeit (Fragebogen GAD-9) und zu somatoformen Beschwerden (Fragebogen PHQ-15) herangezogen. Für eine Subgruppe aus allen drei Settings $n=467$ konnten Daten der zusätzlichen Fragebogendiagnostik im Bereich der Symptombelastung (EB-45; Haug et al., 2004) und des Strukturniveaus der Persönlichkeit (OPD-SF; Ehrenthal, Schauenburg et al., 2012) in die Untersuchung mit einbezogen werden.

Die Auswertung der Daten aus der Basisdokumentation zeigt, dass, die Patienten im Bereich der Depressivität in allen drei Behandlungssettings einen Mittelwert über 15 haben. Ein Wert über 15 entspricht einer schweren depressiven Symptomatik. Im Bereich der Ängstlichkeit liegen die Mittelwerte zwischen 11,86 und 12,64. Dies entspricht einer mittelgradigen Belastung. Die Auswertung des PHQ-15 zu somatoformen Beschwerden zeigte Mittelwerte zwischen 12,57 und 12,62. Dies entspricht einer mittelgradigen Belastung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Patienten unabhängig vom Behandlungssetting in den drei untersuchten Kategorien Depressivität, Ängstlichkeit und somatoforme Störungen schwer bis mittelgradig belastet sind.

Die Auswertung der Daten aus dem OPD-SF (Ehrenthal et.al. 2012) zum Strukturniveau und der Symptombelastung (EB-45) zeigt auf, dass Patienten mehr Bedarf in der Klärung von sozialen Fragestellungen und Thematiken des Alltages, wie finanzielle Sicherung, Wohnsituation, Tagesstruktur haben, je niedriger das Strukturniveau ihrer Persönlichkeit ist. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass berufliche Themen bei Patienten mit strukturellen Defiziten erst an zweiter Stelle bearbeitet werden können, da sie erst einmal eine Grundlage der Alltagstabilisierung in den genannten Punkten erreichen müssen, um sich mit komplexen beruflichen Fragen auseinandersetzen zu können.

In diesem Zusammenhang wird auf die Definition der DGPNN (vgl. Gühne und Riedel-Heller 2015) hingewiesen, die benennt, dass Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung, deren Erkrankung bzw. Behandlung mindestens 2 Jahre dauert und die psychosoziale Beeinträchtigung eine gewisse Schwere erreicht hat als schwer psychisch krank einzuordnen sind. Eine erhebliche psychosoziale Beeinträchtigung nach dem Global Assessment of Functioning (GAF-Skala) liegt nach Ruggeri et al. (2000) bei kleiner/gleich 50. Das heißt u.a. eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit eine Arbeitsstelle zu halten) vorliegt

Betrachtet man sich die weiteren sozialen Beratungsfoki der Patienten des strukturbezogen-stabilisierenden Behandlungssettings ist davon auszugehen, dass ein Teil der Patienten unter diese Kriterien der Definition der DGPNN fällt. Ein Hinweis hierfür zeigt sich darin, dass die Patienten des strukturbezogenen-stabilisierenden Setting einen signifikant höheren Bedarf in 6 von 7 Unterfoki aus der Gruppe der sozialen Beratungsfoki haben im Vergleich zum konfliktorientierten-affektmobilisierenden Settings. Die betreffenden Unterfoki zeigen, dass die Patienten des strukturbezogenen-stabilisierenden Setting insbesondere Unterstützung in Fragen der Alltagsstabilisierung benötigen. Hierzu zählen finanzielle Existenzsicherung, Einleitung von familiärer und häuslicher Unterstützung sowie Aufbau bzw. Erhalt einer Tagesstruktur. Themen die eine stärkere Eigenverantwortung und -aktivierung voraussetzen, wie berufliche Themen, können oftmals nur an zweiter Stelle bearbeitet werden. Aus der klinischen Praxis ist in diesem Zusammenhang zu berichten, dass diese Patientengruppe eine stärkere Unterstützung und Anleitung in der Umsetzung der Veränderungsschritte benötigt, und dass häufiger eine Anbindung an den sozialpsychiatrischen Dienst für eine poststationäre Begleitung erfolgt. Im Bereich der beruflichen Themen zeigt sich ein höherer Bedarf an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings. Des Weiterem zeigen die signifikant höheren Werte im Bereich der Erwerbslosigkeit im Vergleich zu den beiden anderen Behandlungssettings neben dem höheren beruflichen Rehabilitationsbedarf, dass

Patienten des strukturbezogenen-stabilisierenden Settings eine stärkere Beeinträchtigung in ihrer Leistungsfähigkeit im Sinne der Global Assessment of Functioning (GAF-Skala) haben als Patienten anderer Behandlungssettings.

Einschränkend kann angemerkt werden, dass das Strukturniveau der Persönlichkeit im Selbstbericht erhoben wurde, also keine Einschätzung der Therapeuten in die Auswertungen eingeflossen ist, es also eine systematische Über- oder Unterschätzung des Strukturniveaus geben könnte. Allerdings ist bei aller berechtigten Kritik in dieser Hinsicht die Übereinstimmung des OPD-SF mit dem OPD-Expertenrating für ein Instrument dieser Art relativ hoch (Dinger et al., 2014), so dass diese Abweichungen im Mittel wahrscheinlich weniger bedeutsam sind.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle gesagt werden, dass sowohl soziale Einflussfaktoren wie auch psychotherapeutisch-medizinische Parameter, wie das Strukturniveau und die Symptombelastung wichtige Hinweise geben können auf die Notwendigkeit und die Ausrichtung der Klinischen Sozialarbeit als Baustein in der stationären Psychotherapie. Es zeigt sich für die Gesamtstichprobe settingübergreifend ein sozialtherapeutischer Beratungsbedarf, dessen Schwerpunkt abhängig ist vom Behandlungssetting, dem Strukturniveau und der Schwere der sozialen Beeinträchtigung der Patienten. .

9 Zusammenfassung

Es besteht die Notwendigkeit die soziale Situation von Patienten in (stationärer) Psychotherapie aus dem Blickwinkel der Klinischen Sozialarbeit zu untersuchen, um diesbezügliche Interventionen besser abschätzen zu können.

Es gibt ein klares Bewusstsein dafür, dass soziale Faktoren auf die psychische Gesundheit wirken. Vor diesem Hintergrund ist es erstaunlich, dass Fragen nach der Rolle einer Integration sozialarbeiterischer Interventionen in die psychotherapeutische Versorgung bisher kaum empirisch untersucht wurden. Dennoch legt die existierende Forschung zur psychosomatischen Rehabilitation einen Schwerpunkt auf die berufliche Reintegration.

Zusammenfassend konnte die Arbeit aufzeigen, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen in der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung der Akutkrankenhäuser verschiedene soziale Belastungsfaktoren aufweisen. Besonders hervorzuheben sind die hohe Erwerbslosenquote von 23.5 %, die Langzeitarbeitsunfähigkeit und die damit verbundenen finanziellen Belastungen durch den Bezug von Lohnersatzleistungen 40 % der Patienten bezogen Krankengeld oder Arbeitslosengeld I bzw. II. Entsprechend zeigt sich ein hoher Beratungsbedarf, der umso größer ist, je stärker strukturelle Beeinträchtigungen auf psychischer Ebene vorliegen. Die dort stärkere soziale Problemsituation hatte auch Auswirkungen auf dem Bereich der Beratungsfoki. Patienten des strukturbezogenen-stabilisierenden Settings hatten im Vergleich zu den beiden anderen Settings einen höheren Bedarf an Klärung von nicht beruflichen sozialen Alltagsthemen.

Eine detaillierte Erfassung der Belastungssituation könnte zur Verbesserung des Beratungskonzepts führen: Beispielsweise könnten in Gruppenangeboten gezielt Themen aufgegriffen werden oder auch Informationsmaterialien erstellt werden unter Berücksichtigung von Wissen über psychosoziale Funktionseinschränkungen und strukturelle Defizite von Patientengruppen. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass es wichtig ist, zukünftig die Empfehlungen im Bezug der Erhebung des sozioökonomischen Status der Fachgesellschaft „Epidemiologische Methoden“- zur Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien“ noch mehr zu berücksichtigen. In der vorliegenden Erhebung fehlen u.a. Daten zu Familienstand und Haushaltsangehörige sowie zur Höhe des Nettoeinkommens. Diese Daten könnten dazu beitragen die operationalisierte psychodynamische Diagnostik in Bezug auf die Aspekte der sozialen Unterstützung und Ressourcen sowie der Erhebung von möglichen Therapiehemmnissen zu verbessern.

Die Arbeit bietet eine Grundlage für die weitere Erforschung und Förderung der Integration von sozialarbeiterischen Interventionen in die stationäre Psychotherapie. Es sind Studien

anzustreben, die die vorliegenden Ergebnisse überprüfen und sichern. Ein weiterer Schritt wäre eine Erhebung des sozialtherapeutischen Beratungsfokus unter Einbeziehung einer Befragung der Patienten.

Abschließend kann noch einmal gesagt werden, dass die vorliegende Arbeit die Notwendigkeit der Einbeziehung von sozialarbeiterischen Interventionen in die stationäre psychosomatischen-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung nicht nur durch soziale, sondern auch durch medizinische Aspekte belegt.

10 Literaturverzeichnis

- Abraham, M.; Hinz, Th. (2005): Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).
- Adler, R.; Hemmeler, W. (1989): Praxis und Theorie der Anamnese. Der Zugang zu den biologischen, psychischen und sozialen Aspekten des Kranken. 2., überarb. u. erg. Aufl. Stuttgart u.a.: Fischer.
- Ahrens, W.; Bellach, B. M.; Jöckel, K. H. (Hg.) (1998): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. Unter Mitarbeit von Ahrens W., Bellach B M. und Jöckel K H. Robert Koch Institut. München: MMV Medizin Verlag. (RKI-Schriften, 1/1998).
- Albrecht, G.; Groenemeyer, A.; Stallberg, F. W. (Hg.) (1999): Handbuch soziale Probleme. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Anschütz, F. (1978): Die körperliche Untersuchung. 3., erw. Aufl. Berlin u.a.: Springer (Heidelberger Taschenbücher, 94).
- Ansen, H.; Gödecker-Geenen, N.; Nau, H.(2004): Soziale Arbeit im Krankenhaus. München. Ernst Reinhardt Verlag
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik. 4., korrigierte Aufl. Bern: Huber.
- Arndt, C.; Kleimann; S. et.al. (2006): Das Konzept der Verwirklichungschancen. Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung - Machbarkeitsstudie. Bonn.
- Badura, B.; Klose, J.; Macco, K. (Hg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (Fehlzeiten-Report).
- Baer; N. (2013): Was ist schwierig an "schwierigen" Mitarbeitern. Arbeitsprobleme und Potentiale bei Menschen mit psychischen Störungen. In: *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* (164 (4)), S. 123–131.
- Baer N. (2007): Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen?: Resultate einer Befragung von KMU. In: *ZESO – die Zeitschrift für Sozialhilfe* (1), S. 32–33.
- Ballreich, S. (2015): Zum Bildungsstand der Bevölkerung in Baden - Württemberg 2013. In: *Statistisches Monatsheft Baden - Württemberg* (7).
- Bamberg, E.; Busch, Chr.; Ducki, A. (2003): Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt. 1. Aufl. Bern u.a.: Huber (Praxis der Arbeits- und Organisationspsychologie).
- Bauer, R. (Hg.) (1992): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens: R. Oldenbourg Verlag.

- Becker, U.; Kingreen, Th. (2016): Sozialgesetzbuch. Textausgabe mit ausführlichem Sachverzeichnis. Sonderausgabe, 45., neu bearbeitete Auflage, Stand 4. April 2016. München: dtv (dtv Beck-Texte im dtv, 5024).
- Becker-Lenz.R (Hg.) (2013): Professionalität in der Sozialen Arbeit: VS Verlag Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Berth, H.; Förster, P.; Brähler, E. (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. In: Thomas Gerlinger (Hg.): Jahrbuch für kritische Medizin // Gesundheitsreformen - internationale Erfahrungen. 1. Aufl. Hamburg: Argument-Verl. (Jahrbuch für kritische Medizin, 38), S. 108–124.
- Berth, H.; Förster, P.; Brähler, E. (2005): Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebensunzufriedenheit. Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 50 (6), S. 361–369.
- Bönisch, L; Funk, H. (2012): Soziologie-Eine Einführung für die Soziale Arbeit. Beltz Juventa Verlag. Weinheim Basel
- Bösel, M. (2017): Integration sozialtherapeutischer Kompetenz in der psychotherapeutischen Versorgung. In: A. Lammel, Helmuth Pauls, Ute Antonia Lammel und Helmut Pauls (Hg.): Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 91–99.
- Bösel, M.; Siegfarth, B.; Schauenburg, H., Nikendei, Ch.; Ehrenthal, J. C. (2014): Integration sozialarbeiterischer Kompetenz in die psychotherapeutische Versorgung. In: *Psychotherapeut* (6), S. 474–479.
- Brandenburg, A.; Abholz, H.-H. (Hg.) (1997): Soziale Medizin. 1. Aufl. Hamburg: Argument-Verl. (Kritische Medizin im Argument, 26).
- Brieger, P; Hoffmann, H. (2012): Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit? In: *Nervenarzt* 83 (7), S. 840–846.
- Brieger, P.; Watzke, S.; Galaveo, A.; Hühne; M., Gawlik, B.(2006): Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Ergebnisse einer kontrollierten Studie.
- Briggs-Gowan, M.J.; Carter, AS.(2008): Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. In: *Pediatrics* (121), S. 957–962.
- Bückers, R. (2015): Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: G. Schmid-Ott und O. Ahlswede (Hg.): Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement; mit 65 Tabellen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 272–276.
- Bühning, P. (2014): Arbeit für psychisch Kranke Ungenutzte Potenziale. In: *Deutsches Ärzteblatt* 211 (4), S. 60.
- Bundes Agentur für Arbeit (2018): Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf, Entwicklung der Arbeitslosenquote, Deutschland und Bundesländer. Arbeitslosenquote* in Hessen von 1999 bis 2018. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2514/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-hessen-seit-1999/> [Stand: 20.02.2019].

- Bundesagentur für Arbeit: Arbeitslosenquote in Baden-Württemberg bis 2018. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2516/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-baden-wuerttemberg-seit-1999/> [Stand: 20.02.2019].
- Bundesagentur für Arbeit (2019a): Entwicklung der Arbeitslosenquote in Rheinland-Pfalz 1999-2018. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2515/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-rheinland-pfalz-seit-1999/> [Stand: 20.02.2019].
- Bundesagentur für Arbeit (2008a): Studien- und Berufswahl 2008/2009. Informationen und Entscheidungshilfen. 38., veränd. Neuaufl. Nürnberg, Mittelfr: BW Bildung u. Wissen.
- Bundesagentur für Arbeit (2008b): Lexikon der Ausbildungsberufe 2008/2009. Bielefeld: Bertelsmann Verlag.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2011): Monatsbericht 6/2011. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2019): Monatsbericht zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt. *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt* (Januar 2019).
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2013): Jahresbericht 2013. Zahlen, Daten, Fakten. Nürnberg.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010a): Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Für das Krankenhausteam. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ICF-Praxisleitfaden, 3).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-PsychPV), vom 21.07.2014. Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNR029300990.html> [Zugriff am 04.03.2019].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Rehabilitation und Teilhabe. Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/reha-und-teilhabe.html> [Stand: 04.03.2019].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek (Hg.) (2017): Lebenslagen in Deutschland. Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht. Bonn.
- Bundespsychotherapeutenkammer (Hg.) (2014): BPTk Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Berlin
- Bundespsychotherapeutenkammer (Hg.) (2015): BPTK Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Berlin.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Die soziale Situation in Deutschland. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter

- <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61691/erwerbstaetigenquoten-ii> Stand: 04.03.2019].
- Callo, Ch. (2008): Das bewegte Denken. Geisteswissenschaftliche Grundlagen der sozialen Arbeit. München: Oldenbourg (Hand- und Lehrbücher der Pädagogik).
- Cierpka, M.: Geleitwort. In: Rudolf. G. (2004) Strukturbezogene Psychotherapie, S. VII–X.
- Cierpka, M. (2012): Frühe Kindheit 0 – 3. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern: Springer -Verlag.
- Davis, C. G.; Mantler, J. (2004): The consequences of financial stress for individuals, families and society. Carleton University.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (Hg.) (2014): Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Berlin: IGES Institut GmbH.
- Deutscher Bundesverband Soziale Arbeit (2016): Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstages Soziale Arbeit und DBSH. Online verfügbar unter: https://www.dbsh.de/fileadmin/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Soziale_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf [Zugriff am 31.10.2019].
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (Hg.) (2001): Mitteilungen (Newsletter). Sersheim.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV): Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation (Hg.) (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung (1).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung 3. Auflage. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010): Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen. Online verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/226540/publicationFile/16425/med_reha_erwachsene_pscho.pdf [Zugriff am 04.03.2019].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.) (2011): Reha-Therapiestandards bei Depressionen. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse-und Öffentlichkeitsarbeit Kommunikation (Hg.) (2014): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): Katalog zur Kodierung von Operationen und Prozedurenschlüssel. OPS, vom 2016. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2016/block-9-60...9-64.htm> <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2016/block-9-60...9-64.htm> [Zugriff am 04.03.2019].

- DGPPN-Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Springer.
- Dinger, U.; Schauenburg, H.; Hörz, S.; Rentrop, M.; Komo-Lang, M.; Klinkerfuß, M.; Köhling, J.; Grande, T.; Ehrental, J.C. (2014): Self-Report and Observer Ratings of Personality Functioning. A Study of the OPD System. In: *Journal of Personality Assessment*, 96 (2), S. 220-225, DOI: 10.1080/00223891.2013.828065
- Doering, S.; Lampe, A.; Schüßler, G. (Hg.) (2007): Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz. 1. Aufl. : Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften (Psychotherapie).
- Ducki, A. (2006): Anforderungen in der Arbeitswelt und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hg.): *Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze*. Berlin: Springer, S. 141–147.
- Ehrental, J. C.; Dinger, U.; Horsch, L.; Komo-Lang, M.; Klinkerfuß, M.; Grande, T.; Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62, 25-32.
- Elkeles, Th. (1999): Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. In: *Sozialer Fortschritt* 48 (6), S. 150–155.
- Elkeles, Th. Mielck.A. (1997): Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In: A. Brandenburg und H.-H. Abholz (Hg.): *Soziale Medizin*. 1. Aufl. Hamburg: Argument-Verl. (Kritische Medizin im Argument, 26), S. 23–44.
- Füeßl. Hermann S.; Middeke Martin (2005): *Anamnese und Klinische Untersuchung*. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Gahleitner, S. B.; Pauls, H. (2012): Soziale Arbeit und Psychotherapie-zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In: W. Thole (Hg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 367–372.
- Gahleitner, S.B.; Pauls,H. (2013): Psychosoziale Diagnostik. In: *Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie*. 3/2013, S. 14-17
- Gahleiter, S.B.; Hinterberger, G.; Leitner, A. (2013); Biopsychosozial - zur Aktualität des interdisziplinären Modells. In: *Psychotherapie, Beratung und Supervision. Resonanzen*, 1 (1), S. 1-14. Online verfügbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/333/234> [Stand: 19.11.2019].
- Gahleitner, S. B.; Deloie, D.; Stitz, Anika (2014): Integrative Sozialtherapie. In: *Klinische Sozialarbeit* 10 (2), S. 8–9.

- Gahleitner, S.B.(2019): Klinische Sozialarbeit: Stand der Entwicklung in Deutschland. In: *Klinische Sozialarbeit* 15 (2), S. 6-8.
- Gallie, D.; Paugam; S. (2002): Soziale Prekarität und soziale Integration. Für die Europäische Kommission Generaldirektion Beschäftigung Eurobarometer 56.1. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_de.pdf [Stand: 04.03.2019].
- Gerlinger, Thomas (Hg.) (2003): Jahrbuch für kritische Medizin // Gesundheitsreformen - internationale Erfahrungen. 1. Aufl. Hamburg: Argument-Verl. (Jahrbuch für kritische Medizin, 38).
- Geue, Kristina; Strauß, Bernhard; Brähler, Elmar (Hg.) (2016): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage (Diagnostik für Klinik und Praxis).
- Geyer, S. (1997): Some conceptual considerations on the sense of coherence. In: *Social Science & Medicine* 44, S. 1771–1779.
- Gräfe, K.; Zipfel, S.; Herzog, W.; Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. In: *Diagnostica* 50 (4), S. 171–181.
- Graham, H.; Kelly, M. (2004): *Health Inequalities: Concepts, Frameworks & Policy*. London: Health Development Agency.
- Grobe, Th. G.; Schwartz, F. W. (2003): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 13).
- Groenemeyer, Axel (1999): Soziale Probleme, soziologische Theorie und moderne Gesellschaften. In: Albrecht, G.; Groenemeyer, A. und Stallberg, F.W. (Hg.): *Handbuch soziale Probleme*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 13–72.
- Groenemeyer, Axel (2001): Soziologische Konstruktion sozialer Probleme und gesellschaftliche Herausforderungen. Eine Einführung. In: *Soziale Probleme, Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle* 12 (1/2), S. 5–27.
- Groenemeyer, Axel (2012): Soziologie der Sozialen Probleme, Fragestellungen, Konzepte und theoretische Perspektiven. In: Albrecht, G und Groenemeyer, A. (Hg.): *Handbuch soziale Probleme*. Springer Verlag, S. 17–116
- Großmaß, Ruth (2007): Beziehungsgestaltung in der Beratung. In: *Klinische Sozialarbeit* 3 (4), S. 7–8.
- Gühne U.; Riedel-Heller S.G. (2015): *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin.
- Haas, M.I.J.: Wirksamkeit stationärer psychosomatisch psychotherapeutischer Behandlung. Ergebnisse und Prädiktoren einer Prä-Post-Evaluationsstudie. Dissertation. Hackman, DA.; Farah, M.J.; Meaney, MJ. (2010): Socioeconomic status and the brain: Mechanistic insights from human and animal research. In: *Nature Reviews Neuroscience* (11), S. 651–659.

- Hahn, G. (2010): Fünf Jahre "Klinische Sozialarbeit-Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung". Die Entwicklung einer klinischen Fachsozialarbeit. In: *Klinische Sozialarbeit* 6 (3), S. 3–7.
- Hahn, G. (2014): Sozialtherapie-Begriffsgeschichte und Gegenstandsbestimmung. In: *Klinische Sozialarbeit* 10 (2), S. 12–15.
- Hargens, J.; Richter, A.; Zettler, H. : Sozialarbeit, Psychotherapie und systemisches Arbeiten. In: KONTEXT 31,1 (2000), Vandenhoeck & Ruprecht. S. 5-17
- Hattenhauer, M.; Fein, H-P (2012): Erwerbstätigkeit 2011 Erwerbstätigenquote mit knapp 49 Prozent auf neuem Höchststand. In: *Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz* (10), S. 903–912.
- Haug, S.; Puschner, B.; Lambert, M. J.; Kordy, H. (2004): Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45). In: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* (25), S. 141–151.
- Haverkamp, Fritz (2012): Gesundheit und soziale Lebenslage: Herausforderung für eine inklusive Gesundheitsversorgung. In: Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hg.): *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. 2., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, S. 365–382.
- Heinzi, S. (2009): Arbeitsmedizin: Wie Stress auf Dauer das Herz schädigt. In: *Deutsches Ärzteblatt* (4), S. 171.
- Henshel, Richard L. (op. 1990): *Thinking about social problems*. San Diego [etc.]: Harcourt Brace Jovanovich.
- Herzberg, J. H. (1990): Economic trauma: a public health problem. In: J. Noshpitz und R. D. Coddington (Hg.): *Stressors and adjustment disorders*. Oxford: Wiley & Sons, S. 447–457.
- Hessisches Statistisches Landesamt (Hg.) (2015): *Hessen in Europa*. Wiesbaden.
- Hessisches Statistisches Landesamt (Hg.) (2017): *Staat und Wirtschaft in Hessen*. 2. Hillert, A., Koch, S. ; Hedlund, S. (2007). *Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppenprogramm*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hoefert, Hans-Wolfgang; Härter, Martin (Hg.) (2010): *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Göttingen: Hogrefe (Organisation und Medizin).
- Holleder, A. (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 35 (3), S. 411–428.
- Holleder, Alfons (Hg.) (2006): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. 1. Aufl. (Handbuch Gesundheitswissenschaften).

- Homfeldt, H. G. (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In: W. Thole (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 489–503.
- Hradil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil. In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 35–54.
- Huster, Ernst-Ulrich; Boeckh, Jürgen; Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.) (2012): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 2., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.
- Institut Arbeit und Qualifikation (2018): Arbeitslose Empfänger von ALG II und ALG I. Online verfügbar unter http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV50b.pdf [Stand: 04.03.2019].
- Institut der deutschen Wirtschaft (2015): Krankheit kostet Milliarden. IW-Kurzbericht. Online verfügbar unter <https://www.iwd.de/artikel/krankheit-kostet-milliarden-324633/> [Stand: 04.03.2019].
- Jahoda, Marie; Lazarsfeld, Paul Felix; Zeisel, Hans (Hg.) (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch. 1. [Aufl.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag (Edition Suhrkamp, 769).
- Jöckel, K. H.; Babitsch, B., Bellach, B-M., Bloomfeld, K., Hoffmeyer-Zlotnik, JHP., Winkler, J. (1998): Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in edidemiologischen Studien. In: W. Ahrens, B. M. Bellach und K. H. Jöckel (Hg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Edidemiologie. Unter Mitarbeit von Ahrens W., Bellach B M. und Jöckel K H. München: MMV Medizin Verlag. (RKI-Schriften, 1/1998).
- Kähler, Harro Dietrich; Gregusch, Petra (2014): Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe. 6. Aufl., erw. Ausg. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kaiser; M. (2015): Erwerbstätigenrechnung – erste Ergebnisse der Revision 2014. In: *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* (7), S. 25–29.
- Kaller, Paul; Berg, Wolfgang (Hg.) (2001): Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht. Wiebelsheim: Quelle und Meyer (Uni-Taschenbücher, 2181).
- Kiesewalter, Boris (2003): Anamnese und Untersuchung pocket. 2. Aufl. Grünwald: Börm Bruckmeier.
- Kiesewalter, Boris (2008): Anamnese und Untersuchung pocket. 3. Aufl. Grünwald: Börm Bruckmeier.
- KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hg.) (2006): Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Berlin: Springer.
- Knieps, F.; Pfaff, H. (2016): Gesundheit und Arbeit. Zahlen, Daten, Fakten; mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BKK Gesundheitsreport, 40.2016).

- Koch, Stefan; Hedlund, Susanne; Rosenthal, Susanne; Hillert, Andreas (2006):
Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. In:
Verhaltenstherapie 16 (1), S. 7–15. DOI: 10.1159/000091332.
- Korczak, D. (2001): Überschuldung in Deutschland zwischen 1988-1999. Gutachten im
Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart,
Berlin, Köln.
- Kowalski, C.; Nitzsche, A.; Adolph H.; Walther J.; Rösler, M. (2016):
DVSG Mitgliederbefragung 2015. Sozialarbeiterische Beratungsinhalte bei
onkologischen Patienten. In: *Forum Sozialarbeit Gesundheit* (3), S. 34–39.
- Kraimer, Kraimer (1992): Anamnese. In: R. Bauer (Hg.): Lexikon des Sozial- und
Gesundheitswesens: R. Oldenbourg Verlag, S. 83–86.
- Kreft, Dieter (Hg.) (2005): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und
Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5., vollst. überarb. und erg. Aufl.
Weinheim u.a.: Juventa-Verl.
- Kroenke, K.; Spitzer R.L.; Williams, J.B.W.; Löwe, B (2010): The Patient Health Questionnaire
Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. In: *General
Hospital Psychiatry* 32 (4), S. 345–359.
- Krüger, Heinz-Hermann; Marotzki, Winfried (Hg.) (1995): Erziehungswissenschaftliche
Biographieforschung. Opladen: Leske + Budrich (Studien zur Erziehungswissenschaft
und Bildungsforschung, 6).
- Kunze, H.; Pohl, J. (2002): Leitlinien für Rehabilitation und Integration. In: *Aktion Psychisch
krank: Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke*, S. 198–215.
- Kuper, H.; Marmot, M., Hemingway, H. (2002): Systematic review of prospective cohort
studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease.
In: *Semin Vasc Med* 2, S. 267–314.
- Lambers, H. (2016): Theorien der Sozialen Arbeit. Verlag Barbara Budrich. Opladen und
Toronto
- Lammel, A.; Pauls, Helmuth; Lammel, Ute Antonia; Pauls, Helmut (Hg.) (2017):
Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der
Gesundheitsversorgung. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Lammel, U. A.; Jungbauer, J.; Trost, A. (Hg.) (2015): Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit.
Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte: verlag modernes leben.
- Lampert, T.; Kroll L. . (2009): Die Messung des sozioökonomischen Status in
sozialepidemiologischen Studien. In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hg.):
Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte
Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 309–334.
- Lerner, D.; Adler, D. A.; Chang, H.; Lapitsky, L.; Hood, M.Y., Perissinoto, C. (2004):
Unemployment job retention and productivity loss among employees with depression.
In: *Psychiatric services* 55 (12), S. 1371–1378.

- Liebherz, S.; Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. In: *Psychother Psych Med* 63, S. 355–364.
- Lipina, S.; Segretin, M.S. (2015): Strengths and weakness of neuroscientific investigations of childhood poverty: future directions. In: *Frontiers in Human Neuroscience* (10), S. 1596–1606.
- Löwe, B.; Kroenke, K.; Gräfe, K. (2005): Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). In: *Journal of Psychosomatic Research* 58 (2), S. 163–1771.
- [Löwe, B.; Gräfe, K.; Zipfel, S.; Witte, S.; Loerch, B.; Herzog, W. \(2004\): Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. In: PSYCHOTHER PSYCHOSOM. 73, 6, S. 386-390](#)
- Löwe, B.; Kroenke, K.; Herzog, W.; Grafe, K.a (2004b): Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). In: *Journal of Affective Disorders* 81, S. 61–66.
- Lukas, Helmut (2005): Anamnese. In: Dieter Kreft (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5., vollst. überarb. und erg. Aufl. Weinheim u.a.: Juventa-Verl., S. 71–72.
- Mani, A. Mullainathan, S.; Shafir, E.; Zhao J. Poverty (2013): Impedes cognitive function. In: *Science* (341), S. 978–980.
- Meaney, M.J.; Szyf, M.; Seck, J.R. (2007): Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health. In: *Trends Mol Med* (13), S. 269–277.
- Merllié, D.; Paoli, P. (2002): Dritte europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Mühlum, A. (2001): Wie viel Spezialisierung braucht- und verträgt-die Soziale Arbeit? Forum Sozial, Jg. 2, Heft 1, S. 12-15
- Nakad, A. (2001). In: Paul Kaller und Wolfgang Berg (Hg.): Lexikon Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Sozialrecht. Wiebelsheim: Quelle und Meyer (Uni-Taschenbücher, 2181), S. 17–18.
- Noshpitz, J.; Coddington, R. D. (Hg.) (1990): Stressors and adjustment disorders. Oxford: Wley & Sons.
- Oelsen, S. C.; Butterworth P.; leach, L. S.; Kelaher, M.; Pirkis, J. (2013): Mental health affects future employment as job loss affects mental health. findings from a longitudinal population study. In: *BMC Psychiatry* 13 (1), S. 144.
- Oevermann, U. (2013): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz., R (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit: VS Verlag Sozialwissenschaften und Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 119–147.

- Oppolzer, A. (2010): Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention. In: Badura, B, Klose, J und Macco, K. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (Fehlzeiten-Report), S. 13–22.
- Ortmann, K.; Röh, D. (2014): Sozialtherapie-Soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Ressourcen erschließen. In: *Klinische Sozialarbeit* 10 (2), S. 10–11.
- Ortmann, K.; Röh, D. (2017): Praxeologische Herausforderungen an die Sozialtherapie. In: *Klinischer Sozialarbeit* 13(1), S. 5-7
- Oschmiansky, F.; Popp, S.; Riedel-Heller, G.; Schwarzbach, M.; Gühne, U.; Kupka, P. Psychisch Kranke im SGB III Situation und Betreuung. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hg.): IAB Forschungsbericht 14/2017
- Paul, K. I. (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In: Alfons Holleederer (Hg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. 1. Aufl. (Handbuch Gesundheitswissenschaften), S. 35–51.
- Pauls, H.; Gahleitner, S.B. (2011): Klinische Sozialarbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit (7. Überarb. Aufl.). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, S. 521-522
- Pauls, H. (2012): Generalistische und Klinische (Fach-) Sozialarbeit. In: *Klinische Sozialarbeit* 8 (1), S. 4–6.
- Pauls, H. (2013): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 3. Auflage // 3. Aufl. Beltz Juventa: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziale Berufe).
- Pauls, H.; Romanowski, C. (2013): Studie zum sozialtherapeutischen Profil Klinischer Sozialarbeit. In: *Klinische Sozialarbeit* 9 (2), S. 4–6.
- Pauls, H. und Reicherts, M. (2014): Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen. In: *Klinische Sozialarbeit* 10 (1).
- Pauls, H., Hahn, G. (2015): Sozialtherapie. In: Ute Antonia Lammel, Johannes Jungbauer und Alexander Trost (Hg.): Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte: verlag modernes leben, S. 29–43.
- Pauls, H.; Reicherts, M. (2014): Sozialtherapeutische Beratungskompetenzen. In: *Klinische Sozialarbeit* 10 (2), S. 4–6.
- Peabody FW.; (1927): The care of the patient. *JAMA*. 88 (12): 877–882 Pfaff, H. (2012): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2009. In: *Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik*, S. 232–243.
- Price, R. H.; Vhoi, J. N.; Vinokur, A. D. (2002): Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired

- functioning and poor health. In: *Journal of Occupational Health and Psychology* 7, S. 302–312.
- Psychotherapeutenkammer (Hg.) (2014): BPTK Studie stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäuser angestellten Psychotherapeuten. Berlin.
- Pyle S.A., Haddock C.K.; Poston W.S. (2007): Tobacco use and perceived financial strain among junior enlisted in the U.S. Military in 2002. In: *Prev. Med.* 45, S. 460–463.
- Raun, A.; Brehm, H. (2003): Licht am Ende des Tunnels? Eine aktuelle Analyse der Situation schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt. In: *IAB- Werkstattbericht* 6, S. 1–30.
- Rauschenbach, Th.; Ortmann, F.; Karsten, M.-E. (Hg.) (1993): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der sozialen Arbeit (Edition soziale Arbeit).
- Reddemann, L. (2016): Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. 19., vollständig überarbeitete Neuauflage: Klett - Cotta (Leben lernen).
- Richmond M (1917): *Social Diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hg.) (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Robert-Koch-Institut (Hg.) (2003): *Der Bundesgesundheitsurvey. Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland*. Berlin.
- Robinson, V.P. (1930): *A changing psychology in social case work*. The University of North Carolina Press
- Röh, D. (2014): Sozialtherapie-Soziale Teilhabe ermöglichen und soziale Ressourcen erschließen. In: *Klinische Sozialarbeit* 10 (2), S. 10–11.
- Röh, D; Ortmann, K.; Ansen, H. (2017): Sozialtherapie als Handlungskonzept der Klinischen Sozialarbeit In: A. Lammel, Helmut Pauls, Ute Antonia Lammel und Helmut Pauls (Hg.): *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung*. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 27–46.
- Rudolf, G.; Henningsen, P.; Cierpka, M. (Hg.) (2017): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Georg Thieme Verlag KG. 8. unveränderte Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Rudolf, Gerd (2004): *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen; mit 41 Tabellen*. Unter Mitarbeit von Horn, H., Cierpka, M. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Rüger, H.; et.al. (2010): Psychische Erkrankung und Überschuldung. In: *Psychotherapie Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 60 (7), S. 250–254.
- Rugger, M.; Leese, M.; Thornicroft G. et.al (2000): Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. In: *Br. J. Psychiatry* (177), S. 149–155.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.): Krankengeld-Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015.
- Salomon, A. (1926): Soziale Diagnose. Berlin: Heymann.
- Schauenburg, H. (Hg.) (2007): Klinikführer. Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen.
- Schmid-Ott, G.; Ahlswede, O. (Hg.) (2015): Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement; mit 65 Tabellen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Schmid-Ott, G.; Wiegand-Grefe, S.; Jacobi, C.; Paar, G. H.; Meermann, R.; La, F. (Hg.) (2008): Rehabilitation in der Psychosomatik. 1. Aufl. s.l.: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften (Medizin).
- Schubert, H.; Parthier, K.; Kupka, P.; Krüger, U.; Holke, J.; Fuchs, P. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: IAB Forschungsbericht 12/2013. Nürnberg.
- Schütze, F. (1993): Die Fallanalyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit. In: Th. Rauschenbach, F. Ortman und M.-E. Karsten (Hg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der sozialen Arbeit (Edition soziale Arbeit), S. 191–221.
- Schütze, F. (2006): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger, H. und Marotzki, W. (Hg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden. S. 205-237
- Schwendter, Rolf (2000): Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen: dgvt-Verl.
- Sha, Ak.; Mullainathan, S.; Shafir E. (2012): Some consequence of having too little. In: *Science* (338), S. 682–685.
- Spitzer, M. (2016b): Armut macht dumm. In: *Nervenheilkunde* (4), S. 252–261.
- Spitzer, M. (2016a): Armut tut weh. In: *Nervenheilkunde* (4), S. 185–189.
- Spitzer, M. (2015): Am Anfang war das Wort. In: *Nervenheilkunde*, S. 466–468.
- Stadt Heidelberg Amt für Schule und Bildung (Hg.) (2017): Bericht Schule und Bildung Heidelberg 2016/2017: Stadt Heidelberg.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009): Gesundheit auf einen Blick. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010): Statistik der schwerbehinderten Menschen. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2014): Bildungsstand der Bevölkerung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt; Bundesagentur für Arbeit; Deutscher Landkreistag (2016): Anteil der Hartz-IV-Empfänger an der Bevölkerung nach Bundesländern im Juni 2016. Online

- verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/4275/umfrage/anteil-der-hartz-iv-empfaenger-an-der-deutschen-bevoelkerung/> [Zugriff am 04.03.2019].
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2019): Scheidungsquote in Deutschland von 1960 bis 2018. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76211/umfrage/scheidungsquote-von-1960-bis-2008/> (Zugriff am 27.10.2019)
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2017): Statistisches Jahrbuch. Bad Ems.
- Statistisches Landesamt Baden Württemberg: Pressemitteilung 14/2018. Erwerbstätigkeit im Südwesten 2017 auf neuem Höchststand Arbeitslosigkeit so gering wie zuletzt Anfang der 1990er-Jahre. Online verfügbar unter <https://www.statistik-bw.de/Presse/Pressemitteilungen/2018014> [Stand: 04.03.2019].
- Staub-Bernasconi, S. (2012): Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung. In: W. Thole (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 267–282.
- Stimmer, F.; van den Boogaart, H.; Rosenhagen G. (Hg.) (1996): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. 2. Aufl.
- Techniker Krankenkasse (Hg.) (2014): Gesundheitsreport 2014. Schwerpunktthema: Risiko Rücken.
- Thole, W. (Hg.) (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Thompson, M. N.; Goldberg, S. B.; Nielsen, S. L. (2018): Patient financial distress and treatment outcomes in naturalistic psychotherapy. In: *Journal of Counseling Psychology* 65 (4), S. 523–530.
- Waage, M; Vogel, M.; Hake, K.; Schneider, W.(2011): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2). Validität der Achse I "Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen". In: *Psychotherapeutische Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 61, S. 154–161.
- Wagner, S.; Münster E.; Beutel M.E. (2010): Häufigkeit und Folgen finanzieller Schwierigkeiten bei Patienten in ambulanter psychosomatischer Behandlung. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 56, S. 259–267.
- von Wahlert, J. & Mestel, R. (2015). Kriterien zur Indikation psychosomatischer Rehabilitation und Abgrenzung zur kurativen Psychotherapie. In Schmid-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R. & Lamprecht, F. (Hrsg.): *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* 2. Auflage Stuttgart: Schattauer. S.325-335
- Weber, A.; Hörmann, G.; Heipertz, W. (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104(43), A2957-A2962.
- Weizsäcker, C.-F.; Achilles, P.; Janz, D.; Schrenk, M. (Hg.) (1986): *Gesammelte Schriften in zehn Bänden - 8: Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. Soziale Medizin.* 1. Aufl.: Suhrkamp.

WHO (Stand 2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [Stand: 04.03.2019].

Wilkinson, RG; Marmot, M.. (Hg.) (2003): *Social determinants of health: the solid facts*. 2. Aufl. Copenhagen.

Wilkinson RG; Pickett, KE. (2006): Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. In: *Social Science & Medicine* 62 (7), S. 1768–1784.

Wyssen-Kaufmann, N. (2015): *Bedeutung der Anamnese in der Sozialen Arbeit. Von einer Fallstudie in der Psychiatrie zum heuristischen Modell*. Zugl.: Mainz, Univ., Diss. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich (Rekonstruktive Forschung in der sozialen Arbeit, 16).

11 Eigene Publikationen

Bösel, M.; Siegfarth, B.; Schauenburg, H., Nikendei, Ch.; Ehrenthal, J. C. (2014): Integration sozialarbeiterischer Kompetenz in die psychotherapeutische Versorgung. In: *Psychotherapeut* (6), S. 474–479.

Bösel, M. (2017): Integration sozialtherapeutischer Kompetenz in der psychotherapeutischen Versorgung. In: A. Lammel, Helmuth Pauls, Ute Antonia Lammel und Helmut Pauls (Hg.): *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung*. Dortmund: verlag modernes lernen, S. 91–99.

Eigene Publikation aus der Dissertation

Bösel, M; Siegfarth, B., Schauenburg, H.; Ehrenthal, J.C. (2019) Sozialarbeiterische Aspekte in der stationären Psychotherapie und ihr Bezug zu strukturellen Beeinträchtigungen, Posterbeitrag Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Berlin

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Bösel, Maren
Geburtsdatum: 02.05.1977
Geburtsort: Ludwigslust/Mecklenburg-Vorpommern
Familienstand: verheiratet, 1 Tochter

Studium/berufliche Qualifikationen

10/1995 - 7/1999 Studium Sozialpädagogik an der FH in Magdeburg, Abschluss:
Diplom Sozialpädagogin (FH)
10/ 2001 - 02/ 2004 berufsbegleitendes Studium „Professionelle Beratung“
Krisenintervention und Mediation“ an der Fachhochschule
Frankfurt am Main
09/2005 - 08/2009 Ausbildung zur systemischen Paar- und Familientherapeutin
(DGSF) bei der ADTF in Mannheim
09/2007 Anerkennung zur Fachsozialarbeiterin für Klinische Sozialarbeit

Beruflicher Werdegang

Seit 10/2019 Studiengangsleitung Soziale Arbeit B.A, an der Fakultät für
Sozial- und Rechtswissenschaften an der SRH Hochschule
Heidelberg
06/2019-09.2019 Dozentin an der Fakultät für Sozial- und Rechtswissenschaften
an der SRH Hochschule Heidelberg
08/2002-05/2019 Diplom Sozialpädagogin (FH) tätig in der Klinik für Allgemeine
Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums
Heidelberg
3/2005 - 10/2008 Diplom Sozialpädagogin (FH) in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg
11/1999 - 07/2002 Diplom Sozialpädagogin (FH) tätig beim Internationalen Bund,
JGW Heidelberg, Beratungsstelle für jugendliche
Aussiedler/innen in Leimen
07/ 1999 - 10/1999 Honorartätigkeit als Diplom Sozialpädagogin (FH) an der VHS
Ludwigslust im Rahmen der sozialpädagogischen Betreuung
von jugendlichen Spätaussiedlern

Heidelberg, April, 2020

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Henning Schauenburg für sein entgegengebrachtes großes Interesse an der Integration der Klinischen Sozialarbeit in die Behandlung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Besonders möchte ich ihm danken für meine persönliche Förderung in meiner wissenschaftlichen und klinischen Entwicklung, die diese Arbeit überhaupt erst möglich werden ließ.

Ganz besonders möchte ich mich bei Herrn Dr. phil. Johannes C. Ehrenthal bedanken, für sein besonderes Interesse an der Klinischen Sozialarbeit als wichtigen Baustein in der psychotherapeutischen Behandlung und seine Motivation, mich für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit meiner praktischen Arbeit zu begeistern. Darüber hinaus danke ich ihm sehr für die konstruktive, sehr gewissenhafte und geduldige Begleitung während des gesamten Promotionsprozesses und seinem unermüdlichen Zuspruch, wenn Selbstzweifel aufkamen.

Insbesondere meinem Ehemann danke ich von Herzen, der mich in meiner persönlichen Weiterentwicklung und der Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit kleiner Tochter liebevoll unterstützt hat. Meinen Eltern und Schwiegereltern möchte ich ebenfalls danken für die liebevolle Unterstützung in der Betreuung unserer Tochter.

Ein herzlicher Dank geht auch an meine Kollegin Bärbel Siegfarth und das Team der Station „Mitscherlich“, für ihr Interesse und die Bereitschaft für einen fachlichen Diskurs während des Promotionsprozesses.

Zuletzt möchte ich Frau Prof. Dr. Eva Möhler und Herrn Prof. Dr. Jochen Schweitzer für ihre Bereitschaft zur Übernahme der Prüfungsfunktion in den beiden Nebenfächern danken.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

zum Antrag auf Zulassung zur Promotion gemäß PromO „Dr.sc.hum.“

1. Ich habe an keiner anderen Stelle einen Antrag auf Zulassung zur Promotion gestellt oder bereits einen Dokortitel auf der Grundlage des vorgelegten Studienabschlusses erworben und mich auch nicht einer Doktorprüfung erfolglos unterzogen (dies schließt äquivalente Verfahren bzw. Titel ausserhalb Deutschlands ein).

2. Die an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg zur Promotion eingereichte Arbeit mit dem Titel: **Integration von sozialarbeiterischen Interventionen in die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung** (Eine Erhebung sozialer Probleme und sozialtherapeutischer Beratungsfoki von Patienten in konfliktorientierten und strukturbezogenen Behandlungssettings)

in der Klinik/am Institut für: .Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg unter Anleitung von (Doktorvater/ -mutter) Prof. Dr. Henning Schauenburg habe ich selbst verfasst und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Abhandlung aufgeführten Hilfsmittel benutzt.

3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang an keiner Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.

4. Die Dissertation wurde ohne Hinzuziehung einer kommerziellen Promotionsberatung erstellt.

5. Mit der Veröffentlichung meines Lebenslaufes im Rahmen des Promotionsverfahrens (Dissertation) bin ich einverstanden.

6. Ich komme der Veröffentlichungspflicht gemäß § 13 PromO nach und stimme der Veröffentlichung der Zusammenfassung meiner Dissertation im Internet unter Angabe meines Namens und des Studienabschlusses zu.

7. Die Bedeutung der eidesstattlichen Erklärung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Erklärung sind mir bekannt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erklärt und nichts verschwiegen habe

.....
Ort und Datum / Unterschrift /