

# **Beratung und Therapie**

## **Ein paradoxer Unterschied**

**Jürgen Beushausen**





Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Jürgen Beushausen

Beratung und Therapie –  
ein paradoxer Unterschied

Reflexionen zur Identität  
psycho-somatisch-sozialer Arbeit



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek  
Jürgen Beushausen  
Beratung und Therapie – ein paradoyer Unterschied.  
Reflexionen zur Identität psycho-somatisch-sozialer Arbeit.

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe  
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:  
Prof. Dr. Frank Como-Zipfel  
Dr. Gernot Hahn  
Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag  
Alle Rechte vorbehalten

© 2014 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts  
Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-14-7

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)  
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154  
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

### **Anschrift:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
Mönchswiesenweg 12 A  
96479 Weitramsdorf-Weidach

### **Kontakt:**

info@zks-verlag.de  
www.zks-verlag.de  
Tel./Fax (09561) 33197

### **Gesellschafter der ZKS:**

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband.  
Amtsgericht Coburg. HRB 2927.  
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls



## Zusammenfassung

Die Unterscheidung von Beratung und Therapie in der Literatur und Praxis erweist sich als widersprüchlich und interessengeleitet. Diese Widersprüche sollen in einem systemischen Kontext an Hand von Beispielen und Aussagen der Literatur analysiert und problematisiert werden. Es wird vorgeschlagen diese gängigen berufsständischen Unterscheidungen nicht mehr vorzunehmen. Stattdessen sollte das konkrete Handeln der Helfer in den Mittelpunkt gestellt werden. Erste Überlegungen zu einem Konzept biopsychosozialer Interventionen werden dargelegt. Abschließend wird erörtert, welche Schlussfolgerungen sich hieraus für die Identität der Sozialen Arbeit ergeben.

# Inhalt

1. Einleitung .....	6
2. Eine erste historische und persönliche Einordnung .....	8
3. Unterschiedsbildungen in der Literatur.....	12
4. Systemtheoretische Perspektiven.....	21
5. Exkurs: Anmerkungen zur Differenzierung der Funktionssysteme.....	25
6. Das biopsychosoziale Modell .....	28
7. Exkurs: Wirkfaktoren.....	30
8. Auswirkungen auf die Identität Sozialer Arbeit .....	33
Literatur.....	42

## 1. Einleitung

„Die Frage nach dem Verhältnis von Sozialarbeit und Therapie lässt sich mit der Behauptung radikalisieren, ›Sozialarbeit ist Therapie‹ oder ›Therapie ist Sozialarbeit.‘“ (Otto & Schreiber, in Neumann-Mehring 1978, S. 2)

Seitens der Professionen, der Arbeitgeber und der Standardliteratur wird immer noch ein deutlicher Unterschied zwischen Beratung<sup>1</sup> und Therapie markiert. Stellvertretend für eine klassische Unterscheidung und Therapie fasst beispielsweise Galuske (2011, S. 143) zusammen, dass „sich Sozialpädagogik nicht in Therapie auflösen lässt, dass therapeutische Methoden folglich keine sozialpädagogischen Methoden sind“. Somit stellte sich auch mir, einem Sozialarbeiter mit therapeutischen Zusatzausbildungen, in meinem Berufsleben oft die Frage, ob ich als Berater oder als Therapeut tätig bin. Diese Frage wirkte sich auf meine berufliche Identität, meinen beruflichen Status und z.B. auf das Gehalt aus.

Auch heutige Studierende der Sozialen Arbeit<sup>2</sup> werden meist anhand der Standardliteratur und in den Praktika noch immer ähnlich sozialisiert. Gleichzeitig ist die Attraktivität therapeutischer Konzepte und Interventionen in der Sozialen Arbeit ungebrochen (siehe Wendt 2013). Soziale Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit sind schon lange an psychotherapeutischen Konzepten orientiert (Galuske 2011), psychosoziale Fachkräfte nutzen das vielfältige hochwertige Angebot an Zusatzausbildungen und Fortbildungen. Daher wird insbesondere in der Klinischen Sozialarbeit und in der Sozialtherapie das Verhältnis zwischen Beratung und Therapie anders als in der Standardliteratur der Sozialen Arbeit (z.B. Nestmann, S., Engel, S. Siekendiek, U. 2004 und Galuske 2011) beschrieben.

Fragen zu diesen Zusammenhängen sollen in diesem Beitrag aus systemtheoretischen Perspektiven diskutiert werden. Es soll aufgezeigt werden, dass gängige Unterscheidungen zwischen Beratung und Therapie

---

<sup>1</sup> Wenn in diesem Beitrag von Beratung gesprochen wird, bezieht sich dies nur auf psychosoziale Beratung und nicht auf Beratung beispielsweise im Rahmen der Verbraucherberatung, der Schuldnerberatung oder der Finanzberatung.

<sup>2</sup> Selbstverständlich umfasst die Sozialarbeit neben der Beratung und der Behandlung weitere Tätigkeiten (Verhandeln, Intervenieren, Vertreten, Beschaffen, Betreuen u.a.), auf die hier nicht eingegangen wird.

nicht schlüssig und widersprüchlich sind. Eine nützliche Unterscheidung hat sich m. E. an den Wirkfaktoren der beruflichen Wirklichkeit auszurichten. Einleitend beschäftige ich mich anhand von persönlichen Reflexionen mit dem historischen Kontext. Anschließend wird beschrieben, wie Autoren und Verbände<sup>3</sup> Unterschiede zwischen Beratung (im sozialpädagogischen/ sozialarbeiterische Kontext) und Therapie generieren. Im Anschluss wird mit der systemischen Perspektive ein theoretischer Kontext eröffnet. Mit diesem Fokus ist es möglich, die Unterschiedsbildungen letztlich als Ausdruck berufsständischer Interessen zu erklären. Abschließend werden in diesem Beitrag Überlegungen für die Entwicklung eines integrativen somatisch-psycho-sozialen Ansatzes vorgestellt und Schlussfolgerungen gezogen, die sich hieraus für die Identität der Sozialen Arbeit ergeben.

---

<sup>3</sup>Auf die Beschreibungen anderer Akteure (Klienten, Juristen, Politiker, Praktiker) wird hier nur am Rande eingegangen. Auch diese Unterscheidungen, die sich in der Beschreibung von Klienten, Gesetzen und Konzeptionen niederschlagen, wären für eine vollständigere Analyse ebenfalls zu untersuchen.

## 2. Eine erste historische und persönliche Einordnung

Bedeutsam für ein heutiges Verständnis der in Deutschland üblichen Beschreibung und Unterscheidung von Beratung und Therapie ist ein Blick in die Historie der letzten Jahrzehnte. Dies soll zunächst anhand eines typischen Beispiels geschehen, nämlich meiner eigenen beruflichen Biografie und Sozialisation:

Nach meinem Studium der Sozialarbeit absolvierte ich mein Berufspraktikum und erhielt meine erste Anstellung in einer kleinen Fachklinik für suchtkranke Männer. Dort waren zwei Psychologinnen, ein Diplompädagoge und ich beschäftigt. Zu unserem jeweils gleichen Aufgabenfeld gehörten die Durchführung von Einzel- und Gruppengesprächen mit einer Gruppe von zwölf Patienten, die Anamneseerstellung, die Durchführung von Tests und der Abschlussbericht. Unterschiedlich war jedoch die Bezahlung, die Kolleginnen und Kollegen mit einem universitären Hochschulabschluss erhielten eine weitaus bessere Vergütung. Diese Erfahrung trug dazu bei, dass ich ein fünfsemestriges Aufbaustudium der Diplompädagogik absolvierte. Von diesem Studium profitierte ich persönlich und inhaltlich, allerdings wurden dort keine praktischen Themen der psychosozialen Arbeit thematisiert. Gelebt wurden stattdessen abstraktere Theorien, Marx und Parsons waren Pflichtlektüre. Dieses Studium trug zu einer „Entfremdung, einem Fremdwerden“ gegenüber der Sozialarbeit bei. Die praktische Arbeit mit Klienten wurde nicht thematisiert. Nach dem Abschluss des Zweitstudiums erhielt ich in der Suchtberatung eine Einstellung als Sozialarbeiter. Dort waren neben einer um vier Stufen höher eingruppierten Diplompsychologin noch zwei weitere Diplompädagogen tätig, die wie ich als Sozialarbeiter eingeordnet waren. Geleitet wurde die Suchtberatungsstelle von einem dieser Diplompädagogen<sup>4</sup>. Das Arbeitsfeld war auch hier gleich, alle Mitarbeiter führten Beratungs- und Therapiegespräche, die damals von den Krankenkassen mitfinanziert wurden. Später wurden die Gespräche im Rahmen der medizinischen Rehabilitation abgerechnet. Wie alle meine Kolleginnen und Kollegen begann ich bald mit einer bzw. zwei Therapieausbildungen (mit Teilnehmern aus verschiedenen Berufen). Im Mittelpunkt der Gespräche stand die psychische Situation der Klienten. Die Beeinflussung der Umweltkomponenten Familie, Nachbarschaft und

---

<sup>4</sup> Jahre später habe ich Klage mit dem Ziel einer finanziellen Gleichstellung eingereicht. Diese scheiterte in der dritten Instanz beim Bundesarbeitsgericht.

Institutionen im Sinne einer Gemeinwesenarbeit und Veränderung von Strukturen geriet aus dem Blickfeld.

An diesem Beispiel wird ein typischer beruflicher Sozialisationsprozess deutlich<sup>5</sup>, der insbesondere durch eine „Therapeutisierung“ geprägt ist. Bereits 1978 formulierten Neumann-Mehring und Peter (S. 151):

„Es ist gegenwärtig zu beobachten, dass viele Sozialarbeiter/-Pädagogen dazu übergehen, sich mit therapeutischen Zusatzqualifikationen auszustatten. Sie tun dies offensichtlich in der Hoffnung, bessere Problemlösungstechniken zu bekommen und einen höheren Status in der Berufshierarchie einnehmen zu können. Dieses Phänomen hat sich fast selbstverständlich entwickelt.“

Erst Ende der neunziger Jahre wurde dieser Prozess auf breiterer Ebene (und auch von mir) problematisiert. Geißler-Piltz kommentiert dieses Problem ebenfalls kritisch. Sie stellte 2004(a) die Frage, ob sich die Sozialarbeit von den langen „Magddiensten für die Medizin“ und einigen heftigen, jedoch nicht glücklich verlaufenden Affären mit unterschiedlichen Psychotherapiemethoden, in denen sie bis zur Selbstaufgabe um Anerkennung rang, nicht endlich verabschieden möchte. Eine Erklärung für diese Situation findet die Autorin in der angesprochenen Historie. Die Therapiebewegung in den psychosozialen Arbeitsfeldern in den siebziger und achtziger Jahren habe, ihrer Ansicht nach, unkritisch immer neue, psychotherapeutische Methoden als Reaktion auf das handlungsmethodische Vakuum, welches die Methodenkritik hinterlassen hatte, übernommen. Dies hinterließ in der Sozialen Arbeit nachhaltige Spuren einer Verunsicherung des methodischen Selbstbewusstseins, denn viele SozialarbeiterInnen fühlten sich offenbar angesichts der Not und Hilflosigkeit der komplexen Probleme ihrer KlientInnen alleingelassen. Geißler-Piltz (2004b, S. 5) führt näher aus:

„Die unverändert anhaltende Attraktivität vor allem psychotherapeutischer Weiterbildungsangebote verdeutlicht den berechtigten Anspruch auf Qualifikationen, um im Wettbewerb standhalten zu können und den steigenden beruflichen Anforderungen an psychosozialen Dienstleistungen gewachsen zu sein. Damit verbunden ist oft auch die Hoffnung, in eine bessere Position aufzusteigen und eine Identität als Familientherapeut, Gestalttherapeut oder Suchtberater zu gewinnen. Viele der Weiterbildungsangebote, auch die

---

<sup>5</sup> Die berufliche Sozialisation war auch ein typisches Thema der achtziger Jahre. Hier wurde davon ausgegangen, dass die Arbeitswelt über verschiedene Wege die Persönlichkeit, Lebensführung und Wertorientierungen der Individuen beeinflusst. Sozialisation durch den Beruf ist die Auseinandersetzung des Individuums mit den beruflichen Umwelten.

von hoher Qualität, erfüllen allerdings nicht die an sie gestellten Erwartungen. Sie beruhen meist auf geliehenen Handlungskonzepten und disziplinfremden Verstehensmodellen und sind deshalb für die Bewältigung von Alltagsrealität Sozialer Arbeit wenig verlässlich.“

Die Anwendung dieser therapeutischen Ansätze wurde, so ist ergänzend anzumerken, in der sozialarbeiterischen Praxis oftmals kritiklos aufgegriffen und zu wenig rückgekoppelt. Damit verzögerte diese Therapiebewegung letztlich die Ausformung von klinischen Methoden in der Sozialen Arbeit. Andererseits, darauf verweist auch Deloie (2011), stellten die therapeutischen Verfahren eine Bereicherung für die Soziale Arbeit dar. Beispielsweise bot die Gestalttherapie einen gesellschaftskritischen Ansatz, der sich von dem medizinischen Krankheitsparadigma der Individualisierung von Problemlagen und der autoritären Expertenschaft absetzte. Die Gesprächstherapie vermittelte therapeutische Basisvariablen und fokussierte einen respektvollen, achtsamen und wertschätzenden Umgang mit den Klienten.

1989 setzten die Mediziner und Psychologen ihre standespolitischen Interessen mit der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes durch. Es wurden neue rechtliche Strukturen und damit neue Grenzen zwischen Psychotherapie und anderen Formen psychologischer Hilfen etabliert. Diplom-Psychologen erlangten durch Approbation das Recht auf eigenständige Abrechnung mit den Krankenkassen und somit eine teilweise Gleichstellung mit den ärztlichen Psychotherapeuten. Gleichzeitig waren Beratungsausbildungsinstitute Anfang der neunziger Jahre bestrebt, Qualitätssicherungen durchzuführen, um sich von esoterischen und anderen weniger seriös wirkenden Anbietern abzugrenzen. Es kam zu einem Zusammenschluss der Verbände in einem Deutschen Dachverband für Beratung. Nachdem der Weiterbildungsmarkt zu einem großen Teil gesättigt war, war es notwendig (siehe Conen 2006) auch seitens der Beratungsausbildungsanbieter einen Unterschied zwischen Psychotherapie und Beratung zu etablieren.

Ein weiteres Paradoxon soll anhand meiner eigenen beruflichen Biografie beschrieben werden, um deutlich zu machen, wie unterschiedlich durch die verschiedenen Funktionssysteme die berufliche Konstellation bewertet wird. Mitte der achtziger Jahre wurde deutlich, dass die Mitarbeiter in den Suchtberatungsstellen und in vielen anderen beratenden/therapierenden Institutionen rechtlich nicht abgesichert sind, die von ihrem Arbeitgeber zugewiesenen Tätigkeiten durchzuführen. Einzelne Kollegen absolvierten daher einen Kurs zur Erlangung der Erlaubnis zur Durchführung von

Heilkunde nach dem so genannten Heilpraktikergesetz. Auch ich wünschte mir eine rechtliche Absicherung und war so naiv, dem Ordnungsamt mitzuteilen, dass ich in der Suchtberatungsstelle tätig bin und wir dort Therapien mit den Krankenkassen abrechnen würden. Daraufhin wurde mir meine Berufstätigkeit unter Androhung eines Bußgeldes und einer Haftstrafe untersagt, da ich keine Erlaubnis zur Durchführung der Heilkunde besäße. Gegen diesen Bescheid legte ich Widerspruch ein, der abgelehnt wurde und zu einem Gerichtsstreit führte. Das Gericht entschied, dass die „Androhung“ nicht rechtens war, allerdings wurde mir aufgetragen, den Heilpraktikerschein zu erwerben und die Gerichtskosten zu tragen<sup>6</sup>. Außer einer rechtlichen Absicherung ergaben sich aus der Erlaubnis, heilkundlich tätig zu sein, keine weiteren Konsequenzen.

So gestaltete sich meine berufliche Wirklichkeit über lange Jahre widersprüchlich: Die von mir mit Patienten durchgeführten Gespräche wurden, wenn die Rentenversicherung Kostenträger war, als medizinische Rehabilitationsleistung definiert. War der Kostenträger eine Krankenkasse, bezahlten die „Therapien“. Gleichzeitig durften diese Tätigkeiten in manchen Kontexten (Jahresberichten des Trägers und im rechtlichen Rahmen) nicht als Therapie beschrieben werden, sondern wurden als Beratung, Behandlung, Sozialtherapie oder medizinische Rehabilitation bezeichnet.

---

<sup>6</sup> In der Folge erwarb ich diesen Heilpraktikerschein. Diesen erhielt man nach einer bestandenen Prüfung beim Gesundheitsamt oder durch die die Antragstellung bei einzelnen Kommunen mit einer begleitenden Zahlung von ca. 1000 DM.

### 3. Unterschiedsbildungen in der Literatur

Im Weiteren soll aufgezeigt werden, wie sich diese paradoxen Beschreibungen auch in der Literatur widerspiegeln. Zunächst werden einige klassische Unterscheidungen zwischen Beratung und Therapie aufgeführt. Schwing und Fryszer (2013, S. 12) resümieren:

„Therapie behandelt Menschen, die (im Sinne unserer Sozialgesetze) an Krankheiten leiden; Beratung unterstützt Menschen in Krisen, mit Problemen oder mit schwierigen Fragen. Sie dient dazu, gute Lösung zu finden, sei es in Erziehung, Partnerschaft oder Lebensgestaltung. Therapeuten finden Sie in Praxen und Kliniken, Berater häufig in Beratungsstellen (wie der Name schon sagt), in sozialen Einrichtungen und Gesundheitsdiensten. Von Beratung spricht man auch, wenn es um Fragestellungen außerhalb der Privatsphäre geht.“

Lieb (2005) definiert Psychotherapie allgemein als Behandlung von psychisch kranken Menschen durch Gespräche oder übende Verfahren. Im Psychotherapeutengesetz wird Psychotherapie etwas konkreter als eine Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren beschrieben. Nestmann (2008, S. 7) sieht in der psychosozialen Beratung vier zentrale Funktionen im Unterstützungs- und Hilfeprozessen:

1. Sie hilft informieren und beim Entscheiden.
2. Sie fördert insbesondere Prävention und Vorsorge.
3. Sie unterstützt die Bearbeitung von Anforderungen, die Bewältigung von Problemen, aber auch das Wiedererlangen von Gleichgewicht und Handlungsfähigkeit nach Krisen und kritischen Lebensereignissen,
4. und sie gibt Anregungen zur Entfaltung von Kräften und zur Entwicklung im Lebenslauf.

Beratung definiert die Deutsche Gesellschaft für Beratung auf Ihrer Homepage (2003) wie folgt:

„Beratung kann sich sowohl auf Personen und Gruppen in ihren lebens- und arbeitsweltlichen Bezügen als auch auf Organisationen beziehen. Sie befasst sich auf einer theoriegeleiteten Grundlage mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und multifaktoriell bestimmten Problem- und Konfliktsituationen. Sie stellt sich Anforderungen aus den Bereichen von Erziehung und Bildung, Sozial- und Gemeinwesen, Arbeit und Beruf, Wohnen und Freizeit, Gesundheit und Wohlbefinden, Ökologie und Technik, Pflege und

Rehabilitation, Ökonomie und Politik sowie des Rechts, wie sie in den unterschiedlichen Sozialgesetzen, vor allem im KJHG und BSHG formuliert sind. Diesem Beratungsverständnis liegt ein sozialwissenschaftlich und interdisziplinär fundiertes Handlungskonzept zu Grunde, das tätigkeitsfeld- und aufgabenspezifisch ausdifferenziert wird. .... Beratung grenzt sich von anderen professionellen Interventionsformen ab. Beispiele sind: Die Informationsvermittlung in der Medizin, das Case Management in der Sozialen Arbeit oder die handlungsanleitende Beratung bei der Gewährung von materiellen Leistungen in der Sozialhilfe, die Rechtsberatung und die Psychotherapie, (heilkundliche Behandlungen entsprechend PsychThG und HPG).“

Den Fokus einer tiefenpsychologischen Beratung sieht Volger (2011, S. 39) in Bezug auf einen eng umgrenzten Konflikt,

„der in begrenzter Zeit verstanden, bearbeitet und bewältigt werden soll. Indem sich Beratung stets einen aktuellen Problemsituationen des Klienten orientiert, arbeitet sie an bewusstseinsnahen Themen und Konflikten, wobei der psychodynamische Hintergrund nicht aus dem Blick verloren und -soweit in der begrenzten Zeit möglich und für die Problemlösung notwendig - bearbeitet wird. Insofern grenzt die Beratung die Fülle des Materials durch einen Fokus ein - mit dem Ziel, die Übertragung der Erkenntnisse in die Alltagsrealität des Klienten zu fördern.“

Von Beratung soll erst dann gesprochen werden, so Schiersmann u. Thiel (2012), wenn die Interaktionen über die Vermittlung von Informationen hinausgehen und Reflexionen von Sachverhalten im Sinne eines subjektiv bedeutsamen Lernens beinhalten. Zwicker-Pelzer (2010) hingegen konstatiert, dass die verschiedenen Therapiefachverbände Beratung als „kleine Therapie“ (ebenso Reichel 2013) in ihrer Angebotspalette platzieren. Beratung sei subjekt-, aufgaben- und kontextbezogen und eingebettet in institutionelle, rechtliche ökonomische und berufsethische Rahmenbedingungen, innerhalb derer Aufgaben, Probleme und Konflikte dialogisch bearbeitet und geklärt werden.

Ningel (2011) beschreibt die psychosoziale Beratung als ein Kernverfahren und geht auf die Historie ein. In den siebziger Jahren sei versucht worden, die Besonderheit der psychosozialen Beratung herauszuarbeiten mit der Erkenntnis, dass es sich dabei oft nur um einen Etikettenschwindel im Sinne versteckter therapeutische Angebote handelte. Aus den Therapieformen seien zahlreiche Methoden der Beratung entstanden. Aus der Gesprächstherapie entwickelte sich die klientenzentrierte Beratung, aus der Gestalttherapie die Gestaltberatung und aus der Verhaltenstherapie die verhaltensorientierte Beratung. Allerdings unterscheidet er dann im Weiteren deutlich (S. 211):

„Wenngleich immer klar war, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit nicht therapieren, drohte der Unterschied zwischen Beratung und Therapie immer mehr zu mehr verschwimmen, zumal auch die Professionellen oft sehr schnell bereit sind, die Grenzen ihrer Kompetenzbereiche zu überschreiten“.

Nach Engel et. al. (2004) legitimiert Psychotherapie sich primär über einen Heilungsdiskurs, die Beratung über einen offenen Hilfediskurs, als ein „auf Inklusion verschiedenster Felder und Klientel orientiertes präventives und entwicklungsorientiertes Unterstützungsangebot - eine in Lebensweltkonzepte eingebundene offen eklektische Orientierungs-, Planungs- und Bewältigungshilfe“ (ebd., S. 37).

Allerdings führt er auf derselben Seite im Widerspruch hierzu aus:

„Helfen und Heilen sind dasselbe... Beratungsansätze widmen sich überwiegend dem therapieähnlichen Gespräch und der unmittelbaren Interaktion zwischen Klienten und Beratern. Im Zentrum stehen oft Konzepte, mit denen die Beratungskompetenz und die Herstellung einer hilfreichen Beziehung optimiert werden sollen. Deshalb ist es wichtig, zwischen Beratung und Therapie klar zu trennen. Psychosoziale Beratung hat im Wesentlichen soziale Konflikte und deren Diagnostik zum Gegenstand, während sich die Therapie mit behandelnden und starken Einfluss nehmenden Methoden mit Störungen von größerer psychischer Problemtiefe beschäftigt. Der Hilfesuchende ist in der Patientenrolle und soll mit kurativen Strategien verändert werden. Dabei kommt es zu einer Reduktion des Klienten auf individuelle Probleme, die unter Umständen eine therapeutische Isolierung nötig machen.“

Galuske (2011) weist in seiner widersprüchlichen Positionsbestimmung, die m. E. viel offen lässt, darauf hin, dass sich sozialpädagogisches Handeln bestimmter therapeutischer Elemente bedienen kann, wenn dies im Hinblick auf die Person und ihre Situation als sinnvoll und begründet erscheint. In der Praxis der Sozialen Arbeit ist die Verwendung originärer therapeutischer Konzepte und Ansätze auch ohne explizite professionelle und theoretische Verordnung längst üblich (siehe ähnlich Wendt 2013).

Solche zum Teil widersprüchliche Verortung der Begriffe Therapie und Beratung finden sich ebenfalls im systemischen Kontext. Beispielsweise sieht von Brisinski (2012, S. 419) im Lexikon des systemischen Arbeitens unter dem Stichwort „Therapie“ Unterschiede zwischen Therapie und Beratung im unterschiedlichen Kontext und der Zielsetzung. In der Therapie stehe die Behandlung einer Störung im Fokus, während es in der Beratung eher um Vermittlung von Wissen geht. Beratung betont Problemlösungen, Psychotherapie die Gestaltung der Beziehung und die Erforschung des Selbst. Dauer, Ausmaß der Vertiefung oder thematische Begrenzung sind ebenfalls Unterscheidungskriterien, so Brisinski, die nicht für alle Therapieschulen gelten. Im selben Lexikon stellt Haselmann (2012, S.53) hierzu im

Widerspruch unter dem Eintrag der Beratung fest: „Ob eine Gesprächssituation Beratung oder Therapie darstellt, lässt sich von einer Außenperspektive her nicht feststellen“. Die gängige Unterscheidung, dass sich Beratung in einem Hilfediskurs bewege (für Orientierungs- und Entscheidungshilfe), während Psychotherapie in einem Heilungsdiskurs zu verorten sei (auf „Störungen mit Krankheitswert“ ausgerichtet; Engel u. Siefendiek 2004), ist für den systemischen Ansatz nicht stimmig; denn maßgeblich ist hier für Beratung wie Therapie ein Problem(auf)lösekontext.“ (S. 53) Ritscher (2013, S. 233) hält hingegen die prinzipielle Unterscheidung von Therapie, Beratung, Pädagogik und Sozialer Arbeit im Rahmen einer systemischen sozialen Arbeit für hinfällig.

Im Weiteren soll versucht werden, diesen Sachverhalt nach einzelnen Kategorien, die sich manchmal jedoch überschneiden, differenzierter aufzuschlüsseln:

**Rechtlicher Rahmen:** Beratung ist eine zentrale Berufstätigkeit von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern und verwandten Professionen. Rechtlich ist diese Tätigkeit durch das Psychotherapiegesetz von 1999 auf „Anhören“ „Befragen“, „Veranschaulichen“ und „Informieren“ begrenzt, während in der Psychotherapie gemäß Psychotherapeutengesetz nur von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeuten (Diplompsychologen, (noch) Sozialarbeitern und Ärzten) behandelt werden darf. Nach dem Heilpraktikergesetz können verschiedenste Berufsgruppen heilkundlich tätig werden. In vielen Bereichen der Klinischen Sozialarbeit, zum Beispiel in der Suchtkrankenhilfe und Erziehungsberatung (KJHG), sind Sozialarbeiter auch „therapeutisch“ tätig, die Finanzierung erfolgt hier durch verschiedenste Kostenträger, oftmals als Bestandteil der medizinischen Versorgung.

**Gemeinsame Historie:** Bei vielen Beratungs- und Therapieschulen handelt es sich um praktische Anwendungen von wissenschaftlichen Theorien und Experimenten. Auf der Grundlage der Lernpsychologie und der kognitiven Psychologie entwickelten sich die Verhaltenstherapie und die kognitive-behaviorale Beratung. Rogers begründete die Personenzentrierte Therapie und die Gesprächsberatung. Die von ihm entwickelten Merkmale einer guten Kommunikation erweisen sich in allen Lebensbereichen als hilfreich. Die systemische Beratung und Therapie gründen gemeinsam auf den systemtheoretischen kommunikationstheoretischen Überlegungen von Bateson, Watzlawik, von Foerster, von Schlippe und Schweitzer u.a. Somit

wird deutlich: Beratung und Therapie stimmen jeweils schulspezifisch im Bezug auf die theoretischen Bezugspunkte weitgehend überein.

**Ziele:** Beratung verfolgt Ziele, die auf Entwicklung, Erziehung, Prävention und seelische Balance gerichtet sind (Gutsche, 1999). Beratungsanlässe ergeben sich oftmals aus Problemen in den Partnerschaften, Familien, der Schule und dem Beruf. Beratung sei „bei leichten aktuellen Problemen induziert“ (Biermann-Ratjen u.a. 2003, S. 194). Für Reichel (2013) setzt Beratung bei Verstimmtheit oder Krisen ein. Bei Störungen mit Krankheitswert sollten die Klienten an Psychotherapeuten vermittelt werden. Widulle (2012) nennt als Zielgruppe der Beratung ratsuchende Klienten mit mindestens zeitweiliger Fähigkeit zur Problemdistanz, während Klienten der Psychotherapie keine Fähigkeit zur Problemdistanz aufweisen würden. Für Schäfter (2010, S. 16) zielt die Beratung auf eine kognitive, emotionale oder praktische Problemlösung und Bewältigung ab. Nach Widulle (2012) stellt Beratung die materiellen, sozialen und ökologischen Lebensbedingungen der Klienten in den Fokus: Im Zentrum der Intervention steht die Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung. Beratung dient nach Gutsche (1999) vor allem der Hinführung und Anleitung bzw. Hilfestellung zur gedanklichen und teils auch emotionalen Auseinandersetzung des Klienten mit sich selbst und der ihn umgebenden Umwelt.

Therapie verfolgt als Ziel für Lieb (2005) primär die Heilung, Wiederherstellung und die Umgestaltung der Persönlichkeit des Klienten. Nach Gutsche sei Therapie wiederum (1999) bei Menschen indiziert, die (starke) Persönlichkeitsstörungen haben und deren Heilung oft nur durch eine grundlegende Änderung der Verhaltensstrukturen möglich ist. Der Klient soll befähigt werden (siehe beisp. Adam-Lauer, S. 690), sich der eigenen Probleme und Einschränkungen bewusst zu werden, potentielle Ursachen und auslösende Faktoren zu entdecken und Möglichkeiten erarbeiten, um ein Mindestmaß an psychischem Wohlbefinden zu erlangen. Mehrfach wird in der Literatur (z.B. Nestmann, S., Engel, S. Siekendiek 2004, Widulle 2012) konstatiert, Psychotherapie sei eine Behandlung, die sich an einem eher klinisch psychologischen oder medizinischen Heilungskurs orientiert. Grawe u.a. (1995) sehen Psychotherapie durch die Anwendung psychologischer Beeinflussungsmethoden definiert. Auch für Adam-Lauer (2008) setzt Psychotherapie bei psychischen und psychosomatischen Auffälligkeiten, bei Beschwerden im Verhalten, Denken und Erleben von Klienten an. Biermann-Ratjen u.a. (2003, S. 194) sieht den Fokus bei „schweren psychischen Störungen“, während Widulle (2012) mehr die Bewältigungsperspektive und

eine Persönlichkeits- und Verhaltensänderung fokussiert. Diese uneindeutige Unterscheidung soll nochmals an den Beispielen zweier Therapieschulen ausgeführt werden: Die Verhaltensberatung und -therapie strebt das Ziel an, Menschen zu eigenständigen Problemlösungen und zur Selbstständigkeit zu befähigen. In der Systemtheorie werden jeweils die Ressourcenorientierung und die Problemlösung als wichtige Ziele genannt.

Bezüglich der Indikation soll noch auf die sogenannte **Störungstiefe** eingegangen werden. In der Literatur wird oftmals (z. B. Schiersmann u. Thiel 2012) für die Beratung und Therapie eine unterschiedliche Orientierung an einer Störungstiefe angeführt. Beratung sei eher angesagt, wenn die Ratsuchenden über ausreichende Fähigkeiten zur Selbststeuerung verfügen. Therapie sei in Situationen angemessen, wenn die Personen in der Bewältigung ihres Alltags nachhaltig eingeschränkt sind oder Störungen mit Krankheitswert aufweisen würden. Widulle (2012) hält Beratung eher für angemessen für Menschen, die im privaten und beruflichen Bereich äußerlich „normal“, „funktionieren und nicht zu defizitär unbeeinträchtigt sind. Beratung wäre daher eher angemessen bei Klienten mit aktivierbaren Ressourcen.

Der Blick in die Praxis zeigt: In vielen klassischen Feldern der Sozialen Arbeit, z. B. in der Suchtberatung oder in der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken, weisen viele Klienten „tiefgehende und weitreichende“ Störungen auf. Beispielsweise werden bei vielen Suchtkranken häufig zusätzlich Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. In der Realität schließt gerade die Psychotherapie die schwierigsten Fälle eher aus und wendet sich an Klienten mit eher guten Introspektions- und Verbalisierungsfähigkeiten (siehe Beushausen 2014). Sogenannte schwierige, unbequeme Multiproblemfälle (hard to reach Klientel: Suchtkranke, Psychotiker, Straftäter, Menschen aus desolaten sozialen Lagen, Migranten u.a.) erhalten seltener eine klassische Therapie. Psychotherapie weitaus weniger als gebildete, finanzielle und verbalisierungstarke Menschen (siehe Beushausen ebd.). Auch wird übersehen, dass Sozialarbeiter und andere professionelle Fachkräfte mit dem „ganzen Menschen“ konfrontiert sind und sich die Interaktion mit Ihnen nicht in heilende oder nicht heilende Interventionen unterteilen lässt. Paradoxe Weise wird gerade den Berufsgruppen, die sich mit den schwersten Fällen konfrontiert sehen, der Heilungsaspekt abgesprochen (siehe Deloie 2011). Dies weist darauf hin, dass die Bewertung, ob beraten oder therapiert wird, nicht in der vom Klienten gezeigten Symptomatik liegt, sondern in der jeweiligen Konstruktion bzw. Etikettierung aus der Perspektive des jeweiligen Beobachters. Somit liefert auch das Kriterium der Störungstiefe keine

trennscharfe Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie. Die Analyse der Ziele von Beratung und Therapie, einschließlich der Beurteilung der „Störungstiefe“, macht somit deutlich, dass sich diese nicht eindeutig voneinander unterscheiden lassen.

**Die Gestaltung des Prozesses:** Grundlage der Beratung und der Therapie ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Beteiligten.

**Verwandte Methoden und Techniken:** In der Beratung würden, so Gutsche (1999), unterstützende Techniken verwendet, in der Therapie hingegen deutende und aufdeckende Verhaltensweisen. Dies ist eine wirklichkeitsfremde Beschreibung. In der Beratung werden auch konfrontative Methoden genutzt, wenn beispielsweise einem Suchtkranken mitgeteilt wird, dass eine stationäre Entgiftung dringend erforderlich ist. Zudem intervenieren Therapeuten nicht nur aufdeckend und deutend, sondern auch stützend, problemlöseorientiert, bewusstseinsbezogen und sie geben Empfehlungen.

Gemeinsam orientieren sich Beratung und Therapie an den jeweiligen Verfahren der Therapieschulen. Typische Gesprächsstile und Methoden und Techniken lassen sich nur sehr begrenzt identifizieren. Beispielsweise werden in der Verhaltensberatung und der Verhaltenstherapie operante Methoden, Problemlösetraining, Entspannungstechniken und Konfrontationstechniken genutzt. In Personenzentrierten Konzepten sind die Hauptvariablen einführendes Verstehen, Wertschätzung und Kongruenz. In der systemischen Beratung und Therapie werden beispielsweise Skulpturtechniken, zirkuläres Fragen und Reframing eingesetzt.

**Dauer des Prozesses:** In der Literatur wird darauf hingewiesen (z.B. Widulle 2012, Belardi 2011), dass als Folge einer umfassenderen Störung für eine Therapie ein vergleichsweise längerer Zeitraum als bei der Beratung notwendig ist. Auch hier zeigt ein Blick in die Praxis, dass beispielsweise in der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken oftmals von sehr langen Unterstützungszeiten auszugehen ist. Zudem propagieren immer mehr Therapieschulen sogenannte Kurzzeittherapien.

**Anteil von Informationen:** Argumentiert wird, dass in der Beratung der Informationsanteil größer als in der Therapie sei. Jedoch wird beispielsweise auch im verhaltenstherapeutischen Kontext großen Wert auf die Informationsvermittlung gelegt. Es wird davon ausgegangen dass es relevant

für den Therapieerfolg ist, wenn Klienten ihre Probleme und deren Änderungsmöglichkeiten verstehen. Schiersmann und Thiel (2012, S. 25) fassen daher zusammen: „...somit impliziert zumindest eine Verhaltenstherapie häufig auch einen hohen informierenden, so genannten „psychoedukativen“ Anteil.“

**Freiwilligkeit:** Klienten der Sozialarbeit, so wird argumentiert, seien häufiger fremdmotiviert, während für die Psychotherapie eher eine größere Eigenmotivation erwartet wird. Bei dieser Bewertung wird nicht berücksichtigt, dass Motivation und Freiwilligkeit Konstrukte oder Etiketten sind. Freiwilligkeit ist relativ und hängt insbesondere vom sozialen Kontext ab. Hard to reach Klienten erscheinen häufig unmotiviert, bzw. werden von Fachleuten so beschrieben. Sie haben hingegen ihre eigenen Motivationen (vgl. Beushausen 2014).

Für eine Zwischenbilanz lässt sich somit festhalten: Bei der Unterscheidung zwischen Beratung und Therapie<sup>7</sup> handelt es sich lediglich um Akzentuierungen. Die Übergänge sind fließend. Für Bamler u.a. (2013) lässt sich psychosoziale Beratung mit den vier „Identitätspfeilern“ Informationserlangung und Entscheidungsmanagement, Präventionsförderung, Bewältigungshilfe und Rehabilitationsunterstützung und Entwicklung an Förderung und Lebenslaufbegleitung beschreiben. Auch dies ist keine wirklichkeitsgerechte sinnvolle Unterscheidung, da meines Erachtens auch die Psychotherapie die genannten Pfeiler beinhalten sollte. Psychotherapie ist auch präventiv auszurichten, um die Bildung neuer Symptommanifestierungen oder weiterer neuer Krisen vermeiden zu helfen. In der Literatur zeigen sich eine Reihe von Widersprüchen<sup>8</sup>.

Unterschiede zeigen sich allerdings in der Einbindung von Beratung und Therapie in das gesetzlich geregelte Gesundheitssystem. Hier sind nur einige wenige wissenschaftlich anerkannte Therapieschulen auch gesetzlich anerkannt und daher von den Krankenkassen abrechnungsberechtigt.

---

<sup>7</sup> Nicht in Abrede gestellt werden soll die besondere, d.h. auch qualifizierte Ausbildung von Psychotherapeuten. Diese absolvieren eine sehr lange Ausbildung.

<sup>8</sup> Auf ein weiteres Beispiel soll hingewiesen werden: Maercker, und Forstmeier (2013) zeigen in ihrem Buch verschiedene methodische Möglichkeiten des Lebensrückblicks auf. Als therapeutische Formen des Lebensrückblicks nennen die Autoren beispielsweise das Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung oder supportive Interventionen, während beispielsweise unter den sozialpädagogischen Formen der Beratung als Methode die Erinnerungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen aufgeführt wird.

Anerkannte Therapieschulen sind die Verhaltenstherapie, die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, anders als zum Beispiel die Gesprächstherapie, das Psychodrama und die Gestalttherapie. In anderen Ländern, wie zum Beispiel in Österreich, der USA und in der Schweiz, sind ergänzend andere Berufsgruppen und weitere Therapieschulen anerkannt.

Somit kann Galuske (2011) zugestimmt werden, der von einem „Etikettenschwindel“ spricht, da oft spezifische Formen von Therapie unter dem Signum der Beratung angeboten werden. Ebenso kann Wendt unterstützt werden, der konstatiert (2013, S. 7): „Je komplexer diese Definitionen versuchen den Gegenstand von Psychotherapie zu erfassen, desto weniger scheinen sie geeignet eine Realität zu beschreiben, in welcher nicht nur ärztliche oder psychologische Berufsstände psychotherapeutisch tätig sind.“ Auch Conen (2006, S. 193) sieht die oben aufgeführten Unterscheidungen kritisch. Sie fasst zusammen: „Meine ketzerische Frage lautet weiterhin: Was ist der Unterschied von zirkulären Fragen in einer Therapie zu zirkulären Fragen in einer Beratung? Was ist der Unterschied zwischen einer ressourcenorientierten Haltung in der Therapie und einer ressourcenorientierten Haltung in einer Beratung? Auf diese Fragen erhalte ich von Kollegen, einschließlich den Repräsentanten der Verbände, stets ein freundliches Lächeln als Antwort, jedoch keine inhaltliche Antwort!“ Den entscheidenden Hinweis gibt sie meines Erachtens im nächsten Satz:

„Ob es sich um Heilung handelt oder um die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen von Klienten hängt meines Erachtens von dem Kontext ab und nicht von meinem Vorgehen als systemisch orientierte Helfer. Ob es sich um „Krankheit“ oder um „auffälliges Verhalten“ handelt, hängt von dem ab, wird dies als solches definiert und wer mich finanziert – z.B. die Krankenkasse oder das Jugendamt. In meiner praktischen Arbeit spielt diese Unterscheidung keine Rolle, ausschlaggebend ist für mich die Frage: sind die Gespräche hilfreich?“<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Daraus ergibt sich die Frage nach der Wirksamkeit, auf die noch näher eingegangen wird.

## 4. Systemtheoretische Perspektiven

Aus einer systemtheoretischen Perspektive wird im Folgenden aufgezeigt, wie die unterschiedliche Bewertung des sozialarbeiterischen/beraterischen und therapeutischen Handelns erklärt werden kann. Einführend wird ein Fall konstruiert:

Eine Freundin, ein Sozialarbeiter, ein Psychotherapeut und ein Arzt geben jeweils als kommunikativer Handlungsakt einer Person die Adresse einer Selbsthilfegruppe. Wie ist dies zu bewerten? Die Empfehlung der Freundin ist ein freundschaftlicher Hinweis, der Hinweis der Psychologin im Rahmen einer Psychotherapie hingegen eine psychotherapeutische Intervention. Empfiehlt der Arzt den Besuch der Selbsthilfegruppe, ist dies eine ärztliche Intervention im Kontext einer medizinischen Behandlung. Empfiehlt ein Sozialarbeiter der Arge, des Jugendamtes, der Schulsozialarbeit, der Erziehungsberatungsstelle oder der Suchtberatung den Besuch einer Selbsthilfegruppe, ist dies eine typische Intervention im Kontext Sozialer Arbeit. Bereits dieses Beispiel verdeutlicht, dass es sich um dieselbe Intervention handelt, die jedoch im jeweiligen Kontext einem anderen Funktionssystem zugeordnet wird.

Mithilfe eines weiteren Beispiels soll dieser Sachverhalt etwas näher ausgeführt werden: Ein Kind hat Bauchschmerzen. Die Eltern überlegen, ob sich das Kind den Magen verdorben haben könnte. Verordnet wird ein Kamillentee (vom elterlichen Funktionssystem). Die Eltern könnten jedoch auch entscheiden, die Bauchschmerzen von einem Arzt, einem Akteur des medizinischen Funktionssystems, abklären zu lassen. Möglicherweise diagnostiziert der Arzt eine Erkrankung und/oder er entscheidet zunächst abzuwarten. Berichtet das Kind den Eltern über Bauchschmerzen, weil es Befürchtungen hat, zur Schule zu gehen, da es die Schulaufgaben nicht gemacht hat, entscheiden die Eltern, dass es sich um ein Problem des Kindes handelt und es sich bald die Schulaufgaben nochmals ansehen soll. Berichtet das Kind jedoch von massiven Schulängsten, die zu den Bauchschmerzen führen, kann es sich um ein bio-psycho-soziologisches Problem handeln. Zur Behebung dieses Problems wird möglicherweise die Schulsozialarbeiterin eingeschaltet oder die Eltern kommen zu dem Schluss, dass Psychotherapie (hier Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) notwendig sei. Bei diesem konstruierten Fall könnten sogar noch weitere Funktionssysteme ins Gespräch kommen. Wir nehmen an: Das Kind hat massive Ängste vor dem Lehrer entwickelt, da dieser häufiger kleine Gegenstände nach ihm geworfen

hat. Einbezogen wird in diesem Fall das schulische und möglicherweise das juristische Funktionssystem, denen gegenüber sich der Lehrer zu verantworten hat.

Dieses Beispiel zeigt, dass, je nachdem wie und von wem ein Phänomen interpretiert wird, zugleich festgelegt wird, welches oder welche Funktionssysteme für den Umgang mit diesem Phänomen zuständig sind. In der Praxis kooperieren die gewählten Funktionssysteme in einem unterschiedlichen Ausmaß mit anderen Funktionssystemen; oder systemisch formuliert: die Systeme sind strukturell gekoppelt. Das letzte Beispiel zeigt auf, dass Phänomene intrapsychisch und/oder interpsychisch verortet sein können. Die Angst des Kindes würde in diesem letzten Fall nicht mehr als ein intrapsychisches Problem, d.h. systemtheoretisch formuliert, als Kopplung zwischen dem kindlichen organischen, psychischen und sozialen System, sondern als Ausdruck eines interpsychischen Problems angesehen werden, hier dem Konflikt zwischen dem Kind und dem Lehrer. Deutlich wird außerdem, dass einzelne Akteure Wahlmöglichkeiten haben, wie sie operieren wollen. Z.B. kann sich der Arzt als Mitglied des medizinischen Gesundheitssystems die Frage stellen, welche diagnostischen Untersuchungen notwendig sind, auf welcher Bezugsebene das Problem erklärt werden kann und wer noch einbezogen werden soll.

Deutlich wird, dass die Kopplung von verschiedenen Funktionssystemen davon abhängig ist, welche Fakten bekannt sind, ob sie wahrgenommen und benannt werden und welche Realitäten konstruiert werden, wie diese interpretiert werden und in der Folge, welches Funktionssystem als zunächst zuständig erklärt wird. Und noch eines wird an diesem Beispiel deutlich: Es wird nicht nur von einzelnen Akteuren entschieden, welches Funktionssystem zuständig ist, sondern es wird deutlich, dass leibliche, psychische und soziale Ebenen miteinander verwoben sind. An der Entstehung eines Phänomens, hier das der Bauchschmerzen, sind immer sowohl organisch/leibliche, soziale und auch psychische Systeme beteiligt. Allerdings kann eine dieser Ebenen eine Leitfunktion übernehmen, indem z. B. die Bauchschmerzen organisch erklärt und behandelt werden. Im Alltag ist es daher notwendig, dass die Akteure nützliche, viable Entscheidungen treffen, um das Problem zu lösen. Diese Entscheidungen hängen jeweils immer auch von Zufällen, von Wahrscheinlichkeiten und von den Interessen der Beteiligten ab.

Von der Entscheidung, welches Funktionssystem für zuständig erklärt wird, hängt in der Folge auch ab, als was diese Maßnahme bezeichnet wird. Handelt es sich im oberen Beispiel um eine medizinische Behandlung, eine

psychische Behandlung, um eine pädagogische Maßnahme, eine psychotherapeutische Behandlung, eine Beratungsleistung durch eine Schulsozialarbeiterin oder eine erzieherische Handlung der Mutter? Die erfolgte Intervention führt zu unterschiedlichen Selbst- und Fremdbewertungen. Oftmals werden diese Handlungen auch unterschiedlich vergütet.

An weiteren Beispielen soll vertiefend verdeutlicht werden, dass sich die Schwierigkeit, zu unterscheiden, ob es sich bei den Interventionen eines Helfers um Beratung, Betreuung, Soziotherapie<sup>10</sup>, Sozialtherapie oder eine therapeutische Behandlung handelt, nicht nur in den fast legitimierten therapeutischen sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern der Erziehungsberatung, Sexualberatung oder Suchtberatung zeigt, sondern einen großen Teil der täglichen Arbeit mit insbesondere dem hard to reach Klientel ausmacht.

Beispiel 1: In einer Behinderteneinrichtung wird ein ehemals Drogenabhängiger betreut, der an einer Psychose erkrankte und aktuell täglich mehrfach die Nahrung erbricht. In der Werkstatt kommt es immer wieder mit den Kolleginnen und Kollegen zu Konflikten. Zu einer Psychotherapie ist der Klient nicht bereit, er lehnt ebenfalls ein gemeinsames Gespräch mit den Eltern ab. In der Supervision wird besprochen, welche Intervention hilfreich sein könnte. Dem zuständigen Sozialarbeiter wird vorgeschlagen, mit dem Betreuten eine Fantasiereise in die Zukunft durchzuführen, damit der Klient erkennt, welche Wahlmöglichkeiten er noch in seinem Leben hat. Mithilfe dieser Intervention ist der Klient bereit, weitere Gespräche zu führen und einen Arzt aufzusuchen.

Beispiel 2: In der Supervision einer Jugendhilfeeinrichtung wird der Fall eines 14-jährigen Jungen eingebracht, der nach einem Konflikt mit dem Vater in ein Heim kam. Ziel der Betreuung soll die Rückführung in die Familie sein. In der Supervision wird deutlich, dass die Durchführung einer Familientherapie sinnvoll sein könnte. Die Kollegin ist interessiert, diesen Ansatz umzusetzen, da sie über eine entsprechende Zusatzausbildung verfügt. Sie wird in diesem Fall erfolgreich familientherapeutisch tätig. In der nachfolgenden Supervision spricht die Kollegin an, dass Sie sich über diese Entwicklung einerseits freut, sie jedoch andererseits eine Tätigkeit

---

<sup>10</sup> Soziotherapie ist nach dem Krankenversicherungsrecht keine „Therapie“, da es sich nach dem Gesetz (§37a SGB V Abs. 1, Satz 2) um die Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme geht. Sie ähnelt hier mehr dem Case-Management.

übernommen hätte, die nicht zu ihrem Aufgabenbereich als Mitarbeiterin in einer Jugendhilfeeinrichtung gehört und der zudem noch untertariflich bezahlt wird.

Weitere Beispiele aus Berufsfeldern der psychosozialen Betreuung, der Bewährungshilfe, der Arge, der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken und Suchtkranken, dem Sozialdienst katholischer Frauen und Männer, in Justizvollzugsanstalten, in der Jugendgerichtshilfe, in stationären Wohngruppen für Jugendliche, in Tagesstätten, in Obdachloseneinrichtungen, in den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter, den Jugendämtern, in Therapiezentren für Autisten, im allgemeinen Sozialdienst, in der Schulsozialarbeit, der Krankenhaussozialarbeit und weiteren Tätigkeitsfeldern könnten aufzeigen, dass sich in vielen psychosozialen Arbeitsfeldern die einzelnen Unterstützungsformen nicht gut unterscheiden lassen. Oftmals zeigt eine Analyse, dass sehr ähnliche praktische Interventionen durchgeführt werden, die jeweils jedoch anders bezeichnet werden, je nachdem ob sie von einem Pädagogen, einem Arzt, einem Sozialarbeiter oder einem Psychologen umgesetzt werden. Die Beispiele verdeutlichen, dass es sich um Beschreibungen und Unterscheidungen von Beobachtern handelt, die jeweils individuell nach subjektiv sinnvollen Unterscheidungskriterien getroffen werden. Erkennen bedeutet in diesem Zusammenhang, wir konstruieren eine Bedeutung. Dabei resultieren diese Unterscheidungen aus einem sozialen Einigungsprozess, in dem eine bestimmte Erklärung als allgemein gültig betrachtet wird. Die beschriebenen Phänomene sind jedoch stets für alternative „Bewertungen“ (Konstruktionen) offen, denn alle Phänomene, mit denen ein Beobachter konfrontiert wird, werden von ihm nach unterschiedlichen Kriterien (ästhetische, politische, moralische Aspekte etc.) bewertet und könnten auch anders getroffen werden<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Aus den Ergebnissen der Bedeutungszuweisungen entsteht die Ebene der Sinnzuschreibung und der unterschiedlichen Weltbetrachtung, die nicht objektiv und für alle Zeiten beschrieben und klar definiert werden kann. Jede Beobachtung benutzt die eigenen Unterscheidungen als „Code“ und erzeugt damit zugleich eine Grenze zwischen innen und außen.

## 5. Exkurs: Anmerkungen zur Differenzierung der Funktionssysteme

Im Weiteren soll vertiefend auf die systemtheoretische Perspektive eingegangen werden, um das Ausgeführte theoretisch zu untermauern und um zu prüfen, ob die Systemtheorie zu einer Erklärung dieser Darstellungen beitragen kann.

Für eine systemtheoretische Betrachtung ist zunächst daran zu erinnern, dass Luhmann Systeme grundlegend in Maschinen, Organismen, soziale Systeme und psychische Systeme gliedert. Die sozialen Systeme differenziert er in Interaktionen, Organisationen, Gesellschaften und soziale Bewegungen. Für die Systemtheorie besteht die Gesellschaft nur aus Kommunikationen, diese konstituieren damit die Struktur der Gesellschaft bzw. deren Teilsysteme, immer wieder neu durch Inklusion und Exklusion in diese Teilsysteme. Grundlegend für die Systemtheorie sind weiterhin die Paradigmen, dass Systeme einerseits autopoetisch geschlossen und andererseits vielfältig strukturell gekoppelt sind. Luhmann (1997) sieht moderne Gesellschaften durch gesellschaftliche Großsysteme als primär funktional differenziert in die Teilbereiche Politik, Recht, Erziehung Wissenschaft, Religion, Wirtschaft, Gesundheitswesen, Massenmedien u.a. Diese Systeme erfüllen für die Gesellschaft jeweils bestimmte Funktionen. Sie konstituieren sich autonom und exklusiv jeweils über eine spezifische gesellschaftliche Funktion. Im Zuge der Arbeitsteilung haben sich Teilsysteme gebildet, diese sind von der Umwelt relativ stark abgeschlossen und folgen eigenen Regeln, Sprachen und Strukturen (autopoetisch). Jedes der genannten Funktionssysteme unterliegt einem fortschreitenden Ausdifferenzierungsprozess und beansprucht für seinen Bereich eine Monopolstellung. Keines dieser Funktionssysteme kann die Funktion eines anderen übernehmen, d.h. sie sind davon abhängig, dass andere Bereiche ihre Funktionen erfüllen (siehe z.B. Luhmann 1997, Beushausen 2013). So tauscht z.B. die Wirtschaft Güter aus und ist darauf angewiesen, dass die Politik Gesetze erlässt und deren Durchsetzung kontrolliert. Die Selbstbezüglichkeit ist ein Merkmal der Funktionssysteme. Als selbstreferentielle Systeme reproduzieren die Funktionssysteme sich mittels einer spezifischen Leitdifferenz, eines binären Codes, z.B. die Wirtschaft mittels Zahlung/Nichtzahlung, Recht mittels Recht/Unrecht. Das Gesundheitssystem agiert mit dem Code gesund/krank<sup>12</sup>, während das

---

<sup>12</sup> Ist jemand gesund, so ist er nicht in das Medizinsystem inkludiert.

Funktionssystem Soziale Arbeit unterscheidet zwischen Hilfe/Nichthilfe bzw. Fall/Nichtfall, hilfebedürftig/nicht hilfebedürftig, Teilhabe/Nicht-Teilhabe (Beushausen 2013) oder Inklusion/Exklusion (Lambers 2010). Grundsätzlich stehen die einzelnen Funktionsbereiche in einem nicht-hierarchischen Verhältnis zueinander. Jedes System (vgl. Eugster 2000) tendiert jedoch dazu, die eigene Gesellschaftsbeschreibung zu generieren und zu überschätzen. In der Regel führt dies zu einer Ausbalancierung oder zu einer Dominanz eines Systems. So dominiert derzeit die Wirtschaft. Im Bereich des Gesundheits- und Sozialsystems dominiert das Medizinsystem, bzw. die mit ihr verbundenen Wissenschaften gegenüber den Sozialarbeitswissenschaften und deren Praxis.

Seitens der Systemtheorien ist m. E. das Problem der Differenzierung der Funktionssysteme noch nicht stimmig gelöst<sup>13</sup>. Es ist (in der Systemtheorie) umstritten, ob die Soziale Arbeit als ein eigenes Funktionssystem zu betrachten ist. Luhmann (1997) hielt es für denkbar, dass Soziale Arbeit eine Art „sekundäres Funktionssystem“ ausbildet. Letztlich sah er jedoch in der Sozialen Arbeit kein eigenständiges sekundäres Funktionssystem<sup>14</sup>, sondern Bemühungen auf der Ebene von Interaktionen und Organisationen (siehe auch Lambers 2010)<sup>15</sup>. Folgt man der Theorie von Luhmann, bleibt auch offen, wie die psychosoziale Beratung zu verorten wäre<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> Zum einen werden die aktuellen Entdifferenzierungsprozesse in der Postmoderne nicht ausreichend berücksichtigt. Es gibt beispielsweise vielfach keine eindeutige Trennung zwischen Arbeit und Freizeit, sondern viele Tendenzen zur Aufhebung dieser Trennung. Zum anderen ist evident: Soziale Systeme, bzw. die sozialen Umwelten, sind bei Störungen Krankheiten und Krisen immer mitbetroffen.

<sup>14</sup> Eugster (2000) sieht als Konsequenz der Spezifizierung eine Tendenz zur Immunisierung, in deren Folge sich Schwellen legitimer Indifferenz bilden. Hieraus gewinnen Systeme Spielräume und Autonomie mit einer nach Luhmann verstärkten Abhängigkeit und gleichzeitiger zunehmender Unabhängigkeit.

<sup>15</sup> Lambers (2010) sieht in der Sozialen Arbeit keine exklusive Zuständigkeit der Festlegung von Hilfebedürftigkeit und Hilfeanspruch, da dies im Rechtssystem geschieht. Soziale Arbeit kann damit, so Lambers, seine Hilfsprogramme nur als Zweckprogramme auf der Ebene von Organisationen bearbeiten. Da allerdings andere Soziale Systeme im Kontext der strukturellen Kopplung auf die Soziale Arbeit angewiesen sind, sei möglicherweise diese Codierungsproblematik mit der Kodierung Fall/Nicht-Fall lösbar.

<sup>16</sup> Rosa u.a. (2007, S.187) weisen in diesem Zusammenhang auf einen interessanten Aspekt hin. Die Spezialisierung der Funktionsbereiche gehe mit einer gewissen Betriebsblindheit einher, da funktional ausdifferenzierte, operativ geschlossene Systeme keinen direkten Umweltkontakt haben,

Mit z.B. Kleve (2007) halte ich es für nützlich, Soziale Arbeit als eigenständiges Funktionssystem zu betrachten, da es originäre Aufträge erfüllt, die von anderen Funktionssystemen nicht zu leisten sind. Somit wäre Beratung (zunächst) diesem Funktionssystem zugeordnet und die (Psycho)Therapie dem Gesundheitssystem. Diese Zuordnung spiegelt die übliche Unterscheidung wieder, nach der Soziale Arbeit (vgl. Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit e. V 2012<sup>17</sup>, Ortmann 2006) soziale Probleme bearbeitet und Psychotherapie psychologische Probleme. Allerdings ist diese Segmentierung wirklichkeitsfremd, da Menschen im Kontext des bio-psycho-sozialen Modells (und des ICF) immer ganzheitlich zu betrachten sind. Bereits die WHO Gesundheitsdefinition geht davon aus, dass nicht ein Organ krank ist, sondern ein Mensch in seiner Lebenswelt. Gesundheit wird laut der WHO als das umfassende Wohlbefinden in körperlicher und geistiger und sozialer Hinsicht definiert. Reduzierungen bringen es mit sich, dass komplexe Problemlagen nur ausschnitthaft reflektiert werden. Dies hat gravierende Folgen für Hilfe suchende Menschen. Hieraus lässt sich schließen, dass das „soziale“ notwendiger Bestandteil einer ganzheitlichen umfassenden Perspektive von Beratung und Therapie ist. Soziale Arbeit hat den Kernauftrag in der Person-Umwelt-Relation tätig zu werden, der Schwerpunkt liegt zwar auf dem Sozialen. Gleichwohl gilt es immer psychosomatischsozial zu denken und entsprechend zu intervenieren.

---

würden sich diese ein Bild von ihrer Umwelt machen, das strikt entlang der eigenen Prioritäten konstruiert sei. Dies führe zu Ungleichgewichten und Störungen im Verhältnis der Funktionssysteme.

<sup>17</sup> Der Deutsche Berufsverbandes für Soziale Arbeit e. V formuliert: „Auf die Frage wofür Fachkräfte der Sozialen Arbeit zuständig sind, kann die Antwort nur lauten: „... für das Soziale“. Das heißt, dort wo soziale Probleme entstehen, wo Menschen mit diesen konfrontiert sind, öffnet sich das Feld der Profession. Das Alleinstellungsmerkmal „Expertinnen und Experten des Sozialen“ ergibt sich aus der Definition des Sozialen, aus der beruflichen Sicht der Fachkräfte der Profession Soziale Arbeit und ihrem beruflichen Handeln im Alltag.“ (DBSH 2012, S.4)

## 6. Das biopsychosoziale Modell

Im Anschluss an diese systemtheoretischen Ausführungen soll kurz näher auf das erwähnte biopsychosoziale Modell eingegangen werden, da dieses die Grundlage für eine gemeinsame Betrachtung von Therapie und Beratung bildet.

Das der Gesundheitsdefinition zugrundeliegende biopsychosoziale Modell (siehe Pauls 2010) ist zwar einerseits weitgehend akzeptiert, andererseits führt das soziale als mitbehandelnde Ebene, ebenso wie die Soziale Arbeit als ihr potentieller Leitberuf, im Gesundheitswesen ein Nischendasein. Der Kontext der biopsychosozialen Ansätze macht deutlich, dass sich psychisches, somatisches und soziales nur begrifflich, aber nicht inhaltlich trennen lässt, diese Systeme sind vielmehr stetig vielfach miteinander gekoppelt. Zudem ist die arbeitsteilige Problembewältigung, die meist eine Selektion oder Aufspaltung in verschiedene Bereiche vorsieht, kritisch zu sehen. So ist für spirituelle Fragen schnell die Seelsorge zuständig, für körperliche Symptome der Arzt, für psychologische der Psychologe und für die sozialen Folgen der Sozialarbeiter. Auch Röh (2009, S. 193) konstatiert:

„In der Regel jedoch betreibt das Hilfesystem weiterhin die tayloristische Aufteilung der Hilfeangebote auf verschiedenste Professionen, Institutionen und schlimmstenfalls auch Leistungsträger. Das bio-psycho-soziale Modell hingegen fordert, diese zentrifugalen Kräfte wieder zusammenzuführen, indem es eben solche integrierten Handlungsmodelle anwendet.“

Für die Beschreibung dieser Prozesse existieren noch keine allgemein gültigen Begriffe. Dies trifft besonders auf den biologischen, körperlichen Bereich zu. Die Gesundheitsforschung spricht allgemein von einem biopsychosozialen Modell, gleichwohl werden auch andere Begriffe wie Somatik, Körper (z.B. Körperstrukturen im ICF), Soma oder Leib (Petzold 1999) verwandt. Ritscher (2013) spricht vom Subjekt als psychosomatisches soziales System. Für mich ist der Mensch in Anlehnung an Petzold ein

leibliches<sup>18</sup> Wesen, in dem körperliche und neuronale Prozesse mit psychischen und sozialen Prozessen verknüpft sind. Der Mensch kann verstanden werden als ein „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ in seinem sozialen und ökologischen Kontext und seinem biografischen Lebenskontinuum. Letztlich sind somit auch Begriffe wie Psychotherapie oder Sozialtherapie nicht schlüssig, da sie Zusammenhängendes reparieren. Sinnvoll sind sie nur, wenn hiermit Schwerpunkte dargestellt werden. Zu sprechen wäre immer von somato(leiblich)-psychosozialen Interventionen. Es gibt demnach keine einseitigen Ursache-Wirkung-Beziehungen zwischen diesen Systemen, sondern zirkuläre Verknüpfungen. Ein Einstieg in die Erklärung dieser Verknüpfungen in der Diagnostik oder in den Interventionen ist somit eine Interpunktion des Prozesses um keine objektive Benennung einer Ursache bzw. eines Anfangs (vgl. Ritscher 2013). Es ist also davon auszugehen, dass wenn eine gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Ebenen des Körpers der Psyche und der des Sozialen erfolgt, dies auch bei den Interventionen berücksichtigt werden muss. Insoweit ist hier auch eine Nachrangigkeit des Sozialen nicht haltbar. Werden Begriffe wie Psychotherapie, Beratung etc. genutzt, fließen standespolitische Interessen ein.

Folgt man diesen Argumenten wäre auch der Fokus in der Sozialen Arbeit nicht nur auf den Gegenstand der sozialen Probleme gerichtet, sondern Soziale Arbeit ist immer eine ganzheitliche Profession. Als weitere Folge ergibt sich hieraus die Notwendigkeit eines gemeinsamen Funktionssystems, das Therapie und Beratung einschließt. Eine akzeptierte Bezeichnung ist hierfür noch nicht vorhanden, auch der Begriff „leiblich-psycho-soziale Interventionen“ ist nur ein Hilfsbegriff.

---

<sup>18</sup> Der Leibbegriff umschließt die Dimensionen Körper, Seele, Geist, aber auch Sozialität und Ökologie, denn er ist Teil der Lebenswelt. Für die materielle Grundlage des Menschen verwendet Petzold den Begriff Körper. Alle seelischen Vorgänge, das Wahrnehmen, Empfinden, Nachdenken, in Kontakt treten, sind auch leibliche Vorgänge. Viele Gefühle sind bereits abstrahiert, sie sind von Erfahrungen geformt und verinnerlichte Abstraktionen von Empfindungen. Empfindungen sind konkret sinnlich (hell-dunkel, laut-leise). Somit sind das, was wir üblicherweise als Gefühle bezeichnen, leibliche Ereignisse.

## 7. Exkurs: Wirkfaktoren

Bevor aus dem bisher Ausgeführten weitere Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen werden, wird vorgeschlagen, eine weitere Perspektive einzubeziehen. Statt auf die Unterscheidungen zwischen Beratung und Therapie zu fokussieren, sollte geschaut werden, was in den Kommunikationen und Interventionen „wirkt“. Neben den spezifischen Wirkfaktoren, z.B. einer bestimmten therapeutischen Technik oder Intervention, die jeweils explizit für die Behandlung einer bestimmten Störung bedeutsam ist, wurden unspezifische Wirkfaktoren untersucht. Solche allgemeinen Wirkfaktoren wurden insbesondere von Grawe für die Psychotherapie vorgestellt, die m. E. auch allgemein für psychosoziale Interventionen bedeutsam sind.

Klaus Grawe (1994) benennt fünf therapeutische Wirkprinzipien:

1. Ressourcenaktivierung: Grawe verweist auf empirisch abgesicherte Befunde, nach denen man Patienten gut helfen kann, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anschließt. Wichtige Ressourcen sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten, dies schließt die neuen, während der Beratung entstehenden Beziehungen ein. Eine wichtige Rolle spielt, in welchem Ausmaß der Therapeut als einer der bedeutsamen Bezugspersonen als unterstützend, aufbauend und selbstwertstärkend erlebt wird. In der Praxis würde die Ressourcenperspektive in den wenigsten Therapieprozessen eingenommen, da Therapeuten nur selten die Gelegenheit wahrnehmen würden, „Patienten oder Familien oder Paare sich in seinen oder ihren positiven Seiten erleben zu lassen.“ (1994, S. 2)
2. Problemaktualisierung meint das Prinzip der realen Erfahrung. „Was verändert werden soll, muss real erlebt werden. Oder: „Reden ist Silber, real erfahren ist Gold“ (1994, S. 2). Dies geschieht im beraterisch/therapeutischen Prozess z.B. durch den Einbezug der Familienmitglieder, das Aufsuchen problematischer Situationen oder durch Rollenspiele, in denen die Probleme im Hier und Jetzt erlebt und bearbeitet werden.
3. Aktive Hilfe zur Problembewältigung meint, dass der Behandler den Patienten aktiv unterstützt, mit einem Problem besser fertig zu werden. Grawe fordert, die Hilfe darauf auszurichten, dem Patienten aktiv zu

helfen die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand des Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Beispiele sind ein Selbstsicherheitstraining, Entspannungsverfahren, Hypnose bei Schmerzzuständen, Kommunikations- und Problemlösungstraining bei Paaren, familientherapeutische Interventionen u. a. Hilfreich sei es, die Problematik des Patienten unter der Perspektive des Könnens versus Nichtkönnens zu betrachten. Der Behandler betrachtet den Zustand oder das Problem des Patienten als ein echtes Nicht-Anders-Können, ohne diesem Nichtkönnen irgendwelche anderen Bedeutungen zu unterstellen. Er bezeichnet dies als Bewältigungsperspektive.

4. Therapeutische Klärung: In der Klärungsperspektive geht es darum dem Patienten zu helfen, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Im Mittelpunkt steht der motivationale Aspekt.
5. Die therapeutische Beziehung, auf die im Weiteren näher eingegangen wird, wird immer wieder als ein übergreifender Faktor genannt.

In der Literatur werden weitere Wirkfaktoren genannt. Liechti (2008), Deloie (2011) und Pauls (2010) nennen folgende Faktoren:

- Professionelles Handeln, das Prozesshaftigkeit, Komplexität, Vernetztheit, begrenzte Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit und widersprüchliche Zielzustände berücksichtigt,
- ein multilateral angeschlossener Kommunikationsstil,
- die Fähigkeit subjektive Krankheitstheorien- und Störungstheorien des Klienten mit wissenschaftlichen Faktoren sowie Erklärungsmodelle mit einem Veränderungsfokus zu verbinden,
- die Bereitschaft, Verantwortung für die initiierten Prozesse zu übernehmen,
- die Fähigkeit, unter Spannungen kooperative Beziehungen zu stiften und aufrechtzuerhalten und
- ein gelungener Umgang mit gemischter Motivation, einer Fremd- und Eigenmotivation, die Reaktanz berücksichtigt.
- Das Angebot eines professionellen Settings, das kompetente Hilfe erwarten lässt,
- ein plausibles Erklärungsmodell des vorgebrachten Problems mit einer dazu konsistenten Behandlungsmethode,

- eine sichere Beziehung als zentraler Aspekt mit einer empathischen Resonanz, Authentizität, Echtheit und gegenseitiger Bestätigung,
- ein kooperierendes soziales Netzwerk und eine konsolidierte Lebenslage,
- eine angemessene Balance von alten und gegenwärtigen Themen, eine ausgewogene Verteilung von aktiver und passiver therapeutischer Haltung, also Kompetenzen einer aktiv-direktiver und aufnehmend rezeptiver therapeutischen Haltung, einem flexiblen Wechsel zwischen einem begegnungs-, einsichts- und zielorientierten Fokus.

Die Wirksamkeit der Intervention<sup>19</sup> sei insgesamt zu 40-50 % durch den Klienten, insbesondere seine Motivation und Offenheit und durch äußere Einflüsse bestimmt. Erwartungs- und Placeboeffekte würden sich mit 15 % auswirken (Pauls 2010). Wirksam werden somit eher allgemeine psychosoziale Faktoren, die nicht einer bestimmten Berufgruppe zuzuordnen sind.

---

<sup>19</sup> Liechti (2009, S. 153f) zitiert eine Untersuchung, nach der im Vergleich Professoren, Psychotherapeuten und andere verständnisvolle Therapeuten gleich erfolgreich sind.

## 8. Auswirkungen auf die Identität Sozialer Arbeit

In einem Zwischenfazit ist zunächst festzuhalten: Leider sind in Deutschland bei der Frage, welche Berufsgruppe welche Interventionen durchführt, aktuell noch Unterscheidungen leitend, die den jeweiligen berufsständischen Interessen folgen. Diese Unterscheidungen lassen sich z. B. daran ablesen, wer was bezahlt. Wird eine Leistung von der Krankenkasse bezahlt, ist es Behandlung und Therapie, zahlt ein anderer Träger, zum Beispiel im Rahmen einer Wiedereingliederungsmaßnahme, ist dies Betreuung oder Rehabilitation. Vorgeschlagen wird stattdessen, Unterscheidungen auf der inhaltlichen Ebene vorzunehmen und generell von psychosozialen Interventionen zu sprechen. So formuliert auch Belardi (2004, S. 328): „Faktisch ist die Grenzziehung zwischen Beratung und Psychotherapie vor allem eine standespolitisch-formale: wer die Erlaubnis zur Krankenbehandlung hat, therapiert. Wer das nicht darf, muss seine Hilfe als Beratung und Lebensorientierung definieren.“ Beratung und Therapie sind in der Praxis im Regelfall in ihren Handlungen nicht sinnvoll voneinander zu unterscheiden, hierzu sind die genannten Unterschiede zu unklar und widersprüchlich. Die Bezeichnung, ob es sich um eine Beratung, Betreuung oder (Psycho-) Therapie handelt, sagt wenig aus über die konkrete Tätigkeit, sondern ist vornehmlich eine Unterscheidung des Kontextes, hier insbesondere die der Interessen der beteiligten berufsständischen Professionen. In diesem Kontext sollten die berufsständischen Interessen in Anlehnung an Foucault als Machtverhältnisse verstanden werden, und zwar im Sinne von Kräfteverhältnissen. Diese institutionellen Ordnungen sind prinzipiell wandelbar, da sie eben von diesen instabilen gesellschaftlichen Machtverhältnissen abhängig sind.

Mit Pauls (2011, S. 131) ist aus fachlichen Gründen eine Entkampfung des Verhältnisses von sozialer Beratung bzw. sozialer Therapie und Psychotherapie zu fordern, wobei dieses ein schwieriges Unterfangen ist. Bei der Beschreibung der Tätigkeiten sollte keine entweder-oder-Haltung eingenommen werden, denn viele Handlungen sind ambivalent (sowohl-als-auch Haltung), sie sind oftmals zugleich Beratung, Betreuung, Begleitung oder Therapie. Meistens lassen sich konkrete Handlungen immer zugleich mehreren Kategorien zuordnen. Kleve (2003, 93f) spricht daher in seinem Konzept der postmodernen Sozialen Arbeit von Polyvalenz, da professionelle Handlungen schwer zu operationalisieren sind. Er führt aus: „Das, was wir als SozialarbeiterInnen tun, scheint so ambivalent zu sein, dass uns

eindeutige Klassifizierungen und homogene theoretische Konzepte zu fehlen scheinen, um unsere Praxis zu beschreiben, zu erklären und zu bewerten.“ Während sich so einerseits im mainstream die beschriebenen kritisierten Zuschreibungen immer noch im Alltagsverständnis wie im Fachdiskurs halten, mehren sich gleichzeitig die Stimmen, die wenige Unterschiede zwischen den Interventionsformen benennen. Großmaß (2004) weist beispielsweise darauf hin, dass jeweils vergleichbare Methoden angewandt werden, dass Psychotherapie und psychosoziale Beratung sich auf ähnliche Autoren (Freud, Rogers, Perls und andere) gründen. Sehr deutlich formuliert Simon auf einer Online-Plattform (2013):

„So, wie ich systemische Therapie und Beratung bzw. meine Rollen als systemischer Therapeut und Berater verstehe, gibt es keinen Unterschied zwischen Therapie und Beratung. In beiden Fällen biete ich eine Beziehung unter Erwachsenen an, und meine Klienten und ich kreieren gemeinsam das Beratungs- und Therapiesystem.“<sup>20</sup>

Aus einer systemischen Perspektive heraus, so lässt sich hier zusammenfassen, sind die individuellen und gesellschaftlichen Funktionssysteme miteinander strukturell gekoppelt. Hierbei handelt es sich um Konstruktionen. Die gegenseitige Bedeutung ist kontingent und sollte daher neu ausgehandelt werden. Ausgehend von einer strukturellen Kopplung der Systeme Leib, Psyche und Soziales sind Symptome und Problemlagen immer ganzheitlich zu betrachten, dies beinhaltet, dass die Begriffe Sozialtherapie, Psychotherapie oder Körpertherapie jeweils eine nicht sinnvolle Einschränkung beinhalten, da sie eine Separation vornehmen, die der praktischen Wirklichkeit nicht entspricht. Diese Einschätzung beinhaltet, Behandlung<sup>21</sup> und Therapie sind, auch wenn diese Handlungen anders bezeichnet werden, Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit. Besonders deutlich

---

<sup>20</sup> Simon (2013) antwortet auf die Frage, welche Anzeichen in einer Beratung zwischen Berater und Klienten auf eine Therapienotwendigkeit des Klienten hindeuten können: „Wenn der Leidensdruck des Sozialarbeiters im Umgang mit dem Klienten zu hoch wird, dann sollte er ihn zu jemanden schicken, der besser als er selbst bezahlt wird (nicht weil der das unbedingt besser machen würde oder er weniger Leidensdruck hätte, sondern weil er ein angemessenes Schmerzensgeld erhält).“

<sup>21</sup> Erforderlich sind verschiedene Zugänge einer „Behandlung“:

1. Ökologische/Kontextuelle Ursachen bedingen ökologische Maßnahmen
2. Somatische/biologische Ursachen bedingen somato- bzw. leibtherapeutische Maßnahmen
3. psychologische Ursachen benötigen psychotherapeutische und beraterische Maßnahmen
4. soziokulturelle Ursachen benötigen beratende und sozio- und netzwerktherapeutische Interventionen (Leitner 2010).

wird dies in der Suchtkrankenhilfe, in der Sozialarbeiter mit einer Zusatzausbildung, wie die Angehörigen anderer Berufsgruppen, ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Diese Tätigkeit wird allerdings dann, wenn sie von der Rentenversicherung vergütet wird, als Rehabilitationsmaßnahme bezeichnet. Werden dieselben Interventionen in einem anderen Kontext durchgeführt, z.B. von einem Psychotherapeuten, wird diese Behandlung als Psychotherapie gekennzeichnet. Ein weiterer großer Bereich der Behandlung durch Sozialarbeiter bezieht sich auf die Erziehungs- und Lebensberatungsstellen, in denen seit Jahrzehnten Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit den vielfältigsten Symptomen (kindliche Verhaltensstörungen, Depressionen, Ängste, Selbstverletzungen, Essstörungen...) betreut werden. Auch bei diesen Tätigkeiten handelt es sich um Behandlungen, denn auch hier werden dieselben Interventionen, wenn sie von anderen Berufsgruppen (z.B. in der Psychotherapie) durchgeführt werden, als Behandlung bezeichnet. Pauls (2004) kennzeichnet dieses Handeln daher folgerichtig als „psycho-soziale Behandlung“, während Deloie (2011) von „Sozialer Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit“ spricht. Die Soziale Psychotherapie hat (vgl. Deloie 2011) will einen zusätzlichen Anspruch erfüllen, denn sie fokussiert zusätzlich zu den psychischen Faktoren ausführlich den situativen und sozioökonomischen Kontext des Klientels. Bei ihrem oftmals schwer zu erreichendem Klientel (hard to reach) haben soziale Faktoren bei der Problemgenese (z.B. langjährige Arbeitslosigkeit) eine besondere Bedeutung. Gerade für dieses Klientel weisen Sozialarbeiter, wenn sie eine therapeutische Zusatzausbildung absolviert haben, mit ihrer Fokussierung auf soziale Probleme eine besondere Qualifikation auf.

Beratung wird (siehe Galuske 2011, Nestmann 2004) als „kleine Therapie“ für „minder schwere Fälle“ in der Sozialarbeit bezeichnet. Gahleitner und Pauls (2012, S. 367) ist zuzustimmen, wenn sie formulieren:

„Die „unkomplizierten Fälle“ werden von der Psychotherapie behandelt, die „komplexen Fälle“ landen in der Sozialen Arbeit. Dieses paradigmatisch herausgegriffene Praxisphänomen, das in der Begegnung zwischen ambulanter Psychotherapie und Sozialer Arbeit besonders deutlich zum Tragen kommt, steht diametral im Gegensatz zu zahlreichen Zuschreibungen.“

Die Soziale Arbeit steht in der Ambivalenz, dass ihr einerseits das schwierigste, oftmals schwer erreichbare Klientel anvertraut wird (vgl. Geißler-Piltz u.a. 2005), mit der keine andere Disziplin zurechtkommt, „ihr

aber andererseits die Mittel und Methoden vorenthalten werden, um auf bestmögliche Weise mit diesen Menschen zu arbeiten“ (a.a.O., 151).

Integrative Konzepte, wie zum Beispiel die Sozialtherapie (Gahleitner et.al. 2013) bieten umfassende Verfahren für die Unterstützung von hard to reach Klientel an. Für die Betreuung dieses Klientels besteht eine erhebliche Unterversorgung. Mit Gahleitner und Pauls (2012) ist zu konstatieren, dass Hilfebedürftige in bio-psycho-sozialen Notlagen Konzepte der Bewältigungsunterstützung bedürfen, mit denen sie Anschluss an die biografischen Erfahrungen und der lebensweltlichen Bedingungen finden. Die Autoren präzisieren (S. 367f):

„Seit der Einrichtung des Psychotherapeutengesetzes (1998) hat die aus dem Gesundheitswesen finanzierte Psychotherapie an diese Entwicklung mehr und mehr den Anschluss verloren. Die aufwändige gehende und netzwerkintensive Arbeit ist in den Kassenverträgen nicht vorgesehen und in der ambulanten Psychotherapiepraxis kaum zu leisten (vgl. Geißler-Piltz/Pauls/Zurhorst 2008). Folgt man empirischen Befunden, ist der Bedarf an genau diesem „doppelt fokussierten Angebot“ jedoch steigend und kann ohne eine hinreichende Förderung der individuellen Lebenslage und ihren psychosozialen Faktoren ebenso wenig beantwortet werden, wie durch eine zu enge Fokussierung auf psychophysische Aspekte (vgl. Pauls 2004). Psychosoziale Praxis muss daher in der Lage sein, beide Aspekte miteinander zu verknüpfen.“

Welche weiteren Schlussfolgerungen lassen sich somit für die Identität der Sozialen Arbeit ziehen? Hierzu sollen Thesen vorgestellt werden:

- Im Gesundheitsbereich, der immer noch stark vom biomedizinischen Modell dominiert wird, ist immer wieder auf die Notwendigkeit der Einbeziehung und der Umsetzung bio-psycho-sozialer Ebenen im kulturell ökologischen Kontext hinzuweisen. Die Weltgesundheitsorganisation, so Deloie (2011), fordert bereits seit Jahren, die soziale Dimension mehr in die Behandlung zu integrieren. Diese Forderung wurde vom Psychotherapeutengesetz nicht erfüllt und bis heute auf dem Hintergrund von machtpolitischen Interessen der Ärzte und Psychologen nicht umgesetzt. Während einerseits bereits seit langem, zumindest verbal, ein bio-psycho-soziales Konzept (siehe z.B. den ICF) zur Erklärung von Krankheiten und Störungen Bestandteil des Grundkonzeptes nicht nur der Sozialen Arbeit ist, führt andererseits das Soziale als mitbehandelnde Ebene, ebenso wie die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, nur ein Nischendasein (vgl. Pauls (2010). Die Sozialarbeit ist mit ihrem Anspruch, gleichberechtigt mit ihrem Paradigma neben dem medizinischen zu stehen, noch weit entfernt (vgl. Geißler-Piltz u.a. 2005). Es ist an der Zeit ein somato-psycho-sozio-

kulturelles Leitmodell offensiver zu vertreten<sup>22</sup>. Genutzt werden können hier Erkenntnisse der Integrativen Therapie, die sich als Humantherapie versteht, in der es z.B. im engeren Sinne keine psychosomatischen Erkrankungen gibt, sondern bei allen Erkrankungen körperliche, seelische, geistige sowie ökologische und ökonomische Einflüsse in den Zeitachsen der Vergangenheit, Gegenwart sowie der Zukunftserwartungen für eine Person immer mehr oder weniger Bedeutung haben (Leitner 2010, 110). Der Reduktionismus, die Zergliederung medizinisch biologischer, psychosomatischer, sozialer oder psychologischer Ebenen, muss überwunden werden. Wir wissen inzwischen: Auch soziale Erfahrungen wirken durch psychobiologische Prozesse auf unseren Leib. Damit wird ein primär biologisch geprägtes Verständnis von Krankheiten und Störungen in einem biopsychosozialen Kontext transformiert, das an Gesundheit und nicht zunächst an Krankheit orientiert ist (vgl. Pauls 2013). Eine Gegenüberstellung von sozialen und psychischen Interventionen ist nicht schlüssig, da diese nicht voneinander zu trennen sind. In diesem Sinne sollte Therapie immer auch Elemente der Sozialarbeit beinhalten und enthält Sozialarbeit immer therapeutische Elemente.

- Sozialarbeiter sind tätig als spezialisierte Generalisten (Kleve 2007). In diesem Kontext benötigt die Soziale Arbeit eine neue Identität, in der Behandlung und Therapie Bestandteil sind. Soziale Arbeit muss selbstbewusster auftreten, sie muss deutlich machen, welche Kompetenzen sie besitzt, um beispielsweise hard to reach Klientel ganzheitlich umfassend zu beraten und zu behandeln. Mit Wendt (2013) wird der Anspruch für die Klinische Sozialarbeit erhoben, um dort, wo es notwendig ist, therapeutisch tätig zu werden und sich damit der Definition von funktionaler Psychotherapie anzunähern. Wenn auch immer noch ein Schwerpunkt auf der sozialen Perspektive liegt, so ist zu fordern, dass sich auch die Psychotherapie dieser Perspektive annähert. Soziale Arbeit kann auch zur Versorgung der Patienten in ärztlichen Praxen entscheidend beitragen und sollte bei der Erarbeitung bedarfsgerechter Konzepte stärker einbezogen werden (siehe Beushausen u. Caby 2012).

---

<sup>22</sup> Insoweit müssen beispielhaft auch scheinbar körperliche Erkrankungen oder Verletzungen mehrperspektivisch betrachtet werden. Eine Verletzung während der Arbeit könnte in Verbindung stehen mit einer mangelnden Motivation, einer depressiven Erkrankung, sozialem Stress oder gefährlichen Arbeitsbedingungen.

- Sozialarbeiter sind oft zu unpolitisch und es fehlt oftmals Konfliktfähigkeit und –bereitschaft. Gegenüber den anderen Professionen besitzen viele Sozialarbeiter ein unzureichendes Selbstbewusstsein, häufig in Verbindung mit einer Selbstabwertung und einer Anpassung an vorgegebene oder nur vermutete Rollen (vgl. Beushausen 2014, Geißler-Piltz u.a. 2005). Mit Staub-Bernasconi (2007, 14) ist zu fordern, dass die Sozialarbeit auch im Wissen um die unübersehbaren Schwächen der Profession, mit „erhobenem Kopf statt mit einem Bückling“ den Herausforderungen der heutigen Zeit standhält.
- Die Soziale Arbeit ist gefordert, ihre Konzeptionen, Methoden und Zuständigkeiten klarer zu definieren. Sie hat besonders in Zeiten zunehmender Verarmung und Vereinigung und dem schlechenden Rückzug des Staates aus der sozialen und gesundheitlichen Versorgung der Bürger aktiv ihre Positionen zu benennen. Pauls (2010) verweist darauf, dass es die originäre Aufgabe der Sozialen Arbeit sei, mittels empirisch fundierter professioneller Methoden notwendige Veränderungen der psycho-sozialen Lebensweise und Lebenslage für das von uns betreute Klientel zu erarbeiten: Die Möglichkeiten für die entsprechende qualifizierte Ausbildung z.B. in Masterstudiengängen<sup>23</sup> sind zu schaffen. Auch durch eine bessere, angemessene Bezahlung<sup>24</sup> muss diese Profession aufgewertet werden.
- Gefordert ist ein Qualitätssprung in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Sozialarbeit ist die Disziplin, die Profession, die ganzheitlich orientiert ist und transversal, also quer, zu den klassischen Professionen tätig wird. Sie integriert jeweils Perspektiven der verschiedenen anderen Wissenschaften. Diese umfassende Perspektive ist immer dann nötig,

---

<sup>23</sup> Die Sozialarbeitswissenschaft hat mit den Masterstudiengängen eine Antwort auf Fragen nach der Wissenschaftlichkeit der Profession, z.B. mit Studiengängen der Klinischen Sozialen Arbeit und der Systemischen Sozialarbeit, gefunden. Dies ist ein weiterer Schritt zur Fachwissenschaft. Hierbei bilden Praxis, Wissenschaft, Forschung, Lehre und Ausbildung aufeinander bezogen die Profession Soziale Arbeit.

<sup>24</sup> Konfliktbereitschaft ist zudem notwendig, um die materielle Anerkennung zu erreichen, die sich in einer Einstufung nach TVÖD 11, bzw. 12 und für Master in die Gruppe 13 manifestieren würde. Um dies zu erreichen dürfen Sozialarbeiter nicht in verschiedenen Sozialarbeiter-Standesvertretungen und Berufsverbänden engagiert sein, die in der öffentlichen Wahrnehmung schwach sind. Diese sollten sich zusammenschließen, damit sie mehr Einfluss nehmen können.

wenn etwas sehr komplex wird und die Perspektiven anderer Wissenschaften z.B. der Medizin, der Psychologie oder des Rechts nicht ausreichen. Diese transversale Perspektive<sup>25</sup> ist noch näher zu begründen und auszuarbeiten. Gefordert wird daher eine Veränderung zweiter Ordnung, ein Qualitätssprung in der Kultur der interdisziplinären Zusammenarbeit. Solch ein Sprung benötigt jedoch gegenseitige Wertschätzung. Anzustreben sind Transdisziplinarität und respektvolle Zusammenarbeit und kein Schulenstreit, jedoch flexible klinische Orientierungen und differentielle Vorgehensweisen. Fokussiert werden sollte, was wirkt und im speziellen Fall „passt“. Dies wird im Regelfall ein Bündel von psychischen, leiblichen und sozialen Interventionen sein. Benötigt werden neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Professionen, die sich auch in neuen Begrifflichkeit abbilden müssen. Eine angemessene Begrifflichkeit, die die ambivalenten Tätigkeitsfelder beschreibt, fehlt und ist daher zu entwickeln. Offen ist, ob wir von Humantherapie (Petzold) bzw. Integrativer fokaler Kurzzeittherapie (IFK, Petzold 2012), Soziotherapie/Sozialtherapie (Sieper, u. Petzold 2011), Integrative Beratung (Gahleitner u. Reichel 2013), psychosozialer Arbeit (Ritscher 2013), Sozialtherapie (z.B. Ortmann und Röh (2013), Sozialtherapeutische Beratung (Pauls, Stockmann, Reichert 2013) Integrativer Therapie<sup>26</sup>, Sozialer Psychotherapie (Deloie 2011), therapy plus wie in den USA, Klinischer Sozialarbeit, psychosozialer Behandlung (Pauls) oder psycho-bio-sozialer Tätigkeit sprechen sollten. Gahleitner und Pauls (2012, S. 371) sehen die Klinische Sozialarbeit auf dem „Weg zu bio-psycho-sozialen Hilfen“. Wendt (2013) fordert für die Klinische Sozialarbeit eine berufsständische eigenständige Anerkennung psychosozialer Therapie als dritte Säule neben der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Konsequent wäre es, den Begriff der Humantherapie im Kontext der integrativen Therapie aufzunehmen (siehe hierzu Leitner, 2010).

<sup>26</sup> Ein breites Spektrum für Hilfeleistung und Förderung kann nach Gahleitner und Reichel (2013) in Bezugnahme auf Petzold mit der Integrativen Therapie und Beratung angeboten werden. Neben den klassischen Grundorientierungen der Psychotherapie und Beratung fließen hier sozialtherapeutische Überlegungen und Erkenntnisse beispielsweise aus der Neurobiologie ein.

<sup>27</sup> Notwendig ist, so Wendt, eine Fortsetzung der noch jungen eigenständigen Forschungsarbeit um bundesweit verbindliche anspruchsvolle Curricula für die Ausbildung zu entwickeln.

- Psychologisch-psychotherapeutische Behandlungskonzepte werden, so Gahleitner im Fachlexikon der sozialen Arbeit (2011, S. 906), den heute häufig anzutreffenden schweren psychosozialen Störungen von schwer erreichbaren Menschen in multiplen Problemsituation alleine nicht gerecht. Mit einem Psychotherapieansatz, der ausschließlich intrapsychische Prozesse fokussiert, ist vielen Klienten nicht zu helfen. Sie sind mit solchen Angeboten oft nicht einmal erreichbar (vergl. Gahleitner u. Pauls 2012). Das Psychotherapeutengesetz sei mit seiner Einführung 1998 als verordnungsfähige Kassenleistung zu stark auf das Individuum und störungszentrierte ärztliche und psychologische Therapie eingegrenzt worden. Hingegen sei die Klinische Sozialarbeit als professionelle Behandlungsform (vgl. Hahn und Gahleitner 2012, 3) bei Menschen mit schweren Störungen und Erkrankungen, welche durch reine Psychotherapie nicht mehr erreicht werden können, das eigentliche Mittel der Wahl. Die Praxis Sozialer Arbeit zeigt, dass es beachtliche Klientengruppen geben würde, die nicht oder gar nicht in der notwendigen Komplexität und Methodik sozio-psycho-therapeutisch behandelt werden würden, wenn dies nicht durch Sozialarbeiter geschehen würde (Pauls 2011). In diesem Sinn ist Klinische Sozialarbeit ein Spezialfall psychosozialer Behandlung<sup>28</sup>, ebenso wie eine stärker auf das Individuum und „dessen Störung“ bezogene Psychotherapie ein Spezialfall psychosozialer Behandlung ist. Psychotherapie wäre demnach eine hochspezialisierte Form einer professionellen Beratung.
- Ziel solcher integrativen Konzepte ist die Herstellung passgenauerer Handlungsfähigkeit im Kontext eines somatopsychosozialen Konzeptes unter Berücksichtigung theoretischer, methodischer praktischer und ethischer Dimensionen, in der ein besonderer Fokus auf der Lebensweltorientierung liegt. Daher ist auch notwendig, dass Sozialarbeiter solche Methoden und Werkzeuge erlernen und nutzen. Mit Wendt (2013) ist zu konstatieren: Würde die Soziale Arbeit die von manchen Kritikern geforderte therapeutische Abstinenz in der Sozialen Arbeit erhalten bzw. rückentwickeln, würde die Rufversion hilfreiche Chancen für ihre Klientel und ihrer Weiterentwicklung

---

<sup>28</sup> Bezug nehmend auf Crefeld sieht auch Pauls (2011, S. 124f) Psychotherapie als ein Spezialfall sozialer Beratung. Klinische Sozialarbeit könnte aus dieser Perspektive mit ihrer gelungenen „Interdependenz von Psychodynamik und Soziodynamik“ als Dach für soziale Beratung und Therapie dienen, auch wenn diese unter den gegebenen Bedingungen eine Utopie sei.

vergeben. Zur Erreichung dieser Ziele ist zu klären, wie die notwendigen Qualifikationen erworben werden und es sind die Berechtigungen zur Ausübung dieser Tätigkeiten zu regeln.

## Literatur

Adam-Lauer, G.: Psychotherapie. In: Kreft, Mielenz (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. S. 690-693. Weinheim und München, 6. überarbeitete Auflage 2008.

Bamler, V., Werner, J., Nestmann, F.: Psychosoziale Beratung: Entwicklungen und Perspektiven. In: der Resonanzen, E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Ausgabe 01/2013, S. 79-91. Zugriff am 8.01.2014. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>

Belardi, N. : Soziale Arbeit und Beratung. In: Chasse, K.A., von Wensierski, H.J (Hrsg.): Praxisfelder der Sozialen Arbeit - eine Einführung. Weinheim und München, 2004, S. 327-340.

Belardi, N. Akgün, L., Gregor, B., Pütz, T., Neef, R., & Sonnen, R. F. : Beratung - Eine sozialpädagogische Einführung. Weinheim und München. 6. überarbeitete Auflage 2011.

Belardi, N.: Beratung. In: Kreft u. Mielenz (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. S. 154 -157. Weinheim und München, 6. überarbeitete Auflage 2008.

Beushausen, J u. Caby, A...: Soziale Arbeit in der ärztlichen Praxis. In: „Theorie und Praxis der sozialen Arbeit“ (TUP) H.2, April 2012, 125 – 131.

Beushausen, J.: Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen 2013.

Beushausen, J.: Hard to reach Klientel - (Sozial)Therapie 2. Klasse? In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit (TuP) 1/2014.

Biermann-Ratjen, E. M.; Eckert, J.; Schwartz, H. J.: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 9. Auflage. Stuttgart 2003.

Brisinski von, I. S.: Therapie. In: Wirth, J. u. Kleve, H. ( Hrsg. ): Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg 2012, S. 418 - 422.

Chur, D.: Beratung und Kontext – Überlegungen zu einem handlungsanleitenden Modell. In: Nestmann, F. (Hrsg.). Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen, 1997.

Conen, M-L.: Therapeutisierung der Sozialarbeit? Oder: Zirkuläres Fragen ist zirkuläres Fragen. In: Kontext 37,2, 2006, S. 191 - 198.

Deloie, D.: Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – Theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen 2011.

DBSH, Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. v.: Heidelberger Erklärung vom 24.10.2012, siehe: [http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Heidelberger\\_24.10.2012Druckfreigabe3.pdf](http://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/Heidelberger_24.10.2012Druckfreigabe3.pdf).

Eugster, R: Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern 2000.

Gahleitner, S.: Therapie. Beitrag im Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. aktual. Auflage 2011, S. 906.

Gahleitner, S. u. Pauls, H.: Soziale Arbeit und Psychotherapie - zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In: Thole, W.: Grundriss soziale Arbeit, Wiesbaden 2012, S. 367 - 374.

Gahleitner, S. u. Reichel, R.: Integrative Orientierung. In: Pauls, H., Stockmann, P., Reicherts, M (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg 2013, S. 156 – 173.

Galuske, M.: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 9., ergänzte Auflage, Weinheim und München 2011.

Geißler-Piltz, B. (2004a): Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit - eine Historie mit vielen Brüchen. [http://www.hs-coburg.de/uploads/media/Entwicklung\\_Klinische\\_SA\\_GPiltz\\_04.pdf](http://www.hs-coburg.de/uploads/media/Entwicklung_Klinische_SA_GPiltz_04.pdf).

Geißler-Piltz, B. (2004b): Im Brennpunkt lief der Alltag der erkrankten Menschen. In: Sozial Extra 1/2004, [www. hs-coburg.de/uploads/media/Klinische\\_Sozialarbeit\\_Geissler-Piltz\\_01.pdf](http://www.hs-coburg.de/uploads/media/Klinische_Sozialarbeit_Geissler-Piltz_01.pdf).

Gutsche, H.: Abgrenzung und Gemeinsamkeiten von Psychologischer Beratung vs. Psychotherapie. In: Paracelsus Magazin. Erster Beitrag, Heft 01/1999

Grawe, K. / Donati, R. / Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Vierte Auflage, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1995.

Großmaß, R. Psychotherapie und Beratung. In: Nestmann, S., Engel, S. Siekendiek, U. (Hrsg.): das Handbuch der Beratung Bd. 1 Disziplinen und Zugänge Tübingen 2004, S. 89 - 102.

Hahn, G. u. Gahleitner, S. Editorial. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 8.Jg, Heft 4, Oktober 2012 . Siehe: [http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA\\_2012\\_8-4\\_2408.pdf](http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2012_8-4_2408.pdf), aufgerufen am 3.1.2014.

Hasselmann, S. Beratung. In: Wirth, J. u. Kleve, H. (Hrsg.): Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie. Heidelberg 2012, S. 52- 57.

Kleve, H.: Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms. Freiburg 2003.

Kleve, H.: Ambivalenz, System und Erfolg. Provokationen postmoderner Sozialarbeit. Heidelberg 2007.

Lambers, H.: System theoretische Grundlagen Sozialer Arbeit. Opladen & Farmington Hills 2010.

Liechti, J.: Dann komm ich halt, Sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg 2009.

Luhmann, N.: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main 1997.

Lieb, K.: Psychiatrie und Psychotherapie. In: Brunnhuber, S., Frauenknecht, S. ,Lieb, K. (Hrsg.): Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 5. Auflage. München und Jena 2005.

Maercker, A., Forstmeier (Hrsg.): Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung. Berlin Heidelberg 2013.

Neumann-Mehring, S. (Hrsg.): Sozialarbeit und Therapie, Neuwied, Reihe: Neue Praxis - Sonderheft, Band 4 1978.

Neumann-Mehring, S. und Peter, H. : Von der Psychologisierung des Alltags zur „therapeutischen“ Sozialarbeit? In: Neue Praxis, kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Sonderheft 1978, , S. 151 - 157.

Nestmann, S., Engel, S. Siekendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung Bd. 1, Disziplinen und Zugänge Tübingen 2004.

Nestmann, F: Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. In: Beratung Aktuell, Fachzeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung. Paderborn, 2-2008.

Ningel, R.: Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Stuttgart 2011.

Otto, H.-U. & Schreiber, R.: Gegen verkürzte Perspektiven – Anmerkungen zu einigen scheinbaren und tatsächlichen Widersprüchen zwischen Sozialarbeit und Therapie. In: Neumann-Mehring, S. (Hrsg.), Sozialarbeit und Therapie, (S. 2-6). Reihe: Neue Praxis - Sonderheft, Band 4 1978.

Ortmann, K-H.: Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 2/2006, S. 23.

Pauls, H.: “Hard –to reach“ - Gedanken zur Aporie des Alleingang. In: Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Hrsg. Labonte-Roset, C. Hoefert, H-W., Cornel, H. Berlin, Milow, Strassburg 2010.

Pauls, H.: Klinische Sozialarbeit. Und lagen und Methoden psycho- sozialer Behandlung. Weinheim und München 2004, 2. überarbeitete Auflage 2011.

Pauls, P. u. Stockmann, P.: Sozialtherapeutische Beratung - eine Begriffsbestimmung. In: Pauls, H., Stockmann, P., Reicherts, M. (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg, 2013, S. 11 - 20.

Petzold, H.: Psychotherapie, ein integrativer Ansatz oder weiterhin Schulen gebundene Ideologie?- Probleme, Hintergründe, Argumente. In Petzold, H. u. Orth, I. (Hg): Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn 1999, S. 87 - 124.

Reichel, R.: Psychotherapie und Beratung - Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Unterlagen zum Universitätslehrgang „Psychosoziale Beratung“. siehe: [http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt\\_medizin/psymed/artikel/berpsych.pdf](http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/psymed/artikel/berpsych.pdf) (Datum des Zugriffs: 30.03.2013)

Reichert, M. (Hrsg.): Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil. Freiburg, 2013, S. 156 – 172.

Ritscher, W.: Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. Heidelberg, 3. Aufl. 2013.

Röh, D.: Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe. München 2009.

Röh, D.: Sozialtherapie. Einordnungsversuch im Rahmen der Profession und der Disziplin Sozialer Arbeit. Vortrag auf der ECCSW- Tagung: soziale Gesundheit stärken: 24./25. September 2010, eingestellt: www. Khsb-berlin.de/fileadmin/user\_upload/ISG/Dieter\_Roeh.pdf.

Rosa, H, Strecker, D., Kottmann, A.: Soziologische Theorien. Konstanz 2007.

Schäfter, C.; Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden 2010.

Schiersmann, S. u. Thiel, H-U.: Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen - eine Theorie jenseits von „Schulen“ und „Formaten“. In: Schiersmann, S. u. Thiel, H-U (Hg): Beratung als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen 2012, S. 14 – 78.

Simon, F.: Kurzinterview in Sozialarbeit.ch Plattform für soziale Arbeit & soziologische Systemtheorie. [Http://www.sozialarbeit.ch/kurzinterview/fritz\\_simon.htm](http://www.sozialarbeit.ch/kurzinterview/fritz_simon.htm), Aufruf am 15. 08 2013.

Simon, F. B.: Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Frankfurt am Main 1995.

Simon, F. B.: Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapiemethode. Heidelberg 2012.

Volger, I.; Kernaufgaben und Identität tiefenpsychologischer Beratung. In: Schnoor, H. (Hg): psychodynamische Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern. Gießen 2013.

Wendt, T.: Psychotherapeutische Interventionsmethoden und Konzepte in der Sozialen Arbeit. Semiprofessioneller Pragmatismus oder multimodale Chance? In: Schriften zur psycho- sozialen Gesundheit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg 2013.

Widulle, W.: Gesprächsführung in der sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2., durchgesehene Auflage, Wiesbaden 2012.

Zwicker, Pelzer, R.: Beratung in der sozialen Arbeit Bad Heilbrunn 2010.

**Verfasser:**

Dr. rer. pol. Jürgen Beushausen, geb. 1955, Studium der Sozialarbeit und der Erziehungswissenschaft, Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Emden, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Zusatzausbildungen in Familientherapie, Psychodrama, Integrativer Gestalttherapie und Traumatherapie. Langjährige Tätigkeit als Supervisor, als Lehrtherapeut und in der Suchtkrankenhilfe, juergen.beushausen@hs-emden-leer.de

Homepage: [www.ewetel.net/~juergen.beushausen/](http://www.ewetel.net/~juergen.beushausen/)

