

**Erschienen in:**

Karlinger, H. (Hrsg.), *Soziale Empfindsamkeit*.

Festschrift zum 50-jährigen Bestehen des Instituts für Familien- und Jugendberatung der Stadt Linz. Linz: Magistrat Linz 1999, S. 53-68.

**PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG  
ZWISCHEN EXPERTENTUM UND NICHT-WISSEN  
- EINE SYSTEMISCHE SICHT<sup>1</sup>**

KURT LUDEWIG

**Einleitung**

Es gehört zu den kennzeichnenden Besonderheiten psychosozialen Arbeitens, dass es in diesem Feld - um es mit den Worten Gregory Batesons auszudrücken - unumgänglich ist, strenges und lockeres Denken zu verbinden. Zum einen benötigen wir eine verbindliche Semantik mit klar definierten Begriffen, um den fachlichen Diskurs verständlich zu halten. Zum anderen macht es in der Praxis wenig Sinn, Vieldeutigkeit und unscharf definierte Begriffe ganz auszuschließen, zumal gerade solche im helfenden Dialog produktiv und befreiend sein können. Diese Besonderheit unserer Arbeitssituation erfordert also in der Theorie eine strenge und klare Zuordnung von Begriffen zu Phänomenen, zugleich aber in der Praxis ein lockeres Umgehen mit semantischen und logischen Verwirrungen. In der Fachsprache benötigen wir nicht zuletzt deshalb Disziplin, weil es oft so naheliegend und leicht ist, die in der Praxis erworbene Flexibilität und Toleranz übersetzungslos auf den wissenschaftlichen oder professionellen Diskurs zu übertragen. Andererseits ist man ebenso leicht verführt, die Stringenz des wissenschaftlichen Diskurses ohne weiteres auf die Regelung der Praxis anzuwenden. Das kommt zum Beispiel vor, wenn etwa Wissenschaftler verlangen, dass Praktiker Konfessionelles und andere Glaubenssätze ganz und gar aufgeben und ihre Arbeit nach Kriterien der Experimentalpsychologie ausrichten. Oder wenn Praktiker von Wissenschaftlern verlangen, dass diese über ihre Forschungen und Reflexionen möglichst in der zwar lebendigen, zugleich aber mehrdeutigen Sprache des Alltags berichten. Das Ergebnis dieser unzulässigen Einmischungen in das Feld des jeweils anderen ist - salopp gesagt - semantisches Minestrone.

Eine Möglichkeit, mit diesen Besonderheiten des Feldes umzugehen, ist, gewissermaßen zweigleisig zu fahren: Beim Beschreiben und Erklären diszipliniert, im Handeln locker

---

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung des Vortrags mit dem Titel "Therapie und Beratung zwischen Expertentum und Nicht-Wissen" an der Fachtagung vom 5.-6. Februar 1998 anlässlich des 50-jährigen Bestehens des Instituts für Familien- und Jugendberatung der Stadt Linz .

und tolerant. Im folgenden wird es aber allein um den disziplinierten Teil gehen, genauer gesagt, um eine präzisierende Auseinandersetzung mit zentralen Begriffen der sozialen Versorgung. Dabei werde ich versuchen, Differenzierbares zu differenzieren und überflüssige Polarisierungen zu vermeiden und so manchen Gewohnheiten unseres Feldes entgegenzutreten. Ich werde versuchen, so zentrale Konzepte des menschlichen Miteinanders wie Hilfe und Fürsorge inhaltlich zu rehabilitieren und operational zu entflechten. Nebenher werde ich auch feststellen, dass es keinen zwingenden Grund gibt, diese Maßnahmen zueinander hierarchisch zu ordnen.

Zuvor aber in aller Kürze ein paar Sätze zu dem gedanklichen Hintergrund, vor dem meine Ausführungen ihren Sinn beziehen: das sog. systemische Denken. Dies erscheint mir insofern sinnvoll, als systemisches Denken jedes Wissen auf dessen Erzeuger zurück verweist und keine universelle Welt voraussetzt. Damit im Einklang möchte ich nicht so tun, als betrete ich einen von uns allen gleichermaßen geteilten, "realen" Raum, der keiner weiteren Definition bedarf, sondern von vornherein die Prämissen darlegen, die meiner Argumentation zugrunde liegen. Und diese heißen - in meinem Verständnis - auf einen Satz gebracht: Systemisches Denken ist eine allgemeine Methode des Denkens, die von der so banalen wie grundsätzlichen Prämisse ausgeht, dass *"alles Gesagte von einem Beobachter zu einem anderen Beobachter gesagt wird"*.

**Systemisches Denken.** Obige Behauptung geht auf den chilenischen Biologen Humberto Maturana (z.B. 1982) zurück. Sie trägt der ebenso banalen wie traditionell verleugneten Erkenntnis Rechnung, dass wir Menschen nur über jenes Wissen verfügen, das uns aufgrund unserer biologischen Beschaffenheit zugänglich ist. Systemisches Denken basiert also auf der bescheidenen Einsicht, dass Menschen, die von sich aus nicht über sich hinaus gehen können, auch keinen Zugang zu einer wie auch immer gearteten Ansich-Welt haben können. Und diese Einsicht steht der beliebten - eigentlich - metaphysischen Behauptung diametral entgegengesetzt, die lautet, dass der Mensch in einer von ihm unabhängigen, objektiv erfahrbaren Welt lebe. Die Auseinandersetzung mit der Frage, was das Menschliche ausmacht, erfordert in systemischer Perspektive eine Metareflexion, die nur aus der Position eines Supra-Beobachters zu leisten ist, in der wir uns selbst zum Ausgangspunkt, Instrument und Fokus unserer eigenen Betrachtung machen. Dafür benötigen wir Sprache. Denn erst im Rahmen der Sprachlichkeit sind wir überhaupt zu einer solchen Selbstbezüglichkeit in der Lage. Und die Tatsache der Sprache macht erst Sinn, wenn man annimmt, dass sie aus dem Miteinander von Lebewesen hervorgegangen ist, die dafür biologisch ausreichend ausgestattet waren (vgl. das Kapitel "Biologie der Sprache" in: Maturana 1982, S. 236ff.).

**Das systemische Prinzip.** Hier wird davon ausgegangen, dass die zwei genannten Aspekte, nämlich die biologische Individualität als Bedingung und die Sprachlichkeit als Verwirklichung, das spezifisch Menschliche - den *zoon politikon* - konstituieren. Das von mir so benannte "systemische Prinzip" besagt, auf den Punkt gebracht, dass Menschen *mindestens zu zweit vorkommen*. "Systemisch" kennzeichnet dementsprechend eine Sichtweise, die Menschsein als Ergebnis eines besonderen Wechselspiels von Biologie und Kommunikation versteht (vgl. Ludewig 1992, 1996). Das *systemische Prinzip* lässt sich in aller Kürze wie folgt beschreiben: Menschen werden zu Menschen nur unter

Menschen. Aber diese Sozialisation ist bekanntlich kein einfacher Prozess, denn sie wird von Wesen getragen, die aufgrund ihrer bio-psycho-sozialen Komplexität füreinander undurchschaubar und unbestimmbar sind und bleiben. Um zu verstehen, wie Menschen dennoch zu sozialen Wesen heranwachsen, muss man unterstellen, dass sie andauernd bemüht sind, ihre unentrinnbare biologische Individualität durch Konsensualisierung zu überwinden. Und diese nie aufhörende Bemühung beginnt, wie die neuere Säuglingsforschung zu berichten weiß, schon im Säuglingsalter und wird nach und nach von immer komplexer werdenden Formen der affektiven Abstimmung getragen, die später durch Sprachlichkeit fortgeführt und verfeinert werden (vgl. z.B. Dornes 1993, Stern 1992).

Konsensualisierung aber, um vorkommen zu können, bedarf der Existenz von Wesen, die sich gegenseitig die Gleichartigkeit eines alter-ego zuschreiben. Sie bedarf also der Verbindung ICH-DU. ICH und DU liegen aber nicht einfach vor und brauchen nur angekoppelt zu werden, sondern sie müssen zunächst in bezug aufeinander entstehen. ICH kann erst aus dem Vergleich mit bzw. der Unterscheidung von einem Nicht-Ich, einem alter-ego hervorgehen, ebenso umgekehrt das DU aus dessen Perspektive. Demnach erweisen sich ICH und DU als existentiell aufeinander angewiesene Identitäten, als Glieder einer Unterscheidung, deren Einheit das WIR darstellt. Gerade in diesem wechselseitig konstitutiven Verhältnis von ICH und DU im WIR erkenne ich - natürlich in Anlehnung an eine immense Tradition des Denkens - die Grundmatrix oder die Grunddifferenz, aus der alles Menschliche hervorgeht. Erst im WIR, in der Synthese von ICH und DU - oder genauer gesagt: im *sozialen System* - kann die Metareflexion stattfinden aus dessen Verlauf die Bestimmung des eigentlich Menschlichen resultiert. Das WIR, welches mehr oder anders ist als die Summe der Teile, hebt sowohl das biologisch-individuelle als auch die sozial-kommunikative Identität des Menschen in sich auf. Darin - in diesem "systemischen Prinzip" - wurzeln die anthropologischen Grundlagen systemischen Denkens (Für einen Überblick über diese Grundlagen vgl. von Glasersfeld 1987, von Foerster 1985, Luhmann 1984, 1990a, Maturana 1982, Maturana u. Varela 1987).

Systemisch Denken heißt somit, davon auszugehen, dass Menschsein sich erst in Kommunikation, also im sozialen System konstituiert. Das Konzept des Individuums verweist indes auf nur eines der Glieder der dargelegten Grunddifferenz. Die Separierung des Individuums aus dieser Matrix stellt eine Abstraktion dar, die gewissermaßen die Blindheit des Einäugigen in Kauf nimmt, um über sich selbst reflektieren zu können (vgl. hierzu Luhmann 1990b) . Diese Abtrennung ist zwar legitim, denn sie erlaubt, uns so selbstverständlich subjektive Phänomene wie Bewusstsein, Emotionen und Erleben zu beschreiben. Allerdings sollte dabei beachtet werden, dass die konstitutive Anbindung des Individuums an soziale Systeme nicht ganz aus der Sicht gerät. Kommunikation und Bewusstsein, Biologie und Sprachlichkeit sind sich gegenseitig bedingende Aspekte, die in ihrer Wechselseitigkeit das Menschliche konstituieren. Das Individuum ist als ICH und DU zugleich Bedingung und Folge der Reflexion über das Menschliche. Und diese Reflexion setzt ein soziales System, ein WIR, voraus. ICH, DU und WIR sind im eigentlichen Sinne untrennbare Bestandteile der einen Grunddifferenz.

Nach dieser einleitenden Erörterung des Hintergrunds meiner Ausführungen bin ich in der Lage, den Fokus auf mein eigentliches Thema zu richten. Dabei werde ich, um den später vorzunehmenden, spezifischen Unterscheidungen nicht vorzugreifen, alle Aktivitäten, die mit der Behebung von Leiden und Problemen des menschlichen Lebens befasst sind, unter den Oberbegriff “psychosoziale Versorgung” unterordnen.

**Der Kontext psychosozialer Versorgung.** Der Kontext psychosozialer Versorgung ist durch das dynamische Wechselspiel von der biologischen Individualität und der sprachlich-sozialen Identität seiner Protagonisten eingegrenzt. Der biologische Aspekt verantwortet die Tatsache, dass Menschen nur das erkennen und verstehen können, was der jeweils aktuelle Zustand ihres kognitiven Bereichs einschließlich der aktuellen Emotionalität zu erfassen und zu verarbeiten imstande ist (vgl. Maturana 1982). Da es unmöglich bleibt, diese inneren Zustände exakt zu erfassen, interagieren Menschen grundsätzlich auf der Basis von nie restlos aufklärbarer Ungewissheit und Hypothesen. Dies bedeutet, dass die nicht zuletzt seit Niklas Luhmann (z.B. 1984) als selbstreferentiellen Prozess verstandene Kommunikation nicht über sich hinaus greifen, sondern immer nur an Kommunikation anschließen kann. Damit erweist sich eine zentrale Aufgabe in unserem Bereich, unsere Klienten zu verstehen und mit ihnen ein eindeutiges gegenseitiges Verständnis herzustellen, als im strengen Sinne unerfüllbar.

Dieser kaum erträglichen Situation wird oftmals mit einer Haltung begegnet, die einen Spannungsbogen bildet zwischen der Sehnsucht nach überdauernder Konstanz und Gewissheit und dem Eingeständnis, dass diese Sehnsucht nie erfüllt wird. Man sucht, um mit Helm Stierlin (1994) zu reden, nach Halt in der Haltlosigkeit. Hatte man noch in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts auf die Weisheit von Anführern und Gründern von Schulen vertrauen können und sich nach ihnen gerichtet, ist auch dies unserer schnelllebigen Zeit zum Opfer gefallen. Die wenigen, die sich noch darum bemühen, etwa die “natürlichen” Gurus und jene, die marktgerecht dazu stilisiert werden, stoßen bestenfalls auf dümmliche Gefolgschaft, sonst aber auf Indifferenz oder gar auf tiefes Misstrauen. Die Bindekraft der alten Identifikationsfiguren lässt nach, die Überzeugungskraft der großen Entwürfe zieht kaum noch an. Praktiker und Theoretiker sind sich größtenteils selbst überlassen. Es verwundert also nicht, dass es in unserem Feld immer wieder zum Aufbau von Polarisierungen kommt, die Ungewissheit bannen und für Sicherheit garantieren sollen. Eine dieser Polarisierungen ist die von Expertentum und Nicht-Wissen. Dabei pendelt man gewissermaßen zwischen dem Pol eines wohl definierten Expertentums und einer Position bekümmerten oder gar unbekümmerten Nicht-Wissens.

**Expertentum und Nicht-Wissen.** Seit einigen Jahren ruft im systemischen Feld die Gegenüberstellung von Expertentum und Nicht-Wissen Spannungen hervor. Es wird unter anderen argumentiert, dass systemische Praxis von einer Position des Nicht-Wissens auszugehen habe, zumal jedes Expertentum auf der Unterscheidung von Wissen/Nicht-Wissen aufbaue. Expertentum sei moralisch anrühlich, denn es beanspruche den Part des Wissenden einseitig für den Helfer, leiste einem übertriebenen Interventionismus Vorschub und zementiere schließlich die ohnehin problematische Asymmetrie zwischen Helfer und Klient. Die Position des Nicht-Wissens mahne hingegen zur

Bescheidenheit und trage im besonderen der Tatsache Rechnung, dass die Lösungen zu den Problemen der Klienten meistens vom Helfer und Hilfesuchenden gemeinsam erarbeitet werden. Dies lasse die Annahme eines besonderen Wissens beim Helfer vermessen wirken und erweist sich im Hinblick auf die Verwirklichung einer förderlichen Haltung als eher hinderlich.

Von der Gegenseite, wie sie traditionell von der akademischen Psychologie vertreten wird, wird nach wie vor eine sichere Orientierung gefordert, sozusagen, eine Strassenkarte, die jeder auch im Dunkeln verfolgen könne. Die American Psychological Association verlangt zum Beispiel seit 1994, dass Studien zur Wirksamkeit einer Therapiemethode "auf der Basis eines Therapiemanuals oder einer logisch vergleichbaren Therapie-Beschreibung" durchgeführt werden. Gefordert ist ein Maximum an über- und unpersönlichem Expertentum. Zugrunde liegt die alte, spätestens bei William James (1909) aufgetretene, heute noch unerschütterliche Sehnsucht der empirischen Psychologie, es nicht auf ewig mit nur menschlichen Variablen zu tun zu haben, sondern endlich wie die Physik, auch über messbare und reproduzierbare Konstanten zu verfügen.

In der systemischen Therapie werden diese Extreme vertreten von Verfechtern hermeneutischer und narrativer Ansätze auf der einen Seite und pragmatischer Ansätze auf der anderen. Harry Goolishian (Anderson u. Goolishian 1992) war zum Beispiel noch zu Lebzeiten dafür eingetreten, den Helfer als Dialogpartner seiner Klienten im Rahmen offener Begegnungen zu betrachten. Dessen Fachkompetenz würde darin liegen, "Manager" oder "Architekt" eines förderlichen Gesprächs zu sein. Am anderen Extrem dieser Dimension wird etwa bei Jay Haley und Salvador Minuchin eine aktive, strukturierende Teilnahme des Helfers gefordert, bei den Mailändern ein hypothesengeleitetes Handeln und bei de Shazer die Anwendung erlernbarer Techniken.

Meines Erachtens spiegelt diese Kontroverse den angesprochenen, eben unumgänglichen Spannungsbogen unserer Arbeitssituation wider und ist daher nur nach der einen Seite hin nicht auflösbar. Denn Expertentum bezeichnet nichts anderes als ein Profil von Fähigkeiten, das von jedem professionellen Spezialisten berechtigterweise gefordert werden kann. Und diese Fähigkeiten können je nach Thema und Einschätzung höchst verschieden sein. Sie können reichen von einer abstinenter, bewusst jede Intervention vermeidenden Haltung bis hin zu der eines bestimmenden und aktiven Intervenierens. Denn es gilt für alle professionellen Helferinnen und Helfer, dass sie gerade angesichts der immanenten Ungewissheit ihrer Arbeit über ein Mindestmaß an professioneller Kompetenz verfügen müssen, wenn sie nicht ganz und gar zu bloß freundlichen Ignoranten degradiert werden wollen.

Die Kontroverse hingegen, ob das eine besser als das andere sei, entfacht sich vermutlich aufgrund anderer als fachlicher Gesichtspunkte und wird künstlich herbei geredet. Expertentum wird zum Beispiel allein im Sinne von Symmetrisierung und Kontrolle, eigentlich als Ausdruck einer machtbesessenen Besserwisserei verstanden, Nicht-Wissen hingegen als natürliches - sprich: gutes - Korrelat des Selbstorganisationsgedanken. Und solch eine Diktion kann kaum andere als politische Motive haben, die nach gut und böse,

nach “wir” und “ihr” aufspalten sollen. Indes sind beide Optionen - Expertentum und Nicht-Wissen - nicht nur legitim, sondern inhaltlich unterscheidbare Aspekte, die sich gegenseitig ergänzen. Systemische Therapeuten sind meines Erachtens gut beraten, auch hier kein lähmendes Entweder-Oder aufzubauen, sondern auf der Einhaltung einer klaren logischen Buchhaltung (vgl. Ludewig 1986) zu bestehen. Eine noch so vernünftige und wünschenswerte Kundenorientierung in unserer Arbeit sollte nicht dazu verleiten, das mühsam erworbene Know-how für den Umgang mit Ungewissheit auch noch zu verspielen. Gefragt ist vielmehr eine auf gleichberechtigte Kooperation eingestellte Haltung, die aber auf Seiten des Professionellen auf der Basis fachlichen und menschlichen Wissens in Handeln umgesetzt wird. In diesem Sinne liegen bereits seit einiger Zeit Orientierungshilfen für die Gestaltung von Praxis vor, die diese Aspekte zu verbinden versuchen und professionelle Kompetenz auf der Basis von Respekt für die Autonomie und Intransparenz der Klienten fördern (z.B. Ludewig 1987, Schiepek 1997).

**Das Dilemma psychosozialer Versorgung.** Der oben beschriebene Kontext psychosozialer Versorgung lässt sich aus systemischer Sicht in Form eines Dilemmas auf den Punkt bringen, das ich vor einiger Zeit als das *Therapeutendilemma* genannt habe, im Prinzip aber auf alle Arbeitsformen der psychosozialen Versorgung erweitert werden kann. Das Dilemma heißt: *“Handele wirksam, ohne je im voraus zu wissen, wie, und was dein Handeln auslösen wird!”* Helfer und Helferin handeln im Auftrag der Gesellschaft und ihrer Kunden und sollen kausal wirken. Dabei wissen sie aber um die Unmöglichkeit, menschliche Prozesse gezielt zu bestimmen und vorherzusagen. Es gilt Maturanas (1990) Satz, der lautet: *“Ich bin ganz verantwortlich für das, was ich sage, aber nicht für das, was Sie hören”*. Dieses Dilemma erwächst im systemischen Kontext aus der Undurchschaubarkeit nicht-trivialer Systeme, der Nicht-Instruierbarkeit autopoietischer Systeme und der Selbstreferentialität von sozialen Systemen (vgl. Ludewig 1992, Kap 3-4). Die Folge ist, dass man, ohne exakt diagnostizieren zu können, auf externe Indikationsstellungen verzichten und die subjektiven Problemdefinitionen der Hilfesuchenden akzeptieren muss. Die Einsicht in die Nicht-Instruierbarkeit lebender Systeme führt dazu, dass auf den Einsatz von gezielten, kausal gemeinten Interventionen verzichtet wird. Schließlich hat die Selbstreferentialität kommunikativer, sozialer Vorgänge zur Folge, dass man darauf vertrauen muss, dass Dialoge förderlich und heilsam sein können.

Die Lösungen der systemischen Therapie zu diesen Dilemmata lassen sich problemlos auf andere Formen professioneller Versorgung übertragen. Sie lauten wie folgt: Systemische Konzepte zielen nicht auf die kausale Veränderung des Erlebens oder Verhaltens der Klienten, sondern vielmehr auf die Herstellung eines für die Veränderung der Hilfesuchenden günstigen Milieus, etwa eines Therapie- oder Beratungssystems. Nach dem Verzicht auf zweifelhaft exakte Diagnostik und externe Indikation ist der Helfer frei, sich auf das Anliegen der Hilfesuchenden zu konzentrieren, um mit ihnen gemeinsam erfüllbare Aufträge auszuhandeln. Im Hinblick auf die einzusetzenden Interventionen - “dazwischen-kommen” - erscheint es sinnvoll, sie nach - eigentlich ästhetischen - Kriterien der Angemessenheit und des “Passens” zu wählen. Im Hinblick schließlich auf eine förderliche Art der Dialogführung empfiehlt sich dem Helfer, sich um eine Haltung des Respekts, der Würdigung und Anerkennung seiner Klienten zu

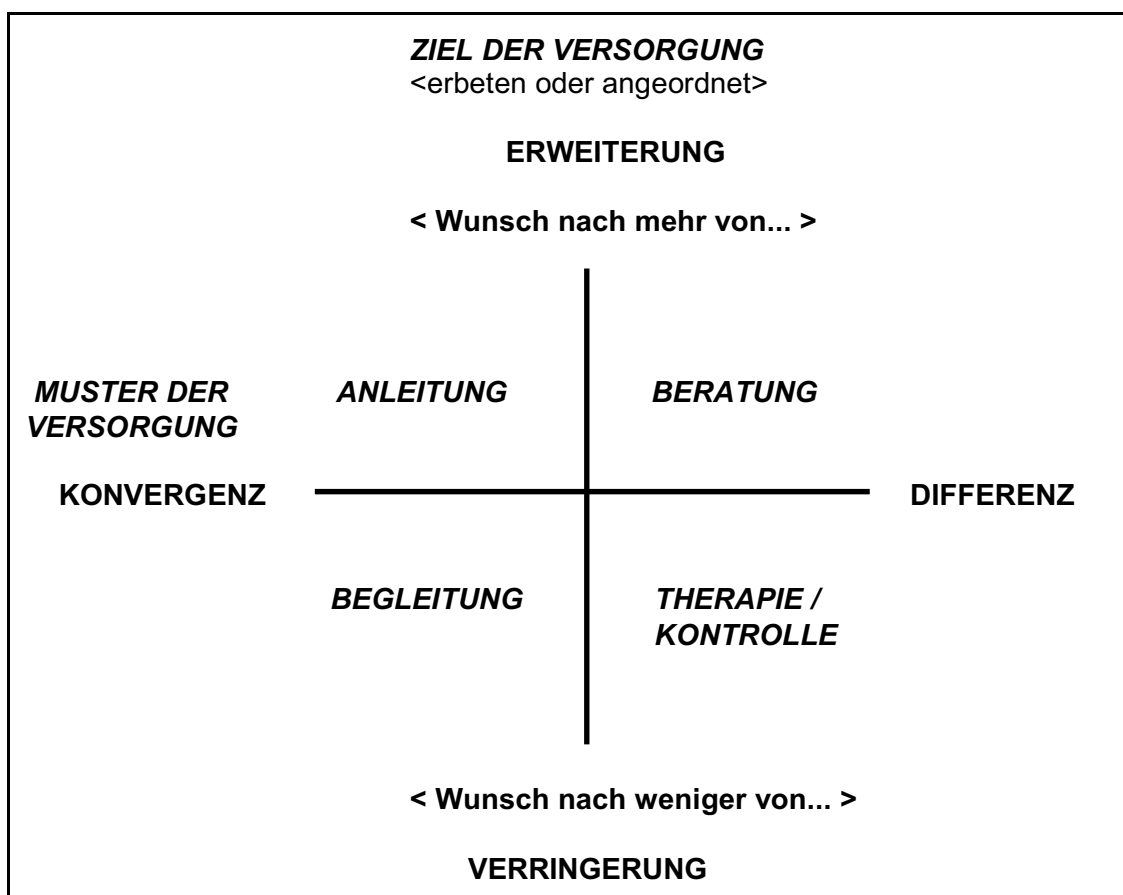
bemühen. Diese drei Aspekte entsprechen den von mir an anderer Stelle aufgestellten drei Kriterien für die Beurteilung von Therapien: Nutzen im Hinblick auf das Ziel, Schönheit im Hinblick auf die Wahl der Interventionen und Respekt im Hinblick auf den Umgang mit den Klientinnen und Klienten (Ludewig 1988).

**Professionelle soziale Versorgung.** Die Prozesse, die im Verlauf von professioneller sozialer Versorgung geschehen, können operational als aufeinander folgende, unterscheidbare soziale Systeme mit eigener Thematik betrachtet werden (vgl. Ludewig 1992). Am Anfang steht ein Problem, also eine negative Bewertung eines Verhaltens, einer Seinsweise oder eine Interaktion, die impliziert, dass das Bemängelte nicht so bleiben kann, wie es ist, sondern verändert werden muss. Relevant für die professionelle Versorgung werden solche Probleme, wenn sie beim Betroffenen oder anderen Beteiligten Leiden auslösen bzw. ein Lebensproblem etablieren oder bei verantwortlichen Dritten Anlass zu einer alarmierenden Sorge geben. In diesen Fällen kann es beim nächsten Schritt zur Entstehung eines Problemsystems kommen, also eines sozialen Systems, das von Kommunikationen, die um das Lebensproblem oder die alarmierende Sorge kreisen, getragen wird. Dabei kann es bei den Betroffenen zu emotionalen Verletzungen und so zur Stabilisierung eines interaktionellen Musters kommen, das sich ab dann von selbst erhält. Die Menschen, die diese problemerhaltende Kommunikation tragen, können nebenher eine neue Kommunikation um die Frage beginnen, wie das Problem beendet werden kann. Man begibt sich auf die Suche nach Hilfe und trifft, mit Glück, auf geeignete Ansprechpartner, die dann auf kompetente Fachleute verwiesen. Letztere versuchen dann, im Rahmen neuer, z.B. therapeutischer Kommunikationen zur Bewältigung des Problems beizutragen (vgl. auch Ludewig, im Druck).

**Grundarten psychosozialer Versorgung.** Die professionelle soziale Versorgung geschieht als Kommunikation und bildet dementsprechend soziale Systeme. Die beteiligten Prozesse lassen sich daher nach den Aspekten betrachten, die soziale Systeme konstituieren, also nach den Elementen, Relationen und der Systemgrenze. Die Elemente der an der sozialen Versorgung beteiligten Systeme sind - in meiner Diktion - Mitgliedschaften, die jeweils vom Helfer und Klienten verkörpert werden (vgl. Ludewig 1992). Die Kunden entstehen als Systemmitglieder infolge ihres Anliegens, versorgt zu werden; die Helfer entstehen auf der Basis einer beruflichen Qualifikation, die ihre Träger befähigt, geeignete Maßnahmen der Versorgung einzuleiten und durchzuführen. Unter Berücksichtigung der beiden beteiligten Mitgliedschaften und ihrer jeweiligen Anliegen lassen sich die Prozesse psychosozialer Versorgung mit Hilfe von zwei Dimensionen unterscheiden und anhand eines gedachten Koordinatensystems illustrieren (Abb. 1). Die eine Dimension betrifft das Ziel der Versorgung, und zwar zunächst undifferenziert, ob es sich dabei um eine von den Betroffenen selbst erbetene oder um eine von befugten Dritten angeordnete Maßnahme handelt. Die Abgrenzung des Versorgungssystems ergibt sich wiederum aus den vollzogenen Kommunikationen entlang eines vereinbarten Themas. Und diese Themen lassen sich nach der spezifischen Weise operationalisieren, wie dem Anliegen der Hilfesuchenden durch gezielten Einsatz der strukturellen Möglichkeiten der Helfer entsprochen wird. Im gedachten Koordinatensystem repräsentiert die senkrechte Dimension die Zielsetzung der Versorgungsmaßnahme. Diese Dimension unterscheidet, ob das Verlangen nach Versorgung eher

Erweiterung oder Verringerung anstrebt, das heißt, ob ein Mehr oder ein Weniger von irgend etwas gewünscht wird. Die andere, die waagerechte Dimension symbolisiert die Art und Weise, wie der professionelle Versorger auf das vorgebrachte Anliegen reagiert und seine strukturellen Möglichkeiten zur Verfügung stellt. Dabei kann angestrebt werden, dass die Strukturen beider Parteien im Verlauf des Prozesses zueinander konvergieren bzw. sich in irgendeinem Ausmaß angleichen oder dass diese strukturelle Differenz bewahrt bleibt. Es sei hier nebenbei angemerkt, dass dieses Schema auch für Beschreibung anderer Formen professioneller Arbeit geeignet ist, etwa für Supervision (vgl. Ludewig 1991) und Erziehung.

ABB. 1. GRUNDARTEN PROFESSIONELLER SOZIALER VERSORGUNG



**Hilfe und Fürsorge.** Im Hinblick auf die Themen, die im Rahmen der psychosozialen Versorgung vorkommen, bietet sich meines Erachtens an, eine zentrale Unterscheidung zu treffen und inhaltlich zu präzisieren. Es handelt sich um die Unterscheidung von Hilfe und Fürsorge. Diese beiden Konzepte sind zwar in der Vergangenheit mehr oder weniger anrühlich geworden - man denke z.B. an die amtliche Fürsorge früherer Epochen und das Helfersyndrom der 70er Jahre -, sie bezeichnen jedoch elementare und spezifische Aspekte menschlichen Miteinanders und verdienen es daher, ernstgenommen und rehabilitiert zu werden. Helfen verstehe ich als Reaktion auf eine Bitte um Hilfe, Fürsorge als eine Maßnahme, die von befugten und verantwortlichen Dritten veranlasst wird (Abb. 2). Diese Unterscheidung erlaubt u.a. die Paradoxie aufzulösen, die sich in



solchen Sätzen niederschlägt wie “ich werde dir schon helfen!” oder “ich will dir ja nur helfen” oder “lass dir endlich helfen!” Zwar resultieren beide Grundformen der Versorgung aus den jeweiligen Anliegen, wichtig ist dennoch festzuhalten, dass die Hilfestellung sich nach einem frei ausgehandelten Auftrag richtet, während Fürsorge nach Maßgabe der Anordnung durch den eigentlichen Auftraggeber, etwa eine soziale Instanz, gewährt wird. Diese Unterscheidung erscheint mir insofern zentral, als sie den jeweiligen Professionellen erlaubt, eine klare “logische Buchführung” einzuhalten. Meine Erfahrung als Supervisor hat mich gelehrt, dass viele der Probleme und Frustrationen, die auf den Professionellen unseres Feldes lasten - vor allem die sog. “Sackgassen” -, nicht selten auf Verirrungen und Vermengungen zurückgeführt werden können, die daher rühren, dass zwischen dem, was zu tun wäre und dem, was getan wird, keine klare Übereinstimmung herrscht: man handelt im eigenen Auftrag oder man macht die Rechnung ohne den Wirt oder man greift nach den Wolken.

ABB. 2. HILFE UND FÜRSORGE

HILFE	FÜRSORGE
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Problem wird von den Betroffenen selbst festgestellt</li> <li>2. Diese entwickeln ein Anliegen und suchen nach Hilfe</li> <li>3. Die Form der Versorgung resultiert aus dem Anliegen</li> <li>4. Die Hilfestellung richtet sich nach dem mit den Betroffenen frei ausgehandelten “Auftrag”</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Problem wird von Dritten, z.B. sozialen Instanzen ermittelt</li> <li>2. Ihr Anliegen wird an Fachleute delegiert</li> <li>3. Die Form der Versorgung resultiert aus dem Anliegen</li> <li>4. Die Fürsorge wird gewährt nach Maßgabe der sozialen Instanzen, d.h. der “Auftraggeber”</li> </ol>

**Helfen.** Helfen reagiert, wie gesagt, auf eine Bitte um Hilfe. Dies kann je nach Anliegen der Klienten und je nach Art oder Muster der Hilfestellung unterschiedliche Formen annehmen (Abb. 3). Ist das Ziel der Hilfestellung eine Erweiterung, hier im weitesten Sinne der Fertigkeiten oder der tatsächlichen Nutzung vorhandener Möglichkeiten, können die entsprechenden Prozesse als Anleitung und Beratung identifiziert werden. Anleitung impliziert, dass die Strukturen der Klienten, ob es sich um Fertigkeiten oder Wissen handelt, über die Zeit mit denen der Helfer ähnlicher werden. Im Fall der Beratung geht es hingegen darum, die vorhandenen Strukturen der Klienten zu fördern und zu aktivieren, ohne eine Angleichung anzustreben. Einen konkreten Rat zu geben wäre in diesem Sinne keine Beratung, sondern vielmehr eine Anleitung.

ABB. 3. GRUNDARTEN DES HELFENS

<p><b>ANLEITUNG</b>            "Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu erweitern!"            a. Fehlen/Mangel an Wissen/Fertigkeiten            b. Zurverfügungstellung von Wissen            c. Offen</p>	<p><b>BERATUNG</b>            "Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu nutzen!"            a. Interne Blockierung, inaktive Ressourcen            b. Förderung vorhandener Strukturen            c. Begrenzt, je nach Umfang des Auftrags</p>
<p><b>BEGLEITUNG</b>            "Hilf uns, unsere Lage zu ertragen!"            a. Unabänderliche Problemlage            b. Stabilisierung durch fremde Struktur            c. Offen</p>	<p><b>THERAPIE</b>            "Hilf uns, unsere Lage rasch zu ändern!"            a. Veränderliche Problemlage            b. Beitrag zur <b>Auflösung</b> des Problems            c. Als Vorgabe begrenzt</p>

Geht es andererseits dem Klienten darum, Störendes oder Leidvolles zu verringern, bieten sich Begleitung und Therapie an. Begleitung reagiert auf die Bitte, Hilfe bei der Bewältigung einer unabänderlichen Lage zu erhalten. Begleitung strebt die Stabilisierung des Bedürftigen durch Einsatz einer fremden Struktur, etwa der des Helfers, an. Hierzu gehören Trost, Beistand, Stützung. Nur in dem Fall, in dem es um die Bitte geht, Hilfe zur möglichst raschen Beendigung eines Leidens zu erhalten, schlage ich vor, von Therapie zu reden. Dabei passt der Therapeut auf, dass nicht bloß eine Angleichung von Strukturen, sondern eine Eigenleistung der Klienten vollbracht wird. Die Bedeutung von diesem mittlerweile bis zur Unkenntlichkeit inflationierten Konzept "Therapie" schränke ich hier bewusst ein und stütze es auf ein operationalisierbares Maß. Diese Einschränkung betrifft allerdings nur den wissenschaftlichen und fachlichen Diskurs und nicht den politischen, den letzterer funktioniert bekanntlich nach anderen als rationalen Maßstäben.

**Fürsorge.** Unter Fürsorge wird hier jene Form der Versorgung verstanden, die von Dritten zum Wohle anderer veranlasst wird. Auftraggeber, Ausführende und Empfänger sind drei verschiedene Instanzen. Es erübrigt sich fast anzumerken, wie groß die Wahrscheinlichkeit für Missverständnisse angesichts einer solchen Komplexität ist. Die verschiedenen Formen der Fürsorge lassen sich ebenfalls in das gedachte Koordinatensystem der professionellen Versorgung einordnen (Abb. 4). Anleitung, Beratung und Begleitung können hier zum Beispiel als jeweils Aufklärung, Vorsorge und Vormundschaft stattfinden. Während für anleitende, beratende und begleitende Fürsorge jeweils Formulierungen vorliegen, die denen des Helfens durchaus entsprechen, ergibt sich im Falle der Fürsorge keinen gleichnamigen Gegenpart zur Therapie. Den Quadranten "Verringerung/Differenz" belegt das Phänomen der Kontrolle. Kontrolle beinhaltet hier selbstverständlich nicht die Aufhebung solcher systemischer Grundsätze wie das Prinzip der Autonomie lebender Wesen und die Unmöglichkeit instruktiver Interaktionen, sondern sie bedeutet allein eine äußerlich herbeigeführte Einschränkung der Möglichkeiten, die Autonomie auszuleben. Weder der Gefangene, noch der fixierte Psychiatriepatient noch der medikamentös reduzierte Mensch haben aufgehört, autonom zu funktionieren. Kontrolle meint im systemischen Kontext allein eine zeitweilige oder dauerhafte Einschränkung der Rahmenbedingungen, die sonst eine freie Entfaltung der Autonomie ermöglichen. Diese theoretische Ergänzung war notwendig, weil bekanntlich

auch systemisch orientierte Fachleute gelegentlich soziale Kontrolle ausüben. Bislang waren sie aber mit diesen Aktivitäten und den daher rührenden Konflikten und Widersprüchen von Seiten der Theorie allein gelassen worden. Die hier vertretene Auffassung von Kontrolle erlaubt es hingegen, die Dynamik von Autonomie und Kontrolle systemisch zu begreifen und nicht bloß zu verleugnen.

ABB. 4. GRUNDARTEN DER FÜRSORGE

<p><b>ANLEITUNG</b> &lt;z.B. Aufklärung&gt;            "Sie benötigen mehr Möglichkeiten"            a. Fehlen/Mangel an Wissen/Fertigkeiten            b. Zurverfügungstellung von Wissen            c. Offen</p>	<p><b>BERATUNG</b> &lt;z.B. Vorsorge&gt;            "Sie verkennen ihre Möglichkeiten"            a. Interne Blockierung, inaktive Ressourcen            b. Förderung vorhandener Strukturen            c. Begrenzt, je nach Umfang des Auftrags</p>
<p><b>BEGLEITUNG</b> &lt;z.B. Vormundschaft&gt;            "Sie schaffen es nicht allein"            a. Unabänderliche Problemlage            b. Stabilisierung durch fremde Struktur            c. Offen</p>	<p><b>KONTROLLE</b> &lt;z.B. soziale Kontrolle&gt;            "Sie dürfen nicht allein bestimmen"            a. Veränderliche Problemlage            b. Einschränkung der Selbstbestimmung            c. Als Vorgabe begrenzt</p>

Um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen, sei hier jedoch ausdrücklich angemerkt, dass die vorgeschlagenen Unterscheidungen zu einer der Versorgungsformen keine einander ausschließende Kategorien beinhalten sollen, denn sie können im Verlauf eines Versorgungsprozesses durchaus ineinander übergehen. So kann zum Beispiel ein Prozess, der als Therapie begonnen hat, nach und nach in Begleitung übergehen oder umgekehrt. Auch eine Beratung oder eine Anleitung können kurzzeitige Prozesse einer Therapie einbeziehen. Die Prozesse jedoch, die nach den Auftraggeber unterschieden werden, d.h. Hilfe und Fürsorge, generieren hingegen unverwechselbare Phänomene, die nicht ineinander übergehen. Eine Maßnahme der sozialen Versorgung wird entweder als Hilfestellung oder als Fürsorge durchgeführt. Zwar kann im Rahmen einer Situation der sozialen Kontrolle, etwa einer Inhaftierung oder einer unfreiwilligen Hospitalisierung, ein zusätzlicher Prozess der Hilfestellung, zum Beispiel eine Therapie oder eine Beratung, mit dem Betreffenden auf dessen Wunsch vereinbart werden, dies verändert jedoch nicht die Tatsache der Inhaftierung oder Hospitalisierung und ersetzt ebenso wenig den ursprünglichen Rahmen einer Fürsorgemaßnahme. In diesem Fall würden zwei konstitutiv unterschiedliche Prozesse - Hilfe und Fürsorge - parallel oder zeitgleich ablaufen. Gerade durch diese Unverwechselbarkeit wird dem Praktiker eine Orientierungshilfe gegeben, anhand derer er jederzeit nachprüfen kann, ob er nach wie vor das tut, wozu er beauftragt wurde. Die Professionellen können in diesem sonst unscharf definierbaren Bereich der Kommunikation vermeiden, dass sie in eine der vielen sich anbietenden logischen Fallen hineinzutapsen.

**Zum Schluss.** Die hier vorgeschlagenen Unterscheidungen sollen Vorteile für die Theorie und Praxis erbringen. Zum einen lässt man sich damit auf eine angemessen klare Semantik ein, zum anderen gibt man sich die Möglichkeit, laufende Prozesse etwa in Supervisionen jederzeit daraufhin prüfen zu können, ob Anliegen, Auftrag, Vorgehensweise und Zielsetzung tatsächlich noch übereinstimmen (vgl. Ludewig 1991). Gerade die

Unterscheidung von Hilfe und Fürsorge erscheint mir besonders hilfreich, zumal sie eine geeignete Berücksichtigung von Auftrag und Auftraggeber ermöglicht. Ob der Auftraggeber der Betroffene selbst oder eine dritte Instanz ist, konstituiert sehr unterschiedliche Prozesse, deren Verwechslung nicht selten eine Quelle für beidseitige Frustrationen und, letzten Endes, schlechte und unangemessene Arbeit ist.

Dennoch möchte ich hier in aller Deutlichkeit feststellen, dass diese Unterscheidungen keine Differenzierung hinsichtlich der sozialen Relevanz der verschiedenen Maßnahmen oder des sozialen Status ihrer Anwender impliziert. Beide Vorgehensweisen, Hilfe und Fürsorge, sind legitime und notwendige Formen der sozialen Versorgung. Es gibt in der Tat keine logische Begründung dafür, dass Therapie wichtiger als Beratung oder Begleitung oder dass Anleitung etwa menschenwürdiger als soziale Kontrolle oder umgekehrt sei. Insofern gibt es auch keine glaubwürdige Berechtigung, diese zwar unterschiedlichen, aber gleichsam notwendigen Maßnahmen gesellschaftlichen Lebens zur Begründung für eine Hierarchie der Berufe, die an der sozialen Versorgung beteiligt sind, heranzuziehen. Es gibt meines Erachtens nicht einmal einen Grund, die Durchführung dieser unterschiedlichen Maßnahmen jeweils bestimmten Berufen zuzuordnen. Nach allen Erfahrungen der Praxis erscheint es vielmehr sinnvoll, dass die Angehörigen aller sozialen Berufe ausreichend qualifiziert wären, um in einem vertretbaren Ausmaß alle diese unterschiedlichen Maßnahmen durchzuführen zu können. Denn man sieht es den Kunden nicht von vornherein an, was sie alles benötigen werden.

Abschließend möchte ich feststellen, dass nicht nur die professionellen Helfer die Verwechslung von Aufträgen und Handlungsweisen erleiden, sondern auch ihre meistens sehr duldsamen, sprich: *patienten* Klientinnen und Klienten. Letztere benötigen manchmal lange Zeiten, bis sie begreifen, dass sie Opfer eines Missverständnisses geworden sind. Lieber lasten sie sich diese selbst an. Daher erscheint es mir geboten, auch im fachlichen Diskurs über Praxis klare Begriffe zu verwenden. Dies schließt aber nicht aus, dass man in der faktischen Praxis über eine angemessene Flexibilität und Toleranz für Mehrdeutigkeit, also eine Zuneigung für Kreativität verfügen sollte. Ich gehe aber aus eigener Erfahrung davon aus, dass Vieldeutigkeit um so eher in Kreativität umgesetzt werden kann, wenn dies auf dem Hintergrund von Klarheit geschieht.

## LITERATUR

- Anderson, H., H.A. Goolishian (1992): Der Klient ist Experte. Ein therapeutischer Ansatz des Nicht-Wissens. *Z. systemische Therapie* 10: 176-189.
- Dornes, M. (1993): *Der kompetente Säugling*. Frankfurt: Fischer.
- Foerster, H. v. (1985): *Sicht und Einsicht*. Braunschweig: Vieweg.
- Glaserfeld, E. v. (1987): *Wissen, Sprache und Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Grawe, K., R. Donati, F. Bernauer (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- James, W. (1909): *Psychologie*. Leipzig: Quelle & Meyer.
- Ludwig, K. (1986): Von Familien, Therapeuten und Beschreibungen. Vorschläge zur Einhaltung der ‚logischen Buchhaltung‘. *Familiendynamik* 11: 16-28.
- Ludwig, K. (1987): 10+1 Leitsätze bzw. Leitfragen. Grundzüge einer systemisch begründeten klinischen Theorie im psychosozialen Bereich. *Z. Systemische Therapie* 5: 178-191.

- Ludewig, K. (1988): Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1: 103-114.
- Ludewig, K. (1991): Grundarten des Helfens. Ein Schema zur Orientierung der Helfer und der Helfer der Helfer. In: Brandau, H. (Hrsg.): *Supervision aus systemischer Sicht*. Salzburg (Otto Müller). 54-68
- Ludewig, K. (1992): *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ludewig, K. (1996): Systemische Therapie in Deutschland. Ein Überblick. *Familiendynamik* 21: 95-115.
- Ludewig, K. (im Druck): Therapieziele in der systemischen Therapie. In: Ambühl, H., B. Strauß (Hrsg.): *Therapieziele in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe (vorauss. 1998).
- Luhmann, N. (1984): *Soziale Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1990a): *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1990b): Sthenographie. In: Luhmann, N., H.R. Maturana, M. Namiki, V. Redder, F. Varela (1990): *Beobachter. Konvergenz der Erkenntnistheorien?* München: Fink, S.119-137.
- Maturana, H.R. (1982): *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana (1990): *Biología de la Cognición y Epistemología*. Temuco: Univ. de La Frontera.
- Maturana, H.R., F.J. Varela (1987): *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- Schiepek, G. (1997): Ausbildungsziel: Systemkompetenz. In: Reiter, L., E.J. Brunner, S. Reiter-Theil (Hrsg): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin: Springer, 2. Auflage, S. 181-215.
- Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stierlin, H. (1994): *Ich und die anderen. Psychotherapie in einer sich wandelnden Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta.

*Anschrift des Verfassers:*

Dr. phil. Kurt Ludewig  
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 Westfälische Wilhelms-Universität Münster  
 Schmeddingstrasse 50  
 D - 48149 Münster