

Systemische Beratung und Therapie in der Hospizarbeit und Palliativversorgung

»Kann Systemische Beratung und Therapie mit Schwerstkranken und Sterbenden hilfreich sein?« Zur Konkretisierung dieser Frage wird im Folgenden zunächst auf die Rahmenbedingungen im Bereich Hospizarbeit und Palliativversorgung eingegangen, Anforderungen an die »Care-Givers« werden benannt, um im zweiten Abschnitt diese Anforderungen mit dem systemtherapeutischen Denken und Handeln abzugleichen. Ein Praxisbeispiel soll das Gesagte schließlich verdeutlichen.

Hospiz- und Palliativversorgung

Die Hospizbewegung und Palliativversorgung in Deutschland entstanden zeitverzögert im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in den 1980er Jahren. Sie gingen aus einer Bewegung von Bürgerinnen und Bürgern hervor, die das Sterben in der Gesellschaft nicht an den Rand gedrängt wissen wollten.

Die Hospizarbeit und die Palliativversorgung sind eng miteinander verbunden und strukturell im Versorgungssystem verankert. Die Palliativversorgung entwickelte sich vornehmlich innerhalb des Gesundheitssystems (Melching, 2017, S. 13). Einer der wichtigsten Gründe für die breite Entwicklung palliativer Konzepte war, dass Sterben und Tod sowie Leidensminderung am Lebensende in der modernen Medizin lange ausgeklammert wurden.

Heute wird Palliativversorgung meist durch hauptamtlich im Gesundheitssystem Beschäftigte erbracht (S. 13). Die Hospizarbeit dagegen ist vor allem durch das ehrenamtliche Engagement gekennzeichnet. Die Palliativversorgung ist heute ein fester Bestandteil bei der Sorge um schwerkranke Menschen in Deutschland.

Die Arbeitsfelder für systemische Berater und Therapeutinnen im hospizlich-palliativen Bereich bilden vier Kernbereiche, die sich zwischen den allgemeinen und den spezialisierten (für Schwerkranke mit erhöhtem Versorgungsbedarf: geschätzter Bedarf ca. 10 % aller Sterbenden) Versorgungsformen unterteilen lassen:



- Allgemeine Krankenhäuser (allgemeine Versorgungsform: stationär);
- Palliativstationen, das sind spezialisierte Abteilungen in Krankenhäusern und stationäre Hospize (spezialisiert auf Sterbende);
- Allgemeine Palliativversorgung (AAPV), dazu zählen Pflegedienste und Pflegeheime, Hausärzte, Ambulante Hospizdienste, weitere Netzwerkpartner;
- Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung oder ähnliche Palliativteams (SAPV: 24-h-Verfügbarkeit, immer multiprofessionell).

Die Versorgung schwerstkranker Kinder und Jugendlicher ist analog ausgerichtet. Kinderhospize sind im Gegensatz zu Erwachsenenhospizen familiären hospizlich-palliativmedizinischen Kurzzeitpflegen gleichzusetzen. Sie berücksichtigen bereits den Ansatz, An- und Zugehörigen einen festen Platz einzuräumen.

In der Palliativversorgung bestreiten An- und Zugehörige den Großteil der Patientenversorgung selbst und sind zu gleicher Zeit Betroffene wie Care-Givers (Brandstätter, 2014, S. 68). Da die Bezeichnung Angehörige sich auf den engeren Verwandtenkreis bezieht, erweitert der Begriff Zugehörige oder Nahestehende den Kreis der Bezugspersonen, die für Schwerkranken und sterbende Menschen äußerst wichtig sind (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2019, S. 7).

Patienten und die An- und Zugehörigen stehen im Mittelpunkt von Palliative Care, die schon per Definition einen biopsychosoziospirituellen Ansatz verfolgt. Dieser sieht medizinische, psychologische, sozialarbeiterische und seelsorgerische Arbeit explizit im Zusammenspiel: »Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und *ihren Familien*, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen, auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene« (Gramm u. Münch, 2017, S. 33; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2002).

Die körperlichen Symptome, verbunden mit Kompetenzverlusten, und notwendigen Behandlungen der Patientinnen und Patienten sind das Aufgabenfeld eines multiprofessionellen Teams. Symptom- und Schmerzlinderung, körperliche Pflege sowie spirituelle und psychosoziale Versorgung sollen dabei in einem engen Zusammenhang stehen. Ist die verbleibende Lebenszeit kurz oder der somatische, also der körperliche Bedarf sehr hoch, kann es häufig geschehen, dass der Fokus allein auf die körperliche Dimension der Patientinnen und Patienten gerichtet wird.

Die psychosozialen Bedürfnisse werden generell oft nicht als solche beachtet und häufig rein medikamentös behandelt. Angst z. B. wird häufig nicht als verständliche Reaktion gesehen, sondern als möglicherweise störendes Symptom.



Medikamente werden hier häufig als schneller wirksam sowie ökonomischer als psychosoziale Hilfsangebote angesehen. Der somatische Blick steht oft im Vordergrund.

Palliativpatienten ist es wichtig, der Familie keine Belastung zu sein. Dieser Wunsch wird von den Ärzten oft nicht wahrgenommen (Wasner, 2019, S. 53). An- bzw. Zugehörige sind aber in der Versorgung Schwerkranker ein wesentlicher Bestandteil und die meisten ambulanten Versorgungsformen sind ohne deren Unterstützung nicht leistbar.

Laut der AG »Psychosoziale und Spirituelle Versorgung« der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Müller, Münch, Kuhn-Flammensfeld, Kiepke-Ziemes u. Gramm, 2019, S. 2 f.) bedeutet psychosozial:

»Der Mensch ist ein soziales Wesen.

Die psychosoziale Dimension betrachtet das Individuum im Kontext der ihn/ sie umgebenden Umwelt. Psychologische, soziale bzw. kulturelle Faktoren stehen in enger Wechselwirkung. Zusammen beeinflussen sie intrapersonell das physische und mentale Befinden der Individuen und ihre Weise zu denken, zu fühlen, zu handeln. Dabei ist die Beeinflussung von Individuum und Umwelt als interpersonelle wechselseitige Interaktion anzusehen.

Jedes innere Erleben ist eine Wirklichkeitskonstruktion. Insofern treffen bei jeder interpersonellen Interaktion unterschiedliche Perspektiven aufeinander. Die psychosoziale Dimension einzubeziehen impliziert grundsätzlich, die Unterschiedlichkeit individueller Wirklichkeitskonstruktionen zu respektieren.«

Diese überaus systemische Definition sollte Grundlage der multiprofessionellen Palliativangebote sein.

Das Sterben eines jeden Menschen ist von Unsicherheiten und Ängsten begleitet. Schwere Krankheit, Tod und Trauer stellen Familien und Zugehörige vor schwerste, existenzielle Herausforderungen. Auch wenn der vorrangige Blick auf die Erkrankten (manchmal gar auf die Erkrankung) gerichtet zu sein scheint, ist es unverzichtbar, Patientinnen/Patienten und die Zugehörigen in ihrem individuellen Kontext, mit all ihren vorhandenen Ressourcen darin zu unterstützen, die für sie passenden Lösungen zu finden. Die Patientinnen/Patienten sollten dabei unterstützt werden, autonome Entscheidungen zu finden.

Den unterschiedlichen Wünschen und Vorstellungen der Beteiligten, sowie den Bedarfen der behandelnden Teams adäquat begegnen zu können, erfordert eine systemische Grundhaltung aller Beteiligten.

Systemische Beratung und Therapie im Arbeitsfeld von Sterben, Tod und Trauer

Gerade wenn schon körperlich mit vielen Einschränkungen gelebt werden muss und täglich ein weiterer Verlust von Fähigkeiten und damit verbundener Abhängigkeit zu erwarten ist, ist Selbstwirksamkeit für Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung. Selbstwirksamkeit in diesem Zusammenhang ist die Fähigkeit, diese existenzielle Krise bewältigen zu können. Sie verhilft Patientinnen und Patienten, eigene Vorstellungen oder Entscheidungen umzusetzen. Bei der Bewältigung von Ängsten spielt sie eine Schlüsselrolle. Menschen sind Experten für die Lösung, die sie selbst betreffen. Patientinnen und Patienten werden oft nur als Empfänger von Behandlung gesehen und damit wird ihr eigener Spielraum reduziert sowie Verantwortlichkeit und selbstbestimmtes, aktives Handeln verhindert.

Sterben und Tod sind eng verbunden mit starken Emotionen – für alle Beteiligten und natürlich auch für Therapeutinnen und Therapeuten selbst. Daher ist eine Auseinandersetzung mit Fragen nach der eigenen Endlichkeit Voraussetzung für das Arbeiten mit bald Sterbenden. Habe ich Angst vor dem Thema Tod? Wie stehe ich Sterbewünschen gegenüber? Welche Vorstellungen verbinde ich mit dem Sterbeprozess? Vermeide ich es, das Thema Tod und Sterben anzusprechen? Welche Wünsche und Ängste habe ich selbst in Bezug auf mein Lebensende?

Helfende können nur verantwortungsvoll handeln, wenn sie nicht selbst durch unverarbeitete Ängste und Vorannahmen belastet sind und mit sich selbst verantwortlich umgehen. Sie sollten sich Fragen stellen wie: »Wie gehe ich mit meinen Gefühlen um? Wie viel Tod halte ich aus? Wie ver- und bearbeite ich das Leid und Sterben meiner Klientinnen und Klienten für mich? Wie trauere ich und eventuell mein Team?«

Trauer und Verlustängste, existenzielle Sorgen und Sinnfragen prägen das Arbeitsfeld in der Hospiz- und Palliativversorgung. Systemische Therapeutinnen sehen sich z. B. mit solchen Fragen konfrontiert: »Warum habe ich diese Krankheit? Wie lange kann ich noch leben? Was wird aus meinen Liebsten? Wie gehe ich mit der Diagnose um? Wie kann ich die Zeit nutzen? Was wird nach dem Tod sein? Habe ich mein Leben richtig genutzt?«

Die systemische Beratung und Therapie orientiert sich an dem jeweiligen Patienten mit seinem Zugehörigen im sozialen Kontext. Die Erkrankung eines Menschen, die lebensverkürzend, lebensbedrohend oder lebensbegleitend ist, gefährdet die seelische Kohäsion der nahen Zugehörigen. Dies betrifft Lebenspartner/-innen erkrankter Erwachsener sowie Eltern und Geschwister; bei



chronisch kranken Kindern trifft dies in besonderem Maße zu (Altmeyer u. Kröger, 2003, S. 21).

Zu den Zugehörigen zählen auch entferntere Verwandte, Freunde und Bekannte oder auch Nachbarn. Hoffnung und Verzweiflung sowohl aufseiten der Sterbenden als auch aufseiten der An- und Zugehörigen müssen angesprochen werden. Trotz oder auch wegen allen guten Willens und allen Bemühens treten Konflikte und Missverständnisse zwischen den Schwerstkranken und ihren Zugehörigen und auch zwischen den Zugehörigen selbst auf, die eine optimale Betreuung verhindern können.

Achtung und Respekt den anderen gegenüber prägen die beraterisch-therapeutische Beziehung. Das findet u. a. Ausdruck in der Anerkennung und Würdigung des bisherigen Lebensweges und der aktuellen Bemühungen (Kiepke-Ziemes, Waldhausen u. Rotthaus, 2013, S. 14). Am Lebensende ist eine häufig gestellte Frage, ob das gelebte Leben Sinn (gehabt) habe. Hier ist es weniger weiterführend, mit Klientinnen und Klienten den möglichen Sinn der Erkrankung zu ergründen, sondern eher, den Sinn im Gelebten zu finden und zu konstruieren, Gelungenes wie Herausforderungen zu würdigen und die Kompetenzen, Erfolge und Geschaffenes zu fokussieren. Dabei können auch »Irrwege« und »Umwege« neu bewertet werden.

Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden und ihrer Zugehörigen erfordert die Fähigkeit eines Umgangs mit Ambivalenzen und inneren Konflikten aller Beteiligten. Verhaltensweisen eines Einzelnen sind immer durch die Verhaltensweisen anderer mitbedingt und sie bedingen wiederum das Verhalten dieser anderen. Unter diesem Aspekt hat jedes Verhalten einen Sinn, ist subjektiv passend und angemessen, selbst wenn es im Einzelfall aus moralischer Sicht abgelehnt werden muss (z. B. gewalttätige Übergriffe von belasteten pflegenden Angehörigen).

Im Folgenden werden einige Methoden dargestellt, die hier hilfreich sein können. Wesentlich und unabdingbar ist für systemische Therapeutinnen die konsequente Orientierung am Anliegen des Patienten. Im Kontext von Sterben, Tod und Trauer scheinen Anliegen wie: »Ich möchte nicht sterben! Ich möchte diese schmerzende Trauer nicht!« auf der Hand zu liegen. Daher wird es oft versäumt, erreichbare Ziele und tatsächliche Aufträge zu klären. Therapeutinnen und Therapeuten können in der Arbeit mit den Klientinnen und Klienten zu Klärungen an der Ratlosigkeit und Diffusität, die diese besondere Lebenssituation oft mit sich bringt, arbeiten, wenn eine genaue Auftragsklärung durchgeführt wird. Wie bei Patientinnen und Patienten muss auch mit den An- und Zugehörigen Anlass, Anliegen, Ziel und Auftrag erörtern werden (Rotthaus, 2017, S. 158). Fragen, wie »Was ist für Sie derzeit das Wichtigste? Welches Anliegen steht im Vordergrund?«,



werden von den Befragten oft in Bezug zur Erkrankung beantwortet. Vertiefende und genauere Fragen in Richtung Auftrag der Zugehörigen bilden eine gute Grundlage, auch am persönlichen Anliegen des Zugehörigen zu arbeiten, z. B. so: »Ihre große Sorge um Ihren Mann ist sehr verständlich. Gibt es darüber hinaus etwas, was Sie gerne klären möchten oder an dem Sie arbeiten möchten?«

Im Familiengespräch können Therapeutinnen und Therapeuten zum Überdenken der Anliegen aller Beteiligten anregen. Zirkuläre Fragen erweisen sich hier als besonders wertvoll. In der Regel werden neue Perspektiven eröffnet, die zu größerem Verständnis untereinander beitragen, da die guten Gründe, die guten Absichten und Motive der einzelnen Beteiligten fokussiert werden. Ein Beispiel: Bei Gesprächen über unterschiedliche Versorgungswünsche der Angehörigen für einen schwerkranken Patienten kommt es oft zu Auseinandersetzungen (Hospiz, Heim oder Zuhause). Gelingt es z. B. anhand zirkulärer Fragen, herauszuarbeiten, dass jeder Beteiligte auf der Suche nach der bestmöglichen Versorgungsform ist, entsteht in der Regel eine andere Beziehung unter den Beteiligten. Dies lässt eine größere Kompromissbereitschaft im Sinne der Patientinnen und Patienten zu. Oft gelingt danach auch ein guter Austausch über verschiedene Versorgungsmöglichkeiten.

Nicht geklärte unterschiedliche Haltungen im Versorgungsteam führen in der Regel zu unterschiedlichen Ausführungen in der Kommunikation mit der Familie, z. B. bei der Frage: »Wie lange schaffen wir das noch zu Hause?« Bei einer Rückkopplung von verunsicherten Familienmitgliedern und kontroversen Vorstellungen innerhalb des Versorgungsteams kann sich die ohnehin krisenhafte Situation verschärfen. Aber auch eine Sprachlosigkeit über scheinbar tabuisierte Fragen kann zu kritischen Ereignissen führen.

Settings, wie reflektierende, lösungsorientierte Gespräche, Coachings, kollegiale Beratung und supervisorische Begleitung vonseiten systemischer Therapeutinnen und Therapeuten machen eine oft unübersichtlich erscheinende, krisenhafte Situation in einem Handlungsfeld mit vielen ehrenamtlichen und professionellen Helfern sichtbar und handhabbarer. Zum einen sind auch hier zirkuläre Fragen sehr hilfreich, um die unterschiedlichen Perspektiven im Team sichtbar werden zu lassen. Daneben ist die Helfer/-innen-Netzwerkkarte, eingeflochten in die Genogrammarbeit, ein mittlerweile bewährtes und von den Sektionen Soziale Arbeit und Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin empfohlenes Instrument (2013, Stichwort: Patientenumfeld).

Menschliche Handlungen sind vielfältig motiviert. Die Vielfältigkeit motivationaler Impulse aber zu thematisieren und deutlich werden zu lassen, eröffnet mehr Verständnismöglichkeiten im System. Dies erleichtert Kooperation auch unter äußerst belastenden Bedingungen (Kiepke-Ziemes et al., 2013, S. 13). Ziel



von Therapieprozessen kann es sein, die im Menschen angelegte Komplexität wiederherzustellen. Persönlichkeitsanteile zu fokussieren und genau zu identifizieren. Das bildet eine gute Grundlage für diese intrapersonelle Auseinandersetzung. Gespräche darüber können Distanz und Kontrollüberzeugung (er) schaffen. Anteile im bildlichen Sinne eines inneren Parlamentes der Seele zu betrachten, ermöglicht auch die Übernahme dieses Parlamentes für sich selbst (Rotthaus, 2017, S. 200–204).

Im Kontakt mit Patientinnen/Patienten, den Zugehörigen und dem multiprofessionellen Team ist es für Therapeutinnen/Therapeuten wesentlich, die unterschiedlichen Motive allparteilich zu vertreten, zu thematisieren und gleichzeitig keine vorgegebene Idee vor- oder mitzubringen. Krankheit und Sterben, aber auch Genesung wird oft in Abhängigkeit von der medizinischen Therapieempfehlung betrachtet. Bestimmte Behandlungswege – wie Therapieverzicht (oder Nahrungsverzicht) – sind begleitet von Schuldfragen und (Todes-)Ängsten. Die Haltung der Allparteilichkeit ist unabdingbare Voraussetzung für eine unterstützende Beratung. Dies gilt in Bezug auf die unterschiedlichen Beteiligten sowie auch die unterschiedlichen Therapiewege und eventuelle Sterbewünsche.

Systemische Therapeutinnen und Therapeuten sind wichtiger Bestandteil von Hospizarbeit und Palliativversorgung. Der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio (2014, S. 7) fordert, dass Palliativ-Sozialarbeiter/-innen aufgrund des systemischen Ansatzes in jedes Palliativteam gehören: »Sie (wieder-) entdecken verborgene Kräfte und Ressourcen im Familiensystem und Sozialgefüge der Patientinnen und Patienten. Sie leisten einen zentralen Beitrag zu der Koordinierung der Betreuung, um Zugehörigen wieder ihre Aufgabe als soziale Stütze des Kranken zurückzugeben.« Systemische Therapeutinnen/Therapeuten beziehen das ganze System mit ein. Das ist unabdingbar für eine Versorgung, die multiprofessionelle Teams und unterschiedliche Versorgungsstrukturen benötigt. Die systemtherapeutischen Kernkompetenzen beinhalten auch störungsspezifische Kenntnisse. In einem medizinisch geprägten Arbeitsfeld ist es wesentlich, z. B. Angst und Angststörung zu unterscheiden und besprechbar zu machen. Systemische Therapeuten führen in einem stark emotional belastenden Feld therapeutisch wirksame Gespräche auf allen Systemebenen. Durch ihre Kompetenzen bezüglich Diagnostik und störungsspezifischen Wissens können sie z. B. Trauer von Depressionen, Angststörungen und psychischen Ausnahmezuständen oder posttraumatische Belastungsstörungen von anhaltenden Trauerstörungen differenzieren und damit nicht nur hilfreich agieren, sondern auch sensibilisieren. Wenn Medikamente leicht verfügbar, aber allein nicht hilfreich zur Verlustbewältigung sind (Münch, 2017, S. 36), bedarf es schnell erreichbarer, professioneller und qualifizierter Unterstützung. Genau hier sind systemische



Therapeuten gefragt. In der Nachsorge und der Trauerversorgung haben systemische Konzepte ebenfalls ihren festen Platz.

Die anfangs gestellte Frage: »Kann Systemische Beratung und Therapie mit Schwerstkranken und Sterbenden hilfreich sein?« möchte ich deshalb umformulieren in: »Ist die Arbeit mit Schwerstkranken und Sterbenden ohne systemische Konzepte optimal zu leisten?«

Fallbeispiel

Die 69-jährige Frau D. (alle Namen von Betroffenen geändert) ist seit 2016 in operativer und chemotherapeutischer Behandlung aufgrund einer Tumorerkrankung im Darm.

Anfang 2019 kam es zu neuem Tumorwachstum. Die erneute Chemotherapie führte zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, sodass der behandelnde Hausarzt sie mit dem Ziel auf die Palliativstation des örtlichen Krankenhauses überwies, sie zu stabilisieren und das Therapieziel zu überdenken. Hier kommt es zum Erstkontakt mit der Systemischen Therapeutin.

Woche 1: Erstkontakt

Frau D. reagiert nach der Vorstellung sehr erfreut und positiv auf den Hinweis, dass die Therapeutin Zeit mitbringt. »Was halten Sie davon, mit etwas mehr Zeit auf Ihre Situation zu schauen?« Frau D. äußert ihr Erstaunen über diese (Palliativ-)Station, aber vor allem ist es ihr wichtig, schnell gesund zu werden, um ihre Familie nicht zu belasten und mit ihrem Mann nach Spanien zu reisen, woher dieser stammt. Frau D. ist verwitwet und in zweiter Ehe verheiratet. Ihre beiden Töchter stammen aus der ersten Ehe (Genogramm Frau D., siehe Abbildung 1).

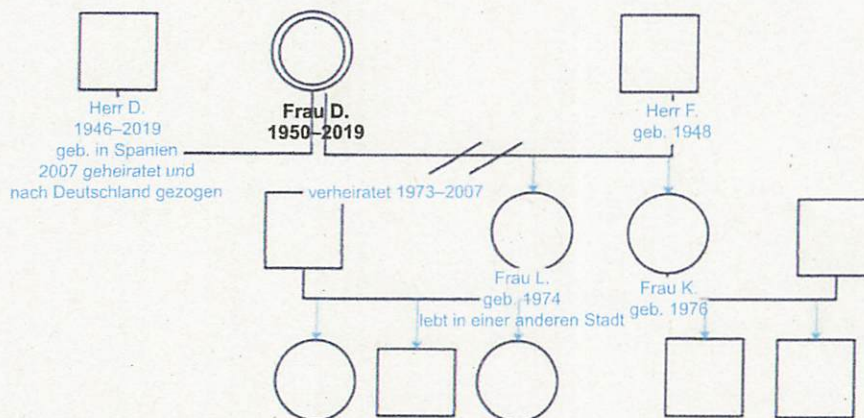


Abbildung 1: Genogramm von Frau D.

»Was wäre für Sie in dieser Situation jetzt wichtig?« So lautet die Leitfrage für den Gesprächsaufbau mit Frau D. Es gilt, die Wertvorstellungen der Familie zu achten, deren Stärken anzuerkennen, positive Motti zu erfragen und Zuversicht zu vermitteln. Echte Komplimente, wie diese Familie diese Krise angeht: »Es ist bewundernswert, wie Sie in Ihrer Situation so an Ihren Mann und an die Belastung der Töchter denken!«, stärken den Blick auf die Ressourcen der Familie.

Aufmerksames Zuhören und Blickkontakt sowie das Verbalisieren nichtsprachlicher Wahrnehmungen sind hilfreich: »Ich sehe jetzt bei Ihnen Tränen, was genau macht das jetzt?« Diese Tränen sind jetzt von Bedeutung.

»Ich möchte so gern nach Katalonien, bin ich dort, bin ich Spanierin, fühle mich so. Meine Töchter möchten das nicht.«

»Was würde Ihnen jetzt guttun?« Im Sinne von: »Was würde Ihre Situation jetzt schon ein wenig verbessern?«

Frau D. schildert ihre Ambivalenzen. Mit dem Ehemann nach Katalonien zu gehen, den Töchtern nahe zu sein, wieder Kraft zu schöpfen.

Woche 2: Beratungsverlauf

Frau D. hat von den Ärzten erfahren, dass es keine chemotherapeutische Weiterbehandlung geben wird. Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses hat Frau D. dringend zu einer Heim- oder Hospizanmeldung geraten, da der Ehemann sich mit der Situation völlig überfordert fühlt. Frau D. möchte sich nicht von ihrem Mann trennen. Ihr Ehemann hat geäußert, er möchte auch nicht mehr leben, falls sie sterben würde.

Wut und Enttäuschung über den Verlust ihrer körperlichen Fähigkeiten stehen im Fokus der Gespräche. Ziel von Frau D. ist nicht die Sorge um sich, sondern um die weitere Versorgung des Ehemannes.

Die Therapeutin: »Ich habe verstanden, dass Sie auf jeden Fall mit Ihrem Mann zusammenbleiben möchten, dass Ihre Sorge vorrangig ihm gilt. Sie sind der Meinung, dass Ihr Mann sich ein Leben ohne Sie nicht vorstellen kann.«

Frau D. kann aufgrund der räumlichen Situation und der Hilflosigkeit ihres Mannes zu Hause nicht adäquat versorgt werden. Bei gemeinsamen Überlegungen entwickelt die jüngere Tochter, Frau K., eine Lösung: Die Mutter kann mit ihrem Mann in eine bisher als Ferienwohnung genutzte Immobilie ziehen. Die Wohnung befindet sich auf dem Grundstück der Tochter.

Die große Sorge Frau D.s, dass ihr Mann nach ihrem Versterben keinen Lebenssinn mehr sehen würde, wird thematisiert. Frau K. verspricht, sich um ihren Stiefvater zu kümmern.

Die weiteren Einzelgespräche mit der Therapeutin und Frau D. konzentrieren sich auf Frau D.s Frage nach ihrer »Schuld«, wenn sie mit ihrem Versterben den



Tod ihres Mannes herbeiführe. In den Gesprächen kann sich Frau D. mit diesem Dilemma auseinandersetzen. Fragen unterstützen Frau D., das Unlösbare beobachtbar und das Unansprechbare sichtbar zu machen. »Was könnte schlimmstmöglich passieren?« »Welche Konsequenzen hätte es?« Frau D. beginnt ihre Sorge in Worte zu fassen. Sie möchte das Gespräch mit ihrem Mann suchen. Fragen nach der Verantwortung: »Wer oder was könnte so ein Vorhaben verhindern?«, lassen die Situation für Frau D. deutlicher werden.

Woche 3: Der letzte Akt

Frau D. wird aus der Klinik entlassen. Sie zieht mit ihrem Mann in die Wohnung der Tochter. Die Patientin wird von einem spezialisierten Team pflegerisch-medizinisch versorgt. Die ältere Tochter, Frau L., muss aus beruflichen Gründen zurück in ihre Stadt reisen und die jüngere Schwester, Frau K., nimmt sich die Zeit für die Belange von Mutter und Stiefvater. Frau D. ist glücklich über die Lösung, wird jedoch körperlich immer schwächer.

Zwei Tage nach der Entlassung verstirbt Frau D. Ihr Tod kam nicht unerwartet, aber überraschend schnell. Die ältere Tochter kann die Plötzlichkeit und ihre Abwesenheit beim Sterben der Mutter nicht nachvollziehen und erbittet eine Obduktion. Sie misstraut der Versorgung des neuen Teams.

Herr D. suizidiert sich am nächsten Tag.

Die jüngere Tochter wendet sich verzweifelt an die Therapeutin. Beide verabreden weiterführende Gespräche zur Trauerversorgung.

Fazit

Der Nutzen der systemtherapeutischen Interventionen am Beispiel von Frau D. betrifft unterschiedliche Ebenen. Die Patientin selbst nutzte die Gelegenheit, sich über die Sorge um ihren Mann und die Verantwortungsebene seines eigenen Handelns klarer zu werden. Angst, Wut und Enttäuschung, dass der Verlauf der Krankheit Pläne bezüglich ihres Lebens und Wohnortes verhinderte, konnten gefühlt, angesprochen und verarbeitet werden. Ihre Wut wurde durch die Auseinandersetzung gedämpft. Dadurch fand sie für sich die Möglichkeit, die Zuneigung ihrer Nahestehenden (wieder) wahrzunehmen. Das ermöglichte Frau D., mit Stolz auf ihr Leben zu schauen und ihre eigenen, besonderen Fähigkeiten zu würdigen, wie sie sich beispielsweise ausdrückten in den positiven Beziehungen ihrer Nahestehenden zu ihr und untereinander. Sie wurde ruhiger. Sie fühlte sich in ihrem Sterben nicht einsam, sondern von den ihr wichtigen Menschen umgeben.

Frau D.s Töchter konnten sich mit dem schnellen Verlauf der Krankheit ihrer



Mutter und den damit verbundenen Entscheidungen bezüglich der Versorgungsformen auseinandersetzen und eine gute gemeinsame Lösung entwickeln.

Im Versorgungsalltag (Klinikpersonal) konnten die Beteiligten an Frau D.s Auseinandersetzung teilhaben, sie ermutigen und stärken. Die zeitweise Unruhe, Wut und Angst der Patientin wurde als gemeinsamer und nachvollziehbarer Prozess bewertet und die Lösungsfindung als Teil des Teamprozesses.

Der Suizid von Herrn D. und die Reaktion der beim Tod abwesenden Tochter Frau L. machen die intensiven Emotionen der Beteiligten in einer solchen Situation deutlich.

Sterben, Tod und Trauer sind bisher keine Kernthemen in der systemischen Beratung und Therapie. Und obschon der Tod das einzig gesicherte Faktum im menschlichen Leben ist, umgibt den Themenbereich eine merkwürdige Distanz (Krüger, 2017, S. 17). Systemische Therapeutinnen und Therapeuten sollten einen sicheren Umgang mit dieser Thematik erlernen. Die Konzepte der Systemischen Beratung und Therapie bieten eine ausgezeichnete Grundlage, in diesem Handlungsfeld hilfreich zu agieren. So wie Teilnehmende aus dem Gesundheitssystem nach dem Curriculum »Systemische Beratung für Schwerstkranke und ihre Zugehörigen« (Kiepke-Ziemes et al., 2013) systemische Grundlagen erlernen, wäre umgekehrt für Systemische Therapeutinnen und Therapeuten eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik nützlich. Die Konfrontation mit Themen wie schwere Krankheit, Tod, Suizid und Trauer sind in allen Lebens- und Berufsbereichen zu erwarten. Eine theoretische und praktische Auseinandersetzung damit ist gewinnbringend für alle Handlungsfelder der Systemischen Therapie.

Literatur

- Altmeyer S., Kröger F. (2003). Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Berthold, D., Gramm, J., Gaspar, M., Sibelius, U. (Hrsg.) (2017). Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Borasio, G.D. (2012). Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. München: Beck.
- Borasio, G.D. (2014). Geleitwort. In M. Wasner, S. Pankofer (Hrsg.), Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 16–17). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandstätter, M. (2014). Angehörige. In M. Wasner, S. Pankofer (Hrsg.), Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 68–75). Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2002). WHO Definition of Palliative Care 2002. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch-2.pdf (16.2.2019)



- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2019). Glossar. www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf DGP (14.7.2019).
- Gramm, J., Kiepke-Ziemes, S. (2019). Der Einsatz des Genogramms in der Palliativversorgung. *Psychotherapie im Alter*, 16 (2), 167–178.
- Gramm, J., Münch, U. (2017). Psychologie und Psychotherapie in der bundesdeutschen Palliativversorgung. In D. Berthold, J. Gramm, M. Gaspar, U. Sibelius (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende* (S. 33–40). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Huber, G., Casgrande, C. (Hrsg.) (2019). *Sterben begleiten. Interdisziplinäre und naturheilkundliche Konzepte*. Stuttgart: Thieme.
- Kiepke-Ziemes, S., Waldhausen, H., Rotthaus, W. (2013). *Entwicklung und Evaluation eines Weiterbildungscurriculums für Pflegefachkräfte zur systemischen Beraterin für Schwerst- kranke und Sterbende*. Viersen: Eigenverlag.
- Krüger, T. (2017). *Sterben und Tod. Kernthemen Sozialer Arbeit*. Würzburg: Ergon.
- Melching, H. (2017). Bestandsaufnahme der Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland. In D. Berthold, J. Gramm, M. Gaspar, U. Sibelius (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Lebensende* (S. 13–24). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Müller, H., Münch, U., Kuhn-Flammensfeld, N., Kiepke-Ziemes, S., Gramm, J. (2019). Definition der Begriffe »Psychosozial« und »Spiritualität« im hospizlich-palliativen Kontext – Positionspapier. www.dgpalliativmedizin.de/images/Positionspapier_AG_Psychosoz_Spirit_Begleitung.pdf (13.07.2020).
- Münch, U. (2017). Verlustbewältigung und Medikamente. *Leidfaden – Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*, 6 (4), 33–36.
- Pestinger, M., Fegg, M. (2014). Psychologische Unterstützung von Patienten in Palliative Care. In M. Fegg, J. Gramm, M. Pestinger (Hrsg.), *Psychologie und Palliative Care. Aufgaben, Konzepte und Interventionen in der Begleitung von Patienten und Angehörigen* (S. 20–23). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rotthaus, W. (2017). *Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Sektion Soziale Arbeit, Sektion Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2013). Erläuterungen zum Formblatt »Patientenumfeld«. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Patientenumfeld_Anleitung_kurz_DGP.pdf (Zugriff am 16.02.2019).
- Wasner, M. (2014). Aktuelle Situation in Deutschland. In M. Wasner, S. Panköfer (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 53–58). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wasner, M. (2019). Psychosoziale Begleitung. In G. Huber, C. Casgrande (Hrsg.), *Sterben begleiten. Interdisziplinäre und naturheilkundliche Konzepte* (S. 191–198). Stuttgart: Thieme.
- Wasner, M., Panköfer, S. (Hrsg.) (2014). *Soziale Arbeit in Palliative Care*. Stuttgart: Kohlhammer.



Tanja Kuhnert / Mathias Berg (Hg.)

Systemische Therapie jenseits des Heilauftrags

Systemtherapeutische Perspektiven in der
Sozialen Arbeit und verwandten Kontexten





Tanja Kuhnert / Mathias Berg (Hg.)

Systemische Therapie jenseits des Heilauftrags

Systemtherapeutische Perspektiven
in der Sozialen Arbeit und verwandten Kontexten

Mit einem Vorwort von Rainer Schwing

Mit 22 Abbildungen und 11 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2020, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Tereks/shutterstock.com

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-40848-4

Inhalt

Rainer Schwing Vorwort	9
---------------------------------	---

Mathias Berg und Tanja Kuhnert Einführung: Systemisch denken, therapeutisch handeln – jenseits von Approbation und Heilauftrag	15
--	----

I Grundlagen

Einleitung zu Teil I	27
----------------------------	----

Matthias Ochs Fließende Übergänge: Zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Beratung, Systemischer Therapie und Psychotherapie – oder wie man sich die Zähne ausbeißen kann und zu guter Letzt beim Zen landet	29
--	----

Joachim Wenzel Rechtliche Einordnung Systemischer Therapie jenseits des Heilauftrags in Abgrenzung zu heilkundlicher Psychotherapie	61
---	----

Jan V. Wirth Soziale Arbeit und Systemische Therapie – Gemeinsamkeiten und Unterschiede	88
---	----

II Systemische Therapie in der Sozialen Arbeit

Einleitung zu Teil II	117
-----------------------------	-----

Mathias Berg und Wolfgang Loth Systemische Kinder-, Paar- und Familientherapie im Feld der Erziehungsberatung	118
---	-----

Mathias Klasen und Claudia Schiffmann Aufsuchende Familientherapie – eine Hilfeform für die Arbeit mit Familien in besonderen Lebenslagen	137
Dina Hollmann und Cornelia Schmellenkamp Stationäre Jugendhilfe – Hilfe zur Erziehung und Inobhutnahme: Sozialpädagogik und Systemische Therapie Hand in Hand	148
Marion Ludwig Systemische Therapie im Rahmen des Therapeutischen Einzel- und Gruppenwohnens für psychisch beeinträchtigte, wohnungslose Menschen	160
Herta Schindler Systemtherapeutische Biografiearbeit im Pflegekinder- und Adoptionsbereich	173
Martina Nassenstein Komplexität in sich verändernden Systemen: Schwangerschafts- und Familienberatung	185
Barbara Welle und Jörg Breiholz »Papa, sag dem Chef, du hast genug gearbeitet, und komm nach Hause!« Systemische Therapie mit Straffälligen und deren Familien	197
Tanja Kuhnert Mittendrin statt nur dabei – systemtherapeutisches Arbeiten im Kontext des ambulant betreuten Wohnens	212
Benjamin Bulgay Systemisch-therapeutische Aspekte in der Arbeit mit migrierten und geflüchteten Menschen	225

III Systemische Therapie in verwandten Kontexten

Einleitung zu Teil III	241
Renate Zwicker-Pelzer Systemische Beratung und Familientherapie im Kontext von Pflege und Angehörigenarbeit	242
Rudolf Klein Systemische Suchtberatung und Suchttherapie	259

Susanne Kiepke-Ziemes Systemische Beratung und Therapie in der Hospizarbeit und Palliativversorgung	273
Martina Kruse und Michaela Herchenhan Systemtherapeutische Perspektiven in den Frühen Hilfen: Sichtweisen, Haltung und Methoden – Chancen und Grenzen	285
Julia Strecker Systemische Seelsorge als Systemische Therapie: Schuld und Scham	297

IV Diskussion

Einleitung zu Teil IV	311
Reinert Hanswille Wie viel Störungswissen ist nötig in den unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungsformaten im Verfahren Systemische Therapie? Ein Plädoyer für Unterschiede, die einen Unterschied machen	313
Tom Levold Systemische Therapie für unterschiedliche Kontexte und Systeme – ein transdisziplinärer, multiprofessioneller und kompetenzorientierter Ausblick	344
Reinert Hanswille Unterschiede befruchten die »systemische Welt«	363
Die Autorinnen und Autoren	381
Abkürzungsverzeichnis	387

Rainer Schwing

Vorwort

Dies ist ein wichtiges Buch, ein facettenreicher und fundierter Beitrag zu einer unerlässlichen Diskussion, die uns auf vielen verschiedenen Ebenen in den nächsten Jahren beschäftigen wird.

In seinem Gedicht »Wahrnehmung« prägte Bertolt Brecht den viel zitierten Satz: »Die Mühen der Berge haben wir hinter uns, vor uns liegen die Mühen der Ebenen« (Brecht, 1949/1993, S. 205). Die Anerkennung der Systemischen Therapie war ein langer Weg durch ein stattliches Gebirge, vom ersten Anlauf mit einer Expertise 1998 über die berufsrechtliche Anerkennung 2008 bis zur sozialrechtlichen Anerkennung im November 2018 galt es viele steile Anstiege, Bergpässe und überraschende Abgründe zu überwinden. Nun liegt sie vor und die Systemische Therapie ist auf dem Weg, als Richtlinienverfahren in die psychotherapeutische Versorgung Eingang zu erhalten. Das ist ein großartiger Erfolg, in den viele Menschen unglaublich viel Arbeit und Herzblut investiert haben. Und wir dürfen uns freuen, denn damit wird auch die psychotherapeutische Versorgung deutlich verbessert, wenn Klienten nicht nur als Einzelne behandelt, sondern in ihrem Lebensumfeld gesehen werden, und wenn Menschen aus diesem Lebensumfeld einbezogen werden. Dass damit nicht nur den »Patienten« gedient ist, haben u. a. die Forschungen von Russell Crane (z. B. Crane u. Christenson, 2013) gezeigt. Er konnte durch umfangreiche Auswertungen von Versicherungsdaten nachweisen, dass die Gesundheitskosten nach familientherapeutischen Behandlungen in den Folgejahren nicht nur bei den Patienten sanken, sondern auch bei den mitbehandelten Angehörigen.

Die Mühen der Ebenen erleben nun viele Kolleginnen und Kollegen ganz praktisch und konkret, denn bei der Einführung eines neuen Therapieverfahrens gibt es unzählige umfangreiche Gestaltungsaufgaben, große und kleine. Von dem Entwerfen der Curricula und der Einrichtung von Ausbildungsprogrammen über die Formulierung von Prüfungsfragen für die Approbationsprüfung bis hin zur Platzierung geeigneter Wissenschaftler/-innen in den Universitäten gibt es nun mehr als genug zu tun.

Aber die Ebenen bieten auch noch andere Mühen und Herausforderungen. Ich sehe vor allem zwei große Bereiche, die unserer Achtsamkeit bedürfen:

- Der erste betrifft die Frage, was die Anerkennung für die Arbeit Hunderter systemischer Therapeutinnen (bzw. Therapeuten) bedeutet, die außerhalb der etablierten Heilkunde jahrzehntelang erfolgreiche und engagierte Arbeit geleistet haben. Dürfen sie sich noch systemische Therapeutinnen nennen? Und vor allem, was wird aus ihrer Arbeit?
- Der zweite Bereich ist die Aus- und Weiterbildung. Was bisher die Weiterbildung in systemischer Therapie und Beratung auszeichnete, steht nun infrage: Das berufsübergreifende, interdisziplinäre Lernen, in dem sich Fachkräfte aus unterschiedlichen Berufen und in unterschiedlichen Arbeitsfeldern begegnen. Das hat dazu beigetragen, nicht in Zünften zu denken und sich abzugrenzen, sondern Ideen zu entwickeln, welche Möglichkeiten Fachkräfte mit anderen beruflichen Kompetenzfeldern für die gemeinsame Arbeit bieten. Und es förderte auch die Institutionsübergreifende Kooperation durch gemeinsames Lernen. Das ist gefährdet und darin stecken inhaltliche Probleme und auch ganz praktische personelle Herausforderungen. Und andererseits gibt es eine Menge Chancen!

Aber erst einmal zum ersten Punkt: Es gibt wahrscheinlich Tausende von Buch- und Artikelseiten zu der Frage, was Systemische Therapie und Beratung unterscheidet, und wie Coaching oder Supervision in dieser Begriffslandschaft zu platzieren seien. Selbstverständlich sind solche Diskussionen wichtig – zur Begriffsklärung, Orientierung und Einordnung verschiedener Hilfeformen in sozialrechtliche Versorgungssysteme.

In der systemischen Tradition wurde jedoch zu recht immer wieder darauf verwiesen, dass die Grenzen fließend sind. Etliche Beiträge dieses Buchs stellen diese Diskussion dar und liefern wertvolle Orientierung. Das ist nicht nur eine konzeptionelle Frage der Abgrenzung, sondern auch eine ganz pragmatische. Denn auf der einen Seite werden beispielsweise durch gute Pädagogik und Sozialarbeit Veränderungsprozesse angestoßen, die sich in Tiefe und Nachhaltigkeit oft nicht von psychotherapeutisch impulsierten Veränderungen unterscheiden und die ganz eindeutig heilende Wirkung entfalten. Darüber hinaus ist für viele Klientinnen und Klienten der Rahmen klassischer Psychotherapie unpassend. Das regelmäßige therapeutische Gespräch mit 50 Minuten Dauer im Praxisraum ist sicher nicht die einzige Form, Menschen zu relevanten Veränderungen einzuladen und tiefgreifenden Entwicklungen anzuregen. Aufgrund meiner Praxis mit gesellschaftlichen Randgruppen und Jugendlichen habe ich vielfach gesehen, wie andere Settings oft besser dazu beigetragen haben, dass sich

die Klientinnen und Klienten entspannen und auf die Arbeit an ihren Themen einlassen. Da entfaltet manchmal das 20-minütige »Tür- und Angelgespräch« mehr Wirkung als längere therapeutische Sitzungen.

Genau hier ist das Arbeitsfeld systemischer Therapie angesiedelt, z. B. in der Jugendhilfe, Sozialpsychiatrie, Pädagogik. Hier erreicht sie mit ihrer Arbeit Menschen, die unter zum Teil massiven Beeinträchtigungen leiden, die aber von der klassischen Psychotherapie nur wenig erfolgreich angesprochen werden. Über die Gründe ist andernorts schon lange und kompetent diskutiert worden. Angefangen von der YAVIS-Diskussion – die traditionelle Therapie bevorzuge den Typ »Young, Attractive, Verbal, Intelligent, Successful« –, die William Schofield 1964 mit einer provokanten Veröffentlichung startete (Schofield, 1964/2019), bis hin zu den Befunden, dass Probleme wie komplizierte Anmeldeprozeduren und lange Wartezeiten den Zugang von beispielsweise Psychosepatienten zur Psychotherapie erschweren. Nur etwa 7 % schwer beeinträchtigter Psychosepatienten hatten in einer Untersuchung »jemals seit Beginn ihrer Erkrankung eine Psychotherapie erhalten« (Lambert u. a., 2014, S. 258).

Diese Menschen tauchen nun in den anderen Systemen auf, als Eltern in Schulen, als Klienten in Schuldnerberatungen, in der Jugendhilfe, in betreuten Wohnformen, in der Straffälligenhilfe, in Frühen Hilfen, um nur einige zu nennen. Das Buch ist voll von solchen Arbeitsfeldern, in denen auch weiterhin gut ausgebildete systemische Therapeutinnen gebraucht werden, die eben nicht Psychotherapie vor Ort anbieten, sondern ihr systemtherapeutisches Know-how einbringen, um die Arbeit in diesen Systemen so zu gestalten, dass sie den betroffenen Klienten stabilisierende und entwicklungsfördernde Bedingungen bieten können.

Der zweite Punkt betrifft die systemische Aus- und Weiterbildung. Hier wird es interessante Dynamiken geben, die jetzt schon absehbar sind. Ich möchte einige mögliche Szenarien skizzieren. Viele Ausbildungsinstitute – auch tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Institute werden systemische Ausbildungen anbieten. Denn Befragungen zeigen, dass eine große Anzahl der Psychologiestudierenden eine systemische Ausbildung präferieren. Es wird eine hohe Nachfrage an kompetenten Lehrenden mit Approbation geben, davon gibt es nicht so viele. Das wirft die Frage auf, ob alle Ausbildungsgänge mit gut qualifizierten systemisch Lehrenden oder gar mit DGSF/SG-Lehrenden besetzt werden können. Wer wird diese Ausbildungsinstitute, die sich dann möglicherweise mit Lehrenden ohne DGSF/SG-Ausbildung behelfen, fachlich vertreten? Werden diese die Deutungshoheit und die Qualitätsstandards der DGSF oder der SG akzeptieren oder eigene Verbandsstrukturen gründen? In DGSF und SG sind bis jetzt alle systemisch aus- und weitergebildeten Fachkräfte gemeinsam

organisiert. Lässt sich das halten oder wird eine Zunft systemischer Psychotherapeuten entstehen, die sich von den anderen Berufsgruppen abgrenzt? Vorurteile werden durch Grenzen erzeugt und chronifiziert, sie werden abgebaut durch gemeinsames Lernen und gemeinsames Arbeiten. Gemeinsame Lernorte könnten weniger werden zugunsten professionsspezifischer Lernorte.

Die ganz pragmatische Sorge eines Institutsleiters: Werden bei der nun ruckartigen Bedarfssteigerung an systemisch Lehrenden in Psychotherapieausbildungen die approbierten Kolleginnen und Kollegen weiterhin für die Lehre in anderen Instituten zur Verfügung stehen oder mit bedauerndem Blick auf volle Terminkalender absagen? Sowohl was Lernorte als auch was den Wissenstransfer zwischen den »Zünften« angeht, besteht großer Handlungsbedarf, denn das ist immer eine hohe Qualität der bisherigen systemischen Weiterbildungen gewesen und diese Qualität braucht es natürlich noch weiter und sogar immer dringlicher.

Menschen – manche – lieben Schubladen. Sie sorgen für Ordnung, und es sieht aufgeräumt aus. Depressionen sind etwas anderes als Angst, Diabetes ist etwas anderes als Bluthochdruck. Beratung ist etwas anderes als Therapie.

Bei genauerem Hinsehen werden manche Unterscheidungen fragwürdig. Es finden sich starke Überlappungen, manchmal gibt es gemeinsame Ursachen, Erscheinungsformen, Auswirkungen. Trennschärfe lässt sich nicht immer so gut herstellen. Sind diese Unterscheidungen nützlich? Klar, irgendwie müssen wir uns ja zurechtfinden. Sind Sie aber immer der Weisheit letzter Schluss?

Besonders fragwürdig wird dies bei komplexen Systemen. In der Welt trivialer Dinge ist alles noch einfach: Die Unterschiede zwischen einem Messer und einem Messbecher, zwischen einem Auto und einem Automaten, zwischen einem Stuhl und einem Lehrstuhl sind offensichtlich. Bei komplexen Systemen wird das um einiges komplexer, und klar umgrenzte Begriffe sind oft historisch gewachsene, vage Beschreibungen einer eben komplexen Vielfalt, die aus einer bestimmten Perspektive einige der beobachteten Phänomene bündeln. Und die sich fragen lassen müssen, warum gerade diese Bündelung die sinnvollste sein soll und ob es nicht andere gibt.

Beispielsweise sind Schlaganfälle und Diabetes zwei klar unterschiedene Entitäten; phänomenologisch und von den Therapieansätzen. Beide sind andererseits Ausdruck eines gewachsenen Lebensstils und auch dadurch beeinflussbar. Interventionen bezüglich Ernährung, Bewegung, Stressmanagement erzielen in etlichen Studien und Metastudien bei beiden ähnliche Effektstärken wie pharmakologische Behandlungsstrategien. Neuere Forschungen zeigen beispielsweise Verbindungen zwischen Depression, entzündlichen Prozessen und dem Mikrobiom. Die letzten beiden haben ihrerseits viel mit Ernährung zu

tun. Wie wäre es, wenn wir andere Bündelungen vornehmen und z. B. 10 % der krankheitsspezifischen Forschungsmittel in den Bereich Lebensstil investieren? Menschen zur Veränderung ihrer Lebensstile anzuregen, ist eine anspruchsvolle und bisher selten gelehrte Kunst mit hohem heilenden Potenzial.

Wenn wir heute wissen, dass regelmäßige Bewegung bei mittleren Depressionen ähnlich hilfreich ist wie Psychotherapie oder Pharmakotherapie, dass Mannschaftssport erheblich dazu beiträgt, die Folgen traumatisierender Kindheitserlebnisse (Adverse Child Events) zu lindern, dass soziale Unterstützung entscheidend zur Resilienzbildung beiträgt und der stärkste protektive Faktor für psychische und organische Gesundheit ist, dass Ernährung das Alzheimerisiko drastisch senken kann, dann gilt es, Grenzüberschreitungen zu überschreiten und in interdisziplinäre Kooperation zu investieren. Gut angeleitete Gruppenaktivitäten in der Natur oder Kochevents mit leckeren Ergebnissen, ein regelmäßiges Müttertreffen oder gemeinsame Aktivitäten in der Gemeinde können ähnliche Effekte entfalten wie eine gute Psychotherapie. Hierfür wird es eine Menge systemischer Therapeutinnen und Therapeuten brauchen, die aus der sozialen Arbeit und der Pädagogik kommen und helfen können, auch für stark verstörte Menschen gute und halt gebende Rahmenbedingungen herzustellen und entsprechende Aktivitäten zu planen und durchzuführen. Sie bringen genau das Wissen mit, wie solche Angebote gestaltet werden, sie benötigen auch therapeutisches Wissen, um verantwortlich und effektiv handeln zu können.

Es ist ein großer Fortschritt, dass die systemische Psychotherapie nun zu den Richtlinienverfahren zählt und Klientinnen und Klienten auch diese Behandlungsoption offensteht. Systemische Beratung und Therapie zeichnete sich bisher dadurch aus, dass sie die künstliche Trennung zwischen Individuen aufhob und das Umfeld miteinbezog: Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, die Cliquen der Jugendlichen.

Es wird auch weiter darum gehen, künstliche Trennungen zu überwinden. Was wir benötigen, neben den sinnvollen Abgrenzungen, ist viel mehr Kooperation, die auch strukturell abgesichert werden muss. Wir brauchen integrierte Zentren, in denen Fachkräfte aus den Bereichen Psychotherapie, Ernährungslehre, Sozialarbeit, Medizin, Pädagogik, Bewegung etc. ihre Kompetenzen bündeln und gemeinsam Patienten auf ihrem Heilungs- und Entwicklungsweg unterstützen. Solche Arbeitsformen werden den bestehenden und kommenden komplexen Aufgaben besser gerecht als isolierte Behandlungspraxen.

Das ist eine Vision und gleichzeitig in vielen Projekten bereits gelebte und sehr erfolgreiche Realität. Wer wäre für diese Aufgabe besser prädestiniert als systemische Therapeutinnen und Psychotherapeuten mit ihrem Know-how, das Umfeld ihrer Klienten mit ins Bild zu nehmen und integrierend zu handeln?

Ich wünsche diesem Buch, dass es viele Lesende findet, dass es Diskussion und Kooperation anregt und dass es dazu beiträgt, die Bedeutung systemischer Therapie in den vielfältigen Handlungsfeldern zu unterstreichen.

Literatur

- Brecht, B. (1949/1993). Werke. Große kommentierte Berliner und Frankfurter Ausgabe. Band 15: Gedichte 5. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Crane, R. D., Christenson, J. D. (2013). Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39 (4), 457–469.
- Lambert, M. u. a. (2014). Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1. Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis*, 41 (5), 257–265.
- Schofield, W. (1964/2019). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. London/New York: Routledge.

Mathias Berg und Tanja Kuhnert

Einführung: Systemisch denken, therapeutisch handeln – jenseits von Approbation und Heilauftrag

Systemische Therapie ist, wie z. B. die Verhaltenstherapie und die Psychoanalyse auch, in Deutschland ein Verfahren der heilkundlichen Psychotherapie. Zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie bedarf es grundsätzlich der Approbation als Psychotherapeut/-in.¹ So könnte eine aktuelle Beschreibung der momentanen Diskussion und Situation der Systemischen Therapie lauten – so klar und einleuchtend, so unmissverständlich. Wieso dann ein Buch über Systemische Therapie jenseits des Heilauftrags? Erscheint diese Verbindung unter oben genannten Vorzeichen nicht geradezu disparat? Impliziert der Begriff der Therapie nicht eben, dass es sich, von einer Erkrankung oder einem Leiden ausgehend, um eine kurative Maßnahme mit Aussicht auf Heilung oder Linderung handelt?

Ein anderes Szenario: In den 1950er und 1960er Jahren etablierte sich, ausgehend von den USA, eine damals neue Form der therapeutischen Behandlung – die Familientherapie (von Schlippe u. Schweitzer, 2012, S. 33). Die ihr zugrundeliegenden Ideen, dass niemand allein krank und der eigentliche Patient die Familie ist (Richter, 1972) bzw. dass »das Tun des Einen« »das Tun des Anderen« ist (Stierlin, 1976), gab es bereits zuvor, jedoch erst mit der Familientherapie wurden diese Erkenntnisse in spezifische Interventionsformen gegossen, die sich eigenständig weiterentwickelten. Die bedeutsamste Entwicklung in diesem Sinne war sicherlich das Aufkommen der systemischen Perspektive innerhalb der Familientherapie und in der Folge ein Wechsel zur Kybernetik zweiter Ordnung (Dell u. Goolishian, 1981). Das systemische Paradigma in der Psychotherapie war damit geboren und somit auch die systemische (Familien-)Therapie, die sich seit Ende der 1970er und Anfang der 1980er Jahre überall in Deutschland zu verbreiten begann. Wie andere psychotherapeutische Ansätze zu dieser Zeit wurde systemische (Familien-)Therapie dabei im Wesentlichen in unabhängigen

1 Ebenso besteht in Deutschland die Möglichkeit, Psychotherapie in eingeschränktem Maße im Rahmen des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) auszuüben (z. B. Wenzel in diesem Band). Im vorliegenden Text werden abwechselnd die männliche und weibliche Schreibweise angewandt. Im Sinne der gendersensiblen Sprache sind alle Geschlechtsidentitäten mit eingeschlossen.

Instituten gelehrt, die sich bald zu ersten Dachverbänden zusammenschlossen oder diesen beitraten und verbindliche Qualitätsmerkmale sowie Richtlinien für die Aus- und Weiterbildung festlegten.

Systemische (Familien-)Therapeutinnen und Therapeuten bringen seit gut vierzig Jahren ihr Wissen und ihre Expertise in unterschiedliche Arbeitsfelder des Sozial- und Gesundheitssektors ein. Viele dieser Kontexte, insbesondere die Soziale Arbeit, profitieren von der systemischen Sichtweise und dem therapeutischen Know-how, dass systemische Therapeutinnen in anderen Arbeitsbereichen – neben der psychotherapeutischen (Heil-)Behandlung – anwenden. Systemische Therapie und zuvor die Familientherapie waren sowohl in ihrer Anwendung als auch in ihrer Ausbildung bislang kaum auf eine psychotherapeutische Behandlungssituation im Behandlungszimmer bzw. der Klinik begrenzt, sondern – kontextoffen – auch und gerade in sozialpädagogischen Feldern zu Hause. Insbesondere in der Beratungstätigkeit, der gesamten Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, aber auch der Arbeit mit psychisch- und suchtkranken Menschen fand und findet die systemtherapeutische Perspektive bis heute großen Anklang (Berg, 2019; Klein, 2014; Ritscher, 2005).

Doch wie legitimiert sich (system-)therapeutisches Handeln in der Sozialen Arbeit? Was ist Sinn und Ziel von Systemischer Therapie in diesen sozialen Arbeitsfeldern, wenn es nicht in erster Linie einen Auftrag zur »Heilung psychischer Störungen« gibt? Oder ist Systemische Therapie in sozialpädagogischen und angrenzenden Arbeitsfeldern schlicht immerzu als Systemische Beratung zu bezeichnen?

Systemische Therapie in primär nichtheilkundlichen Kontexten

Es wäre vermessen, hier abschließende Antworten auf diese Fragen geben zu wollen, jedoch verfolgt das Buch den Anspruch, den manchmal etwas diffus wirkenden Ort Systemischer Therapie jenseits des Heilauftrags konkreter als bisher geschehen auszuleuchten. Ob systemtherapeutische Leistungen von ihren Erbringern überhaupt als »therapeutisch« bezeichnet werden dürfen, hängt dabei stark vom jeweiligen Arbeitskontext und dessen immanenten Gesetzen und Gepflogenheiten ab. Ist das noch pädagogisch oder schon therapeutisch? Immer noch Beratung oder bereits Therapie? In den seltensten Fällen ist die therapeutische Behandlung primäre Aufgabe der Systemischen Therapeuten in diesen Arbeitsfeldern. Dennoch sind therapeutische Leistungen in vielen Bereichen, wie z. B. den Hilfen zur Erziehung, häufig impliziert (exemplarisch in diesem Band:

Berg u. Loth). Dabei stehen diese nicht für sich allein, sondern sind im Zusammenhang mit anderen pädagogischen, sozialarbeiterischen, beratenden, betreuenden, integrierenden, seelsorgerischen, pflegerischen, präventiven und rehabilitativen Interventionen zu sehen. Das Ziel Systemischer Therapie im nichtheilkundlichen Sektor ist insofern immer an der Funktion und den Zielvorstellungen des jeweiligen Arbeitskontextes ausgerichtet. Konkret bedeutet dies z. B., dass systemtherapeutische Angebote und Interventionen dabei unterstützen können, den Selbstwert und die Selbstständigkeit von delinquent gewordenen Jugendlichen in einer stationären Wohneinrichtung zu stärken, die Integrationsfähigkeit von Eltern mit Migrations- und/oder Fluchterfahrungen zu befördern oder an einer nachhaltigeren Rehabilitation von straffällig gewordenen Menschen zu arbeiten.

Die Klinische Sozialarbeit bezeichnet Menschen in solchen und vergleichbaren Situationen, die vielfach dringend therapeutische Hilfe benötigen, jedoch selten den Weg in psychotherapeutische Praxen schaffen, als »hard-to-reach-Klientel« (Pauls, 2013, S. 24). In diesem Sinne begreift Klinische Sozialarbeit die »psychosoziale Behandlung« von Menschen in unterschiedlichen Notlagen auch als elementaren Teil einer fachlich spezialisierten Sozialen Arbeit. Systemische Therapie wäre in dieser Lesart ein legitimes Verfahren in sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeldern, welches neben einer gesundheitlichen Komponente auf die soziale Dimension ihrer Adressatinnen und Adressaten abzielt (Lammel u. Pauls, 2017; Ningel, 2011). Die Anwendung systemtherapeutischer Intervention im nichtheilkundlichen Feld bezieht sich in der Regel demnach auf einen Aspekt gesellschaftlichen Lebens, wie z. B. Erziehung, Familie, Ehe, Interkulturalität, Frauengleichstellung oder Alkohol und Drogen. Das Angebot ist insofern diesen gesellschaftlichen Teilbereichen zugeordnet, während Systemische Therapie als Verfahren der heilkundlichen Psychotherapie sich ausschließlich im Bereich der Gesundheits- bzw. Krankenversorgung abspielt und aus dieser Perspektive unterschiedliche Lebensaspekte tangiert (Berg, 2019).

Gesundheitsförderung: biopsychosozial

Neben der Verankerung Systemischer Therapie in der Sozialen Arbeit und Pädagogik, dem Einzug in die psychotherapeutische Versorgung im Jahr 2018 sowie einer immer weiter schreitenden Verbreitung im arbeitsweltlichen Kontext durch Supervision, Coaching sowie Organisationsberatung und -entwicklung erlangt systemisches Handeln und systemische Theorie auch in anderen verwandten Arbeitsfeldern immer mehr Verbreitung (z. B. Levold u. Wirsching, 2016, S. 421 f.; von Schlippe u. Schweitzer, 2012, S. 78 f.).

Schweitzer und von Schlippe stellen fest: »Es gibt nur wenige Bereiche psychotherapeutischer Tätigkeit, in denen es so sehr darum geht, Wissen aus verschiedenen Bereichen zusammenzuführen wie die Arbeit im Kontext körperlicher, vor allem chronischer und lebensbedrohender Krankheiten. Hier wird neben psychotherapeutischem auch somatisches und soziales Wissen, Kompetenz und Erfahrung verlangt. Krankheit, besonders, wenn sie lange andauert, kann zu einem signifikanten Bestandteil familiärer Interaktion (und nicht nur familiärer) werden« (Schweitzer u. von Schlippe, 2006, S. 336).

Die gewählte Beschreibung macht insbesondere für Arbeitsfelder der psychosozialen Gesundheitsversorgung deutlich, wie komplex bisweilen Arbeit in der Pflege, im Hospiz, mit Suchtkranken oder der Seelsorge betrachtet werden kann. In den Frühen Hilfen als Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen liegt der Fokus auf der Unterstützung und Versorgung von schwangeren Frauen, Müttern, (werdenden) Vätern sowie ungeborenen und neugeborenen Kindern, also in der Regel »gesunden« Menschen, was diesen Kontext wesentlich von Krankenpflege und Palliativversorgung unterscheidet. Jedoch eint diese Arbeitsbereiche die Konfrontation mit Geburt, Krankheit oder Tod – Herausforderungen, die Menschen mit den relevantesten Lebens-themen in Kontakt bringen:

- Anfang und Neubeginn, Zugehörigkeit, Schaffung von Familiensystemen;
- Krankheit, Einschränkung, Abhängigkeit, Verlust von Lebensvisionen, Ohnmacht und Schicksal;
- Beendigung des Lebens, Endlichkeit, Abschied und Tod, Verlust und Trauer;
- die Frage nach dem Sinn des Lebens, der Zugehörigkeit zur Familie, Partnerschaft und (Leistungs-)Gesellschaft;
- der Umgang mit Normen und Werten in Erziehung und Familie, der Umgang mit starken Emotionen im Sozialgefüge, die Ritualgestaltung, Lebensführung, Ausgestaltung und Bedeutung von (familiären) Rollenmustern, das Eingebundensein des Menschen.

Die Vielschichtigkeit dieser Themen macht deutlich, dass es hier unterschiedlicher Betrachtungsweisen und damit sowohl Interdisziplinarität als auch einer systemischen Perspektive bedarf, um Menschen hilfreiche Unterstützung anbieten zu können. Möglicherweise erklärt diese Komplexität, dass systemisches Denken und Handeln schon lange (Schweitzer u. von Schlippe, 2006; Altmeyer u. Kröger, 2003; Altmeyer u. Hendrichske, 2012) und aktuell immer mehr Eingang findet in die Fort- und Weiterbildung von Hebammen, Kinderkrankenpflegenden (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2019), allgemeinmedizinischen Pflegekräften (Geyer, Rose u. Zwicker-Pelzer, 2011), Medizi-

nerinnen und Medizinern (Altmeyer u. Hendrichske, 2012) sowie weiteren beteiligten Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung.

Damit führt die Weiterentwicklung der systemtherapeutischen Arbeit an Schnittstellen des Sozial- und Gesundheitswesens und in multiprofessionellen Teams der medizinischen Versorgung wieder zurück an die Ursprünge der Entwicklung systemischer und familientherapeutischer Konzepte: Altmeyer und Hendrichske (2012, S. 13 f.) nennen Vorläufer zu Ende des 19. Jahrhunderts, wo bereits Sozialarbeitende, Pflegekräfte und Ärzte erste familienmedizinische Konzepte entwickelten. Um 1928 entstand in Großbritannien das erste Gesundheitszentrum (Peckham-Experiment) und 1937 wurde in den USA im Rahmen des Macy-Projekts die Wirkung von Krankheit auf Familien untersucht. In den Folgejahrzehnten wurden zahlreiche Konzepte und Projekte von Therapieangeboten für Familien mit erkrankten Mitgliedern entwickelt. Schon in den 1940er und 1950er Jahren wurden Überlegungen zum Zusammenhang von Entstehung und Chronifizierung der Schizophrenie und familiären Mustern angestellt. Dann tauchten erst wieder in den 1970er und 1980er Jahren familientherapeutische Ansätze für die Arbeit mit Familien mit erkrankten Mitgliedern auf: So beschäftigte sich Weakland mit der »Familiensomatik« (Altmeyer u. Kröger, 2003, S. 17) und später u. a. auch Stierlin und seine Gruppe mit Karzinompatientinnen und -patienten (Altmeyer u. Hendrichske, 2012) sowie Essstörungen (Weber u. Stierlin, 1989).

Auch Theologinnen und Seelsorger befassen sich mit systemtheoretischen Implikationen und deren Bedeutung für ihre Begleitung von Menschen in Krisen (Emlein, 2017; Morgenthaler, 2019; Schröder, 2015; Riedel-Pfäfflin u. Strecker, 2018). Die spirituelle Rahmung von therapeutischen Prozessen kann zu einer Auseinandersetzung auf neuen Ebenen führen und so auch eine Annäherung an existenzielle Themen und ihre Integration ermöglichen. Hier steht der Mensch mit seinem spirituellen Sein und dem Bedürfnis nach Verortung und Zugehörigkeit in einem sinnhaften, bedeutsamen Kontext im Fokus. Systemisch-spirituelle Herangehensweisen bieten dabei eine alternative Rahmung und Dichte an, die für manches existenzielle Thema die (einzige) Form ist, um sich in Zukunft wieder sicher und zugehörig fühlen zu können.

Zwei (oder mehr) unterschiedliche Systemische Therapien?

Dass die Unterscheidung zwischen einer Systemischen Therapie als sogenanntes Richtlinienverfahren der Psychotherapie und einer Systemischen Therapie innerhalb des Sozialwesens und den daran angrenzenden Bereichen gezogen wird, ist

relativ neu. Dies hängt vor allem mit der erfolgten wissenschaftlichen, berufs- wie sozialrechtlichen Anerkennung des systemischen Therapieverfahrens zusammen (von Sydow, Beher, Retzlaff u. Schweitzer, 2007; Baumann et. al., 2019). Letzteres ermöglicht es, neue Ausbildungsgänge in Systemischer (Psycho-)Therapie zu entwickeln, die mit einer Approbationsprüfung enden und so den Zugang zur kassenfinanzierten Psychotherapie für Systemische Therapeutinnen ebnen (in diesem Band: Hanswille; Levold).

Zuvor wurden Systemische Therapeuten fast ausschließlich an Aus- und Weiterbildungsinstituten in rund dreijährigen Weiterbildungsgängen qualifiziert und über einen der maßgeblichen Dachverbände DGSF (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie) oder SG (Systemische Gesellschaft) nach deren Richtlinien zertifiziert. Diese Form der Weiterbildung in Systemischer Therapie existiert nach wie vor in Deutschland – sie steht nun allerdings neben einer Ausbildung in Systemischer (Psycho-)Therapie, die zur Approbation führt. Da die Möglichkeit einer Approbationsausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Deutschland erst seit wenigen Jahren besteht, sind die meisten Systemischen Therapeutinnen und Therapeuten im Jahr 2020 Personen, die eine Weiterbildung nach den Richtlinien der Dachgesellschaften absolviert haben. Darunter befinden sich unterschiedlichste Berufsgruppen sowohl aus dem heilkundlichen wie dem nichtheilkundlichen Sektor, aus dem Gesundheitswesen, dem Sozialwesen, dem Bildungs- und Wissenschaftsbereich und vielen weiteren Kontexten, in denen sie systemtherapeutisch tätig werden können.

Diese Sozialarbeiterinnen, Pädagogen, Psychologinnen, aber auch Mediziner und weitere Professionen lernten in ihren Weiterbildungsseminaren einen therapeutischen Ansatz kennen, der es aus seiner Entwicklungsgeschichte (Familientherapie) und seiner Erkenntnistheorie (Systemtheorien) heraus vorsah, Störungen und Symptome von Einzelnen zu kontextualisieren, zu dekonstruieren, zu verflüssigen und als interaktionelle, häufig interpersonelle Prozesse wahrzunehmen. Über eine konsequente Ressourcen- und Lösungsorientierung, so eine handlungsleitende Idee der Systemischen Therapie, können dann in vergleichsweise wenigen Sitzungen therapeutische Prozesse angestoßen werden – häufig jenseits einer linear-kausalen Behandlung der vorherrschenden psychischen Störung. Sowohl personelle Settings als auch die Frequenz der therapeutischen Sitzungen sind im systemischen Ansatz äußerst flexibel. Dies und auch gerade die Therapie mehrerer Personen, wie Paare oder Familien, in längeren Abständen von vier bis fünf Wochen, gehören zum »Markenkern« des Verfahrens.

Jenseits der stärker formalisierten kassenfinanzierten Psychotherapie zeigen sich diese und weitere hier ungenannte Aspekte als absolute Stärke der Systemi-

schen Therapie. Im medizinorientierten System der heilkundlichen Behandlung psychischer Erkrankungen steht zu erwarten, dass die Systemische Therapie beim »Andocken an neue Ordnungsprinzipien« Anpassungsleistungen wird vollbringen müssen. Sichtbar wird dies u. a. an der derzeitigen Orientierung an psychischen Störungen und ihrer systemischen Behandlung (z. B. die Buchreihe »Störungen systemisch behandeln« im Carl-Auer Verlag; Lieb, 2014).

Neben diesen unbedingt sinnvollen Ergänzungen und Weiterentwicklungen Systemischer Therapie stellt sich die Frage, wie die zuvor angesprochenen Qualitätsmerkmale des systemtherapeutischen Ansatzes im nichtheilkundlichen Sektor aufrechterhalten werden, wenn dieser sich aktuell und in den kommenden Jahren stärker »störungsspezifisch« ausrichtet. Auch im Sozialwesen und den angrenzenden nichtklinischen Kontexten hat es Systemische Therapie mit sozialen, emotionalen, materiellen und demzufolge auch psychischen Problemkonstellationen zu tun. Die Bewältigung dieser vielfach biopsychosozialen Probleme geschieht heute durch Systemische Therapeutinnen und Therapeuten, die jenseits eines gesetzlichen Auftrags der Heilbehandlung arbeiten – als Fachkräfte in Beratungsstellen, in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfe, mit Pflegekindern, mit wohnungslosen oder zugewanderten Menschen, mit Straffälligen, in der Suchthilfe, in der Pflege oder Angehörigenarbeit, in Hospizen, in den Frühen Hilfen oder der Seelsorge.

Das Buch hat sich zur Aufgabe gemacht, all jene Kontexte beispielhaft für die Vielfalt systemtherapeutischer Arbeit zu beleuchten. Systemtherapeutische Arbeit, eingebettet in formalisierte Beratung, aufsuchende Begleitung, Betreuung und andere Formen der Hilfe und Unterstützung. Dabei hatten wir als Herausgeberin und Herausgeber nicht im Sinn, weder zwei oder mehrere unterschiedliche Formen Systemischer Therapie zu segregieren noch andere Vorgehensweisen Sozialer Arbeit als unbedeutender darzustellen. Wir möchten dagegen die Bedeutung systemtherapeutischer Arbeit in nichtheilkundlichen Kontexten herausstellen und deren Wirksamkeit für die Unterstützung von Menschen in belasteten Lebenssituationen betonen. Das Buch möchte Praktikern in unterschiedlichen, bisher wenig bis gar nicht systemisch beleuchteten Arbeitsfeldern dazu Impulse für die eigene Arbeit zur Verfügung stellen und zu einer selbstbewussten Haltung in den jeweiligen Kontexten ermutigen.

Aufgrund dieser handlungsleitenden Idee beginnt der Band im ersten Teil mit eher grundlegenden Beiträgen, welche die Verbindungen und Differenzierungen zwischen Systemischer Beratung, Therapie und Psychotherapie sowie Sozialer Arbeit aus verschiedenen Perspektiven ausloten.

Im zweiten und dritten Teil stehen dagegen 14 Praxisfelder im Fokus (neun in der Sozialen Arbeit, fünf in verwandten Bereichen), unterschiedliche Arbeits-

kontexte, in denen Systemische Therapie – mal offensichtlicher, mal versteckter – beheimatet ist oder es zumindest sein kann. Beispielhaft zeigen diese Beiträge die Varianz und den Reichtum des systemtherapeutischen Ansatzes jenseits der heilkundlichen Psychotherapie. Antworten auf relevante Fragen, beispielsweise was im jeweiligen Arbeitskontext Therapie ausmacht und was speziell eine systemische Herangehensweise dabei auszeichnet oder welchen Herausforderungen die Autorinnen und Autoren in ihrer Tätigkeit begegnen und wie sich konkret systemtherapeutische Fallarbeit gestaltet, werden dabei skizziert.

Der vierte und letzte Buchabschnitt wendet sich einer Diskussion zu, die aus unserer Sicht in der Entstehung dieses Bands eine dauerhafte Resonanz erzeugte. Dabei geht es einerseits um eine mögliche Unterscheidung zwischen heilkundlich tätigen, approbierten Systemischen Therapeutinnen und nicht-heilkundlich arbeitenden Systemikern hinsichtlich ihrer störungsspezifischen Kompetenzen. Andererseits wird damit ein Dissens deutlich, inwiefern das systemische Paradigma andere Modelle von Krankheit und Gesundheit adaptieren oder kritisch hinterfragen sollte bzw. letztlich seine systemische Identität preisgibt. Dem kritischen Ausblick in eine denkbare Zukunft der Systemischen Therapie folgt zum Abschluss des Buchs eine Gegenrede, die sich gegen eine Entwertung der sozialrechtlichen Anerkennung des systemischen Therapieverfahrens als Heilkunde wendet.

Als Herausgeberin und Herausgeber sowie als Systemische Therapeuten hoffen wir, dass die Zukunft der Systemischen Therapie sich weiterhin in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit – und über Soziale Arbeit hinaus – wiederfindet. Denn jenseits von Deutungs-, Behandlungs- und Hoheitsansprüchen kann es nur darum gehen, dass die Vielfalt, Unterschiedlichkeit und Professionalität des systemischen Ansatzes auch nach der Etablierung der Systemischen Therapie als psychotherapeutisches Verfahren in der Heilkunde erhalten bleibt: eine Systemische Therapie jenseits des Heilauftrags – orientiert an der Nichttrivialität und dem Eigensinn des Einzelfalls, an Kontexten, Bedarfen und Auftragslagen.

Literatur

- Altmeyer, S., Hendrichske, A. (2012). Einführung in die systemische Familienmedizin. Heidelberg: Carl-Auer.
- Altmeyer, S., Kröger, F. (2003). Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baumann, S., Ochs, M., Dittrich, K., Hanswille, R., Hermans, B. E., Borst, U. (2019). Gib niemals auf! Systemische Therapie und ihre Einbettung ins deutsche Gesundheitswesen. Familiendynamik, 44 (3), 236–243.

- Berg, M. (2019). Die Wirksamkeit systemischer Beratung. Erhöht Erziehungs- und Familienberatung die Bindungssicherheit von verhaltensauffälligen Kindern? Göttingen: V&R unipress.
- Dell, P., Goolishian, H. A. (1981). Ordnung durch Fluktuation. Eine evolutionäre Epistemologie für menschliche Systeme. *Familiendynamik*, 6 (2), 104–122.
- Emlein, G. (2017). Das Sinnsystem Seelsorge. Eine Studie zur Frage: Wer tut was, wenn man sagt, dass man sich um die Seele sorgt? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Geyer, E., Rose, A., Zwicker-Pelzer, A. (2011). Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung. Anregungen zur Weiterentwicklung neuer beruflicher Kompetenzen. Opladen u. a.: Barbara Budrich.
- Klein, R. (2014). Lob des Zauderns. Navigationshilfen für die systemische Therapie von Alkoholabhängigkeiten. Heidelberg: Carl-Auer.
- Lammel, U. A., Pauls, H. (Hrsg.) (2017). Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung. Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Leveld, T., Wirsching, M. (2016). Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Lieb, H. (2014). Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlung. Heidelberg: Carl-Auer.
- Morgenthaler, C. (2019). Systemische Seelsorge: Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis. (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2019). Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/gesundheitsfachkraefte-in-den-fruehen-hilfen/> (Zugriff am 08.07.2020).
- Ningel, R. (2011). Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern: Haupt.
- Pauls, H. (2013). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Richter, H.-E. (1972). Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Reinbek: Rowohlt.
- Riedel-Pfäfflin, U., Strecker, J. (2018). Flügel für alle. Feministische Seelsorge und Beratung (2. Aufl.). Münster: Daedalus.
- Ritscher, W. (Hrsg.) (2005). Systemische Kinder- und Jugendhilfe: Anregungen für die Praxis. Heidelberg: Carl-Auer.
- Schlippe, A. von, Schweitzer, J. (2012). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I. Das Grundlagenwissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schröder, S. (2015). Systemische Seelsorge praktisch: Im Spannungsfeld zwischen sichtbarer und unsichtbarer Wirklichkeit. Marburg: Verlag der Franke Buchhandlung.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. von (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stierlin, H. (1976). Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Eine Dynamik menschlicher Beziehungen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Sydow, K., Behr, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007). Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Weber, G., Stierlin, H. (1989). In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Reinbek: Rowohlt.

I

Grundlagen